ANNÉE 1850.

GAZETTE MÉDICALE

DE PARIS,

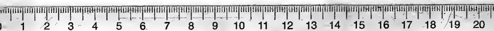
Dirigée par le Docteur JULES GUÉRIN.

VINGTIÈME ANNÉE. — TROISIÈME SÉRIE.

TOME CINQUIÈME.

PARIS.

AU BUREAU DE LA GAZETTE MÉDICALE, RUE RACINE, 14.



IMPRIMÉ PAR E. THUNOT ET COMP.,
Rue Racine, 26, près de l'Odéon.

REVUE HEBDOMADAIRE.

COUP D'OEIL SUR LA DISCUSSION DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE RELATIVE AUX AFFECTIONS UTÉRINES (1).

Si un modeste praticien osait élever la voix au milieu de l'intéressante discussion que les maladies de l'utérus soulèvent au sein de l'Académie de médecine, ce serait pour faire connaître les avantages et l'instruction qu'il retire de ce grand combat d'opinions diverses.

M. Baud, l'auteur du mémoire qui a entamé l'affaire, et son savant rapporteur me paraissent avoir mis en lumière une vérité qui n'a pas été sérieusement contestée, à savoir que les affections chroniques de l'utérus sont souvent entretenues par un vice général de l'économie. Mettant à part les douleurs rhumatismales, qui envahissent quelquefois les organes de la génération, et les syphilides, qui ont là, comme ailleurs, leurs caractères bien distincts, nous croyons aussi pouvoir assurer, fondé sur un grand nombre de faits, que les maladies de l'utérus les plus opiniâtres sont *entretenues par la diathèse herpétique*: ce sont des eczémas, des lichens du tégument utéro-vaginal. Cette vérité n'exclut point l'utilité pratique des réflexions présentées par M. Velpeau sur l'importance des lésions du col vaginal. Tout en accordant à la cause diathésique l'influence qu'elle possède, il ne faut pas perdre de vue l'altération locale qui en est la conséquence. Les granulations qui tapissent le pharynx, les pustules qui surviennent au bord libre des paupières, les éruptions qui apparaissent sur le tégument externe, exigent des médications locales en même temps que des médications générales. Ce n'est point une chose indifférente que de porter une lésion du col vaginal: qu'il soit excorié simplement, couvert de granulations, entamé par des gerçures profondes, hypertrophié, ramolli ou congestionné, la guérison du mal est toujours urgente. Elle améliore le plus souvent l'état des malades, elle simplifie leur position; il arrive même, quand la maladie est récente, que les moyens locaux procurent la cessation de toutes les souffrances. Parce qu'on a abusé des topiques, ce n'est pas une raison pour y renoncer.

M. Dubois a émis, sur les déplacements et les déformations de l'utérus, une idée qui a, nous le croyons, le mérite d'être très-juste, bien qu'en opposition complète avec ce que l'on pensait jusqu'à ce moment. Quand on considère que bien des femmes, atteintes de prolapsus de la matrice, ne souffrent point, que d'autres malades, guéries d'une ulcération du col, cessent de souffrir, sans que le déplacement dont elles sont atteintes ait été modifié, on est bien disposé à adhérer à cette opinion, nettement formulée par l'illustre professeur, que les déplacements et les déformations ne sont point en eux-mêmes, et indépendamment de toute autre lésion, une cause de souffrance.

Une affaire moins importante a occupé plusieurs honorables orateurs. *Engorgement* exprime cette condition physique et palpable d'un organe augmenté de volume, et rempli, *gorgé* plus qu'à l'état normal, de liquides séreux, sanguins et gélatineux; de plus, modifié dans sa densité, son élasticité, etc.... Ce n'est là ni l'hypertrophie simple ni l'induration. L'expérience nous enseigne que l'engorgement se rencontre très-fréquemment au col vaginal de l'utérus, bien plus rarement au corps. La démonstration de M. Velpeau ne laisse aucun doute sur ce dernier point. Cet état coïncide souvent avec l'ulcération; mais l'ulcération existe aussi sans engorgement, et nous la trouvons alors plus facile à guérir. L'engorgement, a-t-on dit, n'est qu'une conséquence de l'inflammation; mais l'inflammation elle-même est en cause. C'est la réaction contre les doctrines de l'inflammation pure qui a produit le mot *engorgement*: fait matériel qui, sans préjuger des causes ni du traitement, s'accommode à toutes les théories. Cette expression mérite d'être conservée dans la science; car l'augmentation de volume du col utérin est par elle-même une chose grave, une cause de douleurs et de désordres qui mérite d'être prise en considération. Tous les jours nous voyons l'engorgement persister après la guérison des ulcères, et donner lieu pour lui seul à de nombreuses indications.

La discussion de l'Académie est restée au premier acte, et nous attendons avec impatience le second, qui doit nous donner la solution de plusieurs questions difficiles comme celles-ci.

Pourquoi certaines malades souffrent-elles beaucoup, bien que l'on ne puisse reconnaître que des lésions insignifiantes?

Pourquoi d'autres malades sont-elles aussi souffrantes après la guérison des lésions de tissu constatées par l'examen qu'elles l'étaient avant le traitement?

Quelle est la cause mystérieuse qui perpétue les malaises et les douleurs, alors que tout annonce une guérison solide?

Me permettez-vous, très-honoré confrère, de hasarder quelques réflexions à ce sujet.

L'appareil de la génération ne se compose pas seulement de la partie que nous pouvons examiner: cette partie (le vagin et la portion vaginale du col) est même la moins importante; au-dessus du col vaginal se trouvent le col utérin et la membrane qui le tapisse, le corps de l'utérus et sa membrane, les trompes, les ovaires, tout le système vasculaire et nerveux annexe. Il peut donc arriver que la fluxion, le gonflement et l'irritation siégent non-seulement sur les parties inférieures où nous les observons, mais encore sur les parties supérieures où nous ne pouvons les observer. Il arrive même que la partie supérieure est seule malade, tandis que la partie inférieure est saine. Il arrive encore que l'état maladif de la portion susvaginale persiste, alors que nous avons guéri les lésions de la partie intra-utérine, de même qu'une jambe reste gonflée après que l'ulcère dont elle était atteinte s'est cicatrisé; de même que les coliques persistent après la guérison de la dyssenterie, de même que l'oreille reste rouge et gonflée après la desquamation des vésicules eczémateuses qui étaient sorties à sa surface. Cette lésion simultanée des organes profonds et des organes plus extérieurs appartenant à un même appareil est conforme aux lois de la physiologie; les inflammations de l'intestin s'accompagnent d'aphthes dans la bouche. Les lésions organiques des reins appellent des irritations douloureuses du col de la vessie.

L'état fluxionnaire des organes intérieurs de la génération, et particulièrement de la muqueuse utérine et des ovaires, peut être reconnu lors de l'examen des malades par les phénomènes suivants:

Flux glaireux filant ou bien jaune et puriforme, sortant par l'orifice du col vaginal; dilatation de cet orifice.

(1) Nous avons accueilli avec un empressement légitime la note de M. Gaillard. Nos lecteurs y verront comme nous une heureuse association de la science avec la pratique. Les principes qui s'y trouvent développés sont ceux que la GAZETTE MÉDICALE aime à propager et à prendre sous sa responsabilité.

Feuilleton.

DISCOURS PRONONCÉ A L'OUVERTURE DU COURS D'ACCOUCHEMENT DE LA FACULTÉ DE MONTPELLIER; par M. le professeur DUMAS (1).

Messieurs,

Un spectacle dont le merveilleux n'a pu sans doute vous échapper et qui, malgré sa vulgarité, mérite à plus d'un titre de fixer notre attention, est de voir les êtres qui nous entourent se perpétuer sans que le type primitif dont ils procedent offre des modications capables de faire méconnaître le lien qui unit les derniers venus à leurs premiers parents. L'homme aussi obéit à cette loi générale, et si nous voyons d'un côté l'individu doué d'une existence éphémère, naître, vivre et mourir pour faire place à des individus semblables qui parcourent les mêmes phases et suivent les mêmes destinées, nous voyons de l'autre, dans cette évolution incessante, des générations nouvelles succédant aux générations qui s'effacent; dans ces alternatives de vie et de mort qui semblent tout confondre, l'être collectif, connu sous le nom d'espèce humaine, traverser les siècles et se perpétuer d'âge en âge.

Éléments d'un tout dont ils partagent les vicissitudes, les individus ne se bornent donc pas à se développer et à se nourrir: il leur est encore donné de se reproduire et de jouir par cela même d'une partie de cette importance qui se rattache à l'idée de l'espèce et à sa pérennité. De cette faculté étudiée dans ses modalités et ses phases diverses découle un ensemble de faits que ne pouvait négliger la science, et qui a de tout temps été l'objet de prédilection des recherches des naturalistes, des etudes des médecins et des philosophes.

Grâce à l'intérêt que nous portons à tout ce qui se rattache à l'origine des choses, l'étude de la reproduction des êtres put devenir ainsi une source féconde de connaissances nouvelles, et par la complexité même des faits qu'elle embrasse, fournir un vaste champ à l'inquiète curiosité des premiers observateurs. Toutefois leurs recherches dirigées le plus souvent vers un but purement spéculatif, entreprises sans suite, ou sous l'influence d'idées théoriques préconçues ou imparfaites, ne durent qu'au hasard l'acquisition de quelque vérité nouvelle et l'agrandissement de l'horizon si restreint qu'il nous est donné d'embrasser. Comme suite nécessaire de cette manière de procéder, il arriva, on devait s'y attendre, que de nombreuses erreurs entachèrent ce qu'Hippocrate et

(1) La place que nous sommes heureux d'accorder au discours qu'on va lire témoigne du mérite que nous lui reconnaissons. C'est d'ailleurs un de ces morceaux dans lesquels, sous la forme élégante de l'écrivain, se manifestent les tendances caractéristiques de la célèbre Faculté. Les personnes qui se rendent difficilement compte de la différence qui existe entre les Écoles de Paris et de Montpellier y découvriront peut-être des qualités propres à les édifier plus complétement.

Dilatation manifeste de la cavité du col utérin.

Ganglion douloureux qui apparaît entre le col de l'utérus et le rectum. (Marjolin.)

Gonflement, ramollissement, douleur à la pression des portions accessibles du corps de l'utérus.

Dilatation de la cavité du corps.

Granulations muqueuses et polypiformes de la cavité utérine. (Récamier.) Nous avons pratiqué nous-même avec succès l'opération conseillée en pareil cas par ce célèbre praticien.

Gonflement, tension douloureuse de la région des ovaires.

L'anatomie pathologique confirme d'ailleurs la valeur de ces symptômes, car nous avons trouvé maintes fois des épaississements, des vascularisations, des granulations anormales de la muqueuse intra-utérine. A l'époque de la ménopause, l'appareil de la génération meurt, et l'on ne trouve plus que des traces des lésions autrefois si vivaces.

Les lésions de tissu que nous venons de signaler entretiennent des désordres variés qui pour la plupart appartiennent au système nerveux : douleurs lombaires, iléo-lombaires, intercostales, gastralgie, migraine, palpitations, paraplégie incomplète.

Telle est la solution que nous donnons aux questions posées il y a quelques instants. Ces explications pourraient donner lieu à quelques considérations pratiques si l'on y ajoutait que la diathèse herpétique se montre ici avec ses caractères distinctifs, progression rapide, extension aux surfaces continues, persistance opiniâtre, récidives fréquentes des éruptions Si après l'exposition des faits il nous était permis de hasarder une théorie, nous dirions que les réactions douloureuses provoquées par les affections de l'utérus dans presque tous les points de l'économie, nous ont paru être dues, pour le col en particulier, à la compression qu'éprouvent les tissus enflammés dans la gaîne cellulo-fibreuse qui entoure ce cylindre. Ce phénomène nous a semblé analogue à ceux que présente le panaris, et nous pensons avoir retiré quelques avantages de la destruction rapide des tissus engorgés suivant la méthode de M. Amussat.

GAILLARD, docteur-médecin à Poitiers.

ÉPIDÉMIES.

DOCUMENTS POUR SERVIR A L'HISTOIRE DES MALADIES DE L'ARMÉE D'AFRIQUE ; par M. MAILLOT, médecin en chef, premier professeur à l'hôpital militaire d'instruction de Lille.

Je possède sur les maladies de l'Algérie des documents qui, bien que recueillis depuis près de treize ans, me paraissent encore aujourd'hui de nature à élucider les questions les plus importantes de celles qui se rapportent à la pathologie de ce pays.

De ces documents, les uns sont des notes de mon journal clinique ; les autres sont des pièces de ma correspondance officielle. La plupart d'entre eux n'étaient donc pas destinés à être publiés : c'est un motif peut-être pour qu'ils aient plus de valeur et offrent plus d'intérêt. Ils feront du moins connaître sur quelles bases reposent les propositions que j'ai émises dans des écrits que mes collègues de l'armée d'Afrique aiment à consulter ; ils seront peut-être de quelque utilité aux jeunes médecins militaires qui se trouveront dans des positions analogues à celles où j'ai été placé, et nos confrères de la vie civile y verront une partie des difficultés que nous avons souvent à surmonter aux armées pour avoir un service bien organisé, et pour pouvoir recueillir quelques matériaux profitables à la science. Il me semble, de plus, que ce travail prend une certaine importance d'actualité en paraissant au moment où de nombreux colons vont sérieusement s'établir en Algérie ; car on ne saurait trop appeler l'attention sur des faits que la nature des hommes, des lieux et des choses pourrait faire renaître d'un instant à l'autre, si l'on s'écartait des règles tracées par l'expérience.

Le voisinage des localités marécageuses, le délabrement de la ville, le mauvais casernement, telles avaient été, en 1832, les causes des maladies qui avaient sévi à Bone sur nos troupes dès le premier mois de l'occupation. En 1833, ces mêmes causes s'amoindrissent, moins l'influence marécageuse, qui devient, au contraire, beaucoup plus active, parce qu'on emploie les soldats à la récolte des foins ; mais on élève des casernes en bois et en pisé. Au moment des épidémies, on les transformera désormais en salles de malades ; les *baraques-casernes* prendront alors le nom de *baraques-hôpitaux*. On avait ainsi créé les *sautons*, les *baraques de la cavalerie*, de l'*artillerie* et de la *légion étrangère*. On avait aussi affecté à cette double destination des maisons restaurées à la hâte ; mais plusieurs d'entre elles laissaient beaucoup à désirer. De simples toiles, souvent en lambeaux, y remplaçaient les carreaux de vitres, et les portes, sauf celles d'entrée, n'existaient pas ou n'étaient formées que de planches mal jointes, comme étaient alors celles de la plupart des habitations mauresques.

C'était appliquer une partie des préceptes que venaient de donner les officiers de santé en chef de l'armée ; car, *pour se préserver du renouvellement de pareils malheurs* (épidémie de 1832), ils avaient conseillé de régulariser le cours de la Boudjima, de déblayer les décombres, de rétablir les égouts, d'enlever les immondices, de paver la ville, de construire des casernes et des baraques-hôpitaux, de rétablir l'aqueduc, de baraquer les troupes sur les hauteurs éloignées des marais, de ne pas y rester lors de la saison des pluies, enfin d'activer la culture des terres, afin de procurer des substances végétales à l'alimentation de la garnison et des malades (1).

Ce rapport, daté du 26 janvier 1833, précédait de quelques mois le retour des mêmes maladies, et l'on eut à déplorer des revers encore plus grands que ceux de l'année précédente, malgré le zèle admirable que l'autorité militaire avait apporté à exécuter les travaux d'amélioration que je viens d'exposer, et qui étaient entièrement terminés en 1833. L'année suivante, on n'ajouta rien à ces constructions provisoires, et l'on commença des bâtiments plus solides : on jeta les fondements des casernes en pierre, qui n'ont été terminées qu'au bout de plusieurs années ; on fit des remuements de terre dans la ville pour creuser des égouts, pour niveler les rues, et aux environs, pour dessécher les marais qui touchaient aux remparts.

On verra, au surplus, ce que l'on avait gagné sur tous ces points, par

(1) RECUEIL DES MÉMOIRES DE MÉDECINE, CHIRURGIE ET PHARMACIE MILITAIRES, t. XXXV.

ses devanciers dont il résuma les doctrines nous apprennent de la génération et du développement du fœtus ; car à ces faits se bornait ou à peu près ce que l'on savait alors de la reproduction de l'homme. Or ces erreurs par un funeste privilége, suite nécessaire du respect que les grands hommes inspirent à la postérité, furent aveuglément adoptées comme les vérités dont elles formaient l'impur alliage.

Les écrits de Pythagore, d'Alcméon, d'Empédocle, de Démocrite, d'Aristote × même, pourraient être invoqués au besoin comme preuve de ce que nous venons de signaler à votre attention, et démontrent de plus que jusqu'à l'époque où florissait l'école d'Alexandrie des spéculations plus ou moins ambitieuses absorbèrent l'attention des savants et leur firent négliger le point de vue pratique; celui-ci devint dès lors le partage à peu près exclusif de matrones que les préjugés, l'habitude et une pudeur aussi exagérée que mal entendue ne laissèrent que trop longtemps en possession d'un rôle qu'elles ne pouvaient le plus souvent remplir avec avantage.

Ainsi privées d'instruction et sans connaissance de l'économie animale, ces femmes ne virent dans l'accouchement qu'une opération mécanique. Elles oublièrent de plus ce que la nature, en général si simple et si constante dans ses procédés, leur révélait de ses propres ressources et encombrèrent l'art des pratiques les plus grossières et les plus superstitieuses. Enfin leur embarras fut porté à son comble lorsque les accidents qu'elles eurent sous les yeux leur apprirent que la nature avait aussi ses écarts, et que, dans leur impuissance de les rectifier, elles se bornèrent à les constater pour les déclarer au-dessus des ressources de l'art et frappés au coin d'une fatalité désespérante.

Nous ne saurions méconnaître, en effet, messieurs, que si la nature peut le plus souvent se suffire, elle ne procure d'autres fois la délivrance de la femme en travail qu'en portant les tourments et les dangers au dernier période, et qu'il est enfin des cas dans lesquels les lois générales interverties, où des accidents extraordinaires amènent des périls d'autant plus redoutables que la nature est sans forces et sans ressources, et que les jours d'une mère et de son malheureux fruit sont à la fois menacés.

Ce furent sans doute des faits de cette nature trop fréquemment observés et les malheurs qui en étaient la conséquence nécessaire, qui décidèrent quelques hommes à consacrer leurs veilles et leur talent à des études trop longtemps négligées et à chercher ainsi le moyen de venir en aide à la nature quelquefois impuissante ; ainsi chez les Grecs et les Romains la chirurgie avait à une certaine époque fait d'assez grands progrès pour que les médecins intervinssent dans les accouchements laborieux. C'est ce qui eut lieu en particulier pour Livie, femme d'Auguste, qui fut secourue par Musa.

Ce n'est cependant qu'avec le quinzième siècle que les chirurgiens entrèrent dans une voie réellement fructueuse, et si leurs premiers pas furent faibles et peu hardis comme dans tous les arts qui doivent leurs succès à l'expérience ; les Ambroise Paré, les Mauriceau n'en eurent pas moins l'honneur de brillamment ouvrir une carrière dans laquelle leurs successeurs devaient faire de si précieuses découvertes Grâce aux travaux qui dès lors se sont succédé sans relâche et dont la France peut à juste titre revendiquer une si belle part, on vit une science nouvelle se constituer, en recueillant et mettant en ordre des faits trop longtemps négligés ou épars et dont elle eut pour objet de constater l'ori-

× Ce mot : « même » en dit plus qu'il n'est gros !

l'extrait suivant d'un rapport que, au mois de janvier 1835 (un an après mon arrivée), le général commandant supérieur avait demandé sur les causes de la prolongation de l'épidémie : « Ce grand nombre de rechutes, » qui maintient le mouvement de notre hôpital à un chiffre si élevé (envi- » ron 900), tient : 1° à la nature elle-même des affections intermittentes; » 2° à des conditions accidentelles, savoir : les variations brusques de tem- » pérature que nous éprouvons depuis deux mois, le *mauvais état du ca-* » *sernement*, le *manque de lits*, *et par suite la nécessité de faire* » *coucher dans des hamacs et dans des localités humides et malsaines* » des convalescents qui, sortant de l'hôpital faibles encore, sont éminem- » ment prédisposés à subir de nouveau l'influence des causes morbides qui » déjà les avaient frappés.

» Il est en outre une circonstance qui a eu, selon nous, une grande part » dans la gravité qu'a présentée l'épidémie d'hiver, et qui n'est pas sans » influence encore aujourd'hui : nous voulons parler des *égouts de la* » *ville, qui sont autant de foyers d'infection*. Les émanations qui s'en » dégagent sont extrêmement dangereuses, et pourraient, si on ne se hâ- » tait de terminer ces travaux, faire éclater parmi nos troupes des affec- » tions typhoïdes plus redoutables peut-être que celles que nous venons » de combattre.

» Si à ces causes de maladies, les seules appréciables aujourd'hui, nous » joignons le voisinage des marais, la haute température du climat, l'occu- » pation des postes extérieurs pendant l'été, les travaux pour la récolte des » foins, ceux de dessèchement commencés autour de la ville, et l'encom- » brement des hôpitaux pendant la vigueur de l'épidémie, on connaîtra tous » les éléments, toutes les conditions d'existence des maladies endémiques » à Bone et des épidémies annuelles....

» En présence de pareils faits, et la médecine avouant son impuissance » pour combattre efficacement des maladies aussi terribles lorsqu'elles sont » développées, que faut-il faire, sinon pour détruire des causes qui agis- » sent incessamment, du moins pour prévenir le retour et les effets désas- » treux de ces épidémies annuelles? Établir de vastes et saines casernes, » fonder des hôpitaux proportionnés aux besoins, améliorer autant que pos- » sible la nourriture du soldat, régler les heures et la nature de ses tra- » vaux, abandonner les postes extérieurs pendant l'été, tels sont les moyens » d'une application urgente, plus faciles sans doute à obtenir que la des- » truction des marais, sans laquelle cependant on ne fera qu'atténuer, nous » le répétons, leur fatale influence. »

On peut juger par là quelles étaient nos conditions hygiéniques générales, et combien peu, malgré les plus grands efforts, on avait progressé vers le bien; voyons maintenant quelles étaient nos ressources hospitalières.

Dès les premiers temps de l'occupation, on avait converti une mosquée en hôpital; en 1833, on avait construit dans la même enceinte des baraques que, pendant l'hiver de 1834, on avait cédées au casernement, et que nous reprîmes au mois de juin pour nos malades.

Combien cet établissement, ainsi agrandi, contenait-il de lits? Par une lettre du 29 mai, en réponse à la mienne du 21, M. le sous-intendant chargé de la surveillance des hôpitaux m'adresse l'état des salles, et porte le nombre des lits à 510. Par une lettre du 31, je lui fais connaître que ce chiffre est trop élevé; je lui disais : « J'aurai l'honneur de vous faire observer que, » dans plusieurs salles, ainsi que je l'ai démontré à M. l'officier comptable, » on ne pou..a mettre le nombre de lits indiqués dans notre tableau. Loin » de moi l: pensée de demander que l'on observe les distances déterminées » par les règlements. J'apprécie les difficultés de notre position, et je sais » que c'est chose impossible; mais il est bien important que les lits ne se » touchent pas, comme cela était l'an dernier : ils doivent être assez es- » pacés pour que le médecin puisse facilement passer entre les deux lits » voisins. »

Le nombre des lits fut réduit à 435; il était donc impossible, avec un hôpital de cette contenance, de faire face à une épidémie qui, le 19 juillet, allait élever à 1,262 le chiffre de nos malades présents à la visite du matin.

Que faire en pareille occurrence? Il fallait recourir à la mesure qui avait été adoptée l'année précédente, bien qu'elle n'eût pas donné les résultats qu'elle promettait avant son application : c'était de prendre une partie des casernes pour nos succursales. J'espérais en effet, malgré cet insuccès, que nous en retirerions de grands avantages si l'on mettait quelques baraques à notre disposition, aussitôt que le chiffre des malades approcherait de celui de nos lits, et avant que l'encombrement de l'hôpital ait mis de l'hésitation dans l'admission journalière des entrants; si ensuite on continuait à agir de la sorte à mesure que l'épidémie ferait des progrès, sans se laisser arrêter par ce prétendu envahissement du service hospitalier, comme le murmuraient quelques personnes mal inspirées. Les lignes suivantes, adressées à l'autorité militaire, dénotent combien il nous fallut lutter pour obtenir ce que nous demandions : « Je ne vous dissimulerai pas, disais-je, que je vois » avec effroi arriver l'époque de l'épidémie. On vit aujourd'hui d'illusions; » mais le réveil sera terrible, et je vous prédis pour cette année une partie » des revers de l'année dernière, si on ne se hâte de satisfaire aux besoins » que les officiers de santé en chef de l'hôpital de Bone ont signalés à di- » verses reprises, si l'on ne met de vastes locaux à leur disposition. » Heureusement l'administration, s'appuyant sur nos demandes réitérées, se roidit contre les nombreux et puissants obstacles qu'elle rencontrait en raison des lieux et des circonstances, et l'autorité non moins ferme que paternelle du général Monck d'Uzer lui venant en aide, elle put, dans le fort de l'épidémie, nous livrer plus de la moitié des locaux affectés au casernement. C'est ainsi que nous parvînmes à satisfaire presque complétement aux besoins.

Mais le mois de juillet prouva combien nous étions à chaque instant sur le point d'être débordés. Chaque matin, pour avoir des lits vacants selon les besoins probables de la journée, nous étions obligés de faire sortir des malades qui n'étaient aux trois quarts que depuis deux ou trois jours. Dans son rapport sur le mois de juillet, un de mes adjoints me dit : « Je vous fe- » rai observer que, du 10 au 15, ont été reçus chez moi 130 malades ve- » nant des postes extérieurs, ayant tous au moins huit jours de maladie, et » qui, pendant trois ou quatre jours, ont été refusés à l'hôpital parce que » nous n'y avions pas de place. Vous vous rappellerez peut-être aussi que » vers cette époque, 19 malades venus très-tard au camp ont été reçus » dans *mon service après avoir passé la nuit dans la rue, sur les mar-* » *ches de l'hôpital*. » Effectivement, nous n'avions pas été prévenus de l'arrivée d'un convoi de malades qui nous venaient du camp; ils se présentèrent à l'hôpital vers minuit. Il fut impossible de les y recevoir jusqu'au moment où, à la visite du matin, on put, à l'aide des sorties, leur créer des places. Ces faits démontrent de la manière la plus évidente que, sans une médication qui, appliquée en 1834, a tant abrégé la durée des maladies, nous aurions eu le même encombrement que pendant les années précédentes.

---

gine, le développement, la liaison et les résultats.

Chargé de vous faire connaître cette science, d'exposer dans cette enceinte la théorie et la pratique des accouchements, de fixer d'une manière spéciale votre [illegible] sur les maladies des femmes et des enfants autant qu'elles se rattachent au grand œuvre de la reproduction, je n'ai cru pouvoir mieux inaugurer la chaire dans laquelle je m'assieds aujourd'hui pour la première fois, qu'en jetant un coup d'œil d'ensemble sur la science obstétricale et sur les tendances que semblent lui imprimer les travaux contemporains.

Pour atteindre ce double but, j'aurai besoin, vous devez le comprendre, de porter plus d'une fois le regard en arrière, et d'indiquer à grands traits quelques-unes des phases qu'a parcourues la science dans son évolution. Pour que ce travail puisse être fructueux, il faut toutefois que dès notre entrée en matière je vous dise que, dans ma pensée, cette science n'est pas seulement constituée, comme sembleraient l'indiquer bien des livres qui en traitent, par la simple étude du mécanisme de la parturition et celle des secours qu'elle peut réclamer, mais bien par la connaissance et la systématisation de tous les faits qui se rattachent aux fonctions si importantes de la génération.

Rendre possibles les rapports sexuels; préparer de longue main la jeune fille au rôle important qu'elle doit jouer en vue de la perpétuation de l'espèce; reconnaître et signaler les circonstances qui s'opposent à cette mission, peuvent compromettre l'existence d'une jeune femme et celle du fruit qu'elle aurait eu l'imprudence de concevoir; prévenir, combattre les maladies qui peuvent entraver, compromettre la grossesse, ou l'empêcher de suivre ses phases diverses; tout disposer pour que la parturition ait lieu en toute sûreté pour la mère et pour l'enfant; provoquer hâtivement la naissance dans quelques cas; attendre le plus souvent le terme fixé par la nature pour la seconder quand elle suit une bonne voie, ou rectifier ses tendances quand elles sont mauvaises; conserver une mère à l'enfant qui vient de naître en combattant les maladies si graves qui surviennent après l'accouchement et déciment quelquefois nos hôpitaux, la remplacer avec tout l'avantage possible si elle succombe ou qu'elle ne puisse pas remplir en entier les devoirs que lui impose son rôle de mère; détruire enfin les obstacles qui peuvent empêcher le nouveau-né de remplir les fonctions dont le non-exercice ne saurait être sans danger pour lui : telle est l'esquisse rapide des problèmes variés et pleins d'intérêt qui se présentent dans la pratique des accouchements et qui doivent tour à tour appeler votre attention.

Des faits d'ordre très-variés deviennent donc, vous le voyez, l'objet des réflexions habituelles du médecin-accoucheur, qui trouvera seulement dans l'étude complète des phénomènes anthropologiques les données capables d'en faire concevoir l'origine, d'en suivre le développement, d'en reconnaître la liaison et d'en prévoir les résultats.

Des connaissances multiples et variées lui seront dès lors nécessaires pour remplir la tâche qui lui est confiée ainsi.

L'importance des connaissances anatomiques exactes, soit qu'elles aient pour objet l'état normal ou anormal des parties qui forment le système générateur de la femme, est trop généralement sentie pour qu'il soit utile de nous y appesantir; car regardé comme acte purement et essentiellement mécanique, l'accouchement ne saurait avoir lieu, dans l'opinion des personnes même les plus étrangères à la science, s'il n'y a point une sorte d'harmonie préétablie entre le

Nos prévisions jusqu'ici s'étaient appliquées aux dimensions des locaux; il fallait voir, dans les limites de nos attributions, si les autres conditions hygiéniques s'y rencontraient, si, de plus, nous avions un matériel suffisant. Par les lettres des premiers jours d'avril et du 15 mai, je vois que nous n'avions pas de salle de bains, pas de buanderie, que nos cuisines ne pouvaient suffire; qu'il nous restait dans les magasins à peine cent cinquante matelas, et cependant nous n'avions pas encore 300 malades. Grâce au zèle de tous, on activa les préparatifs de manière que la presque totalité des malades eut des matelas en temps utile. Je crois devoir, à cette occasion, prévenir les jeunes médecins qu'en campagne et pour les maladies contrées, on peut sans crainte se contenter de paillasses bien conditionnées; j'en ai fait l'expérience en 1834 dans ma division des cantons, qui avait été ouverte avant la confection du nombre suffisant de matelas.

Nos ressources connues, il fallait distribuer le service de manière à les employer convenablement. J'écrivais, le 21 mai, à M. le sous-intendant pour le prier de me faire connaître les localités qu'on nous destinait dès le début de l'épidémie, afin de pouvoir organiser les diverses divisions de fiévreux. « Je désire, lui disais-je, que chacun de nous ait, dans l'hôpital » proprement dit, à peu près le même nombre de lits pour y recevoir ses » évacués lorsqu'on quittera les succursales. Il est éminemment utile au » service que chacun de nous continue à donner des soins aux malades » dont il a commencé le traitement. Rien de plus nuisible, rien de plus » dangereux que les mutations de médecins; ces changements comptent » toujours des victimes.

» Il est indispensable qu'à la fin du mois de juin toutes les dépendances » de l'hôpital, cédées à la troupe, nous soient rendues; il faut que chaque » médecin recevant tous les jours une portion des entrants voie à cette » époque son service se former peu à peu; autrement il arriverait qu'au » moment où un premier et un deuxième service ne suffiraient plus aux » besoins, le troisième serait de suite encombré par l'arrivée journalière de » 60 à 80 malades, et nécessairement le traitement en souffrirait. Il est » impossible de bien connaître l'état de ses hommes avec un pareil mouvement. »

Le 29 mai, le sous-intendant me répondait: « J'ai lu avec l'attention que » la gravité de son sujet réclame la lettre que vous m'avez fait l'honneur » de m'écrire le 21 de ce mois. Je ne puis qu'approuver l'intention que » vous m'exprimez.... Le principe de répartition que vous me soumettez » me paraît avoir l'inconvénient d'obliger à des courses longues et pénibles » tous les médecins lorsqu'un seul pourrait être chargé des succursales. Je vous laisse cependant toute la latitude à cet égard. Partagez » d'abord avec MM. vos adjoints les salles de l'hôpital principal; on verra » plus tard s'il ne conviendrait pas de donner les succursales à un aide-» major. Je désire seulement que vous ne cédiez pas, en cette occasion, à » toutes les exigences de votre zèle. J'ai eu plus d'une occasion de regretter que le médecin en chef fût absorbé à tel point par ses devoirs personnels, que toute distraction utile d'observations et de surveillance lui » devînt interdite. Vous n'avez pas seulement à combattre des effets, mais » à rechercher leurs causes pour en prévenir le retour. Tout reste à faire » sous ce rapport, et l'importance d'une aussi noble mission éveillera nécessairement chez vous l'impatience de l'accomplir. Sachez donc vous en » réserver les moyens.

» Je vous serai obligé de me faire connaître la répartition de votre ser-» vice dès que vous l'aurez arrêtée. Je vous remets, à cet effet, l'état des » locaux qui, appartenant à l'hôpital, peuvent être occupés aussitôt que les » besoins se manifesteront. On s'emparera des baraques-casernes au fur et » à mesure qu'il y aura nécessité de le faire, et nous aurons avec ce secours » place pour 1,200 lits environ. »

Le 31 mai, je rendais compte de cette répartition, que j'opérai d'après les principes renfermés dans ma lettre du 21, et je démontrais la nécessité de réduire le chiffre des lits, qui, porté d'abord à 510, fut fixé à 435, comme je l'ai dit plus haut.

Le 1er juin, nous n'avions que 237 malades; et dans notre rapport officiel sur le mois de mai, nous n'avions absolument rien d'essentiel à signaler.

Au commencement du mois, on employa une partie des troupes à la récolte des foins, les unes pour faucher, les autres pour protéger les travailleurs. On avait pris des précautions hygiéniques très-grandes que, sur l'invitation de l'autorité, nous avions déterminées; on avait augmenté la quantité des aliments et des rations de vin; on entretenait des feux pendant la nuit dans le camp et dans les postes extérieurs. Les factions de nuit avaient été réduites à une heure dans tout le corps d'armée.... En parlant de ces précautions hygiéniques au médecin en chef de l'armée, je disais: « Je ne sais si c'est à elles que l'on doit d'avoir si peu de malades jusqu'à » présent.... Le camp n'en donne pas plus que les autres points occupés » par les troupes. Cependant, malgré cette belle apparence de notre état » sanitaire, nous ne tarderons pas, je pense, à voir notre mouvement s'é-» lever à 800 ou 1,000 malades. »

Le 14, nous demandions au sous-intendant de provoquer des mesures dont le besoin se faisait déjà sentir; nous lui disions: « Nous avons l'hon-» neur de vous prier de demander au général commandant supérieur un » ordre du jour par lequel il invitera de nouveau les officiers de santé des » corps à ne pas conserver de malades dans les infirmeries, et à les en-» voyer à l'hôpital aussitôt que la maladie aura été constatée. La nature des » affections de ce pays est telle qu'un jour de retard souvent donne la » mort.

» Nous pensons, monsieur l'intendant, que tout homme sortant des di-» visions de fiévreux doit avoir par cela seul une exemption de huit jours. » Les officiers de santé des corps, dans les cas exceptionnels, prolonge-» raient autant qu'ils le jugeraient convenable la durée de cette exemption. » Plusieurs rechutes, déterminées évidemment par une trop prompte re-» prise du service, nous font vivement désirer l'adoption de la mesure que » nous proposons.

» Vous savez, monsieur l'intendant, que les salles de l'hôpital seront en-» tièrement occupées dans trois ou quatre jours; nous appelons votre at-» tention sur ce point et sur le besoin que nous aurons de nos succursales » très-probablement pour le 17. Aujourd'hui déjà, en attendant que les » réparations de la baraque 13 soient terminées, nous serons obligés de » mettre les entrants sous les galeries de la cour d'entrée. »

Le 19, nous avions 472 malades, et nous écrivions aux officiers de santé en chef de l'armée: « Notre mouvement s'élève dans des proportions qui » nous annoncent que nous devons nous attendre à avoir incessamment 1,000 » à 1,200 malades; nous vous adressons celui de la quinzaine pour vous » faire connaître la rapidité avec laquelle il s'accroît de jour en jour.

» Nous avons un grand nombre d'affections graves; déjà, depuis hier, » nous avons ouvert une succursale hors de la ville. Dans quelques jours, » d'autres le seront. La dissémination des malades dans différents points

---

volume du produit de la conception et les dimensions du passage qu'il doit traverser. De là l'utilité de connaître les dimensions diverses de l'enceinte pelvienne et leurs rapports avec les divers diamètres de la tête de l'enfant, de là la nécessité de constater les altérations dont chacune d'elles est susceptible, ainsi que les modifications de forme, de volume, de structure que peuvent présenter les parties molles dont l'ensemble concourt à la composition des appareils de gestation et de copulation chez le sexe.

Signaler ces faits suffit, il nous semble, pour en faire comprendre toute la portée, sur laquelle nous nous sommes longuement appesantis d'ailleurs, lorsqu'en réponse à la question posée dans le concours nous avons exposé ce que l'anatomie pathologique avait pu fournir de précieux enseignements à la pratique obstétricale.

Si, comme nous venons de le rappeler, les études anatomiques offrent un intérêt de premier ordre lorsqu'il s'agit d'acquérir des notions exactes sur le mécanisme de la parturition et sur les ressources qu'à ce point de vue la nature peut trouver en elle-même, nous ne saurions méconnaître que les études physiologiques secondent ce que l'examen graphique des organes a pu nous faire pressentir des fonctions dont ils sont le siége ou les agents. C'est ainsi qu'elle nous apprend que chaque système, chaque appareil, chaque partie organique a une certaine manière de se nourrir, de se conserver, de ressentir les impressions auxquelles elle est soumise, de réagir d'une manière qui ne ressemble en rien à celle de telle ou telle autre, et tout cela cependant sous l'influence du principe vivificateur de l'entier, c'est-à-dire du principe de vie qui établit une relation intime entre les parties du tout complexe dont il n'est lui-même qu'un élément.

C'est, du reste, en s'élevant ainsi à la notion de ce principe unitaire de l'homme, en étudiant les lois de son activité propre et celles non moins remarquables de son association avec l'élément organique et le principe de l'intelligence, que la physiologie nous facilite la connaissance des actions et réactions incessantes qui, sous le nom de phénomènes de synergie et de sympathies, s'observent si fréquemment en dehors de toute sollicitation extérieure, et tourmentent la femme pendant cette longue période de son existence, où elle vit plus pour l'espèce que pour elle-même.

L'approche de la puberté, l'apparition des premières règles, le retour périodique de l'évacuation cataméniale, la grossesse, la ménopause, s'accompagnent, personne ne l'ignore, de phénomènes sympathiques dont la variété n'est guère égalée que par la bizarrerie. Revêtant toutes les formes d'aberration de la sensibilité tant générale que spéciale, ces modalités physiologiques ne constituent souvent que des accidents de peu d'importance et compatibles avec une santé relative supportable, tandis que d'autres fois elles s'élèvent par leur exagération même jusqu'à un véritable état morbide qu'une intervention des plus actives peut seule combattre, et qui, utiles à connaître sous le rapport physiologique et médical, donnent encore lieu à des considérations pleines d'intérêt en morale et en médecine légale.

Mais, pour que l'appréciation de ces faits et des écarts instinctifs ou moraux qui en sont si souvent la conséquence, porte tous ses fruits, elle doit être confiée à une science pure de tout alliage, qui, après avoir déterminé d'une manière exacte les lois qui unissent en un seul tous les éléments constitutifs de

» éloignés les uns des autres va rendre le service très-pénible, que la na-
» ture des maladies exige déjà si actif.... Aussi nons vons prions de nou-
» veau de vouloir bien mettre au complet notre personnel.... Nous croyons
» aussi devoir, dans l'intérêt du service, vous prier de nous envoyer des
» sujets capables et disposés à bien faire. Au moment d'une épidémie qui
» peut avoir d'aussi affreux résultats que celle de l'année dernière, il serait
» douloureux de n'être secondé que par des officiers de santé qui auraient
» été envoyés ici par disgrâce, par punition. Ce n'est pas comme un exil,
» mais comme un poste d'honneur, que l'on doit considérer Bone en ce
» moment.... Nous sommes les sentinelles avancées de la médecine mili-
» taire.... »

Les officiers de santé en chef de l'armée nous accordérent immédiatement les secours que nous leur demandions. Nous étions en mesure de répondre aux événements; il fallait maintenant chercher à bien connaître la nature des maladies qui se présenteraient à notre observation.

Dans les mois de février et mars, les maladies avaient été presque exclusivement des fièvres intermittentes bénignes, et les tierces avaient dominé de beaucoup. En avril et en mai, on avait vu quelques fièvres rémittentes et quelques fièvres continues. Enfin les fièvres intermittentes de ces deux mois étaient presque toutes compliquées, en même temps que le type quotidien y devient plus fréquent et finit même par prédominer dans le dernier.

Cependant, dans le mois de mai, nous n'avions eu que 279 entrants; mais voici l'épidémie, et le mois de juin va nous en donner 935.

C'est alors qu'apparaissent épidémiquement ces *gastro-céphalites qui, en 1833, avaient eu le triste privilège d'encombrer les hôpitaux et les amphithéâtres*, pour me servir des expressions de l'un des médecins de l'époque. C'est aussi pour la première fois que je trouve dans mes notes les dénominations de *fièvres pseudo-continues*, de *pseudo-continuité*, dénominations qui, comme toutes les choses de ce monde, ont été accueillies par les uns et blâmées par les autres; mais auxquelles, dans tous les cas, on ne peut refuser le mérite d'avoir fixé l'attention sur un point de pratique que les écoles de Pinel et de Broussais avaient complètement méconnu.

Je ne fais que mentionner cette nouvelle phase des maladies et la gravité des fièvres intermittentes du mois de juin, relativement à celles des mois précédents, pour parler plus longuement d'un phénomène pathologique, à peine signalé dans les travaux sur les maladies de l'Algérie, le *mal de ventre sec* : voici ce que je trouve à ce sujet dans mes notes : « J'ai remarqué chez beaucoup d'hommes une constipation opiniâtre pendant la convalescence; ceci s'observait surtout chez ceux placés aux Santons où, du 19 au 22, je reçus 113 fiévreux venant des différents points occupés par nos troupes; je ne pus me rendre compte de cet épiphénomène que je retrouvais même chez les hommes à la demi-portion. Chez beaucoup d'entre eux je fus obligé d'employer les lavements, tantôt émollients tantôt laxatifs.

» Quelques jours après, chez plusieurs sujets, qu'ils aient ou non cette constipation, j'observai des douleurs intestinales parfois très-violentes, sans rougeur de la langue, sans sécheresse, sans soif, avec constipation et une grande quantité de gaz dans les intestins.

» Quelle était la cause de ces douleurs, quelle en était la nature? Mon collègue et ami M. Girardin, chirurgien en chef de l'hôpital, qui avait séjourné plusieurs années en Espagne, et qui avait bien voulu nous venir en aide en se chargeant du service d'une division de fiévreux, crut leur trouver la plus grande analogie avec la colique de Madrid; il ne tarda pas lui-même à les observer dans l'une de ses salles placée sur le bord de la mer, ouverte de tous côtés aux v[illegible] qui s'y précipitaient avec violence. Ces conditions de fraîcheur et de ve[illegible]ation se retrouvaient aussi, à un très-haut degré aux Santons, caserne bâtie sur une élévation à 70 mètres au-dessus du niveau de la mer et où règne à peu près constamment une brise très-marquée. J'en vis aussi quelques cas dans mes autres salles; mais il est à noter qu'elles sont également, presque toutes, voisines de la mer; d'un autre côté, les variations de température du jour et de la nuit étaient très-fortes, et nécessairement elles devaient avoir beaucoup d'action sur des hommes qui se couchaient nus sur leurs lits pour y jouir plus complétement de la fraîcheur du matin. Je ne puis croire, ajoutais-je dans mes notes, que le sulfate de quinine ait été pour quelque chose dans ces légers quoique douloureux accidents; et j'ai cette conviction, parce que je ne les ai jamais remarqués sur des milliers de malades que j'ai traités en Corse et à Alger. »

» Quel a été le traitement de ces entéralgies particulières, quelle a été leur terminaison? Le premier exemple que j'en eus dans mon service se présenta sur un homme très-fort qui n'avait pris que 12 décigrammes de sulfate de quinine, en deux jours, pour des accès de fièvre quotidienne. Il lui était resté de l'anorexie, et cédant à ses instances, je lui administrai un grain d'émétique avec 25 grains d'ipécacuanha; son embarras gastrique se dissipa. L'appétit était revenu lorsque, quelques jours après, il se plaignit de douleurs abdominales que la pression n'augmentait pas; il n'y avait ni soif ni rougeur de la langue, ni chaleur de la peau. Je pensai que les muscles abdominaux étaient restés endoloris à la suite des effort, du vomissement; mais la persistance et l'augmentation de ces douleurs m'engagèrent le lendemain à faire une application de sangsues qui fut réitérée à la visite du soir; il n'y eut aucun soulagement. J'employai, dès ce moment chez cet homme et dans les autres cas qui se présentèrent dans le courant du mois, les préparations opiacées à assez hautes doses par la bouche et en lavement.

» Ces coliques étaient généralement accompagnées d'un développement considérable de gaz dans les intestins. Dans plusieurs cas où elles étaient très-violentes, je fis retirer ces gaz par le rectum à l'aide d'une seringue: elles cédèrent à l'instant même et des selles abondantes ne tardaient pas à suivre leur cessation; j'obtins de ce procédé de prompts et heureux résultats que la continuation des opiacés rendait durables.

» Dans d'autres divisions, on administra les purgatifs en même temps que les opiacés; celui qui procura le plus de soulagement fut l'huile de croton tiglium.

» Après tout, ces épiphénomènes furent des accidents fort peu graves, qui ne retardèrent la convalescence que de quelques jours. Je crois en trouver la cause dans les variations atmosphériques et dans les écarts de régime auxquels se livrent, je ne dis pas nos convalescents, mais nos malades, dans des hôpitaux ouverts à tout le monde, où le commerce d'aliments se fait avec une audace inconcevable. »

Les lignes suivantes dénotent combien le système nerveux était compromis dans les affections du mois de juin. « Un phénomène que nous avons constaté souvent c'est l'existence de crampes violentes dans les extrémités inférieures : je le regarde comme un signe de mauvaise augure; elles étaient excessivement intenses chez un homme qui a succombé à une fièvre algide le quatrième jour de son entrée à l'hôpital... Ce qui nous frappe

---

l'homme, c'est-à-dire l'agrégat matériel, le sens intime et la force vitale, connaisse de plus les infractions plus ou moins graves de cette association, infractions qui ne sauraient coexister avec l'exercice régulier des fonctions et la conservation d'un équilibre regardé, non sans raison, comme caractéristique de l'état de santé.

Avec l'exagération des phénomènes sympathiques que nous venons d'indiquer comme satellites habituels de la menstruation et de la grossesse, avec le défaut d'équilibre des fonctions qui en est si souvent la conséquence, commence l'état morbide, et le médecin-accoucheur entre dès lors pleinement dans le domaine de la pathologie, qui s'agrandit pour lui de toutes les maladies qui peuvent compliquer la grossesse, l'accouchement et ses suites naturelles, la période des couches et celle bien plus longue de la lactation.

Des problèmes de l'ordre le plus élevé, et qui ne sont pas seulement du domaine de la pathologie spéciale, se présentent alors à chaque pas, et ce n'est que la connaissance approfondie des modalités que l'état menstruel, de grossesse, de puerpéralité et de lactation impriment à l'ensemble du système, à son mode de sentir et de réagir, qui permet de traiter avec succès les maladies souvent si dangereuses qui compromettent à la fois la vie de la mère et celle de son enfant.

Les connaissances en pathologie ont été de tout temps si utilement appliquées aux diverses époques de la vie de la femme qui correspondent aux fonctions de reproduction, que les anciens médecins, tout en ne s'occupant ni de chirurgie pratique ni d'accouchements, ont fait des maladies du sexe, pendant la puberté, la grossesse, les couches et la lactation l'objet de leurs laborieuses recherches. C'est ce qui est mis hors de doute par la collection d'Israël Spaach, vaste répertoire des travaux grecs, arabes et latins, tant anciens que modernes, dans lequel se pressent des noms que nous sommes habitués à regarder comme des autorités en médecine, et dont Morisot Deslandes a très-judicieusement fait ressortir l'heureuse influence sur l'obstétrique, dans sa dissertation publiée en tête du traité des accouchements de Puzos.

« C'est ainsi, dit l'ex-docteur régent de la Faculté de médecine de Paris qui partait, il ne faut pas l'oublier, à une époque où la médecine et la chirurgie étaient distinctes, sinon indépendantes, que les artistes, c'est-à-dire les accoucheurs les plus intelligents, peuvent méconnaître certaines causes cachées qui rendent quelquefois le travail long et pénible. Aussi, pour hâter ce que, dans leur impatience, ils trouvent trop long ou trop languissant, ils ont recours à des opérations toujours douloureuses et conséquemment dangereuses, tandis que souvent la patience, une saignée ou l'opium administrés à propos, auraient opéré la délivrance. »

Grâce aux progrès de nos connaissances et à l'heureuse association de la chirurgie et de la médecine, si heureusement commencée dans le siècle dernier par l'Académie de chirurgie, nous n'avons plus à craindre de pareilles erreurs, car l'obstétrique n'est pas seulement le partage de simples artistes, mais est cultivée par des hommes qui savent que la femme est encore, plus que l'homme, une physique à part de la physique générale, et qui ont assez étudié les lois générales de la vie pour saisir nettement et remplir sciemment les indications diverses que réclament les altérations fonctionnelles du sexe, qu'elles surviennent à l'âge des règles, pendant la grossesse, durant ou après la parturition. Ici, en effet, on ne peut le méconnaître, l'administration des remèdes les mieux

surtout, c'est la prostration extrême qui accompagne les fièvres intermittentes. Cette prostration est telle que nous sommes obligés d'employer l'éther en potions et en lavements à la dose de 4 à 8 grammes par jour... Ce qui nous inquiète le plus après cette prostration vraiment effrayante, c'est la rapidité avec laquelle éclatent les accidents qui constituent les accès pernicieux; marche d'autant plus dangereuse que non-seulement les malades avec de fortes réactions sont ainsi frappés, mais encore ceux qui paraissent atteints légèrement... Déjà il nous arrive un grand nombre d'hommes que des accès pernicieux ont surpris, soit dans leurs casernes, soit dans les postes extérieurs. »

Le mois de juillet nous fournit 1,689 entrées; je reçus 10 hommes, venant des casernes, atteints des douleurs intestinales dont nous venons de parler et qui ne donnent lieu ici à aucune nouvelle observation, si ce n'est que j'employai plusieurs fois avec succès, à la dose de 2 et 3 gouttes, l'huile de croton tiglium qui, le mois précédent, avait réussi dans d'autres services.

» Toutes les fièvres pernicieuses de ce mois frappent le système nerveux. C'est par là qu'elles tuent; toutes sont ou des délirantes, ou des comateuses, ou des algides: on n'en voit aucune amener la mort à la suite de sécrétions abondantes, ou de ruptures de la rate, ou d'apoplexie pulmonaire.

» Le caractère le plus saillant des maladies, surtout à la fin du mois, c'est la prostration extrême dont elles s'accompagnent comme au mois de juin, c'est en plus la faiblesse que laissent à leur suite des affections peu graves. Chez plusieurs sujets cette faiblesse est accompagnée de tremblement des membres, d'une semi-paralysie: la médication principale de ces accidents secondaires m'a paru être le sulfate de quinine associé à l'opium. Chez quelques-uns la persistance de la douleur dans les membres et la continuité des tremblements m'ont engagé à faire plusieurs applications de sangsues aux lombes, à la région cervicale, à mettre des vésicatoires volants le long de la colonne vertébrale, en même temps que j'administrais le sulfate de quinine.

» J'ai reçu également un grand nombre d'hommes atteints d'irritations *gastro-céphaliques* à peine fébriles et à rémittence très-obscure, chez lesquels les idées étaient comme voilées, l'intelligence obtuse, le pouls petit; chez ces hommes, en même temps que je prescrivais, avec discrétion, des applications de sangsues à l'épigastre, à la tête, je donnais le sulfate de quinine à haute dose, et je recourais de suite aux sinapismes et à des vésicatoires placés aux extrémités inférieures.

» Quant aux affections continues, elles sont très-nombreuses, elles ont de plus une grande intensité; et, pour prévenir l'objection que j'ai peut-être vu, par esprit de système, beaucoup de fièvres *continues à quinquina*, là où d'autres auraient diagnostiqué des *rémittentes*, je dirai que je n'ai compté dans mon service que 97 *gastro-céphalites* sur 503 entrants, tandis qu'un médecin, qui ne partage pas ma manière de voir, m'en signale, dans son mouvement, 110 sur 241 entrants; et, à cette occasion, je déclare que tous les chiffres que je cite dans mes travaux sur les maladies d'Afrique m'ont été remis par les médecins de service eux-mêmes, et que je les ai encore en ma possession.

Vers la mi-juillet, les maladies prirent une marche moins grave; car je trouve ceci dans une lettre adressée, à la date du 20, au médecin en chef de l'armée :

« Je n'ose trop vous annoncer que nous touchons peut-être déjà à la » décroissance de l'épidémie; la nature moins grave des maladies sem» blorait cependant devoir le faire présumer. Nous avons eu un peu de » mortalité; mais elle est peu considérable si on la compare à celle de » l'année dernière, si surtout on tient compte des difficultés de notre » position et des entraves qu'éprouve continuellement un service aussi » morcelé que le nôtre. »

Le mois d'août, en ne nous donnant que 1,037 entrées et 39 morts au lieu de 82 comme en juillet, confirma les espérances que j'avais communiquées au médecin en chef. Nous étions, comme on le voit, rassurés sur la marche de l'épidémie, lorsque la lettre suivante, adressée par le sous-intendant aux officiers de santé en chef de l'hôpital, vint, le 1er août, nous révéler les craintes et la sollicitude de l'administration : « Messieurs, » je me suis fait représenter l'état des pertes éprouvées à l'hôpital de » Bone pendant le mois dernier, et il résulte de ces détails que les 82 » décès qu'il comprend appartiennent aux services suivants... L'inégalité » de ces contributions respectives faisant naître des réflexions affligeantes, à telles causes que soient dues les différences que je vous si» gnale, il convient de les rechercher, et je me reposo à cet égard sur » le zele éclairé dont vous donnez de si éclatantes preuves. Si le mal » existe dans les choses, ce qu'il est difficile d'admettre, puisque les » mêmes conditions offrent les mêmes anomalies, ainsi que vous pourrez » vous en assurer par l'examen du tableau ci-joint, il faudrait se hâter » d'y porter remède, soit en abandonnant les localités mal exposées, soit » en corrigeant leurs vices matériels. Dans une conviction contraire, on » ne devrait pas être moins empressé à propager les médications heu» reuses, et vous saurez faire choix des moyens à y employer. »

Ce que demandait cette lettre était nettement exprimé et il fallait y répondre. En jetant aujourd'hui les yeux sur ce tableau, je comprends qu'un administrateur ait dû s'inquiéter des résultats étranges qu'il présente. Nous ne pouvions pas non plus les regarder comme un fait de peu d'importance; ca si, au lieu d'être accidentels, ils tenaient à des conditions générales et p istantes, ils devenaient très-graves. Je dus donc passer l'inspection des caux et m'assurer de l'état des services. Ce fut une des occasions les plus remarquables où je pus juger, sur une large échelle, des modifications que des traitements divers apportent dans ces affections paludéennes; j'écrivis au sous-intendant : « J'ai commu» niqué à MM. les médecins attachés à l'hôpital militaire de Bone » votre lettre à la date du 1er août... J'ai engagé ces messieurs à me re» mettre leurs réflexions sur les points que vous signalez à notre sollici» tude, et j'aurai l'honneur de vous transmettre le travail de chacun » d'eux aussitôt qu'il me sera pa nu. Il me reste maintenant une » tâche à remplir : c'est d'exprime pensée sur la différence de la » mortalité dans les divers services. e la disproportion, que j'avoue » considérable, je ne crois pas que l' uisse dès maintenant s'en in» quiéter ou en tirer des conclusions qui, p être avant quelques jours, » seraient faussées. On ne peut, selon mo ver de la supériorité d'un » traitement que lorsque ce traitement a appliqué à des masses : » vouloir l'établir sur le mouvement d'un mois, c'est s'exposer à de gra» ves mécomptes; la chance peut tourner le mois suivant; l'expérience » nous a appris que ces résultats, souvent accidentels, se présentent » dans tous les hôpitaux. »

Je n'étais pas aussi rassuré cependant que je le disais : j'avais prévu que l'avenir assombrirait certains points du tableau; dès ce moment mon opinion était faite sur les chances de la mortalité future dans les

---

accommodés à la maladie rencontre souvent des contre indications on ne peut plus formelles, aussi dirons-nous que, dans ces maladies, tous les cas sont particuliers, et qu'on ne saurait trop se tenir en garde contre l'extrême danger des méthodes générales de traitement que la routine applique indistinctement à tous les cas.

Regardée de tout temps comme partie intégrante de la chirurgie, la pratique obstétricale n'en a été distraite que pour la commodité de l'enseignement; aussi n'avons-nous pas besoin de faire ressortir ici les connexions intimes qui unissent ces deux rameaux d'une même science. La variété, le nombre, l'importance et la difficulté des opérations qui se rattachent aux maladies de l'appareil génital de la femme ou à sa délivrance, qui doit avoir pour double but de conserver et la mère et l'enfant, en disent assez pour ne vous laisser aucun doute sur la nécessité où se trouve le médecin-accoucheur de posséder une dextérité à toute épreuve, et dans le toucher une netteté d'appréciation qui supplée à la vue et lui permet d'éviter des erreurs qui sont loin d'être toujours sans danger.

Si la médecine active ou ministrante, et sous ce titre nous embrassons la médecine proprement dite et la chirurgie, car avec les grands maîtres de cette école nous considérons ces deux branches, trop longtemps séparées, comme une seule science, doivent être familières au médecin-accoucheur, la médecine préventive ou hygiène ne doit pas non plus leur être étrangère. Ainsi, comme nous aurons bien des fois occasion de vous le dire dans cette enceinte, les états physiologiques variés qui se partagent les phases diverses de la vie reproductive de la femme nécessitent une ligne de conduite et un régime dont une hygiène rationnelle peut seule régler les conditions. De plus, si grâce à eux l'ensemble du système jouit de certaines immunités, il n'en est pas moins avéré qu'il devient aussi plus accessible à certaines influences pathogénétiques : d'où la nécessité de recourir à des soins, à des ménagements qui ont pour but de veiller à la conservation de la santé générale de la femme, sans négliger le point de vue spécial qui a trait à la conservation de l'individu en cours d'évolution.

Le tableau que nous venons de tracer en passant ainsi en revue quelques-uns des faits si nombreux qui nous intéressent comme accoucheurs, et cela en les rattachant à chacune des parties de la science de l'homme officiellement enseignée dans nos écoles, vous prouvent surabondamment que l'ensemble des connaissances que nous devons étudier avec vous emprunte à toutes les branches médicales des enseignements du plus grand intérêt, et sans lesquels nous ne saurions arriver au but que nous désirons atteindre. Serait-il, toutefois, logique de conclure de là que la science obstétricale n'existe que de nom, qu'elle ne vit que d'emprunts, et que l'on pourrait devenir habile accoucheur en se contentant d'acquérir les données générales qui sont disséminées dans les autres branches de la médecine : vous ne le pensez pas, et la justesse de votre esprit ne saurait se laisser séduire par de trompeuses apparences qui seraient pour vous, n'en doutez pas, la source de regrettables mécomptes. Si, en effet, la science que nous sommes appelé à vous enseigner a besoin de s'appuyer sur l'anatomie et la physiologie, si elle demande à la médecine, à la chirurgie, à l'hygiène, ce que l'expérience des siècles nous a révélé sur les causes, la marche, la durée, le mode de traitement des maladies, et sur la manière de les prévenir, elle n'en envisage pas moins tous ces faits à son point de vue spécial, et

divers services, et elle était basée bien plus sur l'aspect général qu'ils venaient de me présenter que sur les faits révélés par le mois de juillet.

Le mois d'août s'était écoulé, nous donnant, comme je l'ai dit, moins de malades et des affections moins graves, lorsque le médecin en chef de l'armée vint lui-même juger de notre position et de nos ressources, de nos maladies et de notre thérapeutique; il arriva à Bone dans les premiers jours de septembre, accompagnant M. l'intendant-inspecteur, baron Ballyet; et le 7 je lear remettais les rapports qu'ils m'avaient demandés sur l'épidémie.

Mon rapport au médecin en chef se terminait par ce résumé. « Les » fièvres intermittentes ont été de beaucoup les maladies dominantes : » beaucoup ont été très graves et même pernicieuses, tantôt primitivement, tantôt consécutivement........ Les *gastro-céphalites* de cette » époque sont pour nous des fièvres rémittentes ou intermittentes, conservant toujours au fond leur cachet spécial et en exigeant en partie » le traitement. Nous ajouterons que c'est là le point le plus difficile dans » le diagnostic et la thérapeutique des maladies de ce pays; nous croyons » de notre devoir de rappeler que c'est la difficulté à signaler à nos remplaçants. »

J'avais dit quelques lignes plus haut : « Le mouvement de l'hôpital » était en décroissance marquée, lorsque l'occupation forcée du camp et » des postes extérieurs, que l'on avait abandonnés pendant quelque » temps, a donné une recrudescence qui retardera de quelques jours la » solution complète de l'épidémie. Mais aujourd'hui que cette occupation » n'est plus nécessaire, et que déjà les troupes sont rentrées en ville, » nous avons lieu d'espérer qu'avant peu nous verrons de nouveau les » maladies décroître rapidement en nombre et en intensité, et la fin de » l'épidémie, à cette époque où nous avons peu d'affections chroniques, » sera en harmonie avec les résultats des mois précédents. »

Je trouve à ce sujet dans mes notes sur le mois de septembre : « Ce mois n'a pas offert les progrès d'amélioration qu'il aurait dû présenter sans une circonstance extraordinaire, l'occupation du camp et des avant-postes à l'approche du bey de Constantine qui était venu lever des tributs jusqu'à deux journées de marche de Bône. Pendant trois semaines environ, nos troupes ont été de nouveau replacées dans le foyer d'infection; de là la prolongation de l'épidémie, de là la recrudescence des accidents, de là de si nombreuses invasions nouvelles. C'est ainsi que les canonniers gardes-côtes, qui avaient toujours été cantonnés en ville, à la Casbah ou dans les postes voisins de la mer, avaient eu, pendant les mois précédents, fort peu de malades. Placés tout d'un coup aux avant-postes, presque tous furent atteints de gastro-céphalites ou de fièvres intermittentes graves; ils présentèrent la plupart des phénomènes très inquiétants, une prostration extrême, une tendance si marquée à l'algidité que chez plusieurs, malgré leur heureuse constitution, nous ne pûmes recourir aux déplétions sanguines. »

Le 7 septembre, j'avais proposé de supprimer une division de fiévreux, et notre mouvement journalier était assez peu élevé pour permettre aux médecins de recevoir définitivement tous les entrants de nouvelle invasion du jour, ainsi que les rechutes du service supprimé. « Cette » mesure, leur écrivais-je, ne serait suspendue que dans le cas où l'un » de nous n'aurait pas de lits vacants. Je vous engage, hors ce cas, à » ne pas conserver dans vos salles les entrants qu'on pourrait y placer » les jours où vous ne devez pas recevoir, si ces entrants ne se trouvent » pas dans l'une des deux conditions indiquées ci-dessus. Nous continuerons chacun à recevoir les hommes sortis de nos services respectifs » qui entreront de nouveau à l'hôpital. »

Ce fut à peu près vers cette époque que, pour mieux assurer ce roulement régulier, je fis créer un dépôt de convalescence à la Casbah : nous y envoyions ceux de nos malades qui étaient arrivés rapidement à la demi-portion. Là ils étaient encore soumis au régime de l'hôpital; on y faisait deux visites chaque jour; et l'on renvoyait dans les services d'où ils provenaient ceux d'entre eux qui avaient des rechutes autres que des accès simples pour lesquels seulement on les traitait au dépôt. Cet établissement nous fut d'un grand secours, et nous procura à l'hôpital et dans les succursales, le nombre de lits nécessaires pour recevoir tous les entrants.

Le mois de septembre nous avait donné 52 morts; le mois d'octobre allait en compter 58; novembre, 61; décembre, 99.

Les entrées varient singulièrement pendant ces mêmes mois : en septembre, nous en avons 898; en octobre, 747; en novembre, 940; en décembre, 1,796. Nous verrons tout à l'heure les causes de cette fluctuation.

Septembre dans ses derniers jours, octobre et novembre dans sa première quinzaine, se ressemblent par la décroissance rapide et soutenue de notre mouvement, par la diminution de l'intensité des accidents et par l'apparition des diarrhées et des dyssenteries.

« N'oublions pas de noter dans le mois d'octobre, ainsi que nous l'avons fait au mois de septembre, que cette apparition de ces iléotcolites, liées aux fièvres intermittentes, coïncide avec celle des mêmes affections à l'état continu. Elles se sont montrées, comme en septembre et chez des hommes qui entraient à l'hôpital pour la première fois, et chez ceux qui avaient eu plusieurs récidives de fièvres intermittentes.... Plusieurs d'entre elles se sont accompagnées de symptômes qui leur ont donné de grandes analogies avec le choléra (petitesse extrême du pouls, refroidissement général, crampes dans les extrémités supérieures et inférieures, enfoncement des yeux, etc.). Cette gravité dans les accidents a coïncidé avec l'apparition du choléra à Oran. Nous avons dû, dans ces cas, nous abstenir des saignées même locales, et recourir immédiatement aux révulsifs.

» Ce mois de novembre a été très remarquable par l'apparition, comme en 1832, d'une nouvelle épidémie, au moment où notre chiffre de malades était réduit à 470, le 10 novembre.

» Nous avons attribué celle-ci : 1° à l'élévation de température qui était arrivée à 20 et 24 degrés; 2° aux fatigues d'une expédition à laquelle une grande partie de la garnison avait pris part et dans laquelle les troupes s'étaient battues et avaient fait près de 28 lieues sans désemparer; 3° au souffle du sud-ouest (sirocco) qui nous tourmenta plusieurs jours de suite; 4° enfin, à des travaux de dessèchement exécutés dans la plaine voisine de Bone.

» Ce fut effrayant de voir des accidents en aussi grand nombre et aussi graves qu'au mois de juillet, plus dangereux même en ce qu'ils frappaient des hommes affaiblis par des récidives plus ou moins fréquentes; c'est ainsi que en cinq jours je perdis cinq hommes après un séjour de moins de 36 heures à l'hôpital. Les accès comateux furent les plus communs. A aucune époque il n'y eut une aussi forte prostration du système nerveux, même chez ceux qui entraient à l'hôpital pour la première fois.

---

peut, de plus, s'enorgueillir des moyens d'investigation et des aperçus qui lui appartiennent en propre aussi bien que des résultats avérés dont elle a enrichi la plupart des autres sciences ses sœurs.

Étudier ces rapports, ces mutuels échanges, déterminer les influences fécondes et réciproques qui en sont la conséquence nécessaire, serait certes un sujet digne de toute votre attention; mais, par son importance et son étendue, il ne peut que vous être signalé aujourd'hui, chacune des questions qui s'y rattachent réclamant des développements qui trouveront tout naturellement leur place dans des circonstances analogues à celles qui nous réunissent.

Tout en renonçant donc pour le moment à aborder des questions qui, par la multiplicité des détails qui s'y rattachent, entraîneraient au delà des limites que je me suis posées, je vous dirai que, fondé sur des règles invariables et indépendantes de l'opinion, les faits obstétricaux ainsi que les modifications fonctionnelles qui les préparent, les motivent ou les nécessitent, ont leur point de départ dans la physique du corps humain, dans sa nature propre, dans les causes, les effets, les signes qui les préparent, les déterminent ou les indiquent, dans les moyens qui peuvent en rendre l'évolution plus facile; que leur ensemble peut se résumer dans des principes, des dogmes qu'on ne saurait méconnaître sans dangers, et qui, déduction rigoureuse de la nature même des choses, nous permettent de passer de l'une à l'autre par une sorte d'enchaînement qui est le propre d'une véritable science. Si, en effet, disait déjà Burton, les accouchements sont un art, quant à l'opération manuelle, ils sont une science quant aux différents maux qui affligent la mère, qui accompagnent la grossesse et les couches, maux qui requièrent plus de connaissances médicinales que d'habileté à opérer. Protestons donc, messieurs, contre cet étrange préjugé du vulgaire, qui ne veut pas qu'on puisse être à la fois accoucheur habile et médecin instruit; et disons avec nous que, comme toutes les autres sciences, celle de l'accoucheur est la possession d'un certain nombre de vérités générales aussi indépendantes des temps que des lieux, la connaissance réfléchie des rapports qui les relient entre elles, et qui longtemps méconnues furent non moins longtemps aussi abandonnés à une appréciation sans intelligence et présentèrent dans leur rapprochement une confusion désespérante.

A côté de cette science qui embrasse les faits dans leur généralité, les rapproche, les catégorise et les envisage, abstraction faite des circonstances individuelles qui peuvent les modifier dans leur application, existe cette dernière, c'est-à-dire l'art. Celui-ci a pour objet l'emploi des connaissances acquises dans un but déterminé et pratique. Il doit, pour être vraiment utile, tenir compte de détails que la première a pu négliger sans danger, et s'efforcer ainsi d'en tirer le meilleur parti possible en vue d'un résultat désiré.

Tel est, messieurs, le double caractère que nous nous efforcerons d'imprimer à notre enseignement, convaincus que nous sommes qu'il ne faut jamais sacrifier l'un à l'autre, car ils sont solidaires et ne peuvent être isolés sans danger.

Si, en effet, l'art a pour résultat définitif, je dirai presque pour mission de maintenir dans de justes limites ce que nous appellerons volontiers les écarts de la science, de séparer l'ivraie du bon grain, au milieu de tout ce que quelques imaginations hardies ou enthousiastes peuvent hâtivement préconiser, la science peut de son côté, par une appréciation rationnelle des faits anthropologiques généraux, révéler ce que le hasard ou l'expérience tardaient à nous apprendre, et

» Je fus obligé de reprendre dans toute son activité la médication que j'avais employée au mois de juillet, et que j'appliquais plus mollement depuis l'abaissement de la température qui avait donné momentanément un caractère bénin aux diverses affections.

» Il nous arriva un assez grand nombre de premières invasions et d'hommes qui n'avaient pas été à l'hôpital depuis le printemps, ayant ainsi traversé l'épidémie sans récidive.

Pendant l'été, les habitants civils n'avaient pas été malades; mais il n'en fut pas de même cette fois; ils furent frappés comme nos soldats. Les personnes qui étaient à Bone depuis le commencement de l'expédition, sans avoir jamais été malades, furent atteintes à très-peu d'exceptions près. Chez elles, les réactions circulatoires furent peu franches, le système nerveux parut conserver toute l'influence des causes morbides. C'était un bien triste démenti aux espérances d'acclimatement et un grand échec pour les projets de colonisation.

»Ce fut un grand bonheur, au milieu de ces calamités, de voir diminuer le nombre des affections les plus redoutables peut-être dans ces pays, les diarrhées et les dysenteries qui s'étaient montrées fréquemment dans les deux mois précédents et dans les premiers jours de novembre.

» Cette circonstance fut d'autant plus heureuse que je vois dans une lettre de service à la date du 11 novembre, que « nous manquions, depuis » une douzaine de jours, d'œufs, de laitages, de pruneaux et presque tou» jours de mouton. »

Le 1er décembre, nous écrivions aux officiers de santé en chef de l'armée : « Vous verrez par le mouvement de la dernière quinzaine, avec » quelle intensité l'épidémie sévit de nouveau.... C'est le pendant de l'é» pidémie de 1832.... Nous avons eu pendant quelque temps des acci» dents aussi graves qu'au mois de juillet.... Depuis quelques jours nous » avons des pluies, et les maladies commencent à devenir moins in» tenses. »

La première quinzaine du mois marchait menaçante, nous fournissant encore des cas graves et nous donnant une moyenne de 69 entrants par jour. Nous avions depuis plusieurs semaines rendu au casernement la plupart de nos succursales, il fallut les reprendre et les réorganiser à la hâte. C'est dans ce moment surtout qu'il fallut redoubler d'énergie et d'activité.

A la date du 14, nous écrivions aux officiers de santé en chef de l'armée : « Le mouvement des derniers jours vous fera connaître notre malheureuse » position. Le caractère de ces affections est toujours le même, et si nous » avons nn peu plus de mortalité depuis quelques jours que dans les mois » précédents, cela tient à ce que maintenant elle est fournie et par les » chroniques et par les malades qui succombent à des accès pernicieux de » nouvelle invasion. Ces accidents ne nous inquiètent nullement; ils n'é» branlent en rien notre croyance médicale; ils ne sont que momentanés » et le résultat forcé des conditions dans lesquelles nous nous trouvons. » Bien plus, nous ne craignons pas de vous annoncer que, malgré toutes » les circonstances défavorables que vous connaissez, nous sortirons heu» reusement de cette crise si vous nous envoyez le personnel que nous » vous avons demandé. Tons nos collaborateurs sont épuisés par les fati» gues et les maladies. Le général commandant supérieur prie le gouver» neur d'envoyer de suite un bâtiment à vapeur pour nous amener ce per» sonnel et pour nous apporter les médicaments dont le besoin se fait si vi» vement sentir. Nous sommes aussi à la veille de manqner de sulfate de » quinine, et si ce moyen héroïque ne venait à notre secours, il faudrait » nous attendre à revoir les scènes de 1832 et 1833. »

Les maladies heureusement diminuèrent d'intensité; mais quelle affreuse maladivité ! Nous traitâmes à l'hôpital pendant ce mois 2,494 malades avec une garnison de 4,459 hommes.

Le 30 décembre, nous disions aux officiers de santé en chef de l'armée : « Nous avons l'honneur de vous adresser le mouvement de la dernière » quinzaine. La mortalité a été plus forte qu'elle ne l'avait été encore cette » année. La moyenne cependant n'est pas hors de proportion avec le nom» bre de nos malades (1,642 sortants et 99 morts), et ces résultats prou» veot que si nous avions un service assuré, les épidémies de Bone cesse» raient d'être un sujet d'effroi pour l'armée. Aujourd'hui tout est terminé, » ou à peu près. Cette épidémie laissera peu de chroniques, et à moins » d'accidents imprévus, notre mouvement sera au-dessous de 500 pour la » fin du mois prochain. »

Depuis les derniers jours de novembre, nous avions tantôt des pluies diluvienoes, tantôt de ces belles journées d'hiver que l'on ne rencontre que dans ces climats. Ces alternatives, nous donnant un grand nombre de rechutes, maintenaient notre mouvement à nn chiffre assez élevé, qui avait, comme je l'ai dit dès les premières pages, entretenu les inquiétudes de l'autorité. Mais la mortalité avait considérablement dimioué; et si, eo janvier, nous avions 1,236 entrées, nous ne comptions plus que 43 décès; eo février nous n'avions plus que 18 morts, bien que nous ayons encore 1,172 entrants. Quelque jours après, nous étions rentrés dans le mouvement ordinaire de l'hôpital.

Tel fut le dénoûment heureux de ce drame, dont le premier acte, en 1832, avait donné 4,033 malades et 449 morts; le deuxième, en 1833, 6,704 malades et 1,526 morts; le troisième, le seul auquel j'aie assisté et qui fut le dernier, 11,593 malades et 538 morts.

Le 12 janvier 1835, nous écrivions aux officiers de santé en chef de l'armée : « Nons avons l'honneur de vous transmettre le mouvement de la » première dizaine de janvier. Vous verrez que, ainsi que nous vous l'an» noncions par le dernier courrier, la mortalité est beaucoup moindre, et » n'est même déjà plus en rapport avec le nombre de nos malades. Comme » au mois d'août, comme dans toutes les épidémies, nous avons pressenti » que celle recrudescence touchait à sa fin, bien moins par la diminution » du nombre des malades que par celle de la gravité des accidents. Aussi, » malgré l'élévatioo permanente de ootre chiffre, nous persistons à croire, » ainsi que nous vous l'avons dit, qu'avant la fin du mois notre mouvement » sera au-dessous de 500. Les fièvres intermittentes simples sont de beau» coup les maladies dominantes. Les accès pernicieux sont aussi rares main» tenant qu'ils étaient fréquents à la fin de novembre et dans les premiers » jours de décembre. Nous pensons que décidément nous sommes sortis » encore une fois d'une bien forte crise sans avoir éprouvé trop de revers, » et nous vons remercions d'avoir bien voulu assurer notre service. »

Dans nn rapport daté de la veille, 11 janvier, je disais aux officiers de santé en chef : « Au 1er janvier, il me restait 208 hommes qui ne me don» neront, selon toute probabilité, qu'une très-faible mortalité, en égard » surtout à la fin d'une épidémie aussi longue. Vous jugerez facilement, » messieurs, combien j'ai peu d'affections chroniques dans mon service, » pnisque, bien qu'ayant reçu 206 entrants dans la dernière dizaine de » décembre, j'ai pu réduire, par mes sorties, à 208 mon mouvement, qui, » le 21 décembre, s'élevait à 344. »

---

ouvrir ainsi des voies nouvelles qui honorent l'esprit humain, et rendent en même temps à la société de nouveaux et inappréciables services.

Qui de vous ignore d'ailleurs qu'en se plaçant au point de vue exclusif et rétréci que l'art semble impliquer aux yeux de bien des personnes du monde, on lui impose des limites bien resserrées, on l'associe à des pratiques absurdes ou superstitieuses et on l'obscurcit, elle dont les lumières devraient éclairer les débats. N'est-ce pas d'ailleurs le triste tableau que nous présente la tocologie, lorsque privée des secours de la vraie science et confiée à de simples manœuvres, elle languit dans un état d'enfance et d'infériorité qui se prolongea des premiers temps historiques au commencement du quinzième siècle?

Daus cette longue période, en effet, l'art, plongé dans une espèce de chaos, se dérobait aux recherches. Toutes les connaissances étaient eparses et décousues; nulle liaison dans les idées, fort peu de sujets approfondis, les autres à peine effleurés, des observations heureuses, mais pas de méthode ni de principes.

Avec de La Motte qui, digne successeur de Pare et de Mauriceau, termine la période d'observations que ces deux grands maîtres avaient si heureusement inaugurée, parurent la lumière et l'ordre toujours si nécessaires pour éclairer la marche des arts et des sciences et leur imprimer une direction plus assurée. Aussi, put-on, dès ce moment, entrevoir le but à atteindre, et les efforts des praticiens, dirigés avec intelligence, n'eurent pour objet que de s'en rapprocher.

Avec la création de l'Académie de chirurgie, d'où cette branche des sciences médicales qui s'occupe des maladies exteroes devait sortir avec tant d'éclat, apparut une ère nouvelle pour l'art des accouchements que Puzos illustra et dont il posa les principes avec une netteté qu'on ne saurait trop admirer, car il porte l'heureuse influence de son génie et de ses connaissances en médecine sur les faits même les plus éloignés.

A Puzos succède Levret qui, éclairé par la connaissance approfondie des ressources de la nature, travaille à détruire l'abus que l'on fait trop souvent des règles générales, proscrit tous les instruments et perfectionne le forceps, dont la découverte faite naguère en Angleterre met un terme aux questions si souvent agitées jusqu'alors s'il fallait sauver la mère ou l'enfant ou laisser périr l'un des deux.

Levret meurt ainsi que Smellie, et l'Europe, privée de ses deux plus célèbres accoucheurs, voit surgir Solayrès de Renhac qui étonne par sa manière d'enseigner les accouchements, brille d'un vif éclat et s'éteint comme Bichat après ne s'être montré qu'un jour au monde savant. Digne élève de ce génie que notre Faculté compte avec orgueil au nombre de ses disciples, Baudelocque lui succéda après avoir pénétré ses principes, médité ses doctrines et saisi les secrets de son art.

Profond en anatomie, possédant tout ce qu'il fallait pour prétendre à une grande réputation dans la pratique de la chirurgie, cet habile professeur réunit ces deux parties si essentielles de l'art de guérir pour les appliquer aux accouchements, et fournit ainsi un exemple on ne peut plus frappant de ce que peut un homme qui concentre sur un point de la science tout son savoir, tous ses moyens, toute son expérience, en fait l'unique objet de son ambition et lui sacrifie tous ses goûts, lui consacre sa vie entière.

L'étude de l'accouchement naturel prend sous la direction imprimée par Baudelocque une importance inconnue jusqu'à lui, car il sait que de cette observa-

Je trouve dans mes notes les réflexions suivantes sur les maladies de ces derniers mois : « Les affections du mois de janvier sont très-simples ; quelques applications de sangsues suffisent pour combattre les congestions irritatives de cette époque. Les rechutes sont dues à des causes tout à fait accidentelles, et que, par une lettre du 31, nous signalons aux officiers de santé en chef de l'armée. En rentrant dans leur casernement, les soldats y trouvent des logements humides, mal clos, ouverts aux vents et où pénètre la pluie ; beaucoup n'ont que des hamacs au lieu de lits. Ils s'enrhument alors très-facilement, et, sous l'influence de ces bronchites légères, dont les causes sont si appréciables, se répète un phénomène que nous n'avons cessé d'observer toutes les fois que l'économie est ébranlée, l'apparition de maladies intermittentes ; de là ces rechutes multipliées, de là ces fièvres intermittentes si simples, si bénignes, qui souvent se bornent à deux ou trois accès et qui cèdent au repos et au régime.

» Les affections pernicieuses intermittentes et rémittentes ont pour ainsi dire disparu ; nous ne les observons plus guère que chez les hommes qu'on nous apporte dans cet état.... Voici comment je m'explique ce dernier fait : pendant les chaleurs, la réaction circulatoire dure une grande partie de la journée ; en d'autres termes, les accès sont très-longs ; ils fatiguent, ils épuisent les malades ; eux-mêmes s'empressent de déclarer leurs maladies aux officiers de santé des corps ; ils le font avec d'autant plus de hâte qu'ils savent que les accès à cette époque s'accompagnent d'un grand danger ; ils entrent donc en général à l'hôpital d'assez bonne heure. Mais au mois de janvier les accès sont très-courts, très-simples, ils ne laissent ni malaise ni douleur à leur suite ; ils se répètent nombre de fois avant de devenir graves ; les hommes dissimulent alors leurs maladies pour ne pas entrer à l'hôpital, auquel ils préfèrent le séjour de la caserne. Alors ces accès, d'abord si simples, finissent par congestionner les viscères par le seul fait de leur répétition ; de ces congestions réitérées et qui laissent toutes quelque chose dans les organes ; de ces congestions, dis-je, au délire ou au coma, il n'y a qu'un degré ; une congestion nouvelle s'opère par le retour d'un accès et celui-ci est pernicieux ; c'est alors seulement que l'on apprend la maladie de ces hommes, c'est alors qu'on nous les apporte dans cet état. »

Un fait qui vient bien à l'appui de ce que je signale dans ces notes sur les dangers que l'on aura toujours à différer en Afrique l'administration d'une médication active, c'est le résultat qui m'a été fourni par le service des officiers qui, presque tous, avant d'entrer à l'hôpital avaient cherché à lutter contre le mal pour ne pas quitter leur poste tout en se médicamentant à demi ; pendant que les soldats et les sous-officiers me donnaient une moyenne de 1 mort sur 25 sortants, les officiers en donnaient 1 sur moins de 8, du 1er juillet au 31 décembre ; ce qui contraste de la manière la plus frappante avec ce qui se passe dans toutes les autres conditions de la vie militaire où il meurt bien plus de soldats que d'officiers.

« Les affections du mois de février sont excessivement simples ; il y a peu de nouvelles invasions ; presque constamment, ce sont des récidives ; ces récidives sont entretenues par des causes purement accidentelles, facilement appréciables... Les affections du gros intestin sont devenues très-rares. Les poumons sont encore souvent malades dans ce mois ; presque toujours la bronchite a précédé les accès ; c'est elle qui, déterminée par les causes que nous avons indiquées, s'est subordonné les accès de fièvre... Dans les affections continues, on retrouve la même bénignité... ; elles ont du reste, ainsi que les rémittentes, fait presque exclusivement place aux fièvres intermittentes ; c'est en corrélation exacte avec le mois de février 1834 ; c'est le cercle annuel que ces affections, tour à tour intermittentes, rémittentes, puis continues, recommencent à décrire... »

En effet, la revue que nous venons de faire a ceci d'avantageux qu'elle présente dans toutes ses phases la pathologie annuelle de l'Algérie, dans ses contrées essentiellement marécageuses, sauf l'épidémie d'hiver qui n'est pas constante ; chaque mois, à quelques jours près, suivant l'arrivée plus ou moins prompte des chaleurs, vous donnera, chaque année, identiquement les mêmes affections.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

IODOGNOSIE, OU MONOGRAPHIE CHIMIQUE, PHARMACEUTIQUE ET MÉDICALE DES IODIQUES ; par DORVAULT (1).

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE DES IODIQUES.

360. Dans cet article, nous nous occuperons des applications purement locales des préparations d'iode, parmi lesquelles les *injections iodiques* tiennent, sans contredit, la plus importante place. Leur emploi dans les cavités closes a tellement, et à si juste titre, occupé récemment le monde médical, que nous devons nous arrêter convenablement sur cette question.

Le docteur Ricord, en 1833, publia diverses observations relatives à des cas d'hydrocèle de la tunique vaginale, guéris par la teinture d'iode étendue d'eau et simplement appliquée en compresses sur la partie. Cette application de l'iode suggéra au docteur Velpeau d'abord, puis aux docteurs Martin et Bonnet, l'idée de porter cet agent dans l'intérieur même de la tunique vaginale par la méthode des injections. Les résultats qu'ils en obtinrent furent des plus heureux.

Bien avant, le docteur Lugol employait les injections iodiques, notamment dans les abcès froids, les trajets fistuleux, etc. ; mais s'il en a obtenu les mêmes résultats, il ne paraît pas avoir eu, en les employant, les mêmes intentions, les mêmes prévisions que les chirurgiens précités ont eues en les employant contre l'hydrocèle, l'hydarthrose, etc. ; il a eu en vue un moyen d'absorption et peut-être aussi de détersion, et non voulu obtenir une inflammation adhésive qui est toute la condition de succès.

Avant l'emploi des injections iodiques, on guérissait avec les injections vineuses. Prenant ce fait en considération, beaucoup de praticiens ont émis l'opinion que les premières n'agissaient que par l'alcool qu'elles contenaient, ou tout au moins autant par ce fluide que par l'iode, et ont même cherché à faire prévaloir celles-ci sur celles-là. Aujourd'hui, le doute ni même l'hésitation ne sont permis : les nombreuses expériences faites comparativement par des praticiens dignes de foi établissent d'une manière péremptoire l'action inflammatoire propre, spéciale de l'iode et sa supériorité sur le vin ou l'alcool. Pour M. Velpeau, qui a le plus expérimenté et le plus fait pour l'adoption des injections iodiques, la question est positivement jugée dans ce sens.

Nous venons de dire que l'absorption n'était pas utile et n'avait pas lieu dans ces cas. Nous devons faire une double restriction. En effet, quoique

(1) Voir les articles publiés de cette monographie dans les numéros 46, 47, 49, 50 et 52 de l'année 1849.

tion bien faite dérivent les principes fondamentaux de l'art. Observateur attentif de la nature, de sa tendance, de ses effets, il prévoit, il reconnaît d'abord la difficulté qui se prépare, il sait en arrêter les progrès, rétablir l'ordre naturel ; aussi dans le cours de quarante années de la pratique la plus étendue, il n'a recours au levier que deux ou trois fois, et que trois ou quatre aux crochets ou autres instruments analogues. Si telle est l'influence de Baudelocque au point de vue pratique, il n'en perfectionne pas moins la théorie, car il recueille, rapproche les règles et les préceptes établis par ses prédécesseurs, s'efforce d'écarter les hypothèses, d'en remplir les lacunes par ses propres observations, les coordonne, les confirme par son expérience, et en forme un corps de doctrine, sinon entièrement nouveau, du moins complet et d'autant plus solide en apparence qu'il est fondé sur l'observation constante et l'étude approfondie des phénomènes observés. Enfin, comme complément de son œuvre, Baudelocque établit sa classification qui, expression pure et simple des faits et dires du vénérable Chaussier, devait servir à instruire l'élève, à éclairer le praticien, tandis que peu d'accord en réalité avec les résultats de l'expérience, comme l'ont prouvé les observations ultérieures, elle a le grave inconvénient de surcharger la mémoire des élèves, et celui bien plus regrettable de leur faire voir ou attendre dans leur pratique des choses qui n'ont jamais existé, de les tromper ainsi dans leur diagnostic, et qui pis est dans leurs procédés opératoires, jusqu'au temps du moins où l'expérience apprend à reconnaître la vérité de l'hypothèse.

Avec Baudelocque ne disparut pas l'influence de ses doctrines, qui régnèrent despotiquement en France jusqu'à ce que mesdames Boivin et Lachapelle, ses élèves, eurent le courage de secouer en partie le joug de l'école en mettant à jour les vices de ses classifications et en montrant que dans un grand nombre de points ses doctrines, tout en ayant pour origine des déductions rationnelles et fondées en apparence, n'en étaient pas moins souvent contredites par l'expérience.

Avec ces deux femmes célèbres dont les noms ne sauraient se présenter à notre esprit sans nous rappeler celui de Dugès leur collaborateur et un des hommes dont notre Faculté a le plus le droit d'être fière, avec Nægelé, Flammant, Dubois commence la période actuelle, que caractérise le même esprit qui anima nos prédécesseurs, et qui, nous pouvons le dire avec orgueil, n'a rien perdu de sa force et de son activité. Une foule de maîtres cultivent en effet la science qui marche de progrès en progrès que révèlent une émulation sans bornes, des travaux assidus et des succès constants ; car il n'est point d'année qui ne soit marquée par de nouvelles découvertes.

Vous en faire même une simple énumération, en les rattachant aux noms si justement célèbres qui se pressent sur nos lèvres ne saurait entrer dans notre pensée ; aussi m'imposant une sage réserve dont vous comprendrez les motifs, je me bornerai à vous dire que les savantes leçons, aussi bien que les écrits de nos contemporains, promettent à l'obstétrique les progrès et une perfection à laquelle elle aspire, je dirai mieux à laquelle elle a droit de prétendre.

C'est surtout le point de vue médical qui nous semble subir une heureuse transformation. C'est ainsi que, négligé par les anciens accoucheurs et par Baudelocque lui-même, le côté dynamique de la science et de la pratique abstétricale n'avait été pendant longtemps étudié que par les médecins proprement dits, comme le prouvent les travaux de Mercatus, de Vigarous, de Gri-

légère, l'absorption a lieu, puisque M. Rayer a pn constater la présence de l'iode dans l'nrine d'on homme auquel on avait pratiqué une injection dans le genou. Ensuite, si cette absorption n'est pas utile pour obtenir la guérison dans les cas simples, elle est précieuse dans les cas où le mal est compliqué d'engorgements, par exemple dans l'hydrocèle compliquée de tuberculisation du testicule, on, si l'on aime mieux, dans l'orchite tuberculeuse compliquée d'hydrocèle, celle-ci étant la conséquence de celle-là. M. Velpeau a un nombre de cas suffisant de ce genre pour établir l'efficacité do traitement par les injections iodiques.

Les injections iodiques sont d'un emploi plns commode que les injections vineuses qu'il faut pratiquer chaudes et retenir dans la cavité pathologique huit ou dix minntes. En outre, elles ne sont pas aussi doulourenses, n'amènent pas une réaction aussi violente, sont plus généralement efficaces et plus promptes dans leur effet. Ainsi, selon le célèbre chirurgien de la Charité, la moyenne du traitement de l'hydrocèle par leur voie est de douze jours.

On les a accosées d'être dangereuses, de produire l'intoxication, la gangrène, etc. Toutes ces assertions étayées sur de simples hypothèses sont sans fondements. Il est surabondamment établi aujourd'hui par les faits que les injections iodiques sont innocentes, quelles peuvent être impunément pratiquées, toutefois dans les limites des règles de l'art, dans les cavités closes les plus vastes comme dans les articulations les plos compliquées. On en est encore à attendre le premier accident quelque peu grave de leur part, tandis que l'on compte 3 décès à la série d'injections vineuses dans la seule pratique du docteur Lisfranc.

Les phénomènes que l'on observe constamment après les injections iodiques sont nne douleur un peu vive surtout quelque temps après que l'injection a été pratiqée, do gonflement, de la fièvre, de l'agitation. Tous ces phénomènes, qui dnrent quelquefois dooze à qninze henres, sont de hon augure poor la guérison. Des cataplasmes émollients les calment assez promptement. La résolution est plus ou moins rapide, souvent on la voit s'opérer avec lenteur et le gonflement persister longtemps; il ne faut pas s'en inquiéter et recommencer l'opération sur ce simple retard; peu à peu la tuméfaction disparaît d'elle-même. Dans quelques cas il ne faut même pas se préoccuper d'un long retard dans la résolution qui arrive toojours en fin de compte.

Chez les animaux, les résnltats ont été identiqoes. M. Leblanc, vétérinaire, a expérimenté comparativement les injections iodiques et les injections vineuses dans le traitement des hydropisies chroniques si fréquentes dans les membranes synoviales et les bourses muqueuses du cheval. Des faits nombreux lni ont démontré que l'injection vineuse y provoque une inflammation suppurative, tandis que l'iode borne son action à une inflammation légère suivie d'une modification dans les tissus malades, qui supprime l'excès pathologique de l'exhalation séreuse sans oblitérer la cavité articulaire, résultats reconnus par M. Velpeau sur l'homme.

361. Ces dernières données exigent qne nous revenions, ponr la modifier, sur la proposition que nous avons émise plns haut, savoir, que dans l'emploi des injections iodiques l'inflammation adhésive est la seule condition de succès. Disons de suite qoe si c'était là leur effet constant, inévitable, elles seraient formellement contre-indiquées dans les cas les plus importants où elles sont employées aujoord'hui et rendent les plos grands services. M. Boinet, qui, depuis 1840, a fait plnsieurs travanx snr les injections iodiques, a le premier hien fait ressortir, dans un mémoire récemment publié (GAZETTE MÉDICALE, 1849, p. 596 et 617), les deux modes d'action de ces injections selon la nature des cavités dans lesquelles elles sont pratiquées. Ainsi, il établit qu'il y a inflammation adhésive dans les kystes, les abcès, les fistules, en un mot dans les cas où le liquide iodique est en contact avec du tissu cellulaire et des vaisseaux capillaires. Dans les cavités séreuses et dans les canaux tapissés d'une membrane muqueuse cette influence adhésive n'a pas lieu, et cependant il y a guérison, disparition du liquide contenu dans ces cavités et retour dn tissu et des fonctions à l'état normal. « Évidemment, dit ce praticien, il y a dans les cas de celte espèce un changement du mode de vitalité de l'exhalation et de la résorption des membranes séreuses, en ce sens que l'irritation ou l'inflammation causées par l'injection iodée a rétabli l'équilibre rompu entre les deux fonctions, modifié les surfaces et ramené la santé dans les parties malades. L'action de l'iode, dans ces circonstances, se limite à activer, à ranimer ses fonctions absorbantes, et à provoquer ainsi la résorption des épanchements. Celte action est spéciale, spécifique pour ainsi dire. » Il est évident, pour pen qn'on y réfléchisse, qu'une action par inflammation adhésive, complète dans les cas d'hydrocèle, d'hydarthrose, d'ascite péritonéale, etc., ne serait pas concevable surtout dans le dernier : comment, en effet, fonclionneraient les organes qui en sont le siége s'il s'ensuivait une oblitération ?

Les élats pathologiques contre lesquels les injections iodiques ont été employées jusqu'à présent, sont :

Les *kystes*	séreux.	Hydrocèle simple on compliquée.
		Goître cystique ou kystes dn corps thyroïde (Bonchacourt).
		Hydatiques.
		Hygroma.
		Kystes de l'ovaire.
	synoviaox.	Hydarthroses.
	hématiques.	

Les *abcès froids* ou chands, aigus oo chroniques et avec ou sans carie. Le docteur Boinet (mém. cité) a poblié une observation de nature à faire espérer d'importants secours des injections iodiques dans le traitement des abcès déterminés par la carie osseuse (1).

Les *fistules* anales, lacrymales et autres, complètes ou incomplètes.

L'ascite. — Les docteurs Dieulafoy, Griffon, Leriche et Rnl-Ogez ont eu la hardiesse de faire des injections iodiques daos la cavité péritonéale contre l'ascite. On a objecté d'abord que ces praticiens s'étaient probablement trompés dans leur diagnostic; qu'au lieu d'avoir été faites dans la cavité péritonéale, les injections l'aoraient été dans des kystes, ce qui les a sauvés d'accidents graves; mais aujourd'hui cette objection n'a plus de valeur; le fait est positif. (BUL. DE THÉRAP., t. XXXII, p. 161 et 527, et t. XXIV, p. 215; GAZ. MÉDIC., février 1848 et août 1849, p. 598.)

L'empième (Luylgaerens, J. DES CONN. MÉD. PRAT., 1845).

Le *bubon suppuré*. (ROUX, ARCH. DE MÉD. 1846; Marcny, GAZ. MÉD. de Strasbourg, jaovier 1847.)

La *grenouillette* (Bouchacourt, Leriche).

(1) Une observation postérienre de carie osseuse avec abcès par congestion, gnérie par les injections iodiques, a été publiée dans la REVUE MÉDICALE (mai et juin 1849, p. 111), par M. le docteur Abeille.

maud et de hien d'antres, qui, pour être étrangers an mannel des acconchenrs, n'en ont pas moins appliqué anx femmes enceintes on nouvelles acconchées les données que leur avait fournies nne profonde connaissance de la science de l'homme.

L'Académie de chirurgie, si justement célèbre, en s'efforçant, je ne dirai pas de secouer le joug de la médecine, mais de se l'approprier, amena dans la pratique de la chirnrgie nne révolntion importante, dont la tocologie n'éprouva qn'une influence hien restreinte, puisqn'avec Puzos pénétrèrent dans l'obstétrique toutes les exagérations de l'bumorisme.

Avec son association aux idées médicales régnantes, qni date de cette époque, on peut le dire, l'obstétriqne éprouva tontes les vicissitudes des théories qui se sont succédé, et qni, tour à tour bnmorales, organiciennes ou vitalistes, amènent des points de vue très-variés dans l'entente générale, dans l'appréciation des faits qu'étndie le médecin-accoucheur.

Ainsi, avec l'école organicienne, faussement appelée physiologique, et dont Capuron peut être regardé comme le représentant parmi les accoucheurs, la localisation des maladies chez les femmes grosses, aussi hien que chez les femmes en conches, domina tout, et l'éclampsie fut toujours uoe fluxion sanguine des centres nerveux, la fièvre puerpérale une péritonite ou noe métro-péritonite, tandis que, pour quelques autres auteurs de la même époque, elle se résumait dans la phlébite, la lymphangite, aussi hien que la *phlegmasia alba dolens*.

Obéissant depuis lors aux tendances qui ont de tont temps fait la gloire de notre école et caractérisé son enseignement, les travaux les plns récents tendent, il nons semble, plus que jamais vers une appréciation beaucoup plus complète des faits dynamiques, tant hygides que morbides, qne présentent les femmes grosses, celles qui acconchent on qui viennent d'acconcher. Ainsi les recherches sur la diathèse séreuse et les œdèmes métastatiques des centres nerveux et des poumons, qni en sont si souvent la suite, et dont MM. Thiéry et Lasserre ont fait l'objet de leurs travaux, celles sur l'état puerpéral de M. Bouchut et quelques autres nous semblent ouvrir nne carrière féconde par l'heureuse application des principes révélés aux maîtres de cette école par une complète appréciation des faits anthropologiques.

Une intervention des plus actives et des plus fécondes ponr l'avenir de l'obstétrique est donc réservée à l'école de Montpellier qui, fidèle dépositaire des saines doctrines, n'a pas peu contribué à donner à la chirurgie de notre époque le caractère scientifique et essentiellement médical qui lui est propre. A elle donc l'honneur d'imprimer à cette science une direction nouvelle qui suffit à sa gloire et que le professeur Delmas avait si heureusement commencée, car si, comme le dit nn anteur moderne, aucun travail important sur la tocologie n'est sorti dans ces dernières années de la Faculté de Montpellier, nous n'en revendiquerons pas moins en faveur de celui qui fut notre maître et notre ami, l'honneur d'avoir un des premiers fait ressortir le point de vue dynamique des faits obstétricaux, point de vue qui a été si heureusement mis en œuvre daus quelquelques-unes des éloquentes leçons de physiologie qui vous attirent habituellement dans cette enceinte.

Méconnus ou peu appréciés, nous ne l'ignorons pas, dans d'autres écoles, ces services n'en méritent que plus d'être signalés, car ils montrent sous un jour

Le *spina bifida* (Brainard, BUL. DE THÉRAP., t. XXV, p. 476).
L'*hématurie* de la vessie (Van Wageninge, JOURN. DES CONN. MÉDICO-CHIRURG., 1843, p. 117).
La *leucorrhée* (ibid.).
La *blennorrhagie* rebelle (*ibid.*, Boinet, GAZ. MÉDIC., 1849, p. 597).

Dans ces trois dernières affections, c'est comme caustique, à la manière de l'azotate d'argent, qu'il faut considérer l'action de l'iode.

Il découle de cette longue liste de maladies et des considérations qui précèdent, que les injections iodiques doivent être considérées comme une des acquisitions les plus importantes de la pathologie chirurgicale moderne.

362. Mais bien que les injections iodiques aient conquis leur réputation telles quelles sont encore généralement formulées aujourd'hui, nous n'en chercherons pas moins à établir que leur composition est vicieuse au point de vue pharmaceutique et thérapeutique. En mélant la teinture d'iode à l'eau, l'iode se précipite en proportions variables; il en résulte la perte d'une substance d'un prix assez élevé et une préparation peu homogène : voilà pour la raison pharmaceutique. La proportion d'iode qui reste en dissolution étant variable et disposée à varier encore au premier contact des humeurs, il en résulte que la préparation n'a pas toute la régularité et la puissance d'action souhaitable : voilà pour la raison thérapeutique. L'injection d'iodure de potassium ioduré dont nous donnons la formule dans la partie pharmacologique de ce travail (184, 185, 292), et dans laquelle l'iode en dissolution parfaite jouit de toute sa causticité, serait selon nous d'un usage bien préférable, et donnerait des résultats bien plus réguliers. Il est bien entendu, d'ailleurs, que la composition et le volume du soluté iodique varieront selon l'effet à produire et la capacité de la cavité à traiter.

Nous terminerons ce que nous avons à dire touchant les injections iodiques par les observations cliniques suivantes comme propres à appuyer ce que nous venons d'avancer sur leur valeur thérapeutique.

363. HYDROCÈLE DOUBLE; TRAITEMENT SIMULTANÉ D'UNE TUMEUR PAR L'INJECTION IODÉE, ET DE L'AUTRE PAR L'INJECTION VINEUSE; RÉSULTATS INÉGAUX. (Clinique de M. Bouisson, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier.)

Nous avons choisi cette observation comme propre à démontrer à la fois l'efficacité des injections iodiques et leur supériorité sur les injections vineuses.

OBS. I. — « André Endclot, charretier, âgé de quarante-neuf ans, né à Vières (Haute-Marne), est entré à l'hôpital Saint-Éloi le 23 août 1846.

» Cet homme, bien portant jusqu'à dix-huit ans, ent à cette époque et à la suite d'un coït suspect, un bubon suppuré dans l'aine droite ; la cicatrisation s'en fit promptement; aucun traitement général ne fut mis en usage.

» Il y a deux ans environ qu'étant en Afrique, et pendant la convalescence de fièvres intermittentes longtemps combattues par le sulfate de quinine, il s'aperçut d'une tumeur qui se formait sur la partie la plus déclive du scrotum, du côté gauche. Une année après, et dans des circonstances pareilles, le même phénomène se montra à droite du scrotum. Depuis lors, les deux tumeurs ont augmenté graduellement de bas en haut. Voici quel état présentait le malade à son entrée à l'hôpital :

» Au côté gauche du scrotum existe une tumeur très-développée, rénitente, d'une forme globuleuse; le phénomène de la fluctuation est facile à constater. Cette tumeur présente vers sa partie inférieure une espèce de collet ou rétrécissement circulaire qui la sépare d'une tumeur beaucoup plus petite ayant la forme et le volume d'une grosse noix. En la comprimant de bas en haut on la fait complétement disparaître et l'on sent qu'un liquide est expulsé de sa cavité pour pénétrer dans la grande. Celle-ci est irréductible, et lorsqu'on la place entre l'œil et une bougie allumée, on constate facilement sa transparence. Du côté désigné il existe donc une hydrocèle biloculaire. Le testicule correspondant est placé à son côté supérieur et postérieur.

» Du côté droit du scrotum est une tumeur allongée, rénitente, légèrement étranglée à l'union de son quart inférieur avec les trois quarts supérieurs; elle se prolonge beaucoup plus vers le canal inguinal que la précédente. Le testicule se trouve placé à la partie la plus basse; son volume est un peu inférieur à celui de la tumeur du côté gauche. Comme celle-ci, elle est irréductible et transparente.

» Le volume des deux tumeurs réunies égale celui de la tête d'un enfant de deux ans; le malade est considérablement gêné par leur poids. Le fourreau de la verge est en grande partie absorbé par le développement des tumeurs dont la masse a distendu la peau de toute la région; un léger sillon médian sépare néanmoins les deux hydrocèles.

» Comme je désirais être éclairé sur la valeur respective du vin et de l'iode, et que je pouvais mettre ces deux substances en usage sans aucun préjudice pour le malade, je résolus, dit M. Bouisson, d'employer l'injection vineuse pour la tumeur du côté droit, et l'injection iodée pour celle du côté gauche.

» La double opération fut pratiquée le 26 août.

» Je commençai par le côté droit en pratiquant la ponction en avant et en dehors; elle donna issue à 150 grammes environ d'un liquide clair, en tout semblable à celui d'une hydrocèle ordinaire. Deux injections avec du vin rouge du Midi, porté à une température d'environ 38 degrés centigrades, furent faites successivement et prolongées de manière que leur durée totale fût de huit minutes. Pendant l'injection, le malade ressentit une douleur assez pénible, quoique supportable, accompagnée d'un retentissement sympathique dans la région lombaire. Interrogé sur le genre de sensation qu'il éprouvait, il ne sut la définir exactement, et ne put rendre compte que de l'impression que lui faisait subir la chaleur du liquide, en reconnaissant toutefois que la sensation était complexe. Immédiatement après la tumeur du côté gauche fut ponctionnée à sa partie inférieure et externe; il s'en écoula 200 grammes d'un liquide de même nature, et la poche s'affaissa y compris la petite tumeur qui était greffée sur elle. J'avais choisi à dessein cette surface séreuse qui était la plus étendue pour injecter l'iode, dont le mélange avait été fait dans la proportion d'un quart de teinture de cette substance avec addition d'iodure de potassium et trois quarts d'eau distillée à la température ordinaire; 120 grammes de la solution furent injectés dans la tunique vaginale, laquelle fut malaxée afin que le liquide, mis en contact avec tous les points, pénétrât dans la poche supplémentaire. Après cinq minutes, l'injection fut retirée par la canule. Le malade n'avait pas éprouvé la plus légère sensation douloureuse; préoccupé de la facilité avec laquelle des tumeurs dont la nature lui était inconnue avaient disparu, il s'était montré fort gai pendant tout le temps que le liquide injecté avait séjourné dans la tunique vaginale.

» Endelot est transporté à son lit immédiatement après l'opération; on le laisse à la diète, et les premiers soins locaux consistent uniquement à soutenir les bourses au moyen d'un coussinet. Vers la fin de la journée, des compresses trempées dans la teinture d'iode sont appliquées du côté gauche, des compresses imbibées de vin aromatique sont appliquées du côté droit du scrotum. La journée est bonne. Pendant la nuit du 26 au 27, de la douleur se fait sentir au côté droit, et dès la matinée du 27, il est déjà visible que ce côté est rouge et tuméfié, tandis que le côté gauche à peine gonflé n'est le siége d'aucune sensation morbide.

» La journée du 28 est assez pénible pour le malade. La douleur correspondant à l'hydrocèle droite est aiguë ; elle s'accroît par la pression; elle s'accompagne

---

tout nouveau cet homme que son esprit éminemment critique et l'adresse des mains placèrent au premier rang dans la spécialité qu'il s'était choisie. Cette manière d'apprécier le professeur dont nous sommes appelé à recueillir l'héritage ne saurait nous être inspirée, croyez le bien, messieurs, par de simples convenances académiques; car, comme l'a dit un de ses collègues, Delmas marche le premier dans sa spécialité, c'est la voix du peuple qui l'a proclamé; aussi chacun l'appelle et veut profiter de ses lumières : dans les cas difficiles, désespérés, il est la Providence qu'on invoque; on espère toujours en lui, et souvent on a en raison d'espérer.

Praticien d'une habileté incontestable, et qui mieux est incontestée, Delmas ne pouvait méconnaître les précieux avantages d'une clinique d'accouchements; aussi ne recula-t-il devant aucune démarche pour l'associer à son enseignement, et ses pressantes sollicitations furent, il y a huit ans à peine, couronnées de succès. Depuis lors seulement, l'observation directe a pu venir en aide, dans notre Faculté, à ce que la théorie et les manœuvres sur le mannequin laissaient d'incomplet dans l'éducation des élèves; mais par une fatalité commune à tous les établissements de ce genre, la clinique d'accouchements a dû lutter à Montpellier comme ailleurs contre des mauvais vouloirs de tout genre.

Espérons, messieurs, que les intérêts bien compris de la science et de l'humanité en feront justice désormais, et que l'autorité, mieux inspirée que par le passé, donnera à cette partie de l'enseignement toute l'importance qu'elle réclame.

Cette espérance, je dois le dire, peut seule soutenir mon courage en entrant dans la carrière que je dois parcourir, car en faisant un juste retour sur moi-même, je n'ai pu me défendre d'un sentiment de crainte; mais plein de confiance dans la bonne volonté de nos magistrats, dans la bienveillance à laquelle vous m'avez habitué, j'ai trouvé dans les difficultés mêmes qui m'attendent un motif de plus pour activer mon émulation et m'efforcer de répondre dignement au choix dont j'ai été l'objet. Heureux si mes efforts ont pour résultat de vous rendre la science sinon facile au moins assez attrayante pour vous en faire comprendre tout le prix.

— M. Auguste Crenet, directeur gérant de la caisse centrale des médecins, 69, rue Quincampoix, nous a remis deux circulaires qu'il vient d'adresser au corps médical, en date des 15 et 16 octobre derniers. Leur but est d'annoncer que son établissement a été mis en liquidation, mais pour être reconstitué immédiatement sur de nouvelles bases, dont il nous promet la prochaine communication. Au moyen de ce changement radical disparaîtront ces inégalités choquantes et préjudiciables aux médecins, qui résultaient nécessairement de l'ancien mode de perception d'honoraires, puisqu'il s'agit de substituer au droit unique qu'il percevait un droit plus proportionné et plus en rapport avec la nature de chaque créance. Nous croyons, en effet, que ce nouveau système étant plus rationnel, satisfera mieux sa nombreuse clientèle.

d'une sensibilité vive dans le trajet du cordon et jusque dans le plexus lombaire. La phlegmasie locale évidemment établie s'élève jusqu'au point d'occasionner de la céphalalgie et de l'élévation dans le pouls. Les fomentations vineuses sont suspendues et remplacées par des applications émollientes. Pendant que ces symptômes inflammatoires se manifestent à droite, la partie gauche du scrotum n'est le siége d'aucune douleur et le gonflement est très-modéré.

» Le 29, la différence des phénomènes locaux se caractérise davantage. Un développement très-inégal différencie les deux moitiés du scrotum. Celui-ci est très-tuméfié du côté droit, la tuméfaction remonte très-haut, et le testicule y participe notablement. Du côté gauche il n'existe que ce gonflement mou et comme œdémateux qui indique l'épanchement de la lymphe plastique dans la tunique vaginale.

» Le 30, un amendement se manifeste dans les phénomènes inflammatoires du côté droit; mais la tuméfaction du scrotum et la sensibilité du testicule persistent encore; même état du côté gauche. On suspend tout médicament tonique; quelques aliments sont permis au malade.

» Le 31, persistance du même état.

» Le 1er septembre, les phénomènes inflammatoires sont très-faibles, et il n'existe qu'un gonflement indolent plus prononcé à droite qu'à gauche. On prescrit un laxatif, et des compresses trempées dans l'eau blanche sont appliquées sur le scrotum.

» Le 2, le 3 et le 4, la résolution marche rapidement; du côté gauche elle est activée par l'administration réitérée des purgatifs et des astringents employés localement.

» Le 5, l'hydrocèle gauche traitée par l'injection iodée est complétement guérie; il n'existe d'engorgement ni au testicule ni à l'épididyme. L'hydrocèle du côté droit, traitée par l'injection vineuse, est seulement en voie de guérison. Il existe encore de la tuméfaction dans le scrotum; le testicule est un peu douloureux et gonflé; l'épididyme est induré et le cordon est sensible, sous la forme d'une corde, ayant un relief assez prononcé. Néanmoins le malade se trouve assez bien pour vouloir quitter l'hôpital. »

Le docteur Fleury, professeur de l'école de Clermont, a publié aussi un cas d'hydrocèle double traité de la même manière et avec les mêmes résultats. (JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES, janvier et mars 1847.)

364. INJECTION IODIQUE DANS LE PÉRITOINE DANS UN CAS D'ASCITE.

OBS. II. — Le sujet est une jeune fille de 17 ans, de faible constitution, réglée assez régulièrement depuis l'âge de 14 ans, et affectée depuis 14 mois d'hydropisie ascite. Cette jeune malade vit augmenter le volume de son ventre à la suite d'une affection légère des voies respiratoires qui ne donna lieu à aucun phénomène général. Plusieurs médecins employèrent alors, mais en vain, les diurétiques et les purgatifs drastiques. Le 8 mars 1847, M. Leriche entreprend le traitement; il trouve l'état de la malade assez satisfaisant; toutefois le ventre présente au-dessus de l'ombilic un son mat et une circonférence de 1 mètre 7 centimètres, avec légère infiltration des membres inférieurs. Le 11 mars, assisté de M. Conche, il pratique la ponction au lieu habituel, et il obtient 11 litres d'un liquide jaunâtre; puis il injecte un soluté composé de teinture d'iode, 32 grammes, iodure de potassium, 4 grammes, eau, 250 grammes; 120 grammes seulement de ce soluté peuvent s'écouler de l'abdomen après différentes pressions. La nuit suivante, quelque douleur du côté de l'abdomen, un peu de météorisme et des borborygmes; urines abondantes, diminution du ventre, gaz intestinaux vers le troisième jour; enfin les jours suivants, jusqu'au 21 mars, sont marqués par de la faiblesse, un peu d'insomnie, une évacuation d'urines plus abondantes et plus claires. A partir de ce moment jusqu'au 30, époque de la guérison complète, on voit progressivement augmenter les forces, l'appétit, et diminuer d'autant le volume du ventre (JOURN. DE MÉD. DE LYON, 1847).

A cette observation et aux faits si intéressants d'ascite mentionnés plus haut, nous en joindrons un autre tout récent, que nous devons à M. le docteur Boinet.

364 *bis*. ASCITE CHRONIQUE; UNE SEULE INJECTION IODÉE; GUÉRISON.

OBS. III. — Il s'agit d'un jeune garçon âgé de 13 ans, et nommé Louis Busson. Cet enfant avait une ascite qui datait de plusieurs années et était survenue à la suite de fièvres intermittentes qui avaient amené un engorgement du foie et de la rate. Tous les moyens avaient été mis en usage pour amener la guérison de cette ascite: les ferrugineux, les toniques, le quinquina, le sulfate de quinine, les diurétiques, les purgatifs, etc. Tout avait été inutile, l'affection se montrait toujours aussi rebelle et minait cet enfant, qui ne pouvait plus quitter la chambre. Tous les quinze jours, il fallait lui faire la ponction, et déjà il avait subi dix-huit fois cette opération; à chaque fois, il s'écoulait 10 à 12 litres de liquide.

Le 27 avril 1848, on pratiqua une injection iodée composée de: eau distillée, 120 grammes; teinture d'iode, 30 grammes. Il n'y eut aucun accident, et l'hydropisie ne reparut pas.

Le 20 mai, la guérison était complète.

365. INJECTIONS IODIQUES (RÉPÉTÉES) DANS UN CAS DE TUMEUR ENKYSTÉE.

OBS. IV. — Le professeur Borelli, de Turin, eut à traiter une femme de 32 ans, qui portait depuis un an, dans la grande lèvre droite de la vulve, une tumeur du volume d'un gros œuf de poule, laquelle s'était déjà enflammée et avait suppuré, puis s'était cicatrisée pour reparaître de nouveau. Il pratiqua dans la partie la plus déclive et la plus mince de la tumeur, et sur la membrane muqueuse près de son point de jonction avec la peau, une incision à l'aide de la lancette très-aiguë plongée obliquement. Cette incision donna issue à 60 grammes d'un liquide noirâtre. Une injection fut faite dans la tumeur avec l'alcool d'iode pur au moyen d'une petite seringue d'étain. La douleur fut assez vive. Une 1/2 minute après l'injection, on retira l'extrémité de la seringue de l'incision et on laissa écouler librement le liquide. On recouvrit la plaie d'un morceau de sparadrap. Le lendemain la grande lèvre était rouge, douloureuse et gonflée. On prescrivit des cataplasmes qui dissipèrent l'inflammation en 24 heures, et l'on vit s'écouler, par la petite plaie, une humeur séro-purulente. Au quatrième jour, deuxième injection. Douleur moindre et réactive, presque nulle. Deux autres injections furent encore faites à 2 ou 3 jours d'intervalle, et la sérosité qui, de plus en plus, prenait les qualités du pus, commença à entraîner des débris de la membrane du kyste d'une couleur noirâtre et d'un aspect granuleux. La tumeur avait déjà perdu plus des 3/4 de son volume. Une cinquième injection acheva ce que les autres avaient commencé. 20 jours après la guérison était complète et se maintenait encore après un an. La malade portait en même temps vers l'aine correspondante un engorgement ganglionnaire qui ne tarda pas à passer à la suppuration, et qui traité, après l'issue du liquide par l'injection iodique, comme pour la tumeur précédente, arriva à guérison en 12 jours. (ANNALI UNIV. DI MED.)

Cette observation, ainsi qu'on l'a déjà fait remarquer, démontre qu'il n'est pas du tout utile pour les injections iodiques d'empêcher la pénétration de l'air dans les poches pathologiques; que ces injections, si efficaces pour amener une guérison rapide par première intention dans les tumeurs kystiques séreuses, peuvent dans les kystes d'une autre nature, à parois épaisses et à liquide purulent, produire la guérison par seconde intention; que cette méthode des injections répétées à des intervalles de deux, trois ou quatre jours, suivant l'intensité de l'inflammation, est susceptible de rendre de grands services dans le traitement des tumeurs kystiques non séreuses, des abcès froids et des abcès chauds.

368. Les applications topiques de préparation d'iode prennent depuis quelque temps une direction nouvelle qui nous semble devoir conduire, comme les injections iodiques, à des résultats importants.

Nous avons déjà signalé dans un chapitre précédent les heureux effets obtenus par des médecins étrangers de l'application topique de la teinture d'iode dans le traitement des affections cutanées. Dans quelques formes scrofuleuses, cette même préparation donnerait aussi, suivant le docteur Boinet, de fort beaux résultats. Voici comment il s'exprime à ce sujet dans une note encore inédite que nous devons à son obligeance. « J'ai employé cinq ou six fois la teinture d'iode pure, pour des *engorgements ganglionnaires* du cou, pour des *abcès* provenant de ces ganglions. Je l'ai aussi employée avec beaucoup de succès sur des *lupus*, etc. Je l'applique de la manière suivante: A l'aide d'un pinceau de charpie trempé à plusieurs reprises dans la teinture iodique, j'étends lentement plusieurs couches de cette préparation sur tous les points engorgés. Je reviens à cette application tous les trois ou quatre jours. Voici ce qui se passe: Si la peau est intacte et qu'il n'y ait pas plaie, la peau se gerce, se fendille, de petites écailles furfuracées se détachent, la peau se parcheminе, se ride, et au bout d'un temps assez court les ganglions sous-jacents diminuent de volume et deviennent plus mobiles. Si l'épiderme est enlevé, il se forme une pellicule épaisse, une espèce de membrane sèche qui s'enlève facilement. Si on applique de la teinture d'iode après l'arrachement de cette membrane, ce que je fais toujours jusqu'à cicatrisation ou résolution complète, le malade accuse une douleur très-vive, mais qui ordinairement dure peu. Ces applications ont en outre l'avantage d'amener des guérisons qui ne laissent aucune trace, et ces cicatrices si caractéristiques des plaies scrofuleuses guéries n'existent pas. » Le goître et les tumeurs blanches ne pourraient-ils pas se traiter ainsi (1)?

L'application doit s'étendre aux parties environnantes de celles affectées.

Mais quelque complets que soient en apparence ces résultats, nous dirons, avec le docteur Lugol (*Remarques sur le traitement des kystes scrofuleuses par les injections iodiques*, GAZETTE DES HÔPITAUX, 1846, page 158), que chez les scrofuleux le traitement intérieur local n'est qu'un adjuvant du traitement intérieur: tout sujet scrofuleux traité par des méthodes locales est scrofuleux après comme avant ces traitements quels que soient les résultats immédiats. Un traitement interne doit donc appuyer le traitement externe.

Pereira (ELEMENTS OF MATERIA MEDICA) dit la teinture d'iode, appliquée

(1) Depuis la mise en composition de notre travail, les docteurs Held et Gros (Thèses de Strasb., BUL. DE TH., novembre 1849) ont fait connaître une observation fort intéressante de rhumatisme articulaire chronique guéri de cette manière.

comme ci-dessus, efficace dans l'*érysipèle*, et Davies, dans l'*inflammation phlegmoneuse*, les *fungus* du tissu cellulaire, l'*inflammation des absorbants*, la *goutte*, l'*anthrax*, le *panaris*, les *blessures* lacérées, contusionnées ou ponctionnées, les *brûlures*.

Le docteur Bulteel a guéri des *nævi materni* par des applications topiques de teinture d'iode augmentée de force progressivement. (LOND. MED. GAZ. et BRI. DE THÉR., novembre 1849.)

Nous l'avons vu, pour notre part, bien agir contre les *engelures*, affection où la pommade iodurée par une autre action réussit également bien.

Les médecins américains ont employé avec succès la teinture d'iode comme abortif des *pustules varioliques*. On l'étend à l'aide d'un pinceau à partir des premiers jours jusqu'an cinq ou sixième. Sous l'influence de cette application, la tuméfaction de la peau diminue, les pustules s'aplatissent et ne se remplissent pas de pus; les croûtes qui les remplacent tombent sans laisser de cicatrices.

M. Rivaud-Landran, considérant la propriété qu'a l'iode de favoriser la résorption de certains épanchements, emploie quelques gouttes de teinture d'iode (de l'iodure ioduré serait préférable) dans de l'eau contre la phlegmasie des membranes internes de l'œil pour la résorption de l'*hypopion* lorsque l'irritation est tombée à l'aide des antiphlogistiques.

Enfin, la teinture d'iode pure a été employée avec succès contre les *granulations palpébrales* et la blépharite chronique. (Froment. ANN. D'OCUL., juillet 1848.)

Dans toutes les applications de ce chapitre, à part dans quelques-unes pour lesquelles nous avons fait des réserves, l'iode n'est point absorbé, et partant n'agit point par ce pouvoir fluidifiant que nous avons invoqué et que nous allons encore invoquer dans le chapitre suivant, mais agit comme caustique spécial.

Il résulte des faits et considérations qui précèdent que la teinture d'iode dans un certain ordre d'états pathologiques et le soluté concentré d'iodure de potassium ioduré dans un certain autre plus nombreux peut-être, ne sont pas assez employés comme irritants ou caustiques. Il en résulte en outre que mieux connu, mieux apprécié, l'iode rendra un jour de plus nombreux et importants services à la pathologie chirurgicale que ne lui en rend aujourd'hui le nitrate d'argent.

Nous avons épuisé à peu près la liste des affections contre lesquelles les iodiques ont été proposés; mais nous avons fait remarquer et nous devons faire remarquer encore avec plus de force que leur efficacité est loin d'être la même dans toutes. Il y a sous ce rapport tous les degrés possibles, depuis le cas où leur action thérapeutique est des plus matériellement prouvées jusqu'à celui où elle devient des plus douteuses. Nous irons plus loin: l'emploi des iodiques est-il justifié, et par les résultats cliniques et par le raisonnement dans tous les cas où on y a recours? Telle est l'importante et difficile question que nous allons aborder dans le chapitre suivant, qui peut être considéré comme la suite de celui où nous nous sommes occupés de l'action intime des iodiques.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

I. LONDON MEDICAL GAZETTE.

Les numéros d'avril, mai, juillet, août et septembre 1849 contiennent les travaux originaux suivants: 1° *Remarques sur l'obésité*; par M. Wardell. 2° *De l'excision de la clavicule*; par M. Potter. 3° *Sur la pathologie de la peau*; par M. Burgess. 4° *Dysménorrhée congestive*; par M. Whitehead. (L'auteur propose, pour y remédier, un tube qui s'applique sur le col, et dans lequel on peut faire le vide, de manière à évacuer plus de sang par les piqûres qu'on y a appliquées.) 5° *Notice sur le choléra en Russie, en 1848*; par M. Mackensie. 6° *Sur le développement et l'anatomie comparée de l'organe de l'ouïe*; par M. Macdonald. 7° *De l'inhalation du nitrate d'argent, et d'autres agents mécaniques*; par M. Chambers. 8° *De quelques affections cérébrales qui simulent une apoplexie imminente*; par M. Hughes. 9° *Effets du chloroforme et de l'éther chlorique concentré, comme agent narcotique*; par M. Warren. 10° *Cas d'anesthésie et de paralysie du côté droit de la face*. 11° *Appareil pour appliquer l'air chaud dans le choléra ou l'asphyxie*; par M. Stewart Clark. 12° *Sur l'épiglottite*; par M. Kesteven. 13° *Du rapport qui existe entre les symptômes nerveux et leurs causes excitantes*; par M. Rowland. 14° *De l'usage de l'extrait de* cotyledonis umbilici *dans l'épilepsie*; par M. Bullar. 15° *Cas de trachéotomie*; par M. Hinton. 16° *Arsenic trouvé dans un cadavre quatorze ans après l'enterrement*; par M. Webster. 17° *Physiologie du canal digestif*; par M. Brinton. 18° *Sur quelques-uns des points les plus pratiques relatifs au traitement des difformités*; par M. Lousdale. 19° *Anévrisme de l'artère axillaire; ligature de la sous-clavière*; par M. Legros Clark. 20° *Quelques remarques sur le traitement du catarrhe nasal*; par M. Pretty. 21° *Essai sur la volition considérée comme un excitant et un modificateur des mouvements respiratoires*; par M. Barlow. 22° *Avortement produit par métastase dans une cynanche parotidienne*; par M. Salter. 23° *Cas d'obstruction organique du colon opéré par le procédé de M. Amussat*; par M. Crompton. 24° *Observations de fièvre jaune*; par M. A. Hunter. 25° *Questions d'éthique médicale*; par M. Fraser. 26° *Effets de la malaria sur la diffusion des maladies*; par M. Ward. 27° *Sur la membrane fibreuse d'enveloppe, ou fascia du cœur*; par M. Robert Lee. 28° *Sur les ganglions et les nerfs du cœur*; par le même. 29° *Du vomissement comme antagoniste de la syncope, avec des remarques sur le choléra*; par M. French. 30° *Cas d'occlusion congénitale du rectum dans lequel l'enfant vécut cinq semaines*; par M. J. George. (On s'abstint d'opérer par la raison que l'intestin ne se laissait pas distinguer au fond du cul-de-sac qui était à la place de l'anus.) 31° *Cas remarquable de tumeur ovarique contenant des dents et des cheveux*; par M. Clapp. 32° *Amputation dans l'articulation de l'épaule, suivie de tétanos*; par M. Graham. (Le malade succomba, malgré des lavements de tabac et des frictions mercurielles faites le long du rachis.) 33° *Propositions sur la structure et le développement du foie dans les animaux vertébrés*; par M. Handfield Jones. 34° *Sur les matières fécales, la cause de leur odeur, etc.*; par M. Griffith. 35° *De la nature du choléra*; par M. R. Dick. 36° *Cas de nævus guéri par l'application externe d'une solution d'iode*; par M. Bulteel. 37° *Ovariotomie pratiquée avec succès par une longue incision*; par M. Crouch. (L'incision, de 9 pouces de dimension, avait été calculée, pour son étendue, sur le volume de la tumeur. Le pédicule, traversé par un fil double, fut ensuite étreint entre deux ligatures comprenant chacune une de ses moitiés.) 38° *Sur l'emploi du froid intense poussé jusqu'à l'engourdissement dans le choléra*; par M. J. Arnott. 39° *Considérations pratiques sur le traitement de la folie*; par M. Smith. 40° *Pensées d'éthique médicale*; par M. Kesteven. 41° *Cas de médecine légale, relatif à la distinction entre le suicide et l'homicide*; par M. Robis. 42° *Note sur l'emploi du tartre émétique dans le traitement des fièvres intermittentes*; par M. Moore. 43° *Sur la réforme des lois concernant l'aliénation mentale*; par M. Robinson. 44° *Inefficacité du traitement par le calomel dans le choléra*; par M. Hughes. 45° *Note sur une inflammation aiguë de l'estomac et des intestins, causée par un mélange de vert de gris dans la nourriture*; par M. Moore. 46° *Série d'investigations microscopiques sur la pathologie du choléra*; par M. Brittan. 47° *Quelques faits relatifs au choléra pestilentiel et à son traitement*; par M. Copland. 48° *Observation de hernie étranglée et opérée, suivie d'anus artificiel terminé par la guérison*; par M. Jenuelle.

DE L'EXCISION DE LA CLAVICULE; par M. POTTER.

Le sujet de cette communication est l'opération pratiquée à une femme âgée de 42 ans pour une carie de la clavicule gauche. La maladie ne faisant qu'augmenter depuis trois ou quatre mois, et ayant réduit la patiente à un état cachectique, M. Potter pratiqua l'excision de la portion d'os altérée.

Une incision fut faite parallèlement à la clavicule, depuis son extrémité sternale. A un pouce de chacune des extrémités de cette première incision, on en pratiqua deux autres perpendiculaires à sa direction; puis on détacha et on releva les lambeaux en résultant. Avec une aiguille à anévrisme, on passa sous la clavicule une scie à chaîne; et on scia l'os à un demi-pouce environ de son articulation sternale. On le sépara enfin de ses connexions avec l'omoplate, et on termina l'opération en détachant toutes les parties molles qui le tenaient encore en place.

Il fut aisé de reconnaître que tout ce qui était malade avait été emporté. Aucune ligature n'avait été nécessaire.

La malade quitta l'hôpital au bout d'un mois, la plaie s'étant réunie par seconde intention. Le membre supérieur reprit peu à peu quelques-unes de ses fonctions; elle sent qu'il devient de jour en jour plus fort.

L'auteur fait remarquer que, pendant l'opération, il a eu soin de ménager autant que possible le ligament costo-coracoïdien et la couche profonde du fascia cervical, afin de laisser une base pour la bande demi-tendineuse solide, qui occupe maintenant la place de la clavicule.

DE QUELQUES AFFECTIONS CÉRÉBRALES SIMULANT L'IMMINENCE D'APOPLEXIE; par le docteur HUGHES.

Ces *quelques* affections dont parle l'auteur sont plutôt des formes variées d'un même état pathologique, fort difficile lui-même à indiquer par une dénomination précise. Dans cet état, le sujet éprouve les symptômes qui sont généralement considérés et par le médecin et par le malade lui-même

comme constituant une imminence d'hémorrhagie cérébrale, et comme indiquant soit l'excès de plénitude des vaisseaux encéphaliques, soit une tendance au *raptus* sanguin vers le cerveau, tandis que, en réalité, suivant M. Hughes, l'encéphale se trouve placé dans des conditions exactement contraires. Pour donner une idée plus exacte de l'affection dont il s'agit ici, nous rapporterons succinctement une des observations contenues dans ce mémoire.

Obs. — Un homme de forte constitution, court, pâle, âgé de 50 ans, retiré des affaires depuis deux ans, vivant actuellement moins bien qu'antrefois, éprouva du côté du cerveau des *symptômes désagréables*, pour lesquels il prit un purgatif, sans aucun résultat avantageux. Il ressentait par intervalles des douleurs de tête, des battements, mais surtout des vertiges qui le prenaient ordinairement dans la rue, et parfois avec une telle force, qu'il tombait s'il ne trouvait pas immédiatement un appui. Le sommeil était bon, ainsi que l'appétit, et il n'existait d'ailleurs aucun autre signe de maladie. La langue était nette, pâle et humide; le pouls large, mou, dépressible; les pupilles dilatées et se contractant lentement. On s'assura qu'il n'existait aucune affection du cœur ni des reins. Le sujet fut d'abord purgé, puis mis à l'usage du fer et de l'aloès. Il fut revu deux fois depuis cette époque, à deux semaines d'intervalle, et chaque fois son état était considérablement amélioré.

Les autres malades présentaient des symptômes analogues, et il serait difficile, comme nous l'avons dit, de les caractériser dans leur ensemble avec quelque rigueur. Mais l'auteur indique lui-même les circonstances qui pourront mettre sur la voie du diagnostic. Ce sont :

1° Les conditions au milieu desquelles se sont développés les accidents. Ce sont généralement des circonstances ou des habitudes de vie propres à déprimer l'énergie vitale, ou la cessation d'habitudes propres au contraire à entretenir la vigueur du corps. L'auteur indique particulièrement les causes suivantes : diarrhée prolongée, leucorrhée habituelle, pertes de sang, abus des plaisirs vénériens, masturbation, excès de travail, défaut d'aération, inquiétude, peines morales, substitution d'une boisson débilitante à une boisson tonique, de l'eau au vin, par exemple; cessation brusque ou trop complète de toute occupation.

2° L'apparence générale de l'individu. Il est ordinairement pâle, anémique, faible, bien que gros et court. Cependant il a parfois tout le facies apoplectique.

3° L'état du pouls, qui est tantôt petit, fréquent et faible, donnant quelquefois la sensation particulière au pouls chlorotique ou hémorrhagique, tantôt plein, quinique mou et dépressible.

4° Certaines particularités symptomatiques. Ainsi, les accidents surviennent principalement pendant la marche, dans la station ou dans la position assise; ils diminuent souvent dans le décubitus horizontal. Le moment de la journée qu'ils semblent préférer est le matin, au lever.

5° La non-augmentation des accidents après un repas copieux.

6° Le retour plus rapproché des accidents à mesure qu'on a multiplié les évacuations sanguines.

7° L'innocuité, et même souvent les avantages des boissons toniques et stimulantes, telles que le vin.

8° Enfin l'existence, *dans quelques cas seulement*, du bruit de souffle anémique et du bruit de diable.

Le traitement qui convient à cet ensemble de symptômes consiste principalement dans l'emploi des toniques, spécialement du fer, aidé d'une nourriture substantielle, d'un exercice modéré, de l'habitation dans un lieu bien aéré et de moyens propres à entretenir la liberté du ventre.

—L'affection dont parle M. Hughes non-seulement est réelle, mais existe même beaucoup plus fréquemment qu'on ne pense, et les traits principaux par lesquels il la décrit sont indiqués avec beaucoup de vérité. Nous pourrions signaler plusieurs cas de notre pratique exactement conformes, tant pour l'étiologie que pour la symptomatologie et le traitement, à la description de l'auteur. Il nous paraît hors de doute que le cerveau, soit primitivement, soit (ce qui est plus commun) consécutivement à une altération du sang, anémie ou autre, que le cerveau, disons-nous, se trouve alors dans un état asthénique. La circonstance qui nous a paru influer le plus directement sur la production de cette maladie est l'abus des évacuations sanguines pour de prétendues congestions cérébrales, ou pour des maladies organiques du cœur. Les premières saignées soulagent, comme le dit très-bien M. Hughes; mais les accidents pour lesquels on les pratique se rapprochent de plus en plus. Bientôt les sujets pâlissent, prennent une face bouffie et une expression caractéristique qui suffit à un praticien expérimenté pour écarter absolument l'emploi de toute évacuation sanguine. Nous ajouterons aux considérations de l'auteur un fait qu'il n'indique pas : c'est que l'état cérébral dont il s'agit aboutit quelquefois au ramollissement. Dans un cas observé par nous, où de copieuses saignées avaient été pratiquées pour une maladie organique du cœur, médiocrement avancée, nous avions interdit à l'avenir toute évacuation sanguine, et nous avions même formellement exprimé au malade la crainte d'un ramollissement cérébral au cas où notre prescription serait enfreinte. Sous l'influence du quinquina, uni au fer, sa santé s'améliora notablement; mais un jour il eut des vertiges; un médecin de province le saigna. *Immédiatement après*, il tomba sans connaissance; et quatre ou cinq jours plus tard il était mort, après avoir présenté les signes les plus caractéristiques du ramollissement.

Nous devons ajouter, pour être juste, que beaucoup d'auteurs, spécialement en Angleterre, Abercrombie, Marshall-Hall, Copland, Burrows, etc., ont déjà indiqué la maladie qui fait le sujet du travail de M. Hughes, mais avec moins de précision peut-être et d'exactitude.

Sur l'épiglottite ; par M. Kesteven.

L'inflammation de l'épiglotte ne se rencontre que comme complication ou comme résultat de la phlegmasie du larynx, des amygdales ou de l'arrière-gorge.

Dans cette maladie, le principal danger consiste dans l'insurmontable difficulté que le patient éprouve à avaler, spécialement les liquides : ce qui contribue doublement à aggraver son état, d'abord par le défaut de nourriture, puis en empêchant d'administrer des remèdes à l'intérieur.

Les deux exemples suivants présentent réunis l'ensemble des signes caractéristiques de cette affection, en même temps qu'ils montrent la supériorité du traitement local sur les médications générales.

Obs. I. — T. E., âgé de 50 ans, souffrit à deux reprises d'une angine dans les premiers jours de janvier. La douleur et la difficulté d'avaler augmentèrent rapidement; en peu d'heures, toute tentative pour avaler était suivie d'une sensation de suffocation et d'un violent paroxysme de toux. La membrane muqueuse du palais et de la gorge était rouge, enflée, et présentait toutes les apparences de l'inflammation érysipélateuse. Quand on déprimait fortement la base de la langue, l'épiglotte était vue droite et tuméfiée, ressemblant à une fraise mûre. Soif vive; pouls à 100.

La difficulté à avaler les liquides, phénomène dominant dans ce cas, appela de suite l'attention de l'auteur sur l'état de l'épiglotte. Ayant constaté son inflammation, il porta sur l'épiglotte et le gosier une éponge fixée à une baleine et imbibée d'une solution de 4 grammes de nitrate d'argent dans 30 grammes d'eau distillée. Ceci fut fait à onze heures du matin et causa dans le moment un violent accès de toux. On appliqua un vésicatoire à la nuque; et l'on recommanda au patient de ne faire aucun effort de déglutition.

A huit heures du soir, l'état était beaucoup plus satisfaisant. Deux heures après, on ne voyait plus l'épiglotte, et les tentatives pour avaler ne causaient plus le même soulèvement. Quelques applications de nitrate d'argent achevèrent la guérison.

Obs. II. — A la suite d'une angine, madame F., âgée de 39 ans, éprouvait une grande peine à avaler, avec toux et menace de suffocation. La langue abaissée laissait voir l'épiglotte rouge et très-tuméfiée.

On appliqua des sangsues au cou et un vésicatoire qui suppura plusieurs jours.

Pendant trois jours, elle n'avala absolument rien, pas même sa salive; on ne la soutint qu'avec des lavements nourrissants.

L'inflammation de l'épiglotte dura six jours, et il s'en passa encore quatre avant qu'elle ne pût avaler. Ses forces ne revinrent même qu'après plusieurs semaines.

Le résultat si différent de ces deux observations témoigne assez de la supériorité de la médication locale.

Du rapport entre les symptômes nerveux et leurs causes excitantes; par le docteur Richard Rowland.

L'idée fondamentale de ce travail n'est pas dépourvue d'intérêt ni même peut-être de justesse : elle consiste à reconnaître un rapport de causalité entre certaines lésions, soit externes, soit viscérales, et quelques affections du cerveau; de telle sorte, par exemple, qu'une plaie de la jambe ou une pneumonie seraient susceptibles de déterminer, par une action récurrente et par l'intermédiaire des nerfs, une hémorrhagie cérébrale ou un ramollissement, et les détermineraient du côté du cerveau opposé à la lésion générale.

En ce qui concerne les altérations à siége externe, M. Rowland n'a rencontré dans les auteurs que cinq observations où toutes les circonstances du fait aient été assez précisées pour permettre de chercher le rapport en question. Or, dans ces cinq cas, empruntés à Abercrombie, à MM. Lallemand, Bright et Durand-Fardel, l'altération (plaie scrofuleuse, tumeur, etc), avait précédé l'affection cérébrale, et celle-ci avait eu lieu du côté opposé.

Les observations relatives aux altérations à siége viscéral concernent toutes les pneumonies et appartiennent à Morgagni et à MM. Rostan, Andral, Cruveilhier, Lallemand, Bright, Durand-Fardel et Dechambre. Or, dans la très-grande majorité des cas, l'affection cérébrale et la pneumonie étaient *croisées*.

L'influence de la pneumonie et de quelques autres affections viscérales sur la production de lésions des centres nerveux n'a encore été bien établie que pour la moelle. On trouve, à cet égard, des documents importants dans

l'ouvrage d'Ollivier (d'Angers). Il n'est pas impossible qu'il en existe une semblable pour l'encéphale. C'est une question à soumettre à l'expérience, et l'essai de M. Rowland a déjà une valeur réelle.

ANÉVRISME DE L'ARTÈRE AXILLAIRE; LIGATURE DE LA SOUS-CLAVIÈRE; par M. LEGROS CLARK.

L'histoire suivante présente d'abord l'exemple de l'application à cette opération d'un procédé peu en usage parmi nous, celui de Ransden; elle montre, en second lieu, l'innocuité de la ligature d'une veine même volumineuse. Enfin elle fait voir que l'engourdissement du bras, accident passager dans la plupart des cas, persiste très-longtemps, quand (comme il en a été probablement ainsi dans cette circonstance) on a compris un nerf dans la ligature.

OBS. — G. Bourne, ouvrier, âgé de 47 ans, avait toujours joui d'une bonne santé et d'une forte constitution, à part quelques légères attaques de rhumatisme. Lorsqu'il entra à l'hôpital Saint-Thomas, dans les premiers jours de février 1840, il portait depuis deux mois une tumeur entre la clavicule et l'apophyse coracoïde; elle avait alors le volume d'une petite orange, était recouverte par le grand pectoral et touchait de très-près la clavicule. Offrant tous les caractères d'un anévrisme à sa première période, elle battait fortement; mais on pouvait arrêter ces pulsations, et en même temps diminuer sensiblement le volume de la tumeur en comprimant l'artère au-dessus de la clavicule. Le bruit de souffle était perceptible à l'oreille et au toucher. Dans le décubitus dorsal, le sac anévrismal pouvait être senti jusque dans l'aisselle. La clavicule avait été un peu soulevée. Le cœur, ainsi que tous les autres organes, paraissait en bon état.

Après quelques jours d'un régime un peu sévère, le malade fut soumis à l'opération. Couché sur une table, on passa sous lui des coussins, de manière à déprimer l'épaule gauche. On fit une première incision verticale d'un pouce et demi le long du bord postérieur du muscle sterno-mastoïdien, puis une seconde le long de la clavicule, depuis l'extrémité inférieure de la première jusqu'au bord antérieur du trapèze.

On lia à ce moment quelques petites artères, ainsi que les veines qui donnaient du sang; on divisa ensuite le fascia résistant qui se présente derrière et au-dessus de la clavicule. L'opération fut achevée avec le manche d'un scalpel, que M. Legros Clark avait fait tailler plus pointu dans ce but. A ce moment, et quoiqu'on ne se servît plus de l'instrument tranchant, une veine considérable (vraisemblablement la supra-scapulaire), s'ouvrit et saigna si abondamment qu'il fallut la lier. L'artère ayant été découverte, on passa un fil de soie, à l'aide d'une aiguille à anévrisme, entre elle et le plus inférieur des nerfs brachiaux, et on termina en le serrant autour du vaisseau. Les pulsations cessèrent immédiatement dans le sac, qui devint flasque. Le patient se plaignit d'impotence et d'engourdissement du membre; mais il se sentit en même temps soulagé des douleurs névralgiques qu'il y éprouvait depuis le commencement de l'affection, douleurs qui tenaient sans doute à la compression des nerfs axillaires.

Le lambeau triangulaire fut fixé au moyen de deux points de suture; mais il survint le second jour une inflammation des bords de la plaie qui força d'en couper un.

Le cinquième jour, il sentit quelques faibles pulsations dans l'artère brachiale. La tumeur devenait de plus en plus ferme et petite. Le mouvement et la sensibilité du membre supérieur étaient diminués. La plaie fut pansée à l'eau froide; elle était en suppuration.

Le neuvième et le dixième jour, les ligatures des deux veines et d'une petite artère sous-tégumentaire furent éliminées. Le bras était moins engourdi.

Le seizième jour, la plaie se cicatrisait; mais le fil de la ligature artérielle persistant à rester en place, on exerça sur lui quelques douces tractions dans la direction verticale. Le lendemain, on trouva ce fil dans le pansement.

Depuis lors tout alla de mieux en mieux. Lorsque le malade quitta l'hôpital, deux mois et huit jours après l'opération, il avait repris ses forces. Le bras du côté malade était bien nourri; mais il n'avait pas regagné sa vigueur naturelle. La tumeur, réduite à un noyau solide, ne causait plus aucun inconvénient. Le pouls était faible, mais perceptible au poignet.

QUELQUES REMARQUES SUR LE TRAITEMENT DU CATARRHE NASAL; par M. PRETTY.

Il s'agit, dans cet article, du traitement du coryza. Les attouchements avec la pierre infernale, préconisés par MM. Lockwood et Teissier (de Lyon), réussissent assez bien; mais une condition indispensable pour leur succès est de les pratiquer de très-bonne heure. D'ailleurs ils causent au malade une douleur vive.

Depuis deux ans M. Pretty a adopté un mode de traitement plus aisé, qui consiste à injecter les narines avec une solution de sulfate de zinc. La proportion ordinaire est de 15 centigrammes de sel pour 30 grammes d'eau. Le patient se place au-dessus d'un bassin, et injecte chaque narine une ou deux fois de suite avec une petite seringue.

Lorsque cette médication a été employée dès le commencement du chatouillement des narines, elle coupe court à l'attaque de coryza; mais si la douleur est déjà établie depuis quelque temps, il vaut mieux attendre, avant de pratiquer les injections, que l'écoulement se soit manifesté; si l'on n'agit pas ainsi, l'injection cause une violente douleur au niveau des sinus frontaux, et l'empêche pas l'écoulement.

On fait les injections une première fois, et on les réitère si la maladie a résisté. M. Pretty les a répétées jusqu'à trois et quatre fois.

Lorsque la susceptibilité à contracter le coryza tient à un relâchement de la membrane de Schneider, sans affaiblissement de la constitution, les injections au sulfate de zinc la détruisent en grande partie.

Il faut employer en même temps le traitement prophylactique usuel, retrancher quelque chose sur la quantité de boisson habituelle, ne pas permettre au malade de boire chaud, faire des frictions sur la peau, et prendre, lorsqu'il est possible, des bains tièdes ou chauds.

CAS D'OBSTRUCTION ORGANIQUE DU COLON, OPÉRÉE D'APRÈS LE PROCÉDÉ DE M. AMUSSAT; par M. CROMPTON.

OBS. — Un homme de 36 ans entra à l'hôpital au mois d'août 1846. Tout ce qu'on put apprendre de lui, c'est que, huit jours auparavant, à la suite d'un effort, il avait eu d'abord ses évacuations alvines teintes de sang, et n'avait plus pu aller du ventre. Jusque-là il se considérait comme en parfaite santé.

L'abdomen était distendu, mais non pas extrêmement. On essaya de pousser différentes bougies dans le rectum; mais elles furent arrêtées environ au niveau de la courbure de l'S iliaque. L'obstruction paraissait être constituée par un tissu dense; car elle n'admettait pas même la pointe des bougies.

Malgré de l'huile de croton, répétée à la dose d'une goutte toutes les deux heures, il n'y eut point de selles; le ventre devint plus volumineux et distendu. Des vomissements survinrent. On essaya plusieurs injections d'eau; mais elles ne purent pénétrer.

Le patient eut un jour une syncope, et demeura à la suite faible, le pouls de 120 à 150, quoique n'accusant aucune douleur. On attendit jusqu'à ce qu'il se fût développé un peu de réaction, puis on le transporta à la salle d'opérations. A ce moment, la pression exercée sur le ventre faisait sortir par la bouche des matières stercorales en grande quantité.

M. Crompton commença par faire une incision dans la région lombaire, à 1 pouce environ au-dessus de la crête iliaque, mais plus près (dit l'auteur) de l'épine qu'il n'était nécessaire. Il la conduisit en dehors dans l'étendue de 4 à 5 pouces, divisant la peau et le tissu cellulaire, et mettant à découvert les fibres du grand dorsal. Après les avoir coupées, ainsi que le carré des lombes, il tomba sur le fascia antérieur, qu'il incisa en travers avec beaucoup de précaution. Il parut alors une grande quantité de graisse, qu'il écarta soit en la repoussant, soit en la coupant, jusqu'à ce qu'une membrane bleuâtre se laissât apercevoir. Incertain sur ce que ce pouvait être, l'opérateur y enfonça la pointe d'une aiguille; il sortit immédiatement par cette ouverture des gaz et des matières fécales. Ayant assujetti l'intestin, à l'aide de deux ligatures, de chaque côté de la plaie extérieure, il fit une incision longitudinale entre elles deux. Il s'échappa un ou deux bassins de matières stercorales. L'homme fut reporté à son lit et placé sur le dos. Il n'avait guère manifesté de souffrance; mais cela tenait vraisemblablement en partie à l'état de dépression où il se trouvait. Malgré les soins qu'on prit pour le réchauffer, il succomba au bout de cinq heures.

L'AUTOPSIE montra que le gonflement du ventre était dissipé. Les bords contigus de l'intestin grêle laissaient voir les traces d'une rougeur due à la péritonite commençante, ainsi que quelques couches de lymphe, disséminées çà et là. Le colon descendant ayant été enlevé, on remarqua qu'il existait à 10 ou 11 pouces de l'anus une contraction serrée de la tunique péritonéale comme si on eût lié l'intestin avec une corde à fouet. Sur la surface muqueuse, il y avait une ulcération avec épaississement d'environ un tiers de pouce; on trouva en contact avec l'ulcération une grande quantité de graines de groseilles.

L'incision faite à l'intestin était située justement à 10 pouces au-dessus du resserrement.

Les autres organes (à part la tête qui ne fut pas examinée) étaient sains.

— Il est d'abord évident que le revers ne peut en rien être attribué au procédé de M. Amussat. Dans l'état de prostration où le malade était réduit, toute autre tentative opératoire eût amené le même résultat; et c'eût même été, selon nous, une question à prendre en plus sérieuse considération que de savoir s'il fallait, à cette période, faire une opération quelconque.

L'accumulation des corps étrangers nous semble, comme à l'auteur, avoir été la cause principale de l'obstruction de l'intestin. Ce fait rappelle naturellement celui, consigné dans la thèse de A. Bérard sur le DIAGNOSTIC CHIRURGICAL, où le même effet fut produit par des noyaux de cerise. Il est remarquable (et nous le disons comme ayant été témoin oculaire de ce dernier fait) que, dans les deux cas, l'invasion des symptômes ne précéda que de peu de temps la mort.

(La suite au prochain numéro.)

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 31 DÉCEMBRE.

EMPLOI DE L'ACÉTATE DE PLOMB CONTRE LES TUBERCULES SCROFULEUX.

M. LECOUPPEY lit une note sur l'emploi de l'acétate de plomb dans le traitement des tubercules scrofuleux. L'auteur tire des observations que renferme ce travail les conclusions suivantes :

L'acétate de plomb cristallisé, administré à l'intérieur, à la dose de 2 à 20 centigr. par jour, guérit l'engorgement tuberculeux des glandes lymphatiques sous-cutanées.

Les purgatifs, en favorisant l'action thérapeutique, ont le double avantage d'accélérer la résolution des tumeurs et de s'opposer à l'intoxication saturnine.

ANALYSE ÉLÉMENTAIRE DU CHYLE ET DU SANG.

M. REGNAULT présente, au nom de M. MILLON, un travail sur ce sujet.

L'auteur a analysé simultanément le sang artériel et le chyle de deux chiens soumis à des régimes très-différents. L'un fut nourri pendant deux jours avec du lait qu'il recevait à discrétion ; l'autre mangea aussi pendant deux jours une grande quantité de graisse mêlée à du pain et à de la viande. Chez le premier, le sang contenait le carbone et l'azote dans le même rapport que l'albumine ; mais il différait de l'albumine par un grand excès d'oxygène : le chyle, trois fois moins riche que le sang en matériaux organiques, offrait une composition exactement correspondante, et loin de présenter une accumulation de matière grasse, il devait être envisagé aussi comme de l'albumine déjà très-oxydée.

Quant au chien nourri avec un excès de matière grasse, le carbone et l'azote se sont encore retrouvés dans la proportion qui constitue l'albumine, mais au lieu de contenir un excès d'oxygène, c'était un excès d'hydrogène que le sang avait fixé. Le second sang artériel rapproché du premier était incomparablement plus hydrogéné.

Même disposition dans le second chyle ; accord nouveau par conséquent entre la nature des éléments du chyle et du sang artériel, examinés sur le même chien.

Cette analyse conduit, suivant M. Millon, à des indications importantes pour la physiologie.

Ainsi le sang artériel du même animal montre, sous l'influence de deux régimes différents, une modification profonde.

L'analyse du premier sang autorise à chercher dans ce liquide, à côté de la sérosité albumineuse, à côté de la fibrine et de la matière des globules, une proportion considérable de produits oxydés aux dépens desquels se formeront sans doute les produits de sécrétion toujours si fortement oxygénés.

Dans le deuxième sang qui offre un excès d'hydrogène, ces mêmes produits d'oxydation existent probablement aussi ; mais ils sont masqués par l'accumulation de la matière grasse introduite à la suite d'un régime où elle domine.

Si l'on compare le sang et le chyle recueilli simultanément sur le même animal, on reconnaît une très-grande analogie de composition entre ces deux liquides ; mais il est impossible de découvrir dans le chyle l'indice d'une absorption de matière grasse exercée par les chylifères de préférence aux autres principes alimentaires.

Lorsque la graisse a été administrée à des doses exceptionnelles, le chyle et le sang portent également l'indice d'une fixation d'une matière grasse.

Cette fixation est-elle plus forte dans le chyle que dans le sang, ou bien ne s'est-il pas fait plutôt une dissémination générale de l'excès de graisse assimilée qui se loge d'abord dans les cavités les plus propres à l'admettre ? L'auteur est d'avis que les faits inclinent beaucoup vers cette dernière conclusion.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 3 JANVIER. — PRÉSIDENCE DE M. BRICHETEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Il n'y a point de correspondance officielle.

La correspondance manuscrite comprend les pièces suivantes :

M. DAREMBERG envoie la suite de ses communications sur le résultat de ses recherches dans les bibliothèques d'Italie.

M. DEBROU, chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Orléans, envoie une observation d'oblitération complète et congénitale du vagin, à laquelle il a remédié par une opération. (Comm. : M. Huguier.)

M. COURTY, agrégé de la Faculté de médecine de Montpellier, adresse un mémoire renfermant des observations de pellagre recueillies dans la vallée de Vernet (Pyrénées-Orientales). (Commission de la pellagre.)

M. MAZADE, médecin à Anduze (Gard), envoie un mémoire sur l'emploi du sulfate de quinine dans la fièvre typhoïde.

L'auteur conclut, de son travail, que le sulfate de quinine n'est utile que lorsque la fièvre typhoïde présente des rémissions ou des paroxysmes même irréguliers. (Comm. : MM. Louis et Grisolle.)

M. MATHIEU, fabricant d'instruments de chirurgie, soumet à l'examen de l'Académie un nouveau céphalotribe dont le but est d'empêcher le glissement et l'échappement de la tête du fœtus. (Comm. : M. Moreau.)

— M. LE PRÉSIDENT annonce qu'il y a lieu de déclarer deux vacances dans le sein de l'Académie et propose, au nom du conseil, de nommer une commission qui aura à examiner les difficultés particulières que vont présenter ces vacances. Après une longue et confuse discussion, la question est renvoyée à l'examen d'une commission.

ENGORGEMENT DE LA RATE.

M. BOUSQUET lit, en son nom et au nom de M. Bouillaud, le rapport suivant sur un travail de M. Durand, médecin à Saint-Aubin :

A ne considérer que le titre de ce mémoire, on croirait que l'auteur va parler de l'engorgement de la rate en général, et le suivre dans toutes les maladies où il peut se rencontrer ; mais telle n'est pas sa pensée : il se borne à l'étudier dans les fièvres intermittentes, et il lui fait jouer un si grand rôle qu'il se trouve conduit à renverser les termes de la question et à substituer dans le langage la cause à l'effet. Il rompt donc tout à coup avec la tradition, et, emporté par des idées de réforme, il écarte les lumières de la séméiotique pour s'attacher à celles de l'anatomie pathologique. De ces deux enseignements, le dernier paraît le plus savant en ce qu'il ne s'arrête pas à la surface, il vise au fond des choses ; mais l'autre est plus simple et mieux approprié à notre faiblesse, car les signes extérieurs s'offrent aux yeux avant la lésion cachée qui les produit.

Au fond, le choix est peut-être assez indifférent ; il faut toujours admettre qu'il existe une connexion, une liaison entre ce qui se voit et ce qui ne se voit pas, sinon il n'y aurait qu'incertitude dans le diagnostic, et le médecin, ne sachant où s'en prendre, flotterait au vent des conjectures.

Cependant, dans le cas particulier où s'est placé M. Durand, nous ne pouvons lui passer les libertés qu'il a prises. Est-il donc si certain que les fièvres intermittentes viennent de l'enflure de la rate qu'on soit autorisé à les appeler indistinctement du nom que l'usage leur impose ou du nom de la cause que leur assigne la théorie ? N'est-ce pas poser en fait ce qui est en question ? Méthode fort commode de raisonner, mais avec laquelle on n'avance pas la science.

Mais c'est trop nous arrêter au titre du mémoire, passons aux doctrines.

M. Durand commence par nous faire connaître sa position géographique, et c'est un exemple que nous voudrions voir imiter, car c'est en grande partie de sa position que le médecin tire ses titres de créance. A cet égard, M. Durand est très-heureusement placé ; il habite une contrée où les fièvres intermittentes sont presque endémiques, et il n'y a pas moins de seize ans qu'il les observe et qu'il les traite.

Après la nature, le maître de son choix, son guide, son modèle, est M. Piorry. Il ne le dit pas ; mais cela se voit à ses doctrines et même à son langage. Quel autre qu'un disciple dévoué et reconnaissant pourrait parler de *splénomacrosie* ?

Ce n'est pas ici le lieu de dire notre sentiment sur cette manie de réformer tous les termes d'une science qui n'est pas à son début, et qui cependant est loin d'être fixée. L'auteur de cette facile réforme a promis du haut de cette tribune de faire connaître prochainement ses raisons. Nous les attendrons ces raisons, pour les opposer à ceux qui lui reprochent d'aller contre le but même qu'il se propose. Il s'isole quand il voudrait se répandre ; et non content de submerger la science sous le flot du néologisme, il la déconsidère par les variations qu'il lui prépare ; car enfin, diront-ils, à moins que le progrès qui vous fait créer un nouveau nom ne soit le dernier, c'est-à-dire à moins que vous n'ayez atteint la perfection, il faudra nécessairement remanier la langue à chaque mouvement de la science. Et comme dans la république des lettres tous les citoyens sont égaux, il est visible que si chacun usait de son droit, la tour de Babel ne serait qu'une faible image de tant de désordre et de confusion.

Mais laissons là ce qu'on dit, et revenons à M. Durand. Sa marche est simple et naturelle. Comme pour bien connaître les altérations que la maladie peut introduire dans un organe sain, M. Durand commence par décrire la rate, et par la mesurer au plessimètre. Elle a, selon cet instrument, de 7 à 7 centimètres 1/2 chez l'adulte, et de 6 à 6 centimètres 1/2 dans l'enfance.

Vous voyez, messieurs, la conclusion. Toute rate qui dépassera, ne fût-ce que d'un centimètre, l'étendue que lui assigne la plessimétrie, sera plus grosse qu'elle ne devrait l'être ; elle sera malade.

La conséquence est dans le principe ; elle est donc inattaquable. Mais le principe est-il aussi certain que la conséquence est bien déduite ? Est-il bien vrai que toutes les rates sans exception soient égales entre elles ? Il n'est pas dans nos habitudes de contester avec des confrères sur ce qu'ils ont vu. Nous croyons donc que toutes les rates que M. Durand a vues de ses yeux ou percutées de ses doigts, et elles sont nombreuses, avaient 7 centimètres au moins, et 7 centimètres 1/2 au plus. Ce point convenu, nous portons la discussion ailleurs : nous la portons en pays neutre. M. Durand n'ayant pas vu toutes les rates, il doit nous être permis de dire de celles qu'il n'a ni vues ni mesurées qu'elles n'avaient pas toutes les mêmes dimensions. Il est des choses qu'on peut affirmer sans les avoir vérifiées. Outre l'observation directe, l'esprit a pour se conduire l'autorité des vérités acquises et celle de l'analogie. Tous les hommes n'ont pas la même taille : il est des géants et des pygmées ; il y a de grands et de petits estomacs, de grands et de petits cerveaux. Pourquoi n'y aurait-il pas de grandes et de petites rates ? Pourquoi, entre tous les organes, la rate seule serait-elle invariable au milieu des variations de tout ce qui l'entoure ? Celui qui l'a faite lui a-t-il dit,

montent à Jean de Vigo, sinon à Fabrice d'Aquapendente, les idées de Pott, les doubles plans inclinés de Ch. Bell, Astley Cooper et Dupuytren, les planchettes de Sauter de Constance et les châssis de Mayor, car chacun de ces systèmes utilise à sa manière l'hyponarthécie ou les exigences physiologiques musculaires.

5° *Méthode composée ou statico-dynamique physiologique.* Ainsi nommée parce qu'elle utilise aussi bien les forces statiques et dynamiques que les conditions physiologiques : elle ne renferme jusqu'ici qu'un seul genre d'appareils, ce sont ceux que l'auteur lui-même a imaginés. Ce n'est pas un système qu'il met au jour, dit-il, mais une méthode dans toute l'acception du mot, car elle s'appuie sur des principes et sur une doctrine générale à elle particulière.

Telle doit être, lui semble-t-il, l'exposition des méthodes qui complètent la thérapeutique mécanique des fractures. Il s'imagine, après avoir ainsi groupé les méthodes, car il le dit en termes précis, il s'imagine, disons-nous, avoir rempli sa tâche vis-à-vis de l'Académie, c'est-à-dire exposé les diverses méthodes de traitement en usage dans les fractures des membres. Cependant il n'abandonne pas le tableau qu'il vient de tracer sans faire quelques réflexions qui *découlent*, dit-il, *directement des évolutions de la science*, et dont la conclusion est : « Que le dernier terme de cette évolution (la méthode de l'auteur) est aussi celui du progrès : qu'en conséquence, ce sera de ce même progrès qu'il faudra partir, si l'on doit en attendre de nouveaux, ou si la science a quelque prétention a une marche ascensionnelle. »

Voilà, messieurs, comment l'auteur répond au premier membre de la question. Exposer les diverses méthodes de traitement en usage dans les fractures des membres, n'était-ce pas demander à les décrire de manière à en donner une idée exacte? L'auteur ne l'a pas compris ainsi : il se borne à grouper les méthodes de traitement, qu'il énumère seulement, sans rien décrire, sans rien préciser ; il ne voit qu'une chose, c'est que sa méthode est apparue la dernière et est *historiquement* la plus parfaite, celle qui *doit aujourd'hui obtenir la préférence*, et il espère que l'Académie sera de son avis. Il nous laisse partout dans le vague, et par la simple énumération qu'il en fait, on ne peut juger si réellement il a fait entrer dans chacun de ses groupes toutes les méthodes qui s'y rapportent, si la sienne est la dernière venue et si elle est bien, comme il l'assure, la conséquence et la fin des travaux antérieurs, si enfin sa classification n'est pas un peu forcée.

L'auteur aurait dû comprendre que, pour faire l'appréciation raisonnée des diverses méthodes, pour faire ressortir avec lucidité leurs inconvénients et leurs avantages, il est indispensable de les connaître toutes parfaitement, de montrer qu'on les connaît. En suivant une marche contraire, on court le risque de s'égarer.

(La suite au prochain numéro.)

BIBLIOGRAPHIE.

THÉRAPEUTIQUE DES RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTRE, DES ENGORGEMENTS DE LA PROSTATE, ET DES OBSTACLES A LA MICTION EXISTANT AU COL DE LA VESSIE ; par M. LEROY-D'ÉTIOLLES. — Paris, chez J.-B. Baillière. — 1849.

Quelques chirurgiens prétendent simplifier l'art en appliquant plus ou moins violemment le même traitement à toutes les phases et à toutes les formes d'une même maladie. M. Leroy-d'Étiolles s'est attaché à démontrer les inconvénients de cette prétendue simplification en ce qui concerne les rétrécissements de l'urètre. La diversité de ces affections dépendant de la variété de leur nature, de leur cause, de leur étendue, de leur ancienneté et de leur complication, nécessite naturellement des procédés et des instruments divers. L'auteur a cherché à saisir ces espèces, ces variétés, ces nuances de la maladie, et à préciser les divers modes de traitement qui conviennent à chacune. Il classe les rétrécissements en trois catégories : 1° rétrécissements qui donnent passage à l'urine et aux bougies ; 2° rétrécissements qui laissent filtrer l'urine et n'admettent l'introduction ni des sondes ni des bougies d'aucune forme ; 3° rétrécissements qui ne laissent passer ni l'urine, ni les bougies, ni les sondes.

Pour les rétrécissements des deux dernières catégories, trois méthodes seulement sont applicables, la ponction de la vessie, la boutonnière et le cathétérisme forcé. Il semblerait qu'entre ces méthodes il fût facile de choisir avec certitude, et cependant il y a désaccord complet entre les chirurgiens, les uns employant toujours la première ou la seconde de ces méthodes dans les mêmes circonstances où d'autres appliquent constamment la troisième. N'est-il pas permis de croire que les uns et les autres se trompent dans la moitié des cas?

Pour les rétrécissements qui appartiennent plus particulièrement à la seconde catégorie, le choix entre les méthodes s'étend davantage ; l'absence d'un danger imminent ne permet guère de songer à la ponction de la vessie, mais on peut hésiter entre le cathétérisme forcé, l'incision du rétrécissement du dehors en dedans, selon le procédé de Solingen, la scarification directe ou d'avant en arrière, qui date de Ferri et d'Ambroise Paré, et la cautérisation directe qui fut pratiquée sur Henri IV par Loyseau.

Entre ces procédés, qui tous ont leurs partisans, comment déterminer le choix, si ce n'est d'après l'étude des probabilités ou l'éclectisme? Mais, en parlant de rétrécissements, la plupart des auteurs négligent ces deux dernières catégories pour ne considérer que ceux de la première, c'est-à-dire les rétrécissements, qui laissent passer les bougies, les urines et les sondes. Ici les moyens de guérison sont plus nombreux encore, car l'on peut choisir entre cinq méthodes, qui se subdivisent chacune en divers procédés. L'une de ces méthodes est-elle applicable à tous les rétrécissements? Évidemment non ; il faut donc choisir entre elles. Existe-t-il des signes au moyen desquels on puisse distinguer les rétrécissements que guérira la dilatation, ceux pour lesquels il faudra recourir à l'incision, ceux que la cautérisation fera disparaître? L'expérience répond négativement.

Dans cette insuffisance du diagnostic différentiel, il est sage de tenter la méthode la plus inoffensive, la dilatation, qui, si elle ne guérit pas toujours radicalement, n'aggrave pas du moins la maladie. Beaucoup de personnes pensent que la dilatation n'est que palliative, et qu'elle ne procure jamais de guérison radicale. M. Leroy-d'Étiolles s'attache à détruire cette erreur ; il rappelle que, dans son TRAITÉ DES ANGUSTIES, il a cité des exemples de guérisons obtenues par la dilatation temporaire, qui se maintiennent depuis vingt-trois ans au même degré, sans que le malade ait jamais pris la précaution de passer ni sondes ni bougies.

La dilatation peut se faire de quatre manières : elle peut être *brusque* et *instantanée*, *temporaire* et *graduée*, *permanente* et *rapide*, *permanente* et *lente*. L'auteur donne dans la majorité des cas la préférence à la dilatation temporaire progressive, dont il indique les règles avec un soin très-minutieux. Si la dilatation temporaire ne réussit pas, il a recours à la dilatation permanente rapide, qui consiste à changer la sonde toutes les six heures. C'est une question aujourd'hui débattue de savoir si la dilatation doit être portée au delà du diamètre naturel du méat urinaire en prévision du retrait qui se fait souvent dans le lieu primitivement rétréci. Les uns conseillent d'inciser la méat urinaire afin de pouvoir introduire dans l'urètre des sondes d'un diamètre égal à son calibre, d'autres ont imaginé les dilatateurs à air. A ces moyens, M. Leroy-d'Étiolles préfère un dilatateur formé de pièces métalliques susceptibles d'écartement, et le meilleur, ainsi que le plus simple, lui paraît être le brise-pierre à cuiller, ainsi qu'il l'a démontré dans un mémoire présenté à l'Académie des sciences en 1836.

Cependant il y a des rétrécissements qui sont rebelles à la dilatation, les uns parce qu'ils sont formés par le tissu de cicatrice, les autres par un tissu mollasse et qui tend à végéter ; aux uns convient l'incision, aux autres la cautérisation. Il est encore une autre méthode qui semblerait devoir être préférée, si l'on appliquait au rétrécissement fibreux le traitement que l'on emploie contre les cicatrices vicieuses des autres parties du corps ; cette méthode est la resection, ou l'ablation. M. Leroy-d'Étiolles a imaginé plusieurs instruments pour l'exécuter, il l'a même plusieurs fois pratiquée avec succes ; mais comme jusqu'ici il a eu peu d'imitateurs, on ne peut encore la faire entrer en parallèle avec l'incision. Une foule d'instruments ont été proposés pour diviser les rétrécissements ; l'auteur n'en cite pas moins de quinze, et il fait observer que, s'il en a ajouté de nouveau à ce nombre déjà si grand, c'est qu'il lui a semblé qu'aucun de ces instruments ne remplissait la condition essentielle de circonscrire le rétrécissement en avant et en arrière, afin qu'il reste seul exposé à l'action du tranchant de l'instrument.

L'incision, pour produire un résultat durable, doit-elle, comme l'assure un chirurgien de Lyon, dépasser l'épaisseur des parois de l'urètre? M. Leroy-d'Étiolles pense, avec raison, que des infiltrations d'urine doivent être la suite fréquente de ces incisions profondes ; et en effet les applications faites à Paris l'ont suffisamment démontré. Ces infiltrations sont plus à craindre dans la portion membraneuse de l'urètre où siégent le plus grand nombre des rétrécissements ; elles le sont moins dans la portion spongieuse, et surtout dans la partie qui entre dans la formation de la verge.

La cautérisation convient au rétrécissement de la partie membraneuse, qui résiste à la dilatation ; mais il faut bien se garder de l'étendre au rétrécissement de la partie spongieuse dont elle détermine fréquemment la transformation fibreuse. L'auteur résume dans ces termes la ligne de conduite qu'il a l'habitude de suivre. « Je tiens pour certain, dit-il, que la combinaison rationnelle des méthodes se succédant, se suppléant l'une l'autre dans l'ordre des probabilités, est le système le meilleur ; il ne guérit pas toujours, car le charlatanisme seul a cette prétention, mais il procure avec le moins de risque le plus grand nombre possible de guérisons. »

Les améliorations et les perfectionnements apportés par l'auteur à la thérapeutique des rétrécissements de la troisième catégorie, c'est-à-dire la plus grave avec rétention complète de l'urine, sont: 1° un procédé de boutonnière pratiquée par le rectum sur la portion membraneuse de l'urètre; 2° le cathétérisme forcé en deux temps fait avec une sonde conique à pointe mobile, laquelle, après avoir traversé l'obstacle, est retirée pour faire place à une petite sonde en gomme élastique qui parcourt le reste du trajet jusqu'à la vessie, sans risquer de dévier et de blesser l'urètre; 3° un perfectionnement de l'emporte-pièce d'Arnott.

Pour la seconde catégorie des rétrécissements, celle qui laisse passer l'urine, mais qui n'admet pas les sondes et les bougies, l'auteur a remis en honneur et perfectionné la cautérisation directe ou d'avant en arrière.

Pour la troisième, dans laquelle sont les rétrécissements qui peuvent être franchis, viennent se placer les bougies tortillées qui passent à travers les rétrécissements en zigzag, ainsi que les diverses formes de scarificateurs et de porte-caustiques, particulièrement ceux qui, comme nous l'avons dit, circonscrivent les rétrécissements en avant et en arrière; nous citerons enfin les instruments propres à la resection.

L'auteur termine son aperçu rapide des perfectionnements apportés à la thérapeutique des rétrécissements de l'urètre par un aveu que nous voudrions voir imiter par une foule de chirurgiens. « Parmi tous ces procédés, dit-il, il n'y en a pas un, j'en conviens, qui soit une véritable création, et ce que je dis de moi s'applique également à mes compétiteurs; nos devanciers ayant connu et essayé toutes les méthodes usitées ou proposées de nos jours, les efforts pour innover n'ont pu produire que des améliorations ou des perfectionnements; heureux encore si l'on n'a pas pris pour une invention l'exagération dangereuse d'une méthode bonne et efficace alors qu'elle était circonscrite dans les limites de son opportunité. » Après les lignes qui précèdent, nous nous trouvons plus à l'aise pour apprécier les perfectionnements apportés à l'étude et au traitement des maladies de la prostate, perfectionnements qui appartiennent en propre à M. Leroy-d'Étiolles.

Si, comme nous venons de le dire, les rétrécissements de l'urètre ont été l'objet des études et des efforts des chirurgiens, si des moyens de traitement ont été complétés depuis longtemps, il n'en est pas de même des obstacles au cours de l'urine développés au col de la vessie et dépendant principalement des altérations de la prostate. Avant E. Home on ne possédait que quelques observations éparses de tumeurs et de fongus au col de la vessie; mais E. Home n'a décrit qu'une période et une forme de la maladie, et de plus il est parti d'une idée erronée, l'existence d'un troisième lobe, dont le développement pathologique produirait la rétention d'urine. Aujourd'hui l'existence de ce troisième lobe n'est pas admise, et la tumeur n'est considérée que comme un développement pathologique du bord vésical de la prostate. En effet, ce n'est pas sous la forme d'une tumeur, mais d'un bourrelet transversal, que le tissu engorgé de la prostate commence à proéminer; c'est ce que M. Leroy-d'Étiolles a démontré dès l'année 1825 dans son travail pour les procédés de guérir la pierre. Sur ce bourrelet transversal, *qui ferme le col de la vessie comme le ferait une soupape*, apparaît plus tard un mamelon qui se développe graduellement et devient le lobe pathologique ou lobe d'E. Home. Ce bourrelet a été également observé et décrit par Guthrie en 1833.

Existe-t-il dans la même région des valvules formées uniquement par des fibres musculaires rétractées, comme le pensent quelques auteurs? M. Leroy-d'Étiolles admet ces valvules, mais il croit que leur traitement étant le même que celui de la tuméfaction qu'il a désignée sous le nom de bourrelet, cette distinction est d'une importance secondaire. M. Leroy-d'Étiolles est le premier qui ait songé à explorer le col de la vessie dans le but d'en apprécier la déformation et d'approprier aux diverses périodes de la maladie la méthode de traitement qui lui convient le mieux. Les instruments dont il se sert pour cette exploration sont la sonde, qu'il nomme *à courbure courte*, et dans les cas où l'introduction de celle-ci est difficile, il emploie la sonde qu'il nomme *à inclinaison*.

Les différents traitements qu'il a imaginés pour combattre les obstacles au cours de l'urine, qui se développent au col de la vessie, varient suivant les périodes de la maladie. Pour remédier au trouble de la fonction apporté par le bourrelet ou la valvule, l'auteur emploie la dilatation du col avec les bougies d'abord, puis avec un instrument analogue au brise-pierre à cuiller, ou bien l'irrigation continue avec une sonde à double courant, modifiée de telle sorte que le liquide passe à nu sur le col de la vessie, produisant une sorte de douche résolutive. Il fait encore usage de la dépression, qui se pratique soit avec une sonde métallique à petite courbure laissée dans la vessie, soit avec un dépresseur formé d'une série d'articulations, qui présentant une courbure au moment de l'introduction, se redressent lorsque la sonde se trouve dans la vessie. Enfin, si ces moyens sont inefficaces, il a recours à des incisions pratiquées sur le col; l'instrument dont il se sert pour cette opération est semblable au brise-pierre ordinaire, avec cette différence que la branche mobile ou simple est remplacée par une lame coudée qui va et vient dans la rainure comme la branche mâle du brise-pierre lui-même; cette lame coupe à volonté du côté de la convexité et du côté de la concavité de l'instrument; pour ce dernier mode d'action, le bec est tourné vers le bas-fond de la vessie. Lorsqu'au bourrelet a succédé une tumeur, les procédés qui conviennent sont l'excision, la trituration et la ligature.

Les bornes qui nous sont prescrites dans cette analyse ne nous permettent pas d'exposer avec détail ces différents procédés, ainsi que les recherches d'anatomie pathologique que l'auteur a déjà décrites dans plusieurs mémoires lus dès l'année 1829 à l'Académie des sciences.

F.

VARIÉTÉS.

— M. Barrier a été installé le 29 décembre comme chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, en remplacement de M. Pétrequin, parvenu au terme de ses fonctions.

La séance publique consacrée, selon l'usage, à cette mutation a été remplie par les discours du chirurgien sortant et de son successeur. Dans le compte rendu qu'il a tracé de sa pratique de six années, M. Pétrequin, qui avait à s'appuyer sur un total de plus de deux mille opérations, a présenté avec autant de précision que d'élégance les nombreuses améliorations qu'il a su apporter dans les diverses branches de la chirurgie. Ces perfectionnements sont déjà ou seront prochainement portés à la connaissance de nos lecteurs. On a surtout remarqué le chiffre très-minime auquel il est parvenu à restreindre la mortalité après la herniotomie. En parlant de lui-même au sujet de la galvano-puncture hémoplastique, l'orateur eût pu cesser d'être modeste, sans être accusé de partialité. Aussi lui a-t-on doublement su gré de ne point dissimuler les *desiderata* qu'offre encore cette méthode, qui lui appartient à tant de titres.

M. Barrier avait pris pour sujet les *progrès de la médecine opératoire au dix-neuvième siècle*. Tout en racontant ces progrès, il les a expliqués par leurs causes et jugés par leurs résultats; il a surtout dit dans quelle mesure il entendait en profiter et les étendre, au milieu des nombreuses occasions que le service de l'Hôtel-Dieu lui a déjà offertes et va lui offrir encore. Sa sagacité bien appréciée l'a constamment maintenu à suffisante distance entre les deux écueils également à redouter d'une réserve pusillanime ou d'une ardeur approchant de la témérité. Il a su faire applaudir (et ce n'était pas difficile à côté de son pays natal) l'éloge de Lisfranc, son premier maître, dont il fera, nous l'affirmons sans crainte, fructifier l'héritage sur le vaste théâtre chirurgical qu'il va aborder.

M. Bruno-Faure, président du conseil d'administration des hôpitaux, a terminé la séance par quelques paroles de remercîment pour celui qui terminait sa tâche, d'espérance vers celui qui la commençait. Ce double sentiment exprimé avec l'éloquence du cœur, tombant comme de la bouche du père des pauvres, a électrisé l'auditoire. L'administration, si honorablement connue par ses actes, a trouvé cette fois dans son président une voix non moins digne de la représenter adéquatement.

M. Pétrequin ne quitte point l'Hôtel-Dieu. Il y reste chargé, conjointement avec M. Bonnet, du service et de l'enseignement de la clinique chirurgicale.

— MUNIFICENCE ANGLAISE. L'amiral sir Charles Ogle Bart a donné la somme de 1,372 l. s. 10 s. et 6 d. à chacune des institutions hospitalières qui suivent : au Dreadnought hospital ship, aux hôpitaux de Portsmouth, de Gosport et de Vortsea. — M. Lewis Guthbert a légué 3,000 l. s. à l'hôpital des poitrinaires (Consomption hospital), 1,000 au Royal free hospital, 500 au University college hospital, et 100 au Western general Dispensary. — Les exécuteurs testamentaires du révérend George Atwick ont donné 1,500 l. s. à l'infirmerie de l'île de Wight, et 6,000 à différents autres hôpitaux.

— Les séances scientifiques de la Société allemande des médecins et naturalistes à Paris commenceront pour cette année le 5 janvier, à 8 heures du soir, et se continueront tous les quinze jours, le samedi à la même heure. Quant aux comptes rendus la langue française est également admise.

— M. Magendie a commencé son cours au collége de France vendredi dernier. Il le continuera les mercredis et vendredis suivants à midi.

Le professeur exposera cette année les principes de la médecine expérimentale.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — RÔLE DE LA RATE DANS LA FIÈVRE INTERMITTENTE. — NOMENCLATURE MÉDICALE.

M. Piorry aura bien de la peine, malgré toute l'insistance qu'il y met, à persuader à l'Académie de médecine que le gonflement de la rate est la cause des accès de fièvre intermittente. Toutes les raisons qu'il a apportées dans la dernière séance en réponse au rapport de M. Bousquet, c'est pour la quatrième ou la cinquième fois que nous les entendons. Elles n'avaient pas entraîné beaucoup de convictions jusqu'à ce moment; ontelles été plus heureuses cette fois? C'est ce dont nous doutons fort. M. Piorry se place en effet, vis-à-vis de ses adversaires, dans une situation qui peut bien lui rendre la riposte facile, mais au détriment de sa propre démonstration. Comme il est impossible de nier que des fièvres intermittentes ne puissent exister sans gonflement de la rate, et qu'on en a même cité des exemples chez des individus dont la rate était réduite à un noyau amorphe, M. Piorry recule pour ainsi dire de l'organe splénique au plexus nerveux qui s'y distribue, puis aux nerfs intercostaux gauches qui n'ont avec ce plexus que des communications indirectes et réflexes, puis aux nerfs de l'ovaire gauche, puis à ceux de l'utérus luimême, comme il l'a dit dans ses RECHERCHES SUR LES MALADIES DE LA RATE; il recule, disons-nous, vers ces diverses portions du système nerveux pour en faire, sous prétexte de rapports avec la rate, le point de départ possible des accès de fièvre intermittente. Mais si une affection de l'ovaire ou de l'utérus, une névralgie du septième ou du huitième nerf intercostal gauche, peuvent engendrer un accès de fièvre, quelle est la première conséquence, la conséquence immédiate à en tirer? c'est que les accès ne partent pas tous du tissu ou des nerfs spléniques; et pour arriver à conclure que d'autres parties du système nerveux suppléent, dans leur action pathologique, les nerfs de la rate en vertu de leurs connexions avec ces derniers, il reste à faire ce que ne nous semble pas faire M. Piorry, tout simplement à le démontrer; car enfin, à prendre les choses bonnement, des faits comme ceux que nous venons de rappeler ne servent pas trop mal les adversaires de son opinion, et il n'y a rien que de très-naturel à invoquer des observations de fièvre intermittente liée à une affection utérine contre celui qui veut les rapporter toutes aux nerfs de la rate. Qu'on induise de tout cela que la fièvre d'accès, au lieu de reconnaître toujours une cause générale, peut procéder de lésions locales diverses, quand ces lésions sont susceptibles d'affecter les nerfs splanchniques, à la bonne heure; mais une logique rigoureuse ne l'autorise rien de plus.

Pour tenir contre ces objections, M. Piorry est obligé d'affirmer deux choses également contestables : la première, c'est que les lésions locales qui engendrent la fièvre intermittente siégent toutes dans le voisinage de la rate, par conséquent à gauche; c'est le septième ou huitième nerf intercostal gauche, et non le droit; c'est l'ovaire gauche, ou une tumeur située dans le côté gauche du mésentère, etc. Nous ne savons trop dès lors comment M. Piorry s'arrange de ces accès réguliers, tout à fait semblables à ceux de la fièvre paludéenne, qu'on voit survenir quelquefois dans le cours d'une orchite, d'une blennorrhagie, de l'éruption dentaire, etc., le tout sans gonflement de la rate, comme on en a cité des observations dignes de foi. Il y a quelques jours, nous avons été appelé auprès d'une dame qui en était au troisième accès d'une fièvre caractérisée par du frisson suivi de chaleur sans sueur, et chez laquelle chaque accès s'accompagnait d'une douleur aiguë à la partie inférieure *de la région hépatique*; la rate n'était ni gonflée ni douloureuse à la percussion.

La seconde chose supposée par M. Piorry, c'est qu'un point de départ local, où qu'il soit, est nécessaire au développement d'un accès fébrile, alors même que la cause première est une intoxication paludéenne; mais quelle singulière prétention! Quoi! le principe du mal, absorbé par les voies pulmonaires, réside dans le sang; il donne la fièvre, et, dans l'opinion même de M. Piorry, il la donne par une action spécifique sur le système nerveux; il touche ce système nerveux, si on peut le dire, par tous les points, partout où le sang et les nerfs sont mis en rapport par les capillaires, et cela ne suffira pas! Il faudra que ce principe aille impressionner certaines fibres nerveuses pour y faire naître nous ne savons quel mouvement qui se propagera ensuite à tout le système! Rien, absolument rien, ne vient appuyer cette conception. La rate fût-elle invariablement tuméfiée ou douloureuse, on n'aurait pas encore le droit de lui attribuer un pareil rôle, pas plus qu'on ne rapporte la fièvre typhoïde au gonflement splénique qui l'accompagne si souvent.

Et voyez pourtant le parti qu'on pourrait tirer du procédé scientifique de M. Piorry. Supposez qu'il vienne à l'esprit de quelqu'un de placer le siége de la fièvre typhoïde dans la rate, quelles bonnes raisons à faire valoir! La rate n'est-elle pas tuméfiée dans la fièvre typhoïde? Elle ne l'est pas toujours, il est vrai; cela est arrivé 4 fois sur 42 observations recueillies par M. Louis; oui, mais alors elle est douloureuse; si elle n'est pas douloureuse, elle est ramollie; si elle n'est pas ramollie, ses nerfs sont malades; si la rate n'est ni tuméfiée, ni endolorie, ni ramollie, ni affectée d'une manière quelconque, c'est qu'il existe à coup sûr, dans le voisinage, une douleur musculaire qui, par l'intermédiaire des intercostaux, se propage au plexus splénique; ou bien ce sont les ulcérations intestinales qui affectent les nerfs ganglionnaires, comme le fait l'ovarite dans d'autres cas. Que si l'on objecte que la tuméfaction de la rate ne se rencontre qu'après plusieurs jours de maladie, on répondra que le travail de développement n'en commence pas moins dès le début, mais que, marchant lentement, il ne peut être tout de suite appréciable, comme il arrive d'ailleurs dans certains cas de fièvre intermittente. Voilà ce qu'on pourrait dire, et bien d'autres choses encore, — sans compter qu'il serait très-rationnel de voir dans ce gonflement presque de la rate constant chez les typhoïdes, en l'absence de fièvres d'accès, un témoignage de plus contre l'opinion de M. Piorry.

Maintenant, il ne faut rien exagérer. Pourquoi nier, comme l'a fait mardi M. Bouillaud, et comme M. Bousquet paraît le nier également dans son rapport, qu'un coup sur la rate ne puisse développer une fièvre d'accès? S'il est vrai qu'une telle fièvre, très-régulière, avec accès à trois stades, ait quelquefois pour point de départ une lésion locale, dont l'action paraît s'exercer par l'intermédiaire du système nerveux ganglionnaire, pourquoi la rate, en rapport avec des plexus nombreux, ne pourrait-elle pas être le siége de cette lésion? Nous n'y voyons, quant à nous, aucune difficulté, et nous ajoutons que nous avons vu, dans le service même de M. Piorry, un homme porteur d'une fièvre intermittente qui, en conscience, ne paraissait pas avoir une autre origine.

Après ces considérations sur le fond de la question, dirons-nous quel-

Feuilleton.

LETTRES D'ITALIE.

N° V.

Rome, 10 décembre 1849.

APERÇU CHIRURGICAL DU SIÉGE DE ROME.

A M. le professeur Bégin, chirurgien inspecteur, membre du conseil de santé des armées.

PREMIÈRE PARTIE.

Affaires des villas Pamfili, Valentini et Corsini. — Ambulance Pamfili-Doria. — Chloroforme. — Quelques blessures. — Ambulances du quartier général de Santucci. — Coup d'œil sur les blessures. — Évacuation sur Civita-Vecchia. — Ambulance de Corviale. — Quelques blessures remarquables. — Statistique des blessés admis à Corviale. — Épisode.

En faisant ressortir, dans notre deuxième lettre, le rôle que la chirurgie militaire a rempli à l'affaire du 30 avril, nous avons mêlé à notre narration des détails circonstanciés sur les opérations de la guerre. Pour apprécier ce rôle à sa juste valeur, il ne fallait pas seulement déterminer quel a été son caractère au point de vue exclusif de l'art, mais il importait aussi de faire connaître au milieu de quelles circonstances le chirurgien a dû remplir sa mission.

Les mêmes exigences subsistant aujourd'hui, notre plume aurait également une double narration à conduire de front; mais comme la période que nous embrassons est fort étendue, et que les événements militaires s'y pressent, compliqués et nombreux, nous n'essayerons pas de les lier dans le but de présenter une esquisse complète des travaux du siége. Nous ne parlerons que des événements militaires offrant une connexion étroite avec les faits chirurgicaux.

Pendant que le convoi de blessés se dirigeait sur Palo, où nous l'avons accompagné dans notre deuxième lettre, le corps expéditionnaire se massait à Castel de Guido, où il séjourna le 2 mai. Soixante hommes, dont on n'avait pas jugé les blessures bien graves, avaient suivi ce mouvement. Mais des accidents se manifestèrent chez bon nombre d'entre eux, et l'on ne tarda pas à découvrir que des lésions, en apparence légères, étaient au contraire de nature à inspirer des inquiétudes. De Santi eut grand mal à installer ses blessés à Castel de Guido, où les ressources manquent à peu près entièrement. On parvint néanmoins à organiser une ambulance qui fut levée le 3, et gagna Palo avec toute l'armée.

A Palo, le corps expéditionnaire reçut des renforts, et le personnel de santé, tout à fait insuffisant, se compléta peu à peu. L'offensive fut alors reprise, et nos troupes abordèrent de nouveau la ville, non loin du théâtre de l'affaire du 30 avril.

De ce côté, la place est flanquée de nombreuses *villas* et de *vignas* entourées de haies et de murs, espèces de camps retranchés dont il fallut s'emparer

que chose du débat qui s'est élevé entre MM. Piorry et Bouillaud au sujet de la nomenclature? Mon Dieu, nous en conviendrons volontiers, la nomenclature médicale est loin d'être satisfaisante, et M. Piorry n'a pas tout à fait tort de vouloir la rectifier. La preuve qu'il ne s'est pas voué à une pure inutilité, c'est qu'on trouve actuellement dans beaucoup de publications françaises et étrangères bon nombre de dénominations qui lui appartiennent. Mais le danger d'une pareille réforme était dans l'abus, et M. Piorry ne l'a pas su éviter. Le néologisme n'est supportable qu'autant qu'il s'applique à des choses essentielles, soit à de grandes divisions d'une science, soit à des faits généraux qui, devant revenir souvent dans le discours, ont besoin d'être exprimés en termes courts et précis, soit encore à des idées-mères dans lesquelles l'anarchie du langage pourrait jeter de la confusion. Quand M. Geoffroy Saint-Hilaire ou M. Serres créent des mots pour certaines idées fondamentales, personne ne songe à s'en plaindre. Mais qu'on imagine un terme générique pour le moindre fait à exprimer, pour le plus petit détail d'anatomie pathologique, c'est de quoi déprécier ce qu'il peut y avoir d'utile dans l'innovation. Ce qui vient encore compliquer singulièrement la nomenclature de M. Piorry et la jette forcément dans la cacophonie, c'est la prétention de faire entrer le nom de l'organe, à côté de celui de la maladie, dans la composition de mots. Que peut-il y avoir d'utile dans une nomenclature médicale? C'est le terme générique qui exprime un certain état morbide pouvant appartenir d'ailleurs, ordinairement, à plusieurs organes. Eh bien! si vous préférez au mot gonflement le mot *macrosie*, parce qu'il est grec, dites: une macrosie de la rate, du foie, des os, etc. Cela suffit. Mais que sert il de dire: une *splénomacrosie*, une hépato-macrosie, une ostéo-macrosie? Ce n'est ni plus commode ni plus agréable. Ajoutez que si plusieurs organes viennent à offrir en même temps la même altération, de deux choses l'une, ou il faut répéter la désinence autant de fois qu'il y a d'organes affectés, ou il faut avec une seule désinence aligner les noms de tous les organes, et on arrive, par ce procédé, à un langage comme celui-ci: cette femme est atteinte d'une gastro-nervie, d'une entéro-nervie et d'une métro-nervie, ou, si on l'aime mieux, d'une gastro-utéro-métro-nervie; locutions peu préférables l'une et l'autre, ce nous semble, à celle de névralgie de l'estomac, des intestins et de l'utérus.

Il y aurait bien autre chose à dire sur la nomenclature médicale; mais nous nous en tiendrons pour le moment à ces quelques remarques renfermées dans les termes où la discussion s'est maintenue dans la dernière séance de l'Académie.

ÉPIDÉMIES.

MÉMOIRE SUR UNE ÉPIDÉMIE D'OREILLONS QUI A RÉGNÉ A GENÈVE PENDANT LES ANNÉES 1848 et 1849; par le docteur RILLIET, médecin de l'hôpital de Genève.

La description d'une épidémie d'oreillons n'est pas aisée à faire. Si les malades sont nombreux, le peu de gravité de leur affection les engage rarement à recourir aux secours de l'art, et ils sont, il faut le dire, encore plus insaisissables que ne l'est la nature même de leur maladie.

Malgré ces difficultés, j'ai essayé de tracer l'histoire de l'épidémie qui a régné à Genève depuis le mois de mars 1848 jusqu'au mois de mai 1849, en m'aidant: 1° d'observations recueillies dans ma pratique particulière ou dans mes salles de l'hôpital; 2° de renseignements fournis par plusieurs de mes collègues, et en particulier de notes statistiques que je dois à l'obligeance de M. le docteur Lombard.

I. — DESCRIPTION DE L'ÉPIDÉMIE.

M. Lombard croit avoir observé le premier cas de l'épidémie le 28 mars, sur un jeune homme qui avait apporté la maladie de Paris. Dans les mois d'avril et de mai, elle n'a pas fait beaucoup de progrès. Au mois de juin, elle est devenue plus fréquente. Depuis lors elle a continué sans interruption. En décembre, et surtout en janvier, il y a eu une véritable recrudescence, et de nouveau une diminution très-marquée à partir des mois de février et de mars.

Pendant cette longue période, un nombre très-considérable de personnes de tout âge et de tout sexe ont été atteintes; mais les motifs que j'indiquerai tout à l'heure empêchent d'en connaître le chiffre, même approximativement.

D'après Cannstatt, le plus souvent il y a des prodromes. Dans cette épidémie, je les ai, au contraire, observés très-rarement; ils précédaient les symptômes locaux de douze, vingt-quatre ou trente-six heures au plus. Ils consistaient dans un malaise général, accompagné de fièvre, avec ou sans vomissements.

Dans la grande majorité des cas, les symptômes locaux ont marqué le début, s'accompagnant d'ordinaire de quelques symptômes généraux sur lesquels je reviendrai plus tard. La première sensation éprouvée par les malades était une douleur plus ou moins vive dans la région parotidienne ou dans ses environs, accompagnée d'une tuméfaction qui s'étendait bientôt derrière la branche de la mâchoire, et gagnait souvent aussi la région sous-maxillaire. La tumeur donnait au toucher une sensation de rénitence un peu élastique, sans que le doigt laissât d'impression.

Elle était d'abord aplatie; plus tard elle proéminait davantage, devenait saillante, bombée. Le point le plus culminant existait en général dans la portion des régions parotidienne et mastoïdienne qui correspond au lobule de l'oreille. Le plus souvent la peau avait conservé sa coloration ordinaire. Plusieurs fois cependant je l'ai vue (principalement dans la région mastoïdienne) d'un rose assez vif, disparaissant rapidement sous la pression pour se reproduire ensuite. Un de mes confrères (le docteur Pelissier) m'a dit avoir observé au niveau de l'oreillon un véritable érysipèle sur un enfant de deux ans. La tumeur allait en général en augmentant pendant trois, quatre ou six jours; puis, après une courte période stationnaire, elle diminuait rapidement, et avait entièrement ou presque entièrement disparu dans un intervalle compris en général entre le septième et le dixième jour, quelquefois plus tôt, rarement plus tard. J'ai vu, dans plusieurs cas où la résolution de la tumeur parotidienne était complète, la glande sous-maxillaire conserver pendant assez longtemps encore de l'augmentation de volume ou de l'induration.

Les dimensions de l'oreillon m'ont présenté d'assez grandes différences. Sous ce rapport, on pouvait admettre trois degrés. Dans la forme la plus légère, la tumeur était peu développée, peu rénitente: c'était une légère boursouflure molle qui déformait à peine les traits. A un second degré, elle

---

d'abord. Parmi ces propriétés, nous citerons en tête la superbe villa Pamfili-Doria, l'une des plus splendides des environs de Rome, avec son riche château, ses belles statues, ses bosquets magnifiques. Elle est aujourd'hui silencieuse et dévastée. En seconde ligne, viennent les villas Valentini, Corsini ou casino *di Quattro-Venti*, dont les clos touchent presque le rempart. Telles sont les positions contre lesquelles se dirigèrent nos efforts, dans la journée du 3 juin.

L'affaire commença à trois ou quatre heures du matin, et l'on surprit, sans beaucoup de pertes, les Romains stationnés sous les superbes pins-parasols et dans le casino (château, pavillon) de la villa Pamfili. Mais l'attaque des autres villas fut bien plus sérieuse: cinq fois, dans cette journée, certaines positions furent prises et reprises par les Français et par les Romains. Dans le casino *di Quattro-Venti*, situé à portée de mitraille de la place, le feu ennemi nous faisait tant de mal que nous n'avons pu nous y maintenir. Le pavillon n'est plus aujourd'hui qu'une ruine, et le pan de muraille qui reste ressemble littéralement à un crible. A l'église Saint-Pancrace *extra muros*, nous étions également fort exposés, quoiqu'à un moindre degré pourtant.

Vous avez prévu, très-honoré chef, qu'une affaire durant tout un jour, dans de pareilles circonstances, a dû mettre beaucoup d'hommes hors de combat; on en a effectivement compté à peu près 300.

Voici comment les ambulances avaient été établies pour leur porter secours. La réserve des troupes se tenait à la porte de la villa Pamfili, et les chirurgiens des corps donnaient les premiers soins aux blessés qu'on apportait à chaque instant. Mais ceux-ci étaient bientôt évacués sur l'ambulance Pasquier, établie dans le casino Pamfili.

Cette ambulance avait trouvé, en arrivant, une dizaine de blessés français auxquels M. Bollinger, aide-major au 25e léger, prodiguait ses soins, et trois blessés romains, restés en notre pouvoir. La première des trente et quelques opérations qui furent pratiquées dans cette ambulance pendant la durée du siége eut pour objet l'un des blessés ennemis; Pasquier lui fit la désarticulation scapulo-humérale. Un autre Romain, dont l'avant-bras était fracassé, fut soumis à la chloroformisation; mais l'excitation, les spasmes, devinrent si alarmants, qu'on le reporta bientôt sur son matelas. A peine y était-il déposé qu'un boulet, traversant le casino, rasa la table d'amputation, où il eût, un instant auparavant, tué le malade et le chirurgien. Ce fait indique assez combien l'on était peu en sûreté dans cette ambulance, qui garda néanmoins sa position les 3 et 4 juin. On voit, du reste, encore sur le château Pamfili la trace des boulets qui ont presque ruiné cette habitation princière.

La journée du 3 juin fut extrêmement pénible pour Pasquier et pour ses deux sous-aides, MM. Chapoy et Bonnet. Les blessés arrivaient toujours en foule, et quand un instant de répit faisait espérer un peu de repos, une autre fournée encombrait de nouveau l'ambulance. Cent soixante blessés approximativement passèrent par l'ambulance Pamfili. Dès que les amputations les plus indispensables avaient été pratiquées, dès que les premiers appareils étaient placés sur les blessures graves, on dirigeait une évacuation vers le quartier général, situé à Santucci, à trois milles à peu près de la villa Pampbili. Dix caissons étaient affectés à ce transport; ils y suffisaient à peine. De temps en temps une voix lugubre jetait ces paroles: Évacuez, évacuez, les Romains reprennent la position! Mais les fourgons une fois remplis, il fallait bien attendre patiemment

était plus saillante, plus bombée, se rapprochait, pour la forme et pour la tension, d'une véritable fluxion ; mais elle restait encore circonscrite aux régions susindiquées. Dans un troisième degré, la tuméfaction était beaucoup plus considérable ; elle s'étendait au delà des régions parotidiennes et sous-maxillaires, gagnait les côtés du cou, et atteignait même la partie supérieure de la poitrine. Dans ces cas, ce n'était plus une simple rénitence, mais un véritable œdème qui occupait le cou et la partie supérieure de la poitrine. Quand la maladie avait atteint ce degré, les traits étaient complétement déformés, le bas du visage énormément élargi, ainsi que le cou, qui prenait la forme d'un bronchocèle uniforme et volumineux. J'ai vu cette tuméfaction portée au point que la tumeur, partant des régions parotidiennes, s'étendait presque jusqu'à l'extrémité externe de la clavicule, donnait à la tête et au cou une apparence pyriforme, et rendait les malades à la fois grotesques et méconnaissables.

Ces différents degrés n'ont pas été également fréquents ; celui que je viens de décrire en dernier lieu était le plus rare. Les cas très-légers n'ont pas non plus été nombreux ; les plus ordinaires étaient les cas moyens.

La douleur a offert comme la tumeur de grandes différences dans son intensité et dans son siége. Il m'a semblé qu'il existait un certain nombre de points plus spécialement douloureux, surtout à la pression : l'un au niveau de l'articulation temporo-maxillaire ; l'autre en arrière de la mâchoire, sous l'apophyse mastoïde ; le troisième en regard de la glande sous-maxillaire. Cannstatt parle de douleurs au cou et aux omoplates, qu'il explique par les rapports existant entre la parotide et le deuxième nerf cervical ; je ne les ai pas observées.

Dans les cas où la tuméfaction était peu considérable, la douleur était d'ordinaire modérée, tandis qu'elle acquérait un degré de violence extrême quand le gonflement était très-marqué ou quand il existait une prédisposition aux névralgies. Je l'ai vue se maintenir au plus haut degré d'intensité pendant plusieurs jours chez des jeunes femmes très-sujettes, il est vrai, aux douleurs névralgiques. Chez l'une d'elles, elle devint intolérable, et m'obligea à recourir aux calmants énergiques.

La douleur était spontanée, mais aussi exaspérée par la pression et par tous les mouvements de la mâchoire. Ces mouvements, et surtout ceux qui entraînent la mastication et la phonation, étaient souvent très-difficiles ; les mâchoires, quelquefois serrées comme dans le tétanos, laissaient à peine, après de grands efforts, passer la pointe de la langue. Un fait assez remarquable, c'est que, lors même que la bouche était suffisamment ouverte pour donner passage à la langue, les malades étaient dans l'impossibilité de faire mouvoir cet organe hors des arcades dentaires.

Le resserrement des mâchoires peut être porté au point de ressembler beaucoup au trismus, comme je le disais tout à l'heure ; en voici la preuve :

Obs.—Je fus appelé, dans le courant de l'épidémie, pour voir un jeune homme indisposé depuis peu de jours, qui, me disait-on, avait les ourles, l'état dans lequel il se trouvait ayant paru aux personnes qui l'entouraient semblable à celui qu'elles avaient souvent observé dans des cas d'oreillons.

Lorsque j'arrivai, je trouvai le malade avec la face un peu vultueuse et généralement gonflée ; la mâchoire était serrée. Cependant, après quelques efforts, il put faire sortir la partie antérieure de la langue. Lorsque j'examinai avec attention et de près les régions parotidiennes et sous-mastoïdiennes, je constatai, d'une part, qu'il n'y avait pas de tumeur proprement dite au niveau des parotides, mais que les muscles masseter étaient très-durs ; d'autre part, que le sillon qui existe derrière la branche de la mâchoire était encore bien distinct. Le malade avait une fièvre modérée, pas de douleurs vives et aucune secousse tétanique. Cependant l'absence de tumeur, jointe à la contraction des mâchoires, me fit penser de suite que j'avais affaire à un cas de tétanos. En examinant les membres, je constatai au pouce une plaie par déchirure, à laquelle ce jeune homme avait attaché si peu d'importance qu'il avait continué son service de domestique comme par le passé. Le lendemain de ma première visite, des symptômes d'opisthotonos convulsifs étaient venus confirmer le diagnostic, et le malade a succombé six jours après le début des premiers accidents.

Dans aucun cas je n'ai observé de salivation. La même remarque a été faite par mes confrères, tandis que, dans d'autres épidémies, on a constaté l'accroissement et d'autres fois la diminution de la sécrétion salivaire. M. le docteur Lombard a fait quelques recherches sur la nature de la salive, et n'a constaté aucune altération de ce liquide.

D'après la nature de l'oreillon et son évidente analogie avec les fièvres éruptives, j'ai pensé qu'il existait peut-être un exanthème à la face interne de la cavité buccale, qui se propageait de là dans l'intérieur des conduits salivaires. Pour m'en assurer, j'ai examiné avec beaucoup de soin, chez plusieurs sujets, l'intérieur de la bouche, soit au moment de l'apparition de la maladie, soit avant son invasion. Cet examen, ainsi que celui de la gorge (qui n'a pu être pratiqué convenablement qu'au début), ne m'ont fourni que des renseignements négatifs.

Le plus souvent l'oreillon a été double, mais rarement d'emblée. D'ordinaire la maladie débutait d'un côté, plus souvent à gauche qu'à droite, remarque faite par Cannstatt ; puis, au bout de douze, vingt-quatre, quarante-huit heures, quelquefois même trois ou quatre jours, elle passait du côté opposé. Presque toujours une des parotides était plus tuméfiée que l'autre. D'après les faits que j'ai observés, la proportion de l'oreillon unilatéral à l'oreillon double aurait été comme un est à dix, et la proportion des oreillons successifs aux oreillons doubles d'emblée comme trois est à un.

Les symptômes généraux consistaient dans de la fièvre, qui ne durait guère que de vingt-quatre à quarante-huit heures ; elle ne s'est prolongée au delà que dans des cas très-intenses. Plusieurs malades, les enfants surtout, ont eu des vomissements assez répétés du premier au second jour ; plusieurs aussi ont eu des épistaxis. Chez les adultes, un sentiment de lassitude générale, de fatigue, d'énervation, a accompagné les oreillons ou leur a succédé. J'ai vu plusieurs malades qui, au bout de quinze jours à trois semaines, n'avaient pas encore repris leur santé habituelle, et étaient étonnés qu'une maladie aussi légère eût pu produire un si grand abattement. Chez les enfants, la guérison a été toujours plus prompte et plus complète. La plupart ont continué à sortir, tandis que les adultes étaient obligés à beaucoup plus de ménagements. J'ai vu cependant, chez un jeune garçon de 10 ans, les oreillons être suivis d'un état chlorotique qui a persisté pendant trois semaines à un mois, et ne s'est dissipé que sous l'influence des préparations ferrugineuses ; il était caractérisé par un léger bruit de souffle au premier temps, se prolongeant dans les carotides, par la pâleur du visage et la faiblesse.

La durée totale de la maladie a été le plus ordinairement de huit à dix jours, puis de six à sept, puis de sept à huit. Dans les cas très-légers et chez les enfants, elle n'a pas dépassé quatre à cinq jours. Je l'ai vue aussi, chez les adultes, durer par exception jusqu'au quinzième jour. L'oreillon a offert

---

Pasquier dut renoncer au chloroforme dans ses amputations pratiquées le 3 juin. Les accidents que nous avons signalés dans notre deuxième lettre s'opposaient constamment à son emploi. Il nous semble en conséquence qu'on peut regarder cet anesthésique comme contre-indiqué chez les blessés encore en proie à l'exaltation du combat. A Santucci, où les blessés n'arrivaient qu'après un chemin pendant lequel leur effervescence se calmait un peu, le chloroforme rendit au contraire des services ; mais il demandait à être manié avec précaution, et à ne pas être employé sur tous les sujets indistinctement.

Pour en terminer avec le chloroforme, anticipons un peu sur les événements. A l'ambulance du dépôt de tranchée, M. de Santi a fait les mêmes remarques que M. Pasquier. Il ne pouvait pas obtenir l'insensibilité complète ; des désordres nerveux, une agitation telle que plusieurs hommes ont été quelquefois nécessaires pour maintenir le patient, accompagnaient les tentatives de chloroformisation chez les individus récemment blessés. M. Marin, chirurgien sous-aide sous les ordres de M. de Santi, nous a conté qu'après trois inhalations, un individu auquel on se proposait d'amputer la cuisse avait été pris d'accidents qui ne cessèrent qu'à sa mort, une demi-heure après la chloroformisation. Ce fait, qui pourrait figurer dans le procès intenté aux anesthésiques, manque malheureusement de détails ; il serait injuste d'en exiger de mes collègues, dont l'attention devait changer d'objet à chaque instant, et dont la main ne quittait le couteau que pour le bistouri. Qu'il nous suffise de dire que les assistants ont attribué la mort à la chloroformisation.

Après la journée si meurtrière du 3 juin, le 4 parut un jour de repos ; l'ambulance ne reçut que huit blessés. Mais le 5, trente hommes furent admis au casino Pamfili.

Comme les boulets ennemis continuaient toujours à arriver de temps en temps sur le château, on eut l'idée de hisser le drapeau rouge, pavillon de douleur qui, chez tous les peuples civilisés, protége le soldat blessé. Mais soit que le signal eût été mal compris, soit pour une tout autre raison, la ville n'en tira que plus fort. La place n'était plus tenable ; il fallut évacuer le casino et se réfugier dans le bâtiment dit l'*Orangerie*, un peu mieux protégé contre le feu ennemi.

Ce bâtiment servait alors de magnanerie. On réserva le rez-de-chaussée pour des magasins, et la salle du premier, couverte de vieilles dorures et de fresques passées, fut convertie en ambulance. De la paille, des paillasses, des matelas pris dans le château, des tapis tirés d'un caveau muré, reçurent nos malades, et leur tête s'appuya sur des coussins, sur des assises mobiles de chaises et de fauteuils, enlevées des siéges qu'elles garnissaient. Malheureusement on manquait tout à fait de draps. Pour quelques amputés dont l'évacuation n'était pas jugée praticable, Pasquier emprunta des draps à l'approvisionnement de grand linge des caissons d'ambulance.

Tout s'organisa ainsi peu à peu dans l'Orangerie, où l'ambulance demeura jusqu'au 6 juillet. Cette période de plus de deux mois ne fut pas traversée sans quelques dangers ; les boulets venaient encore de temps en temps troubler les occupations de nos confrères. Un jour qu'ils avaient placé leur table à manger entre deux fenêtres pour éviter les ouvertures pouvant donner passage à ces vilains visiteurs, un boulet traversa une croisée bouchée par un mur de briques, et couvrit de débris leur modeste repas. Fort heureusement on finit par

différents degrés d'intensité, comme je l'ai indiqué plus haut; quelquefois la maladie a avorté. Ainsi, au plus fort de l'épidémie et dans des familles dont plusieurs membres étaient atteints, il arrivait qu'un ou deux enfants étaient pris de fièvre, de malaise et d'un très-léger gonflement de la glande sous-maxillaire, sans aucune déformation apparente du visage. Au bout de trois ou quatre jours, tout était dissipé. Cannstatt, tout en admettant que la maladie peut se résoudre sans crises, indique comme phénomène habituel, à l'époque de la résolution, l'apparition d'une transpiration abondante qui, limitée d'abord à la tumeur, à laquelle elle donne un toucher gras et visqueux, devient ensuite générale, et comme symptômes plus rares des urines sédimenteuses, de la diarrhée, des vomissements bilieux. La résolution m'a toujours paru se faire sans crise.

On trouve, dans les auteurs, des exemples de terminaison par suppuration. Aucun cas de cette espèce n'a, à ma connaissance, été observé dans cette épidémie; mais j'ai vu, chez un enfant de 8 ans, une adénite scrofuleuse succéder rapidement aux oreillons et atteindre le plus haut degré d'intensité que j'aie été à même d'observer depuis que je pratique à Genève.

Chez deux frères, l'oreillon a été rapidement suivi d'un rhumatisme aigu dont l'un d'eux avait déjà eu une atteinte grave quelques années auparavant. A l'exception de ces faits, et sans parler des complications sur lesquelles je reviendrai plus tard, je ne sache pas que l'oreillon ait eu d'autres conséquences fâcheuses.

Les auteurs ne sont pas d'accord sur la place à assigner aux oreillons dans le cadre nosologique. Les uns considèrent cette maladie comme une simple fluxion, tandis que d'autres la rapprochent des fièvres. D'après les faits soumis à mon observation, je suis porté à adopter la seconde opinion et à répondre par l'affirmation à cette question que Joseph Pratolongo adressait à Bortiari : « Croyez-vous qu'on puisse mettre cette maladie au rang des éruptives ? » Mes lecteurs partageront, je crois, mon avis, quand ils se seront assurés que les conditions étiologiques des fièvres et celles des oreillons sont identiques.

Les oreillons n'ont que très-rarement atteint les enfants dans le cours des deux premières années. (En interrogeant sur ce point la plupart de mes collègues, ils ont été unanimes dans leurs réponses : aucun d'eux n'a observé d'oreillon au-dessous de l'âge d'un an.) Passé 40 ans, les cas ont été très-rares; cependant, je sais qu'on en a observé des exemples sur des personnes qui avaient atteint l'âge de 60 et même de 70 ans. Mais ces faits sont tout aussi exceptionnels que ceux qui concernent les très-jeunes enfants. De 3 à 5 ans, la maladie n'a pas été fréquente. Son maximum a été de 5 à 15 ans, et à peu près également de 5 à 10 ans, et de 10 à 15. Puis venait la jeunesse, l'âge adulte de 20 à 30 ans; aux environs de 40 ans, il y avait déjà une diminution très-sensible dans le chiffre (1).

Les deux sexes m'ont paru y être également exposés (1).

La question de la contagion des oreillons et celle de l'absence de récidive ont été résolues d'une manière différente par les auteurs. Les faits que j'ai observés sont tout à fait à l'appui de mon opinion sur la nature de la maladie. Dans un grand nombre des cas où l'on a pu s'assurer de son origine, elle a été évidemment contagieuse; entre plusieurs exemples, je citerai d'abord celui-ci : Une jeune fille habitait une campagne dans les environs de laquelle il n'y avait point eu de cas épidémique; elle-même n'avait été en rapport avec aucun enfant atteint d'oreillon. Elle passe une journée avec une de ses parentes, qui, depuis six jours, avait la maladie régnante; huit jours après elle tombe malade elle-même et communique les oreillons à son frère, quinze jours plus tard. Ce jeune garçon n'avait pas quitté la campagne et n'avait pu prendre la maladie que de sa sœur.

La période d'incubation est aussi difficile à déterminer pour l'oreillon que pour les fièvres éruptives.

Pour résoudre cette question, il faut des cas bien déterminés où l'isolement des malades ait été assez complet pour qu'il ne puisse pas y avoir de doute sur le mode de contagion. En suivant cette règle, nous sommes arrivés, M. Lombard et moi, aux conclusions suivantes : la durée de la période d'incubation a été en général de vingt à vingt-deux jours, puis de quatorze à dix-huit; cependant j'ai cité tout à l'heure un cas où l'incubation n'a pas dépassé huit jours; c'est même le plus probant de tous ceux que j'ai observés (2).

M. Lombard a constaté qu'il était assez fréquent de voir dans la même famille deux enfants atteints presque simultanément; puis la période d'incubation avait pour les autres la durée sus-indiquée. Dans les faits que j'ai observés moi-même, il y a presque toujours eu succession et non simultanéité de début entre les membres d'une même famille.

(1) D'après les faits observés par le docteur Lombard et par moi dans notre pratique particulière, où tous les âges sont mélangés, nous avons observé :

Ages.	Nombre de cas.
De la naissance à 2 ans.	0
De 3 à 5 ans.	7
5 à 10 ans.	18
A reporter. . .	25
Report. . .	25
10 à 15 ans.	19
15 à 20 ans.	8
20 à 30 ans.	9
30 à 40 ans.	8
40 à 50 ans.	2
50 à 60 ans.	1
60 à 70 ans.	1
	73

(1)

Sexe.	Nombre de cas.
Hommes	38
Femmes	35
	73

(2)

Durée de l'incubation.	Nombre de cas.
8 jours.	1
De 14 à 18 jours.	11
19 à 20 jours.	3
20 à 22 jours.	13
23 à 26 jours.	1
	29

bien digérer partout.

Nous devrions ici, pour suivre les événements jour par jour, abandonner l'ambulance Pasquier, et aller retrouver les hommes qu'elle évacuait sur le quartier général dans la journée du 3 juin. Mais il nous semble plus convenable d'achever auparavant l'histoire de cette ambulance.

Comme les positions voisines furent tenues pendant tout le siége, elle reçut continuellement des blessés jusqu'à l'assaut du 30 juin. Ce jour-là, un officier d'artillerie romaine fut apporté à Pamfili, le crâne haché par douze coups de sabre et la cuisse percée de dix coups de baïonnette; il portait en outre une double fracture du bras et de l'avant-bras. Il avait défendu sa batterie comme un lion défend sa proie, et avait cédé alors seulement que son bras eut refusé d'obéir à sa volonté. Ce brave officier reçut à l'ambulance les soins les plus empressés jusqu'au 3 juillet où on le transporta chez lui à Rome. Il a guéri heureusement.

Trois fois l'opération du trépan a été pratiquée; un malade était en bonne voie depuis plusieurs semaines, lorsque des accidents survenus l'ont emporté. Les deux autres ont succombé rapidement. Malgré ces insuccès, M. Pasquier pense que l'on a trop rarement recours à la trépanation, et que, dans certaines circonstances, elle est évidemment indiquée et peu dangereuse.

Un cas bien remarquable de blessure des plus graves terminée par la guérison est le fait suivant, recueilli par M. Lacauchie, chirurgien en chef du corps expéditionnaire, de la bouche du chirurgien romain qui a pansé le sujet. Ce cas peut faire pendant avec celui de l'artilleur dont nous avons rapporté tout à l'heure l'histoire. Un éclat d'obus entre par la fosse iliaque, déchire l'intestin, brise l'os des iles et va se loger sous la peau, derrière le bassin. La plaie est béante, et les matières excrémentitielles sortent de l'intestin. Eh bien ! le sujet a guéri, et n'a pas même aujourd'hui une fistule stercorale! C'est bien l'occasion de s'écrier : Je le pansai, Dieu le guérit. La nature, quand elle veut, est le meilleur chirurgien du monde.

Les blessés, nous l'avons dit, ne faisaient que passer à l'ambulance Pamfili le 3 juin; on les dirigeait le plus promptement possible sur le quartier général, à Santucci, où se trouvaient les trois officiers de santé en chef, MM. Finot, Malle, Raoult, et MM. Philippe et de Santi.

Comme on ne comptait pas sur un si grand nombre de blessés, et que le chirurgien en chef n'avait pas été averti que l'attaque dût avoir lieu ce jour-là, les ressources n'étaient pas en rapport avec les besoins. On n'occupait qu'une très-petite maison à un seul étage au-dessus du rez-de-chaussée. Celui-ci servait de magasin d'effets de campement, et un cabaret se tenait dans un autre coin. Le premier se composait de trois étroites pièces; la pharmacie fut installée dans la cuisine; une deuxième chambre servit de bureau et de logement pour les officiers d'administration, tandis que les chirurgiens finirent par aller coucher dans un fossé; enfin la troisième pièce reçut les officiers blessés. Les soldats furent dispersés sous des tentes, dont chacune protégea à peu près une dizaine d'hommes. Il faisait une chaleur accablante; quelques mûriers, plantés le long de la maison, ne projetaient qu'un ombrage douteux sur les tentes les plus voisines.

Cependant la petite ambulance se remplissait toujours, et les chirurgiens avaient à peine le temps de refaire les pansements exécutés avec précipitation

La non-récidive de l'oreillon a été constatée par plusieurs de mes collègues et par moi-même. J'ai observé, sous ce rapport, des faits très-concluants. Ainsi, j'ai vu un père et ses enfants contracter la maladie à laquelle la mère échappait parce qu'elle l'avait eue autrefois à Paris ; j'ai fait la même remarque sur un enfant de 8 ans qui avait pris les oreillons en voyageant, il y a deux ans, et qui dans cette épidémie est le seul de sa famille qui ait été préservé. Je pourrais citer beaucoup d'autres exemples analogues. Enfin, par l'observation directe, j'ai pu m'assurer que les individus qui cette année ont eu les oreillons, n'en avaient jamais été atteints auparavant.

Une autre condition étiologique commune aux oreillons et aux fièvres éruptives, c'est l'épidémie ; celle-ci a été la plus considérable qu'on ait, de mémoire d'homme, observée à Genève ; elle a frappé un nombre d'individus d'autant plus grand que les intervalles qui ont séparé ses atteintes étaient plus étendus. Cette remarque, que j'ai en occasion de faire dans mon mémoire sur la rougeole, trouve ici une nouvelle application.

Ce n'est pas seulement à Genève, mais dans tout le bassin du Léman que l'épidémie s'est fait sentir.

La saison ne paraît pas avoir exercé sur elle une grande influence, puisqu'elle a régné pendant toute l'année, et que c'est également pendant les mois chauds et les mois froids qu'elle a atteint un plus haut degré d'intensité.

En même temps que les oreillons, j'ai observé des maladies très-variées. Il en est une cependant qui a existé à l'époque où l'épidémie était à son apogée, et qui mérite une mention spéciale, je veux parler de la roséole. Cette maladie m'a paru s'éloigner de la roséole vulgaire que l'on observe dans les grandes chaleurs de l'été, dans le cours d'un rhumatisme ou à la suite de la vaccine, tandis que, sous certains rapports, elle offrait assez d'analogie avec la rougeole.

L'éruption débutait par le visage, puis s'étendait rapidement au reste du corps. Les taches étaient larges, irrégulières, morcelées, souvent saillantes.

Cette saillie, il est vrai, n'était pas générale sur toute la plaque, mais avait surtout lieu sur un point limité qui était comme acuminé. L'exanthème durait deux à trois jours, et laissait souvent la peau converte de maculatures jaunâtres, et plus tard d'une légère desquammation.

Cette roséole apparaissait quelquefois d'emblée, sans symptômes précurseurs; dans d'autres cas, elle était précédée d'une toux sèche, mais non suivie d'éternuement, de picotement dans les yeux, de fièvre. Ces prodromes se distinguaient de ceux de la rougeole par leur peu d'intensité, par leur brièveté et par l'absence de tout symptôme laryngé.

Dans plusieurs cas, la contagion m'a paru évidente. La période d'incubation était, comme pour la rougeole, d'une quinzaine de jours environ.

J'ai vu cet exanthème atteindre des enfants et des adultes qui avaient déjà eu la rougeole.

La coïncidence de cette éruption avec l'épidémie d'oreillons me semble une preuve de plus du génie éruptif de cette dernière affection.

Le traitement de l'oreillon a toujours été très-simple ; on s'est borné à prescrire des frictions sur la tumeur avec les huiles d'olive, de camomille, de morphine, ou avec le baume tranquille. Ces derniers calmants étaient surtout mis en usage dans les cas où la douleur était très-intense. Jamais je n'ai été obligé d'avoir recours aux émissions sanguines, mais j'ai souvent mis en usage des pédiluves chauds et sinapisés comme révulsifs. Dans les cas où il y a eu des symptômes d'embarras gastrique, surtout chez les enfants, j'ai employé le vomitif avec avantage. Presque toujours j'ai administré un purgatif léger dans la convalescence. Dans les cas assez nombreux où il restait de la faiblesse, de la lassitude et du malaise, j'ai donné les infusions de kina, de camomille, ou le vin de Malaga. La violence extrême des douleurs m'a quelquefois obligé de recourir aux calmants à l'intérieur, et j'ai même dû prescrire des doses de morphine assez élevées.

(La suite au prochain numéro.)

PATHOLOGIE SPÉCIALE.

OBSERVATIONS D'HYDRARGYRIE CHEZ DES ENFANTS; par C. BARON, médecin des hôpitaux.

La première monographie d'hydrargyrie parut à Dublin ; elle était due à G. Alley (1). D'autres médecins de la Grande-Bretagne, Thomas Spens, John Mullin, John Pearson, publièrent ensuite le résultat de leurs observations sur le même sujet. En France, M. Rayer est le premier qui ait attiré l'attention sur cette maladie (2), et si, après lui, aucun de nos compatriotes n'a fait de l'hydrargyrie l'objet de recherches spéciales, il faut sans doute l'attribuer à la rareté de cette affection dans notre pays. A ce titre, les observations suivantes offriront peut-être quelque intérêt.

Les premières sont celles de jeunes varioleux sur la face desquels on avait appliqué une pommade mercurielle, afin d'arrêter le développement de l'éruption dans cette région. Cette pommade n'étant pas d'un usage général, nous devons nous arrêter un instant sur sa composition.

M. Baudelocque, dans les salles duquel les observations qui vont suivre ont été recueillies, à l'hôpital des Enfants malades, avait d'abord employé, ainsi que la plupart des médecins, comme moyen abortif de l'éruption variolique, l'emplâtre de Vigo *cum mercurio* étendu sur la toile; mais, voyant les enfants supporter très-impatiemment cette application, pour eux fort incommode, il pensa que l'onguent napolitain, appliqué sur la peau, sans être étendu sur la toile, serait plus facilement toléré par les petits malades, et suffirait pour déterminer l'avortement des pustules. On l'essaya : mais la chaleur de la peau faisait fondre l'onguent, qui coulait au-dessous des points sur lesquels il avait été appliqué, et ces points se trouvaient ainsi découverts. On remédia à cet inconvénient en mêlant à l'onguent mercuriel d'autres substances susceptibles d'augmenter sa consistance, et après l'essai de plusieurs pommades, composées, en différentes proportions, d'onguent mercuriel, de cire et de poix, par M. Battaille, pharmacien de l'hôpital des Enfants, M. Baudelocque s'arrêta à la suivante, qui est parfaitement abortive, facilement supportée par les malades, assez molle pour pouvoir être très-facilement étendue, et assez consistante pour rester adhérente aux endroits sur lesquels on l'applique. Voici sa composition :

(1) AN ESSAY ON A PECULIAR ERUPTIVE DISEASE ARISING FROM THE EXHIBITION OF MERCURY, by George Alley. Dublin, 1804.

(2) Rayer, Article *Hydrargyrie*, in DICTIONN. DE MÉDEC. ET DE CHIRURG. PRATIQ., t. X, 1833, et TRAITÉ DES MALADIES DE LA PEAU, t. I, 1835.

---

près du champ de bataille. Le manque d'espace devint imminent ; mais on cherchait à calmer les justes prévisions de nos confrères, en objectant à leurs réclamations que l'affaire était finie, et qu'il n'y avait plus de nouveaux blessés. Néanmoins des fourgons chargés arrivaient encore à chaque instant. A neuf heures du soir, l'ambulance regorgeait.

M. le chirurgien-major Philippe, accompagné de trois sous-aides, personnel que vint bientôt renforcer l'ambulance de Santi, donnèrent leurs soins aux cent quatre-vingts blessés à peu près qui furent pansés dans cette journée. On ne pratiqua aucune grande opération ; le renouvellement des premiers appareils et l'apposition de bandages occupaient tout le temps de nos chirurgiens. Les jours suivants, au contraire, le couteau eut beaucoup à faire, et de Santi, pour sa part, exécuta plus de quinze grandes amputations.

Les ressources étaient tout à fait insuffisantes dans l'*ambulance aux tentes ;* on ne disposait que de quatre infirmiers militaires, et les blessés qui, engagés dans une chaude affaire avant l'aube, n'avaient quelquefois pas bu depuis le matin, réclamaient plaintivement de la tisane. Il se trouva heureusement là deux de ces êtres qui, en temps de paix, ne se signalent guère que par leurs mœurs douteuses et leur vie étrange, mais qui, du milieu du combat, grandissent, semblent se transfigurer, luttent de courage avec le guerrier, de douceur, de dévouement et d'abnégation avec la religieuse. C'étaient deux cantinières du vingtième de ligne. Elles couraient d'un blessé à l'autre, ici donnant à boire, aidant celui-là à changer de place, et trouvant pour tous des paroles qui partent du cœur. Ces deux femmes se sont montrées admirables, et ont dignement soutenu la réputation que, pendant les guerres de l'empire, se sont justement acquise les cantinières, ces sœurs de charité du champ de bataille.

Il arriva, au milieu de la nuit, un instant où il devint impossible d'admettre un blessé de plus à l'*ambulance aux tentes*, et pourtant il s'en présentait toujours. Les arrivages ne cessèrent qu'à trois heures du matin. Deux maisons isolées se trouvaient à dix minutes de là; on alla frapper à leur porte, et leurs propriétaires en cédèrent une partie, sans trop de façons. L'une, vaste et commode, qu'on occupa peu à peu presque en entier, devenue l'ambulance définitive du grand quartier général; l'autre, plus petite, devint une succursale et servit de magasin.

Le 4 juin fut un jour de repos pour l'armée, mais un jour de rude labeur pour nos chirurgiens, ainsi qu'on a pu facilement le prévoir. Comme un certain nombre de blessés français pouvaient être restés dans la campagne, et que les Romains avaient dû abandonner beaucoup des leurs dans les vignes et dans les champs, une suspension d'armes fut conclue, pendant laquelle chaque parti alla reconnaître et recueillir les siens. Cet armistice, dicté par le plus louable sentiment d'humanité, nous reporte à un triste épisode de l'affaire du 30 avril, épisode que nous avons passé sous silence. Quelques-uns de nos malheureux soldats, oubliés quand on battit en retraite, restèrent plus d'un jour entier, sans aucun secours, baignés dans leur sang, en proie aux plus cruelles souffrances physiques et morales, dans les plis de terrain qui avoisinent le rempart. Ce ne fut qu'après ce long martyre que les Romains les trouvèrent et les recueillirent chez eux.

Les blessures reçues dans la matinée du 3 juin siégeaient presque toutes à la tête et à la partie supérieure du thorax. Cette position se conçoit très-bien

Onguent mercuriel	24	parties.
Cire	10	—
Poix noire	6	—

Après les cas d'hydrargyrie déterminée par l'application de la pommade abortive, viendra une observation dans laquelle cette maladie est la conséquence de frictions mercurielles employées pour combattre une affection viscérale. Ce travail sera terminé par deux observations d'éruptions dont le diagnostic resta indécis.

VARIOLE BÉNIGNE; HYDRARGYRIE.

Obs. I. — Stanislas Leroy, âgé de 13 ans 1/2, imprimeur, entré à l'hôpital des Enfants malades, le 18 novembre 1849.

Cet enfant a été vacciné, et n'a encore eu d'autre affection cutanée qu'un eczéma du cuir chevelu qui dure depuis deux ans. Sa maladie actuelle date de cinq jours. Elle commença par un étourdissement, de la fièvre, de l'anorexie, des nausées. Le second jour, il s'aperçut que des boutons se développaient sur son visage et sur son cou. De semblables boutons apparurent, les jours suivants, sur les autres régions du corps. A son entrée à l'hôpital, il est dans l'état suivant :

Peau légèrement chaude; 82 pulsations; boutons de variole plats, la plupart ombiliqués, assez nombreux, quoique non confluents, sur la face et le cou, assez rares dans les autres régions; anorexie; pas de selles depuis deux jours; léger mal de gorge; un peu de rougeur et quelques vésicules au voile du palais.

Le 19 novembre, quelques boutons sont à l'état pustuleux. (Orge miellée; lavement; enduire la face de la pommade mercurielle; bouillon.)

Le 20, le liquide de la plupart des boutons non recouverts par la pommade est opaque. (On renouvelle plusieurs fois par jour l'application de l'onguent mercuriel, parce que le malade essuie souvent son visage avec son drap.)

Le 22, la face est très-peu tuméfiée. Tous les boutons non recouverts par l'onguent mercuriel sont entièrement convertis en pustules.

Le 23. (On cesse l'application de l'onguent mercuriel.)

Le 25, toutes les pustules, sauf celle des pieds et des mains, sont desséchées.

Le 26, la dessiccation est opérée partout. Plusieurs pustules sont remplacées par des croûtes. Des petits tubercules indurés remplacent les boutons de la face qui ont été recouverts par la pommade mercurielle. (Une portion d'aliments.)

Le 27, toute la surface du corps est couverte de plaques rouges, de formes diverses, séparées les unes des autres par d'étroits intervalles. 70 pulsations, sans chaleur à la peau. (Limonade.)

Le 28, les plaques rouges sont beaucoup moins apparentes.

Le 29, on n'aperçoit plus de plaques rouges qu'à la paroi abdominale, et elles sont très-pâles. (Deux port. d'alim.)

Le 30, toutes les plaques rouges ont disparu.

Le 1er décembre, la plupart des croûtes sont tombées, et ont laissé à leur place une légère dépression et une tache brune. Les tubercules indurés de la face semblent moins saillants. L'enfant sort de l'hôpital.

Quoique l'éruption fût arrivée au cinquième jour, l'application de la pommade mercurielle produisit, chez ce sujet, l'effet que détermine ordinairement l'emplâtre de Vigo; elle fit avorter les pustules, qui furent remplacées par de petites saillies indurées. On ne peut objecter que cette cicatrisation en relief fût spontanée, ainsi qu'on l'observe souvent dans la varioloïde : elle fut certainement le résultat des onctions mercurielles; car les boutons qui n'avaient pas été recouverts par la pommade avaient été remplacés par une dépression. C'était une variole discrète, mais véritable, quoique le sujet eût été vacciné.

On continua l'emploi de l'onguent mercuriel pendant quatre jours, et l'on fut obligé de faire plusieurs onctions chaque jour, l'enfant essuyant souvent son visage. La quantité de pommade employée fut donc assez considérable, condition qui dut favoriser le développement de l'hydrargyrie.

Cette dernière affection débuta trois jours après la cessation de l'application mercurielle; elle présenta l'apparence de la rougeole, mais elle ne fut accompagnée ni de fièvre, ni de toux, ni d'éternuement, ni de mal de gorge, enfin d'aucun des symptômes qui constituent le cortége habituel de l'éruption rubéolique. Chez ce sujet, l'hydrargyrie ne fut pas suivie de desquammation, phénomène que nous trouverons dans plusieurs des observations suivantes. Sa durée fut de trois jours et demi, et sa disparition plus graduelle que son début.

VARIOLE; HYDRARGYRIE.

Obs. II. — Charles Potier, âgé de 14 ans, tourneur en corne, entre à l'hôpital des Enfants, le 31 octobre 1839.

Ce jeune homme est récemment resté quelques jours, avec d'autres enfants affectés de variole, dans une salle du même hôpital où il avait été amené par une autre affection. Il en est sorti il y a deux jours, et a été pris aussitôt de fièvre, de céphalalgie, d'anorexie, de constipation, de douleur lombaire, de toux, de dyspnée. Il arrive dans l'état suivant :

Chaleur générale médiocre; 100 pulsations peu développées; légère exaltation de la sensibilité générale; expression d'anxiété. Une douleur assez vive, siégeant au côté gauche du cou, gène les mouvements de la tête et empêche que la face soit tournée à droite. Céphalalgie gravative; douleur lombaire assez vive; anorexie; éructations fréquentes; soif vive; pas de selles depuis treize jours; langue rouge à son pourtour, blanchâtre à sa face supérieure; toux assez fréquente, déterminant un peu de douleur en différentes régions du thorax. La percussion et l'auscultation ne révèlent aucun signe de maladie.

Le 1er novembre, l'anxiété et l'exaltation de la sensibilité générale sont un peu moindres. Quelques papules rouges apparaissent sur la face et le tronc. (Mauve édulcorée; lavement; cataplasmes sinapisés sur les membres inférieurs; diète.)

Le 2 novembre, des papules rouges sont disséminées sur la plupart des régions du corps; elles sont nombreuses sur la face. Léger mal de gorge; un peu de rougeur à l'arrière-bouche; une selle. (On couvre la face avec la pommade mercurielle.)

Le 3, le mal de gorge est un peu augmenté, quoiqu'il n'y ait encore que de la rougeur à l'arrière-bouche. (Gargarisme émollient.)

Le 4, augmentation du mal de gorge. On aperçoit quelques vésicules au voile du palais. Toux fréquente. Même résultat de la percussion et de l'auscultation. L'éruption cutanée, excepté à la face, où elle est couverte de l'emplâtre mercuriel, est maintenant à l'état pustuleux. Les pustules sont plates.

Le 5, mal de gorge plus intense; nombreuses pustules au voile du palais; toux assez fréquente. Le bruit respiratoire est généralement un peu obscur en arrière.

Le 6, le malade est très-agité pendant la nuit. (On cesse l'emploi de la pommade mercurielle.)

Le 7, les boutons de la face, précédemment recouverts par l'emplâtre mercuriel, forment de petites saillies indurées, tandis qu'aux lèvres, sur lesquelles la pommade n'avait pas été étendue, il y a de grosses pustules, ainsi que sur le reste du corps.

Le 8, la plus grande partie du visage sur laquelle a été appliquée la pommade

---

quand on songe que nos hommes, ayant à gravir des coteaux, ne montraient souvent que le haut du corps, et que les balles ennemies plongeaient sur les masses ou sur les tirailleurs. Mais plus tard, quand on combattit de plain pied, et que l'on se trouva exposé, dans la villa des Quatre-Vents, au feu du rampart, nos chirurgiens observèrent de nombreuses et graves lésions de l'abdomen et des membres inférieurs.

Parmi les cas les plus curieux, nous citerons le suivant; il prouve de nouveau combien les balles peuvent s'ouvrir un trajet bizarre, que la configuration des parties n'eût pas permis de prévoir. Un projectile, tiré de haut en bas, atteint un officier au centre de la rotule, et, malgré la tension de la peau sur l'os, glisse néanmoins entre celui-ci et le tégument, sans produire de fracture, contourne le genou et vient se loger vers le creux poplité.

Nous retrouverons à l'ambulance de Corviale les autres blessés du 3 juin, qui sont dignes d'attirer l'attention; mais, avant de les visiter, accompagnons l'évacuation qui fut dirigée sur Civita-Vecchia, le 4, afin de diminuer l'encombrement du quartier général. Le convoi se composait de 125 blessés, de 10 fiévreux et de prisonniers romains. Deux tartanes, remorquées par un petit vapeur, devaient le conduire, par le Tibre, jusqu'à Fumiccino, situé à l'embouchure du fleuve. Là, des vapeurs pouvant tenir la mer attendaient nos malades pour les transporter à Civita-Vecchia.

C'est une tâche peu brillante, mais des plus pénibles, que celle du chirurgien chargé d'accompagner un convoi de malades. Des misères de toute nature l'attendent, et comme les ressources ne sont jamais en rapport avec les exigences, il est souvent réduit à rester spectateur impuissant de la souffrance. Nous avons bien des fois, pour notre part, subi ces difficultés, en Algérie.

On commença, à onze heures du matin, à envoyer les hommes aux bateaux; mais les tartanes ne purent démarrer qu'à six ou sept heures du soir. Parmi les blessés, beaucoup se trouvaient très-gravement atteints, mais d'autres, légèrement frappés et dont les forces, usées dans le combat, avaient besoin de se réparer, demandaient à grands cris quelque nourriture. Ils n'avaient rien pris depuis le matin. La soif est un besoin plus impérieux que la faim; pendant la nuit, les blessés réclamaient de la tisane; or, pour 125 hommes, *il n'y en avait qu'un seau!* Comme le docteur Monier, chargé de l'évacuation, s'adressait à tout le monde, frappait à toutes les portes pour demander qu'on vînt à son aide, l'officier d'administration tira de sa poche un bout de suc de réglisse pesant 12 à 15 grammes. Ce fut ce mince fragment qui, dilué dans une masse d'eau, fournit de la boisson à nos pauvres soldats. La première partie de la nuit ne fut pourtant pas trop pénible pour les blessés.

A Fumiccino, où le convoi toucha à dix heures du soir, un nouveau pyroscaphe prit les tartanes à la remorque. En rade se trouvait *le Magellan;* de cette frégate à vapeur se détacha le chirurgien-major, qui vint offrir avec empressement sa coopération et laissa à bord des tartanes un chirurgien de deuxième classe, muni de tous les objets nécessaires pour assurer le service. Ce renfort fut des plus utiles à Monier, car, autant la première partie de la nuit avait été bonne, autant la seconde fut mauvaise. La Méditerranée était houleuse; le mal de mer se mêlait à l'agitation et au délire traumatique de quelques blessés; d'autres se roulaient par terre, enlevaient leurs appareils et faisaient reparaître des hémorrhagies qu'on avait grand'peine à réprimer.

mercurielle contraste par son petit volume avec les lèvres, qui sont, au contraire, très-gonflées. Le bruit respiratoire est encore faible en arrière.

Le 10, persistance de la tuméfaction des lèvres; langue un peu effilée, un peu rouge à son pourtour, blanchâtre à sa face supérieure; fièvre presque nulle; plusieurs pustules sont couvertes de croûtes.

Le 11, apyrexie.

Le 13, la dessiccation des pustules est opérée partout, excepté aux mains. La toux a beaucoup diminué. Selles un peu rares.

Le 16, les pustules des mains sont desséchées; les croûtes sont tombées en plusieurs régions du corps; légère chaleur à la peau; 70 pulsations; un peu de douleur dans les aines, où l'on sent quelques ganglions lymphatiques tuméfiés.

Le 17, rougeur piquetée généralement répandue sur toute la surface de la peau; lèvre très-légère.

Le 18, la rougeur piquetée est à peine appréciable; mais on aperçoit sur toute l'étendue de la paroi abdominale des petites plaques rouges de formes diverses et irrégulières. Apyrexie.

Le 19, la rougeur piquetée a disparu; mais les plaques rouges de la paroi abdominale persistent. Quatre bulles, remplies de pus, se sont développées aux membres inférieurs, et à leur niveau, le malade ressent des douleurs assez vives. (On ouvre les bulles, et on applique des cataplasmes.)

Le 20, les plaques rouges de la paroi abdominale pâlissent, et à leur surface, il y a un peu de desquammation.

Le 21, il n'y a plus de douleur à la région des bulles. Les plaques rouges ont disparu; mais la desquammation persiste.

Le 22, on découvre aux cuisses trois petits abcès sous-cutanés douloureux. (Bain; huile de ricin, 30 grammes.)

Le 23 (on ouvre les abcès avec la lancette).

Les 26, 27, 28, il n'y a aucun autre symptôme morbide qu'une légère desquammation offrant l'apparence de débris de sudamina ronds, à la paroi abdominale.

Le 29, la desquammation paraît avoir cessé. Il se développe une douleur dans le flanc droit. (Bain; frict. avec le baume tranquille; cataplasmes.)

Cette douleur persiste le 6 et le 7; elle diminue le 8 et le 9, et cesse, le 10, de se faire sentir. L'enfant quitte l'hôpital le 25. Les petites indurations de la face sont moins saillantes. Le reste de la surface du corps est criblé de petites taches brunes, légèrement déprimées.

Quoique la variole fût plus intense chez ce sujet que chez le précédent, la pommade mercurielle n'a pas été moins efficace. Elle resta appliquée aussi pendant quatre jours; mais sans doute il en fut employé une moindre quantité, car le dernier malade n'essuyait pas fréquemment son visage, comme le faisait le premier.

Est-ce à cette moindre quantité d'onguent employé qu'il faut attribuer en partie la rapidité moins grande du développement de l'hydrargyrie? Cette maladie ne débuta que dix jours après que l'on eût cessé l'application de la pommade. Mais ce long intervalle ne peut écarter l'idée que l'éruption ait été de nature mercurielle; car beaucoup d'accidents mercuriels débutent bien plus longtemps encore après la cessation de l'administration du mercure; et quoique l'hydrargyrie doive être regardée comme une affection mercurielle primitive, le cas que je viens de rapporter n'est pas le seul dans lequel on l'ait vue débuter un assez grand nombre de jours après la cessation de l'usage du mercure. Ainsi, chez trois malades observés par M. Briquet (1), l'exanthème mercuriel ne débuta que pendant la période de dessiccation de la variole, quoique l'emplâtre de Vigo ne fût resté appliqué que trois ou quatre jours, au début de cette maladie. MM. Rilliet et Barthez (1) ont aussi vu l'hydrargyrie se développer dix jours après l'application de l'emplâtre de Vigo. Cet intervalle ne nous empêchera donc pas de reconnaître une véritable hydrargyrie chez le sujet dont nous venons de donner l'histoire.

D'ailleurs, ce ne put être ou la rougeole ou la scarlatine seulement, puisque l'éruption présenta successivement, et même simultanément pendant deux jours, l'apparence de l'une et de l'autre; et comment croire à une rougeole et à une scarlatine simultanées, sans autre symptôme que l'éruption? On se rappelle, en effet, qu'il n'exista aucun des symptômes qui accompagnent ordinairement ces deux exanthèmes. L'absence de ces symptômes prouve encore que la maladie qui fait le sujet de l'observation n'était ni une scarlatine ni une rougeole. Enfin la desquammation n'offrait pas les caractères habituels de celle qui suit la scarlatine. Elle ressembla davantage à celle qui succède quelquefois à la rougeole; mais elle était beaucoup plus apparente qu'elle ne l'est ordinairement dans cet exanthème.

Cette desquammation survint avant que la rougeur eût disparu complétement; elle se manifesta sous la forme de débris de sudamina, ce qui pourrait indiquer qu'antérieurement il s'était développé, sans que l'on s'en aperçût, à la surface de la peau rubéfiée, une éruption vésiculeuse, comme on le voit assez souvent dans l'hydrargyrie, et comme j'en rapporte plus loin des exemples. La durée de la desquammation fut de huit jours, celle de l'éruption, de quatre jours. Je rappelle que les plaques rubéoliformes, qui constituèrent la principale expression symptomatologique dans ce dernier cas, se développèrent exclusivement à la paroi abdominale, tandis que, dans le premier cas, elles avaient été répandues sur toute la surface du corps. On trouve dans les auteurs plusieurs observations dans lesquelles l'hydrargyrie resta de même bornée à des régions limitées du corps.

Je ne dois pas m'arrêter sur les abcès sous-cutanés qui étaient le résultat de la variole, et non de l'hydrargyrie. Il est très-probable qu'il en fut de même des bulles qui se développèrent aux membres inférieurs pendant la durée de l'éruption hydrargiryque; cependant, si ces bulles étaient la conséquence de l'absorption du mercure, cette observation offrirait de l'analogie avec celles des ouvriers employés, dans les mines d'Espagne, à l'extraction du mercure, et chez lesquels il survient quelquefois une éruption de pustules (2).

VARIOLE; HYDRARGYRIE; AFFECTION DE BRIGHT.

OBS. III. — Julie Sagon, âgée de 14 ans, blanchisseuse, entre à l'hôpital des Enfants malades, le 13 octobre 1840.

Cette jeune fille n'a pas été vaccinée, n'a pas encore eu la variole; mais elle a eu la rougeole, ne sait si elle a eu la scarlatine. Elle demeure depuis deux mois dans une chambre humide.

La maladie actuelle a commencé quatre jours avant l'entrée à l'hôpital. Le premier symptôme fut une douleur lombaire. Le second jour, il s'y joignit de la

(1) MÉMOIRE SUR L'EMPLOI DES TOPIQUES MERCURIELS DANS LE TRAITEMENT DES ÉRUPTIONS VARIOLEUSES, *in* ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE, septembre et octobre 1838, et DE L'INFLUENCE DES PRÉPARATIONS MERCURIELLES SUR LES EFFETS DE L'INOCULATION DU VACCIN ET DE LA VARIOLE, *in* ARCHIV. GÉN. DE MÉDEC., 1839, t. VI.

(1) MALAD. DES ENFANTS, t. II, article *Variole*.

(2) Rayer, MALADIES DE LA PEAU.

Enfin, on arriva à Civita-Vecchia le 5, à huit heures du matin. Toute la population était sur le port, impatiente de connaître le résultat d'une journée dont elle avait appris le commencement, mais dont elle ignorait l'issue. L'amiral Tréhouart et les autorités de la ville s'empressèrent de se rendre sur le bateau, et tout fut bientôt disposé pour transporter en ville nos blessés, auxquels on fit d'abord préparer, sur *l'Albatros*, un bouillon dont ils ne laissèrent pas une goutte.

A Civita-Vecchia, quelques chirurgiens de marine se joignirent à nos confrères de l'armée de terre, pour donner des soins aux blessés. Une partie de ceux-ci fut évacuée, le 6, sur l'hôpital Saint-Mandrier, à Toulon.

Monier, de retour sous les murs de Rome, le 7, fut immédiatement chargé de la nouvelle ambulance que M. l'intendant Pâris de Bollardière avait fait installer à Corviale, à 3 kilomètres en arrière du quartier général. Cette ambulance, la seule où le soldat trouvait un couchage un peu convenable et des soins suffisants, était destinée à recevoir les hommes les plus gravement malades et les amputés dont l'évacuation n'était pas possible. Elle exista à partir du 7 juin jusqu'à la fin du siége. Quinze jours après son installation, M. le chirurgien-major Philippe vint relever M. Monier et prendre la direction sanitaire de l'établissement.

L'ambulance de Corviale était installée dans une maison assez spacieuse, à laquelle attenait un cellier dans lequel furent placés trente lits de fer, garnis de paillasses, de draps et de couvertures. Au premier étage, on disposa dix lits destinés aux officiers. Toutes les places se trouvaient à peu près constamment occupées, les sorties étant comblées immédiatement par les entrées. Le chirurgien était secondé par un officier d'administration et par cinq infirmiers militaires.

Parmi les nombreuses blessures observées à Corviale, quelques unes ont offert assez d'intérêt pour que nous leur consacrions une courte description.

Une des plus effrayantes à voir était celle d'un artilleur auquel un projectile de gros calibre avait enlevé toute la figure, moins le front et les yeux. Le nez, les maxillaires, tout avait disparu, laissant une cavité hideuse, ici charbonnée par la poudre, là saignante et déchiquetée en lambeaux pendants. La langue était rétractée en arrière, mais, quoique les attaches inférieures et antérieures n'existassent plus, l'accident que les chirurgiens redoutent dans l'ablation de la partie moyenne du maxillaire inférieur ne vint pas abréger la vie du malade. Ce malheureux, qui vécut huit jours dans cet horrible état, buvait de la tisane et prenait du bouillon, quand on les lui portait au fond de la bouche. Deux hémorrhagies survinrent; la première fut arrêtée, mais la seconde, dont on ne pouvait préciser l'origine, au sein de ces détritus et de ces lambeaux noircis emporta le malade, après huit jours de souffrances. La vue est restée intacte jusqu'au bout; quand on soulevait les paupières paralysées, le patient témoignait par le mouvement de ses yeux et par des cris assez intelligibles, que les images et les sons étaient perçus par lui.

Un sergent reçut une balle qui lui fractura le grand trochanter droit et sortit près du grand trochanter gauche, après avoir probablement fusé sous la peau. Pendant douze ou quinze jours, il ne put se mouvoir qu'en marchant sur les genoux; des esquilles furent extraites par l'ouverture d'entrée; tout se remit

céphalalgie, du mal de gorge et de la fièvre. Le troisième jour, la veille de l'entrée à l'hôpital, outre les symptômes précédents, il se développa des petits boutons rouges sur la surface du corps. Quelques heures après son entrée, je la trouve dans l'état suivant :

Peau chaude; 102 pulsations assez développées. Des papules d'un rouge vif, du volume d'une tête d'épingle ou un peu plus, et quelques petites vésicules, dont plusieurs ombiliquées, sont répandues sur toutes les parties du corps; elles sont nombreuses, surtout à la face et au cou. Légère douleur lombaire déterminée par les mouvements et la pression; céphalalgie; anorexie; mal de gorge; rougeur générale de l'arrière-bouche. On aperçoit sur le voile du palais et sur la luette un grand nombre de petites papules semblables aux rugosités qui recouvrent les fraises. Pas de selles depuis trois jours.

Le 14, les boutons sont un peu plus larges. (Mauve édulc.; lavement; bouillon; enduire la face de la pommade mercurielle.)

Le 15, presque tous les boutons sont aplatis et ombiliqués. La fièvre est moindre. Une selle par lavement.

Le 16 et le 17, moins de fièvre. Les boutons se développent.

Le 18 et le 19, un peu plus de fièvre. Les boutons sont d'un blanc jaunâtre; la face se gonfle un peu, et l'emplâtre qui la couvre s'enlève. Le mal de gorge persiste.

Le 20, on enlève ce qui reste de pommade sur la face. Les boutons qui en ont été recouverts sont remplacés par de petites saillies plates et rosées; persistance de la fièvre, un peu de toux.

Les 21, 22 et 23, la fièvre diminue graduellement et les pustules se dessèchent.

Le 24, apyrexie et dessiccation complète partout. (Soupes.)

Le 25, un peu de chaleur générale; face colorée.

Le 26, un peu de chaleur générale; 84 pulsations assez développées. La peau offre partout une rougeur d'un pointillé assez large; pas de mal de gorge.

Le 27, dans la matinée, la rougeur a beaucoup diminué; mais le soir, le pouls est un peu plus fréquent et la peau plus chaude. Une large plaque rouge se remarque à la fesse droite. Le reste de la surface du corps est couvert de petites plaques irrégulières, fort semblables à celles de la rougeole, moins la saillie; pas de douleur de gorge; ni rougeur, ni gonflement à l'arrière-bouche; langue blanchâtre; toux très-rare.

Le 28, mêmes symptômes, et, de plus, un petit phlegmon sous-cutané, autour d'une pustule, au niveau de la hanche droite.

Le 29, il n'y a plus qu'un peu de rougeur à la fesse droite. Elle a disparu du reste de la surface du corps. Le petit phlegmon est assez douloureux.

Le 30, le phlegmon persiste; il n'y a plus de rougeur nulle part. (Bain; cataplasmes.)

Le 31, la dernière éruption n'a laissé aucune trace. Il n'y a pas de desquammation. La tuméfaction produite par le phlegmon diminue.

Les jours suivants, la fièvre cède. Le phlegmon de la hanche se termine par résolution; mais il se développe un abcès assez considérable au front. Cet abcès est ouvert; de petites ulcérations se forment au niveau de quelques pustules de variole. Plusieurs vomissements alimentaires et bilieux surviennent. La face d'abord, puis les pieds, puis tout le corps s'infiltrent; les urines déposent abondamment par l'acide nitrique et par la chaleur.

Malgré l'administration de plusieurs purgatifs, l'anasarque augmente, et l'enfant succombe le 19 novembre.

A l'autopsie, on trouve un double hydrothorax, un œdème des deux poumons, une petite ulcération dans la trachée-artère et une double affection de Bright.

Même effet de la pommade mercurielle sur l'éruption variolique que dans les cas précédents; conversion des boutons en petites saillies plates et indurées, quoique ce fût dans une variole véritable et même assez intense, affectant d'ailleurs un sujet qui n'avait pas été vacciné.

On continua l'usage de la pommade pendant six jours; mais il n'en restait plus, lorsqu'on l'enleva, qu'une petite quantité; la plus grande partie s'était déjà détachée le quatrième et le cinquième jour.

L'hydrargyrie débuta cinq jours après que l'on eût cessé l'emploi de la pommade; elle fut précédée, comme dans le cas précédent, d'un jour de fièvre légère; de même aussi elle se manifesta le premier jour par un pointillé rouge général, et le lendemain, ce pointillé fit place à des plaques semblables à celles de la roséole, non pas bornées à une région circonscrite, comme chez le malade de l'observation précédente, mais répandues sur toute la surface du corps, excepté sur l'une des fesses qui était en partie couverte par une large plaque rouge. La durée de l'éruption fut de quatre jours, comme dans l'observation précédente.

Le phlegmon qui survint pendant la durée de l'hydrargyrie et l'abcès qui se manifesta ensuite doivent être rapportés à la variole. Il en est sans doute de même de l'affection de Bright à laquelle cette jeune fille était disposée par son séjour dans une chambre humide; car il est peu probable que cette maladie ait été la conséquence de l'éruption hydrargyrique, quoique du reste rien ne prouve qu'il n'en puisse être ainsi.

Si cette éruption avait présenté l'aspect de la scarlatine, il faut convenir qu'en voyant l'affection de Bright se développer après elle, on aurait été fondé à croire que l'on avait pris pour une hydrargyrie une véritable scarlatine; mais l'erreur était impossible; l'éruption n'offrit que le premier jour l'apparence de la scarlatine; pendant trois jours sur quatre, elle ressembla à la roséole; sa durée fut plus courte que celle de la plupart des scarlatines; la fièvre qui l'accompagnait était très-légère; il n'y avait aucun symptôme morbide du côté des voies digestives, ni mal de gorge, ni rougeur, ni gonflement à l'arrière-bouche; enfin l'éruption ne fut pas suivie de desquamation.

HÉPATITE; PLEURÉSIE; HYDRARGYRIE.

OBS. IV. — Henri Julis, âgé de 14 ans, boucher, entre à l'hôpital des Enfants malades, le 18 février 1840.

On ne peut savoir aucun détail sur les antécédents de ce malade, si ce n'est qu'il vomit, depuis plusieurs jours, ses boissons et qu'il n'a pas été à la selle pendant les trois jours qui ont précédé son entrée à l'hôpital. On le trouve, le 19, dans l'état suivant :

Peau chaude, très-légèrement jaunâtre; 120 pulsations; face rouge; conjonctives un peu jaunâtres; douleur spontanée, vive, continuelle au-dessous des fausses côtes droites où la pression est aussi un peu douloureuse. La percussion détermine de la douleur en arrière et à droite, au niveau des côtes inférieures. Matité absolue en avant et sur la partie latérale de la cinquième à la douzième côtes droites. Anorexie. Langue généralement couverte d'un enduit blanchâtre, très-rouge partout où cet enduit manque. Constipation. (Mauve, sir. de gomme; cataplasme sur l'hypocondre droit; saignée de deux palettes; lavement; diète.)

Le 20, l'ictère est plus apparent, la peau moins chaude, la face moins rouge, le pouls moins développé à 98; la douleur à l'hypocondre droit est un peu moindre; un peu de rénitence au-dessous des fausses côtes de ce côté. Langue un peu moins rouge au-dessous de l'enduit blanchâtre qui la recouvre. Pas de selles. (Saignée de deux palettes, frictions avec 2 grammes d'onguent mercuriel sur l'hypocondre droit, 30 grammes d'huile de ricin, cataplasme sur le ventre.)

Le 21, le sang de la saignée est un peu couenneux; 88 pulsations; l'ictère est semblable; la douleur à l'hypocondre diminue; la partie antérieure des côtes inférieures droites est portée en avant, et, au-dessous d'elles, l'hypocondre

---

peu à peu dans l'ordre, et aujourd'hui ce sous-officier serait entièrement rétabli, si, en marchant, il ne fauchait pas un peu de la jambe droite.

M. Rustau de Vérac, aujourd'hui chirurgien-major, ayant pratiqué la désarticulation coxo-fémorale, évacua son amputé sur Corviale. Le malade donnait beaucoup d'espoir, et la plaie était cicatrisée aux trois-quarts, lorsque, vingt-huit jours après l'opération, il fut emporté par la résorption purulente. M. le chirurgien-major Philippe tenta aussi deux désarticulations coxo-fémorales.

L'état sanitaire fut satisfaisant du 7 au 20 juin; mais, à partir de cette époque, le temps devint lourd, la chaleur étouffante; des orages bouleversèrent l'atmosphère, et, chaque matin, un brouillard qui s'élevait des terrains humides plantés de cannes obscurcissait les airs et mouillait les vêtements. La résorption purulente fit des ravages; les amputations consécutives n'étaient pas heureuses; les vers pullulaient dans les plaies et s'y reproduisaient d'un pansement à l'autre. On observa quelques fièvres, et un officier mourut en peu d'heures d'un accès pernicieux. Mon collègue Lasserre était chargé de ces fiévreux.

Voici le mouvement de l'ambulance de Corviale, du 7 juin au 6 juillet, jour où les malades furent évacués sur Rome :

Entrées.	89, dont 14 officiers;
Sortis guéris	4, dont 3 officiers;
Évacués sur Civita-Vecchia. . . .	45, dont 5 officiers;
Évacués sur Rome.	10, dont 3 officiers;
Morts.	24, dont 3 officiers.

L'ambulance était fréquemment visitée par les officiers généraux, par les membres de l'intendance, et par les officiers de santé en chef. Les malades ne manquaient pas de bonnes paroles et de chaleureuses exhortations; mais ils manquaient de chemises... A ce sujet, nous allons conter une petite anecdote. Un jour, un haut personnage vint compatir aux souffrances de nos blessés. Par malheur, il s'aperçut que deux Italiens figuraient à côté des nôtres : Quoi ! docteur, s'écria-t-il, des ennemis parmi nous ! — Pardon, répondit le chirurgien, ce sont des blessés. — Prenez note, dit le général à son aide de camp, et qu'on les évacue demain. — Quelques pas plus loin, le haut personnage découvrit que plusieurs de nos soldats n'avaient pas de chemises. Il est vrai que d'autres en portaient de superbes, et notre bon ami Monier sait bien qui les leur avait données. — Prenez note, répéta le général à son aide de camp, et qu'on leur fasse avoir des chemises à tous ces braves. Vous en aurez, mes amis.

Le lendemain, un fourgon emportait deux pauvres diables qui, en proie à la fièvre, se plaignaient dans une langue étrangère. Mais les chemises? Elles ne sont pas arrivées ! Il n'y en avait probablement pas; car, quatre mois après ces faits, elles n'existaient pas encore en assez grand nombre dans les hôpitaux de Rome.

F. J.

(La fin à un prochain numéro.)

est, ainsi que l'épigastre, rempli par une tumeur dure, mate, dont l'œil suit facilement le contour et qui porte en avant la paroi abdominale; les urines sont rougeâtres, très-troubles. Selles abondantes à la suite de l'administration de l'huile de ricin. (Continuer les frictions mercurielles.)

Le 22, la peau est moins chaude et le pouls moins développé. (Idem.)

Le 23, le thorax est moins bombé à droite; mais la région hypocondriaque, de ce côté, et la moitié droite de l'épigastre le sont davantage. Ces régions sont mates, ainsi que la partie inférieure droite du thorax, à partir du niveau de la cinquième côte. La pression est encore douloureuse au-dessous des côtes droites. Peu de chaleur; 128 pulsations peu développées; l'ictère est peu apparent. (Continuer les frictions mercurielles; 3 décigr. de calomel.)

Le 24, plusieurs selles; la saillie de la partie supérieure droite de l'abdomen est encore plus prononcée; elle s'étend jusqu'à l'ombilic. Le côté droit du thorax est encore bombé latéralement, mais il l'est beaucoup moins en avant.

Le 25 et le 26, les veines sous-cutanées abdominales, distendues par le sang, sont très-apparentes; 112 pulsations. (Continuer les frictions mercurielles; 2 décigr. de calomel.)

Le 27, un peu plus de chaleur; 120 pulsations. La tumeur abdominale semble un peu moins saillante, un peu moins dure.

Le 28, éruption de papules d'un rouge vif, dont plusieurs à sommet vésiculeux, paraissant sur différentes parties du corps, nombreuses surtout à la partie interne et supérieure des cuisses où elles sont confluentes. On en voit aussi un assez grand nombre sur la partie inférieure de l'abdomen et sur les lombes; la chaleur de la peau est moindre. Pouls à 98. La tumeur abdominale est moins saillante, mais aussi large. La langue est un peu blanchâtre, mais rosée au pourtour.

Le 29, l'éruption est répandue sur toutes les régions du corps, excepté sur la face; elle est moins visible aux régions où les frictions mercurielles ont été faites qu'aux autres; elle se présente sous l'aspect de larges plaques irrégulières, formées par la juxtaposition des papules. Les veines sous-cutanées abdominales sont encore fort apparentes. (On suspend le calomel et les frictions mercurielles.)

Le 1er mars, même état.

Le 2, la peau offre encore une légère teinte rouge, diffuse, sans saillie: un peu de desquamation sur le flanc droit. La tumeur de l'abdomen est moins saillante. La pression n'y est plus douloureuse; 96 pulsations, 24 respiration, matité et absence du bruit respiratoire dans les trois quarts inférieurs du côté droit postérieur du thorax. En avant, la matité commence au niveau de la sixième côte. Égophonie très-distincte au niveau de l'omoplate.

Le 3, l'éruption a disparu; la chaleur de la peau est peu élevée; le volume de la tumeur abdominale diminue encore. (On recommence les frictions mercurielles.)

Le 4, l'éruption reparaît sur les régions inférieures de l'abdomen, telle qu'elle s'était présentée la première fois, sous l'aspect de petites papules. La tumeur abdominale est peu apparente.

Le 5, l'éruption ne se présente plus sous la forme de petites papules, mais sous celle de larges plaques, succession que l'on avait aussi observée la fois précédente. La desquamation continue sur le flanc droit; elle est aussi fort apparente au prépuce. L'épanchement thoracique a disparu.

Le 6, l'éruption est générale; elle se présente sous la forme de larges plaques bien circonscrites dont le contour offre un léger relief appréciable seulement au toucher.

Le 7, le volume de la tumeur abdominale diminue de plus en plus; persistance de l'éruption. Apyrexie.

Le 8, l'éruption persiste. (On suspend de nouveau les frictions mercurielles.)

Le 9, persistance de l'éruption.

Le 10, l'éruption pâlit; la desquamation continue à s'effectuer par larges plaques sur les parties où les frictions ont été faites.

Le 11, l'éruption a disparu; continuation de la desquammation.

Le 12, la tumeur abdominale ne produit plus de saillie appréciable à la vue, mais on sent encore le foie sous les fausses côtes droites. Le soir, légère chaleur; 80 pulsations assez développées.

Le 15, on recommence les frictions mercurielles sur l'abdomen.

Le 16, la tumeur abdominale est à peine appréciable; continuation de la desquamation.

Le 17, un peu de rougeur claire, sans saillie, au flanc droit et aux parties génitales; le pouls est assez développé.

Le 18, même état. La face s'amaigrit.

Le 19, un peu de toux; persistance de la rougeur de la peau. (On suspend les frictions mercurielles.)

Le 20, un peu de fièvre. Le soir, la peau de l'abdomen, principalement à droite, est d'un rouge clair.

Le 21, persistance de l'éruption et de la fièvre.

Le 22, la fièvre persiste et l'éruption pâlit.

Le 23, l'éruption a disparu et laisse à sa place une troisième desquamation.

Les 24, 25, 26, 27, 28, la desquammation persiste à la paroi abdominale; sécheresse générale de la peau; diarrhée abondante. (Décoction blanche de Sydenham, lavement avec amidon et laudanum, potages.)

Le 30, la diarrhée est beaucoup moindre. (Un bain.)

Le 31, la peau est un peu moins sèche; la fièvre presque nulle. *Je cesse de l'observer.*

L'hydrargyrie, dans ce cas, ne se développa pas dans les mêmes circonstances que chez les malades des observations précédentes. Le calomel à l'intérieur et les frictions avec l'onguent mercuriel sur la région hypocondriaque droite furent les causes de production de cette éruption; les frictions mercurielles, surtout, eurent la plus grande part dans le développement de la maladie, car les deux récidives survinrent, lorsque l'on commença à employer ces frictions, sans administrer, en même temps, le calomel.

Il ne peut y avoir aucun doute sur la nature hydrargyrique de l'éruption, chez ce malade. Les récidives si remarquables, coïncidant avec l'emploi des frictions mercurielles; au contraire, la disparition des taches rouges, lorsque l'on interrompait ces frictions; et encore, l'aspect de l'éruption qui présentait parfaitement tranchés les caractères assignés par les auteurs à l'hydrargyrie, ainsi, des papules ou des vésicules, nombreuses surtout à la partie interne des cuisses et à la partie inférieure de l'abdomen, formant de larges plaques et suivies de desquamation: telles sont les preuves suffisantes de la nature de l'éruption.

Nous devons revenir sur quelques-uns des détails de cette observation.

Rappelons, par exemple, que l'éruption était moindre aux régions où l'on avait pratiqué les frictions mercurielles, tandis qu'au contraire la desquamation y était plus apparente; cette desquamation différant par l'aspect de celle que nous avons observée précédemment, s'effectua, dans ce cas, par larges lamelles, comme dans la scarlatine, mais elle commença à se manifester avant même que l'éruption eût disparu, tandis que, dans la scarlatine, il y a ordinairement un intervalle entre la disparition de la rougeur et le commencement de la desquamation. L'éruption, lors de la seconde récidive, ne fut pas tout à fait semblable à ce qu'elle avait été à la première apparition et à la première récidive; elle fut seulement constituée par des plaques rouges, sans saillie.

L'hydrargyrie ne donna lieu, chez ce sujet, qu'à une légère augmentation du nombre des pulsations, le jour qui précéda la première apparition de l'éruption; car la fièvre qui accompagna la seconde récidive et qui survint, d'ailleurs, trois jours après l'apparition des plaques, était due sans doute au développement de tubercules; c'est au moins ce que plusieurs symptômes semblèrent indiquer.

(La fin au numéro prochain.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

II. DUBLIN MEDICAL PRESS.

Les numéros d'avril, mai, juin, juillet, août et septembre 1849 contiennent les travaux originaux suivants: 1° *Du traitement du choléra*; par M. Taylor; par M. Russell; par M. Doherty; par M. Stokes; par M. Cormick; par M. Cotter; par M. Beamish; par M. Creighton et par M. Allen. 2° *Sur l'anatomie du pied du chameau*; par M. Harrison. 3° *De l'inflammation phlébitique et puerpérale de l'œil*; par M. Jacob. 4° *Statistique de l'infirmerie du comté de la Reine pour 1848*; par M. J. Jacob. 5° *Deux anévrismes naissant de deux points distincts de la crosse de l'aorte*; par M. Bellingham. 6° *Du traitement de l'anévrisme par la compression*; par M. Tufnell. 7° *Nouvel instrument pour le traitement de l'anévrisme*; par M. Carte; *et exemple de l'efficacité de ce traitement*; par M. Hutton. 8° *Extirpation d'un polype au-dessus du voile du palais*; par M. H. Thompson. (Guérison au moyen de la ligature.) 9° *Larves dans le conduit auditif*; par M. Routh. 10° *Sur la pathologie du choléra*; par M. Freke. 11° *Essai sur l'histoire de la médecine irlandaise.* 12° *Cas de tétanos traumatique traité par le chloroforme*; par M. Wilmot. (Le malade a succombé.) 13° *Tumeur de nature maligne chez un enfant*; par M. Bettersby. 14° *Du nitrate d'argent dans la salivation*; par M. Kirby.) 15° *Procédé pour faire disparaître les taches résultant de l'application du nitrate d'argent*; par M. Collins. 16° *Inflammation névralgique de l'œil*; par M. Jacob. 17° *Opérations chirurgicales pratiquées à l'hôpital de Ballymena durant une année, depuis le 21 août 1849*; par M. Kidd. 18° *Solution de camphre dans le chloroforme contre le choléra*; par M. Bagot. 19° *Cas d'anévrisme traumatique traité avec succès par la compression*; par M. Crampton. 20° *Cas de choléra avec collapsus, suivi de guérison*; par M. Colvan. 21° *Lettre sur la propagation des sangsues en Irlande*; par M. Donovan.

DANGER RÉSULTANT DE L'EXCISION DES AMYGDALES; par M. HARVEY.

L'auteur, adversaire déclaré de cette opération, puise à toutes les sources pour trouver des arguments contre elle. D'abord il avance que l'engorgement des amygdales n'a aucune influence pour obstruer l'orifice de la trompe d'Eustachi. Sur plus de 100 cas qu'il a examinés, il n'a jamais rencontré de disposition qui permît de croire à la réalité de cet effet. En augmentant de volume, dit-il, l'amygdale se développe de préférence en bas

et en avant, c'est-à-dire du côté de l'œsophage et de celui de la bouche, mais non dans la direction où elle pourrait aller comprimer la trompe. A la vérité (et c'est une concession qui fait plus d'honneur à la loyauté de M. Harvey qu'à sa logique), l'obstruction de la trompe, dit-il, peut également survenir dans ces cas par suite de la propagation de la phlegmasie à la membrane muqueuse qui la tapisse. Dans tous les cas, ajoute-t-il, cette oblitération ou ce rétrécissement du conduit d'Eustachi coexiste beaucoup moins souvent avec l'engorgement amygdalien qu'on ne l'a supposé. D'ailleurs, il a vu quelquefois l'audition, jusque-là intacte, diminuer après l'ablation des amygdales.

Cette opération, selon lui, a des inconvénients directs. Il l'a vue être suivie d'hypertrophie des follicules du pharynx, d'une soif et d'une chaleur continues, d'une envie opiniâtre d'avaler, de trouble de la santé générale et de modification fâcheuse de la voix.

L'expérience générale, selon nous, témoigne assez hautement contre de semblables allégations pour qu'on puisse se dispenser de les examiner en détail. Vraies pour les premiers jours qui suivent la tonsillotomie, ces accusations cessent très-rapidement d'être fondées; et c'est, au contraire, un phénomène surprenant que cette absence de tout changement dans les fonctions de l'arrière-gorge, à la suite de l'extirpation de deux organes que, *à priori*, on devrait croire chargés d'y jouer un certain rôle.

M. Harvey porte à l'opération un coup direct, mais tout aussi peu justifié, en soutenant que les amygdales engorgées chez les enfants reprennent en général leur volume naturel à l'époque de la puberté. Mais alors même qu'il en serait ainsi (ce qui est loin d'être constant), il ne s'ensuivrait point qu'on dût recourir à la tonsillotomie chez les enfants. En diminuant le volume d'air respiré, l'engorgement chronique des amygdales compromet trop leur nutrition et leur développement pour que l'opération, qui constitue le remède souverain en pareil état, puisse jamais être différée sans danger à cet âge.

NOUVEL INSTRUMENT POUR LA PERCUSSION; par le docteur BARKER.

Ceux qui attachent une grande importance à l'emploi du plessimètre dans la pratique de la percussion nous sauraient mauvais gré de passer sous silence le nouvel instrument imaginé par M. Barker. Cet instrument n'est autre chose que le plessimètre de M. Piorry, au bord duquel un petit marteau est attaché au moyen d'un ressort. Le marteau, qui est très-lourd, malgré son petit volume, et recouvert de caoutchouc vulcanisé pour éviter la résonnance métallique, porte un levier qu'on fait mouvoir avec l'index de la main même qui tient le plessimètre. L'auteur attribue à son instrument les avantages que voici : le choc est toujours égal, précis, dirigé perpendiculairement; les deux côtés de la poitrine peuvent être explorés rapidement; on peut percuter facilement les régions axillaire, sus-claviculaire et abdominale; l'application de l'instrument sur des parties rendues sensibles par la maladie ou couvertes de vésicatoires n'est pas douloureuse; elle peut avoir lieu dans toutes les positions du corps; elle n'oblige pas à découvrir le malade autant que dans l'emploi du procédé ordinaire; enfin, elle n'exige l'usage que d'une main, laissant l'autre libre pour l'application du stéthoscope, et permet ainsi d'écouter les sons produits par la percussion, ou, comme le dit l'auteur, d'étudier la *percussion transmise*.

Disons d'abord que l'idée de frapper sur le plessimètre avec un marteau remonte presque à l'invention du plessimètre lui-même. M. Piorry avait à peine fait connaître son premier instrument que M. Barry imaginait de percuter avec une tige d'ébène terminée par une olive; M. Scelle-Mondezert frappait avec une tige introduite dans un stéthoscope. Peu de temps après, on songea aussi à combiner la percussion avec l'auscultation. Ainsi, en 1826, M. de Dervieu remplaça l'embout du stéthoscope de Laënnec par une plaque d'ivoire non perforée et disposa dans le stéthoscope une petite pelote qui, mise en mouvement par un ressort, venait, *pendant qu'on auscultait*, frapper la partie supérieure de la plaque. Cet essai n'ayant pas réussi, M. Piorry imagina, dans le but exprès, comme il le dit dans son PROCÉDÉ OPÉRATOIRE, *d'écouter la poitrine pendant la percussion*, un instrument dont la disposition essentielle consiste en ce que le plessimètre s'articule *par un de ses bords* avec un stéthoscope, de telle sorte que la percussion peut se pratiquer tout à côté de l'endroit ausculté. Enfin, quant à l'idée de prévenir la résonnance du plessimètre, elle a été maintes fois appliquée. MM. Leblanc et Trousseau recouvrirent l'instrument de caoutchouc, comme M. Barker fait aujourd'hui pour son marteau, et MM. Faye et Cottereau proposèrent des plessimètres en liége.

Laissant de côté pour le moment la question de prééminence posée dans la dernière séance de l'Académie de médecine entre le plessimètre et le doigt, nous distinguerons dans les diverses modifications sus-indiquées, dans celle de M. Barker en particulier, deux choses d'importance très-inégale, à savoir, l'emploi d'un marteau pour la percussion, et la combinaison de l'auscultation avec la percussion. Un marteau ou tout autre intermédiaire, pour porter un coup dont la force et la direction doivent être mesurées, ne vaudra jamais les doigts. On dit que le marteau frappe toujours des coups égaux; tant pis, car il est souvent utile de varier la force du choc, suivant le degré de solidité ou le degré de profondeur des organes à explorer; et si l'on voulait ne pas perdre cet avantage avec l'instrument de M. Barker, il faudrait ajouter une complication à celles qu'il a déjà imaginés, c'est-à-dire établir un quart de cercle gradué à l'extrémité du levier pour mesurer l'intensité du choc, et pouvoir ainsi, tout en n'abaissant pas complétement la branche du levier, imprimer un choc égal aux régions symétriques de la poitrine. Quant à l'avantage de l'auscultation combinée avec la percussion, il est réel. Les sons produits par la percussion se trouvant ainsi renforcés, il est manifeste que leurs différentes nuances deviennent plus appréciables. Cela est vrai surtout de certains bruits d'une détermination difficile, comme est, par exemple, celui que donne un liquide en contact avec un gaz et appelé bruit *humorique*. Mais quand on songe à l'intensité avec laquelle les bruits de percussion sont propagés par les parois solides de la poitrine, à tel point qu'ils prennent tous un timbre métallique, on reste convaincu qu'il n'est presque d'aucune utilité de les ausculter tout près du point où on les produit; et, s'il suffit de placer le stéthoscope à une certaine distance du point percuté, les motifs tirés de la difficulté matérielle de percuter et d'ausculter tout à la fois, par les procédés ordinaires, n'ont pas grande valeur. On ajoute, il est vrai, que l'emploi du plessimètre simple ou du doigt occupe les deux mains; mais qui ne sait que l'application de l'oreille sur le stéthoscope suffit pour le maintenir en position?

CAS DE PHTHISIE PULMONAIRE ET D'AFFECTION SCROFULEUSE ÉTENDUE; par le docteur MALCOLM.

Ce cas est présenté par l'auteur comme propre à corroborer fortement l'opinion de l'identité des tubercules et des scrofules, très-généralement admise, ajoute-t-il, par les pathologistes modernes. Il s'agit d'un enfant sourd et muet de naissance admis à l'asile dans le dernier degré de consomption pulmonaire. Les ganglions lymphatiques étaient très-engorgés, et, à travers les parois abdominales, on pouvait facilement sentir les glandes mésentériques tuméfiées. Cet enfant mourut le lendemain du jour de son admission. L'autopsie ayant été faite vingt-quatre heures après la mort, on trouva des adhérences pleurétiques anciennes, avec un peu d'épanchement; une dégénérescence des glandes bronchiques et sus-sternales qui étaient complétement converties en masses tuberculeuses jaunâtres, d'apparence caséuse; les deux poumons creusés, au sommet, de larges cavités irrégulières, parsemés dans le reste de leur étendue de petits abcès tuberculeux, avec hépatisation plus ou moins avancée du tissu intermédiaire; le péricarde contenant un peu de sérosité qui paraissait s'être formée après la mort; les glandes mésentériques très-développées et dégénérées comme les bronchiques; l'ulcération générale des plaques de Peyer, sans autre altération du tissu muqueux, qui était seulement pâle et peu consistant.

L'étendue que nous nous proposons de donner, dans une prochaine analyse bibliographique, à l'examen de la question soulevée par M. Malcolm nous dispense aujourd'hui d'y insister ici. Nous ferons seulement remarquer que le fait dont il s'agit ne peut rien prouver, ni pour ni contre l'identité de la scrofule et du tubercule. En premier lieu, les caractères fondamentaux sur lesquels on a établi une distinction essentielle entre les deux formes morbides, c'est-à-dire les caractères microscopiques, ne paraissent pas même avoir été recherchés. Ensuite, fût-il bien avéré que toutes les glandes engorgées étaient réellement tuberculenses, il n'y aurait pas grande conséquence à en tirer. Les observations de ce genre sont parfaitement admises dans les deux camps, par les partisans de la non-identité aussi bien que par ceux de l'identité. Mais les premiers arguent de l'existence de manifestations scrofuleuses, gonflements osseux, abcès froids, etc., chez des sujets absolument exempts de tubercules; ils arguent encore de certaines circonstances étiologiques qui ne sont pas les mêmes pour le tubercule et la scrofule. Or de tout cela pas un mot dans la note de l'auteur, laquelle ne peut en conséquence avoir la portée qu'il lui attribue.

DES CONVULSIONS PUERPÉRALES ET DE LEUR LIAISON AVEC UNE ALTÉRATION DU SANG; par le docteur CORMACK.

La pensée du docteur Cormark, telle qu'elle résulte de la note que nous avons sous les yeux, et qui n'est que le résumé d'un travail plus étendu, lu devant la *Société médicale de Westminster*, cette pensée est celle-ci : Les convulsions qui accompagnent l'état de grossesse sont *généralement* le résultat d'un empoisonnement du sang, par suite du défaut d'élimination de certains principes destinés à être excrétés; et ce défaut d'élimination dépend lui-même, *dans le plus grand nombre des cas*, d'une congestion des reins produite par la pression de l'utérus. L'auteur indique ainsi la succession des phénomènes :

ÉTAT DE GROSSESSE.

Nécessité augmentée de la dépuration du sang.	Tumeur (utérus développé) produisant la congestion rénale.
	Défaut d'élimination des éléments excrémentiels du sang.
	Action sur le cerveau et la moelle, convulsions.

M. Cormack invoque, à l'appui de sa théorie, la fréquence de l'œdème et de l'albuminurie accompagnant ou précédant les convulsions. Il y voit le résultat d'une congestion rénale propre elle-même à empêcher la dépuration du sang, circonstance d'autant plus fâcheuse pour les femmes enceintes que leur position particulière rend pour elles la dépuration plus nécessaire. Et ce ne sont pas seulement les convulsions qui doivent être, suivant lui, rapportées à la rétention dans le sang de matières excrémentielles, ce sont encore une foule d'autres dérangements propres à la grossesse, et dont le tableau peut varier à l'infini. Que si l'on voit ces symptômes, aussi bien que les convulsions, cesser après l'accouchement, il faut l'attribuer à la disparition de l'état hypérémique des reins. Enfin les convulsions puerpérales sont plus fréquentes, affirme l'auteur, chez les femmes jeunes, fortes et primipares, uniquement parce que, les parois abdominales se laissant difficilement distendre par l'utérus développé, la gêne de la circulation rénale en devient plus grande.

Cet aperçu de M. Cormack, on l'aura remarqué, ne repose pas encore sur des données bien précises. Néanmoins il ne serait pas juste de le repousser tout d'abord. Un membre de la Société médicale de Westminster, M. Tyler Smith, dans la discussion qui a suivi la lecture du travail, a fait remarquer avec raison que l'état de grossesse gênait un assez grand nombre d'excrétions naturelles, et devait conséquemment disposer à l'altération du sang. Cet état produit la constipation ; il amène la compression des veines émulgentes, celle des vaisseaux hépatiques. De plus, en refoulant les viscères thoraciques, il embarrasse la circulation et la respiration, et met un certain obstacle à l'oxygénation du sang. Ces considérations, bien qu'entièrement théoriques, méritent néanmoins d'être pesées. On ne voit pas clairement jusqu'ici le rapport qui lierait ces conditions d'empoisonnement du sang aux altérations jusqu'ici constatées par la chimie dans le sang des femmes enceintes, telles que diminution des globules, augmentation de la fibrine, abaissement du chiffre de l'albumine, et par suite de la densité. Mais si la chimie a rendu un véritable service par les analyses déjà si nombreuses du sang dans les maladies, il reste une œuvre plus difficile pour laquelle la chimie n'est guère compétente : c'est de découvrir les causes des altérations qu'elle constate. Ajoutons que le sang est susceptible sans doute de plus d'une altération autre que celles qui consistent dans des changements de la proportion de ses principes constituants.

DEUX ANÉVRISMES NAISSANT DE DEUX POINTS DISTINCTS DE LA CROSSE DE L'AORTE; par M. BELLINGHAM.

Cette observation offre l'exemple assez rare de deux anévrismes nés de la crosse aortique; elle montre aussi les diverses phases d'un travail de cure spontanée qui était ici en voie de s'effectuer. On y voit même, selon l'auteur, les dangers de l'exagération de travail, puisqu'en se continuant trop longtemps, il alla jusqu'à remplir les ventricules de couches fibrineuses. Enfin la graisse qu'on trouva dans les parois du cœur est un fait plein d'intérêt, comme coïncidence, s'il est vrai, ainsi que le disent Gulliver et Gluge, que les dépôts athéromateux des parois artérielles sont autre chose que de la graisse.

Obs. — Un homme âgé de 37 ans, bien portant jusqu'au mois de mars 1848, tomba malade vers cette époque. Entré à l'hôpital le 26 octobre de la même année, il se plaignait principalement de dyspnée, de toux et de difficulté à expectorer. La toux était rauque et ressemblait à celle qu'on observe dans les maladies chroniques du larynx. Il ne peut avaler les solides qu'en petits morceaux; mais les liquides passent bien. Contenance anxieuse; insomnie. Il est réveillé presque chaque demi-heure par un sentiment de suffocation.

On sent et l'on voit au niveau de l'union du cartilage de la seconde côte avec le sternum une tumeur pulsatile, assez proéminente, un peu douloureuse à la pression, et agitée d'un double mouvement bien marqué. Un son mat est perçu soit sur elle, soit tout autour. L'auscultation y décèle un double bruit analogue à celui du cœur. Le bruit du cœur est normal, mais faible, son impulsion peu considérable.

Tous ces symptômes allèrent en augmentant graduellement. Le malade s'épuisant peu à peu, succomba le 19 février 1849.

Autopsie. — Émaciation très-prononcée; pas de graisse dans le tissu sous-cutané. Le cœur est un peu plus volumineux que d'ordinaire, mais flasque et mou. Sa surface est couverte de graisse, surtout sur le ventricule droit, où elle pénètre profondément dans la substance de ce viscère. En ouvrant les deux ventricules, on les trouva presque remplis de fibrine.

La tumeur anévrismale extérieure s'élevait de la partie transversale de la crosse aortique, entre la naissance de l'innominée et celle de la carotide gauche. Elle avait la grosseur d'une petite pomme. Le sac adhérait à la plèvre gauche et aux parois de la poitrine. La seconde côte près de son cartilage avait été usée et rompue en travers.

On aperçut alors un second sac qui s'étendait plus profondément dans la poitrine. Un peu plus gros que l'autre, il naissait de l'aorte ascendante, se dirigeait à droite, et adhérait intimement au lobe supérieur du poumon droit et à la trachée, qui, vers sa bifurcation, avait été complétement aplatie par cette pression.

Ces deux sacs étaient durs et solides. En les ouvrant, on vit qu'ils étaient absolument pleins de fibrine déposée en couches concentriques, laquelle s'étendait jusqu'au voisinage de l'orifice de communication entre le sac et l'artère. Les couches externes de cette fibrine étaient blanches; les autres étaient plus ou moins teintes de sang. La masse fibrineuse, ferme, solide et dure, offrait à la section une surface lisse. L'areade aortique était un peu dilatée; sa membrane interne présentait de nombreux points malades.

NOUVEL INSTRUMENT POUR LE TRAITEMENT DE L'ANÉVRISME; par M. CARTE.

L'idée générale du mécanisme par lequel se fait ici la compression suffira pour faire comprendre les avantages de cet instrument. Tout le monde connaît les seringues auxquelles on a adapté de chaque côté un cordon de caoutchouc vulcanisé, pour que le piston, une fois tiré, soit sollicité par une force constante à revenir sur ses pas. Eh bien! il en est de même dans la modification imaginée par M. Carte. Supposez, au lieu du corps de la seringue, un demi-cercle métallique, tel que le compresseur ordinaire des artères, au lieu du piston, une pelote à tige. Il faut que le caoutchouc vulcanisé doive être distendu pour que la pelote soit appliquée sur le point du membre où on veut presser. Par conséquent, en revenant incessamment sur lui-même, il tendra d'une manière continue à opérer la compression. Ce sera une action lente, douce, mais de tous les instants, et facile à maintenir, quels que soient les mouvements du membre.

La supériorité de cette *force élastique* est déjà un fait prouvé par l'expérience. A la suite du travail où M. Carte a fait connaître la construction de son instrument, M. Hutton publie deux cas où son emploi a été couronné du succès le plus rapide et le plus complet. Il est surtout avantageux par le peu de douleurs qu'il détermine.

Dans le premier cas, le malade porteur d'un anévrisme au pli du bras, n'avait jamais pu supporter la compression avec l'instrument à vis, quoiqu'on eût eu soin de la faire porter alternativement sur différents points de l'artère humérale, et de ne serrer que juste au degré nécessaire pour suspendre les battements. Recommencée à diverses reprises durant l'espace de douze jours, cette sorte de compression déterminait des douleurs tellement vives que le malade ne put s'y soumettre plus de quatre heures en tout. — Au contraire, avec le mécanisme de M. Carte, il subit de suite la pression durant six heures, sans qu'on eût eu besoin de changer la pelote de place. Cette interruption sans intervalles de la circulation fut suffisante pour amener la cure définitive.

Le second malade avait dans le creux poplité un anévrisme du volume d'un œuf de poule. Désireux d'éviter la ligature, il maintint le compresseur de M. Carte sept heures de suite. — Les pulsations cessèrent dès lors, et la tumeur se réduisit à un petit noyau, solide et ne présentant aucune pulsation.

La force élastique fournit donc un moyen qui, par sa douceur même, offre un précieux gage d'efficacité, car c'est cette absence de douleur qui permet de continuer, avec lui, la compression assez longtemps pour obtenir en une seule séance la disparition des pulsations.

LARVES DANS LE CONDUIT AUDITIF; par M. ROUTH.

Nous donnons en entier la relation de ce fait remarquable à plus d'un titre, et surtout intéressant par l'exactitude avec laquelle on a pu en observer l'évolution successive.

Obs. — M. Routh montre à la Société médicale de Westminster deux petits vers sortis de l'oreille d'un de ses malades. Cet individu avait habité le Brésil. Un jeudi du mois d'octobre 1846, pendant qu'il était occupé à lire, tourmenté par une mouche qu'il finit par frapper avec la paume de la main, il la poussa par hasard dans le méat auditif. Elle n'en fut extraite qu'au bout de quatre à cinq minutes par sa sœur, qui la retira à l'aide de petites pinces. L'insecte sortit vivant et intact, sauf une jambe; il fut vu par tous les membres de la famille, et reconnu pour une mouche à viande, *musca canaria*.

Le même soir, ce malade commença à éprouver une sensation anormale dans l'oreille. Elle s'accrut par degrés au point d'envahir l'oreille interne où elle devint insupportable. C'était comme si quelque chose eût rongé ou râpé le tympan.

Un médecin anglais, appelé auprès de lui, ordonna d'instiller dans l'oreille quelques gouttes d'une solution d'opium dans l'acide nitrique dilué. La douleur n'en fut pas soulagée le moins du monde.

Le samedi, à quatre heures de l'après-midi, il fut saisi de convulsions; il poussait des gémissements lamentables, enfonçait la tête dans les coussins, roulait les yeux, et pliait fortement les jointures. La convulsion durait de sept à dix minutes, avec tous les caractères d'un spasme clonique.

Le médecin fit le soir même, avec une pince, l'extraction d'un ver vivant; il ordonna d'introduire dans l'oreille une solution faible de bichlorure de mercure. Cependant les douleurs persistèrent avec la même force et les mêmes caractères. Une seconde convulsion revint à onze heures du soir, et il fut alors décidé en consultation de faire pénétrer dans l'oreille du précipité blanc suspendu dans du lait. Cela amenda un peu les souffrances; bientôt après, il sortit deux autres vers morts.

Le dimanche matin, il survint encore une convulsion, mais beaucoup plus violente : quatre vers sortirent également sans vie.

Depuis lors, les douleurs aiguës disparurent; il resta un écoulement purulent par l'oreille, mais qui céda aux injections et aux révulsifs.

Le malade était rétabli au bout de six semaines; seulement il est resté sourd de cette oreille.

Ce cas apprend d'abord combien il a peu fallu de temps à la mouche pour pondre six œufs; puis combien ils éclosent rapidement dans l'oreille. Il montre aussi que le cérumen n'est point un poison pour les vers. Enfin, on y voit un exemple du danger qu'il pourrait y avoir, dans une circonstance semblable, à perdre du temps.

L'efficacité du précipité blanc a été mise hors de doute par l'événement. Le dictionnaire de Samuel Cooper contient l'indication de deux cas de ce genre, dans l'un desquels le malade éprouva également des convulsions.

DU NITRATE D'ARGENT DANS LA SALIVATION; par le docteur KIRBY.

MOYEN D'ENLEVER LES TACHES DE NITRATE D'ARGENT; par le docteur COLLINS.

M. Kirby a souvent eu recours au moyen employé avec tant de succès par M. Bonchacourt dans un cas de salivation abondante qui avait résisté à l'emploi de gargarismes variés, à savoir : la cautérisation avec le nitrate d'argent en solution. M. Kirby assure que ce moyen arrête rapidement le flux salivaire pourvu que la solution soit suffisamment concentrée et appliquée fréquemment. La dose qu'il indique est celle d'un drachme de sel d'argent pour une once d'eau distillée. La liqueur est appliquée avec un pinceau (l'auteur ne dit pas dans quel endroit de la bouche ni dans quelle étendue) trois ou quatre fois par jour. Chaque application est suivie d'une sensation de chaleur et de cuisson qui se dissipe très-vite et est suivie d'un bien-être prononcé.

Ce mode de traitement paraît d'abord présenter un inconvénient sérieux, c'est de ternir considérablement les dents; mais on y remédie par le moyen indiqué en pareil cas par le docteur Collins, et qui n'est autre que celui dont il se sert pour enlever les taches de nitrate d'argent sur le linge; ce sont des lotions à l'iodure de potassium ou à l'hyposulfite de sonde, ou encore au cyanure de potassium. M. Collins a pris deux dents arrachées depuis quelques jours et les a noircies profondément avec le nitrate d'argent. Puis il en a traité une par la solution de cyanure de potassium, dans la proportion d'une partie de sel pour deux parties d'eau distillée, et l'autre par la solution d'hydriodate de potasse dans la proportion de 4 grains pour 10 d'eau distillée et la solution d'hyposulfite de potasse dans la proportion d'une partie de sel pour deux parties d'eau. Ce dernier procédé réussit convenablement, mais le premier beaucoup mieux encore; les dents reprirent tout leur éclat primitif.

Dans la courte note dont le travail de M. Kirby a été l'occasion pour M. Collins, ce dernier rappelle que si, dans une solution de cyanure de potassium, on verse une solution de nitrate d'argent, il se fait un précipité de cyanure d'argent parfaitement soluble dans un excès de cyanure de potassium et formant alors un liquide incolore.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 7 JANVIER.

CAUSE DES ACCIDENTS PRODUITS PAR LE CHLOROFORME.

M. E.-A. ANCELON, médecin en chef de l'hôpital de Dieuze (Meurthe), envoie une note sur la cause la plus fréquente et la moins connue des accidents déterminés par l'inhalation du chloroforme. L'auteur conclut des observations renfermées dans son travail :

1° Que le chloroforme, pour produire promptement, facilement une insensibilité exempte de danger, ne doit jamais être employé qu'à jeun et avec certaines précautions ;

2° Que toutes les fois que l'estomac n'est pas en état de vacuité, le chloroforme produit de l'agitation, de l'anxiété;

3° Que son influence anesthésique paraît insuffisante, et peut exposer à donner des doses incompatibles avec la vie;

4° Que la mort peut survenir pendant l'anesthésie si l'on ne parvient pas à délivrer l'estomac du poids des aliments, de la pression des gaz qui l'encombrent, et suspendent, plus ou moins mécaniquement, la circulation veineuse et l'innervation.

NOUVEAU MODE DE PERCUSSION.

M. POIRSON, interne à la Salpêtrière, communique un nouveau mode de percussion. Il consiste à percuter à la manière ordinaire sans plessimètre et avec le doigt (index ou médius) armé d'un dé à coudre poli, et ajusté de manière à emprisonner une certaine quantité d'air entre la culasse et l'extrémité du doigt. Cet instrument, sans altérer aucunement les qualités des sons, leur communique, suivant l'auteur, une netteté et une intensité remarquables. Il permet, en ménageant la percussion, d'épargner presque complètement au malade la douleur d'un choc souvent fort pénible, et d'apprécier les nuances que le doigt seul ne pourrait faire percevoir.

NOUVEAU FÉBRIFUGE.

M. GENDRON (de Château-du-Loir) adresse une note cachetée sur l'emploi comme fébrifuge d'une substance végétale indigène.

MONSTRES DOUBLES PARASITAIRES, DU GENRE CÉPHALOMÈLE (1).

M. Isidore GEOFFROY-SAINT-HILAIRE communique sur ce sujet la note suivante :

La fréquente répétition des mêmes formes et des mêmes caractères chez les êtres anomaux, et même chez les plus anomaux de tous, chez les monstres, est aujourd'hui l'un des faits les mieux démontrés de la science. Après avoir décrit les vingt-trois familles et les quatre-vingts genres auxquels se rapportaient tous les monstres, déjà publiés ou encore inédits, qui m'étaient connus, je n'ai pas craint d'affirmer, en 1836, que la découverte, soit de nouvelles familles, soit même de nouveaux genres, serait, à l'avenir, extrêmement rare, malgré le nombre très-considérable des cas qui se présentent et sont recueillis chaque année.

Cette prévision a été pleinement justifiée. M. Joly est le seul qui, depuis, ait enrichi la liste des genres de monstruosités; et encore faut-il remarquer que les trois genres établis par le savant professeur de Toulouse, bien loin de devenir les types de familles nouvelles, sont venus se placer parmi les célosomiens, près de plusieurs autres genres unis avec eux par les affinités les plus intimes. Quant à moi, depuis quatorze ans, je n'ai pas eu à faire connaître un seul type vraiment nouveau. Et si, deux ou trois fois depuis la publication de mon HISTOIRE GÉNÉRALE DES ANOMALIES, j'ai cru devoir entretenir l'Académie de faits tératologiques, c'est précisément à cause de leur analogie remarquable avec d'autres déjà connus, et parce qu'ils me fournissaient l'occasion d'insister de nouveau sur la réduction des monstres à un nombre très-limité de types, et sur la régularité, si bien démontrée par mon père et par quelques autres auteurs modernes, des formes anomales de l'organisation, et de ce qu'on appelait jadis les *jeux* ou les aberrations de la nature.

C'est dans des vues analogues, et comme exemples de la répétition des types mêmes qui nous semblent les plus bizarres et nous sont le plus inexplicables, que je vais faire connaître deux monstres présentement vivants à la ménagerie du Muséum.

J'ai décrit, en 1839, un monstre double, de l'ordre des parasitaires et d'une organisation fort exceptionnelle. Il s'agissait d'un canard mâle, de l'espèce commune, chez lequel on voyait, implanté dans les téguments de la partie supérieure de l'occiput, un membre, mal conformé, très-petit, et (fait sans aucun analogue connu dans la science) établi sur le type, non des membres de la paire la plus voisine, mais de la paire placée à l'autre extrémité du corps: ce n'était pas une aile rudimentaire, mais une patte mal faite, difforme, il est vrai, mais palmée, à trois doigts, et parfaitement reconnaissable. Ce canard, donné jeune à la ménagerie du Muséum, y atteignit l'état adulte; on remarqua que la patte surnuméraire, loin de s'accroître comme les autres parties, resta stationnaire, et même finit par perdre de son volume primitif. Cette circonstance, bien que conforme à ce que l'on observe généralement chez les parasitaires, et surtout la difficulté de concilier un tel fait avec les théories les plus généralement admises, firent naître dans quelques esprits le soupçon que cette monstruosité pouvait bien n'être que le produit artificiel d'une ente animale.

Malgré les renseignements qui furent pris, et qui ne laissaient aucun doute, plus d'un tératologue se refusait encore à croire à cette monstruosité, lorsqu'en 1841, un second cas fut publié par M. Tiedemann. Un aussi illustre témoignage ne pouvait être récusé par les plus incrédules. Ce second cas, fait bien remarquable, avait été présenté aussi par un canard de l'espèce commune; et l'appendice céphalique, cette fois encore, reproduisait toutes les conditions d'une patte mal conformée. Cette patte se composait de deux doigts, dont l'on pourvu d'un ongle.

Ces deux faits, sur lesquels j'ai fondé le genre céphalomèle, sont encore les seuls connus. Malgré l'empressement que l'on met maintenant de toute part à signaler les cas vraiment dignes d'intérêt, on n'a rien ajouté, depuis dix-neuf ans, à l'histoire de la céphalomélie. Cette monstruosité semblait donc devoir rester d'une extrême rareté, lorsque, par un hasard singulier, le Muséum d'histoire naturelle a reçu presque simultanément deux véritables céphalomèles et un monstre au moins fort voisin de ceux-ci.

Je ne décrirai pas ce dernier, qui est un agneau mort très-peu de temps après

(1) Cette note a été communiquée dans la séance du 17 décembre.

sa naissance. M. Emile Deville, à qui il a été adressé des environs de Blois, et M. le docteur Gratiolet l'ont injecté, et se proposent d'en faire l'anatomie. Je me bornerai donc à dire que cet agneau porte aussi un membre surnuméraire inséré à l'occiput, mais avec quelques circonstances qui placent ce cas tout à fait à part. L'analyse anatomique permettra seule d'en faire avec sûreté la détermination générique.

Pour les autres sujets, tous deux nés à quelques semaines et à quelques lieues de distance, dans les environs de Paris, tous deux donnés presque en même temps à la ménagerie du Muséum, où ils vivent encore, l'inspection extérieure suffit pour qu'on puisse les rapporter avec certitude au genre céphalomèle. C'est bien, dans ces deux cas encore, un membre postérieur, mal conformé, plus ou moins rudimentaire, qui est implanté dans les téguments de l'occiput, et en contact avec le crâne. Et non-seulement les caractères essentiels de la monstruosité sont les mêmes, mais ces deux nouveaux cas sont présentés précisément par la même espèce qui nous avait donné les deux déjà connus, le canard ordinaire.

De ces deux cas de céphalomélie, le premier, observé chez la variété domestique commune, ne diffère guère des autres que par la direction de la patte surnuméraire. Celle-ci, qui est didactyle, au lieu de pendre sur le côté droit de la tête, comme dans le premier cas que j'ai décrit, descend d'abord un peu à gauche, puis se coude à peu près à angle droit et se dirige en avant. Le degré de développement est d'ailleurs à peu près le même, et il existe aussi à la base de la patte surnuméraire une touffe de plumes molles, très-duveteuses à l'origine, et semblables par leur nature, sinon par leur couleur, aux plumes de la région postérieure de l'abdomen.

Chez le second céphalomèle, qui appartient à la variété domestique huppée, la monstruosité se présente avec des conditions particulières qui donnent à ce cas beaucoup plus d'intérêt. Le membre surnuméraire est très-rudimentaire : ce n'est qu'un petit appendice dirigé, à partir de l'occiput, de bas en haut et de gauche à droite, long de 4 cent. 5 seulement, d'abord cylindrique, puis aplati et triangulaire, sans aucun doigt distinct. Dans la portion cylindrique est un os de forme allongée, en contact par sa base avec le crâne, et d'ailleurs librement mobile sur celui-ci. La peau, de couleur orangée, qui revêt cette tige osseuse, se prolonge au delà, et forme à elle seule la portion triangulaire ; elle est revêtue inférieurement de petites plumes blanches, derrière lesquelles sont d'autres plumes blanches plus longues, et ensuite la huppe. On voit que le membre est réduit à un appendice si imparfait, ou, pour mieux dire, à une ébauche si informe, qu'il ne reproduit plus qu'une seule des conditions normales de cette partie chez le canard : la nature et la coloration si caractéristique des téguments.

Ainsi, quatre cas de céphalomélie sont aujourd'hui connus, et, circonstance bien remarquable, tous quatre ont été présentés par la même espèce animale. C'est un fait de plus à ajouter à tous ceux par lesquels j'ai démontré cette singulière aptitude de certains types zoologiques à produire plus ou moins fréquemment telles formes anomales dont, en dehors d'eux, les exemples, ou sont extrêmement rares, ou même manquent complétement. Il est des cas où cette aptitude spéciale est non-seulement incontestable, mais plus ou moins explicable. Nous concevons, par exemple, pourquoi les rhinocéphales à trompe très-développée sont presque tous des cochons; pourquoi l'hermaphrodisme latéral, si rare chez l'homme et les animaux supérieurs, devient presque commun dans les espèces inférieures; pourquoi l'espèce humaine a le triste privilége de donner presque seule naissance à des monstres anencéphaliens et pseudencéphaliens. Mais quand les céphalomèles appartiennent ainsi à une espèce d'oiseaux, pourquoi les monstres du genre le plus voisin, les notomèles, sont-ils généralement fournis par l'espèce bovine ? Pourquoi cette dernière espèce nous a-t-elle seule fourni des hypognathes et des augnathes? Pourquoi, d'une manière plus générale, donne-t-elle naissance, bien plus souvent que le mouton, et de même le chat, bien plus souvent que le chien, à des monstres doubles? Nous l'ignorons complétement; mais ces faits, pour rester inexpliqués, n'en sont ni moins certains, ni moins remarquables.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 8 JANVIER. — PRÉSIDENCE DE M. BRICHETEAU.

La correspondance officielle comprend :

Une lettre du ministre de l'instruction publique, qui consulte l'Académie sur l'emploi de la gélatine dans l'alimentation. (Commissaires : MM. Chevallier, Gibert et Bérard.)

M. Ch. de Paravey, ancien inspecteur de l'École polytechnique, écrit pour provoquer, de la part de l'Académie, des recherches sur la *cire médicale* dont on se sert en Chine pour raviver les plaies, ainsi que pour ranimer la force de la voix et des poumons, cire produite par un insecte qui vit en Cochinchine (baie de Turon, dans l'île de *Hay-Nau*) et dans la Chine elle-même. (Commissaire : M. Merat.)

M. Chardon, de Chasselay (Rhône), adresse un mémoire sur les devoirs du médecin, travail qui offre, dit-il, le résumé consciencieux de sa longue carrière d'observation.

M. Piorry demande la parole à l'occasion du procès-verbal.

INFLUENCE DE LA RATE SUR LES FIÈVRES D'ACCÈS.

M. Piorry : M. Bousquet dans le rapport dont il a donné lecture à l'Académie dans la dernière séance, saisit l'occasion du mémoire de M. Durand pour attaquer la nomenclature. Je ne le suivrai pas sur ce terrain. La nomenclature pathologique est destinée, comme les nomenclatures chimique et botanique, à servir de base à la science. Elle a des contradicteurs, elle en aura; elle a ses partisans, elle en aura de plus en plus. L'oreille s'y habituera, elle passera dans la langue médicale.

M. Bousquet criera au néologisme, d'autres le feront comme lui, mais les praticiens finiront par l'adopter parce qu'elle est commode, claire et pratique. Libre à M. Bousquet, en général si peu disposé à admettre les hypothèses sur l'inflammation, de continuer à appeler splénite toute lésion de la rate; les médecins trouveront beaucoup plus convenable de se servir des mots splénomacrosie, pour désigner que cet organe est volumineux; splénémie pour dénommer sa congestion sanguine; splenhypertrophie pour dire que sa nutrition est augmentée; splénopathie pour faire connaître qu'elle est malade, ou splénalgie pour exprimer la douleur dont elle est le siége, etc.

M. Durand a donc très-bien fait de se servir du mot splénomacrosie, comme le font la plupart des élèves de l'école de Paris. Il a compris l'esprit du temps, il a vu que la nomenclature avait pour but, non pas de créer des mots nouveaux et sans portée, mais qu'elle était indispensable pour l'exposition nette et précise des doctrines organiques qui sont dans les esprits de tous les véritables amis du progrès.

Dans la prochaine séance de l'Académie, j'aurai l'honneur de déposer sur le bureau le VIII[e] et dernier volume du Traité de médecine dans lequel ces doctrines sont exposées, et je m'estimerai heureux si l'on veut bien discuter sérieusement sur la nomenclature et sur les principes que consacre ce long ouvrage.

M. Durand s'est livré à un travail du plus haut intérêt. Il a percuté dans un pays où règnent les fièvres d'accès, quelques centaines d'individus. Or M. Durand rencontre sur les hommes sains une dimension telle à la rate, que, dans la direction d'une ligne verticale qui partait *du sommet de l'aisselle et s'étendait au rebord iliaque*, cet organe présentait une dimension de 7 centimètres à 7 1/2 centimètres. C'est ce que nous avons encore trouvé hier sur vingt-trois individus dont la rate était saine; c'est ce que nous avons trouvé sur quelques milliers de personnes qui ne portaient pas d'affection splénique. Au delà de cette mesure, M. Durand a observé comme nous des accidents fébriles. Or voici que M. Bousquet se fâche contre M. Durand qu'il dit être l'élève, et contre M. Piorry qu'il devine être le maître. Il va chercher des mesures données par Asfolant, par M. Cruveilhier, et qui ayant été prises sur les cadavres de gens dont la maladie avait été inconnue, avaient eu peut-être des fièvres intermittentes ou des fièvres graves rémittentes. Il prend ces mesures supérieures à celles que M. Durand et moi avons trouvées pour les opposer à nos résultats.

Il est évident que les recherches dont il s'agit ne peuvent en rien éclairer la question, et que les seules mesures auxquelles on puisse ici s'en rapporter sont celles qui ont été faites pendant la vie. M. Bousquet ne manquerait pas de dire, contre la valeur des résultats nécroscopiques considérés en général, qu'ils ne donnent pas une idée de ce qui a lieu pendant la vie; mais pour contredire les résultats plessimétriques, il s'en rapporte plutôt aux faits cadavériques qu'aux résultats de l'investigation pendant la vie. Bien plus, notre honorable collègue ne dit pas dans quels sens la rate, dont la forme est oblongue, a donné sur les cadavres les mesures dont il parle, ce qui suffirait pour ôter toute valeur à cette partie de son argumentation.

M. Bousquet revient sur les faits de M. Lachaise, qui dit que dans les fièvres intermittentes la rate n'est pas toujours volumineuse. Or cinq malades venant de la Sologne, et entrés dans notre service, avaient été traités par M. Lachaise. Leur rate était énorme et ne dépassait pas cependant le rebord costal : la fièvre avait récidivé. On n'avait donné en Sologne du sulfate de quinine qu'à des doses très-faibles. Les malades déclaraient n'avoir pas été percutés; peut-être en imposaient-ils, mais ils assuraient que les autres fébricitans, en Sologne, n'avaient pas été mieux examinés qu'eux-mêmes. D'ailleurs on ne peut juger, par la percussion, des dimensions de la rate, qu'en employant le plessimètre, et M. Lachaise se servait du doigt comme instrument de médiation. Tout cela ne constitue en rien des faits scientifiques et propres à éclairer la question. Il ne s'agit pas ici de maître et d'élèves, mais de savoir qui pour bien percuter, il faut l'avoir appris.

En vérité, il est bien facile de juger du volume de la rate chez l'homme sain. Que nos collègues, en commission ou autrement, veuillent se réunir dans le premier hôpital venu, dans mon service si cela leur convient: maintenant il s'y trouve une dizaine de cas de sphlénomacrosie avec fièvre d'accès. Nous percuterons ensemble les gens sains et les malades; des médecins versés dans la pratique du plessimétrisme le feront avec nous et immédiatement après; ils seront convaincus que les suppositions de M. Bousquet, que les hypothèses sur l'état érectile de la rate renouvelées des temps où l'on n'étudiait pas les tissus comme on le fait de nos jours, que la tradition qu'il veut placer avant l'observation, ne peuvent ébranler des faits qu'à chaque instant on peut vérifier. La rate ne se tuméfie ni après la course, ni pendant la digestion, ni dans le cas de panhypérémie. Tout cela est expérimentalement prouvé. C'est encore une question de savoir si pendant certaines agonies, elle prend du développement.

Voilà ce qu'il aurait fallu avoir connu avant d'aborder la question devenue si simple des fièvres intermittentes en rapport avec la rate qui ne diminue pas sous l'influence des pertes de sang.

Ni M. Durand ni moi n'avons dit que la rate ne fût pas susceptible de variations chez les hommes de diverses statures, ou chez les individus des deux sexes; mais j'affirme qu'à l'état sain ces variations sont tout au plus d'un centimètre à un centimètre et demi, et cela dans le sens vertical.

Que l'on ne pense pas que ces variations soient insignifiantes, car une augmentation d'un sixième et plus dans la circonférence est en rapport avec un accroissement considérable dans le volume total et dans le poids.

M. Durand rapporte le fait d'une splénite de cause traumatique qui donnait lieu à des fièvres d'accès. On connaît un grand nombre de faits analogues. Outre les observations que nous avions publiées, M. Béhier nous a adressé un cas du

même genre qui s'est présenté sur un malade qu'il avait vu au bureau central; M. Larrey fils en a vu un très-remarquable exemple, plusieurs de nos élèves en ont recueilli des observations curieuses; l'une d'elles a donné lieu à une discussion sérieuse. Notre honorable ami, M. le docteur Bally, a observé hier avec moi un homme qui, ayant fait une chute sur le côté gauche, éprouva une splénite, une splénomacrosie et quatre accès très-réguliers de fièvre quotidienne. Il y avait plus de vingt ans qu'il n'avait eu d'accidents fébriles.

Voici encore un fait curieux qui vient de se présenter dans mon service et qui peut, avec tant d'autres, éclairer la question de priorité dans l'apparition de la fièvre ou de la splénopathie. Un enfant d'un an est amené d'Afrique par sa mère; il est pâle, très-souffrant. Dans la colonie, il n'a pas éprouvé d'accès fébrile; il arrive à Paris, est saisi d'une fièvre intermittente très-marquée; la rate percutée était énorme; on donne la sulfate de quinine acidulé en lavement et à de hautes doses: la rate revient à son volume normal et l'enfant guérit.

Excusez-moi, messieurs, si je m'étends sur cette question; c'est pour moi un devoir de conscience de le faire. L'étude des rapports des splénopathies avec les fièvres d'accès intéresse éminemment la pratique et par conséquent l'humanité. Quatre personnes des colonies algériennes abandonnent leurs propriétés données par l'État et auxquelles elles tenaient beaucoup, reviennent en France parce qu'elles sont malades et que l'on n'a su ni constater ni guérir d'énormes splénomacrosies. Ces personnes entrent dans notre service; en huit jours les tumeurs spléniques, sous l'influence de l'alcoolé de quinine à hautes doses, se dissipent et la fièvre guérit. Si l'on eût agi de la même façon en Afrique, ces braves gens y fussent restés, et n'auraient pas perdu leurs biens actuels et leurs moyens d'existence.

Plusieurs fois nous avons découvert des fièvres pernicieuses fort obscures, parce que la rate était volumineuse. En faisant dissiper la splénopathie on guérit la fièvre; mais si l'on se borne à combattre quelques accès, on ne fait que retarder les progrès du mal, et on laisse l'organe s'altérer de plus en plus. En s'adressant à la cachexie splénique seule, on ne s'oppose pas à la cause persistante de l'état général, laquelle est la splénopathie, etc., etc.

Je ne suivrai pas M. Bousquet dans toutes les parties de son rapport qui attaquent mes élèves ou moi-même. M. Durand est un médecin de quinze ans de pratique, il est mon ami, mais pas mon élève; je serais le sien sur certains points de la science; je serais celui de M. Bousquet sur les faits pratiques qu'il a recueillis sur la vaccine. Il ferait peut-être bien d'être élève de lui-même, ou de quelque autre pour bien étudier la plessimétrie; car, dans notre vaste science, il arrive en définitive que nous sommes les élèves les uns des autres. Que M. Bousquet sache bien qu'on ne me blesse pas, et que je ne crois pas être attaqué *quand on combat mes opinions*. Pour les résultats matériels de sensation maintes fois renouvelés, tels que ceux qui ont été depuis vingt-cinq ans constamment obtenus par nous (et par exemple les mesures plessimétriques des organes), je ne souffre pas de discussion, parce que les vérités évidentes cessent d'en avoir besoin; mais pour ce qui tient à l'interprétation des faits, je sais gré au contraire à ceux qui agitent avec moi les questions que cette interprétation peut éclairer.

Du reste, je vois avec plaisir que M. Bousquet marche dans le sens de nos idées et de nos doctrines dans ses discours sur les affections de la rate. Autrefois il ne mettait pas en doute que les maladies spléniques ne fussent consécutives aux accès fébriles, et aujourd'hui il reste indécis entre les deux doctrines. Encore un pas, monsieur Bousquet, et nous aurons la satisfaction de vous compter, non pas au nombre de nos élèves, mais de vous trouver au nombre des médecins qui veulent bien entrer dans nos idées, lorsqu'elles reposent sur des faits.

Je crois avoir répondu aux argumentations de M. Bousquet, avoir prouvé que le mémoire de M. Durand de Saint-Aubin est un travail fort utile; et je pense n'avoir pas donné à ma réponse une forme qui puisse le moins du monde altérer les rapports de bonne confraternité qui doivent exister entre tous les membres de l'Académie.

M. Bouillaud: Je regrette que M. Piorry n'ait pas fait des observations comparatives sur le cadavre et sur le vivant pour déterminer le volume exact de la rate. La mesure de 7 cent. donnée par le plessimètre ne donne pas d'une manière exacte les dimensions réelles.

Quant à la préférence exclusive que M. Piorry donne au plessimètre sur le doigt, je ne suis pas de son avis. A entendre M. Piorry, on ne pourrait pas compter sur les résultats fournis par la percussion sur le doigt; j'ai fait moi-même des observations comparatives, et pour qu'on ne pût pas suspecter le résultat, je l'ai fait constater par des assistants; or le résultat a toujours été le même, soit qu'on n'ait employé que le doigt ou que l'on ait fait usage du plessimètre.

Je ne crois, avec M. Piorry, que des coups, des blessures, des chutes sur la rate, suffisent pour donner lieu à des accès de fièvre intermittente. Je suis convaincu que ce sont des faits mal observés ou mal interprétés; j'ai eu l'occasion de voir un grand nombre de cas de chutes ou de coup sur la rate, sans qu'il en soit jamais résulté aucun accès fébrile; j'ai vu aussi des sujets porteurs depuis longtemps de très-grosses rates, ayant eu des accès autrefois et qui avaient complétement cessé d'en avoir. Jusqu'à ce qu'on me fasse voir des faits contraires, bien clairs et bien évidents, je persisterai à cet égard dans la même opinion.

Je ne dirai rien de la nomenclature qu'il n'est point dans mon intention d'attaquer. Je ferai remarquer seulement que le mot de *splénomacrosie* n'est point exact, et qu'il n'exprime pas d'une manière fidèle le sens que M. Piorry attache à ce mot.

M. Piorry: M. Bouillaud a tort de croire que je n'aie point fait d'observations sur le cadavre pour déterminer le volume normal de la rate. Je n'ai jamais manqué, au contraire, l'occasion de vérifier par l'autopsie les mesures constatées pendant la vie.

M. Bouillaud revient sur la percussion avec le doigt. Voici ma réponse: Je crois qu'avec un mauvais instrument un excellent artiste peut atteindre son but; mais, à moins d'admettre que M. Bouillaud peut transmettre son habileté à ses élèves, je ne croirai jamais que ceux-ci percutent aussi bien avec le doigt qu'avec le plessimètre.

Quant à la dénomination de splénomacrosie, que critique M. Bouillaud, elle est la seule capable de bien rendre le fait de l'augmentation de la rate en général, abstraction faite de la nature des lésions dont ce gonflement peut être accompagné.

M. Rochoux: La nomenclature de M. Piorry *passera*; je n'en veux pour preuve que le mot de *splénomacrosie*, qui vaut bien l'expression vulgaire de gonflement de la rate. Cela dit, j'arrive au fond de la question.

Bien que nos connaissances anatomiques et physiologiques sur la rate ne soient pas très-avancées, il n'est pas possible de les passer sous silence dans la discussion actuelle. En anatomie, nous savons à n'en point douter que le tissu de la rate appartient à ceux que l'on désigne sous le nom d'érectiles, et qui ont pour caractère essentiel de se gonfler et de diminuer rapidement de volume par un jeu hydraulique du sang réellement normal. Des expériences bien faites le démontrent sans réplique. En effet, on voit sur les animaux dans les veines desquels on injecte de l'eau la rate se gonfler promptement, comme l'ont constaté M. Bouillaud et M. Magendie, diminuer avec la même rapidité quand on la saupoudre avec une substance irritante, comme le sel de cuisine. D'un autre côté, il y a des exemples avérés d'ablation complète de la rate chez l'homme qui n'ont donné lieu à aucun accident.

Chaussier avait l'habitude de dire tous les ans à son cours, lorsqu'il arrivait à l'histoire de la rate: Je vous dirais bien à quoi sert la rate, mais j'aurais peur qu'on me volât mes idées là-dessus. Toujours est-il que personne ne sait à quoi sert la rate. A l'égard de son rôle sur la fièvre intermittente, je n'hésite pas à dire qu'il est nul.

La nullité de ce rôle ressort des faits que voici, savoir:

1° Que la fièvre intermittente s'observe sans gonflement de la rate;

2° Que ce gonflement peut être porté très-loin sans qu'il y ait de fièvre intermittente.

Il me suffira pour établir le premier point de rappeler que notre savant collègue lui-même en est arrivé à reconnaître que les accidents de fièvres intermittentes ne sont pas en rapport avec l'augmention du volume de la rate, et cependant ce rapport devrait exister si l'accès fébrile était sous la dépendance de la lésion splénique. Quant au second point, je me bornerai à dire que, dans des cas où la rate gonflée s'étend jusque dans la fosse iliaque, le quinquina supprime aussi facilement la fièvre que dans les autres cas. Aussi, évidemment, il n'existe aucun lien de causalité entre le gonflement de la rate et l'accès fébrile. C'est, au contraire ce gonflement qui est sous l'influence des accès, puisque constamment il est d'autant plus considérable qu'ils ont été plus nombreux; ce que savait très-bien Hippocrate, dont, bon gré, mal gré, il nous faudra bien, pour ce cas comme pour beaucoup d'autres, reconnaître l'autorité quasi-infaillible.

M. Piorry: Je regretterais d'être obligé de revenir sur une question déjà épuisée dans une précédente discussion; je ne le ferai pas. Cependant je ne puis pas laisser passer ce que vient de dire M. Rochoux, sans ajouter quelques mots. La rate est un tissu caverneux.... Mais cela a été dit depuis longtemps sans qu'on l'ait jamais prouvé. Je déclare que j'ai fait des observations et des expériences en très-grand nombre sur la rate, et dans aucune circonstance elle ne m'a paru faire l'office d'un tissu érectile. Mais quand ce serait, cela ne prouverait rien contre les propositions que je soutiens.

Personne ne demandant la parole, la discussion soulevée par M. Piorry est close.

COMPOSITION CHIMIQUE DE LA DIGITALINE ET DES AUTRES PRINCIPES DE LA DIGITALE.

M. Bouillaud lit, en son nom et au nom de MM. Rayer et Soubeiran, un rapport sur un mémoire sur la digitaline par MM. Homolle et Quevenne. Ce mémoire, presque entièrement chimique, contient l'histoire des divers principes retirés jusqu'à ce jour de la digitale. Voici en quels termes M. le rapporteur, après avoir analysé le travail de ces deux auteurs, résume lui-même son rapport.

Nous ne croyons pas nous tromper en disant que ce mémoire est sous tous les rapports digne de l'intérêt de l'Académie, et qu'après en avoir pris connaissance on éprouve le désir de voir bientôt ses auteurs en présenter le complément, c'est-à-dire la partie de leur travail relative aux faits et observations du ressort de la physiologie et de la thérapeutique. C'est alors seulement qu'il conviendra d'examiner, en s'éclairant du flambeau d'une saine clinique, quel rôle la digitaline est appelée à jouer dans la pratique, en présence des nombreuses préparations de digitale employées avant elle.

Mais sans attendre plus longtemps, nous croyons pouvoir déjà déclarer que les recherches de MM. Quevenne et Homolle sur la digitale méritent de trouver place parmi celles qui font époque dans une science.

Comme témoignage de sa haute approbation, nous avons l'honneur de proposer à l'Académie de renvoyer le mémoire de MM. Quevenne et Homolle au comité de publication de ses mémoires.

M. Martin-Solon: En marchant sur les traces des Pelletier et des Robiquet, MM. Quevenne et Homolle ont rendu un véritable service à la science. Cependant, il ne faut pas croire que les nouveaux alcaloïdes que ces auteurs nous font connaître, puissent avoir les mêmes avantages que quelques-uns des alcaloïdes précédemment découverts, la quinine, par exemple. Les alcaloïdes n'ont pas toujours les propriétés des corps d'où ils sont extraits; témoin l'émétine à laquelle on a été obligé de renoncer. La digitale jouit de propriétés merveilleuses; espère-t-on qu'on aura trouvé dans la digitaline un agent plus merveilleux encore? je ne le pense pas. Je ne dissimule pas, d'un autre côté, que la digitale que l'on

débite dans les officines n'a pas toujours le degré de pureté convenable, et qu'elle n'est pas toujours convenablement préparée; c'est là, sans doute, un inconvénient; mais lorsque la digitale est bonne, je ne connais pas de meilleur médicament.

M. Gibert : Il y a une distinction à établir entre la partie académique du mémoire de MM. Quevenne et Homolle et sa partie pratique. Sous le rapport académique, il n'y a que des éloges à donner aux auteurs; mais sous le rapport pratique, je crois qu'il faut apporter quelques restrictions au jugement de l'Académie; il serait très-dangereux, à mon avis, de substituer à un médicament déjà très-actif et éprouvé par une longue expérience, un médicament plus actif encore et dont le mode d'action n'est pas encore parfaitement connu.

M. Guibourt exprime la crainte que l'on ne fasse de l'exploitation de ce nouvel alcaloïde une sorte de spécialité au préjudice de la digitale elle-même.

M. Nacquart regrette que le rapporteur n'ait pas émis quelques considérations générales sur l'action comparative des principes extractifs de certains corps et de ces corps eux-mêmes. Peut-être reconnaît-on qu'il n'y a pas toujours avantage à se servir de ces principes.

M. Robinet répond à l'observation de M. Nacquart qu'il est des cas où il serait inutile d'extraire les principes actifs d'un corps, lorsque, par exemple, ce corps ne renferme qu'un seul principe; mais il n'en peut être de même des corps qui renferment plusieurs principes dont le mode d'action peut être différent et quelquefois même contraire.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

RECHERCHES CHIMIQUES SUR LES ŒUFS DE CARPE.

M. Gobley lit sur ce sujet un mémoire dont nous reproduisons les conclusions suivantes :

Les œufs de carpe présentent la plus grande analogie avec le jaune d'œuf de poule;

Ils paraissent ne pas contenir une albumine alcaline semblable à celle qui enveloppe le jaune d'œuf ordinaire;

Ils renferment plus de la moitié de leur poids d'eau;

La matière albumineuse ou paravitelline possède la propriété et la composition de la vitelline;

La substance grasse est formée, comme celle du jaune d'œuf, de deux parties distinctes : d'une huile fixe et d'une matière visqueuse, d'oléine et de margarine; elle ne contient ni phosphore, ni soufre;

L'huile fixe, qui s'y trouve en petite quantité, est formée comme celle du jaune d'œuf;

La matière visqueuse, qui forme à elle seule la presque totalité de la substance grasse des œufs de carpe, constitue un corps complexe renfermant du phosphore dont l'auteur a retiré de la cholestérine et deux substances particulières qu'il a désignées, la première sous le nom de *lécithine* et la seconde sous celui de *cérébrine*;

La lécithine est la substance phosphorée du jaune d'œuf de poule et des œufs de carpe, elle constitue un corps neutre qui donne toujours avec la plus grande facilité comme produits de décomposition en présence des acides et des alcalis minéraux, sous l'influence de l'eau comme sous celle de l'alcool et sans l'intervention de l'oxygène de l'air, les acides oléique, margarique et phosphoglycérique;

La cérébrine est un corps neutre renfermant de l'azote et du phosphore, qui fond à une température élevée et se gonfle dans l'eau à la manière de l'amidon;

En faisant bouillir les œufs de carpe dans l'eau, on obtient un liquide acide qui le devient davantage par l'addition de l'alcool. Cette propriété est due à l'acide lactique on à un acide qui s'en approche beaucoup par ses propriétés;

Les œufs de carpe renferment des sels que l'auteur a rencontrés dans le jaune d'œuf, et que l'on trouve dans l'économie : chlorures de sodium, potassium, etc., etc.

La matière colorante des œufs de carpe pourrait être formée, comme celle du jaune d'œuf, de deux principes colorants, l'un rouge qui contient du fer, et qui serait l'analogue de la matière colorante du sang, et l'autre jaune qui pourrait être l'analogue de la matière colorante jaune du sang et de la bile.

— La séance est levée à cinq heures.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

SÉANCE DU 13 OCTOBRE 1849. — PRÉSIDENCE DE M. VLEMINCKX.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

TRAITEMENT DES FRACTURES. — Rapport de la commission chargée d'examiner les mémoires envoyés au concours sur cette question.

(Commissaires : MM. Seutin, Langlet, Michaux, de Meyer, et Marinus, rapporteur.)

DEUXIÈME PROPOSITION. — DISCUTER LES AVANTAGES ET LES INCONVÉNIENTS DE CES MÉTHODES; EN FAIRE L'APPRÉCIATION RAISONNÉE.

Ici l'auteur fait un examen critique des méthodes qui ont précédé la sienne. Il commence par la *striction*, à laquelle il rapporte les bandages circulaires à attelles, les appareils inamovibles et amovo-inamovibles. Il cherche à prouver la supériorité de la compression latérale sur la compression circulaire des membres fracturés, s'appuyant surtout sur ce que les coussins rendent uniforme la compression exercée par les attelles, aussi uniformes que la compression circulaire elle-même. Celle-ci étreignant le membre dans toute sa circonférence, expose à une foule de dangers : « Ce n'est pas seulement os, dit-il, que l'on est obligé d'emprisonner ainsi dans la striction, mais encore des muscles, des nerfs, des artères, des veines, des vaisseaux lymphatiques; de telle manière qu'il arrive souvent qu'une force strictive, qui est à peine suffisante pour assurer l'immobilité de l'os fracturé, dépasse ainsi de beaucoup celle que peuvent supporter les parties molles pour la liberté et le jeu de leurs fonctions physiologiques. Or, alors, cette compression qui agit efficacement sur l'os fracturé, agit défavorablement sur les parties molles : les nerfs s'irritent et déterminent de la douleur, les vaisseaux comprimés ne permettent plus aux liquides une libre circulation; de là des stagnations, de là des phlegmons, la suppuration, la gangrène, de là, enfin, toutes les déplorables conséquences qui peuvent aboutir jusqu'à l'amputation du membre ou la mort du sujet. De sorte que ce moyen mécanique, qui devait avoir pour but de rendre au membre ses facultés et sa puissance, peut non-seulement la lui faire perdre en entier, mais même entraîner la mort.... »

C'est après avoir tracé ce sombre tableau des dangers des appareils à compression circulaire, tableau évidemment exagéré, que l'auteur pose le problème suivant :

« Assurer suffisamment l'immobilité des fragments d'un os fracturé, sans porter obstacle aux mouvements organiques et physiologiques qui s'exécutent dans le membre dont cet os fait partie. »

Ce problème, aucun des appareils hippocratiques, pas même les appareils solidifiables (inamovible et amovo-inamovible) ne l'atteint : donc, ils doivent être rejetés. Il reproche à ces derniers de cesser, à une certaine époque, de se mouler sur le membre et de laisser, par conséquent, un vide; l'amovo-inamovible même n'est pas, selon lui, exempt de ce défaut, ce qui prouve qu'il ne le connaît pas; en effet, s'il le connaissait autrement que par des relations inexactes, il ne dirait pas que sa coque peut se briser; qu'elle s'élargit seulement à l'endroit où la section a été faite et pas ailleurs; qu'on ne peut suffisamment écarter les valves pour obvier au gonflement, ni assez les rapprocher pour obvier au vide résultant de l'amaigrissement du membre, d'où il s'ensuivrait que le moulage de l'appareil ne serait plus exact; qu'il n'y a, dans cet appareil, qu'une simple force de striction qui ne s'oppose pas au chevauchement ni au raccourcissement, de sorte qu'il faudrait, pendant toute la durée du traitement, y joindre une extension exercée par des poids; que l'application du froid ou autres topiques, est impossible; que les fenêtres pratiquées vis-à-vis des plaies sont nuisibles en livrant passage aux chairs et en déterminant leur étranglement, d'où il résulte qu'on ne pourrait panser les plaies que lorsqu'elles se trouvent vis-à-vis de la fenêtre, sinon il faudrait, comme le faisait Larrey, laisser croupir le pus de manière à en imbiber tout l'appareil.

Il ressort de cette argumentation que l'auteur n'avait qu'une connaissance très-imparfaite de la méthode amovo-inamovible lorsqu'il a écrit son mémoire; s'il avait tenu compte des reproches qui ont été adressés à son premier travail, dans le rapport sur le concours de 1847, s'il avait puisé à de meilleures sources et si, surtout, il avait eu recours à l'expérimentation, il eût reconnu le peu de fondement de sa critique, évidemment faite d'imagination. Nous ne nous chargeons pas de répondre à la critique erronée de l'auteur; toutes les objections qu'il fait à la méthode amovo-inamovible ont été victorieusement réfutées dans le travail de notre honorable collègue M. Seutin, inséré dans le deuxième volume des *Mémoires de l'Académie*.

L'auteur condamne, avec raison, cette pratique qui consiste à appliquer un appareil provisoire pendant quinze jours, trois semaines, pour y substituer alors un appareil solidifiable définitif, parce qu'il ne voit aucune raison d'en agir ainsi.

Passant à l'examen des appareils à extension continue, il trouve qu'ils sont insuffisants, parce que l'effort de la puissance extensive est toujours supporté par les mêmes points du membre. Il passe sous silence le défaut qu'ils ont de ne pas agir sur l'endroit fracturé ni sur l'action musculaire, et ne voit pas qu'ils sont dépourvus de l'action favorable dont sont doués les appareils à compression circulaire.

L'extension réfléchie appliquée au traitement des fractures est, selon lui, illusoire; elle torture les malades sans nul avantage; elle doit, par conséquent, être rejetée. A propos de la fracture de la clavicule, il attribue aux bandages solidifiables des dangers que l'expérience démontre ne pas exister.

Quant aux appareils statico-physiologiques, ils soutiennent simplement le membre. Ils comprennent : 1° les doubles plans inclinés qui ont le défaut de ne pas assurer les fragments osseux contre les mouvements (l'auteur ne fait pas mention de leur pression inégale et de leur action sur le jarret); 2° les appareils hyponarthéciques, qui sont plus parfaits, mais n'obvient pas aux mouvements du tronc qui retentissent dans le membre, ce qui oblige d'assujettir celui-ci par des liens. Ces derniers ne sont pas sans inconvénient, et dans la méthode dont il s'agit, on est obligé de lui associer des appareils à striction ou à extension continue avec tous leurs défauts.

L'auteur arrive à cette conclusion, que les quatre méthodes qui précèdent offrent chacune des avantages et des inconvénients, des prétentions exclusives qui témoignent le temps d'arrêt dans lequel flotte la science. Tout est incertitude, et il n'existe aucune règle fixe de traitement; car réserver telle méthode, tel appareil à tel et tel cas, ce n'est pas là une doctrine, ce n'est pas un progrès. La difficulté du problème à résoudre reste dans les mêmes termes; la méthode statico-dynamique physiologique seule en donne la solution. Il distingue ici les indications relatives à la coaptation et à l'immobilité de l'os fracturé des exigences ou conditions phénoménales qui ressortent de la sensibilité ou de la vitalité organique que l'on est obligé de respecter. Les premières sont remplies par les forces actives : la striction et l'extension; les secondes, par les forces latentes ou passives : la juxtaposition. En combinant ainsi les forces

latentes et actives, il met, dit-il, à profit l'innocuité des unes et l'énergie des autres, et remplit toutes les indications : c'est ce que fait son *glossocôme*. Mais si les exigences sont motivées par une lésion des parties molles, ne sont-ce pas aussi des indications qui n'existent pas seules, mais simultanément avec d'autres? Et le glossocôme remplira-t-il ces indications? Peut-il quelque chose sur le gonflement, la contusion, l'inflammation? Est-ce simplifier la manœuvre chirurgicale que d'employer un appareil auquel il faut, au moins une fois par jour, tourner un pas de vis, serrer ou desserrer des conrroies on des liens? On ne peut admettre, avec l'auteur, que la seule objection qu'on puisse faire à sa méthode est celle posée par M. Malgaigne, que dans un hôpital il faudrait avoir autant d'appareils qu'il y a de fractures. Il aurait pu ajouter que chaque praticien devrait constamment en avoir plusieurs sous la main.

Après ces considérations, qui comprennent vingt-cinq pages d'écriture, l'auteur passe à la troisième partie de son travail.

TROISIÈME PROPOSITION. — ÉTABLIR, PAR LA THÉORIE ET L'EXPÉRIENCE, QUELLE EST LA MÉTHODE DE TRAITEMENT DES FRACTURES QUI DOIT OBTENIR LA PRÉFÉRENCE.

L'auteur cherche d'abord à prouver que la vérité est plus dans la raison des faits que dans leur nombre, car rien n'est plus facile que d'en rassembler pour leur faire exprimer ce qu'on a intérêt de démontrer; il se borne donc à en rapporter onze qu'il fait suivre de réflexions, pour montrer comment sa méthode réussit et par quels moyens *faciles* et *sûrs* elle arrive à ce résultat.

Le premier fait est relatif à une luxation de l'extrémité acromiale de la clavicule; il est rapporté dans le but d'établir la supériorité du glossocôme sur les autres appareils dans les fractures de cet os. L'auteur ne s'aperçoit pas que la présence de cet appareil sous l'aisselle est pour le moins aussi gênante que les coussins cunéiformes, qu'il ne porte pas l'épaule complétement en dehors, qu'il prend son point d'appui sur l'épaule saine, qui est mobile, et que l'appareil peut facilement tourner et se déranger, ce qui ne lui donne aucun avantage sur celui de Desault. Quant à la faculté de pouvoir visiter l'aisselle sans enlever l'appareil, le bandage amovo-inamovible le possède aussi; il est en outre plus stable et offre aux forces dynamiques un plus grand nombre de points d'appui.

Le second fait est une fracture du col de l'humérus traitée par la méthode de l'auteur. Selon lui, le glossocôme a l'avantage de permettre de ne pas devoir fixer le bras contre le tronc, et de le laisser libre. Mais alors l'épaule n'étant pas tenue dans l'immobilité, comment empêcher que ses mouvements n'agissent pas d'une manière défavorable sur une fracture qui en est si rapprochée?

La troisième observation est relative à une fracture comminutive de l'extrémité inférieure de l'humérus. Ici encore le glossocôme ne tient pas le coude dans l'immobilité. L'auteur reproche à l'appareil amovo-inamovible de ne posséder aucun moyen hyponarthécique pouvant fournir des points d'appui à l'extension et à la contre-extension : nouvelle preuve qu'il ne le connaît pas; car la partie inférieure du moule solide de cet appareil est une véritable gouttière hyponarthécique, et l'adaptation exacte de la coque amidonnée au membre constitue l'extension. Dans ce fait, comme dans les deux autres, on remarque un engorgement œdémateux du membre évidemment causé par la compression inégale de l'appareil.

Le quatrième fait est une fracture extra-capsulaire du col du fémur guérie sans raccourcissement, ce qui est possible à l'aide d'une extension continue bien surveillée et bien entendue, mais qui s'obtient aussi, et avec moins de peine, par l'application de l'appareil amovo-inamovible.

Le cinquième fait, intitulé : Fracture extra-capsulaire du col du fémur, est évidemment une fracture de la partie supérieure de cet os, ou sous-trochantérienne. Il en est de même du septième fait, qui nous offre l'exemple d'une contraction spasmodique compliquant la fracture, et dont la cessation est attribuée à la suspension du membre par l'appareil, tandis qu'on peut plus raisonnablement croire à l'influence favorable de la saignée qui avait été pratiquée. La compression, dans ce cas, aurait, selon l'auteur, dû être prodigieuse, au point de déterminer l'étranglement des parties molles. L'expérience ne confirme pas ce raisonnement; car on voit tous les jours une compression très-modérée et régulière, rendue stable par l'emploi des emplâtres agglutinatifs, agir très-avantageusement et ne produire aucun accident; et ce qui le confirme encore, c'est que l'auteur ne craint pas d'appliquer ici sa *striction longitudinale*, qui n'est autre que la compression latérale exercée par des attelles.

Dans le neuvième fait, qui est une fracture transversale de la rotule, l'auteur blâme avec raison la pression qu'exercent les anciens appareils sur la partie fracturée; mais son glossocôme n'a-t-il pas aussi le défaut qu'il reproche aux autres appareils? Relativement aux fragments, son action ne diffère pas de celle de l'appareil de Boyer, sauf qu'on peut fléchir le genou, grâce à la charnière de l'instrument.

Les autres faits, qui concernent des fractures simples ou compliquées de la cuisse et de la jambe guéries par la méthode de l'auteur, lui fournissent l'occasion de critiquer les appareils qui diffèrent du sien, surtout l'amovo-inamovible. L'auteur renvoie, pour la description de ses appareils et leur mode d'action, à son mémoire primitif. Il conclut en terminant : « Que l'expérience directe, c'est-à-dire toute la valeur de l'observation, vient de prouver que la meilleure méthode de traitement des fractures est la méthode statico-dynamique physiologique; que cette supériorité est non-seulement exprimée par les faits qu'il vient de produire, mais qu'elle l'est encore par cette expérience supérieure qu'il appelle la vraie expérience, l'expérience historique; qu'en conséquence, soit l'expérimentation, soit l'induction, soit la déduction, s'unissent pour attester que sa méthode doit réellement obtenir la préférence. »

Or, messieurs, nous vous avons montré comment l'auteur a procédé pour arriver à cette conclusion; comment, après avoir établi *à priori* quatre forces dynamiques, il y fait entrer quatre catégories d'appareils connus, qui sont autant de méthodes; comment, en utilisant toutes ces forces, il est parvenu à créer une cinquième méthode, qui est la sienne; comment, après un examen critique qui porte souvent à faux, il condamne des moyens qu'il ne connaît pas toujours parfaitement; comment enfin, après avoir rapporté onze cas traités avec succès par sa méthode, il proclame celle-ci supérieure à toutes les autres. Mais qu'est-ce donc que le glossocôme de l'auteur pour réunir tant et de si précieux avantages? C'est d'abord une planchette suspendue sur laquelle repose le membre (juxtaposition), pouvant être allongée ou raccourcie (extension directe) et fléchie (extension réfléchie) à volonté. Ajoutez à cela des attelles en bois mince ou en plomb, entourant toute la circonférence du membre, mais ne dépassant pas en longueur celle de l'os brisé, et réunies par leur extrémité à l'aide d'une ficelle passée dans des trous pratiqués à cet effet (striction), et vous aurez une idée de cet appareil.

Il nous serait facile d'établir ici un parallèle entre la méthode dont il s'agit et celle de M. Seutin; nous nous en dispenserons de crainte d'être de nouveau accusés d'examiner la question au point de vue de la méthode amovo-inamovible. Nous ne ferons plus qu'une observation : c'est que déjà des chirurgiens allemands, Hager entre autres, ont employé des instruments qui ressemblent beaucoup au glossocôme de l'auteur et où les mêmes principes sont utilisés, comme on peut s'en convaincre en ouvrant l'atlas publié à Leipzig, en 1845, par Frédéric-Jacques Behrend, et où se trouvent figurés tous les appareils des fractures. On reproche à ces instruments d'être très-coûteux, difficiles à se procurer; en même temps qu'ils sont difficiles à manœuvrer, ils agissent trop mécaniquement, et ne rendent pas des services qui compensent tous ces inconvénients.

Nous ne voulons pas dire pour cela que la méthode statico-dynamique physiologique doive être rejetée; nous sommes persuadés qu'elle peut rendre des services à l'art, et surtout qu'elle en rend entre les mains de son auteur; mais aux termes de la question posée par l'Académie, il s'agissait de discuter les avantages et les inconvénients des diverses méthodes après les avoir exposées, pour établir ensuite, par la théorie et l'expérience, quelle est celle qui mérite la préférence. C'est ce que l'auteur n'a pas fait : dominé par l'idée que sa méthode est la plus avantageuse, il n'a parlé des autres que pour en faire la critique, et de la discussion à laquelle il s'est livré à leur sujet, il a tiré des conséquences souvent erronées.

En résumé, ce travail nous a paru inférieur à celui que l'auteur a envoyé au concours de 1847.

Le second mémoire a pour devise : *Tuto, cito et jucunde.*

L'auteur, après avoir établi que les indications du traitement des fractures consistent : 1° à réduire les fragments; 2° à les maintenir réduits; 3° à prévenir et combattre les accidents, expose d'abord les moyens mis en usage pour obtenir la *réduction*. Il traite ensuite des moyens contentifs, qu'il classe ainsi qu'il suit :

1° Méthode dite de l'horizontalité ou plan horizontal;
2° Méthode de la demi-flexion ou des plans inclinés;
3° Méthode de la suspension;
4° Méthode des appareils inamovibles;
5° Méthode de la déambulation.

Cette classification, qu'il emprunte, sans la citer, au DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE, publié par M. Fabre, est exposée brièvement et avec assez de lucidité.

La méthode amovo-inamovible est classée parmi les appareils inamovibles; l'auteur paraît en avoir une connaissance assez exacte.

Il s'attache ensuite, et toujours d'une manière très-concise, à énumérer les moyens employés pour prévenir ou combattre les accidents des fractures. Abordant l'examen des méthodes de traitement, il pose comme principe que le chirurgien doit tâcher de guérir le blessé *tuto, cito et jucunde*, et entre à cet égard dans quelques explications; puis il cherche à montrer comment on parvient à ce but par les diverses méthodes de traitement. Dans l'appréciation qu'il fait de ces dernières, il reconnaît à chacune d'elles des avantages spéciaux et en fait l'application à des cas déterminés; il ne se prononce pas exclusivement pour aucune, mais donne la préférence à telle ou telle méthode dans telle ou telle circonstance. En somme, ce travail est un résumé fort concis des idées répandues dans des ouvrages classiques qu'il nous serait facile d'indiquer. Il serait par conséquent inutile d'entrer dans plus de détails.

Le troisième mémoire porte l'épigraphe suivante : « J'essayerai d'arriver à une » méthode qui remplisse, non pas telle ou telle indication, mais toutes les indi» cations qui peuvent se présenter, qui soit applicable, non pas à tel cas parti» culier, mais à tous les cas possibles. »

Ce mémoire, comprenant 788 pages d'écriture in-folio et un atlas, a exigé de la part de vos commissaires un long et sérieux examen. Nous tâcherons de vous en donner un aperçu succinct qui puisse vous mettre à même d'en apprécier le mérite. Il est divisé en quatre parties.

Dans la première partie, l'auteur trace l'histoire du traitement des fractures des membres, s'attachant à rechercher et à signaler l'origine des diverses méthodes, leurs filiations jusqu'à nous et les modifications qu'elles ont subies par la suite des siècles. Pour rendre cet exposé plus méthodique et plus facile à suivre, il le divise en quatre périodes : la première comprend les temps anciens, Hippocrate, Celse, jusqu'à Paul d'Égine, vers le sixième siècle; la deuxième période s'étend depuis le commencement du moyen âge jusqu'à la renaissance, à Ambroise Paré; la troisième renferme les seizième, dix-septième et dix-huitième siècles; la quatrième enfin comprend le siècle actuel.

Cette partie est bien traitée et a nécessité de longues et patientes recherches d'érudition; elle sert d'introduction à la deuxième partie, dans laquelle sont exposés les différents procédés en usage, leur application, leur mode d'action et leurs résultats.

Ici l'auteur commence d'abord par indiquer les moyens proposés pour le transport des blessés atteints de fracture; puis il traite de la réduction et des diverses positions qu'on donne aux membres dans les fractures en général et dans les diverses fractures en particulier.

Pour exposer avec ordre tous les procédés connus, il cherche une classification qui puisse les comprendre tous sans en omettre aucun; toutes celles qui ont été proposées lui paraissent défectueuses, voire même celle de M. Malgaigne la plus récente. Pour sortir de la difficulté, il range tous les appareils en douze catégories, savoir :

1. Gouttières;
2. Appareils amovibles à compression latérale;
3. Appareils amovibles à compression circulaire;
4. Appareils à extension continue;
5. Doubles plans inclinés;
6. Appareils hyponarthéciques;
7. Appareils à pression limitée;
8. Appareil à suspension de l'école allemande;
9. Appareil inamovible de Larrey;
10. Appareils en plâtre et en sable;
11. Appareils inamovibles à compression circulaire;
12. Appareil amovo-inamovible.

L'auteur consacre un article à chacune de ces divisions; les appareils qui y appartiennent sont décrits avec beaucoup de clarté et de manière à donner une connaissance exacte de leur construction et de leur mode d'agir. Des planches, contenant 130 figures, qui sont jointes au mémoire, rendent cette description encore plus intelligible; c'est aussi leur seul mérite. Cette partie est terminée par l'exposé des moyens de prévenir et de traiter les accidents des fractures, tant primitifs que consécutifs.

La troisième partie est consacrée à la discussion et à l'appréciation des diverses méthodes et procédés décrits dans la partie précédente; elle se compose de 19 chapitres, dans lesquels sont traitées *in extenso* les questions suivantes : 1° des indications en général; 2° de la réduction en général; 3° des forces réductives et de leur application; 4° de la position en général; des eléments qui la déterminent; 5° de la position dans les fractures du membre supérieur; 6° de la position dans les fractures du membre inférieur; 7° des moyens d'effectuer la réduction dans quelques cas particuliers; 8° de la contention; indications résultant de la lésion des parties osseuses; 9° indications résultant de la lésion des parties molles; 10° des conditions d'application de l'appareil contentif; 11° traitement général des fracturés; des moyens de transport et du lit; durée du traitement; 12° des complications des fractures; complications intrinsèques primitives; 13° complications intrinsèques consécutives; 14° complications extrinsèques; 15° des suites ou des accidents consécutifs des fractures; 16° quelques dernières réflexions sur les appareils à fracture; comparaison des différentes méthodes; 17° réfutation des objections adressées à la méthode amovo-inamovible; 18° des opérations exigées par les fractures, et 19° les conclusions ou résumé des principales conséquences auxquelles l'auteur a été conduit par l'examen qu'il vient de faire. Il serait difficile d'analyser convenablement tous les chapitres dont nous venons d'énumérer les titres; nous croyons ne pouvoir mieux faire, pour donner une idée des opinions de l'auteur, que de transcrire presque en entier le dernier, qui est en quelque sorte le résumé de l'ouvrage. Il se compose des propositions suivantes :

« 1. Toute fracture doit être réduite immédiatement.

» 2. Les forces réductives sont au nombre de trois : 1° l'extension et les tractions; 2° la contre-extension ou la résistance; 3° la coaptation ou la pression.

» 3. Ces forces doivent être appliquées dans la direction de l'os fracturé, non sur lui mais sur les parties contiguës du membre.

» 4. L'action des mains des aides est toujours suffisante; on peut y joindre des lacs pour les faciliter, mais jamais des machines.

» 5. La position à donner au membre, tant pour la position que pour le maintien, est réglée par les conditions suivantes : 1° l'action des muscles; 2° l'action des ligaments; 3° la forme des articulations.

» 6. Position du membre supérieur : 1° doigts étendus dans les fractures du métacarpe et des phalanges; fléchis au quart dans les autres os; 2° le poignet doit toujours être étendu; 3° le coude doit être demi-fléchi excepté pour les fractures de l'olécrâne pour lesquelles l'angle de 160 degrés et le plus convenable; 4° l'avant-bras doit être placé en semi-pronation; 5° le coude doit, en général, être écarté du corps dans les fractures de l'humérus et de l'omoplate; 6° il doit en être rapproché dans les fractures siégeant entre le grand pectoral et le deltoïde, dans celles du col de l'omoplate et de l'apophyse coracoïde; l'épaule doit de plus être reportée en arrière et en dehors dans celles de la clavicule.

» 7. Position du membre inférieur : 1° pied dans la demi-flexion; dans l'extension modérée seulement si l'apophyse postérieure du calcanéum est détachée; 2° genou dans une extension modérée; 3° articulation coxo-fémorale dans l'extension.

» 8. La position doit être modifiée par la présence de certaines complications; ainsi les plaies postérieures du bras exigent l'extension, et celles de la jambe et de la cuisse la demi-flexion.

» 9. Si la réduction immédiate est impossible par les tractions, il faut employer le chloroforme ou la section des tendons; celle-ci surtout à la jambe. S'il y a plaie, le débridement et la resection pourront être indiqués.

» 10. L'appareil contentif doit être appliqué aussitôt que la réduction est opérée.

» 11. Cet appareil doit être, *dans tous les cas*, l'appareil amovo-inamovible tel que je l'ai décrit.

» 12. Quant aux parties osseuses, cet appareil exerce l'action suivante : 1° il joue le rôle d'une virole qui entoure les fragments et les maintient aussi parfaitement que le permettent les parties molles intermédiaires; 2° il exerce une extension et une contre-extension permanentes passives, c'est-à-dire empêchant la reproduction du déplacement; 3° cette même résistance passive dispense de l'emploi de toute pression spéciale sur des points isolés; 4° l'appareil limite et régularise la formation du cal; 5° il immobilise les articulations qu'il emboîte.

» 13. Quant aux parties molles : 1° il résout la contusion, prévient et modère l'inflammation et calme la douleur; 2° il fatigue les muscles et empêche leur contraction; 3° il permet de visiter le membre quand on le veut, sans déranger la force contentive qui maintient la coaptation.

» 14. Il exerce la même action dans les complications; ce qui fait que celles-ci, loin de le contre-indiquer, l'indiquent davantage.

» 15. Dans la plupart des cas, on peut employer indifféremment l'appareil amidonné ordinaire ou l'appareil ouaté; dans certains cas, où il faut éviter toute réfrigération et où il faut surtout rechercher la chaleur de l'incubation, le dernier doit être préféré.

» 16. Il rend inutiles tous les topiques généralement employés; les seuls qu'on peut lui associer avec avantage, sont le froid dans les violentes inflammations, l'onguent mercuriel dans les érysipèles, et le cautère actuel dans cette même maladie, lorsqu'elle menace les jours du malade.

» 17. Il ne faut jamais extraire les esquilles quand il n'y a pas de plaie; lorsqu'il y en a une, il ne faut extraire que celles qui sont détachées complétement ou à peu près.

» 18. Les moyens à employer contre l'hémorrhagie sont la compresion et la ligature; celle-ci doit être pratiquée dans le lieu même si l'artère est à nu et facile à trouver; s'il n'y a pas de plaie ou si l'artère est profonde, il faut la lier au-dessus; si l'hémorrhagie est consécutive, il faut lier assez loin du lieu de la lésion.

» 19. Les plaies doivent être fermées hermétiquement au moyen d'un emplâtre agglutinatif; si elles suppurent, il faut, au contraire, laisser le pus s'écouler librement; s'il y a des fusées purulentes, il faut exercer une compression expulsive.

» 20. La situation du membre doit être déclive des extrémités vers le tronc dans la contusion et la première période de l'inflammation; elle doit être déclive vers les extrémités pendant la suppuration.

» 21. Les lésions locales qui compliquent les fractures indiquent déjà toutes, lorsqu'elles existent seules, la compression circulaire et l'immobilité; à bien plus forte raison par conséquent lorsqu'il y a fracture; aucune donc ne peut contre-indiquer l'appareil amovo-inamovible.

» 22. Les affections nerveuses et encéphaliques l'indiquent au plus haut degré, puisqu'elles exigent l'immobilité la plus parfaite et la contention la plus exacte.

» 23. Il affranchit de la nécessité de tous les moyens de transport et de tous les lits particuliers.

» 24. Traitement général des fractures simples : diminution dans le régime, éméto-cathartique ou potion émétisée; saignée seulement s'il y a pléthore. Dans la contusion violente, les plaies et inflammations, diète, émétique, saignée répétée, s'il y a indication. Dans les suppurations abondantes, analeptiques, amers et ferrugineux.

» 25. Le séjour hors du lit et la déambulation ne *peuvent* pas seulement, ils *doivent* être ordonnés dans tous les cas où une maladie générale n'y met pas obstacle. Ceci est essentiel surtout chez les vieillards facilement accessibles aux engorgements hypostatiques et aux gangrènes.

» 26. L'infection purulente exige surtout le séjour hors du lit au grand air; localement il faut employer les injections avec le nitrate d'argent.

» 27. Toutes les cachexies, parmi lesquelles l'infection purulente peut très-bien être rangée, exigent le grand air et l'exercice. Dans tous ces cas, l'appareil amovo-inamovible, qui permet le transport et la marche, est donc le seul applicable avec avantage.

» 28. Il faut, en temps opportun, faire exécuter aux articulations des mouvements convenables, pour prévenir la roideur et l'ankylose. L'appareil amovo-inamovible le permet, et seul il le permet sans dommage pour la fracture.

» 29. Dans les cas où l'on a dû employer une position éloignée de la position normale (l'extension au coude, la demi-flexion au genou), il faut ramener peu à peu l'articulation vers celle-ci.

» 30. L'appareil amovo-inamovible prévient les cals difformes, et peut concourir à leur redressement et favoriser leur résorption lorsqu'ils existent déjà.

» 31. Il permet de guérir, *sans raccourcissement*, toutes les fractures (sans perte de substance bien entendu); dans celles du fémur et de son col, il permet d'assurer comme maximum du raccourcissement *un centimètre*.

» 32. La rupture du cal difforme doit être pratiquée très-rarement.

» 33. L'appareil amovo-inamovible est le moyen préventif le plus efficace des pseudarthroses.

» 34. Il l'est également pour leur guérison : il doit être employé d'abord seul, puis avec le frottement préalable des fragments, puis avec la méthode sous-cutanée.

» 35. L'amputation immédiate doit être pratiquée : 1° lorsqu'il y a délabrement excessif des parties molles; 2° lorsque les artères humérale et crurale sont ouvertes supérieurement; 3° lorsque l'artère et le nerf ou l'artère et la veine sont lésés ensemble; 4° lorsque l'os est brisé dans une grande partie de sa longueur en esquilles; 5° lorsque l'articulation du genou est ouverte et renferme des corps étrangers ou de nombreuses esquilles.

» 36. La resection immédiate est indiquée : 1° dans toute fracture, compliquée de plaie, des têtes du fémur et de l'humérus ; 2° dans tout grand délabrement articulaire, excepté au genou, où l'amputation est préférable.

» 37. Ces opérations sont indiquées consécutivement par des suppurations abondantes, qui menacent d'épuiser l'individu, contre lesquelles on a essayé toutes les ressources de la thérapeutique, et qui n'ont, bien entendu, pas déterminé l'infection purulente. Elles le sont aussi par les gangrènes étendues. »

Telles sont, messieurs, les conclusions que l'auteur a déduites de la discussion à laquelle il s'est livré. Elles sont appuyées de cent trente-cinq observations de fractures tant simples que compliquées ou comminutives, qu'il a recueillies ou qu'il a puisées dans diverses publications. Ces observations, dont un assez grand nombre pèchent par trop de brièveté, constituent la quatrième et dernière partie du mémoire.

Comme vous l'aurez remarqué, messieurs, l'auteur se prononce pour la méthode amovo-inamovible qui seule, selon lui, remplit toutes les indications qui peuvent se présenter dans le traitement des fractures. Cette opinion est basée sur l'examen des autres méthodes de traitement, dont il fait ressortir avec beaucoup de lucidité les avantages et les inconvénients, ainsi que sur les résultats pratiques fournis par chacune d'elles. Il est seulement à regretter que l'auteur, qui nous paraît être un jeune praticien, ait été obligé d'emprunter à l'expérience d'autres chirurgiens la plupart des faits qui servent à établir sa manière de voir.

RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS.

D'après le compte rendu que nous venons de vous faire, messieurs, vous reconnaîtrez avec nous que les mémoires cotés n° 1 et n° 3 méritent seuls de fixer votre attention.

Le premier traite la question au point de vue d'une méthode nouvelle propre à l'auteur, d'une méthode qui n'a pas encore pris rang dans la science et dont la bonté n'est pas suffisamment démontrée par l'expérience. Ce travail, en un mot, ne satisfait que d'une manière très-incomplète aux conditions du programme.

Le mémoire n° 3, au contraire, traite la question dans toute son étendue; l'auteur examine toutes les méthodes connues pour le traitement des fractures, fait ressortir les avantages et les inconvénients de chacune d'elles, et démontre ainsi, par la théorie et par l'expérience, que la méthode dite *amovo-inamovible* remplit le mieux toutes les indications voulues, et mérite par conséquent la préférence, sens dans lequel la question a déjà été résolue par l'auteur lui-même de cette méthode, dans l'ouvrage qu'il a présenté, en 1848, à l'Académie. A part quelques incorrections de style et de trop fréquentes répétitions, ce mémoire est une excellente monographie sur le traitement des fractures.

Vos commissaires n'ont pas été unanimement d'accord lorsqu'il s'est agi de formuler des conclusions. M. Sentin s'est abstenu, par la raison que l'un des concurrents s'est prononcé en faveur de sa méthode, et que l'autre a cherché à la combattre.

Un autre membre a proposé de partager le prix entre les mémoires n° 1 et n° 3.

La commission ne s'est pas rangée à cet avis, et elle a décidé qu'un seul des trois mémoires avait droit à une récompense.

Conformément à cette décision, nous avons l'honneur de proposer à l'Académie :

1° De décerner le prix au mémoire n° 3, portant pour épigraphe : « J'essaierai d'arriver à une méthode qui remplisse, non pas telle ou telle indication, » mais toutes les indications qui peuvent se présenter, qui soit applicable non » pas à tel cas particulier, mais à tous les cas possibles. »

2° Que si l'Académie adopte cette première conclusion, il n'est pas indispensable, lors de l'impression du memoire, de publier les planches qui y sont jointes, mais bien d'inviter l'auteur à supprimer les trop fréquentes redites qui déparent son travail.

MM. Burggraeve, Didot, Langlet et Raikem entendus, la première conclusion du rapport est mise aux voix et adoptée.

La seconde conclusion donne lieu à une discussion à laquelle prennent part MM. Stas, Fallot, Didot, Sentin, Marinus, Burggraeve et Mareska. L'Académie décide :

1° Que l'auteur du mémoire sera invité à en supprimer quelques redites;

2° Que la compagnie ne fera pas imprimer à ses frais l'ensemble des planches annexées au mémoire;

3° Que l'auteur aura la faculté de les faire imprimer à ses frais;

4° Que dans le cas où ce dernier n'userait pas de cette faculté, il pourra être imprimé aux frais de l'Académie les quelques planches que la commission jugerait devoir être indispensables à l'intelligence du texte.

M. le président rappelle que l'Académie avait affecté pour prix au mémoire qui serait couronné une médaille d'or de 600 fr., et que sa valeur a ensuite été portée à 1,000 fr., sur l'invitation de M. le ministre de l'intérieur.

L'Académie ne s'engage à maintenir ce dernier chiffre que pour autant que le gouvernement consente à compléter la somme.

Le billet cacheté annexé au mémoire couronné est ouvert. Il fait connaître que l'auteur est M. le docteur J. Crocq, agrégé à l'Université de Bruxelles.

Les billets joints aux autres mémoires sont brûlés en séance.

BIBLIOGRAPHIE.

DE L'EMPLOI DES BAINS PROLONGÉS ET DES IRRIGATIONS CONTINUES DANS LE TRAITEMENT DES FORMES AIGUES DE LA FOLIE, ET EN PARTICULIER DE LA MANIE ; par le docteur BRIERRE DE BOISMONT.

Parmi les progrès les plus remarquables de la thérapeutique des maladies mentales, il faut placer l'emploi des bains prolongés dans le traitement de la manie et des formes aiguës de la folie. Ce progrès est dû à M. le docteur Brierre de Brismont. La pensée qui lui a donné l'idée d'appliquer ce traitement à l'extinction de l'excitabilité désordonnée qui caractérise les périodes aiguës de l'aliénation, s'est vérifiée dans sa justesse par une longue série d'observations. Désormais il n'y a plus de doute, non-seulement la vérité est démontrée, mais la méthode est suivie dans tous les établissements où on traite les désordres de l'esprit, et même dans ceux où cette sorte de moyen d'action ne paraissait avoir obtenu un degré suffisant de confiance. Cette thérapeutique a rendu certainement un grand service en diminuant le nombre des malades, chez lesquels la forme aiguë dégénérait en manie chronique et les condamnait à l'incurabilité. Il n'y a qu'à jeter les yeux sur les statistiques présentées par M. Brierre de Boismont pour montrer l'étendue, l'importance des résultats. Ainsi, d'après des statistiques dressées par MM. Aubanel et Thoré, il y eu seulement 88 guérisons sur 181 maniaques traités à Bicêtre pendant l'année 1839. D'autre part, quand les guérisons avaient lieu, elles n'étaient obtenues qu'après un laps de temps un peu trop long pour ne pas permettre à l'affection d'empiéter sur l'état chronique et ne présenter par conséquent qu'une incomplete curabilité : ainsi, pour donner une idée des résultats qui étaient le fruit de l'ancienne méthode, voici des époques diverses de la guérison dans les établissements de Bethléem et de Saint-Luke. Sur 180 malades, 3 seulement étaient guéris le premier mois, 30 le second, 26 le troisième, 31 le quatrième, 18 le cinquième, 21 le sixième, 10 le septième, 9 le huitième, etc. L'apogée du nombre des guérisons correspondait au quatrième mois ; on verra que M. de Boismont a obtenu par sa pratique des résultats bien différents. Quant à Saint-Luke, sur ce chiffre de 213, la majorité des guérisons correspond également au quatrième mois; mais le premier mois et le commencement du second sont bien mal partagés : dans la cinquième semaine, il n'y eut que 2 guéris et dans la septième 3. Par les bains prolongés, accompagnés d'affusions froides, la guérison se fait vite et bien, *cito et recte* ces deux conditions que doit remplir le médecin pour se montrer à la hauteur des exigences de la science et de l'art.

Le côté théorique de ce moyen médicateur, c'est la soustraction de l'excitabilité, la saignée de l'activité nerveuse, par cette influence prolongée de l'eau qui éteint l'incendie du corps, comme elle éteint la flamme d'un foyer incandescent. Pomme a guéri des maladies nerveuses par des bains prolongés, mais il n'a pas précisé les cas où, joints aux irrigations, ils pouvaient produire d'heureux effets; il a fait œuvre de pratique sans faire œuvre de science. M. de Boismont a innové en recueillant son héritage et en parvenant à le féconder.

Le côté pratique est consigné dans quinze observations concluantes qui ne laissent rien à désirer sous le rapport de la variété des causes, du caractère des symptômes et des effets du traitement. Ces observations d'ailleurs ont reçu toute la publicité désirable ; elles n'ont pas en pour seul témoin celui qui les poursuivait pour en tirer un nouveau moyen d'action contre les désordres de l'intelligence. Plus d'un médecin a vu les malades pendant la période aiguë dans cette excitation terrible qui résiste à tous les moyens d'action et a pu les voir dans la suite, lorsque l'incendie était éteint et que le calme avait rapidement succédé au déchaînement de l'orage. Celui qui écrit ces lignes a vu dernièrement l'exemple d'un jeune collégien pris subitement d'une manie aiguë, et qui quelques jours après se promenait calme, tranquille et guéri dans le jardin de l'établissement, et participant aux conversations et aux amusements de la famille. Il rendait lui-même compte de ce qu'il avait éprouvé, et de l'espèce de délivrance subite dont il ressentait les effets avec bonheur et reconnaissance.

Un autre malade, qui fait l'objet de la quatrième observation, raconte ainsi sa sensation pendant le traitement : « J'étais dans un état de surexcitation qui me faisait croire tout possible. Les moindres obstacles me mettaient en fureur ; je suis d'ailleurs d'un naturel très-vif et fort peu patient. Quand je vis qu'on s'opposait à mes volontés, j'entrai dans des transports extrêmes de fureur ; j'aurais brisé tout ce qui serait tombé sous ma main. Cette exaspération était entretenue et augmentée par des visions effrayantes. Les grands bains et les moyens de répression m'irritèrent au dernier degré ; lorsque j'étais resté longtemps dans l'eau mon exaltation se calmait et je tombais dans une espèce d'apathie. Je vous en voulais beaucoup de ce mode de traitement, et j'aurais probablement commis quelque action in-

sensée si je n'ensse été attaché. Mais à mesure que j'entrais en convalescence mes préventions diminuaient; le langage que vous me teniez me faisait beaucoup réfléchir. J'étais surtout frappé de la conviction avec laquelle vous me répétiez : « Si je vous ai traité sévérement, c'est que je suis persuadé que c'était le meilleur moyen de triompher promptement de votre délire. En vous faisant des concessions intempestives, j'aurais prolongé votre mal, tandis que je savais qu'en agissant ainsi vous seriez guéri en peu de jours. » Jamais je ne me suis senti si bien portant; mes idées sont plus calmes qu'avant ma maladie, et je crois même que sous ce rapport elle a été utile. » J'aurais pu rapporter d'autres détails pour donner une idée des effets des bains prolongés ; mais je m'arrête à celui-là.

Les 15 observations citées se rangent dans l'ordre suivant : 6 manies aiguës, 2 puerpérales, 1 *delirium* des ivrognes, 3 monomanies, 2 délires aigus, enfin une manie chronique. Mais le mémoire est fait sur une base plus large. L'auteur a mis la main à la plume et proclamé l'excellence de la méthode thérapeutique en s'appuyant sur 72 observations, total assez considérable pour imprimer à des conclusions une assez grande certitude. Or, sur les 35 manies aiguës comprises dans ces 72 observations, 33 ont guéri; 11 *delirium tremens*, compris également dans cette statistique, ont guéri sans exception. La terminaison n'a pas été moins satisfaisante dans les 10 monomanies avec agitation, et pour quelques-unes avec tendance au suicide. Cela suffit pour établir que les bains prolongés, joints aux affusions froides, ont une efficacité réelle, incontestable; ils n'agissent pas plus ou moins bien en laissant planer sur leurs effets thérapeutiques cette confusion qui prête à des interprétations si différentes. Peu de formes aiguës, prises à temps, résistent à cette médication. La guérison se produit dans la plus grande majorité des cas, et on voit clairement, par le caractère des effets, que cette guérison est bien la conséquence réelle de l'efficacité du remède. Mais ce qu'il y a de plus important peut-être, c'est la rapidité du résultat. Les symptômes ne s'éteignent pas au bout de plusieurs mois, mais dans un délai assez court pour prouver l'excellence de la méthode et sa supériorité sur celle qui était suivie anciennement. On nous permettra de transcrire ici la table des dates des diverses guérisons, comme elle est rapportée dans le mémoire.

La guérison a eu lieu :

Dans	1	jour	chez	1	malade.
Dans	2	id.	id.	6	id.
Dans	3	id.	id.	14	id.
Dans	4	id.	id.	14	id.
Dans	5	id.	id.	6	id.
Dans	6	id.	id.	6	id.
Dans	8	id.	id.	7	id.
Dans	9	id.	id.	7	id.
Dans	10	id.	id.	1	id.
Dans	12	id.	id.	1	id.
Dans	15	id.	id.	10	id.
Temps indéterm.		id.		10	id.
Total. . . . ,				72	

La moyenne est tellement courte qu'elle ne passe pas même dans ce tableau la limite d'une semaine. Physiologiquement, tous ces effets s'expliquent par la condamnation de la saignée dans le traitement. En produisant le calme dans la circulation, dans la soustraction du fluide, en respectant la vitalité physiologique tout en attaquant l'excitabilité morbide, on conserve les conditions normales du corps tout en faisant cesser celles de la maladie. Aussi, une fois le désordre cessé, et on a vu qu'on parvient vite à ce résultat, toute trace s'efface de cet état alarmant qui livre les malades à une excitation si terrible. La convalescence se fait même si rapidement qu'elle ferme la porte à l'apparition de la forme chronique. Ce que nous venons de dire exprime suffisamment notre opinion et la valeur que nous donnons au mémoire remarquable de M. Brierre de Boismont, qui crée pour les formes aiguës de l'aliénation une thérapeutique rationnelle et efficace. Nous nous associons donc pleinement aux conclusions qui terminent ce beau travail, et qui méritent d'être reproduites pour guider le médecin dans sa pratique :

1° Toutes les formes aiguës de la folie, et de la manie en particulier, peuvent être guéries dans un espace de temps compris entre une et deux semaines.

2° Le traitement employé pour obtenir ce résultat consiste dans les bains prolongés et les irrigations continues.

3° La durée des bains doit être, en général, de dix à douze heures ; elle peut être prolongée jusqu'à quinze et dix-huit heures.

4° Les irrigations qu'on associe aux bains doivent être continuées pendant toute leur durée; on peut les suspendre quand le malade est tranquille.

5° Lorsque les malades ont pris huit à dix bains, sans amélioration ou sans altération marquée dans l'habitude extérieure, il faut les cesser; on pourra plus tard les prescrire de nouveau.

6° Les bains doivent être donnés à la température de 28 à 30° centigr., et les irrigations à celle de 15°.

7° De toutes les formes de la folie, celle qui céde le mieux à l'action des bains prolongés et des irrigations continues, est la manie aiguë récente; viennent ensuite le délire aigu simple, le délire des ivrognes, la manie puerpérale et les monomanies tristes avec simptômes aigus. Mais dans plusieurs de ces formes les guérisons ne sont ni aussi rapides ni aussi constantes que dans la manie aiguë.

8° La manie ancienne ou aiguë prolongée, la manie chronique avec agitation, la manie intermittente ont été améliorées, mais n'ont point guéri par ce traitement. Il n'a point été essayé contre les manies avec symptômes de paralysie ou d'épilepsie.

9° Quelques faits nouveaux recueillis depuis la lecture de ce mémoire, prouvent que cette médication peut réussir dans certaines maladies nerveuses, à forme hystérique avec ou sans symptômes de folie.

10° D'après les faits contenus dans ce travail, on peut donc affirmer que les guérisons des formes aiguës de la manie sont plus nombreuses et et plus promptes que par les bains prolongés et les irrigations que celles obtenues par les autres méthodes.

11° L'emploi des bains prolongés n'est point nouveau dans la science mais jusqu'à présent cette méthode, d'une application facile et qui peut être essayée partout, n'avait point été formulée dans les cas de l'espèce.

VARIÉTÉS.

— Par décrets individuels rendus le 26 décembre 1849, sur le rapport du ministre de l'agriculture et du commerce,

Sont nommés officiers de l'ordre national de la Légion d'honneur :

MM. Tavernier, médecin à Amiens; Récappé, médecin à Argenteuil.

Sont nommés chevaliers de l'ordre national de la Légion d'honneur :

MM. Alexandre, médecin des épidémies de l'arrondissement d'Amiens ; Arnal, médecin à Paris ; Bandelio, médecin à Lorient ; Benoît, médecin à Talmont (Vendée ; Bouamy, médecin à Nantes ; Boulland, médecin à Sainte-Menehould ; Bressant, médecin à Paris ; Brigandat, médecin à Lille ; Brochard, médecin à Nogent-le-Rotrou ; Butaud, médecin à Saujon ; Caillat, médecin à Paris ; Chandonet, médecin à Linas ; Cherest, médecin à Paris ; Clémencean, médecin à Montjean ; Conraux, médecin cantonal pour le canton de la Ville (Bas-Rhin); Delpech (Auguste, médecin à Paris ; Demeunynck, médecin à Bombourg ; Denoue père, médecin (Nièvre); Garez, médecin à Carvin (Pas-de-Calais); Garnier, médecin à Vangirard ; Gillois (Eugène), officier de santé à Dornecy (Nièvre); Grapin, médecin à Dijon ; Gras, pharmacien en chef des hospices de Toulon ; Haime, médecin à Tours ; Hurteaux, médecin à la manufacture des tabacs, à Paris ; Lahesse, médecin à Rhetel ; Laillier, médecin (Oise); Lasègue, médecin à Paris ; Lebreton, médecin à Douarnenez ; Lecadre, médecin au Havre ; Leroy des Barres, médecin à Saint-Denis ; Manouvrier, médecin à Valenciennes ; Missa, médecin des épidémies de l'arrondissement de Soissons ; Moreau (Alexis), médecin à Paris ; Perrochand, médecin adjoint de l'hospice de Montreuil-sur-Mer ; Picard aîné, médecin en chef de l'hospice de Louviers ; Prassacachi, médecin à Salonique ; Souchard, médecin du bureau de bienfaisance, de l'asile, de la crèche et des écoles communales de Batignolles ; Testu, médecin à Lens ; Vésigné, médecin des épidémies de l'arrondissement d'Abbeville ; Villemin, médecin sanitaire en Orient ; de Villiers, membre de l'Académie de médecine, à Paris ; Vivielle, médecin des épidémies de La Rochelle ; Woilez, médecin de l'asile des aliénés à Clermont (Oise); de Wulf, médecin à Paris.

LISTE DES MÉDECINS AUXQUELS IL A ÉTÉ ACCORDÉ UNE MÉDAILLE D'HONNEUR, EN RÉCOMPENSE DES SERVICES QU'ILS ONT RENDUS PENDANT L'ÉPIDÉMIE DE CHOLÉRA.

AISNE. — MM. Peteaux, à Ribemont.—Petitjean, à La Chapelle.—Labouret, à La Fère.—Fievet, à La Chapelle.—Krichten.—Chérubin, à Guise.

ARDENNES.—MM. Brion, à Busancey.—Meugy fils, à Rethel.—Joly, à Rethel.—Souillier, à Grandpré. — Mareschal fils, à Fumay.— Greuvé, à Vendresse.—Carton, à Château-Porcien. — Olivier, à Château-Porcien.—Chatel, à Chatel.—Lesur, à Attigny.—Jaisson.

AUBE. — MM. Tessier (Claire-Alexis), à Troyes. — Desguerrois (Louis), à Troyes.—Saussier, à Troyes.—Patin (Noël), à Troyes.— Peffant-Delatour (Dominique), à Pont-sur-Seine. — Fauthier (Pierre-François), à Arcis-sur-Aube.—Cazenave (Pierre-François), à Romilly.—Bertrand, à Méry.

CALVADOS.—MM. Labbey, à Bayeux.—Morice, à Bayeux.—Nicolle, à Bayeux.—Huvé, à Bayeux.— Lafosse, officier de santé à Caen.— Leprestre, officier de santé à Caen.—Litbare, à Luc-sur-Mer.—Edurent, à Luc-sur-Mer.

CHER.— MM. Boyn, à Nérondes. — Boyn-Bussy, à la Guerche. — Gastowt, à a Guerche.

CÔTE-D'OR.— MM. Lépine, à Dijon. —Fleurot, élève en médecine à Dijon.—Molé, officier de santé à Laignes.—Cana, à Montbard.—Guyot, officier de santé à Pont-de-Passy, — Brahier, élève en médecine à Sainte-Colombe.— Rouhier, élève en médecine à Recey-sur-Ource.—Malachin, officier de santé à Montbard, —Raveneau, à Montbard.—Blesseau, pharmacien à Montbard.

EURE.—MM. Baudry, à Evreux.—Olivier, Lallemand, Mottet, à Pont-de-l'Arche.—Goujon, à St-Cyr-du Vaudreuil. — Vallée, à Vernon.— Filleul, Dulot, pharmacien, à Fleury-sur-Andelle.—Blain (Amédée), élève à Rouen.

Eure-et-Loir.—M. Greslou, à Chartres.

Finistère.—MM. Bretel, Thierry, à Brest.

Gironde. — MM. Arnozan, interne à Bordeaux. — Dupont (Gustave), à Bordeaux.

Hérault. — MM. Ménard (Alphons.), à Lunel. — Golfin, à Montpellier. — Ménard (Marc-Antoine). — Ménard (Charles), pharmacien.—Fiackoski, à Lunel. — Avesque, à Lunel-Viel. — Lafaye, à Auiane. — Duffant, Fraisse, Craveyra, Vieyra, Dunal, Ménard (Joseph-François), Lairy, Ealo, élèves à Montpellier.

Ille-et-Vilaine. — M. Lebeurrier, à Cancale.

Indre-et-Loire. — MM. Thomas, Bretonneau, Allain-Dupré, Charcellay-Daplace, Tremblaye (Auguste de la), à Tours. — Moisant (Léon), Repin, Robert, élèves à Tours.

Loir-et-Cher. — MM. Beaussier, Dufay, Ivonnean, à Blois. — Ferrand, à Mer. — Pullet, à Selommes.

Loire-Inférieure.—MM. Riou (Constant), Josso (Fabien), pharmacien à Paimbœuf. — Gosseaume, officier de santé à Chantenay. — Collineau (Émile), à Ancenis. — Mabilais, à Saint-Étienne-de-Montluc. — Puibaraud (Hippolyte), Thoinnet (Urbain), à Ancenis. — Jalaber, élève à Nantes.

Loiret. — MM. Ganard, à Pithiviers. — Corbin, à Orléans. — Caron (Émile), à Gien. — Pelletier (Jules), Brechemier, à Orléans.—Gajon, à Patay. — Garnier, à Montargis. — Doitard, officier de santé à Boynes. — Auger, à Pithiviers. — Desmoulins, Pommier, à Montargis. — Boyer fils, à Lorris. — Tartarin, à Bellegarde. — Disson, à Orléans.

Maine-et-Loire. — MM. Tangonrdeau, Martin, Davilla, élèves à Angers.

Marne. — MM. Foucoult, à Épernay. — Carré, Nidart, à Sainte-Menehould. — Landouzy, à Reims. — Gillon, officier de santé à Saint-Just. —Nicaise, Mosnier, à Châlons. —Véron, Aubriet, à Vertus. — Forets, officier de santé à Montmort.

Haute-Marne. — MM. Mougeot (Félix), à Chaumont. — Montrol, à Langres. — Guichemot, à Nogent. — Chatelain, Robert, Thivet, à Chaumont. — Reverchon, à Montigny.—Dechanet, à Bonnecourt. — Lhorgueilleux, officier de santé à Diesles.

Mayenne. — M. Marie (Joseph), officier de santé à Bazougers.

Meurthe. —MM. Pichon, officier de santé à Dieuze. — Musset, envoyé de Paris. — Schaken, à Château-Salins. — Cueury, à Lunéville. — Burckardt, à Sarrebourg. — Néret, Simonin fils, Laurens jeune, à Nancy.

Morbihan. — MM. Poussin, Bouchand, à Lorient. — Reveillère, Richer des Forges, chirurgiens de la marine. — Lepontois, officier de santé à Kerantrech. — Le Diberder, à Lorient.

Moselle. — MM. Marx, à Thionville. — Desondins, Lavezan, Legrand fils, Maréchal (Félix), Warin, à Metz. — Humbert, à Vezun. —Degen, élève-médecin civil. — Petitgrand, à Gorze.

Nièvre. — MM. Mathieu, à la Charité-sur-Loire.—Marquet, Henllard-d'Arcy, à Clamecy. — Chauvet, pharmacien à la Charité-sur-Loire. — Bogros, à Château-Chinon. — Farthouat, à Fourchambault.

Nord. — MM. Chantreuil, à Cambrai. — Bagneris fils, à Douai. — Lemaire, à Dunkerque. — Averland (Victor), à Marquette. — Gravis (Antonin), officier de santé à Valenciennes. — Herbecq, officier de santé, Dupont, à Avesnes. — Brunelle, à Cambrai. — Mangin (Auguste-Ernest), Lequien (Xavier-Joseph), Duhem (Jean-Baptiste), Fanchenx (Adolphe), Reytier (Étienne), à Douai. —Bruean, Lefebvre, Branche, à Valenciennes. — Catrice (Noël), officier de santé à Gravelines. — Daubresse, officier de santé à Armentières. — Rembry-Delva, à Menin. — Pollet, Cadeau, à Tourcoing. — Bourgogne père (Florent), à Condé. — Farez (François), officier de santé à Quarouble. — Legentil (Constant), à Cysoing. — Lebreux (François), officier de santé à Raismes.

Oise. — MM. Texier, à Liancourt. — Colson, à Beauvais. — Boursier, à Creil. — Leroy, à Beauvais. — Vamaque, à Compiègne. — Desmazures, élève de la Faculté de Paris. — Barbare, officier de santé à Lassigny. — Auxenfants, officier de santé à La Chapelle-aux-Pots. — Soyer, officier de santé à Guiscard. — Guillabon, élève. — Gavrelle, à Compiègne. — Villemonex, à Moutataire.

Orne. — MM. Chambay, à Alençon. — Jousset, Fettu, Barbette, à Bellesmes.

Pas-de-Calais. — MM. Dartus, officier de santé à Bertincourt. — Ganeutte, pharmacien à Ardres. — Dumontier, Engrand, à Aire. — Caron (Jules), officier de santé à Saint-Martin-sur-Cojeul. — Serre (Guislain-Désiré), officier de santé à Vaulx-Vrancourt. — Lanthiez (Henri), à Baralle. — Boufflers, officier de santé à Pronville. — Cormon, Dauvin, à Hesdin. — Lecuq, officier de santé à Blingel. — Sagebien, officier de santé à Frévent.—Delattre (Alexandre), officier de santé à Harnes. — Gorré-Gassicourt, à Boulogne.

Bas-Rhin. — MM. Boeckel, Willman (Georges), aspirant officier de santé, Lach, Finck, élève à Strasbourg.

Haute-Saône. — Aleis, à Luxeuil. — Gevrey, Baulmont, Simonin, à Vesoul.

Seine. — MM. Braive, Delarue, Pegot-Ogier, Duval, Lecou, Morand, Wanner, Lozes, Naveteur, pharm., Bourrières, pharm., Collin, Gosset, Corbis, Géry, Grenat, Noiret, Maubec, Gasnault, Bourdon, Bois-Duval, Milne-Edwards, Montecla, Segaud, Forest, Guibout, Rialet, Baroillet, Crimotel, à Paris. — Desert, Wauller, Dornès, élèves, à Paris.—Boinet, Reiss, Becquerel, à Paris.—Vulpian, Gautier, Parmentier, Burq, Colfin, Triquet, Fabret fils, Trélat fils, Augé, Dufour, Dumesnil, Martin de Gimard, Moreau, Loyseau, Bisson, Denouh, Desnoix, Martinaud, Boille, Clement, Verdurean, élèves à Paris. — Hahn, Martin (Alphonse), Wertheim, Charcot (Jean-Martin), élève, à Paris. — Duplanty, à Saint-Ouen.— De Valles (Théodore), à Pantin. — Destouches, à Neuilly. — Haguette, Joreau-Beaurepaire, à Saint-Denis. — Fenet, Massart, à Clichy. — Damicourt, Rousseau, à Batignolles. — Loiseau, à Belleville. — Aubusson, Candrowitz, élève, à La Chapelle. — Acassat, Bigor, à Montmartre. — Doumeyron, Ballet, à Boulogne. —Baillon, anc. pharm., à Neuilly. — Foucault, à Nanterre. — Pourrat, à Colombes.—Bouchy, Roetlang, à Courbevoie. — Lanesseau, Morisson, à Bercy. — Fouques, à Grenelle. — Monfray, à Creteil. — Thore père, à Sceaux.—Bourdin, à Choisy. — Ramon, à Saint-Maurice. — Dabal, Delpech, pharmaciens. — Lacroix, à Fontenay-aux-Roses. — Galipeau, à Clamart. — Angot, Aladane, Dumont, à Grenelle. — Mene, Godard, Leroux, Monthlanc, à Vaugirard. — Lombard fils, à Issy. — Sallé, à Vanves. — Thore fils, à Sceaux. — Belloli, Labourdette, à Bercy. — Bonnet, Mitivier, Lacroix, à Ivry. — Vollant, Sennéchal, Vinvennot, à Gentilly.

Seine-et-Marne. — MM. Carquet, officier de santé à la Chapelle-Véronge. — Avizard, à Coulommiers. — Goupil, à Montereau-Fault-Yonne. — Verges, à Annet. — Lautenois, à Tournan. — Raphaël, à Provius. — Franon, à Bray.

Seine-Inférieure. — MM. Vingtrinier, à Rouen. — Duchesne père, à Pavilly. — Levasseur, interne à Rouen. —Liépat, officier de santé à Fécamp. — Fauvel (Henri), officier de santé à Pavilly. — Bourdin (Pierre-Charles), Lasnel (François-Augustin), à Lillebonne. — Avenel, à Rouen. — Anbé, élève à Rouen. — Lechaptois, à Bolbec. — Debroutelle, à Dieppe. — Rebut, Moncomble, officiers de santé à Darnetal. — Bataille, à Maronne. — Beauregard, à Graville-l'Eure.

Seine-et-Oise. — MM. Ortiguier, à Chevreuse. — Moss, officier de santé à Meulan. — Bourgeois, à Étampes. — Lefèvre, à Poissy. — Babie, officier de santé à Meudon. — Baduel, à Sèvres. — Tabère, à Saint-Cloud. — Morère, à Palaiseau. — Lionet, à Corbeil. —Seurat, à Essonne. — Buisson, à Angerville, Cretté, officier de santé à Villeneuve-Saint-Georges. — Hache, à Étampes.

Deux-Sèvres. — MM. Meschinet, à Niort. — Grelet, à Coulon. — Ganne, Fontan, à Niort.

Somme. — MM. Bucquoy, à Péronne. — Faux, à Doullens. — Lefèvre, à Montdidier. — Marsille, officier de santé à Querrieux. — Rovillain, officier de santé à Camon. — Stalard, à Pas. — Donchet, Bachimont, à Amiens. — Dupré, à Moislaines. — Lescardé, à Roye. — Vincent, officier de santé à Pernois.

Var. — MM. Calvy, à Toulon ; Bocamy (Joseph-François-Abdon), chef interne ; Mourard (André), interne ; Ramel (François-Joseph), aide-major) ; Perréal (Jean-François-Ernest), interne ; Manne (Marius), interne, à Toulon. — Monge (Hyacinthe), Ventre fils (Jean-Jacques), Benet-Tropez, Aubert neveu (André-Victor), Ardoin (François), officier de santé, à Marseille.

Vendée. — MM. Dagron, Joffrion, Rabin, à Fontenay. — Benoist, Bonyer, aux Sables.

Vosges. — MM. Blaise, Messager, à Chatennis.

Yonne. - MM. Souplet, étudiant. — Ravenneau fils, à Ancy-le-Franc. — Bobin, à Saint-Vinnemer.—Mathieu, vétérinaire à Ancy-le-Franc.—Marquis (oncle), à Tonnerre.

— A la suite d'un rapport de M. le ministre de la marine, du 7 janvier, se trouvent consignées les nominations et promotions que voici :

Au grade de commandeur :

M. Le Prédour (Louis-Martial), premier médecin en chef de la marine, président du conseil de santé de Rochefort.

Au grade d'officier :

MM. Mongeat (Louis-Marie-Thérèse), premier médecin en chef de la marine ;
Reynaud (Auguste-Adolphe-Marc), premier chirurgien en chef ;
Lefèvre (Amédée), second médecin en chef ;
Duval (Jean-Charles-Marcelin), second chirurgien en chef ;
Maher (Charles-Adolphe), second chirurgien en chef.

Chevaliers :

MM. Bretel (Auguste-Antoine-Tranquille), chirurgien de première classe ;
Liautaud (Augustin-Pierre-Joseph-Louis), *id.* ;
Beau (Louis-Hercule), *id.* ;
Rivaud (Victor-François), chirurgien de deuxième classe ;
Pichaud (Joseph-Adolphe), *id.* ;
Augier (François-Thomas), *id.* ;
Le Houelleur (Hippolyte-François), *id.* ;
Leconte (Pierre-Thomas-Eugène), *id.* ;
Gueit (Joseph-Jules), *id.* ;
Lecoutour (Jean-Thomas), *id.* ;
Thiéry (Pierre-Aristide), *id.* ;
Lallour (Jacques-Joseph-Marie-Valery), chirurgien de troisième classe ;
Cornu (Charles-Jean-Baptiste), pharmacien de troisième classe ;
Hiriard (Toussaint-Philippe-Cyprien), *id.*

Indépendamment de ces récompenses, le ministre de la marine a fait parvenir un témoignage général de sa satisfaction aux officiers de santé des cinq ports militaires, et un témoignage spécial de la haute satisfaction du président de la république aux personnes dont les noms suivent, savoir :

MM. Blache, second médecin en chef de la marine, président du conseil de santé, à Cherbourg ;
Glon Villeneuve, chirurgien de première classe, à Brest ;
Reveillère, chirurgien de deuxième classe, à Brest ;
Tasse, chirurgien de deuxième classe, à Toulon ;
Pommier, chirurgien de troisième classe, à Brest ;
Fradin, Meunier, de Fayolle, élèves de l'École de médecine de Rochefort.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

DE LA LOI SUR L'ENSEIGNEMENT PRÉSENTÉE A L'ASSEMBLÉE NATIONALE.

La loi qui se discute en ce moment à l'assemblée nationale ne nous préoccuperait pas si elle n'ouvrait la série des lois destinées à régler l'enseignement libre, tel qu'il a été proclamé par la constitution de 1848. Il ne s'agit encore en effet que de l'enseignement primaire et secondaire. Mais comme partie du système qui doit comprendre tous les degrés de l'enseignement, et en particulier celui des sciences et de la médecine, il nous est permis d'apprécier les tendances et les caractères du point de départ, pour en induire les conséquences qui nous seront appliquées. Nous le ferons remarquer immédiatement : ce n'est pas de politique que nous voulons nous occuper ici. Si les questions que nous avons à examiner touchent à la politique par certains côtés, ce n'est pas ceux-là que nous aborderons de préférence ; nous nous attacherons spécialement à ceux qui regardent la science, et ne ferons intervenir les autres que juste dans la mesure nécessaire pour faire apprécier l'ensemble dont ils font partie.

Reconnaissons d'abord que la loi sur l'instruction primaire et secondaire peut et doit différer d'une loi sur l'enseignement supérieur. Peut-être n'a-t-on pas tenu assez compte de ces différences à l'origine de la discussion. Les deux premiers degrés de l'enseignement et le premier surtout sont destinés à former des citoyens, l'enseignement supérieur à pourvoir les professions : d'un côté c'est l'intérêt de l'État, de l'autre l'intérêt des individus. On comprend dès lors que l'application du principe de la liberté d'enseignement doive subir des modifications corrélatives aux conditions qu'il est destiné à régler. Quelles que puissent être les dispositions de la loi actuellement en discussion, il ne faudrait donc pas trop se hâter d'en conclure à celles de la loi qui suivra sur l'enseignement supérieur.

Cependant, nous sommes bien obligé d'en convenir, ce n'est pas tout à fait cette règle de conduite logique qui paraît préoccuper nos législateurs. Les auteurs du projet de loi, la commission qui l'a examiné, les orateurs qui le combattent ou l'appuient, se soucient assez peu de la liberté d'enseignement, considérée en elle-même et pour elle-même. Il n'est pas question le moins du monde de chercher si tel ou tel système sera plus favorable à la diffusion des lumières, si la liberté d'enseignement sera un moyen d'émulation profitable aux individus et utile à la plus grande vulgarisation des connaissances. La loi, telle qu'elle a été conçue, et dans les circonstances où elle intervient, est un expédient politique que chaque parti voudrait exploiter à son profit. L'Université et ses adhérents en feraient volontiers un moyen de perpétuer ses traditions et de tempérer le progrès révolutionnaire ; le clergé, un moyen de reconquérir son ascendant sur les populations et de retremper la conscience publique ; les esprits révolutionnaires, un moyen d'implanter dans le cœur des générations futures le sentiment qu'ils n'ont pu développer dans les âmes réfractaires de la génération présente. Au lieu d'une loi organique, nous avons donc une loi politique. Pour nous, qui assistons à ce débat plus en philosophe qu'en homme de parti, nous préférerions y rencontrer les seuls intérêts de l'humanité et de la civilisation en cause, toute autre préoccupation laissée de côté. Cette tendance ne va pas seulement mieux à notre esprit, en tant que plus enclin et plus accoutumé à considérer les choses par leur côté général ; nous y sympathiserions encore parce que nous y verrions des préliminaires favorables à l'avenir de nos institutions. Mais qu'il est loin d'en être ainsi ! Ne pouvant raisonner avec les données que nous regrettons de ne pas avoir, raisonnons donc avec celles que nous sommes obligé d'accepter.

Nous le répétons : nous reconnaissons que l'enseignement élémentaire s'exerce dans des conditions et avec un but différents de ce qu'ils sont dans les autres degrés de l'enseignement. Pour ce motif, nous serions très-disposé à sacrifier quelque chose du droit que nous nous sommes montré si jaloux de conserver dans toute son étendue au profit de l'enseignement supérieur. Quand il s'agit d'inculquer aux générations des principes d'ordre et de moralité, on ne saurait être trop circonspect sur le choix des sources qui doivent les répandre dans l'éducation publique. On ne pourrait disconvenir non plus que l'État n'ait parfaitement raison de chercher, et intérêt à s'assurer les meilleures conditions de stabilité dans la propagation des idées et des sentiments qui font sa force et son caractère. Mais si nous sommes disposé à faire ces concessions à la différence de conditions et d'objet qui existent réellement entre les trois degrés de l'enseignement, nous n'en sommes que plus résolu à revendiquer toutes les libertés qui sont compatibles avec les intérêts de l'enseignement supérieur. Or, en nous dirigeant d'après ce double point de vue, nous ne pouvons nous réjouir de ce qui se prépare. La loi sur l'enseignement élémentaire, telle que la veulent les différents partis de l'assemblée, n'est ni une restriction logique et franche d'un principe libéralement reconnu, ni une première émanation de ce principe, telle que nous ayons quelque chose de bon à en espérer pour l'émancipation de l'enseignement supérieur. Nous nous en tenons à ce simple énoncé quant à la première de ces deux propositions, le but avoué des différents drapeaux en présence nous dispensant de le mieux motiver. Mais nous insisterons sur la seconde, parce qu'elle est destinée à montrer la portée des choses actuelles sur l'avenir de nos institutions, et à marquer notre place véritable au milieu de prétentions et de doctrines dont il nous importe de ne pas nous laisser affubler.

Le système de la loi présentée est de conserver à l'État le monopole de l'enseignement. Il appelle à lui des auxiliaires appartenant aux intérêts, aux croyances et aux pouvoirs qui représentent les principales diversités de l'opinion. Le cadre ancien, l'autorité ancienne sont conservés : c'est toujours l'Université qui règle et décide, mais l'Université tempérée par l'introduction dans les conseils académiques d'éléments hétérogènes, d'évêques, de ministres du culte, d'agents municipaux. Qu'est-ce que cela, en vue du principe général, en vue de l'enseignement supérieur, si ce n'est un essai de compromis et de transaction entre les pouvoirs rivaux, qu'on cherche à fondre dans le pouvoir universitaire ? C'est juste l'équivalent de ce que quelques personnes ont proposé pour l'enseignement de la médecine, à savoir : l'introduction, dans les actes de l'École, de praticiens étrangers à son personnel, concourant avec lui aux examens, à la thèse et aux réceptions. Ce n'est pas là de l'enseignement libre. La vraie liberté de l'enseignement, c'est la concurrence soumise à un contrôle sévère, mais uniforme. Or partout où l'État enseigne et confère les grades, il demeure juge et partie, et l'enseignement libre n'existe pas. La loi actuelle, en consacrant le privilége de l'Université pour la réception des instituteurs, quelque gracieuseté qu'elle fasse aux dissidents, maintient le monopole : elle va juste à l'encontre de l'art. 9 de la Constitution.

Feuilleton.

LETTRE SUR L'ENSEIGNEMENT DE LA CLINIQUE MÉDICALE.

A M. Charles Schützenberger, professeur de clinique à la Faculté de Strasbourg.

Mon cher ami,

Il y a plus de vingt ans que nous suivions ensemble les visites cliniques de Lobstein à l'hôpital civil de Strasbourg, et celles de Gaspard Roux à l'hôpital militaire d'instruction de la même ville. Tes souvenirs, j'en suis sûr, se sont reportés souvent vers cette époque de fervente initiation, vers ces deux maîtres si différents par la nature de leurs intelligences, par la direction de leurs travaux, mais également profonds dans l'appréciation des états morbides, et déployant, dans ces duels de l'art et de la maladie, les ressources d'une thérapeutique exercée, l'ardeur et la persévérance de la foi médicale. Elle abondait chez les deux maîtres, cette foi qui devient de jour en jour plus rare, cette foi composée de théorie et d'expérience, de dogmes traditionnels et de résultats acquis, de citations et d'aphorismes ; l'un, disciple de Pinel et se découvrant la tête pour prononcer son nom, maintenant avec autorité le principe de l'essentialité des fièvres, et lançant du fond de la province, contre l'école de Broussais, ses protestations nosologiques et ses sarcasmes perdus ; l'autre voué aux recherches les plus minutieuses de l'anatomie pathologique et tourmenté par un irrésistible besoin d'induction et de synthèse, habile aux fabulations pathogéniques, devançant les résultats de la physiologie expérimentale pour assigner au système nerveux, au fluide nerveux, l'initiative et le gouvernement de toutes les évolutions morbides, opposant au système de l'irritation ce qu'il appelait la véritable doctrine physiologique, dédaignant les indications, non de l'observation directe des symptômes, mais de la notion hypothétique de leur mode de genèse et d'installation, assouplissant la thérapeutique, adaptant les formules aux vues de sa théorie, comme s'il avait réussi à discipliner la matière médicale, comme si tout traitement, même le plus rationnel, était autre chose qu'un essai jusqu'à ce que l'expérience l'ait jugé.

Ta pensée s'arrête sans doute moins devant les idées qui ont dirigé la pratique de ces maîtres vénérés qu'au souvenir de leurs efforts pour l'instruction de leurs disciples et de leur méthode d'enseignement clinique. C'est aussi cette méthode qui est souvent l'objet de mes méditations rétrospectives, et je songe avec une piété reconnaissante à l'utilité que tiraient des élèves, même peu avancés, de leçons et d'exemples recherchés en même temps par de jeunes docteurs, par des praticiens de récente couvée. Aujourd'hui ta parole sonne avec autorité dans cette même chaire où Lobstein a professé, où Forget a porté ensuite toute l'industrie du diagnostic moderne et l'inépuisable verve d'un médecin qui a vécu avec Montaigne et Sydenham, avec Rabelais et Broussais. Le rôle difficile de

Est-ce à dire que nous voudrions l'émancipation de l'enseignement au profit du clergé, et le rétablissement d'une espèce de domination cléricale, en attendant, comme on l'a dit, le retour de l'inquisition? La science ne connaît pas toutes ces distinctions. Nous le déclarons formellement, le drapeau sous lequel nous nous rangeons n'appartient à aucun parti, à aucune corporation : c'est le drapeau de la véritable liberté, de la liberté élevée, générale, sans prévention, qui ne s'impose pas plus qu'elle ne veut être imposée. En réclamant la liberté de l'enseignement, nous la voulons pour le clergé aussi bien que pour l'Université, pour le prêtre comme pour le laïque, et nous ne demandons de privilége que pour le mieux-faire. Nos lecteurs ne l'ont pas oublié, quoique des critiques peu éclairés, sinon mal intentionnés, aient cherché à donner le change à l'opinion. Pour nous le caractère et la condition vitale de l'enseignement libre, c'est la liberté la plus entière des moyens, mais le contrôle le plus sévère des produits ; c'est l'appréciation de ces produits par un jury uniforme et impartial, et par conséquent indépendant des corps enseignants. Ce n'est pas là, nous le répétons, la tendance générale du projet de loi en discussion, et ce n'est pas non plus ce que veulent les différents partis qui sont descendus jusqu'ici dans l'arène. Nous ne sommes donc pas plus partisan du maintien du monopole universitaire que de l'institution de priviléges au profit du clergé ou de tout autre prétendant. Le seul prétendant légitime, à nos yeux, c'est le système qui assurera au meilleur enseignement, c'est-à-dire aux meilleurs produits, la juste récompense de ses efforts et du progrès.

EPIDÉMIES.

MÉMOIRE SUR UNE ÉPIDÉMIE D'OREILLONS QUI A RÉGNÉ A GENÈVE PENDANT LES ANNÉES 1848 et 1849; par le docteur RILLIET, médecin de l'hôpital de Genève.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

II. — COMPLICATIONS.

On trouve dans les auteurs la description d'un grand nombre de complications. Telles sont les affections secondaires du scrotum et du testicule chez l'homme ; des seins, des grandes lèvres et des ovaires chez la femme ; les métastases sur le cerveau, les poumons, le pancréas et l'estomac ; l'apoplexie et l'asphyxie par la compression exercée par la tumeur.

La seule de ces maladies que j'aie assez souvent observée pour pouvoir en donner une description particulière est l'engorgement du testicule, auquel, pour éviter les périphrases, je conserverai le nom d'orchite. Je n'ai eu connaissance que d'un seul cas de gonflement des grandes lèvres, chez une demoiselle de 36 ans. La complication survint au cinquième jour d'un oreillon peu intense, et disparut au bout de trois à quatre jours.

ORCHITE. Les auteurs de traités de pathologie les plus récents et les plus estimés ne donnent qu'une description très-incomplète et souvent inexacte de l'orchite de l'oreillon. Ainsi, M. Valleix dans son GUIDE DU MÉDECIN PRATICIEN se contente de dire : « Le gonflement testiculaire occupe uniquement le scrotum ; aussi se montre-t-il presque toujours uniforme et égal » des deux côtés, ce gonflement scrotal est accompagné *de douleurs le* » *long des cordons spermatiques*, et de pesanteur au périnée. »

M. Grisolle a été plus explicite et plus exact ; il a noté que le corps seul de l'organe était affecté, tandis que l'épididyme restait intact. Il n'a pas observé de rapport constant entre le siége de l'oreillon et celui de l'orchite, et a insisté sur les différences qui séparent les orchites métastatiques et blennorrhagiques.

On trouve beaucoup plus de renseignements dans le traité de Cannstatt, qui a résumé les opinions des médecins allemands, mais sa description est encore loin d'être suffisamment détaillée.

Les épidémiographes ne sont pas plus complets ; ils mentionnent la complication, plutôt qu'ils ne la décrivent. Je vais, dans les pages suivantes, chercher à combler les lacunes de ces descriptions.

Presque jamais l'orchite n'a débuté par des symptômes violents et annonçant une vive inflammation. En général, les malades, en se levant et en marchant, éprouvaient pour la première fois une douleur sourde, ou sentaient un poids insolite dans un des testicules. En examinant cet organe, ils étaient surpris de le trouver déjà notablement augmenté de volume.

La tuméfaction s'accroissait rapidement pendant quelques jours, et arrivait ordinairement à son apogée du quatrième au sixième. A partir du sixième au septième, elle commençait à diminuer, pour disparaître complétement entre le huitième et le quinzième jour, quelquefois plus tôt, rarement plus tard.

En examinant avec soin le testicule et ses enveloppes, j'ai pu m'assurer qu'au début le scrotum n'offrait pas d'œdème et que le gonflement atteignait le testicule plutôt que l'épididyme. La tumeur avait une forme ovoïde, elle était assez rénitente dans les premiers jours, plus molle à mesure que le volume décroissait, jamais elle ne m'a offert la dureté de l'orchite blennorrhagique. On n'apercevait aucune transparence par la lumière. Le volume du testicule variait beaucoup ; dans des cas très-légers, il était de moitié plus gros qu'à l'état normal ; le plus ordinairement il avait doublé de volume ; lorsque la maladie était plus intense, la dimension a été triple et même quadruple.

La douleur spontanée ou celle provoquée par la pression était ordinairement médiocre. Cependant, dans les cas intenses, elle a été très-vive pendant les deux ou trois premiers jours. Un petit nombre de malades se sont plaints de douleur à l'hypogastre ; chez l'un d'eux, elle avait précédé celle du testicule.

L'épididyme était, comme je l'ai dit, le plus souvent naturel ; cependant je l'ai vu tuméfié, mais sa tuméfaction a toujours été beaucoup moindre que celle du testicule. Une seule fois il a offert ce degré de dureté, qui est si caractéristique, de l'orchite syphilitique. C'était chez un homme de 43 ans qui, au milieu de l'épidémie, sans cause connue, sans accidents syphilitiques, sans oreillons antérieurs, fut atteint d'une tuméfaction du testicule qui suivit la marche de l'orchite de l'oreillon, mais qui en différa en ce sens que la résolution de l'engorgement ne fut pas complète, la queue de l'épididyme resta dure, et cette induration persistait encore sept mois après le début. A cette époque, il y avait, outre l'engorgement épididymique, une légère dilatation des veines du cordon.

Le cordon, presque toujours normal, était quelquefois un peu augmenté de volume, dans les cas surtout où le testicule et ses enveloppes étaient atteints. Une seule fois la douleur se propageait suivant la direction du cordon jusque dans l'intérieur du ventre.

Au début, le scrotum était sain, mais il arrivait quelquefois, le troisième, sixième, douzième jour qu'il se tuméfiait avec ou sans rougeur ; cette tu-

---

l'initiation exerce ton talent et ta sagacité, et déjà l'expérience a dû te fixer sur le mode le plus convenable.

C'est au lit des malades que Gaspard Roux concentrait le plus ordinairement son enseignement clinique ; il appliquait les élèves à l'interrogation des malades, à l'inspection des faits pathologiques les plus minimes, les plus fugitifs, qui se prêtent à l'analyse du regard ; il auscultait peu, il percutait encore moins, soit qu'il ne fût point assez familiarisé avec ces moyens d'exploration, soit qu'il eût une médiocre confiance en leurs résultats. Il faisait une part d'autant plus grande à l'observation proprement dite, et l'on peut assurer qu'aucun élément du diagnostic, accessible à l'œil, à la main, à l'odorat, à l'induction physiologique, n'échappait à sa rapide et judicieuse récolte. Ce que lui refusait son inexpérience des méthodes physiques alors peu répandues en province, il le demandait à une exploration plus fine, plus subtile, plus étendue, des caractères du pouls, du facies, de l'habitude extérieure, de tous les troubles fonctionnels. Il excellait à cette sorte de divination qui livre à l'œil du médecin le mot du problème médical, ainsi qu'à l'évaluation souvent si difficile et toujours si nécessaire de l'état dynamique actuel des malades. Ces deux qualités lui étaient une source de remarquables succès et d'une forte influence sur les disciples qui l'entouraient. Il devait à l'une la promptitude et la sûreté du diagnostic, à l'autre la juste pondération de l'action et du repos, l'opportunité des haltes dans le traitement des maladies aiguës. Il ne se lassait point de diriger, de rectifier, de soutenir l'interrogation inexperte des élèves. Les faits recueillis et notés, il en instituait sur place la discussion et la synthèse, provoquant les objections, répondant aux doutes, dégageant les indications. Le latin, qu'il parlait avec la facilité de l'École de Vienne, servait à protéger les illusions du malade. A chaque lit était appendu le tableau de l'observation. L'élève écrivait sous la dictée du professeur, d'abord les symptômes de chaque jour, puis les indications et les prescriptions émanées de la controverse clinique. Les conférences, en dehors des malades, étaient fort rares et roulaient soit sur des généralités, soit sur les constitutions médicales, cadre de ralliement des faits épars dans les salles.

La marche suivie par Lobstein ne s'éloignait pas essentiellement de celle de G. Roux ; tous deux bornaient leur clinique à un petit nombre de malades. Lobstein les soumettait moins habituellement, moins complétement à l'interrogation directe des élèves ; presque toujours il la tentait lui-même, s'arrêtant pour fixer l'attention sur les symptômes importants ou mal dessinés, posant les jalons de l'interprétation clinique, acceptant, parfois sollicitant les remarques ou les objections. Rien de plus complet que cette exploration. A l'époque où s'attachent ces souvenirs, peu de médecins fouillaient plus à fond leurs malades, et poursuivaient avec plus de scrupule et d'exactitude les éléments du diagnostic. Un esprit comme Lobstein ne pouvait hésiter sur la valeur de l'auscultation ; il la pratiquait avec soin, avec talent. La loupe, l'analyse chimique, aucun procédé de vérification ne lui paraissait inutile. Il déployait sur le théâtre de la clinique la ferveur d'enquête et la passion de découvertes qui l'animaient, scalpel en main, dans ses longues et nombreuses dissections d'anatomie pathologique. Au lit de chaque malade, il dictait en latin l'observation de chaque jour. La visite terminée, toutes les feuilles d'observation (environ 30, étaient portées sur la table d'une modeste salle de conférences ; le professeur, assis à cette table, reprenait, en présence des élèves, chaque feuille, chaque observation journalière, re-

méfaction, quelquefois très-considérable, était évidemment œdémateuse, comme le prouvaient sa transparence, l'impression laissée par le doigt, et la consistance de l'enveloppe. Une seule fois, le cinquième jour, j'ai noté une crépitation manifeste dans le scrotum. Lorsque les bourses étaient œdématiées, la douleur, soit spontanée, soit à la pression, était assez intense, et l'augmentation de volume bien plus considérable que lorsque le testicule seul était pris. J'ai vu, dans un cas de cette espèce, les bourses avoir le volume et la forme d'un cédrat de moyenne grosseur.

L'œdème du scrotum persistait quelquefois pendant plusieurs jours, alors même que le testicule continuait à diminuer de volume, puis il finissait par disparaître entièrement.

L'orchite s'accompagnait quelquefois de symptômes généraux qui d'ordinaire étaient en rapport avec l'intensité de la maladie. Ainsi les cas dans lesquels je les ai vus le plus marqués, étaient ceux où il existait une tuméfaction considérable du scrotum, et aussi chez les malades qui se livraient à des professions manuelles pénibles, et qui, malgré l'oreillon et même l'orchite n'avaient pas interrompu leurs occupations.

Ces symptômes consistaient dans de la fièvre qui était quelquefois assez intense. J'ai vu le pouls monter jusqu'à 120 et la chaleur être élevée. La fièvre ne dépassait guère quarante-huit heures; une seule fois elle a duré quatre à cinq jours. Dans ce dernier cas, l'orchite était assez intense, le scrotum rouge et tuméfié et la douleur vive.

La fièvre a été quelquefois accompagnée de vomissements, de signes d'embarras gastrique et même d'un léger délire. Ces symptômes étaient très-caractérisés chez un jeune homme de 20 ans, chez lequel l'œdème du scrotum était très-considérable. Ils cédèrent rapidement à un vomitif. Le plus ordinairement, ou bien la fièvre manquait, ou bien elle était très-légère.

La fièvre et la céphalalgie peuvent pendant un certain nombre de jours précéder l'apparition de l'orchite chez des sujets qui n'ont pas eu les oreillons; ainsi un de mes confrères, M. le docteur Julliard a observé chez un malade un état aigu, caractérisé par une céphalalgie très-intense, accompagnée de beaucoup de fièvre. Ces symptômes persistèrent pendant neuf jours sans être influencés par un traitement très-actif (saignée, calomel, vomitif, sangsues, vésicatoire) Le neuvième jour, le testicule gauche devint douloureux et se tuméfia.

Cette orchite ne fut pas de longue durée.

Il n'est pas venu à ma connaissance que l'on ait observé de crises évidentes, soit par les sueurs soit par les urines, au moment de la résolution de l'orchite.

J'ai indiqué l'époque à laquelle toute trace de maladie, soit enflure, soit douleur, avait disparu. Une fois l'orchite guérie, le testicule revenait d'ordinaire à l'état normal. Cependant il n'en a pas toujours été ainsi, et sans parler de l'induration chronique de l'épididyme notée plus haut, j'ai observé sur deux malades une diminution assez marquée dans le volume du testicule. Chez l'un d'eux elle a été portée au point de réduire de moitié environ le volume de cet organe; elle persistait encore dix mois après le début. Bien que je n'aie noté cette atrophie que sur deux malades, je ne puis pas dire qu'elle ne soit pas plus fréquente, la plupart des autres sujets n'ayant pas été soumis à mon observation depuis leur guérison.

L'orchite apparaissait en général du sixième au huitième jour, après le début de l'oreillon, très-rarement du troisième au cinquième jour. Presque toujours l'oreillon avait beaucoup diminué de volume lorsque l'orchite se manifestait, mais je n'ai constaté dans aucun cas que l'apparition de l'orchite ait coïncidé avec la disparition brusque et complète des oreillons hors le temps où elle doit se faire naturellement; en un mot, je n'ai observé aucun cas de métastase, je n'ai pas vu non plus l'orchite disparaître brusquement et l'oreillon se montrer de nouveau. Cette espèce de bascule a été signalée dans quelques épidémies.

L'orchite, sous le rapport de son siége, diffère de l'oreillon, en ce sens qu'elle est le plus souvent unilatérale, tandis que l'oreillon est le plus souvent double. D'après les faits que j'ai observés, l'orchite droite serait deux fois plus fréquente que la gauche (1). La forme la plus rare serait l'orchite double; l'orchite compliquant l'oreillon serait beaucoup plus fréquente que l'orchite simple. Les oreillons ayant presque toujours été doubles et l'orchite le plus souvent unilatérale, il est difficile d'établir une corrélation entre les côtés malades; je dois dire cependant que, dans quelques cas, c'est du côté où l'oreillon s'était développé en dernier lieu qu'est survenu le gonflement du testicule dans un cas où les oreillons étaient doubles d'emblée et d'un volume énorme, l'orchite fut considérable, et une des plus considérables que j'ai vues dans le cours de cette épidémie (obs. II). Il y a donc eu évidemment dans ce cas sous le rapport du siége et de l'intensité, une corrélation assez exacte entre la maladie première et sa complication.

L'orchite a atteint surtout des malades dans la force de l'âge; le plus grand nombre était compris entre 23 et 38 ans; le plus jeune avait 14 ans; le plus âgé 45.

Je n'ai rien observé dans leur constitution qui pût indiquer une prédisposition spéciale. Les plus jeunes étaient lymphatiques, les autres sanguins.

La plupart appartenaient à la classe ouvrière, soit de la ville, soit de la campagne; cependant j'ai vu la maladie se développer chez des sujets placés dans les circonstances hygiéniques les plus favorables, et chez lesquels l'oreillon avait été soigné d'une manière régulière.

L'orchite ne s'est pas montrée avec une égale fréquence à toutes les pé-

(1) Sur 23 orchites, dans lesquelles il a été tenu compte du siége de la maladie, elle occupait le testicule droit treize fois, le gauche six fois, quatre fois elle était double. Sur ces 23 cas, il y a eu 2 cas d'orchite sans oreillons, une droite, une autre double. Plusieurs de mes confrères, et entre autres MM. les docteurs Julliard et Mayor, ont observé des cas d'orchite sans oreillons qui ne rentrent pas dans ce résumé.

Sur 17 cas dans lesquels on a tenu compte exact de l'âge :

14 ans.	1 cas.
17	1
20	1
21	1
22	1
23	2
25	2
28	1
35	2
36	1
38	2
43	1
45	1
	17 cas.

---

sait lui-même l'ensemble des faits relevés au lit des malades et dictés par lui, discutait leur valeur, leur signification diagnostique et pronostique, établissait les indications, formulait les prescriptions en latin comme le texte de l'observation elle-même. Volontiers il admettait ses auditeurs à la controverse des données recueillies, à l'élaboration du diagnostic; il provoquait même les opinions contraires, se plaisait aux luttes et aux digressions théoriques. Alors sa parole s'élevait, sa voix prenait un timbre de persuasion intime; on sentait, à l'entendre, la douce et pénétrante animation de la conviction, le rayonnement limpide d'une haute intelligence. Point de leçon proprement dite; point de généralisations, s'éloignant des malades actuellement présents dans les salles. Les maladies, presque toujours choisies parmi les cas les plus difficiles et les plus graves, étaient presque toujours dissemblables, et constituaient autant de sujets spéciaux d'études : de là moins d'occasions aux rapprochements, moins de tendance aux esquisses de synthèse épidémiologique. La clinique se composait d'individualités morbides, et le professeur pouvait dire à ses élèves, comme Schœnlein aux siens : « *Sie sollen hier krankheits (individuen) sehen und beobachten lernen* (1). » En somme, Lobstein appliquait fortement l'esprit de ses disciples à l'élucidation de chaque problème individuel de la clinique; il leur inculquait les particularités de chaque état pathologique; il les faisait assister aux phases successives de l'évolution morbide, leur démontrait l'enchaînement et la subordination des phénomènes, leur apprenait à saisir les indications à travers la mobilité des symptômes, et les exerçait jusque dans le détail posologique à l'appropriation individuelle des ressources de la matière médicale. Les autopsies étaient pratiquées avec une sorte de solennité : les élèves rangés autour du cadavre, chaque organe était examiné en leur présence, les altérations montrées et démontrées, classées suivant leur importance. La parole du professeur fécondait sur place les révélations du scalpel, et le contrôle de tous assurait l'authenticité des résultats promis à la science par ces consciencieuses recherches.

C'est aux cliniques ainsi dirigées que plusieurs générations de médecins dont s'honorent l'Alsace, les Vosges et la Lorraine, ont puisé le goût de l'art, la sagacité d'investigation, l'habileté pratique. Il est peu de populations qui possèdent des médecins plus éclairés, plus sages, plus heureux dans leurs efforts, que celles du Haut et du Bas-Rhin. Les praticiens qui veillent à leur santé sortent presque tous de l'École de Strasbourg; ceux qui les ont formés se sont rappelé le précepte de Montaigne : « Il est bon qu'un conducteur fasse trotter devant lui son disciple pour juger de son train; qu'il lui fasse tout passer par l'estamine, et ne loge rien en sa teste par simple autorité et à crédit. »

Les choses ne se passent pas tout à fait ainsi dans les enseignements cliniques de notre temps. A Dieu ne plaise qu'il m'arrive d'en méconnaître le mérite et l'éclat, de retrancher un grain de mon admiration pour les hommes éminents qui en sont chargés, et qui s'en acquittent aux applaudissements de leurs auditoires serrés! Mon intention est seulement d'examiner si la forme actuelle de l'enseignement clinique répond le mieux aux besoins du noviciat, au but et à la nature de l'institution. Les hommes resteront en dehors de cette appréciation;

(1) « Ici vous apprendrez à voir, à observer les individualités morbides. » (SCHOENLEIN'S KLINISCHE VORTRAEGE, etc. Berlin, 1843, p. 6)

riodes de l'épidémie. Le premier cas dont j'ai eu connaissance a eu lieu au mois d'octobre, le dernier au mois d'avril. C'est surtout dans le mois de janvier que l'on a pu observer les exemples les plus nombreux. A lui seul ce mois en compte deux fois autant que tous les autres réunis. On observe le même mode de distribution des complications dans le cours des épidémies de fièvres éruptives. Ce n'est jamais qu'après un certain temps que les maladies secondaires se manifestent, et elles offrent, sous le rapport de leur nature, la plus grande analogie pendant la même période.

Dans aucun des cas soumis à mon observation, je n'ai pu constater de causes occasionnelles évidentes (coups, chutes, refroidissement, etc.).

L'orchite métastatique est une maladie qui presque toujours se termine par un retour complet de l'organe à l'état normal, sauf des exceptions que j'ai mentionnées plus haut ; elle diffère en cela de l'orchite blenorrhagique, à la suite de laquelle il reste très-souvent une induration comme pierreuse de la totalité ou d'une partie de l'épididyme.

D'après les auteurs, on a constaté dans certaines épidémies que le testicule restait induré pendant un temps plus ou moins long ; mais je n'ai pas trouvée mentionnée la terminaison par tuberculisation. J'ai trouvé moi-même, à la fin de l'épidémie, un fait qui semblerait indiquer la possibilité de cette terminaison.

Cette observation étant très-curieuse à d'autres égards encore, je vais la reproduire ici dans son entier.

OBS. I. — Chonet, gendarme, âgé de 25 ans, entre à l'hôpital le 12 mai 1849 ; il était malade depuis le mercredi 9 mai. La maladie avait débuté par du mal de tête, une céphalalgie intense et du frisson. Cependant le premier et le second jour, malgré la persistance de ces symptômes, il avait encore pu monter la garde. Le troisième jour, il se met au lit, se sentant très-faible. Il tousse, a de la diarrhée et deux épistaxis. La fièvre persiste.

A plusieurs reprises il m'a affirmé qu'avant le début il était parfaitement bien portant ; qu'habituellement sa santé était bonne ; qu'il était peu sujet à s'enrhumer, et qu'il n'avait jamais craché le sang. Il avait encore ses parents, qui étaient d'une bonne santé ; mais j'ai appris depuis qu'il avait perdu un frère et une sœur de phthisie pulmonaire.

Chonet mène une vie régulière ; il n'a jamais eu aucune affection syphilitique.

Lorsque je le vis à l'hôpital, le 13, il était dans l'état suivant : c'est un homme d'une taille moyenne, d'une constitution médiocrement robuste, d'un tempérament lymphatique, caractérisé par des yeux bleus, des cheveux blonds, une peau très-blanche et fine et un développement assez considérable de la glande thyroïde.

Son facies exprime l'abattement ; le pouls est à 96, la chaleur modérée. La respiration n'est point accélérée ; elle est pure. La percussion est sonore ; la langue est blanche, humide ; le ventre est peu développé, légèrement douloureux dans la fosse iliaque, où l'on perçoit du gargouillement. Il n'a pas de taches typhoïdes. L'intelligence est nette ; il rend bien compte de son état. Faiblesse assez considérable.

Ces symptômes me paraissent ceux d'une fièvre typhoïde à son début ; cependant, comme je m'occupais des oreillons à cette époque, je lui demandai s'il les avait eus. Il me répondit négativement. J'examinai même les testicules, qui étaient sains.

Le 14, l'état général était plus satisfaisant, la chaleur moins vive ; le pouls avait baissé, 88. Il avait eu deux épistaxis, suivis de soulagement. Deux verres d'eau de magnésie l'avaient abondamment purgé. La langue était blanche ; il avait bien dormi la nuit. En se réveillant le matin, il s'aperçut que le testicule gauche était enflé. En effet, en l'examinant, je constatai que cet organe avait presque doublé de volume. La tumeur était, pour la bonne moitié, formée par l'épididyme, qui était très-dur, *médiocrement douloureux*. En effet, la douleur était si vive que c'était plutôt par la gêne qu'il éprouvait dans la région du testicule et par le poids qu'il y ressentait qu'il s'était aperçu de cet accident. Le scrotum n'était ni rouge ni œdématié.

Les jours suivants, l'état général reste à peu près le même, si ce n'est que la fièvre persiste et augmente ; le pouls arrive à 100. Chaque jour le volume du testicule devient plus considérable.

Le 15, la tumeur avait déjà une dimension double de la veille.

Le 17, pour la première fois œdème transparent et considérable du scrotum gauche. L'épididyme forme les deux tiers de la tumeur ; il est très-dur, beaucoup plus que le testicule, qui occupe la partie antérieure. Pour la première fois aussi le cordon est tuméfié ; il a au moins triplé de volume. Pas de douleurs à l'épigastre. Les urines sont faciles ; une selle en diarrhée.

Le 19, la tumeur était arrivée à son apogée. L'épididyme formait les quatre cinquièmes de la tumeur. La fièvre continuait. Pouls à 100. La chaleur était toujours remarquablement intense. Il n'y avait pas de symptôme typhoïde apparent ; mais le visage était abattu, l'appétit perdu, la diarrhée très-facilement provoquée par de légers laxatifs. Pas de toux appréciable. Depuis le 26 mai jusqu'au 1er juin, il y a eu une diminution très-marquée dans la fréquence du pouls, qui est tombé à 80-76 ; mais le ralentissement s'est évidemment produit sous l'influence de l'aconit et de la digitale, et dès que ces remèdes ont été supprimés, la fièvre a repris sa première intensité.

A partir du 3 juin, la tumeur, qui était restée stationnaire, commence à diminuer. Depuis lors la diminution a persisté graduellement, mais lentement.

Le 5 juin, il s'est plaint d'une gêne dans la respiration. L'auscultation ne fournissait ce jour-là que des renseignements négatifs.

A partir du 7, la tumeur est restée de nouveau à peu près stationnaire.

Depuis le 14, la fièvre est revenue très-intense, la chaleur surtout notablement âcre, et cette fois l'aconit n'a pas eu d'influence sur le pouls.

L'amaigrissement, qui faisait des progrès chaque jour, a surtout augmenté à partir du 20 juin. Ce jour-là la peau était brûlante et sèche, le pouls à 112 ; *pour la première fois*, en avant, à gauche, au niveau de la deuxième côte, quelques craquements. Le son est moins éclatant qu'à droite, où la respiration est pure en avant et en arrière. La voix ne retentit nulle part. Expectoration un peu visqueuse mais blanchâtre, sans caractères spéciaux. Assez d'appétit ; pas de diarrhée. Même état du testicule. La toux qui existait depuis quelques jours augmente. La digitale fait de nouveau baisser la fièvre, qui reprend sa première intensité dès qu'on suspend le remède. Le pouls atteint 120 à 124.

Le 28, craquement sous la clavicule droite, quelques craquements en avant, à gauche. Le testicule diminue de volume, mais l'amaigrissement continue à faire des progrès. La respiration est plus fréquente, à 36. On administre de nouveau la digitale, et le pouls tombe de 112 à 64.

Le 3 juillet, le pouls est à 64. Toutes les fois que le ralentissement du pouls a été aussi marqué, il a vomi la digitale.

Le 4 juillet, il a été agité dans la nuit. Il a le hoquet depuis la veille. Le facies est mauvais ; le ventre est plat ; trois selles. Le scrotum, au lieu d'être pendant, est revenu sur lui-même. L'épididyme est moins dur. La tumeur est à peine le quart de ce qu'elle était autrefois. La langue est humide, l'appétit presque nul. Le matin, à la visite, il divaguait. L'expression du visage était anxieuse, le regard étonné. Le délire a continué pendant la nuit.

Mort à cinq heures du matin.

A aucune époque de la maladie je n'ai noté de taches typhoïdes ni de sudamina. Le ventre n'a jamais été ballonné. Je n'ai pas senti la rate déborder les côtes. L'altération des facultés intellectuelles n'a eu lieu que tout à fait à la fin. Les organes des sens ne m'ont offert aucun symptôme particulier, vue trouble, bourdonnements d'oreille, etc.

TRAITEMENT. — 13 mai. Deux verres d'eau de magnésie, cataplasmes, bouillon. — 14. Eau de Seltz, cataplasmes. — 15. Un bain, cataplasmes. — 16. Cataplasmes. — 17. Saignée de 10 onces, cataplasmes laudanisés. (La saignée con-

---

leur talent et leur juste renommée leur assureraient cette immunité, quand même elle n'entrerait point dans l'exquise convenance de mon sujet. En admettant d'ailleurs que nous parvenions à découvrir un vice dans l'organisation ou dans les tendances actuelles de la clinique, il est entendu que ce vice est plus que compensé par la supériorité et le dévouement des professeurs actuels, et il n'y a quelque intérêt à s'en occuper que dans l'hypothèse très-invraisemblable où l'avenir, un avenir éloigné, pourrait ne point continuer la série non interrompue de talents et d'illustrations contemporaines.

Posons d'abord une généralité qui frappe par son évidence : notre siècle est celui de la parole, et peut-être du parlage. L'époque présente se caractérise par la tendance à l'exhibition oratoire ; tribune et spectacles, voilà son symbole. Politique, industrie, commerce, agriculture, sciences et lettres ont leurs états généraux et particuliers, leur forum, leurs comices, leurs assemblées sous toutes les dénominations, et où sévit la loquace morbidezza de ce temps-ci. Le clubisme n'en a été, n'en sera peut-être encore que la forme épidémique la plus générale. Niera-t-on l'influence de cette disposition de l'esprit public sur l'enseignement à tous les degrés et dans toutes les sphères d'activité intellectuelle ? On fait maintenant des cours dans les colléges, au lieu de classes ; les parties les plus pratiques de l'instruction s'en vont en paroles ; les sciences les plus sévères, les plus défavorables aux exercices d'élocution, passent au ton de la récitation dramatique et fournissent aux éclats de la voix. Le discours envahit les écoles : on en fait pour l'ouverture et la clôture des cours semestriels ; on en lit, on en improvise. Ceux qui n'ont pas assez d'haleine au discours se passent au moins l'allocution. Timon n'a pas complété sa galerie d'orateurs ; il faut qu'il émigre des assemblées politiques dans les régions prétendues paisibles du monde académique et scolastique.

Disons-le sans ambage : la clinique se ressent de cette disposition de l'esprit public ; elle aspire à l'exhibition, elle agit moins et parle plus, elle compte les minutes au lit des malades et oublie les heures dans le fauteuil du professorat ; en un mot, on a inventé, on caresse, on imprime *la leçon de clinique*. Ce changement s'explique d'autant moins que les modernes cliniques comportent en général un effectif plus considérable de malades ; on n'en voit plus qui se composent de douze lits comme celle de Frank à Pavie, ou de vingt-quatre comme celle de Hildenbrandt à Vienne ; d'autre part, l'emploi général et répété de procédés d'exploration physique, l'examen plus fréquent et plus approfondi des liquides organiques et des produits de sécrétion, prolongent nécessairement les visites. Ajoutons que cet accroissement de ressources séméiotiques double l'attrait de l'observation, permet d'exercer utilement les élèves et de leur procurer en peu de temps une somme de connaissances expérimentales auxquelles leurs essais de pratique ultérieure devront une fermeté, une sécurité qui ont manqué aux débuts de leurs devanciers. Cependant on compte les services hospitaliers où les élèves rencontrent ces facilités et jouissent de cette direction ; la plupart sont réduits à demander à des cours particuliers de diagnostic l'initiation qui leur fait défaut dans les cliniques officielles. A l'exception des élèves qui, à titre d'internes ou d'externes, concourent immédiatement à l'exécution des prescriptions et s'attachent à la trace du maître, c'est fortune que les autres participent avec suite et régularité à la dispensation de cette partie fondamentale de l'instruction pratique ; qu'ils soient appelés à sonder, au flambeau de l'expérience

tient 5 onces de sérosité, avec une couenne superficielle).—18. Cataplasmes laudanisés, tisane avec une cuillerée à café de nitre.—19. Eau de magnésie, cataplasmes laudanisés. — 20. Eau de Seltz, mêmes cataplasmes.—21 et 22. Même traitement.— 23. Potion : Teinture aconit, 1 gros; eau distillée, 6 onces, prise en six fois ; eau de Seltz, bain de son, cataplasmes laudanisés.—24 et 25. Même traitement.—26. Eau de soude, trois frictions mercurielles sur la tumeur, lavement.—27. Potion d'aconit, eau de soude, trois frictions mercurielles.—28 mai au 4 juin. Même traitement; en outre huile de ricin le 31 mai. — 5. Potion de digitale (1 scrupule sur 6 onces d'eau distillée), en six fois ; cataplasme. — 6 au 11. Cataplasmes et eau de soude.—12 Même traitement ; reprise des frictions mercurielles. — 13 et 14. Cataplasmes, bain. — 15. On reprend la potion d'aconit jusqu'au 21. — 22 et 23. La potion de digitale ; en outre une cuillerée d'huile de foie de morue. — 24 au 27. Eau de Seltz, cataplasmes. — 28. Six pilules de carbonate de manganèse, huile de morue, eau de Seltz. — 29. Même traitement jusqu'au 1er juillet. — Le 2 juillet, il reprend la digitale à la glace qu'il continue le 3. — Le 4, eaux de Seltz à la glace jusqu'à sa mort qui arrive le 5.

AUTOPSIE, vingt-sept heures après la mort, le 6 juillet à sept heures et demie.

TÊTE. — Injection de la pie-mère qui était infiltrée d'un peu de sérosité; elle se détache très-facilement des circonvolutions. Aucune trace d'inflammation, soit à la convexité soit à la base ; mais au niveau de la partie moyenne de l'hémisphère gauche, on trouve dans la pie-mère deux petites granulations grises, bien caractérisées, arrondies, dures. Il n'en existe pas ailleurs. La masse encéphalique est saine ; pas d'épanchement ventriculaire.

POITRINE. — Poumons libres d'adhérences. Le poumon gauche est un peu lourd, granuleux au toucher. A la coupe du lobe supérieur, on aperçoit un grand nombre de granulations jaunes, faisant relief, comme de petites têtes d'épingles non ramollies, entourées d'un parenchyme pulmonaire, congestionné en quelques points, souple et crépitant en d'autres, mais nulle part hépatisé. Tout à fait au sommet de ce poumon existe une petite excavation, un peu anfractueuse, traversée par deux ou trois brides ; elle est pleine de sanie grisâtre, mélangée à des débris tuberculeux. Le lobe inférieur est plus congestionné que le lobe supérieur ; il est parsemé d'un grand nombre de granulations grises, demi-transparentes, aussi abondantes que les granulations jaunes du lobe supérieur, mais qui n'ont guère que le tiers ou que la moitié de leur volume.

Les bronches n'offrent aucune lésion.

Le poumon droit présente les mêmes lésions, seulement les granulations grises et jaunes sont moins nombreuses et il n'existe pas d'excavation. Les ganglions bronchiques sont un peu volumineux et rouges, deux ou trois tuberculeux.

Le *péricarde* ne contient pas de sérosité ; il est libre d'adhérences. Le cœur est parfaitement sain ; quelques caillots noirâtres, d'autres décolorés dans les oreillettes.

ABDOMEN. — La matière tuberculeuse se retrouve dans tous les organes *parenchymateux* et *glandulaires* de l'abdomen ; ainsi il existe des granulations jaunes, soit à la surface du foie et de la rate, soit dans la profondeur de ces organes; on en retrouve aussi dans l'épaisseur des reins.

Les ganglions prévertébraux, plusieurs des ganglions mésentériques sont en partie ou en totalité infiltrés de matière tuberculeuse, presque partout à l'état cru. Il existe aussi des traînées d'infiltration tuberculeuse dans le tissu cellulaire qui entoure l'uretère du côté gauche. Ce conduit lui-même est parfaitement sain.

Sauf l'existence de tubercules, le foie, la rate et les reins ne présentent aucune lésion.

Le *tube gastro-intestinal*, dans toutes ses parties, est parfaitement sain ; pas de tubercules ni d'ulcérations.

Organes génito-urinaires. Le testicule gauche, notablement plus volumineux que le droit, pèse 10 gros et demi, le testicule droit 6 gros et 2 scrupules. En incisant les membranes du testicule gauche, on constate un épaississement de la membrane fibreuse et de la séreuse. Le testicule lui-même offre sa forme ordinaire et sa blancheur accoutumée. L'épididyme est beaucoup plus volumineux qu'à l'état normal. Il est dur au toucher, d'un beau jaune, converti dans sa totalité en matière tuberculeuse, crue dans les trois quarts supérieurs et dans le quart inférieur ramollie. Là il existe une véritable excavation, capable de loger deux pois environ. Dans l'intérieur du testicule, entre les vaisseaux séminifères, on trouve quelques tubercules crus et quelques granulations grises assez rarement disséminées. Le testicule droit est parfaitement sain, ainsi que l'épididyme ; un peu de sérosité dans la tunique vaginale.

Le cordon testiculaire du côté gauche est plus épais que du côté opposé. Cela tient à de l'infiltration du tissu cellulaire qui sépare les éléments du cordon, car il n'existe en aucun point de la matière tuberculeuse entre les vaisseaux ou dans l'épaisseur de leurs parois.

La *prostate* est volumineuse ; elle contient en deux ou trois points du tubercule ramolli. La vessie est parfaitement saine.

Lorsque le malade entra à l'hôpital, il paraissait atteint des premiers symptômes d'une affection typhoïde (fièvre, faiblesse, diarrhée, épistaxis). Plus tard, lorsque l'orchite s'est développée, j'ai pensé que ces symptômes étaient les préludes de l'inflammation du testicule, comme on en avait observé déjà quelques exemples dans cette épidémie sur des sujets qui n'avaient pas eu les oreillons (témoin le fait de M. Julliard cité plus haut). Cependant cette orchite, qui durant plusieurs jours a suivi la marche de celle de l'oreillon, en différait dès le début par cette circonstance que l'engorgement occupait l'épididyme et non pas le testicule lui-même ; mais, en l'absence de toute affection syphilitique antérieure et de toute cause occasionnelle externe, et en tenant compte de l'épidémie, cette seule différence de siége ne me paraîtrait pas suffisante pour annuler mon diagnostic, et j'avais d'autant moins de raison de soupçonner la véritable nature de la maladie, qu'il est probable qu'à cette période elle était encore plus inflammatoire que tuberculeuse.

Au bout de quelques jours, je fus frappé de la persistance de la fièvre qui dans l'orchite de l'oreillon est ordinairement de très-courte durée. Cette persistance devenait plus extraordinaire encore à la période d'état de la tumeur et surtout à l'époque de la diminution. Des doutes s'élevèrent alors dans mon esprit sur l'origine de ce mouvement fébrile prolongé, et j'interrogeais chaque jour toutes les fonctions afin d'en découvrir la véritable cause. L'idée d'une affection typhoïde se présenta de nouveau à mon esprit, mais l'absence des symptômes abdominaux, des sudamina, des taches lenticulaires, la conservation de l'intelligence ne tardèrent pas à me faire penser que ce n'était pas à une maladie de cette espece qu'il fallait rapporter la fievre. Alors par exclusion, je diagnostiquai une tuberculisation générale, et ce diagnostic fut confirmé par les symptômes thoraciques perçus plus tard. Mais l'existence d'une affection tuberculeuse une fois admise, j'étais loin, je l'avoue, de penser que le testicule et l'épididyme participaient à la dégénérescence. A supposer même que l'idée m'en fût venue, la marche de l'orchite l'aurait éloignée.

Comment admettre, en effet, la nature tuberculeuse d'une affection du testicule qui débute d'une manière tout à fait aiguë et suit la marche des phlegmasies, c'est-à-dire après avoir augmenté rapidement reste stationnaire pendant plusieurs jours pour diminuer graduellement ensuite. Cette marche n'a aucun rapport avec celle que suit d'ordinaire la tuberculisation

---

magistrale, les secrets de l'organisme en voie de destruction, à démêler dans le tumulte des souffrances et des réactions sympathiques, l'origine, le siége et les irradiations de la maladie, à dénommer, à peser, à grouper les phénomènes que projette le foyer morbide et ceux que l'intervention active du médecin y ajoute, à dresser l'histoire de ces séries compliquées de faits naturels et provoqués, etc.

Si l'on démontre qu'une proportion, si petite qu'elle soit, de docteurs qui sortent annuellement de l'école, parvient au terme de la scolarité sans avoir participé sérieusement à l'initiation pratique, n'aura-t-on pas signalé une notable imperfection de l'institution clinique, telle qu'elle existe, et désigné la voie d'une réforme commandée par l'intérêt de l'humanité, la dignité de l'art et la sincérité des études ? Et si ce mal existe, il accuse à la fois le disciple et le professeur. Le premier s'attache surtout à la leçon orale qui succède à la visite, il s'y apprête ; il n'assiste point avec une rigoureuse assiduité à l'examen des malades, encore moins le tente-t-il par lui-même ; ce n'est point qu'il ne suive d'un pas distrait le professeur de lit en lit ; mais il voit peu ou rien ; souvent même il n'arrive que pour la leçon, n'exerçant que sa plume sous la parole du maître, négligeant l'éducation spéciale des sens que réclame la pratique, s'appliquant aux faits racontés, non à l'observation directe, recueillant des jugements, non les éléments d'une appréciation personnelle. Le second chemine, préoccupé de la leçon qu'il doit improviser ; il se ménage instinctivement en prévision de ce labeur supplémentaire ; il calcule son temps, n'accorde aux faits qu'une attention forcément restreinte ; tiraillements profonds de l'intelligence que l'habitude amortit, mais qui ne cessent jamais entièrement, si le professeur, au lieu d'extraire des entrailles mêmes de la clinique la matière de son enseignement, et de se répandre en familières dissertations sur les cas les plus saillants du jour, choisit, dans le domaine pathologique, un certain nombre de questions qu'il évoque ensuite à l'occasion ou plutôt sous le prétexte de quelques malades présents dans les salles et s'engage, comme on dit, dans une série de leçons sur un sujet prévu. C'est ici que se prononce de plus en plus la différence entre l'enseignement actuel de la clinique et celui dont elle était l'objet dans les premiers temps de son institution ; il nous semble même qu'elle est entrée dans une phase nouvelle que nous essayons de caractériser en l'appelant didactique.

« L'étude d'un fait isolé, a dit M. Louis avec cette haute et stricte raison qui donne à ses écrits une impérissable actualité, n'exige pas du médecin qui se livre à l'enseignement clinique un plan spécial ; il n'est besoin pour lui que de faire un peu plus lentement et à voix un peu plus élevée ce qu'il faisait ou du moins ce qu'il devrait faire, si un malade lui était confié, et qu'il dût en ordonner le traitement (1). » Voilà la forme la plus sévère, la plus étroitement positive de l'enseignement clinique ; dans la mesure de leurs connaissances et moyens d'examen séméiotique, les cliniciens de la fin du dernier siècle et du commencement du dix-neuvième le comprenaient à cette guise ; ils y joignaient l'étude des constitutions médicales et généralisaient, d'après les vues qu'ils en déduisaient, les faits observés dans une certaine période de temps. Lobstein appliquait rigoureusement le précepte de M. Louis, sauf les interprétations théoriques qu'il mêlait parfois à l'observation. Telle est aussi la méthode de Schoen-

(1) THÈSE SUR LES GÉNÉRALITÉS DE LA MÉDECINE CLINIQUE, 1831.

du testicule. Ainsi, d'après M. Velpeau (1) qui a donné de cette maladie une excellente description, au début le testicule tuberculeux est inégal, bosselé, indolent ; dans la seconde période il survient un travail inflammatoire et du ramollissement, borné à une ou plusieurs bosselures qui finit par gagner la partie correspondante des enveloppes. Dans une troisième période, l'abcès se vide à l'extérieur et il reste un orifice fistuleux. Ici, au contraire, point de bosselures, tuméfaction prompte de tout l'épididyme, et malgré le ramollissement d'une portion de cet organe aucune adhérence avec les enveloppes.

Sous le rapport des lésions concomitantes, la tuberculisation de l'épididyme dans ce cas-ci rentre dans la loi ordinaire des affections tuberculeuses, tandis que, suivant M. Velpeau, le tubercule du testicule est presque toujours borné à cet organe. Voici en quels termes s'exprime l'habile professeur : « La plupart des malades soumis à mon observation (et j'en ai vu » un nombre considérable) qui avaient un engorgement tuberculeux du » testicule n'offrirent aucun symptôme de tubercules pulmonaires; cinq » fois j'ai pu examiner le cadavre de tuberculeux de cette espèce qui n'a- » vaient de tubercules que dans le testicule. »

M. Louis, dans son Traité de la phthisie, ne fait pas mention de l'état des testicules, en sorte que je n'ai pu me servir de ses recherches pour constater l'exactitude des affirmations de M. Velpeau. Je me borne donc à signaler l'observation que je viens de rapporter comme une exception à la règle posée par l'habile chirurgien de la Charité.

Le traitement de l'orchite a été très-simple ; le plus souvent il a consisté dans des applications de cataplasmes de farine de lin, des bains simples ou des bains de son, des applications de compresses trempées dans l'eau de Goulard lorsque l'œdème du scrotum était très-marqué. Dans les cas d'embarras gastrique, on a donné un vomitif. J'ai fait saigner trois de mes malades; le sang n'était pas couennenx, mais le caillot était assez considérable, relativement à la proportion de sérosité. Dans la convalescence, plusieurs malades ont été purgés avec l'huile de ricin. La diète était de rigueur lorsque les symptômes fébriles étaient très-marqués. Dans les autres cas, elle n'a jamais été absolue, mais on a toujours eu soin de réduire notablement la quantité de l'alimentation et de ne prescrire que des aliments légers et non excitants.

L'observation suivante, par laquelle je terminerai ce mémoire, est un des cas d'orchite les plus intenses que j'aie vus et pour lequel j ai été obligé de recourir à la saignée.

JEUNE HOMME DE 21 ANS; OREILLONS TRÈS-INTENSES AVEC ŒDÈME; LE SIXIÈME JOUR, DOULEUR SUBITE DANS LES TESTICULES, QUI AU BOUT DE VINGT-QUATRE HEURES AVAIENT DOUBLÉ DE VOLUME; LE LENDEMAIN, ŒDÈME DU SCROTUM; DURÉE DE LA COMPLICATION, SEPT JOURS; TRAITEMENT PAR LA SAIGNÉE ET LES VOMITIFS; GUÉRISON.

Obs. II. — Le nommé Bonnet, âgé de 21 ans, cordonnier, entre, le 11 janvier 1849, à l'hôpital; il avait été pris, le 9 du même mois, de gonflement et de douleurs dans la région parotidienne droite. Dans la nuit suivante, la tuméfaction s'était étendue à gauche. Lorsqu'il entra à l'hôpital, le développement des régions parotidienne et sous-mastoïdienne était considérable; les glandes maxillaires étaient très-développées. Il existait une vive douleur à l'articulation temporo-maxillaire. La gorge et l'intérieur de la bouche, examinés avec soin, ne présentaient rien de particulier. Le malade avait de la fièvre et se plaignait d'étourdissements.

Le 12, les régions parotidienne et sous-mastoïdienne étaient moins tuméfiées; mais le cou était énorme, comme dans les bronchocèles volumineux. Les glandes sous-maxillaires étaient encore plus développées que la veille et très-dures. La tuméfaction du cou était un œdème dur et douloureux qui se prolongeait sur la partie supérieure de la poitrine. En ce point le doigt laissait une impression assez profonde.

Le 13, la tuméfaction du cou et l'œdème thoracique avaient diminué; mais les glandes sous-maxillaires faisaient relief, et étaient toujours tuméfiées et douloureuses.

Le 14 au matin, la diminution est encore plus considérable. Le cou est de moitié moins volumineux qu'il ne l'était auparavant. L'œdème thoracique a disparu. Les régions parotidiennes sont revenues complètement à l'état normal. Les glandes sous-maxillaires ont aussi diminué; mais elles restent encore assez grosses, dures et douloureuses. A onze heures du matin, le même jour, douleur subite dans les deux testicules, qui augmentent rapidement de volume.

Le 15, à la visite du matin, je constate que les deux testicules ont plus que doublé de volume, surtout le gauche; ils sont très-sensibles à la moindre pression. Le scrotum glisse sur ce testicule avec facilité; il n'est pas épaissi. Il n'y a pas trace d'œdème. La plus grande partie de la tumeur est formée par la coque du testicule, qui est arrondi, tendu, rénitent, sans qu'on aperçoive de transparence par la bougie. L'épididyme et le cordon ne présentent qu'une tuméfaction tout à fait insignifiante. Le gonflement des glandes sous-maxillaires a considérablement diminué. La peau est très-chaude, le pouls très-fréquent, plein, la face colorée. Le visage exprime la souffrance.

Jusqu'alors le traitement avait consisté dans des bains et des applications de cataplasmes laudanisés sur le cou. La douleur de ce testicule et l'intensité de la fièvre me déterminèrent à pratiquer une saignée de 10 onces. Le sang n'est pas couenneux. Le caillot est mou. Il y a 6 onces de sérosité pour 4 onces de caillot.

Le 16, il est survenu un œdème aigu très-considérable du scrotum : c'est de la sérosité pure qui est épanchée, ce dont on peut s'assurer au moyen de la lumière. La peau n'est pas rouge. Cet œdème, joint à la tumeur du testicule, donne aux bourses un volume très-considérable. La tumeur, dans son entier, peut être comparée à un cédrat de moyenne grosseur. Le testicule est toujours très-douloureux; il occupe la partie supérieure de la tumeur. Toute trace de tuméfaction à la tête et au cou a disparu. On ne sent plus les glandes sous-maxillaires, qui, la veille encore, étaient volumineuses et dures. La fièvre a beaucoup baissé. Le pouls est à 88 seulement, mais il est plein. Quelques symptômes d'embarras gastrique; bouche amère; haleine fétide. Depuis le début, il y a presque toujours eu des étourdissements; ils persistent encore. (Un vomitif : ipécac., gr. xij; émétique, gr. 1.) Il vomit abondamment.

Le 17, la fièvre avait entièrement disparu, ainsi que les symptômes saburraux. L'appétit se faisait sentir, mais il n'y avait point de diminution dans la tumeur; au contraire, l'œdème du scrotum était encore plus considérable, sans rougeur à la peau. La douleur avait beaucoup diminué. (Application d'eau de Goulard sur le scrotum.)

Le 18, amélioration notable. L'œdème est beaucoup moins marqué. Les bourses, au lieu d'être tendues et chaudes comme elles l'étaient la veille, sont molles et relâchées. Les testicules ont diminué de volume; ils sont beaucoup plus mous que précédemment. Apyrexie. (Eau de Goulard.)

Le 19, la diminution est encore plus prononcée. Le scrotum est très-flasque. Le testicule droit est encore un peu plus gros que le gauche.

Le 20, c'est à peine s'il y a encore de l'œdème. Les deux testicules sont presque égaux et ont à peu près leur volume normal. On sent très-distinctement le testicule, l'épididyme et le cordon.

Le 21, il était guéri. L'œdème avait disparu, et les testicules avaient repris leur volume naturel.

Cette observation est un des exemples les plus caractérisés de l'orchite de l'oreillon. Il y a eu un rapport évident entre l'intensité des deux mala-

(1) Dictionnaire de médecine, t. XXIX, p 472.

---

lein, quoiqu'il ne néglige point les dissemblances et les analogies des cas qu'il analyse, quoiqu'il recherche le lien général, c'est-à-dire le caractère épidémique des maladies. En chirurgie, l'individualisme a été le caractère de la clinique comme en médecine; Bichat raconte avec détail la marche qu'avait adoptée Desault, et que les praticiens éminents de notre époque se plaisent à continuer : consultation publique et raisonnée; observations exactes et détaillées recueillies et lues par les élèves; opérations préalablement discutées quant aux indications, aux suites probables, au choix des procédés, etc. En un mot, tous les détails de l'enseignement procédaient de l'observation immédiate des malades et y ramenaient l'esprit des auditeurs; il ne franchissait point le cercle des applications pratiques. Aujourd hui tel clinicien passe le temps d'une visite à l'ajustement de quelques appareils et s'en va débiter à l'amphithéâtre une leçon comme sur l'hydrocèle ou le sarcocèle; tel autre est en présence des affections catarrhales de la saison et se délecte dans les esquisses pathologiques sur la fièvre typhoïde, thème annuel de ses improvisations stéréotypées. Il est bien entendu que ces expositions didactiques se développent suivant le rite classique; il y a une ou deux leçons pour la symptomatologie, autant pour le diagnostic, autant pour le pronostic, l'étiologie, le traitement. Les faits sont présentés dans leur généralité banale, avec quelques applications intercurrentes aux éléments actuels de la clinique; retranchez ces passages, et vous tenez en main les feuilles arrachées d'un livre de pathologie, vous relisez un article de dictionnaire dont il se peut d'ailleurs que l'auteur vous ait lui-même répété le texte. Qui ne sait qu'il est des enseignements cliniques qui s'emprisonnent dans le cadre mesquin de trois ou quatre maladies que le maître a spécialement élucidées par ses travaux antérieurs ? Sans doute la science est redevable à l'un de résultats importants pour l'anatomie pathologique, à l'autre de conquêtes réelles en séméiotique; tel antre a fait un usage heureux, quoique téméraire, d'une formule de traitement qui semble avoir la puissance d'enrayer le cours naturel des phénomènes pathologiques; mais il n'y a pas là de quoi défrayer à perpétuité la dispensation de la médecine pratique.

Ainsi comprise et dirigée, la clinique se rapproche de la pathologie et finit par se confondre avec elle; elle ne s'arrête même pas à cette limite ; elle s'élève ou descend quelquefois, je ne sais comment dire, au dogmatisme; l'érudition vient en aide à l'hypothèse et serpente à travers le paradoxe. Broussais avait monté la clinique au ton de la plus âpre polémique et suscité parmi les adeptes une triviale émulation d'énergie littéraire. Sur les ruines de la médecine physiologique, on n'entend plus le retentissement de ces éloquentes colères ; mais la tendance dogmatique, la propension aux théories, aux spéculations, ne mourront jamais; nobles curiosités de l'esprit humain, elles exercent les facultés que le scepticisme laisserait disponibles, qui s'atrophieraient dans une trop lente et minutieuse élaboration des faits. N'est-il point quelque traité de clinique d'assez fraîche date où l'on démontre que la tuberculisation pulmonaire est une pneumonie chronique, et n'a-t-on pas proposé de remplacer la dénomination de fièvre typhoïde par celle d'entérite folliculeuse? Sous l'influence des doctrines qui s'installent dans les cliniques, l'élève risque de substituer les opinions qu'on lui inculque à l'investigation impartiale des faits; il trouvera plus commode de s'inspirer d'une théorie que d'interroger laborieusement la nature, ou s'il jette un regard distrait sur les maladies, ce sera pour les expliquer tout aus-

dies ; oreillons doubles énormes, avec œdème très-étendu ; testicule très-volumineux, avec infiltration séreuse considérable du scrotum. On ne peut pas admettre une métastase brusque, car il y a eu une diminution graduelle pendant deux jours avant l'apparition de l'orchite ; mais il est positif que ces énormes oreillons se sont dissipés bien plus rapidement et complétement que l'on ne l'observe en général.

L'orchite a débuté par le testicule. Le scrotum n'a été pris que consécutivement. La douleur a été en rapport avec l'intensité de la maladie, c'est-à-dire plus marquée qu'on ne l'observe d'ordinaire. La médication suivie a évidemment abrégé la durée de la maladie. Cette opinion résulte de la comparaison de cette observation avec celle de deux autres malades atteints au même degré, dont l'un a été saigné deux fois et l'autre a pris seulement un vomitif. L'amélioration a été bien plus rapide chez Bonnet, qui a été à la fois saigné et émétisé.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

CONSIDÉRATIONS SUR LE MODE D'ACTION ET LES PROPRIÉTÉS CURATIVES GÉNÉRALES DU SULFATE DE QUININE; par M. SÉMANAS, D.-M.-P. (de Lyon) (1).

Nous nous proposons de développer, dans ces courtes considérations, quelques propositions touchant : *A.* le mode d'action du sulfate de quinine ; *B.* les propriétés curatives générales du sulfate de quinine.

A. Ce n'est point à la légère et dans le seul but d'émettre une théorie plus ou moins spécieuse de l'action du sulfate de quinine, que nous avons avancé ailleurs, à propos de l'efficacité de ce sel contre le mal de mer, que ce sel guérissait ce mal, ainsi que toutes les affections miasmatiques, en *changeant la prédisposition* du sujet, prédisposition qui, de pathologique au milieu constitutionnel, était rendue par là, temporairement au moins, physiologique à ce milieu.

C'est qu'en effet de toutes les théories présentées jusqu'à ce jour touchant le mode d'action du sulfate de quinine en pareils cas, aucune ne rend un compte même approximatif des faits observés, tandis que la nôtre les explique, au contraire, d'une façon aussi complète que naturelle.

Un homme placé au sein d'une contrée palustre contracte la fièvre ?

En premier lieu, si cet homme a contracté la fièvre, c'est bien en vertu d'une prédisposition personnelle particulière, et la preuve, c'est que le voisin de cet homme, lui, n'a rien contracté de semblable et se porte à merveille.

En présence de résultats aussi opposés obtenus au sein des mêmes conditions d'entourage, il est absolument nécessaire d'admettre, en effet, que les deux hommes en question ne sont pas prédisposés de la même manière ; et que la prédisposition du premier, si elle est défavorable, vicieuse, pathologique en un mot, au milieu palustre, la prédisposition du second est favorable, harmonique, le contraire de l'autre, et par conséquent physiologique audit milieu.

Cela posé, notre fébricitant voulant se débarrasser de sa fièvre, vous lui administrez dans ce but, et suivant les règles de l'art, le sulfate de quinine.

Le jour qui suit la médication (s'il s'agit d'une fièvre quotidienne simple), l'heure de l'accès se passe, rien n'apparaît. Le lendemain, le surlendemain se passent encore, rien de plus. Décidément notre homme est guéri, la fièvre a cessé ; elle a été coupée, dit le vulgaire.

Dans tout cela, qu'a-t-il dû se passer ?

Il y a peu de jours, notre homme ne passait jamais vingt-quatre heures sans éprouver un accès fébrile ; aujourd'hui voilà qu'il dort, boit et mange, qu'il vaque à ses occupations sans éprouver rien de fâcheux. Or, cependant, il est positif que les conditions d'entourage n'ont pas cessé un seul instant d'être les mêmes.

Ce qui s'est passé ? Une chose fort simple.

Il y a peu de jours, notre homme jouissait d'une prédisposition morbide au miasme palustre, qui le mettait dans le cas d'être miasmatiquement empoisonné une fois toutes les vingt-quatre heures ; aujourd'hui que, grâce à quelques grains de quinine, la prédisposition morbide a non-seulement disparu, mais a fait place en outre à une prédisposition physiologique audit miasme, l'empoisonnement a disparu à son tour, et la santé a succédé à la fièvre.

En d'autres termes, la fièvre apparaissait par le concours de deux circonstances : le miasme et la prédisposition.

Le miasme, lui, immuable par nature, ne pouvait changer et s'accommoder à la prédisposition du sujet ; il est donc toujours resté le même.

La prédisposition, elle, essentiellement muable, au contraire, pouvait changer ; c'est elle, en effet, qui s'est accommodée au miasme en devenant physiologique à ce dernier, de pathologique qu'elle était d'abord. Ce changement opéré, tout aussitôt la santé a remplacé la maladie.

Maintenant, aussi longtemps que durera la prédisposition physiologique, œuvre du remède ; autrement dit : aussi longtemps que l'immunité thérapeutique subsistera, la fièvre demeurera absente.

L'immunité viendra-t-elle à s'évanouir ? La prédisposition morbide reprenant le dessus, la fièvre rentrera en scène, et ainsi de suite.

De tout ceci découlent d'eux-mêmes tous les préceptes thérapeutiques sanctionnés depuis longtemps par l'expérience en fièvre palustre, à savoir : de répéter le sel quinique un nombre de fois suffisant pour rendre l'immunité thérapeutique permanente, et donner le temps à l'immunité de séjour de prendre des forces ; d'administrer ce sel le plus loin possible de l'accès présumé (si les accès sont très-rapprochés), afin de permettre à l'immunité d'être produite dans toute sa force lorsque viendra l'heure présumée de l'empoisonnement ; ou bien de donner ce sel quelques heures seulement avant l'accès présumé (si les accès sont très-éloignés), afin d'empêcher à l'immunité de s'évanouir avant l'heure de l'intoxication, d'ingérer la dose du sel en une seule fois (ceci est une des conséquences de la nécessité d'administrer le sel le plus loin possible de l'accès présumé) dans le but d'obtenir à l'état d'intermittence le summum d'immunité nécessaire pour prévenir une intoxication à summum d'intensité également intermittente, etc., etc.

Une particularité importante propre au sel de quinine, particularité sur

(1) Ces considérations sont extraites d'un ouvrage du même auteur dont nous aurons à rendre compte prochainement, intitulé : DU MAL DE MER ; RECHERCHES THÉORIQUES ET PRATIQUES SUR SES CAUSES, SA NATURE ET SON TRAITEMENT ; AINSI QUE SUR LES RAPPORTS QUI EXISTENT ENTRE CE MAL ET LE CHOLÉRA, LA FIÈVRE JAUNE, LA PESTE, etc.

---

sitôt et ployer les faits à ses idées préconçues : *Animus quippe, suis ipse commentis pollens, extraneo sensuum ministerio facile caret negligitque adeo nimis operosam naturæ explorationem; aut præceps oculo fugitivo observata ratione statim inventa explicando sic sibi commode satisfacit*, etc. (1) ; et, pour achever notre pensée avec celle du judicieux Gaubius : *Laudarem et ego, si morbi opinionum commentis cederent; si quo loquacior medicus, eo perfectior esset.* Ce dernier trait n'est point émoussé par le temps.

Au demeurant, l'enseignement de la clinique tend à s'assimiler à celui de la pathologie ; il est dominé par l'usage et la popularité *des leçons* ; il n'est soumis à aucune règle fixe, il ne présente aucune gradation de difficultés et d'exercices ; il laisse en dehors de la familiarité du maître la masse des élèves ; il ne leur offre point les secours et la direction individuelle que nécessite le noviciat pratique ; chaque clinique est comme le spécimen des vues scientifiques et des habitudes médicales du professeur éminent qui en est chargé ; mais elle n'entre point dans un système d'apprentissage conçu dans l'intérêt des générations d'élèves ; elle flotte au gré de l'individualité professorale ; elle réfléchit ses travaux, ses études partielles, ses polémiques passées, ses tendances du moment ; elle est le piédestal d'une célébrité, le sonore écho d'un nom. Les exhibitions du talent et de l'expérience inspireront toujours un vif et légitime intérêt ; l'école qui possède ces trésors, qui apparaît constellée de ces gloires jeunes ou vieilles, en tirera toujours lustre et vigueur ; mais il lui manquera un mode rationnel d'initiation pratique, un système utile de cliniques coordonnées, progressives, établies dans l'intérêt réel du plus grand nombre des élèves, non pour la splendeur d'une institution publique et l'honorable désignation d'un praticien ou d'un consultant. Si dans beaucoup de localités l'exercice de la médecine n'a pas encore atteint le degré de sûreté et d'habileté qu'il exige, dira-t-on que l'organisation de l'enseignement clinique n'y est pour rien ? Si les débuts de maints docteurs coûtent à l'humanité plus que le reste de leur carrière ne lui peut rapporter, une partie de la responsabilité morale qui en découle, ne rejaillit-elle point sur les écoles qui ont diplômé le demi-savoir et l'impéritie ? En présence des maléfices certains de l'ignorance et de l'insuffisance médicales, pourquoi nous envelopper de candeur et d'optimisme ? Si le mal procède de plusieurs causes, analysons ; si l'une de ces causes réside dans la forme actuelle de l'enseignement clinique réduit en spectacle et paré d'éloquence, avisons. Il faut aux populations des praticiens à l'œil exercé, à la main dextre, à l'oreille aiguisée ; l'armée réclame de vrais médecins, des chirurgiens toujours prêts à l'œuvre, habiles non-seulement au jeu de l'instrument, mais au diagnostic approfondi des lésions, à la discussion scientifique des indications, au choix raisonné des moyens de traitement. Que la lecture des livres et l'audition des cours ne procurent point ces avantages, tout le monde en convient : est-ce que les cliniques à distance, à l'aventure, à fracas d'opérations ou de paroles sauraient les donner, tu ne le penses point, mon cher ami, car tu as souvenance au prix de quels labeurs, de quelles applications directes et répétées s'est formé ton jugement de praticien, ton rare talent d'exploration, tes saines vues sur tout ce qui intéresse le progrès de la science et les réussites de l'art.

Quand on songera décidément à faire pour le noviciat de la médecine pra-

(1) INST. PATHOL. AUCTORE GAUBIO, PRÆFATIO.

laquelle nous avons déjà insisté, est relative à la double efficacité (préventive et curative) qui appartient à ce médicament.

Cette double efficacité, notre manière de concevoir le mode d'action du sulfate de quinine l'explique de même parfaitement, en faisant voir (ainsi que nous l'avons exposé, *loc. cit.*), que la guérison procurée par ce sel n'est qu'une conséquence de la ***propriété préventive seule inhérente*** à ce médicament, en ce sens que ledit médicament, alors même qu'il guérit, ***ne guérit que parce qu'il préserve.***

On comprend en effet que, du moment où l'action du sel de quinine sur l'organisme a pour résultat constant de changer la prédisposition du sujet, c'est-à-dire de faire cesser le désaccord qui existait entre la cause miasmatique et la prédisposition, et de remplacer ce désaccord par un état harmonique entre la prédisposition et ladite cause, la première conséquence de ce changement, à l'égard de la fièvre existante, est la cessation de cette fièvre, laquelle dès lors a perdu sa raison d'être et ne saurait plus subsister, en présence d'un miasme, sans une prédisposition pathologique à ce miasme, que la santé ne saurait s'établir, dans les mêmes circonstances, sans une prédisposition physiologique audit miasme.

B. Voyons maintenant les propriétés curatives générales du sulfate de quinine.

Nous avons avancé, basant notre assertion sur des considérations théoriques et pratiques, que le sulfate de quinine était un ***antimiasmatique*** dans toute l'acception du mot, en ce sens que ce sel était apte à combattre toutes les intoxications indistinctement, de source paludéenne ou autre, pourvu qu'elles fussent miasmatiques.

Il nous reste à faire voir que la manière dont nous venons de considérer le mode d'action du sulfate de quinine n'infirme en rien les propriétés thérapeutiques générales accordées par nous à ce sel, et que, loin de là, ce mode d'action (mutation prédispositionnelle) et la qualité antimiasmatique concordent à merveille et se fortifient mutuellement.

Et tout d'abord, avancer que le sulfate de quinine est l'antidote de tous les miasmes sans exception semble une assertion plus que gratuite, puisque, s'il est vrai que les miasmes de source différente soient différents, à certains égards du moins, comment pourrait-il se faire dès lors qu'un médicament unique, le sulfate de quinine, convînt à tous indistinctement, et les combattît tous avec une efficacité constante, sinon égale ?

Mais remarquez bien qu'en avançant que le sulfate de quinine est un antidote capable de lutter victorieusement contre les miasmes de toutes sortes, nous ne prétendons nullement, ainsi que quelques personnes l'ont avancé à tort, que le sulfate de quinine, pour guérir, neutralise le miasme par une action directe de corps à corps, telle, par exemple, que celle de la magnésie neutralisant l'acide sulfurique d'un empoisonnement.

Non, un tel mode d'action, à en juger par l'observation rigoureuse des faits, n'est pas et ne saurait être celui de la quinine.

Au surplus, le plus simple examen comparatif va montrer qu'entre l'action de la magnésie guérissant un empoisonnement sulfurique, et l'action du sel de quinine guérissant une intoxication donnée, palustre, par exemple, s'il y a parité de résultats curatifs, il n'y a pas parité de conditions curatives.

La magnésie, en neutralisant l'acide sulfurique, guérit un empoisonnement par cet acide, parce que l'action de la cause toxique une fois produite, ne se reproduit plus ; mais la magnésie, en guérissant, ne préserve pas d'un empoisonnement ultérieur, et elle ne saurait en préserver qu'à la condition d'être incessamment administrée.

En est-il de même du sulfate de quinine ? Non, sans doute.

D'abord, ici, le poison, c'est-à-dire la cause miasmatique contre laquelle ce sel est censé agir, ne disparaît jamais, si ce n'est périodiquement, de l'atmosphère ambiante dans laquelle vit le malade.

Il suit de là que si la quinine guérissait, à l'instar de la magnésie, en neutralisant directement le miasme à l'aide d'une action chimique d'un genre ou d'un autre, elle ne pourrait faire cesser l'action de ce miasme qu'étant administrée incessamment et en quantité supérieure à celle du miasme ; or ce n'est pas là ce qui a lieu, puisqu'il est constant que la guérison quinique se prolonge d'ordinaire bien au delà de l'époque de la cure, et se transforme en une immunité réelle.

Encore bien, la quinine procurât-elle une guérison limitée seulement à la durée de l'intervalle de quelques accès quotidiens, qu'en considération, encore une fois, de la présence incessamment périodique du miasme dans l'atmosphère ambiante, et, par suite, de la possibilité constante d'des intoxications périodiques nouvelles, qu'en considération, disons-nous, de cette circonstance, il y aurait obligation à reconnaître dans la guérison quinique quelque chose de plus que la neutralisation pure et simple du miasme ou la cure proprement dite ; et ce quelque chose serait une action préventive, courte, il est vrai, mais certaine.

La conclusion à tirer de tout cela, c'est que la quinine, pour guérir, ne neutralise pas le poison à l'instar de la magnésie.

Comment alors le neutralise-t-elle donc?

C'est à quoi va répondre d'une manière satisfaisante notre manière de considérer l'action du sulfate de quinine.

En effet, la magnésie ne guérit, dans le cas ci-dessus, qu'à la condition de changer la nature de l'agent toxique, ce qu'elle réalise en se combinant à lui pour donner naissance à un corps nouveau et inoffensif relativement.

Le sulfate de quinine, lui, pour guérir la fièvre, n'a pas besoin et ne saurait d'ailleurs exercer de modifications chimiques d'une espèce ou d'une autre sur l'agent miasmatique, agent immuable, chimiquement parlant, et auquel il ne s'attaque en aucune manière. Ce sel change tout simplement la prédisposition du sujet, et de cette mutation résulte pour le sujet immunité au miasme immédiatement réalisable : d'où guérison d'abord, puis préservation ensuite.

On voit donc que si, dans le premier cas, la cause toxique est neutralisée ***directement*** par la magnésie, dans le second cas, la cause toxique, quoique neutralisée encore, ne l'est qu'***indirectement*** par la quinine, qui, en agissant sur l'organisme seul, ***oblige celui-ci à faire tous les frais de la cure.***

Mais si le sulfate de quinine, dans l'action intime d'où résulte la guérison (laquelle n'est, à proprement parler, qu'une ***préservation immédiate***), n'a aucun rapport direct avec le miasme, peu importe donc, pour la sûreté de la cure, que ce miasme soit d'origine palustre ou marine ; qu'il soit identique à celui du typhus, de la peste, du choléra, ou seulement analogue à l'un de ces derniers, dans tous ces cas, et quel que soit le génie constitutionnel, pourvu que sa nature soit *miasmatique*, l'individu que sa prédisposition morbide aura rendu malade au sein de ladite constitution, s'il prend de la quinine, guérira ou pourra guérir, par cela seul

---

tique ce que l'on fait pour l'enseignement de la physique et de la chimie, on comprendra la nécessité de substituer les actes aux discours, les exercices aux leçons, les démonstrations aux commentaires, d'instituer les manipulations et l'analyse cliniques, d'y associer, non quelques élèves de choix, mais tous ceux qui viennent demander à l'École l'instruction professionnelle. Pas un élève ne sort de l'École polytechnique, qui n'ait manié des instruments de physique et pratiqué des analyses de chimie ; pas un élève ne quitte l'École d'état-major sans avoir exécuté sur le terrain des travaux topographiques ; soutiendra-t-on que nos écoles ne livrent à l'exercice de notre profession un seul élève qui n'ait fouillé des malades sous les auspices d'un clinicien et procédé sous sa conduite à des essais de thérapeutique? On se plaint de l'infériorité d'une profession sans se donner la peine d'en rechercher toutes les causes ; j'aurai le courage de dénoncer l'une de celles qui contribuent à la depression sociale de la médecine : les recrues que les diverses institutions de l'État fournissent aux carrières publiques, possèdent, à de rares exceptions près, la dose de connaissances et d'habileté pratique que réclame l'exercice de leurs fonctions ; nos ingénieurs des mines, des ponts et chaussées et de l'armée, nos forestiers, nos universitaires, sont tous, dès le jour de leur admission aux emplois respectifs de leurs carrières, des hommes utiles, propres à leur destination, apportant à la société une valeur certaine ; il n'en est point de même d'un grand grand nombre de jeunes médecins. On objectera l'inégale difficulté de l'apprentissage et de la pratique : c'est accuser le système des études et les garanties actuelles de la scolarité, et sur ce point, nul discord ; on revient ainsi à notre thème, on entre dans nos conclusions.

L'initiation clinique doit commencer aussitôt que l'élève a des notions suffisantes sur la structure et les fonctions de l'économie, sur les influences avec lesquelles elle entre en conflit ; elle doit être obligatoire et uniforme pour chaque génération ou promotion d'élèves. Une répartition étudiée des malades que reçoivent les hôpitaux, permettra d'échelonner les difficultés, de procéder du simple au composé ; un certain nombre d'affections qui oscillent sur la limite de la chirurgie et de la médecine, une partie des lésions des organes respiratoires et même circulatoires qui sont entrées presque tout entières dans le domaine du diagnostic physique, etc., se présentent en première ligne ; viennent ensuite les troubles dynamiques et désordres matériels, déterminés par des agents connus dans leur nature et dans leurs effets, tels que mercure, plomb, alcool, syphilis, etc., groupe pathologique qui conduit aux intoxications de cause inconnue ou conjecturale, mais à marche déterminée : fièvres éruptives, typhiques, paludéennes, etc. Inutile de poursuivre ici cet essai de classification artificielle des maladies, au point de vue des gradations nécessaires de l'initiation ; je l'esquisse en passant et n'y attache aucune importance ; d'autres échelonnements paraîtront mieux appropriés, et je m'y range à l'avance. L'essentiel est que le jeune élève qui aborde pour la première fois l'observation clinique ne sente point le vertige de la confusion et de l'étonnement, dans la mêlée d'affections aiguës et chroniques, légères et très-graves qui se pressent, sans ordre et sans connexions, dans le cadre tumultueux de nos services. Ce n'est point tout ; le diagnostic a ses méthodes directes et indirectes ; les premières, applications ingénieuses et variées de nos sens, telles que la percussion, l'auscultation, la palpation, la mensuration, etc. ; les autres, purement logiques, servant à compléter, à suppléer,

qu'il se trouvera préservé à la suite de la mutation imprimée à sa prédisposition par l'agent quinique.

En conséquence, et étant admis que le sulfate de quinine est un *mutateur thérapeutique* de la prédisposition du sujet, c'est à ce point de vue, et à ce point de vue seulement, qu'il est permis d'avancer que le sulfate de quinine est d'une manière générale un *antimiasmatique* (1).

Après avoir montré comment s'expliquent mutuellement le mode d'action du sulfate de quinine (mutation prédispositionnelle), d'une part, et la propriété antimiasmatique de ce sel, d'autre part, resterait à indiquer, à titre de preuves justificatives de cette double assertion, comment le sulfate de quinine, agent unique, peut réussir à combattre efficacement, sous toutes leurs manifestations diverses, les différentes variétés do miasmes.

Cette question est trop importante pour que, à défaut de développements plus étendus, nous n'entreprenions pas d'en esquisser du moins les éléments principaux.

A cet effet, nous rappellerons sommairement quelques-unes des propositions formulées par nous dans ce livre, tendant à établir :

1° Que les miasmes ont une nature identique (toxique), et exercent sur l'organisme, en vertu de cette nature commune, un effet général qui est l'intoxication de l'*influx* des centres nerveux ;

2° Que les miasmes, eu égard aux milieux différents qui les produisent, sont au moins de trois sortes : le miasme urbain, le miasme palustre, le miasme marin ;

3° Que les miasmes urbain, palustre et marin, bien que de nature identique, diffèrent entre eux par leur manière d'être particulière, qui est, pour le premier, *continue ;* pour le second, *intermittente périodique ;* pour le troisième, *atypique ;*

4° Enfin, que les intoxications produites par les miasmes urbain, palustre et marin, quoique de nature identique aussi (intoxication de l'influx des centres nerveux), diffèrent entre elles, conformément à la manière d'être particulière de leur miasme procréateur, c'est-à-dire que ces intoxications sont *continues*, *intermittentes périodiques* et *atypiques.*

Cela posé, nous dirons : Puisque les miasmes sont *un* par nature, et ne produisent qu'un seul effet fondamental sur l'organisme, à savoir l'intoxication de l'influx des centres nerveux, les moyens capables de combattre efficacement les miasmes dans leur effet fondamental sur l'organisme peuvent rationnellement émaner d'un agent thérapeutique *unique*, doué par conséquent de la propriété fondamentale d'agir efficacement contre toute espèce de miasme manifesté à l'état d'intoxication, d'être enfin, dans l'acception générale du mot, un *antimiasmatique.*

Mais de même que les miasmes diffèrent entre eux au point de vue de leur manière d'être particulière, et produisent des intoxications en rapport avec cette manière d'être, de même l'agent thérapeutique ci-dessus (que nous supposons être le quinquina, ou sulfate de quinine), en tant qu'adressé aux intoxications en général, devra varier son mode d'intervention conformément à la variété de manière d'être du miasme générateur.

Ceci autorise à fonder trois modes principaux d'administration du sulfate de quinine, placés en regard des trois formes principales toxiques :

A forme toxique *continue* : médication quinique *continue ;*

A forme toxique *intermittente périodique* : médication quinique *intermittente périodique ;*

A forme toxique *atypique :* médication quinique *atypique ;*

Développons rapidement ces trois médications principales parallèlement aux trois formes principales toxiques auxquelles elles s'adressent.

A forme toxique *continue :* médication toxique *continue.*

Dans cette forme où les moments toxiques (1) du miasme (miasme urbain), sauf des différences à l'intensité, sont de tous les jours et de tous les instants, l'intoxication qui en résulte, ou la fièvre, est elle-même de tous les jours et de tous les instants, à partir du moment où elle éclate jusqu'à celui où elle se termine.

Dans ces variétés d'intoxications, qu'à cause de cela on a nommées *continues*, et sauf des différences à l'intensité, au siége, etc., le mouvement fébrile se surajoute incessamment à lui-même ; à savoir : qu'un effet toxique n'est pas terminé que, sous l'influence de la *permanence de la cause*, un nouveau toxique fait apparition, et ainsi de suite, jusqu'à ce qu'enfin, si la mort n'arrive, les mutations organiques appelées *nature*, secondées ou non par les agents thérapeutiques, portent l'immunité au miasme constitutionnel, et par suite la cessation de la fièvre et la santé.

A l'égard de ces formes toxiques, si un antimiasmatique, le sulfate de quinine, vient à être employé, il est clair que son action doit tendre, non à rompre brusquement les affinités morbides qui existent entre la prédisposition subjective et la cause miasmatique ; une telle rupture serait impossible en présence de la continuité d'action des moments toxiques, mais bien à modifier peu à peu ces affinités, de manière à obtenir progressivement leur disparition totale ; en d'autres termes, il doit faciliter l'accomplissement des mutations organiques de qui seules dépend l'époque de la cessation naturelle de la fièvre, c'est-à-dire l'époque de l'établissement de l'immunité physiologique.

(1) En disant que le sulfate de quinine est un *antimiasmatique*, nous sous-entendons que ce sel est un antifébrile, et plus encore qu'un antifébrile.

On sait qu'en effet beaucoup d'affections de cause bien évidemment miasmatique, alors pourtant que la fièvre est absente, sont avantageusement modifiées par le sulfate de quinine.

C'est à ce dernier point de vue que l'expression antifébrile, employée pour exprimer toute la sphère d'action curative du sel de quinine, quoique déjà fort large, est évidemment insuffisante, et doit faire place à celle antimiasmatique.

(1) Nous appelons *moments toxiques* ces états d'une constitution miasmatique dans laquelle, à un instant donné, le degré de saturation miasmatique de l'atmosphère devient suffisant pour développer, sur l'organisme qui s'y trouve plongé, un effet toxique, ou autrement dit une intoxication.

On ne saurait disconvenir, en effet, qu'au sein de toute constitution miasmatique, et sous l'influence de causes qu'il ne nous est pas loisible d'énumérer, l'accumulation du miasme, au sein de l'atmosphère, varie dans des proportions assez considérables. Cela étant, on ne saurait disconvenir non plus que de ces variations, et par rapport à l'organisme qui s'y trouve exposé, les unes sont aptes, les autres sont insuffisantes à développer l'effet toxique.

Or nous nommons *moments toxiques* d'une atmosphère donnée toutes les variations d'accumulation miasmatique capables de produire l'empoisonnement de l'organisme plongé au sein de cette atmosphère.

à féconder les résultats de l'investigation physique : une préparation des sens et du raisonnement est donc indiquée et doit s'administrer au seuil de la clinique.

Façonnés à l'examen individuel des cas, à l'analyse des symptômes, à la détermination des indications curatives ; appris à prévoir les crises, à calculer les forces de la vie, à noter les effets du traitement, les caractères de la convalescence, les détails des altérations anatomo-pathologiques ; dressés à la rédaction sévère et lucide des faits d'une observation si complexe ; déjà capables d'entreprendre des recherches avec précision et de se rendre compte de ce qu'ils ont remarqué, les élèves aspireront à de plus larges horizons, ils pénétreront dans les grandes salles, dans les services populeux où les maladies sont plus variées, plus nombreuses, et se renouvellent plus souvent ; nouveaux soldats, comme Stoll les appelle, préparés par de légères escarmouches à livrer des combats plus sérieux, ils sont maintenant entraînés à s'exercer à leurs propres frais, ils veulent acquérir la plénitude du jugement pratique.

Pour formuler avec précision les *desiderata* qui me préoccupent, je dirai qu'il faut aux élèves un enseignement pratique progressif, et que cette indication ne peut être remplie que par l'établissement d'un cours de clinique élémentaire et d'un cours de clinique supérieure ; chacun de ces cours pourra exiger plusieurs divisions, suivant le nombre des auditeurs ; à chaque division son professeur ; à chaque professeur ses auxiliaires pour que tous les élèves soient assurés d'une égale proportion d'exercice et de sollicitude magistrale. Dans le premier stade de cette initiation pratique, ils seront appliqués à interroger journellement les malades, à constater les symptômes par tous les moyens que fournit l'art moderne, à les dénommer, à les classer, à les convertir en signes diagnostiques et pronostiques par la discussion de leurs rapports avec l'état matériel des organes et les causes connues ou présumées, à procéder soit au lit des malades ou dans les conférences à quelques vérifications exactes à l'aide des réactifs chimiques et du microscope (urines avec bile, albumine, glucose, sédiments divers, matières puriformes, muqueuses, etc.) ; ils écriront d'abord, sous la dictée des maîtres, un certain nombre d'observations ; puis ils seront formés à les rédiger eux-mêmes ; conduits en présence du cadavre, ils verront pratiquer et pratiqueront ensuite eux-mêmes les autopsies, pour apprendre à discerner les lésions primitives, secondaires, vitales, cadavériques, etc. Au terme de cette première phase de leur scolarité clinique, ils porteront une attention sérieuse sur les ressources de la matière médicale et s'adonneront à l'art de formuler ; car, encore bien que la polypharmacie soit morte, la thérapeutique n'est plus réduite à l'eau de gomme, au cataplasme et aux émissions sanguines ; la médecine contemporaine a fait utilement retour à ce que l'on méprisait tant naguère sous le nom de drogues ; elle a pensé que l'expérience des siècles n'a pas été sans quelque utilité pour l'épreuve et le choix des remèdes ; elle s'est souvenue qu'il y a des drogues salutaires : l'opium, le quinquina, le mercure, le fer, les antimoniaux, le soufre, l'iode et tant d'autres ; les purgatifs sont devenus moins incendiaires ; on ne traite plus les fièvres intermittentes par les sangsues à l'épigastre, et le précieux sel, découvert par Peltier et Caventou, est pour notre armée d'Afrique un instrument de salut. Le temps n'est pas loin encore où une sorte de fausse honte arrêtait la plume du praticien, restreignait ses prescriptions ; le mot recette était discrédité ; celui de polypharmaques poursuivait leur

Ici le sulfate de quinine, pour rendre tout le service réalisable, devra donc être administré à doses *rapprochées le plus possible*, et de plus *continues*, de manière à imiter la permanence des moments toxiques.

A forme toxique *intermittente périodique* : médication quinique *intermittente périodique*.

Dans cette seconde forme, où les moments toxiques du miasme (miasme palustre) sont intermittents, l'intoxication qui en résulte, ou la fièvre, accomplit son existence totale, c'est-à-dire ses périodes de début, d'état et de déclin dans un temps ordinairement plus court que celui qui sépare un moment toxique du moment suivant, ce qui fait que, la fièvre écoulée, l'état normal reparaît dans toute sa plénitude; d'autre part, comme les moments toxiques apparaissent et disparaissent à intervalles périodiques, il suit que la fièvre elle-même apparaît et disparaît périodiquement.

Dans ces variétés d'intoxications, qu'à cause de cela on a nommées *intermittentes périodiques*, et sauf des différences à l'intensité, au siége, etc., le mouvement fébrile, ici chaque fois complet et distinct, se reproduit périodiquement sous l'influence *périodiquement permanente de la cause* jusqu'à ce que la mort arrive ou que les mutations organiques (nature), seules ou aidées des agents médicateurs, procurent l'immunité physiologique au miasme constitutionnel, et par suite la disparition définitive de la fièvre.

A l'égard de ces formes toxiques, si un antimiasmatique, le sulfate de quinine, est employé, il est clair qu'en raison de l'éloignement des moments toxiques et du retour de l'organisme à l'état normal dans l'intervalle de ces moments, le sel de quinine a beau jeu, s'il sait redoubler d'efforts pendant ledit intervalle où le danger à l'intoxication est nul!

En procédant de cette manière, en effet, ce sel fortifiera l'organisme de toute la somme d'immunité dont ce dernier a besoin pour éviter l'intoxication future, et quand viendra le moment toxique celui-ci passera inaperçu.

Rappelons-nous, toutefois, que l'immunité procurée par le sulfate de quinine étant essentiellement artificielle et éphémère, parce qu'elle est thérapeutique, de là la nécessité de répéter l'administration de ce sel un nombre de fois suffisant jusqu'à ce que les mutations organiques procurées par le séjour au sein de la constitution aient fondé une immunité physiologique définitive.

Ici le sulfate de quinine, pour rendre tout le service réalisable, devra donc être administré à doses *espacées le plus possible* et, de plus, *périodiques*, conformément à la périodicité des moments toxiques.

A forme toxique *atypique* : médication quinique *atypique*.

Dans cette troisième forme où les moments toxiques du miasme (miasme marin) s'éloignent également de la continuité non interrompue et de l'intermittence périodique, sont, en un mot, régulièrement irréguliers (1), l'intoxication qui en résulte ou la fièvre est elle-même régulièrement irrégulière.

Dans ces intoxications-là, qu'à cause de cela nous avons nommées *atypiques*, et sauf des différences à l'intensité, au siége, etc., le mouvement fébrile s'offre, en général, sous l'une des deux variantes suivantes : d'abord continu pendant un certain temps, le mouvement fébrile est tout à coup dominé par un état symptomatique grave, lequel cesse à son tour pour revenir à intervalles non périodiques et ainsi de suite; d'autres fois c'est l'état symptomatique grave qui, après avoir débuté à l'instar d'une intermittente pernicieuse, se trouve remplacé brusquement ou peu à peu par un mouvement fébrile continu ou subcontinu, etc. Au bout d'une durée des plus variables de l'une ou de l'autre de ces manifestations toxiques, qu'on pourrait appeler *compliquées*, et si la mort ne survient, les mutations organiques (nature), secondées ou non par les agents médicateurs, procurent l'immunité au miasme constitutionnel, d'où cessation de la maladie, puis santé.

A l'égard de ces formes toxiques, si un antimiasmatique, le sulfate de quinine, est employé, il est évident que le but de son action doit être double : *primo*, de modifier peu à peu et d'une manière incessante les affinités morbides prédispositionnelles mises en jeu par ce qu'il y a de continu du côté des moments toxiques de la cause miasmatique; *secundo*, de modifier brusquement les affinités morbides prédispositionnelles sollicitées par les moments toxiques intermittents de ladite cause; seulement comme ces derniers moments, bien qu'intermittents, ne sont rien moins que périodiques, le sel de quinine, pour agir contre eux et redoubler d'efforts, ne saurait donc, comme pour la forme toxique précédente, choisir tel instant plutôt que tel autre, il doit agir immédiatement et suivant le mode d'intermittence qui, pour le cas actuel, paraît le plus convenable.

Ici le sulfate de quinine, pour être vraiment efficace, devra donc être administré à doses tout à la fois faibles et fortes : les premières, *rapprochées le plus possible et continues*; les secondes, *espacées le plus possible et répétées suivant l'urgence du cas*, de manière à imiter en définitive, et autant que faire se peut, la continuité et l'intermittence irrégulière des moments toxiques.

Telles sont les trois médications quiniques qui nous paraissent devoir présider à la curation des trois groupes morbides : continu, intermittent périodique, atypique, dont l'ensemble constitue la grande famille des intoxications fébriles.

Dans le développement que nous venons de donner de ces trois médications, il va sans dire que nous n'avons pu les envisager qu'au point de vue

(1) Dans les constitutions miasmatiques précédentes, les moments toxiques étaient ou continus sans interruption, ou intermittents périodiques.

Dans la constitution miasmatique marine, les moments toxiques sont à la fois ou tour à tour continus et intermittents; ces derniers sans régularité.

Les moments toxiques continus se trouvent ici en rapport avec le dégagement incessant du miasme marin dans l'atmosphère ambiante.

Les moments toxiques intermittents du même miasme sont réglés par les vents et les orages maritimes, lesquels, comme on sait, n'ont aucune règle fixe; apparaissant inopinément, cessant au moment où l'on juge qu'ils vont croître, croissant lorsqu'on pense qu'ils vont disparaître, etc.

C'est cette instabilité vraiment unique des moments toxiques marins qui rend raison de l'instabilité toute particulière qui appartient aux affections du domaine maritime : peste, choléra, fièvre jaune, etc., affections qui, en effet, durant leur invasion, tant sporadique qu'épidémique, apparaissent tantôt sous un type tantôt sous un autre; marchent tantôt avec lenteur, tantôt avec la promptitude de la foudre; éclatent en cent endroits à la fois pour n'être plus, peu après, qu'à l'état de vestige, et réciproquement; et tout cela indépendamment, jusqu'à un certain point, des circonstances de saison, de climat, de température, de lieux, etc., comme si lesdites affections se plaisaient à déjouer tous les calculs et toutes les prévisions.

---

oreille comme un écho railleur. La thérapeutique, guidée par les travaux de la chimie organique et de la physiologie expérimentale, promet enfin d'élargir ses voies : ne craignons point d'y poser le pied, suivis de nos élèves; si les ténèbres arrêtent avec raison les pas de Gaubius, le crépuscule suffit au progrès. Or choisir, associer, combiner, doser, approprier les médicaments, c'est affaire de savoir et d'habitude, et au début, de tâtonnements et d'essais; d'où la nécessité d'une gouverne.

A une clinique plus avancée, réservons les études étiologiques en présence des faits, les parties les plus ardues du diagnostic différentiel, les affections à siége indéterminé, les névroses, les maladies à réactions complexes, la prognose dans sa signification la plus élevée, la synthèse des faits similaires et analogues, la détermination des caractères épidémiques et des constitutions médicales. les expérimentations thérapeutiques dans la mesure que prescrit impérieusement le saint respect de la vie humaine. Vers le terme de cette période d'initiation majeure, l'élève sera fréquemment substitué au maître et revêtu de cette robe de responsabilité morale, profondément adhérente à l'âme et à l'esprit, dont la robe doctorale est le symbole, moins la flottante ampleur et les vastes plis.

Voilà, mon excellent et docte ami, comment je conçois l'institution clinique, après une expérience de cinq années qui m'a révélé ses difficultés et ses imperfections. Non, la sueur que versent de fermes intelligences ne féconde pas assez au loin les foules qui entourent leurs chaires; de près et dans les premiers rangs, leur parole échauffe, rayonne; vers la périphérie de la masse vivante, *densum humeris vulgus*, la température des esprits reste stationnaire; au lit des malades, quelques-uns seulement voient et observent avec les yeux du maître; privilége et fortune, quand ce devrait être le droit et le devoir de tous.

A toi de si vieille estime et d'affection si vraie,

MICHEL LEVY.

— M. le docteur Ansiaux écrit de Liége à GAZETTE DES HÔPITAUX :

Le choléra a disparu complétement de notre cité; mais en revanche la petite vérole y a sévi avec une violence extrême; les environs de la ville n'ont pas été épargnés. Les individus vaccinés ont été atteints comme les autres; bon nombre ont succombé; d'autres sont restés borgnes ou aveugles à la suite de l'ophthalmie qui accompagne presque toujours cette maladie éruptive. La ville de Liége compte 80,000 âmes de population. Ce chiffre donne la portée du ravage que peut faire une épidémie. Le choléra a enlevé plus de 2,000 personnes, et le nombre des malades de ce fléau a dépassé 6,000, d'après les rapports officiels.

— HOSPICE DU PERRON. — Le service médical de l'hospice du Perron avait été fait jusqu'ici par les médecins suppléants des hôpitaux de Lyon. Ce service vient de leur être enlevé par décision de l'administration, en dépit des règlements et des droits acquis par le concours. Les médecins des hôpitaux ont adressé des réclamations à MM. les administrateurs, qui ont passé outre en désignant M. Arlaud, médecin à Oullins, pour remplir les fonctions de médecin de l'hospice du Perron.

(GAZETTE MÉDICALE DE LYON.)

---

de leurs préceptes généraux et non sous celui des préceptes particuliers en rapport avec chaque variété d'espèce morbide dans chaque groupe.

Qu'on n'aille pas inférer de ce que nous venons de dire qu'à notre avis la seule et unique médication qui convient aux intoxications, quels que soient leur type, leur source, etc., est toujours et partout la médication quinique?

Une telle opinion serait fort éloignée d'être la nôtre.

En avançant que la médication quinique convient à toutes les intoxications indistinctement, nous avons seulement voulu exprimer qu'elle leur convient à titre de médication *principale*; or celle-ci, en aucun cas, ne saurait exclure la ou les médications secondaires, toujours plus ou moins importantes, suivant l'espèce morbide.

Dans toute intoxication, en effet, il y a deux sortes d'indications : l'indication principale qui résulte de l'intoxication elle-même en tant que phénomène primitif et indépendant de tous les autres.

Cette indication, le sulfate de quinine *seul* est apte à la remplir partout et toujours, nous venons d'indiquer comment.

Il y a ensuite les indications secondaires tirées des désordres de nutrition et de sécrétion consécutifs à l'empoisonnement, y compris l'altération du sang.

Ces autres indications (qui ont bien aussi leur importance, puisque dans maintes occasions elles peuvent à elles seules prolonger l'état morbide, alors même que la quinine a fait disparaître ce qui dépendait directement de l'élément toxique); ces autres indications, disons-nous, le sel de quinine est absolument impuissant à les remplir. Ce sel doit donc, en présence de ces dernières, se retirer, ou mieux s'adjoindre les autres moyens thérapeutiques, seuls aptes à compléter son action, au même titre que lui-même est seul apte à préparer et à simplifier la leur.

Nous venons de dire, et nous insistons à dessein sur ce point, que, dans toutes les intoxications indistinctement, l'action du sulfate de quinine préparait et simplifiait l'action des autres agents thérapeutiques qu'on lui adjoint ou qui lui succèdent.

A ce propos, qu'il nous soit permis d'exprimer que ç'a été une grande et déplorable erreur que celle qui jusqu'ici a conduit à faire généralement regarder le sulfate de quinine comme étant sans efficacité contre les intoxications fébriles continues (les fièvres typhoïdes entre autres), par cela seul que ce sel, administré contre ces affections, ne donnait lieu, quant à la fièvre, à aucun résultat immédiat, tel que celui qu'il procure dans les fièvres intermittentes, par exemple, et que surtout les lésions consécutives, à savoir les lésions intestinales, cérébrales, pectorales, en un mot les lésions en rapport avec la forme anatomique de la fièvre, n'en persistaient pas moins au même degré ou à peu près pendant les premiers temps de son administration.

Le sulfate de quinine ne pouvait, dans les intoxications continues, donner lieu à un même résultat que dans les intoxications intermittentes; dans ces dernières, en effet, l'intermittence des moments toxiques, d'où résulte l'intermittence de la fièvre, permet de guérir celle-ci d'une manière intermittente, c'est-à-dire brusque; d'un autre côté, et à cause même de la courte durée de la fièvre, *la fièvre ici est la chose principale*, les lésions organiques sont l'accessoire, car elles n'ont pas le temps de faire des progrès durables, dans l'immense majorité des cas au moins.

De là vient que, dans les fièvres intermittentes, le sulfate de quinine peut faire cesser brusquement la fièvre, et qu'en faisant cesser brusquement la fièvre (qui est ici toute la maladie), ce sel fait disparaître du même coup la totalité de l'ensemble symptomatique, et se trouve être, à ce double point de vue et dans toute l'acception du mot, l'agent curatif par excellence.

Dans les fièvres continues, la continuité des moments toxiques, d'où résulte la continuité de la fièvre, s'oppose, nous l'avons déjà dit, à ce que cette dernière puisse être suspendue brusquement un instant même très-court; d'un autre côté, et en raison même de la continuité de la fièvre, les lésions organiques consécutives acquièrent presque toujours une certaine importance, soit comme gravité, soit comme durée.

De ceci résulte que, dans les fièvres continues, le sulfate de quinine, quoique s'adressant encore efficacement à la fièvre, ne saurait néanmoins guérir celle-ci autrement que d'une manière continue et progressive, et que, de plus (ledit sel ne pouvant rien directement contre les lésions organiques consécutives à la fièvre), ces lésions réclament de toute nécessité une ou des médications particulières.

Il y a pourtant ici cette énorme différence que, sous l'*influence continuée* du sulfate de quinine, le sujet malade, perdant peu à peu la prédisposition morbide en vertu de laquelle il est tombé malade, et en vertu de laquelle (plongé qu'il est au sein d'une atmosphère miasmatique permanente) il *reste* malade, ne se trouve plus placé bientôt que sous le coup des lésions consécutives seules, lésions qui, privées désormais de l'influence miasmatique constitutionnelle à titre de complication permanente, suivent alors une marche infiniment plus simple et plus prompte.

C'est là du moins le résultat constant auquel nous sommes arrivé depuis que, dans notre pratique (à Lyon), nous nous sommes imposé pour règle uniforme d'associer la médication quinique *continue* à tous les cas indistinctement de *fièvres continues* que nous avons à traiter.

Maintenant le sulfate de quinine, si efficace dans les intoxications intermittentes et dans les intoxications continues, le serait-il *à priori* d'une manière, sinon égale, du moins proportionnelle, dans les intoxications que nous avons nommées *atypiques*, et dont nous plaçons la cause prochaine (le miasme marin) dans l'atmosphère marine?

Considérant que ce troisième groupe d'intoxications se relie aux deux groupes précédents, dont il complète la série, il serait peu philosophique assurément de répondre à cette question par la négative.

Bien que nous n'ayons pu rencontrer par-devers nous aucun fait pratique à l'appui de l'efficacité ou non du sulfate de quinine dans les fièvres atypiques, dans le choléra entre autres, les nombreux essais tentés à cet égard par des auteurs recommandables, essais heureux pour le plus grand nombre, et qui l'eussent été bien davantage encore si l'on eût procédé pour eux d'après des règles fixes et connues d'avance, ces nombreux essais, disons-nous, joints à l'analogie pressante qui ressort des considérations qui précèdent, nous permettent d'entrevoir, dans un avenir prochain, la confirmation de l'efficacité du sulfate de quinine dans les fièvres atypiques, telles que la fièvre jaune, la peste, le choléra, etc., à la condition expresse toutefois qu'une médication quinique *atypique*, plus ou moins analogue à celle formulée ci-dessus, leur sera rigoureusement appliquée, et sans préjudice, bien entendu, de toute médication auxiliaire appropriée.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

III. MEDICAL TIMES.

Les numéros d'avril, mai, juin, juillet, août et septembre 1849 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Des troubles cérébraux qui résultent des désordres de l'utérus*; par M. Corfe. 2° *Du choléra*; par M. Kidd, par M. Griewe, par M. Clanny, par M. Stedman, par M. Laker, par M. Richmond et par M. Balfour. 3° *Du traitement du mal de dents*; par M. Stokes. 4° *De la scarlatine*; par M. Tripe. 5° *Cas de placenta prævia*; par M. Waller. 6° *Des pertes séminales involontaires*; par M. M'Dougall. 7° *Cas de laryngite chronique*; par M. Smith. 8° *Des strictures de l'urètre et de leur traitement*; par M. Holt. 9° *Manie puerpérale, suivie de folie*; par M. Hastings. 10° *Antéversion de l'utérus, suivie de stérilité*; par M. Rigby. 11° *Cas de néphrite desquamative*; par M. Herapath. 12° *Empoisonnement par le poivre de Cayenne*; par M. Snap. 13° *Influence de la teinture de digitale à haute dose dans certains cas d'aliénation mentale*; par M. Jones. 14° *De la belladone dans la névralgie*; par M. Postgate. 15° *Remarques sur la maladie vénérienne*; par M. Skey. 16° *De l'application des sangsues sur le col utérin*; par M. Clegg. 17° *Cas de* delirium tremens, *traités sans succès par l'opium, guéris à l'aide du calomel et de l'émétique*; par M. Corfe. 18° *Phénomènes nerveux*; par M. Massy. 19° *Inflammation aiguë de la prostate, survenue après une injection de nitrate d'argent*; par M. H. Smith. (On ne sait ni à quelle dose ni à quels intervalles l'injection avait été faite.) 20° *De la scarlatine épidémique*; par M. Annan. 21° *De l'emploi de l'acide nitrique contre les hémorrhoïdes*; par M. Massy. 22° *Remarques sur un spectre oculaire indiquant une légère obliquité du cristallin por rapport à l'axe du globe de l'œil*; par M. Macdonald. 23° *Considérations sur les vers dans l'espèce humaine*; par M. Crummey. 24° *Naissance de deux enfants unis par la paroi antérieure de l'abdomen*; par M. Verhaegbe. 25° *Observations d'épanchement pleurétique dans le côté gauche de la poitrine*; par M. Aldis. 26° *De l'hématurie et de son diagnostic*; par M. Venables. 27° *Remarques sur l'office du limaçon comme organe spécial pour la distinction mentale du ton et des agréments des sons musicaux*; par M. Macdonald. (Hypothèses fondées sur le mode spécial de l'épanouissement du nerf auditif dans les cavités cochléennes.) 28° *Sur la variole épidémique de 1844*; par M. Gregory. 29° *Éléments de médecine statistique*; par le même. 30° *Sur la membrane fibreuse d'enveloppe ou le fascia du cœur*; par M. Lee. 31° *Nouvelles vues sur le traitement des maladies utérines et des désordres nerveux qui les accompagnent*; par M. Calvert Hollaud. 32° *Du traitement thermique dans diverses maladies*; par M. Day. 33° *Remarques statistiques et générales sur la transfusion du sang*; par M. Routh. 34° *Imperforation de l'anus, guérie trois jours après la*

naissance; par M. Hooper. (L'opération fut faite par le périnée). 35° *Scarlatine guérie par les applications d'eau chaude*; par M. Balley. 36° *Du traitement de la folie*; par M. Smith. 37° *Fracture de l'omoplate*; par M. Ebsworth. 38° *De l'incision des rétrécissements de l'urètre par le périnée et de ses avantages*; par M. Smith.

DU TRAITEMENT DU MAL DE DENTS; par M. STOKES.

L'auteur, après avoir partagé l'évolution de la carie dentaire en trois périodes successives, annonce qu'il va s'occuper d'examiner les remèdes qui conviennent plus particulièrement à chacune d'elles. Il est à regretter que cette division très-méthodique ne serve d'introduction qu'à des considérations thérapeutiques qui ne brillent ni par la nouveauté, ni par le nombre des ressources qu'elles mettent à la disposition du praticien.

Nous détacherons seulement ici une formule que l'auteur vante de préférence. Pour calmer la douleur et détruire en même temps la portion cariée, il recommande de placer dans la cavité dentaire un très-petit fragment d'arsenic (un vingtième de grain) mélangé avec le chlorhydrate de morphine et la créosote. On le met sur un petit morceau de coton jusqu'à ce qu'il touche l'endroit sensible, et on l'y maintient avec un peu de cire ramollie. Ce remède, dit-il, enlève certainement les souffrances, celles du moins qui dépendent de la carie au premier degré; et M. Stokes n'hésite pas à affirmer d'après une multitude de cas qu'il peut être regardé comme le spécifique de l'odontalgie.

Vingt-quatre heures après son application, on peut enlever la pulpe dentaire. Si cette opération causait quelque douleur, on la suspendrait, pour ne la recommencer qu'après avoir renouvelé l'introduction du mélange arsenical. On tamponne ensuite la cavité dentaire avec de l'or ou d'autres substances, selon les procédés ordinaires.

DE L'APPLICATION DES SANGSUES SUR LE COL UTÉRIN; par M. CLEGG.

Tout le monde sait que lorsqu'un engorgement un peu prononcé du col utérin existe, il s'opère ordinairement en même temps un degré plus ou moins marqué de rétroversion. Aussi le spéculum ne parvient il qu'avec peine à mettre alors le museau de tanche à découvert. De même, lorsqu'on veut y appliquer des sangsues, si on les introduit simplement dans la cavité du spéculum, elles vont mordre au hasard sur la face antérieure de l'utérus même, ou sur les parois du vagin.

Or, comme c'est précisément dans les cas de ce genre qu'une évacuation sanguine du col se trouve le plus fréquemment indiquée, il n'était pas sans utilité de chercher un mécanisme qui permît au chirurgien de mieux atteindre le but.

L'instrument de M. Clegg nous paraît fournir un bon moyen pour y arriver. Il consiste en un récipient ovalaire ou godet en métal, dont la surface interne est rugueuse, et l'externe au contraire a été bien polie. Cette partie a le volume d'une noix, et doit pouvoir passer facilement à travers le spéculum; elle contient les sangsues. Elle se termine par une tige creuse, de 9 pouces de longueur, qui sert à la diriger. De plus, le godet a un couvercle qu'un fil passé dans l'intérieur de la tige met en mouvement pour l'ouvrir ou le fermer.

L'emploi de cet instrument est des plus aisés à concevoir. Les sangsues étant mises dans le récipient, on le ferme; puis on l'introduit rapidement à travers le spéculum jusqu'à ce qu'il soit en contact avec l'orifice utérin. On l'ouvre alors en faisant glisser le couvercle, et les sangsues mordent sur la surface malade.

Dans un cas où la rétroversion était très-considérable, le col étant en même temps trop sensible pour supporter la moindre pression du spéculum, M. Clegg prit le parti de s'en passer. Il porta quatre sangsues, contenues dans son godet, directement sur le col, où elles prirent en un instant.

REMARQUES SUR UN SPECTRE OCULAIRE INDIQUANT UNE LÉGÈRE OBLIQUITÉ DU CRISTALLIN PAR RAPPORT A L'AXE DU GLOBE DE L'ŒIL; par M. MACDONALD.

Lorsqu'on approche de l'œil une carte noircie percée d'un petit trou, l'ouverture paraît beaucoup plus grande; et, quelle qu'en soit la forme, elle semble être arrondie. Ce fait, bien connu, s'explique aisément quand on considère la grande divergence des rayons qui passent à travers ce trou, et l'insuffisance des pouvoirs de l'œil à les concentrer sur la rétine, de manière que l'ombre de l'iris tombe sur eux, la pupille modelant pour ainsi dire la masse des rayons, et leur faisant former un spectre circulaire d'une étendue considérable. Quelques physiologistes ont observé que le bord externe ou temporal de ce spectre n'est pas semblable à l'interne, lequel est moins brillant et moins bien défini que lui. Cette apparence ressort mieux encore quand on emploie une série de perforations, représentées par les points ci-après.... Dans ce cas, quel que soit l'œil dont on se serve, le bord externe brillant de chaque cercle est clairement vu dépasser celui placé au côté interne, qui est plus faible; et le tout ressemble beaucoup à un collier de perles. En changeant alternativement d'œil, le côté du cercle qui dépasse l'autre passe successivement de droite à gauche.

M. Macdonald a pensé, pour se rendre compte de ce phénomène, que la lentille cristalline prend une position légèrement oblique par rapport à l'axe du globe oculaire ou au plan de l'iris. Avec cette notion tout devient parfaitement clair.

En rassemblant les rayons lumineux d'une bougie dans une lentille ordinaire et les recevant sur un écran avant leur convergence complète, il en résulte un spectre circulaire dont les bords sont également brillants tant que les plans de l'écran et de la lentille sont parallèles. Mais si l'on donne à la lentille une certaine obliquité, la partie du spectre formée par les rayons qui passent à travers le bord de la lentille le plus éloigné de l'écran sera plus brillante que les autres, en raison de la plus grande convergence des rayons. Cet effet rappelle exactement ce qui s'observe dans l'œil.

Ce qui porte l'auteur à considérer son explication comme exacte, c'est la symétrie de cet effet dans les deux yeux; puis ce fait anatomique que les procès ciliaires sont un peu plus courts en dedans qu'en dehors de la lentille, arrangement qui semble destiné à porter celle-ci plus directement en face de la tache de Sœmmering (ce but est aussi rempli en partie par la position oblique du cristallin, dont il vient d'être parlé). En effet, de même que les images que nous voyons droites sont cependant parvenues à la rétine renversées, de même le côté brillant des cercles doit être situé en dedans, dans le point opposé où cela a lieu en apparence; car il est produit par le bord interne de la lentille qui est le plus éloigné de la rétine, ou le plus rapproché de l'iris; disposition qui a pour effet de dévier en dedans toute la masse des rayons lumineux, et de les concentrer vers la partie interne du fond de l'œil, ce qui est nécessaire dans certaines positions du globe oculaire. Il est probable que le muscle ciliaire, si bien décrit par M. Bowman, a une action spéciale pour changer le plan de la lentille, qu'il rend oblique dans divers sens.

On pourrait expliquer les mêmes phénomènes par l'hypothèse que la substance du cristallin a une densité plus grande dans sa partie interne que dans l'externe, de manière que les rayons passant à travers la première formeraient un foyer plus rapproché que les autres. Mais comme ceci rendrait la lentille impropre à ses fonctions, cette supposition ne doit point être admise.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 14 JANVIER.

NOTE SUR L'OZONE.

M Becquerel communique quelques observations nouvelles relatives à l'*ozone*, substance sur laquelle il a été fait des expériences par M. Shœnbein (de Bâle), et à laquelle on a fait jouer récemment un grand rôle dans la production des maladies épidémiques.

M. Shœnbein, dit M. Becquerel, se procure l'ozone en grande quantité, en mettant dans un ballon de 10 à 15 litres de capacité une petite quantité d'eau et des bâtons de phosphore d'un centimètre de diamètre, de manière à ce qu'ils plongent moitié dans l'eau, moitié dans l'air, en élevant la température de 15 à 20°, et fermant imparfaitement le ballon. Quand l'opération est achevée, ce dont on s'aperçoit à l'odeur que répand l'air *ozonisé*, on renverse le ballon dans une cuve à eau pour en faire sortir les bâtons de phosphore, puis on le retire et l'on agite pour laver le composé. Cette seconde opération terminée, on adapte au ballon un bouchon dans lequel passent deux tubes, l'un servant à faire arriver l'eau dans le ballon, l'autre à transmettre l'air ozonisé dans des vases ou des tubes renfermant les substances soumises à son action.

L'ozone, quand il est concentré, a l'odeur du chlore; quand il est mêlé d'air, il a l'odeur qui se dégage quand on tourne le plateau d'une machine électrique. L'air fortement chargé d'ozone gêne la respiration et produit, suivant M. Shœnbein, des affections catarrhales; des petits animaux qu'on y plonge y périssent promptement.

L'ozone est insoluble dans l'eau; il détruit promptement les matières colorantes organiques, ainsi que les matières ligneuses et albumineuses.

Suivant M. Shœnbein, l'ozone est l'agent oxydant le plus puissant de la nature. L'ozone se formant invariablement dans l'air par l'action des décharges électriques artificielles, doit se produire également dans l'atmosphère partout où il y a des décharges électriques naturelles. Rien n'est plus facile que de constater la présence de l'ozone dans l'atmosphère et les variations des quantités produites avec un papier imprégné de sulfate ou de chlorure de magnésie. L'ozone décompose rapidement le sel de magnésie, et le papier brunit.

En général, la réaction est plus grande en hiver qu'en été. M. Shœnbein a constamment observé que, pendant la chute de la neige, elle est beaucoup plus forte que dans tout autre temps.

Ce corps a échappé jusqu'à présent à tous les moyens d'analyse; M. Marignac le considère comme une modification particulière de l'oxygène qui exalte ses affinités chimiques, et M. Shœnbein comme un degré supérieur d'oxydation de l'hydrogène, c'est-à-dire comme un corps renfermant probablement plus d'oxygène que l'eau oxygénée.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 15 JANVIER. — PRÉSIDENCE DE M. ORFILA.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend :

1° Une lettre de M. le ministre de l'agriculture et du commerce, adressant un rapport de MM. Bontan, Compardon, Castaing et Lartel, sur une *épidémie de suette miliaire* qui a régné dans l'arrondissement de Condom ;

2° Une lettre du même ministre, soumettant à l'Académie les *chaînes galvano-électriques* de M. Goldberger (de Berlin), destinées au traitement des douleurs nerveuses et rhumatismales ;

3° Une lettre du même ministre, adressant à l'Académie quelques réflexions de M. le docteur Bayard (de Cirey-sur-Blaise), relative à *l'influence de la vaccine sur la mortalité ;*

4° Tableau des *vaccinations granuleuses* dans le département de Maine-et-Loire.

— M. le docteur Demeaux (de Piq-l'Évêque) adresse une observation de renversement de la matrice survenu après l'accouchement, et réduit huit jours après l'accident.

— Le même médecin adresse encore une observation de diabète chez un homme de trente-deux ans, après trois mois de l'usage du *lactate de fer*. (Commissaires : MM. Villeneuve et Capuron.)

— M. le docteur Eguisier adresse à l'Académie un scarificateur rotaeé destiné à remplacer les sangsues naturelles et les scarificateurs en usage jusqu'à ce jour.

APPAREIL A FUMIGATIONS.

M. CHARRIÈRE adresse à l'Académie un appareil nouveau à fumigations destiné surtout aux organes respiratoires, et expérimenté avec succès par plusieurs praticiens.

Les appareils jusqu'ici connus et répandus dans la pratique avaient l'inconvénient d'être munis de tuyaux, qui ne laissaient passer les principes médicamenteux des fumigations que sous forme de vapeurs, d'une température trop élevée pour être supportable.

Certaines exigences du moment ont conduit à imaginer des appareils improvisés qui, bien que plus avantageux, ne remplissent qu'imparfaitement toutes les indications.

L'appareil actuel a l'avantage de permettre au malade : 1° d'inspirer et d'expirer ; 2° d'inspirer seulement (l'expiration se faisant en dehors) les vapeurs médicamenteuses à toutes les températures ; 3° enfin de diriger à volonté ces vapeurs sur un organe isolé.

Fig. 1re. — Appareil monté prêt à fonctionner.

A. Lampe à alcool destinée à chauffer ou entretenir le liquide contenu dans le réservoir.

B. Cercle fenêtré par lequel on peut éteindre la lampe, si la température du liquide devient trop élevée.

C. Réservoir dans lequel est contenu le liquide destiné à former la fumigation.

D. Gros conduit en tissu flexible.

E. Embouchure destinée à couvrir les voies respiratoires.

Fig. 2. — Appareil complet renfermé dans sa boite.

— M. le docteur VAN DEN BROECK adresse un exemplaire de son mémoire sur les effets salutaires du baume Opodeldoch dans les cas de *carie des os.*

CHOLÉRA.

M. BRANDON, officier de santé à Dompierre (Charente-Inférieure), adresse un mémoire sur le choléra qui a régné dans cette ville et à Ronsay, commune du même canton.

M. le docteur CH. PELLARIN adresse un nouvel exposé des faits de l'épidémie de choléra qui a régné à Givet.

M. le docteur A. LIMOUSIN (de Bergerac) adresse un mémoire intitulé : DE L'INFLUENCE DU CHOLÉRA SUR LE COURS DES MALADIES PENDANT LESQUELLES IL SURVIENT.

— M. DUBOIS (d'Amiens) donne lecture du discours prononcé aux obsèques de M. Prus. (Voir aux *Variétés.*)

DISCUSSION SUR LES ENGORGEMENTS DE L'UTÉRUS.

M. HUGUIER : Dans les réponses qu'a faites notre honorable ex-président aux objections qui lui ont été présentées sur les engorgements de l'utérus, l'Académie a pu se convaincre combien il eût été important, avant d'entrer dans cette discussion, que notre savant collègue nous dise ce qu'il entend au point de vue anatomo-pathologique par engorgement utérin, puisqu'il reconnaît aujourd'hui que cette maladie existe quelquefois. M. Velpeau a pu avec son talent habituel entretenir l'Académie pendant près d'une heure sans dire d'une manière précise ce qu'est pour lui un engorgement ; de telle sorte qu'il échappe partout à une argumentation sérieuse. Je crains fort qu'il se soit fait un engorgement à sa manière différant entièrement de celui qui est reconnu, admis par tous ses collègues et les autres praticiens.

Cependant bien qu'il n'ait pas cru devoir nous donner une description anatomo-pathologique de cette lésion telle qu'il la comprend, en le suivant avec attention, l'Académie a pu se convaincre comme nous que, pour lui, hypertrophie et engorgement de l'utérus, maladies pourtant si différentes, semblent être une seule et même chose, et que l'affection que nous appelons engorgement n'est pour M. Velpeau qu'une hypertrophie essentielle. S'il en est ainsi nous répondrons à notre collègue qu'il est le seul qui confonde ces deux affections ; qu'à part l'hypertrophie simple essentielle, maladie assez rare, il est vrai, mais moins peut-être qu'on ne le pense, il existe une autre affection complexe et beaucoup plus fréquente qui est l'engorgement dont nous avons donné une description anatomo-pathologique basée sur des pièces recueillies sur le vivant et sur le cadavre, description que les arguments de notre collègue ne détruisent pas ; car la plupart s'adressent à l'hypertrophie plutôt qu'à l'affection qui nous occupe. Je pourrais de suite montrer les grandes différences qui existent dans la nature anatomique, dans les causes, les symptômes, la marche, le pronostic et le traitement de ces deux maladies. Je ferai seulement remarquer que notre savant collègue ne nous semble pas avoir été très-heureux lorsque pour démontrer que les lésions qu'on appelle engorgement ne sont souvent qu'une hypertrophie, il a cité l'exemple du développement chronique des amygdales généralement désigné avec raison sous le nom d'engorgement.

Nous arrivons aux arguments qu'on a fait valoir.

Notre collègue a dit : 1° pour preuve que l'engorgement du corps de l'utérus n'existe pas ou est au moins très-rare, c'est que MM. Moreau, Jobert, Robert, Roux, Amussat et Huguier ne sont pas d'accord et ont donné chacun une description différente de cette maladie. Oh ! messieurs, s'il en était ainsi, ce serait un des arguments les plus péremptoires que l'on pût mettre en avant contre notre manière de voir. Mais ici la mémoire de notre savant collègue est en défaut, comme on peut s'en convaincre en jetant un simple coup d'œil sur les procès-verbaux de nos séances. M. Moreau, dans sa communication, s'est principalement occupé des déviations de l'utérus, et il a rapporté un cas d'engorgement du corps de l'organe qui avait été pris pour un cancer. M. Jobert s'est borné par des preuves tirées de l'anatomie et de la physiologie à démontrer la possibilité des inflammations, des ramollissements, des abcès et des engorgements de l'utérus. M. Robert nous a lu une description de la maladie que M. Récamier appelle granulations de la cavité du corps de l'utérus, mais n'a nullement eu en vue les engorgements de l'organe. M. Roux s'est attaché à démontrer à notre collègue que les défis portés à la science n'étaient pas en général heureux ; que l'hypertrophie de l'utérus n'est pas l'engorgement, affection dont il démontre la possibilité d'après les données anatomo-physiologiques, le fait déjà cité par M. Moreau et l'analogie pathologique. Il fait remarquer, ainsi que nous l'avons déjà fait observer, que l'engorgement est cet état intermédiaire à l'hypertrophie simple et à l'inflammation chronique ; mais il n'a pas donné de description anatomo-pathologique de l'affection, pas plus que M. Amussat qui a rappelé les symptômes de cette lésion et les signes sensibles, à l'aide desquels on la reconnaît, mais on n'a pas décrit la lésion elle-même. M. Velpeau n'est donc pas en droit de dire que les personnes qui ont pris part à cette discussion ne sont pas d'accord et entendent chacun à leur façon l'engorgement. Loin de là il n'y a jamais entre elles le moindre dissentiment à cet égard.

2° Les pièces de M. Huguier, conservées dans l'alcool depuis un temps plus ou moins long, depuis plusieurs années peut-être, ne sont pas probantes. Il est possible qu'elles ne le soient pas pour M. Velpeau qui ne les a pas examinées de très-près ; mais elles le sont pour les autres membres de l'Académie qui ont pris ce soin. Est-ce que l'alcool peut développer les dimensions d'un organe ; atrophier ou hypertrophier son tissu propre, dilater ou bien oblitérer entièrement ses vaisseaux, épaissir, ramollir ses membranes et faire que celles-ci soient plus lisses, polies, ou bien au contraire comme fongueuses et végétantes ; épaissir d'une manière très-sensible son tissu cellulaire ou produire des adhérences anormales ? Non, sans doute. L'action de l'alcool sur les pièces anatomiques est plutôt propre à enlever quelques-uns des caractères de l'engorgement qu'à en ajouter. Or si malgré cette action défavorable, nos pièces conservent encore les caractères de cette maladie, elles sont donc très-probantes. D'ailleurs comment convaincre le scepticisme de M. Velpeau qui, lorsque deux de ses collègues les plus compétents sur cette matière, MM. Roux et Moreau, viennent lui dire : Nous avons vu, tenu, examiné un utérus engorgé que, sur le vivant, nous avions cru cancéreux, leur répond : « *Il y avait très-probablement dans cette matrice des lésions que vous n'aurez pas vues.* » Et à M. Roux en particulier : « *Vous vous êtes calomnié ; vous n'avez pu prendre un engorgement pour un cancer, quand on sait qu'en définitive l'engorgement ne produit que des symptômes très-peu graves en comparaison de ceux qu'entraîne le cancer.* » Cette réponse très-ingénieuse à un fait embarrassant pourrait bien satisfaire la modestie et le talent si connus de M. Roux ; mais je doute que la science soit aussi satisfaite ; et j'avoue que ces dernières paroles m'ont étonné dans la bouche de M. Velpeau qui doit savoir mieux que tout autre que souvent nous rencontrons des cancers utérins qui ont à peine déterminé quelques troubles locaux et n'ont eu aucun retentissement sur le reste de l'économie, et qu'il ne faut quelquefois rien moins que l'action réunie du scalpel et du microscope pour déterminer si les tissus sont cancéreux ou seulement engorgés.

3° « La statistique de M. Huguier, loin d'être contre nous, est favorable à notre manière de voir, puisque, sur 2,527 maladies utérines, il n'a observé que 9 cas d'engorgement du corps de l'utérus. » Ici encore la mémoire de notre honorable collègue est en défaut sur plusieurs points : 1° Je n'ai pas dit 2,527 maladies utérines, mais bien que je possédais 2,527 observations de maladies de femmes, afin de faire connaître à l'Académie que les opinions que j'émettrais dans la discussion seraient basées, non sur des vues théoriques, mais sur des faits nombreux. Sur le chiffre total que j'ai indiqué, un grand nombre de femmes avait des maladies du périnée, de la vulve, du rectum, de la vessie, du vagin, de l'utérus, de ses ligaments, des ovaires, quelques-unes des maladies des seins, sans parler de celles qui étaient atteintes de la syphilis sur les organes sexuels. 2° Ce n'est pas seulement 9 cas d'engorgement du corps que nous avons cités, comme le dit M. Velpeau, mais bien 21 : 13 du corps seul, 8 du corps et du col, et 160 du col seulement.

4° « On nous a dit, continue M. Velpeau, que si l'on ne trouvait pas plus souvent l'engorgement sur le cadavre, cela tenait à ce que cet état disparaissait après la mort. Cette proposition m'a surpris. Je ne sache pas qu'une hypertrophie siégeant sur un tissu aussi serré que celui de l'utérus puisse disparaître en quelques heures, je ne crois pas que le tissu utérin soit si volatil. » Cette réponse est très-adroite, très-spirituelle; malheureusement elle n'est pas aussi exacte. Nous n'avons jamais dit que l'hypertrophie qui n'est qu'une sorte d'exubérance d'un organe disparût quelque temps avant la mort, pas plus que l'organe lui-même, mais bien les engorgements qui diminuent ou disparaissent lorsque la mort n'est pas très-prompte; et pour preuve que nous n'avons pas dit qu'ils disparaissent tous et complétement, c'est que nous en avons apporté plusieurs exemples à l'Académie. Cette proposition, je la soutiens encore et vais en démontrer l'exactitude par les analogies et par les faits.

Analogies. Ici M. Huguier passe en revue différentes parties de l'économie dans lesquelles l'engorgement ne laisse que très-peu de traces après la mort.

Les *faits.* Dans les précipitations de l'utérus, circonstances dans lesquelles l'organe est directement soumis à tous les moyens d'investigation, il a vu son volume et tous les caractères de l'engorgement considérablement diminués après la vie.

Dans les cas d'utérus engorgés et mesurés avec l'hystéromètre pendant la vie, la même diminution a été reconnue sur le cadavre.

5° Notre savant adversaire dit que les espèces d'engorgement que nous avons admises l'embarrassent beaucoup..... Je le crois, du moment qu'il confond l'engorgement de l'utérus avec l'hypertrophie de cet organe. S'il est embarrassé par les espèces que, d'après l'observation rigoureuse nous avons été obligé de reconnaître, pourquoi donc augmenter encore son embarras en nous faisant admettre des engorgements *simples* et *tuberculeux* que nous avons rejetés dès le début de notre communication? Jamais nous n'avons dit qu'il y eût des engorgements *simples*, mais bien idiopathiques, essentiels. Qui dit engorgement dit lésion complexe et non simple; c'est ce que nous avons toujours pris soin de faire remarquer, et c'est ce que notre description anatomo-pathologique prouve. Est-ce que, dans le courant de la discussion, M. Récamier n'est pas venu, par une description détaillée, prouver l'existence des engorgements œdémateux et variqueux qu'il a désignés, les premiers sous les noms de gonflement, de boursoufflement œdémateux, pour ne pas, a-t-il ajouté, se servir d'une expression qui vous déplaît, et les seconds sous celui d'engorgement hémorrhoïdaire? Est-ce que MM. Gibert et P. Dubois n'ont pas reconnu comme nous celle des engorgements herpétiques et syphilitiques? Pourquoi, d'ailleurs, n'admettrait-on pas plusieurs espèces de cette affection? On admet bien plusieurs espèces de métrite, de péritonite, de pneumonies, d'ophthalmies, d'abcès, etc., bien que chacune d'elles soit si différente qu'elle formerait une maladie à part sans le lien commun qui les rattache au caractère principal de l'affection. Que de différences essentielles et profondes n'existe-t-il pas entre les diverses espèces de fractures et d'anévrismes? Cependant on les désigne toutes par une même expression à laquelle on ajoute une épithète, pour caractériser la variété que l'on veut indiquer.

6° Suivant l'hypothèse que notre honorable président croit devoir défendre, le toucher vaginal combiné avec le toucher hypogastrique est tantôt un moyen de diagnostic infaillible, tantôt très-infidèle. S'agit-il pour lui de reconnaître des déviations et des incurvations de l'utérus que ses collègues auraient prises pour des engorgements, il est facile, pourvu que la femme n'ait pas trop d'embonpoint, de circonscrire l'utérus, de le mesurer presque comme s'il était sur une table de dissection, et de voir qu'il n'est nullement augmenté de volume. Mais, au contraire, s'agit-il pour les autres de prouver l'existence d'un engorgement, ce moyen explorateur n'a plus de valeur que chez les femmes très-maigres et à parois abdominales souples. Donc *ils n'ont pu apprécier le volume, la direction de l'utérus, et il leur a été d'autant plus facile de se tromper qu'on ne songe pas aux inflexions. Or si nous appliquons ces propositions à la statistique de M. Huguier, et si nous admettons qu'il se soit trompé seulement dans la moitié des cas, ce sera 7 cas d'engorgement seulement.* Ici notre collègue a commis une erreur tout à fait involontaire, c'est sans doute 16 ou 10 1/2 qu'il a voulu dire, puisque nous avons observé 21 cas d'engorgement du corps. Certes, messieurs, nous sommes loin de prétendre que nous soyons infaillible et que nous ne nous soyons pas quelquefois trompé; mais dans cette circonstance, je me demande lequel des deux a fait le plus souvent erreur? Je crains quelque peu que ce soit notre savant adversaire. Non pas que nous ayons le moins du monde la prétention de nous croire plus d'expérience, de sagesse ou de perspicacité, tant s'en faut; mais c'est parce que nous n'examinons pas les malades de la même manière, que nous ne nous servons pas des mêmes moyens de diagnostic. M. Velpeau nous a plusieurs fois dit comment il explorait l'utérus à l'aide du toucher vaginal, hypogastrique et même rectal, trois modes d'exploration dont nous ne nous dispensons jamais; mais après un certain temps d'exercice, nous nous sommes bien vite convaincu qu'ils étaient souvent insuffisants, et nous leur avons adjoint le cathétérisme explorateur et l'hystérométrie. Nous avons fait faire un hystéromètre que voici, et à l'aide duquel nous pouvons, dans la grande majorité des cas, pour ne pas dire dans presque tous, reconnaître non-seulement l'étendue de la cavité de l'organe, le volume de celui-ci, ses déviations et incurvations, sans parler de la facilité avec laquelle il nous permet d'amener l'utérus au-dessous de la main qui palpe l'hypogastre et au-dessus du doigt qui touche par le rectum pour juger l'état dans lequel cet organe se trouve. Avec cet instrument, nous pouvons le plus ordinairement reconnaître si l'utérus renferme ou non une tumeur, quel est le volume de celle-ci, quel est son point d'insertion, si elle est intra ou extra-utérine, etc. Il n'y a qu'un seul cas où l'hystérométrie ne puisse pas nous servir, c'est celui où, avec une oblitération de l'orifice cervico-utérin, il existe une tumeur devant ou derrière le col, tumeur qui peut être aussi bien produite par le fond de l'utérus en incurvation que par un kyste extra-utérin ou interstitiel. Dans une semblable circonstance, une ponction exploratrice faite avec ce petit trois-quarts lève toute difficulté sans rien compromettre. Deux fois cette ponction nous a parfaitement réussi; sans elle, un diagnostic exact eût été impossible. C'est après avoir fait usage de tous ces moyens de diagnostic que nous sommes arrivé à distinguer les déviations et les incurvations de l'utérus de l'engorgement du corps de cet organe.

7° Enfin, messieurs, lorsque nous avons dit, avec M. Roux, que l'engorgement était un état intermédiaire à l'inflammation et à l'hypertrophie, une sorte de subinflammation, un peu moins, a dit M. Roux, que l'inflammation, un peu plus que l'hypertrophie, on nous a répondu à plusieurs reprises qu'on ne concevait pas et qu'on ne pouvait concevoir l'existence d'un gonflement qui ne fût pas une hypertrophie ou une inflammation; que dès lors l'engorgement, qui n'est le plus souvent pour nous ni l'une ni l'autre de ces affections, n'existait pas. Cependant, comme dans la discussion on avait admis l'engorgement du col, pour être conséquent avec soi-même, on s'est retranché derrière l'hypertrophie. Une semblable opinion pouvait tout au plus être admise il y a vingt à vingt-cinq ans, époque où florissait le système de Broussais, qui rattachait toutes les tuméfactions et productions anormales, même les cancers, les tubercules, les excroissances syphilitiques et les fièvres éruptives à l'inflammation. Mais aujourd'hui que l'anatomie et la physiologie pathologiques, aidées de l'analyse sévère des faits, de la chimie organique et du microscope, nous ont démontré qu'il suffit de l'altération la plus légère du sang ou de la congestion la plus simple dans un organe pour y déterminer une foule de lésions diverses, il n'est plus permis de raisonner ainsi. Nous admettons, avec tout le monde, que, dans un grand nombre de cas, les engorgements de l'utérus, du col ou du corps sont le résultat, la conséquence d'une inflammation aiguë ou chronique; que, lorsqu'on examine ces engorgements, encore jeunes à une époque très-rapprochée de leur formation, on y reconnaît la présence de l'inflammation, ce serait, si vous voulez, des engorgements inflammatoires ou une période, un état de l'inflammation, et pour eux on pourrait à la rigueur se passer, comme le veut M. Velpeau, et nous sommes volontiers de son avis sur ce point, du mot *engorgement.* La plupart sont la conséquence d'accidents survenus pendant la grossesse, pendant ou après l'accouchement prématuré ou à terme.

Mais à côté de ceux-ci il en est d'autres qui, bien qu'ayant eu pour point de départ une inflammation, ne sont nullement inflammatoires, l'inflammation ayant disparu depuis un temps plus ou moins éloigné. Ces engorgements ont alors une existence propre, individuelle, une symptomatologie à part tout à fait indépendante de la cause qui les a déterminées; ils sont, comme je l'ai dit, à la métrite ce qu'est l'engorgement de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané aux trajets fistuleux, aux ulcérations, aux eczémas chroniques, aux érysipèles plusieurs fois répétés sur une même partie. De ce que l'inflammation l'a déterminé, il ne vient à l'esprit de personne de le confondre avec elle.

L'inflammation préalable n'est pas de rigueur pour qu'il se développe un engorgement utérin. Dans maintes circonstances, on observe cette affection chez des femmes qui n'ont jamais eu le plus léger symptôme de métrite aiguë ou chronique. Est-ce que les engorgements herpétiques et syphilitiques sont inflammatoires? Non, sans doute; si une légère inflammation les accompagne quelquefois, ce n'est qu'un phénomène secondaire, dont on doit à peine tenir compte dans le traitement. Une simple hypérémie, une congestion plusieurs fois répétée ou permanente suffit pour amener cet état; il y a plus : c'est qu'il faut admettre, sous peine de ne pas guérir et de tourmenter inutilement par des moyens inappropriés un grand nombre des malades qui se présentent à nous, non-seulement ce fait qu'une simple congestion peut causer cette affection, mais encore que celle-ci peut être sthénique, asthénique ou purement mécanique, et c'est faute d'avoir tenu compte de ces divers états que tant de praticiens échouent dans le traitement de cette maladie. Voilà en quoi M. Gibert a raison de dire que beaucoup d'engorgements se rattachent à un état général de l'économie.

Les engorgements sthéniques non inflammatoires résultent d'une congestion, d'une hypérémie active produite chez les femmes jeunes, fortes et vigoureuses par le molimen menstruel, qui souvent est plus intense que l'écoulement sanguin qui le suit, par des excès dans les rapports sexuels, par l'onanisme, par les désirs lascifs qu'éveillent, dans les grandes villes surtout, les bals, les concerts, les spectacles, les lectures, et surtout les objets d'art. La structure complexe de l'utérus, le grand nombre d'artères qu'il reçoit et qui est tout à fait hors de proportion avec son volume, favorisent cette congestion, cette pléthore chez les femmes nerveuses. Un simple accroissement de l'excitabilité physiologique peut amener cette turgescence, de laquelle peuvent résulter diverses altérations de circulation, de sécrétion et de nutrition. Ces engorgements sont assez souvent la conséquence de la reprise prématurée du travail après l'accouchement, avant que l'utérus ait eu le temps de revenir à son état normal.

Les engorgements asthéniques s'observent chez les femmes molles, blondes, rousses, lymphatiques, de constitution scrofuleuse, exposées aux affections catarrhales. Aussi observe-t-on chez elles le plus ordinairement avec l'engorgement un catarrhe utérin.

Les engorgements asthéniques de l'utérus sont tout à fait comparables à ceux qu'on rencontre aux gencives, à la conjonctive, chez certaines personnes lymphatiques, scrofuleuses, presque scorbutiques, aux jambes, autour et sous les ulcères atoniques; et pour preuve que ces engorgements utérins ne sont pas inflammatoires ni sthéniques, c'est qu'ils sont aggravés par les adoucissants, les antiphlogistiques, guéris, au contraire, par les toniques, les astringents locaux et généraux.

La situation déclive de l'utérus, la disposition générale de son système vasculaire, la flexuosité de ses vaisseaux, l'adhérence des parois capillaires au tissu propre, la grande distance qui existe entre la terminaison et l'origine des vaisseaux efférents, veines et lymphatiques, favorisent la stagnation du sang et de la lymphe, qui sont obligés de vaincre les lois de la pesanteur pour se rendre dans les troncs vasculaires : ce sont autant de conditions concourant au développement de ces engorgements, principalement chez les femmes qui, avec les dispositions organiques que j'ai signalées plus haut, ont eu un grand nombre d'enfants : d'où il résulte un affaiblissement des parois utérines et des parois vasculaires. Cet engorgement asthénique peut même succéder à un engorgement sthénique qui a duré pendant très-longtemps.

Si je ne craignais d'abuser des instants de l'Académie, je dirais par quel mécanisme ces congestions active et passive peuvent sans inflammation amener le développement de ces deux espèces d'engorgements sthéniques et asthéniques.

Les engorgements mécaniques de l'utérus sont plus rares que les deux qui précèdent; mais ils n'en ont pas moins une existence réelle. Ils sont le résultat d'obstacles physiques matériels à la liberté des circulations veineuse et lymphatiques. Ils s'observent chez les femmes atteintes de varices pelvi-abdominales et génitales; aussi les rencontre-t-on le plus souvent chez celles qui ont eu un grand nombre d'enfants, et qui par profession gardent longtemps la station verticale. Ils succèdent plus souvent encore à la métrite, à la métro-péritonite puerpérale, qui ont déterminé des phlébites, des angioleucites pelviennes, qui elles-mêmes ont amené l'oblitération des veines, des vaisseaux lymphatiques, l'inflammation et l'engorgement des ganglions de ces derniers : d'où le ralentissement, la gêne ou l'arrêt plus ou moins complet de l'une de ces deux circulations ou de toutes les deux à la fois. Dans quelques cas, il succède à des tumeurs des ovaires, des ligaments larges, de l'excavation pelvienne qui compriment les veines et les lymphatiques de l'utérus. Dans un cas où j'ai fait l'autopsie, l'engorgement était la conséquence d'une maladie des ganglions lymphatiques eux-mêmes; ils étaient engorgés, hypertrophiés, et renfermaient çà et là une matière blanchâtre comme tuberculeuse.

De cette congestion mécanique résultent souvent : 1° une coloration plus ou moins foncée, brunâtre, arborescente dès le principe, plus tard uniforme et variable; 2° des exhalations morbides extérieures ou interstitielles; 3° des modifications dans le volume, la couleur, la forme, la consistance de l'utérus.

Ces engorgements mécaniques et symptomatiques sont tout à fait comparables à l'engorgement œdémateux des extrémités inférieures atteintes de varices; à la *phlegmasia alba dolens*, qui n'est certes pas une inflammation, mais la conséquence d'une inflammation des veines et des lymphatiques pelvi-utérins après l'accouchement (aussi, dans la *phlegmasia alba*, ai-je observé plusieurs fois l'engorgement du col); à l'engorgement de la vulve chez les femmes atteintes d'inflammation chronique et d'induration des ganglions inguinaux. C'est à cette espèce qu'appartiennent les engorgements œdémateux et variqueux que j'ai indiqués dans ma première communication, et qui ont été décrits d'une manière si exacte et si pittoresque par M. Récamier dans notre dernière séance.

Dans ces trois espèces d'engorgements, il n'y a ni rougeur vive, ni chaleur, ni douleurs spontanées dans l'organe; pas de fièvre, pas de réaction directe sur le reste de l'économie, comme dans les inflammations.

De ces faits il résulte que l'inflammation peut causer directement ou indirectement un engorgement, sans que celui-ci soit inflammatoire; que cette affection peut exister sans inflammation préalable, et même se montrer avec des caractères tout à fait opposés à celle-ci.

Il nous reste à faire connaître les différences qui existent entre l'hypertrophie simple, essentielle, et l'engorgement utérin. C'est ce que nous allons faire très-succinctement :

1° Dans l'engorgement il y a une lésion anatomo-pathologique complexe. Non-seulement le tissu propre de l'organe le plus souvent est altéré, mais encore un plus grand nombre des tissus qui entrent dans sa composition anatomique. Dans l'hypertrophie simple, essentielle, il n'y a pas d'altération du tissu; il est seulement plus abondant, exubérant : il y a excès de développement de nutrition.

2° L'engorgement est le plus souvent la conséquence d'une inflammation aiguë qui s'est manifestée plusieurs fois et à peu de distance l'une de l'autre dans un organe, d'une inflammation chronique qui, après être disparue, a laissé les altérations que nous avons décrites, altérations qui continuent à s'étendre, bien que l'inflammation ait cessé. L'hypérémie passive, qui est loin d'être une inflammation, peut aussi le déterminer. L'hypertrophie simple, au contraire, se développe sans inflammation préalable, le plus souvent sous la stimulation et l'action trop réitérées de l'organe. C'est ainsi que se manifeste ordinairement l'hypertrophie essentielle des mamelles, du cœur, des glandes salivaires, etc., sous l'unique influence d'un excès du *nisus formativus*.

3° Dans l'engorgement, la couleur, la consistance, la chaleur, la circulation, la sensibilité, les sécrétions de l'organe, sont altérées. Rien de tout cela n'existe dans l'hypertrophie simple ou du corps. De véritables troubles fonctionnels n'arrivent que lorsque cet organe, par son excès de volume et de poids, gêne ceux qui l'entourent, et avec lesquels il a des connexions directes. Et M. Velpeau l'a dit lui même, en parlant de l'allongement hypertrophique du col, qu'il confond avec l'engorgement, il s'est écrié : Est ce que c'est là une maladie? Non, sans doute; et je ferai remarquer à M. Velpeau que cet allongement hypertrophique du col, qui a été si bien vu et indiqué par Leroux (de Dijon), par Lallemant, par Ségard, par Buisson, par Bichat, Dugès et Boivin, M. Roux, par nous-même, et en voici deux exemples assez curieux, n'a jamais été considéré par personne comme une maladie, mais bien comme une simple anomalie. Tant qu'il ne dépassait pas certaines limites, personne n'a dit qu'il devait être traité.

4° Examinons les différences qui existent dans la marche de ces deux affections. L'engorgement dégénère souvent, l'hypertrophie très-rarement, si même cela lui arrive. L'engorgement disparaît très-fréquemment sous l'influence d'un traitement convenable, du repos des organes sexuels et de la cessation des règles; l'hypertrophie presque jamais. L'engorgement se complique dans un grand nombre de cas, et pour la moindre cause d'inflammation; l'hypertrophie beaucoup plus rarement.

5° Le pronostic des deux maladies est donc beaucoup plus grave pour l'une que pour l'autre.

6° On doit toujours traiter l'engorgement, tant pour remédier aux troubles fonctionnels qu'il détermine que pour prévenir une dégénérescence grave. On peut jusqu'à un certain point abandonner l'hypertrophie à elle-même, excepté cependant lorsqu'elle cause des troubles plus ou moins sérieux.

Malgré l'analogie de ces deux affections et leur fréquente réunion dans un même organe, il est impossible, au point de vue anatomo-pathologique et thérapeutique, de les confondre l'une avec l'autre.

En résumé, de l'examen sévère des faits, de leur étude anatomique physiologico-pathologique, il résulte qu'entre l'inflammation de l'utérus et l'hypertrophie essentielle de cet organe, il existe une autre affection complexe qui, d'après son mode de développement, la nature des altérations qui la caractérisent, ne saurait prendre un autre nom que celui d'engorgement, expression qui ne préjuge rien, ne peut en aucune circonstance jeter le praticien dans une fausse voie thérapeutique, et fait de suite reconnaître le cachet principal de l'affection.

Non-seulement l'étude attentive des maladies de l'utérus met hors de doute l'existence et la fréquence des engorgements utérins, mais encore nous force à reconnaître qu'il en existe un grand nombre d'espèces qui, d'après leur mode de traitement et la lésion qui les a précédés, sont :

Quelquefois inflammatoires, sthéniques, asthéniques, mécaniques;
D'après la nature de leur cause sont :
Essentiels, syphilitiques, dartreux, diphthéritiques;
Et d'après les tissus principalement atteints, sont :
Complexes, fongueux, hypertrophiques, œdémateux, variqueux.

C'est pour n'avoir pas tenu compte de toutes ces données, qui forment tout un système régulier, basé sur l'observation, sur l'anatomie et la physiologie pathologiques, que nous n'avons eu jusqu'à ce jour qu'une description incomplète, souvent erronée, de cette affection, et qu'un grand nombre de praticiens ont échoué dans la thérapeutique qu'ils ont dirigée contre elle.

La crainte d'abuser des instants et de la patience de l'Académie fait que nous remettrons à un autre moment les réflexions que nous avons à faire sur les incurvations et les déviations de l'utérus.

DIATHÈSES.

M. le docteur Fonreault lit, à propos de la discussion actuellement pendante, un travail dans lequel il cherche à déterminer l'influence des diathèses sur la formation des lésions locales.

Ce travail est une dissertation de philosophie médicale transcendante qui se refuse à toute analyse.

— L'Académie procède ensuite, par voie de scrutin, à la nomination de 11 membres chargés de présenter un rapport pour conseiller un article du règlement relativement aux nominations à faire dans diverses sections.

Ce sont : MM. Bouvier, Bricheteau, Bégin, Jolly, Lagneau, Fouquier, Villeneuve, Chevalier, Barthélemy, Gaultier de Claubry et Gaibourt.

La séance est levée à cinq heures.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

SÉANCE DU 13 OCTOBRE 1849. — PRÉSIDENCE DE M. VLEMINCKX.

(Suite et fin.)

QUESTION RELATIVE A L'HISTOIRE DES TUMEURS BLANCHES DES ARTICULATIONS. — Rapport de la commission chargée d'examiner les mémoires envoyés au concours ouvert sur cette question. — M. BURGGRAEVE, rapporteur.

(Commissaires : MM. MASCART, GRAUX, FALLOT, RAIKEM, et BURGGRAEVE, rapporteur.)

La commission chargée d'examiner les mémoires envoyés en réponse à la question relative aux tumeurs blanches, a décidé, à l'unanimité, qu'il n'y a pas lieu à décerner le prix. Elle m'a confié la tâche de présenter à la compagnie les motifs de cette décision.

L'un de ces mémoires est écrit en latin et a pour devise : *Vita brevis, ars longa*; il ne renferme rien de neuf, rien que l'auteur puisse revendiquer comme sien. Il n'est pas à la hauteur des connaissances actuelles. Toutes les sources où l'auteur a puisé pour la rédaction de son travail sont anciennes. Un autre et

fort grave défaut, c'est qu'il est dépourvu de toute critique; toutes les assertions sont acceptées sans contrôle, produites sans choix. La partie théorique est confuse. A peine sait-on si l'auteur a entendu restreindre la dénomination des tumeurs blanches aux seules parties molles, ou s'il l'étend également aux affections des parties dures. La partie pratique consiste dans une énumération stérile, on catalogue raisonné des moyens recommandés par quelques auteurs. La compression, dont on obtient chaque jour de bons effets, n'y est recommandée qu'à la condition d'être d'abord légère, et de n'être employée que là où il n'y a ni ulcères ni fistules. L'auteur ne parait pas plus en avoir compris le mode d'action que l'importance. Quant aux moyens internes, c'est de l'empirisme pur.

L'autre mémoire a pour épigraphe : *Quæcumque non sanant medicamenta, ea ferrum sanat.....* »

1° Il convenait à un travail de cette nature d'être précédé de quelques considérations historiques. La question des tumeurs blanches a fait l'objet de travaux nombreux fort intéressants, surtout dans ces dernières années; il n'était pas inutile de les mentionner. L'auteur cite souvent le nom de Brodie, dont le traité des maladies des articulations remonte à 1819.

2° La définition de l'auteur est manquée, trop longue ou trop courte comme beaucoup de définitions. Il n'est pas exact, d'ailleurs, de dire que les arthropathies existent sans changement de couleur à la peau; Lisfranc n'a-t-il pas proposé de les nommer tumeurs rouges?

La définition ne dit rien de la nature de l'affection, cependant si nettement précisée par les travaux modernes; rien de l'ostéite, de la nécrose, de la carie, de la tuberculose, du cancer, etc. La tumeur blanche comprend l'idée d'une dégénérescence, d'une lésion organique.

La synonymie est incomplète, mal appréciée.

3° L'auteur discute la question de l'anatomie pathologique : description longue et fort inutile des parties qui concourent à former les articulations. Il n'y avait peut-être que l'article synoviale qui méritât quelque attention. L'auteur admet, sans trop dire pourquoi, l'opinion de M. Magendie, qui ne considère point les synoviales comme des séreuses, et qui ne reconnait même pas leur existence à la surface libre des cartilages.

Suit l'anatomie pathologique, que l'auteur est parvenu à embrouiller et à singulièrement compliquer. Il puise largement aux travaux de Gerdy sur l'ostéite et dans les recherches de Richet sur la synovite. Il était logique de dire quelques mots du rôle que jouent la nécrose et la carie; mais l'auteur n'en parle pas. Il insiste très-peu, trop peu, sur la tuberculose. Cette question méritait cependant d'être bien traitée, il y avait là des considérations intéressantes à faire sur les modifications qu'amène l'affection tuberculeuse dans la forme des têtes articulaires, qui augmentent parfois réellement de volume. Nous notons en passant que l'auteur attribue à une extension de l'inflammation par le canal médullaire des os longs les douleurs sympathiques qui retentissent dans les articulations voisines, par exemple au genou dans les coxarthrocaces.

Quant aux altérations des cartilages, nulle refutation de l'opinion de Brodie sur sa prétendue ulcération qui n'est qu'une érosion.

Rien que des faits généralement connus pour les altérations de la synoviale, des ligaments, des parties molles. Toutefois, à l'article ligaments, il y a ces mots : « Les ligaments sont privés de vaisseaux et peu susceptibles d'inflammation. »

Nous doutons que l'auteur ait jamais entrepris pour son compte des travaux d'injection.

Après avoir traité isolément des altérations des différentes parties articulaires, il était nécessaire de présenter le tableau général de l'anatomie pathologique de l'ensemble de l'article, ou du moins de l'esquisser à grands traits. Cette vue générale est éminemment propre à faire saisir la nature de l'affection parvenue à une période avancée, comme elle l'est, en général, au moment où il est permis à la nécropsie d'étudier ces lésions.

4° La partie qui traite de l'étiologie est fort incomplète, et cependant elle était intéressante sous le rapport de la durée, du pronostic et du traitement. L'auteur se borne à l'énonciation non raisonnée des causes internes et externes.

5° Relativement à la symptomatologie, nous signalons une lacune qui exerce une influence marquée sur différentes sections du mémoire, surtout sur celles des symptômes et du diagnostic : nous voulons parler de la classification des anthropathies.

Cette partie est importante pour l'ordre et la clarté dans l'exposition des symptômes; les pathologistes l'ont d'ailleurs parfaitement senti; ils ont établi des classifications. Ainsi ils ont divisé les tumeurs blanches :

1° D'après la nature de la cause;

2° Le siége ou l'anatomie pathologique;

3° Les symptômes aigus et chroniques, etc., etc.

On regrette de trouver ici la même lacune que dans le chapitre de l'anatomie pathologique, c'est-à-dire un tableau général, concis, net, de la maladie, tel que Boyer nous en a laissé un remarquable échantillon

L'auteur pouvait aborder ensuite successivement les divers symptômes saillants et les étudier dans leurs variétés, leurs modifications, leurs caractères constants ou passagers, leur signification, leur importance. Enfin, reprenant la question au point de vue du diagnostic, il y avait à tracer une description importante des arthropathies, espèces par espèces, surtout en se plaçant au point de vue où M. Velpeau a envisagé ces affections, c'est-à-dire celui des tissus envahis primitivement. C'est la seule méthode pour s'orienter dans la grande variété des affections qui embrassent le nom de tumeurs blanches; c'est aussi la seule pour arriver à quelque résultat certain ou thérapeutique.

Au lieu de cela, il y a une exposition confuse des symptômes, mêlée de détails qui en rompent l'unité et où l'on n'entrevoit que fort obscurément la marche de la maladie.

6° Nous aurions désiré plus de netteté et de précision dans l'importante question de la terminaison des arthropathies. L'auteur néglige également la question du mécanisme des ankyloses, de leurs diverses espèces, et omet ainsi entièrement de poser les bases sur lesquelles repose la possibilité de détruire les unes et la nécessité de respecter les autres.

7° La partie du diagnostic, comme il est facile de le pressentir, se ressent des imperfections, de l'obscurité et de la confusion qui régnent dans l'exposé des symptômes. Cela s'applique surtout au diagnostic différentiel. Cette partie est, en effet, très-peu nette, peu sûre, pleine d'hésitations et de répétitions. Dans le diagnostic général, l'auteur n'examine que le rhumatisme et l'hydarthrose.

8° *Traitement.* Cette partie, la plus intéressante, sans contredit, de l'histoire des arthropathies, est encore plus incomplétement traitée que les autres : énumération sèche; aucune appréciation; aucune mention des discussions contradictoires qui n'ont pas manqué au sujet de l'emploi de beaucoup d'agents proposés dans la médication interne ou générale des tumeurs blanches; omission de quelques-unes de ces médications, par exemple, de celle de O'Beirn par les mercuriaux à l'intérieur, qui a été l'objet d'applications heureuses dans les mains de MM. Lisfranc et Velpeau.

Même sécheresse, même insuffisance, dans l'exposition des ressources qu'offre le traitement local. Quelquefois, d'ailleurs, des appréciations erronées, des conclusions dans le genre de celle-ci : « La cautérisation par les caustiques a été » beaucoup employée, sans jamais donner beaucoup de résultat.

» Dans le traitement local, on devra en général rejeter les cautérisations de » toute espèce. »

Le traitement par la compression jointe à l'immobilité de l'articulation, en faveur duquel l'auteur se prononce nettement, comporte des développements étendus. Les avantages de cette médication sont déjà bien reconnus.

L'auteur croit trouver toutes les conditions de ce traitement réunies dans l'appareil de Scott, et en donne la description d'après l'ouvrage du chirurgien anglais. Il dit l'avoir vu employer souvent avec succès, et, en faveur de ses bons effets, il cite à la fin de son travail trois observations qui lui sont propres. Cet appareil, tel que l'auteur dit l'avoir modifié, revient à un appareil inamovible soit amidonné, soit dextriné, dont la première couche, celle qui est en contact avec la peau, au lieu d'être seulement composée de bandelettes de toile, se trouve recouverte d'un onguent composé de parties égales de cérat, d'onguent mercuriel, de savon et de camphre. Il est probable que la compression et l'immobilité font encore ici les frais du traitement.

L'auteur dit à peine quelques mots de l'importante question de l'amputation comme ressource extrême dans le traitement; il oublie de combien de longs et contradictoires débats cette question a été l'objet entre les chirurgiens qui, comme M. Gerdy, veulent l'amputation tardive et ceux qui, avec Lisfranc, condamnent tout retard et amputent dès que le mal local semble au dessus des ressources ordinaires et pendant que la constitution générale du malade n'est pas encore détériorée.

M. le Président : Personne ne demandant la parole, je mets aux voix les conclusions du rapport que vous venez d'entendre; la commission pense qu'il n'y a pas lieu de décerner le prix.

Ces conclusions sont adoptées.

De l'influence que les marais et les polders exercent sur la santé et sur la durée de la vie, et sur les moyens d'en neutraliser les effets en tout ou en partie. — Rapport de la commission (composée de MM. Gouzée, Guislain, François, Van Coetsem et Broeckx, rapporteur) chargée d'examiner les mémoires reçus pour le concours ouvert sur la question relative à ce sujet.

Messieurs,

C'est la quatrième fois depuis sa fondation que l'Académie est appelée à se prononcer sur la valeur des mémoires envoyés en réponse à la question relative à l'assainissement des polders. En 1843, elle reçut un mémoire qu'elle fit déposer dans ses archives. En 1845, trois concurrents entrèrent dans la lice, et la compagnie décerna une médaille d'encouragement à MM. les docteurs Brasseur et Decondé. L'année 1847 fut moins heureuse; une seule réponse vous parvint, mais vous eûtes encore l'occasion d'accorder une médaille d'encouragement à son auteur, M. le docteur Cardo (de Saint-Nicolas).

Aujourd'hui, messieurs, la commission que vous avez chargée de présenter un rapport sur le concours de 1849 vient par mon organe vous faire connaître le résultat de son examen. Un seul mémoire ayant pour épigraphe : *Novæ res*, vous a été soumis. En comparant ce travail au mémoire de M. Cardo, il nous a été facile de nous convaincre que l'auteur a presque littéralement copié le médecin de Saint-Nicolas, et qu'il ne s'est pas même donné la peine de le copier en entier, puisqu'à la fin de son travail on lit : *« A ceci doit être ajouté la seconde partie traitant de l'hygiène, y compris l'acclimatement du mémoire que M. Cardo a présenté à l'Académie en réponse à la même question, pour le concours de 1817, dont l'auteur m'a confié l'original. »*

Pour ces motifs, messieurs, votre commission a cru qu'il n'était pas de sa dignité de vous présenter un résumé d'une partie d'un mémoire qu'elle avait déjà été appelée à examiner il y a deux ans. En conséquence elle estime : 1° que le fragment de mémoire portant pour devise *Novæ res* ne mérite pas le prix; 2° que la question doit être retirée du concours.

La première de ces conclusions est adoptée sans discussion. L'assemblée décide qu'elle statuera sur la deuxième conclusion, lorsqu'il s'agira de la discussion du rapport sur la question à proposer pour le concours de 1849-1851.

Les billets annexés aux mémoires sur les deux dernières questions sont brûlés.

BIBLIOGRAPHIE.

ON THE PATHOLOGY AND TREATMENT OF SCROFULA (PATHOLOGIE ET TRAITEMENT DES SCROFULES); par le docteur ROBERT MORTIMER GLOVER. — Un vol. in-8°.

DE L'ANALOGIE ET DES DIFFÉRENCES ENTRE LES TUBERCULES ET LES SCROFULES; par le docteur A. LEGRAND. — Un vol. in-8°. — Paris, 1849.

TRAITÉ PRATIQUE DES MALADIES SCROFULEUSES ET TUBERCULEUSES; par le docteur H. LEBERT. — Un vol. in-8°. — Paris, 1849.

Premier article.

L'histoire des maladies scrofuleuses et tuberculeuses est assurément l'une des parties de la pathologie qui ont été le mieux servies par l'observation moderne. La lumière a porté jusque sur les éléments essentiels et spécifiques de ces maladies. Mais en même temps qu'elle a produit de nouveaux aperçus, elle a fait saillir des difficultés jusque-là ignorées. Autrefois la conscience des pathologistes était fort en paix au sujet de l'identité de nature de toutes les manifestations morbides connues alors sous le nom de scrofules, telles que les gonflements des extrémités osseuses, les ulcères blafards, mollasses, spongieux des enfants, les écrouelles proprement dites ou tumeurs ganglionnaires du cou, certaines formes de consomption pulmonaire, etc. Plus tard, quand l'anatomie pathologique vint révéler l'existence, dans un certain nombre de ces affections, d'un produit spécial parfaitement caractérisé dans sa forme extérieure aussi bien que dans son mode d'évolution, consistant d'abord en une granulation grise demi-transparente ou une granulation jaune, qui se ramollit ensuite graduellement du centre à la circonférence, de ce produit, en un mot, qui a été appelé *tubercule*, alors on se demanda naturellement si les maladies où ce produit avait été rencontré devaient être ou non distinguées, quant à leur nature, de celles, dites également scrofuleuses, où on ne l'avait pas aperçu. On se demanda si l'observation ultérieure, plus attentive ou mieux servie par les procédés d'investigation, ne ferait pas du produit tuberculeux le caractère générique de toutes les maladies jusque-là rapportées aux scrofules, ou si, au contraire, elle amènerait leur séparation définitive en deux classes distinctes dont l'une embrasserait les maladies à produit tuberculeux, et l'autre les manifestations purement scrofuleuses sans tubercules. Avant d'entrer dans l'examen de cette question, il importe d'en bien préciser le sens et la portée.

Il n'est personne qui admette une ressemblance absolue, de forme et de fond, entre les scrofules et les tubercules; à l'existence de la granulation se joignent certains caractères étiologiques ou symptomatologiques plus ou moins différents de ceux qui appartiennent à la manifestation scrofuleuse. Les deux formes morbides sont donc, à de certains égards, dissemblables. Mais la dissemblance affecte-t-elle la nature des maladies? Voilà ce qu'il s'agit de savoir; voilà comment il faut poser la question d'identité. En d'autres termes, on demande si les différences phénoménales qui séparent les scrofules et les tubercules accusent l'existence de deux causes spécifiques, de deux principes morbides essentiellement différents, que ces principes résident tous deux dans le sang ou non, qu'ils aient ou non entre eux certaines analogies; — ou bien si, les principes étant essentiellement les mêmes, les différences phénoménales ne sont que l'expression de conditions étiologiques secondaires, relatives, par exemple, à l'âge, au tempérament, au siége du produit pathologique, etc. Disons tout de suite que M. Lebert admet l'existence de deux principes plus ou moins semblables, mais non identiques; que M. Legrand croit à l'existence d'un *virus* scrofuleux, distinct du principe tuberculeux; que M. Glover enfin est seul partisan de l'identité.

Cela posé, voyons les faits.

La valeur du nouvel élément fourni par l'anatomie pathologique, à savoir, la granulation tuberculeuse, était grande sans doute; mais ce que découvre le scalpel le plus soigneux et le plus habile suffit-il à la détermination exacte de la constitution physique de l'altération? La forme extérieure d'un produit morbide est-elle une marque suffisante de spécificité même anatomique? Pouvait-on, par exemple, affirmer que le produit de la scrofule simple, le pus scrofuleux, parce qu'il ne se présente pas sous le même aspect que le tubercule, en diffère fondamentalement? Là était une difficulté sérieuse. C'était à d'autres moyens d'investigation, à ceux qui pénètrent plus profondément dans la composition intime des corps, à la chimie et à la microscopie, qu'il appartenait de la résoudre. Si, à l'aide de ces moyens, on parvenait à démontrer, entre le produit tuberculeux et le produit purement scrofuleux, une différence fondamentale de composition physique et chimique, la distinction entre les deux produits (nous ne disons pas entre les deux maladies) deviendrait entière.

Voyons donc ce qu'a donné l'investigation microscopique et chimique. Nous entrons dans le cœur du sujet, en même temps que dans l'examen des ouvrages dont on a lu les titres en tête de cet article.

Le microscope a longtemps fourni des données incohérentes ou contradictoires sur la constitution physique du tubercule. Les uns l'ont regardé avec Vogel comme une masse amorphe contenant des cellules déformées et des granulations, soit graisseuses, soit d'origine protéique; d'autres, tels que le docteur Kuhn, comme un tissu intriqué, d'apparence papillaire. Ceux-ci, comme M. Gulliver, y ont vu un mélange de corpuscules et de cellules à noyaux oblongs ou circulaires; ceux-là, comme M. Addison, un assemblage de granules, de corpuscules granulés, de granules sans enveloppes et d'enveloppes sans granules, le tout provenant de cellules anormales et renfermant de petits vaisseaux sanguins en preuve de leur organisation. La dissidence entre ces diverses opinions, ramenées à leur sens scientifique, portait au fond sur trois points essentiels: 1° quelque variable que pût être l'aspect microscopique du tubercule, y reconnaissait-on néanmoins un ou plusieurs éléments constants et caractéristiques? 2° ces éléments étaient-ils en tout ou en partie composés de cellules primitives altérées ou incomplètes? 3° enfin leur ensemble pouvait-il être considéré comme actuellement organisé et vivant?

Parmi les trois auteurs dont nous nous occupons, il en est un dont l'autorité, depuis longtemps acquise par des travaux consciencieux, est souvent invoquée par les deux autres : c'est M. Lebert. Si, en effet, son TRAITÉ DES MALADIES SCROFULEUSES ET TUBERCULEUSES est postérieur à l'ouvrage de M. Glover et à celui de M. Legrand, les idées qui y sont exposées avaient été déjà livrées au public, notamment dans une note communiquée à M. Louis pour la deuxième édition du TRAITÉ DE LA PHTHISIE et dans la PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE. M. Lebert a depuis cette époque donné plus de précision et d'étendue à ses recherches, et voici en résumé, sur les questions indiquées tout à l'heure, le résultat auquel il est arrivé, et qui, nous devons le dire, se rapproche beaucoup de ceux qu'a publiés Vogel, d'après des recherches remontant à 1837.

1° Le tubercule renferme trois éléments constants et quatre non constants. Des trois premiers, il n'en est qu'un de caractéristique : c'est le *corpuscule* ou *globule* tuberculeux; les deux autres sont les *granules* et la *substance interglobulaire*. Le corpuscule, d'une couleur jaune pâle, qui est entièrement changée par les fortes amplifications, est de forme irrégulière, se rapprochant toujours néanmoins de la forme ronde ou ovalaire. Ses contours sont habituellement anguleux, à angles arrondis lorsqu'on les regarde par un seul côté, plutôt polyédriques lorsqu'on les fait flotter ou nager. Leur surface est lisse, et aucun granule n'y adhère. Leur volume varie en moyenne d'un cent-quarantième à un cent-vingtième de millimètre, et atteint quelquefois un centième. Quand ils sont ovoïdes, leur longueur varie entre un cent-vingtième et un cent-soixantième, et leur largeur est d'environ un cent-trentième. Le contenu de ces globules consiste en une masse plus ou moins transparente, parfois grumeleuse, par instant assez solide, et en granules moléculaires, au nombre de quatre, cinq, six, dix et au delà. On aperçoit quelquefois dans cette masse une espèce de lacune. — Les granules moléculaires ont d'un huit-centième à un quatre-centième de millimètre. Ces granules se trouvent disséminés dans toute la masse du tubercule, et peuvent même s'y rencontrer en assez grande quantité pour paraître le composer en majeure partie. Quelques-uns, comme nous l'avons dit, sont contenus dans le globule tuberculeux; la plupart lui sont extérieurs. — Enfin le troisième élément constant est la substance interglobulaire, unissant entre eux les granules et les globules tuberculeux; elle est demi-transparente, d'un jaune grisâtre, et assez solide, comme on peut s'en assurer en disséquant le tubercule sous le microscope. — Quant aux éléments non constants, ce sont : la *graisse*, sous forme de granules d'élaïne et de stéarine, ou sous celle de petites vésicules; la *mélanose*, sous forme de grains, ou de taches agminées, ou de globules mélaniques remplis de granules noirs; les *fibres*, qu'on ne rencontre que très-exceptionnellement, quoi qu'en ait dit M. Gerbet (de Berne), qui a plutôt, il est vrai, étudié le tubercule chez le cheval que chez l'homme; des *cristaux*, de forme prismatique, qu'on rencontre, du reste, très-rarement.

2° M. Lebert reconnaît donc dans le tubercule au moins un élément caractéristique, c'est-à-dire étranger à tout autre produit morbide. Cet élément et les autres moins significatifs peuvent-ils être considérés comme prenant leur origine dans la cellule? La description dit assez qu'il n'en est pas ainsi pour les granules et la substance interglobulaire; mais la même certitude n'existe pas pour les corpuscules. On a déjà vu qu'ils offrent parfois dans leur intérieur une espèce de lacune plus claire que le reste; M. Lebert ajoute que, dans un cas de tubercules vertébraux, il a vu, au sein des globules ordinaires, un *noyau* d'un deux-centième de millimètre muni d'un ou deux nucléoles fort petits. Ce fait a de l'importance, et semble à M. Le-

bert de nature à fortifier la présomption, exprimée d'ailleurs par lui depuis longtemps, que les corpuscules tuberculeux ne sont que des cellules incomplétement développées.

3° Mais peut-on dire que le tubercule soit réellement organisé et vasculaire? M. Lebert déclare n'avoir vu que deux fois, sur un très-grand nombre d'observations, des vaisseaux se ramifier dans le tubercule, et encore, ajoute-t-il, avec la sincérité qui lui est propre, que ces deux faits ont laissé des doutes dans son esprit.

Sur ces différents points, les résultats fournis par les recherches de M. Glover sont à peu près semblables aux précédents. L'auteur anglais place également le caractère distinctif du tubercule dans la présence d'un corpuscule auquel il donne un dix-millième de pouce de diamètre, et dans lequel il a vu parfois, avec un grossissement de 610 diamètres, des taches qu'il est porté à considérer comme de véritables noyaux. Il a rencontré en outre des masses granuleuses de forme irrégulière, des cristaux, des globules graisseux, des lambeaux d'épithélium, des débris de tissus, des cellules enfin qu'il croit également étrangères au tubercule. On voit, à cette description, que l'auteur n'a pas pris, avant de procéder à l'examen microscopique, un soin fort recommandé par M. Lebert (p. 10), celui de disséquer préalablement, sous un grossissement de 10 à 20 diamètres, la partie où siége le tubercule, afin d'isoler le plus complétement possible la matière tuberculeuse. De là un mélange d'éléments hétérogènes. Néanmoins l'élément spécifique est le même pour les deux auteurs, et des deux autres non spécifiques, mais constamment rencontrés par M. Lebert, les granules et la substance interglobulaire, M. Glover en signale un, les granules, le second ayant sans doute été masqué par les débris de tissu laissés dans la matière à examiner. On voit aussi que M. Glover, comme M. Lebert, a distingué quelquefois des noyaux dans les corpuscules; et la conséquence qu'il en tire relativement au rôle de la cellule dans le développement du produit tuberculeux est tout aussi explicite ... « Dans les maladies tuberculeuses comme dans les maladies scrofuleuses, dit-il, le *nisus formativus* est en défaut : d'où il arrive que les cellules formées restent incomplètes, ou qu'à la place des cellules il se forme des corpuscules granuleux. » (P. 52.) Enfin, comme M. Lebert, M. Glover se prononce contre la vascularisation des tubercules, et explique l'apparence vasculaire de certaines masses tuberculeuses par la conservation de la perméabilité des vaisseaux appartenant en propre au tissu envahi.

Cette similitude de résultats dans les recherches des deux auteurs a d'autant plus de portée que M. Lebert a évidemment ignoré l'existence du travail de M. Glover, et que le second n'a connu du premier que des essais remontant déjà à plusieurs années.

Quant à M. Legrand, il se borne à rappeler en peu de mots, en y adhérant, la description de M. Lebert.

Voilà donc la constitution microscopique du tubercule, autant qu'on peut croire, bien éclaircie. Il faut voir maintenant si elle diffère ou se rapproche de celle du produit scrofuleux, c'est-à-dire si la matière fournie par une partie frappée de scrofule, un os carié, par exemple, en l'absence de granulations dites tuberculeuses, est identique ou non à la matière du tubercule lui-même. Or, sur ce point, tout le monde est d'accord. Il n'y a pas de caractère microscopique propre à la scrofule. M. Lebert le professe hautement; M. Legrand le répète après lui. M. Glover, qui croit pourtant à l'identité des affections tuberculeuse et scrofuleuse, le reconnaît lui-même. Personne d'ailleurs n'a jamais pu apporter sur ce point une donnée contradictoire.

En résumé donc, le produit tuberculeux et le produit scrofuleux diffèrent entièrement par leurs caractères physiques; ils diffèrent par leur forme extérieure comme par leur constitution intime. Se distinguent-ils de même par leurs caractères chimiques? A cet égard, la science est beaucoup moins avancée. Ce ne sont pas les expériences qui manquent. On en doit à Lobstein, à Quaterbock, à Vogel, à MM. Lombard et Thénard, à M. Henry, à M. F. Boudet, à d'autres encore; mais elles n'ont donné que des résultats incapables de prêter à une induction de quelque importance. On a trouvé dans les matières tuberculeuse et scrofuleuse des sels de chaux, des sels alcalins, une matière animale résultant de diverses combinaisons de protéine, de la graisse, de la cholestérine, du fer, du soufre, du phosphore, de la magnésie, etc.... On a indiqué certains changements opérés dans la matière tuberculeuse par le ramollissement, par exemple, le développement d'un alcali qui dissout le tubercule. Mais il n'y a rien dans toutes ces données qui soit réellement spécifique, et il y en a même, ainsi que le remarque M. Lebert, dont la nature est mise en doute par les incertitudes de la chimie moderne. L'existence de la protéine est aujourd'hui chose contestée; on ne sait trop, par conséquent, ce que peuvent être ses combinaisons, et l'on ne peut que soupçonner leur nature albumineuse ou fibrineuse. Quoi qu'il en soit, nous trouvons, dans un des ouvrages dont nous nous occupons, dans celui de M. Glover, une série d'analyses nouvelles, les unes relatives à du pus scrofuleux, d'autres à la matière tuberculeuse, analyses pour la plupart *élémentaires*, au lieu d'être simplement *quantitatives*, et déterminant conséquemment les proportions d'oxygène, d'hydrogène, de carbone et d'azote. Or ces expériences, l'auteur le reconnaît expressément, ne sauraient conduire *à des conclusions bien décisives*. Elles n'établissent d'abord aucune distinction précise entre le produit tuberculeux et le produit scrofuleux, et, de plus, elles ne jettent aucune lumière nouvelle sur la nature de ces produits. M. Glover signale dans le tubercule l'existence de la pyine, déjà annoncée du reste par Schérer et Vogel. Il n'a pu trouver la caséine, dont Vogel, Preuss et d'autres ont constaté la présence. Sur le reste, ses expériences ne font que reproduire des résultats connus. Quant à l'analyse élémentaire du résidu protéin, elle n'est pas faite pour éclairer la question. Sur un résidu provenant de tubercules pulmonaires, Schérer avait trouvé : carbone, 48; hydrogène, 70; nitrogène, 12; oxygène, 13. M. Glover, sur un résidu de même origine, trouve : carbone, 52,36; hydrogène, 6,51; nitrogène, 13,74; oxygène, 25,39. Il suffit de jeter un coup d'œil sur ces deux résultats pour en saisir les énormes différences. Il faut ajouter, pour faire ressortir toute l'incertitude de la science à cet endroit, que nous ne possédons pas encore d'analyse du tubercule à sa naissance, c'est-à-dire de la granulation grise demi-transparente, ni du contenu des cavernes; ces deux *desiderata* indiqués par M. Lebert n'ont été remplis ni par M. Glover, ni par M. Legrand.

Ainsi que nous le disions tout à l'heure, l'analyse ne permet pas de saisir une différence chimique essentielle entre le produit tuberculeux et le pus scrofuleux; celui-ci ne se distingue pas mieux par ce moyen du pus phlegmoneux; néanmoins, et cette remarque est de M. Lebert, l'impuissance de l'analyse quantitative ou élémentaire n'implique pas l'identité chimique du tubercule et du pus; la non-identité, quelque mal définie qu'elle soit, est même rendue assez probable par le résultat des réactions opérées sous le microscope. On constate ainsi que les corpuscules tuberculeux traités par l'acide acétique perdent à peine de leur opacité, tandis que les globules du pus deviennent assez transparents pour montrer leurs noyaux internes; on constate encore que l'eau gonfle, altère même un peu les globules du pus et n'exerce aucune influence sur ceux du tubercule.

De tout ce qui précède, on peut tirer la conclusion suivante : les affections que depuis longtemps on désigne sous le nom commun de scrofules, considérées uniquement au point de vue anatomique, peuvent se diviser en deux classes, distinguées par les caractères extérieurs, la constitution intime, et peut-être aussi la composition chimique du produit morbide. Jusque-là, pas de difficulté. Mais ici s'ouvre une nouvelle perspective. L'élément de distinction, nous venons de le dire, n'est qu'*un produit*, et M. Lebert qui, avec M. Legrand, s'appuie surtout sur ce caractère pour nier l'identité, n'exprime pas une autre pensée quand il dit que *la mort seule n'expliquera jamais les phénomènes de la vie*. En outre, ce n'est qu'un des produits de la maladie, qui ne constitue pas à lui seul toute la lésion anatomique. Pour savoir donc jusqu'à quel point les maladies à tubercules doivent être rapprochées ou séparées de celles qui n'aboutissent qu'au pus scrofuleux, il faut agrandir le point de vue et rechercher à quel degré elles se ressemblent ou diffèrent dans leurs autres caractères essentiels, c'est-à-dire sous le rapport anatomo-pathologique, considéré abstractivement du produit morbide, sous les rapports étiologique, symptomatologique et thérapeutique.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE COMPARÉE DU TUBERCULE ET DE LA SCROFULE. — Les caractères de cet ordre peuvent appartenir aux solides ou aux liquides.

Relativement aux *solides*, nous le disons avec M. Glover, il serait difficile de signaler une différence un peu importante, abstraction faite du produit caractéristique, entre le mode d'altération des tissus envahis par le tubercule et celui des tissus tombés en scrofule et non tuberculeux. La ressemblance entre les uns et les autres frappera surtout, si on l'étudie dans une même partie du corps, dans un même organe. Quoi de plus semblable à lui-même, par exemple, qu'un ulcère scrofuleux du cou, consécutif à la fonte d'une glande, que le pus soit mêlé ou non de tubercules? Ne sont-ce pas toujours les mêmes chairs blafardes, boursouflées, fongueuses ou granuleuses? Il faut ajouter que cette apparence ne se retrouve dans aucune autre altération de la même partie; qu'elle est propre seulement au tubercule et à la scrofule, circonstance qui, en distinguant ces deux affections de toutes les autres, resserre par cela même davantage le lien qui les unit.

Une circonstance anatomo-pathologique invoquée par les adversaires de l'identité, est la différence de siége observée entre le tubercule et la simple scrofule. Nous reconnaissons, avec M. Lebert, que cette dernière affectionne particulièrement les parties superficielles, et la première les parties profondes; mais il y a des suppurations scrofuleuses profondes, sans tubercules; on en trouve, par exemple, dans les vertèbres; d'un autre côté, il y a des tubercules superficiels, tels que ceux du tissu cellulaire sous cutané,

On peut remarquer encore que si le tubercule ne se voit jamais ou presque jamais à la surface cutanée, il n'est pas rare aux surfaces muqueuses, même aux environs des ouvertures naturelles. Il suffira de citer les tubercules du larynx.

Relativement aux altérations des liquides, on a examiné l'état du sang, de la bile, de l'urine, de la sécrétion gastrique. Sous aucun de ces rapports, on n'a pu saisir une différence notable entre les scrofules simples et les tubercules. Les analyses du sang qu'on doit à Nicholson, à MM. Andral et Gavarret, Becquerel et Rodier, analyses sur lesquelles s'appuient, à défaut d'expériences personnelles, MM. Legrand et Lebert, ont montré, dans les deux formes des manifestations morbides, une diminution notable des globules et une augmentation en général proportionnelle de l'eau. Il est bien vrai que, tandis que les expériences de MM. Andral et Gavarret, Becquerel et Rodier, attestent l'élévation habituelle du chiffre de la fibrine dans la phthisie pulmonaire (excepté dans la période de crudité, suivant M. Andral), Nicholson a trouvé le chiffre de la fibrine abaissé chez les *scrofuleux*. Mais Nicholson ne s'explique aucunement sur le sens qu'il attache à cette dernière dénomination et il serait impossible d'affirmer qu'il n'y a pas compris un certain nombre de tubercules. En outre, la phthisie pulmonaire, dans laquelle l'hématose est toujours compromise, et qui se lie presque toujours à d'autres altérations du parenchyme, telles que l'inflammation, est une affection peu propre à l'étude des rapports spéciaux et individuels des tubercules avec l'état du sang. Enfin, il est bon de rappeler que MM. Becquerel et Rodier ont vu la fibrine *diminuée* chez une phthisique.

Les expériences nouvelles rapportées par M. Glover ne sauraient lever les incertitudes. Comme Nicholson, il n'a pas pris préalablement la précaution de s'assurer si des tubercules se joignaient ou non chez ses malades aux manifestations scrofuleuses; en sorte qu'elles sont peu propres à éclairer la question de l'identité. De plus, les résultats auxquels il est arrivé ne sont pas toujours concordants entre eux, ni à l'égard des données fournies par les précédents expérimentateurs. Par exemple, il a vu les parties solides du sérum diminuer chez un certain nombre de scrofuleux, et augmenter chez d'autres; MM. Becquerel et Rodier avaient annoncé une diminution. Il a constaté le plus souvent un abaissement du chiffre des sels libres; MM. Becquerel et Rodier avaient constaté une élévation. Quant à la proportion des globules et de la fibrine, il l'a trouvée telle que nous avons dit plus haut.

Si la chimie est impuissante à découvrir une différence essentielle entre le sang des tuberculeux et celui des scrofuleux, le microscope sera-t-il plus heureux? En aucune manière, M. Dubois (d'Amiens) avait cru, il est vrai, découvrir dans le sang des scrofuleux certaines déformations des globules, par exemple des échancrures. Mais il est avéré aujourd'hui que ces déformations n'appartiennent spécialement ni à la scrofule ni au tubercule, et se rencontrent parfois dans un sang normal sous tous les autres rapports. Il n'est pas besoin d'ajouter qu'on n'a jamais trouvé le corpuscule tuberculeux dans le sang, et nous inclinons à croire avec M. Lebert qu'on ne l'y trouvera jamais.

Enfin, pour en finir avec les liquides, les observations dont la science est aujourd'hui en possession sur l'état de la bile, et du liquide gastrique, relatives uniquement à des individus désignés comme scrofuleux, ne sont ici d'aucune utilité. L'urine, au contraire, a été étudiée avec soin chez les phthisiques par M. Becquerel, et d'un autre côté M. Glover l'a étudiée chez des malades offrant des signes de scrofules externes et n'étant pas signalés comme tuberculeux. Il y a donc lieu, sur ce point, à comparaison; on remarquera toutefois que l'absence de tubercules chez les scrofuleux de M. Glover n'est pas vraisemblable et pas du tout démontrée. Or, suivant M. Becquerel, deux circonstances influent sur l'état des urines chez les phthisiques: le marasme et la fièvre. Au marasme se lie une diminution dans la quantité des urines et dans la proportion des solides en dissolution; à la fièvre, la coloration des urines avec dépôt d'acide urique. M. Glover, lui, est arrivé à des résultats négatifs pour la scrofule et il n'a constaté aucune altération de l'urine qui fût propre à cette affection.

Étiologie comparée des tubercules et des scrofules. — Nous trouvons pour cette étude étiologique des documents pleins d'intérêt dans nos trois auteurs, plus empreints d'exactitude et plus complets chez MM. Legrand et Lebert. Il nous sera donc facile de mettre le doigt sur les différences ou les ressemblances d'origine qui peuvent exister entre les scrofules et les tubercules.

MM. Legrand et Lebert rappelent avec raison que les tubercules se montrent surtout vers l'âge de 25 à 30 ans, tandis que les scrofules appartiennent presque exclusivement à l'enfance et à l'adolescence. C'est un trait de dissemblance assez tranché. Un autre trait indiqué par le second de ces auteurs, d'après des recherches et des calculs dignes de confiance, c'est la fréquence plus grande de l'hérédité pour les scrofules pures que pour les tubercules sans manifestations scrofuleuses. Un tiers des premières se seraient transmises héréditairement, contre un sixième seulement des seconds. Nous supposons ces deux points établis; mais au delà il serait impossible de saisir d'autre divergence notable entre les sources du tubercule et de la scrofule. L'influence du tempérament sur la production de ces maladies, dégagée des conceptions *à priori*, n'est pas plus évidente pour l'une que pour l'autre. Les mêmes conditions hygiéniques ou pathologiques favorisent leur développement, et, autant qu'on en peut juger, au même degré: telles sont une mauvaise nourriture, l'habitation de lieux bas et humides, etc., certaines fièvres éruptives, comme la rougeole, la scarlatine, aussi bien que la vaccine. Sans doute l'action de ces causes a pu être exagérée; nous le croyons avec M. Lebert, qui les étudie et les juge avec une grande sévérité; mais ce qu'on peut en croire raisonnablement n'est pas plus applicable au tubercule qu'à la scrofule, et tous deux, par exemple, se montrent fréquemment à la suite de la vaccine et de la rougeole. Ni l'un ni l'autre ne varient beaucoup de fréquence avec les climats ou les saisons. Il est enfin une condition étiologique dont l'étude a pu tout à l'heure paraître défavorable à l'opinion de l'identité, et qui, à d'autres égards, pourrait être invoquée en sa faveur: c'est l'hérédité. Qu'une des deux formes morbides soit plus souvent transmise que l'autre, comme nous l'avons dit, c'est là un fait secondaire à côté de certaines autres circonstances de la transmission: nous voulons parler de la succession des deux formes et de leur mélange dans une même ligne. M. Legrand, qui s'est occupé avec un soin tout spécial de ce sujet, raconte des faits curieux. Ainsi une mère phthisique a deux enfants, dont l'un prend des tubercules pulmonaires et l'autre une carie purement scrofuleuse. Dans quelques cas, on voit la phthisie pulmonaire et la simple scrofule se succéder, se combiner de génération en génération, de telle sorte qu'une mère tuberculeuse engendre un scrofuleux, celui-ci un tuberculeux, et ainsi de suite; ou bien enfin un individu issu de parents tuberculeux devient à la fois phthisique et scrofuleux. Ces faits, nous le répétons, sont rapportés par M. Legrand. M. Legrand affirme même que « le tubercule engendre la scrofule par la filière de la génération, » et M. Legrand est contre l'identité. Nous ne nous expliquons pas bien non plus comment M. Lebert, ordinairement très-judicieux dans ses appréciations, peut voir un argument en faveur de la non-identité dans ce fait que les scrofules héréditaires prédominent dans certaines familles, les tubercules dans d'autres, et alternent quelquefois dans la suite des générations. Nous en tirerions plutôt une conséquence opposée.

Symptomatologie comparée du tubercule et de la scrofule. — Nous venons de signaler la transmission simultanée, par voie héréditaire, des scrofules et des tubercules. Considérée en dehors de ce point de vue purement étiologique, la coexistence des deux formes morbides sur le même individu est chose assez commune; et alors leurs caractères symptomatologiques se mêlent et se confondent tellement qu'il serait de la plus grande difficulté, à moins de tomber dans des redites perpétuelles, de les décrire séparément. M. Lebert lui-même, après avoir tracé entre l'une et l'autre forme une ligne tranchée de démarcation, est forcé cependant de les réunir dans une description commune quand il en vient à l'histoire de leurs diverses localisations. Il traite, par exemple, dans un même chapitre, des scrofules et des tubercules glandulaires; dans un autre, des scrofules et des tubercules sous-cutanés, etc., et il n'y a le plus souvent rien, dans la description, qui appartienne bien spécialement à ceux-ci ou à celles-là, rien que l'absence ou la présence des globules tuberculeux. On trouvera à cet égard des documents importants dans le chapitre consacré aux engorgements glandulaires, qui sont, comme on sait et comme l'auteur a plus que personne contribué à le démontrer, qui sont, disons-nous, presque toujours tuberculeux. Sur 175 cas de tuberculisation glandulaire, combien M. Lebert en a-t-il trouvé qui fussent exempts de complications dites scrofuleuses, c'est-à-dire de manifestations propres à la scrofule sans globules tuberculeux? 77 seulement. Dans les 98 autres cas, les complications consistaient en des ophthalmies, des maladies osseuses, des éruptions cutanées, des ulcères et abcès, des affections articulaires, des otorrhées. M. Lebert ajoute, il est vrai, que les deux ordres de lésions ne se développent pas ensemble, que tantôt les accidents scrofuleux précèdent d'assez loin les tubercules glandulaires, tantôt leur succèdent. Mais à supposer qu'il en soit toujours ainsi, à ne tenir aucun compte des faits très-certains de développement simultané, est-ce une raison pour en conclure, avec notre honorable confrère, que la rencontre des deux formes chez le même sujet est tout à fait fortuite? Singulier hasard, que celui qui réunit dans plus de la moitié des cas deux affections différentes!

Comme M. Lebert, M. Legrand nous semble combattre contre sa propre opinion en rapportant des cas de tubercules du poumon ou d'autres organes coïncidant avec des manifestations purement scrofuleuses. Moins riche d'observations que le premier, il n'apporte pas de statistique; mais dans les faits qu'il publie, l'agencement des phénomènes ne permet guère de méconnaître la parenté la plus directe entre les deux ordres d'altérations: ce sont, par exemple, des tumeurs blanches scrofuleuses ou la carie d'une phalange, coïncidant avec des tubercules pulmonaires, hépatiques,

méseotériques. On pourrait, il est vrai, concevoir quelque doute sur l'absence de tubercules dans les os examinés par M. Legrand, l'investigation ne paraissant pas avoir été très-rigoureuse sous ce rapport; mais nous prenons les faits tels que l'auteur nous les donne, et c'est nantis de ces caractères qu'ils comportent, à nos yeux, une signification autre que celle qui leur est attribuée.

Des faits analogues pourraient être également empruntés à l'ouvrage de M. Glover; mais ils n'apporteraient pas un élément de plus à la question. Nous nous dispenserons donc de nous y arrêter; disons seulement que, à l'encontre des deux précédents auteurs, M. Glover y voit un témoignage favorable à l'opinion de l'identité.

Maintenant il est bien vrai, et nous ne songeons pas à le contester, qu'une manifestation scrofuleuse peut parcourir toutes ses périodes sans s'accompagner de tubercules : M. Glover, M. Lebert, M. Legrand en apportent de nouvelles preuves; mais la possibilité d'une séparation des deux ordres de manifestation morbide pendant une période de temps quelquefois très-longue n'a pas plus de valeur que le fait purement anatomique, et reconnu plus haut, de la préseoce isolée de l'un ou l'autre produit pathologique sur le cadavre. Nous avons admis que certains cadavres de scrofuleux ne contenaient pas de tubercules; nous admettons également qu'il en peut être ainsi même après une longue durée de la maladie; mais nous ne croyons pas en cela prêter des armes à l'opinion de la non-identité essentielle.

On a dit, et M. Legrand particulièrement insiste sur cet argument, que les tubercules et les scrofules se distinguaient par plusieurs caractères symptomatologiques; que les premiers étaient souvent *latents* et affectaient parfois une *marche aiguë*, tandis qu'une expression bien accentuée et une marche aiguë étaient le propre des affections scrofuleuses; que le tubercule était sujet à des complications qui n'appartenaient pas à la scrofule, et réciproquement. Voyons à quoi se réduisent ces assertions.

Il faut dire d'abord ce qu'on entend par l'état *latent* : il se rapporte uniquement au siége de la maladie; en sorte que, dans la pensée de M. Legrand, le tubercule est réputé ordinairement latent parce qu'il a coutume de siéger dans des organes plus ou moins profonds, tandis que la scrofule occupe de préférence la surface du corps. C'est donc pas autre chose que cette différence anatomique sur laquelle nous nous sommes expliqué plus haut. Relativement à la marche, il est vrai que celle de la scrofule est rarement rapide; néanmoins il est bon de faire observer que M. Legrand lui-même en cite un exemple. En outre, si la phthisie pulmonaire est quelquefois aiguë, aussi bien que la méningite tuberculeuse, on peut douter que cela tienne essentiellement à la forme tuberculeuse du mal et non à l'importance de l'organe envahi, quand on songe qu'il est d'autres tissus où la marche du tubercule est presque toujours chronique, au moins autant que l'est celle de la scrofule. Nous citerons par exemple les glandes, surtout celles du cou. Quant aux complications, M. Legrand signale l'albuminurie comme assez fréquente chez les tuberculeux, et comme très-rare chez les scrofuleux. Nous n'oserions affirmer que l'altération de la sécrétion urinaire appartient également à l'une et à l'autre catégorie; mais à coup sûr la différence, s'il y en a une, n'est pas telle qu'elle puisse constituer un caractère distinctif. Il en est de même du diabète que Copland rattache de si près à la phthisie pulmonaire, opinion repoussée d'ailleurs par M. Legrand.

On a enfin invoqué en faveur de la non-identité du tubercule et de la scrofule une différence remarquable dans la gravité de ces deux maladies. Il en est un peu de cet argument comme de celui qui tout à l'heure concernait la rapidité de la marche. Oui, le tubercule tue plus souvent que la scrofule simple, neuf fois plus, suivant M. Marc d'Espine; mais cela tient il à sa nature spéciale, à son essentialité morbide, ou à la prédilection qu'il affecte pour les viscères? Considérez le tubercule ailleurs que dans le poumon ou l'encéphale, considérez-le dans les glandes externes, et vous le verrez guérir très-fréquemment, parce qu'il pourra être éliminé. S'il n'est pas éliminé, il pourra guérir encore en passant à l'état crétacé, et, en tout cas, il séjournera bien des années dans l'économie sans amener d'accidents sérieux. M. Lebert lui-même insiste particulièrement sur ce point. Réduit à ces termes, l'argument, on le voit, touche plus l'anatomie pathologique que le pronostic. Le tubercule serait plus grave que la scrofule, parce qu'il s'attaquerait plus souvent aux organes essentiels, ou par ce qu'il serait moins facilement éliminé; il n'y a rien là qui puisse affecter directement la grande question de l'identité.

Thérapeutique comparée du tubercule et de la scrofule. — Ici nous trouvons la plus grande analogie entre les deux ordres de lésions. « Les règles hygiéniques générales que nous avons données pour le traitement des scrofules, dit M. Lebert, s'appliquent en tous points aussi à celui des tubercules. » Et cela doit être, puisqu'ils dérivent des mêmes conditions étiologiques. Les deux états morbides réclament aussi des moyens pharmaceutiques semblables, l'iode, l'huile de foie de morue, les dérivatifs, etc. Les moyens qui ne conviennent pas à l'une des affections sont également contre-indiqués dans l'autre. Il y a cependant entre elles une différence de l'ordre thérapeutique ; elle est relative aux résultats. Les moyens indiqués sont beaucoup plus efficaces contre la scrofule simple que contre le tubercule. Cela paraît tenir à une circonstance, c'est que le tubercule une fois formé paraît ne pouvoir plus être résorbé; il ne peut qu'être évacué ou se transformer. Quand l'évacuation est possible, comme elle a lieu par exemple dans le cas de foyer tuberculeux externe, les tissus étant modifiés par les agents médicamenteux, la guérison peut avoir lieu et a lieu en effet fréquemment. Dans le cas contraire, comme la transformation crétacée n'est pas commune, les tissus restent envahis par un produit inorganique qui va s'accumulant, et sont en conséquence moins facilement modifiés par l'action thérapeutique.

Tels sont les rapports qui existent entre les affections tuberculeuses et la scrofule simple. Que si maintenant, à la lumière de tous les documents précédents, on veut bien revenir à la question posée en commençant, celle de l'identité ou la non-identité des deux ordres d'altérations, on verra que les données propres à la résoudre peuvent être résumées de la manière suivante. Des individus sont placés dans de certaines conditions hygiéniques ou pathologiques, défaut d'aération, nourriture insuffisante, appartement humide, convalescence de scarlatine ou de rougeole, etc.; ou bien il sont nés de parents ou tuberculeux ou seulement scrofuleux. S'il en résulte pour eux une maladie du genre de celles qu'on appelait autrefois du nom commun de scrofule, cette maladie pourra être constituée indifféremment ou par la carie multiple, des abcès à pus grumeleux, des ulcères fongueux et blafards, etc., ou par un dépôt de tubercules dans les tissus. La première maladie aura le plus souvent, mais non toujours, à beaucoup près, un siége superficiel; elle surviendra probablement pendant l'enfance ou l'adolescence; elle n'affectera presque jamais une marche aiguë; elle ne sera pas souvent mortelle; elle aura d'assez grandes chances de se transmettre aux descendants. La seconde maladie, au contraire, occupera le plus souvent les organes internes, mais pourra néanmoins siéger dans les glandes externes, dans le tissu cellulaire sous-cutané; elle surviendra probablement de 25 à 35 ans; elle affectera parfois, mais rarement, une marche aiguë, sera ordinairement mortelle quand elle occupera un viscère important, aura moins de chances que la première de se transmettre aux descendants. Sous tous les autres rapports, ces deux maladies auront entre elles une ressemblance frappante: les tissus, abstraction faite du produit morbide, pus grumeleux ou tubercules, seront altérés de la même manière; le sang aura subi, dans la proportion de ses éléments, des changements identiques, à l'exception d'une différence, fort douteuse d'ailleurs, relative à la fibrine. La bile, l'urine, le mucus gastrique, examinés soit chimiquement, soit au microscope, seront trouvés dans le même état. De plus, les deux manifestations pathologiques seront, dans la majorité des cas, réunies chez le même individu. Nées des mêmes causes, elles réclameront le même traitement; et si le résultat n'est pas le même dans l'une et dans l'autre, cela dépendra, non de la nature essentielle du mal (car, dans ce cas, on n'emploierait pas les mêmes remèdes), mais du siége et de la nature particulière du produit morbide.

Cela étant, il nous semble que les deux altérations sont plus rapprochées par leurs analogies qu'éloignées par leurs différences; en d'autres termes, que les premières touchent de plus près la nature intime du mal que les secondes. L'analogie étiologique, l'espèce d'échange qui se fait quelquefois entre elles en passant par l'hérédité, leur coexistence si fréquente chez le même individu, la similitude de leur traitement, sont surtout des traits de ressemblance caractéristiques. Nous sommes donc partisan de l'identité. Toutefois il est bien clair, nous l'avons dit en commençant, que nous ne prenons pas ce mot dans son sens rigoureux et absolu. Du moment où le tubercule et la scrofule se distinguent par certains caractères anatomiques et pathologiques, il s'ensuit nécessairement une différence quelconque dans leurs conditions d'origine et de développement. Mais nous disons que leurs traits de ressemblance sont suffisants pour admettre, derrière et au-dessus des causes secondaires susceptibles de différencier les résultats pathologiques, une cause spécifique commune, et nous croyons en conséquence à une identité originelle et primitive tout en reconnaissant un certain degré de dissemblance consécutive et secondaire. En repoussant l'identité essentielle, l'identité d'origine des deux formes morbides, en raison des différences constatées entre quelques-uns de leurs caractères extérieurs, MM. Lebert et Legrand ne songent pas assez, suivant nous, à l'influence que peuvent jouer, dans ces variations, les conditions secondaires inhérentes aux individus, au degré de la cause, au siége du produit morbide et à mille autres circonstances. C'est en cela que nous cessons de partager l'opinion de nos distingués confrères.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — DE LA GÉLATINE COMME ALIMENT. — DISCUSSION SUR LES MALADIES DE L'UTÉRUS.

La dernière séance de l'Académie de médecine a présenté un grand intérêt. Cette séance privilégiée a eu le rare bonheur de cumuler un excellent rapport de M. Bérard sur l'emploi de la gélatine comme substance alimentaire, et la seconde partie du discours de M. Paul Dubois sur les maladies de l'utérus. Nous nous occuperons peu de ce discours; nous le donnons *ci-après in extenso*. On y verra comment, après les nombreux écarts d'une longue discussion, la question a été une bonne fois saisie aux entrailles et traitée avec autant d'ampleur que de fermeté. On ne savait plus trop ce que disait le mémoire de M. Baud, point de départ de tout le débat; M. Dubois y a ramené les esprits, en donnant pour but à son appréciation deux points fondamentaux; d'un côté le degré d'intervention d'un état morbide général dans la production ou l'entretien des affections utérines, et, par suite, la part relative qu'il convient de faire, dans le traitement, aux moyens généraux et aux moyens locaux; d'un autre côté, la détermination des éléments essentiels et le plus souvent primitifs des mêmes affections. On jugera de la lucidité, du talent d'analyse, de la richesse d'expériences apportées par l'honorable orateur dans l'examen de ces deux questions capitales. Nous ne nous permettrons qu'une seule observation, et encore ne la soumettons-nous que timidement à une autorité plus forte que la nôtre. M. Dubois remarque que la phlegmasie catarrhale du col utérin, qui est l'origine si fréquente des autres altérations locales et spécialement de l'engorgement, à laquelle doivent être rapportées la plupart des symptômes accusés par les femmes du côté des organes de la génération, que cette phlegmasie succède le plus souvent, soit à un avortement, soit à un accouchement pénible, soit à des imprudences commises pendant une époque menstruelle, soit enfin à des rapports sexuels trop répétés ou accomplis dans des circonstances inopportunes. Et comme ces causes sont absolument locales, pour ainsi dire traumatiques, M. Dubois en conclut que la phlegmasie utérine qui leur succède en est directement et exclusivement l'effet, accordant seulement que ces affections primitivement locales peuvent amener ultérieurement dans la santé générale une perturbation qui, à son tour, retentit défavorablement sur la lésion initiale. Pour lui donc, la phlegmasie utérine est, *dans presque tous les cas*, le produit d'une cause locale. Eh bien! nous ne songeons pas le moins du monde à contester les faits expérimentaux sur lesquels s'appuie la conviction du savant académicien; nous les croyons conformes à l'observation; mais justifient-ils, dans des termes aussi absolus, la déduction qu'on vient de voir? Nous ne sommes pas sans quelques scrupules à cet égard. Sans doute, il paraît tout simple, au premier aspect, d'affirmer le caractère local d'une affection qui succède à une action pathologique locale; mais il y a ici une difficulté que nous n'aurions pas été fâché de voir aborder : une femme avorte, ou accouche difficilement, ou accomplit intempestivement l'acte du mariage; elle prend un catarrhe utérin. Est-ce uniquement l'avortement, ou l'accouchement difficile, ou le rapport sexuel intempestif qui a engendré le catarrhe? ou ces conditions, innocentes pour d'autres femmes, n'ont-elles amené chez celle-là un catarrhe que parce qu'elle y était prédisposée par son tempérament ou l'état général de sa santé? La question que nous posons ici n'est pas l'invention d'un esprit difficile; elle se reproduit pour beaucoup d'autres lésions. Rien de plus commun, par exemple, que de voir la tumeur blanche du genou succéder à des coups ou à des chutes sur cette partie. M. Dubois considère-t-il toutes les tumeurs blanches de cet ordre comme des affections locales, comme de simples phlegmasies? Non assurément. Il y a plus; dans une autre partie de son discours, au sujet de l'influence de l'engorgement sur la production du cancer, l'orateur raisonne exactement comme nous. La dégénération cancéreuse du col utérin est très-fréquemment précédée d'engorgement simple; néanmoins il incline vers cette opinion de M. Baud, que *l'influence de la phlegmasie chronique se borne alors à faire de l'organe qu'elle affecte le siége électif de l'affection cancéreuse*. Pourquoi? Parce que le développement du cancer exige une diathèse, une prédisposition quelconque. C'est ce que nous disons pour le catarrhe utérin. Il nous semble donc qu'il importerait beaucoup, après avoir pris note des circonstances locales au milieu desquelles se développent des catarrhes utérins, de tenir un compte rigoureux du tempérament et de la santé générale des femmes au moment où ces circonstances se produisaient.

Le rapport de M. Bérard avait pour but d'éclairer M. le ministre de l'intérieur sur la question de savoir si la commission administrative des hospices de Toulouse devait poursuivre la construction d'un appareil propre à extraire la gélatine des os. Il s'agissait donc au fond de se prononcer sur les propriétés alibiles de la gélatine. La commission n'a pas cru devoir se livrer à de nouvelles expériences, et nous croyons que, en effet, dans les termes où elle est posée par le ministre, la question peut être vidée immédiatement. Depuis le jour où M. d'Arcet affirma qu'on pouvait, en utilisant la gélatine des os, *de quatre bœufs en faire cinq*, toutes les expériences, en tête desquelles il faut placer sans doute celles de l'Académie des sciences de Paris et celles de l'Institut du royaume des Pays-Bas, se sont accordées malheureusement pour détruire cette illusion à la fois scientifique et philanthropique. MM. Edwards aîné et Balzac ont bien attribué à la gélatine, associée au pain, *une part relative dans les qualités nutritives du mélange*, mais une part minime, insuffisante de beaucoup pour la nutrition; et quant à l'idée émise par le premier de ces expérimentateurs, que l'osmazome a la faculté de développer les propriétés nutritives de la gélatine, et qu'il suffirait en conséquence d'ajouter quelques cuillerées de bouillon de viande à un bouillon de gélatine des manufactures pour obtenir un mélange suffisamment alibile, cette idée n'a pas soutenu l'épreuve de l'expérience.

La commission, comme nous l'avons dit, était donc autorisée à conclure dès à présent que la solution de gélatine ne contient pas les principes qui donnent au bouillon de viande des propriétés réparatrices; que l'introduction de la gélatine dans le régime ne permet pas de diminuer sensiblement la quantité d'aliments dont on fait usage, et n'offre, à ce titre, aucun avantage économique. Mais le savant rapport de M. Bérard, et c'est le point que nous voulons faire ressortir, a montré combien la science est encore peu instruite des conditions nécessaires et essentielles de l'alimentation. Qu'est-ce qu'un aliment? Les hygiénistes répondent que c'est une substance qui, introduite dans le tube digestif, peut fournir des matériaux au renouvellement de nos parties. Mais à quelles conditions une substance deviendra-t-elle un aliment? à quelles conditions du côté de la substance elle-même, à quelles conditions du côté du tube digestif? Un chimiste, M. Raspail, avait essayé de le dire, en ce qui concerne, du moins, l'aliment. Suivant lui, la

---

Feuilleton.

LETTRES D'ITALIE.

Nº V.

Rome, 10 décembre 1849.

APERÇU CHIRURGICAL DU SIÉGE DE ROME.

A M. le professeur Bégin, chirurgien inspecteur, membre du conseil de santé des armées.

DEUXIÈME PARTIE.

Ouverture des tranchées. — Ambulances de Ponte-Molle et de Monte-Mario. — Ambulance du dépôt de tranchée. — Le chirurgien devant les cas désespérés. — Aperçu des blessures. — Les brancards. — Épisodes. — Le dernier ami du soldat. — Ambulance de la maison aux volets verts. — Assauts et prise de Rome. — Le 13e léger. — Tivoli. — Statistique générale.

Avant d'entamer ce qui est relatif à cette dernière ambulance, et de suivre pas à pas les événements qui s'y sont passés jusqu'à la prise de Rome, terme de notre narration, disons un mot des affaires chirurgicales de la division qui, stationnée du côté de Ponte-Molle, avait pour mission principale de faire des diversions. C'est à cette division qu'un de nos bons camarades, Rustaut de Vérac, gagna son grade de chirurgien-major.

Le 15 juin, le 13e léger dut se porter en toute hâte à Ponte-Molle, où le 13e de ligne se trouvait dans une position assez critique. Il fallut occuper de vive force le Monte-Paviole, défendu par une batterie romaine. Toute la nuit fut employée par MM. Wagnette et Hecco, aides-majors du 13e léger et du 13e de ligne, à refaire les pansements de trente-trois blessés, dans le nombre desquels figuraient cinq Romains. Il en mourut trois pendant la nuit même. Le 21 juin donna aussi un certain nombre de blessés, ainsi que le 23 du même mois, jour où un changement de tir de la batterie romaine du mont Pincio nous fit en quelques minutes beaucoup de mal.

L'ambulance de Monte-Mario fut organisée un peu tard. Pendant quelque temps elle se composa d'un caisson, de deux infirmiers et d'un officier d'administration, sans aucun officier de santé. L'administrateur disait un jour très-naïvement à un de mes collègues : Ne vous gênez pas, docteur, je suis tout ici, mais j'y suffis; c'est moi qui prescris les vivres et les tisanes. Envoyez-moi vos malades.

L'ambulance du dépôt de tranchée, à laquelle nous arrivons enfin, a été établie dans la vallée même dont l'une des pentes a reçu le premier coup de pioche destiné à ouvrir les tranchées. Comme ce vallon est enfilé par les boulets de la place, il fallut choisir pour l'ambulance un endroit qui présentât quelque abri. Or un flanc de cette vallée est taillé à pic dans le roc, et derrière une sorte de

nutrition exigeait l'association de deux substances : d'une substance saccharine ou susceptible de se saccharifier sous l'influence d'une réaction acide, et d'une substance albumineuse ou glutineuse ; de là une distinction des substances alimentaires en deux ordres, les unes *saccharo-glutineuses*, complétement nourrissantes, les autres seulement *sacchariferes* ou seulement *glutineuses*, incomplétement nourrissantes. Cette théorie, en désaccord avec des expériences ultérieures, n'a été, croyons-nous, adoptée par personne. Mais que mettre à sa place ?

M. Bérard l'a dit avec raison, les procédés chimiques du laboratoire ne font pas aisément préjuger ceux de l'estomac mis en contact avec des aliments. La gélatine, même associée à une petite proportion de pain ou même de viande, ne nourrit pas suffisamment ; les animaux meurent du soixantième au quatre-vingtième jour. On remplace le bouillon de gélatine extraite des os par du bouillon de viande ; les animaux déjà fort amaigris par le premier régime reprennent des forces et reviennent à la santé. Qu'est-ce pourtant, dans le sens chimique, que le bouillon de bœuf ? Une solution de gélatine, plus de créatine, de deux substances azotées et de quelques autres principes moins importants. Eh bien ! ajoutez au bouillon de gélatine une dose de ces principes équivalente à celle qu'on retire du bouillon de bœuf, et vous n'obtiendrez pas encore un bouillon nourrissant. M. Villermé a fait, à cette occasion, une communication importante ; il a rappelé que, dans la guerre d'Espagne, un corps d'armée dont il faisait partie ayant été réduit pendant huit à six jours au régime exclusif de la viande, tous les hommes furent pris de diarrhée, d'amaigrissement et réduits à une extrême faiblesse. L'usage de blé et de grains de maïs, mangés sans préparation, restaurèrent un peu les forces ; mais sans amener la cessation du dévoiement. La santé ne se rétablit que plus tard, quand l'alimentation put être plus variée. Comment expliquer ce résultat ? Le chyle provenant d'aliments animaux contient pourtant plus de fibrine et se coagule plus promptement que celui qui est fourni par les aliments végétaux, d'après MM. Bouisson, Leuret et Lassaigne ; il devrait donc être plus réparateur. On ne peut accuser non plus une insuffisance de quantité ; car la viande était à discrétion. Est-ce qu'une nourriture exclusivement animale qui, d'après les expériences de M. d'Arcet, fournit beaucoup moins de carbone au chyle qu'une nourriture végétale, n'offrait pas assez d'aliments à la combustion pulmonaire ? C'est ce que nous ne saurions dire. Il y a là un problème digne d'occuper les méditations des physiologistes, un de ces problèmes dont la solution importerait le plus au progrès de la médecine pratique et aussi, sans aucun doute, de l'économie politique.

PATHOLOGIE EXTERNE.

CONSIDÉRATIONS SUR LA NATURE ET LE TRAITEMENT DES ENGORGEMENTS ET DES DÉVIATIONS DE L'UTÉRUS ; lues à l'Académie de médecine, séance du 22 janvier, par M. le professeur DUBOIS.

Avant de reprendre le sujet de ma communication précédente à l'Académie (1), je pense qu'il ne sera pas inutile de rappeler en peu de mots le point où je l'ai interrompue.

J'avais dit que les éléments essentiels et ordinairement primitifs des affections utérines qui font l'objet de cette discussion étaient presque toujours associés chez le même sujet à d'autres faits pathologiques qui en ont souvent usurpé l'importance et la signification. Je m'étais en conséquence appliqué à séparer ces derniers des autres par un examen analytique, et je m'étais cru autorisé à ranger les inflexions, la chute et les déviations de l'utérus, quand ces dernières ne sont pas exagérées, parmi les phénomènes accessoires et le plus souvent étrangers à la symptomatologie des affections utérines chroniques. J'avais également exclu l'engorgement et les érosions simples ou granuleuses, non parce que ces lésions m'ont paru devoir être placées sur la même ligne que les précédentes, mais parce que, liées beaucoup plus étroitement que ces dernières aux affections utérines et plus importantes sous ce rapport, elles ne constituent cependant pas encore les éléments primitifs et fondamentaux de ces maladies. Il me restait donc à dire quels sont les phénomènes qui me paraissent mériter cette qualification, soit au point de vue de la symptomatologie, soit au point de vue des indications thérapeutiques.

Ce sont évidemment ceux qui, dans l'énumération que j'ai faite, n'ont pas été soumis encore à mon appréciation, à savoir : l'augmentation de la coloration, de la chaleur et surtout de la sensibilité de l'utérus, modifications accompagnées d'une hypersécrétion muqueuse et purulente ; c'est en un mot une phlegmasie utérine, et dans presque tous les cas une phlegmasie catarrhale.

La membrane muqueuse est donc le plus souvent le siége principal et primitif de la maladie, mais elle n'en est pas le siége exclusif, car il est rare que l'inflammation ne s'étende pas à la couche la plus voisine du tissu propre sous-jacent. Si j'ajoute maintenant que cette dernière limite est assez souvent dépassée, parce que l'inflammation peut pénétrer plus profondément dans le parenchyme utérin, soit de prime abord, soit par la prolongation de la phlegmasie muqueuse ; si j'ajoute surtout que la phlegmasie, qu'elle soit superficielle ou profonde, est presque toujours limitée au col de l'utérus, j'aurai indiqué le siége, la nature et les limites de la lésion qui constitue dans presque tous les cas l'élément fondamental des affections utérines les plus communes. Je vais maintenant donner quelques détails nécessaires pour ne pas laisser trop incomplet cet exposé des éléments locaux essentiels des affections utérines.

J'ai déjà dit que de la phlegmasie pouvaient naître deux faits pathologiques dont la discussion s'est occupée : ce sont, d'une part, des érosions qui, simples d'abord, deviennent probablement granuleuses en pénétrant plus profondément dans les tissus qu'elles affectent ; c'est, d'autre part, l'engorgement des points que la phlegmasie a frappés, et dans lesquels elle persiste pendant longtemps, engorgement souvent limité à une partie seulement du col utérin, quelquefois l'occupant tout entier, et dans quelques cas enfin s'y montrant en plusieurs points séparés les uns des autres, et donnant lieu en conséquence à des tubercules distincts et mamelonnés.

Jusqu'à présent j'ai supposé, puisque c'est en effet le cas le plus fréquent, que la phlegmasie et ses effets sont bornés à la région cervicale de l'utérus ; mais il est certain, malgré les restrictions qui ont été exprimées

(1) GAZ. MÉD., année 1849, p. 911.

---

promontoire, s'ouvrent quelques caveaux, creusés dans la roche. Ce fut dans un de ces souterrains, servant d'écurie, long de quinze pas à peu près sur six de large, que M. de Santi, avec trois sous-aides, MM. Morin, Doin et Couquet, établit une ambulance dont les chirurgiens des corps avaient déjà fait les premiers frais d'installation.

Cette position était bien choisie, car quatre cents pas seulement la séparaient du rempart, et l'on jouissait d'une parfaite sécurité dans ce petit coin ; mais il ne fallait pas s'en écarter de quelques pas. Pendant que nos chirurgiens dînaient dans un gourbi sec attenant à la grotte, un boulet vint tomber à leurs pieds. Ils ne quittèrent pas pour cela leur salle à manger.

De la paille constitua d'abord tout le couchage ; mais on finit par avoir des matelas et des couvertures. Les caissons d'ambulance, stationnés à la porte de la grotte, fournissaient les objets nécessaires à l'exercice de l'art chirurgical.

Le personnel de l'ambulance ne restait pas toujours confiné au dépôt de tranchée ; quand une attaque sérieuse devait avoir lieu, on envoyait un chirurgien sur le théâtre du combat. Les corps fournissaient aussi chaque jour des officiers de santé de service, qui partageaient tous le danger de la position. Enfin les jours, ou plutôt les nuits d'assaut, l'ambulance en masse se transportait tout près de la brèche, comme nous le verrons bientôt. A cette époque, MM. Bourguillon et Bonard, chirurgiens aides-majors, et M. Didelot, chirurgien sous-aide, étaient venus former une seconde ambulance destinée à agir de concert avec la première.

Pendant chacun des vingt-sept jours de tranchée, non compris les assauts, il y eut environ huit à dix blessés parmi les troupes occupées aux travaux du génie, et il s'est bien fait, dans la grotte, vingt grandes amputations en tout, sans compter celles qui furent pratiquées, soit à Santucei, soit à Corviale.

Les plaies pénétrantes de l'abdomen ont toutes été mortelles, plusieurs sujets, au contraire, ont survécu à des plaies de cette nature siégeant à la poitrine. Ainsi un soldat dont le poumon avait été traversé de part en part par une balle, vers le sommet de l'organe, a néanmoins guéri assez rapidement. Hémoptysies, emphysème des parois thoraciques, sortie de l'air par la plaie, rien n'a manqué ; il a fallu pratiquer au malade de nombreuses saignées.

Une des positions les plus pénibles pour le chirurgien est celle où, devant des désordres qui ne laissent pas d'espoir, il est condamné à s'abstenir, et à répondre aux demandes du patient par un silence dans lequel celui-ci peut lire son arrêt de mort. Ces faits ne sont malheureusement que trop communs, quand un boulet a exercé ses ravages. Ainsi un soldat avait eu les deux cuisses fracassées, et d'horribles lambeaux pendaient encore au tronc ; il n'y avait pas d'hémorrhagie, et l'opérateur dut rester inactif. Le blessé vécut quelques heures, et conserva sa connaissance presque jusqu'au bout.

Un de mes blessés, dit Wagoette dans des notes écrites sur place qu'il a bien voulu nous communiquer, un blessé avait été atteint d'un éclat d'obus à la partie inférieure de l'abdomen ; la perte de substance était énorme, et les intestins se montraient à nu. En proie à une exaltation effrayante, il déchirait l'appareil qui, replacé aussitôt, ne tardait pas à être de nouveau déchiré. Ce malheureux poussait tantôt des hurlements affreux, tantôt me suppliait, les larmes aux yeux, de mettre fin à ses souffrances. Il souffrit longtemps encore, pendant plusieurs longues heures, et mourut dans la journée.

à cet égard dans la discussion, qu'elle peut franchir cette limite, se développer dans le corps de l'organe, pénétrer plus ou moins profondément dans ses éléments anatomiques, et en accroître le volume et la densité, c'est-à-dire en produire l'engorgement. J'ai déjà rappelé les faits de cette nature qui ont été mentionnés dans la discussion.

Cependant, si je m'arrêtais ici, je comprends que je n'aurais encore résolu qu'une partie de la question soulevée par le mémoire de M. Baud et par la discussion de l'Académie. En effet, avoir établi qu'une phlegmasie catarrhale du col utérin est l'élément anatomique ordinaire de ce que M. Baud appelle une affection utérine et regarde comme le résultat d'une perturbation générale de la santé, ce n'est pas avoir prouvé que la nature de cette maladie est essentiellement locale; car des phlegmasies même limitées des membranes muqueuses peuvent se développer sous l'influence de causes évidemment diathésiques. J'ajouterai donc maintenant, pour dissiper tous les doutes à ce sujet, que cette inflammation locale est elle-même, dans presque tous les cas, le produit de causes provocatrices qui ont incontestablement le même caractère. S'il est un fait bien constaté, en effet, c'est que la phlegmasie catarrhale du col utérin succède le plus souvent à l'action de l'une des trois causes que je vais indiquer dans un ordre qui est en rapport avec la fréquence de leur intervention, savoir : 1° un avortement; 2° un accouchement à terme qui a été pénible ou après lequel le repos ordinairement nécessaire n'a pas été assez prolongé; 3° des imprudences commises pendant une période menstruelle; 4° des rapports sexuels trop répétés, ou qui ont lieu dans des circonstances inopportunes.

Si un avortement ou un accouchement pénible sont suivis d'une phlegmasie catarrhale du col utérin, il est absolument impossible, lorsqu'on sait et surtout lorsqu'on a vu les lésions locales inséparables de l'expulsion du fœtus à terme, et plus encore de l'avortement, de voir dans le développement de la phlegmasie utérine autre chose que l'effet d'une cause réellement traumatique.

Le caractère d'une cause tout à fait locale se retrouve également dans l'impression du froid, les secousses d'une voiture, celles d'une course rapide ou d'une marche trop prolongée, subies pendant une période menstruelle et qui en ont troublé la marche; on les retrouve de même enfin dans l'excitation directe produite par des rapports sexuels trop répétés, ou ayant lieu lorsque les organes génitaux féminins ont une impressionnabilité insolite. C'est ainsi qu'on voit souvent se développer une phlegmasie catarrhale du col utérin chez de jeunes femmes, et sous l'influence des premières habitudes du mariage. Dans tous ces cas, qui sont certainement les plus communs, le caractère local de la lésion et celui de la cause qui l'a provoquée paraissent trop évidents pour qu'ils puissent être sérieusement révoqués en doute.

Vous reconnaîtrez, messieurs, qu'en rapportant les souffrances nombreuses et variées des affections utérines à une phlegmasie ordinairement catarrhale, quelquefois parenchymateuse, du col utérin, c'est-à-dire à leur cause, non pas constante, mais assurément la plus commune, je n'ai pas exprimé une opinion nouvelle. Il y a seize ans déjà que notre collègue M. Métier, dans un excellent travail qu'il soumit à l'Académie, signala les caractères et l'importance de cette affection, et fit au moins pressentir le rang qu'elle devait occuper dans la pathologie de l'utérus. Aujourd'hui, si je ne me trompe, cette manière d'envisager la plegmasie catarrhale de l'utérus a tout à fait cours dans la science. Aussi me serais-je dispensé de rétablir devant vous ce point de doctrine, s'il ne m'avait paru nécessaire d'atténuer quelques-uns des effets de la discussion, et en particulier celui qu'avaient dû produire les premières paroles de notre collègue M. Malgaigne; en effet, elles tendraient à faire croire que les notions jusqu'à présent acquises sur les maladies utérines, dont M. Baud a fait le sujet de son mémoire, sont notoirement incomplètes ou vaines, et que si l'on s'accorde à rejeter les opinions de Lisfranc, on cesse de s'accorder quand il s'agit de les remplacer par d'autres. Il importait donc de ramener les esprits au but que des travaux persévérants et nombreux ont maintenant atteint, et d'où ils avaient été détournés par les écarts de la discussion.

En disant qu'une phlegmasie catarrhale ou parenchymateuse est, dans la plupart des cas, l'élément fondamental des affections utérines les plus communes, je crois avoir exprimé une opinion généralement admise aujourd'hui, et une conclusion légitimement déduite de l'observation générale des faits. Je ne me dissimule pas cependant qu'elle est loin de donner une satisfaction complète aux exigences de la pratique. L'utérus peut être en effet le siége de souffrances qui n'impliquent en aucune manière un état phlegmasique de sa membrane muqueuse ou de son tissu propre, bien qu'elles soient accompagnées d'une partie des troubles fonctionnels que j'ai considérés comme la conséquence ordinaire d'une phlegmasie utérine chronique. Indépendamment des déviations, auxquelles il faut faire une part très-restreinte, il est vrai, dans la symptomatologie, et que je tenterai de déterminer plus loin, on ne saurait nier que l'exaltation de la sensibilité de l'utérus, à divers degrés, et sans l'intervention d'aucune lésion de tissu, puisse occuper une place assez importante dans la pathologie de cet organe; aussi, quelle qu'ait été la tendance de Lisfranc à concentrer l'attention de ses élèves sur les lésions de tissu de l'utérus, il n'en a pas moins reconnu la nécessité de faire entrer les névralgies de cet organe dans son cadre nosologique. Ainsi l'ont fait d'ailleurs la plupart des pathologistes.

Dans la première partie de cette communication, j'avais déjà fait allusion à ces causes de souffrances utérines, et je m'étais promis de les rappeler encore; elles offrent en effet, dans l'étude symptomatologique des affections utérines, un intérêt qu'il est aisé de comprendre. Cependant je n'irai pas plus loin dans cette voie, qui me conduirait sans aucun doute à l'examen de quelques-unes des questions les plus difficiles du sujet qui nous occupe. La discussion ne les a pas abordées; et quoique cette omission soit regrettable, je reconnais que les limites qui me sont imposées ne me permettraient pas de la réparer.

J'arrive maintenant au traitement des phlegmasies utérines chroniques.

Pour cette partie de ma communication comme pour la précédente, je suivrai le programme qui m'est en quelque sorte tracé par le mémoire de M. Baud, le rapport de vos commissaires et la discussion qui s'est engagée devant vous. Je ferai néanmoins précéder d'une observation préliminaire ce que je dois dire sur ce sujet.

Le traitement des affections utérines comprend l'emploi de procédés et d'agents thérapeutiques nombreux et divers. Non-seulement je n'ai pas l'intention d'apprécier la valeur absolue ou relative de chacun d'eux, mais je ne me propose même pas d'étendre mon examen à tous ceux qui ont été mentionnés dans la discussion; je me contenterai donc de rappeler

---

Le 6 juin, entre la tranchée et le dépôt, deux carabiniers du 13e léger sont éventrés par le même boulet. L'un d'eux a l'abdomen littéralement broyé, et les entrailles bavent de la plaie, sous forme de détritus à demi fluide. Il meurt sur le coup. L'autre a les deux cuisses fracturées et la partie antérieure du bassin enlevé. Il vivait encore quand Wagnette arriva pour le relever; il fouillait de ses mains l'horrible blessure, appelait sa mère et nommait son camarade tué à ses côtés. Une heure après ils étaient dans la même fosse, et la même croix portait leurs deux noms, suivis de ces mots : Morts au champ d'honneur!

Ces deux soldats étaient de vieux amis d'enfance et des camarades de lit; l'un s'appelait Jean, l'autre François. C'est moins poétique sans doute que *Nisus et Euryales, Arcades ambo*; mais lorsque, sur les pierres encore tachées du sang de Jean et de François, on m'a conté leur simple histoire, j'ai tressailli plus vivement qu'à la lecture du fameux et dramatique épisode de Virgile.

Un militaire portait un gabion sur sa tête; un boulet passe et lui enlève le gabion. Le soldat rit beaucoup de la mésaventure. Après cela, venez nous parler du vent du boulet!

Un autre eut son sac (fixé aux épaules par deux courroies, comme on sait), emporté par un boulet qui lui contusionna le dos et le renversa par terre. Le pauvre garçon, revenu de sa stupeur, se tâtait partout, en demandant s'il lui restait encore quelque chose, et si le projectile ne lui avait pas coupé la moitié du corps. Heureusement il en était quitte pour la peur, et une madone, taillée dans le roc, reçut immédiatement ses ferventes et naïves prières.

Un militaire du 13e léger fut atteint à la poitrine par un boulet qui ne fit que l'effleurer, mais qui fractura pourtant trois côtes et occasionna une énorme ecchymose. Ce malade a guéri. Toute la violence du projectile s'était probablement épuisée sur les parois thoraciques, sans contusionner les organes intérieurs.

Deux hommes blessés au cervelet ont présenté des symptômes qui semblent corroborer l'opinion de M. Flourens à l'égard des fonctions régulatrices et coordinatrices du mouvement, fonctions attribuées à cette partie de la masse encéphalique, par le savant secrétaire de l'Académie des sciences. Ils se roulaient constamment sur eux-mêmes. L'un d'eux conserva très-longtemps son intelligence intacte; la mort fut la suite de ces deux lésions.

La déflagration de la poudre produisit plusieurs brûlures. Toutes les fois que celles-ci ont été étendues, une vive réaction s'est allumée, et des saignées nombreuses n'ont pu sauver les malades.

En général, on a observé peu d'hémorrhagies, la trituration ou l'arrachement des chairs s'opposant à l'issue du sang. Cependant, un officier qui avait reçu une balle dans le creux poplité succomba à une hémorrhagie foudroyante, avant qu'on pût lui porter secours.

Peu de blessures ont été produites par les balles ennemies; ce sont avec les boulets et les obus, les débris de pierre que les projectiles faisaient sauter, qui ont amené le plus de lésions.

Nos soldats ont supporté héroïquement les amputations. Quand le chirurgien leur annonçait qu'un membre devait tomber, ils le présentaient immédiatement au couteau. A Monte-Paviole, un sergent du 13e léger fut frappé par un biscaïen qui, tombant obliquement sur l'appendice xiphoïde, chemina entre les muscles et vint faire saillie sous la peau, près de l'ombilic. Ce projectile ne fut extrait

ceux de ces procédés ou de ces agents thérapeutiques qui me paraissent les plus importants, et dont la valeur mérite réellement d'être discutée.

D'une autre part, les affections phlegmasiques de l'utérus qui ont été l'objet principal de ces débats se présentent avec des degrés d'intensité différents, savoir : à l'état aigu ou subaigu et à l'état chronique. Le traitement de ces affections aux deux premiers degrés est trop connu et trop généralement accepté pour qu'il y ait le moindre intérêt à m'en occuper. La discussion d'ailleurs ne s'y est pas arrêtée. Je ne parlerai en conséquence que du traitement des phlegmasies utérines chroniques et de quelques-unes de leurs complications.

Dès l'abord se présente une question digne d'intérêt et dont la solution rigoureuse n'est probablement pas possible dans l'état actuel de la science, mais qui cependant peut être utilement discutée. Il s'agit de savoir si le traitement des affections utérines est nécessaire, non-seulement comme moyen curatif d'un mal actuel, mais encore comme moyen préventif d'une dégénérescence future. J'ai dit dans la première partie de cette communication que Lisfranc regardait l'intervention de l'art comme nécessaire à ces deux titres; j'ajouterai que cette opinion a été adoptée et publiée par un de nos savants confrères, M. Duparcque, et que, pour en établir la validité, il a cité des faits qui lui paraissent démontrer l'influence salutaire d'un traitement préventif. Il est vrai qu'à l'époque où cette doctrine était enseignée, des médecins éminents plaçaient dans les phlegmasies chroniques la cause la plus commune, sinon même la cause unique du développement des affections cancéreuses, et contestaient la possibilité de leur manifestation spontanée, et la réalité d'une prédisposition héréditaire.

Il ne me paraît pas douteux que ce fut sous l'impression de ces idées que Lisfranc donna à l'engorgement utérin, c'est-à-dire à un épiphénomène, l'importance d'un élément capital et dominant dans les affections utérines et qu'il voulut en faire l'expression significative de l'opinion qui paraissait prévaloir alors sur la génération du cancer; il y vit sans doute un moyen de frapper plus sûrement les esprits. L'engorgement, c'était tout à la fois le fait d'une phlegmasie chronique présente et celui d'une transformation cancéreuse future ou du moins possible. Le germe du cancer était là ou pouvait y être, l'altération pathologique était la preuve et l'avertissement d'un danger. L'activité, la nécessité même d'un traitement curatif et en même temps préventif, étaient la conséquence logique de cette doctrine.

La science peut-elle cependant accepter aujourd'hui comme fondées des appréhensions de cette nature dont les malades sont sans cesse agitées et dont la légitimité paraît évidente encore à certains esprits? Il eût été peut-être désirable que cette question n'eût pas aussi complétement échappé à nos débats. Le mémoire de M. Baud invitait d'ailleurs à l'aborder, notre confrère ne balance pas à la discuter, et à la résoudre. Pour lui, le danger d'une dégénérescence cancéreuse n'existe que chez les femmes qui y sont malheureusement prédisposées déjà et l'influence de la phlegmasie chronique se borne alors à faire de l'organe qu'elle affecte le siége électif de l'affection cancéreuse. Il me paraît probable que cette opinion, assez généralement substituée aujourd'hui à celle que j'ai rappelée, aurait prévalu dans la discussion, si elle s'était engagée sur ce point spécial de pathogénie, et qu'elle aurait pu servir d'autorité à nos confrères si souvent interrogés à ce sujet.

Mais si le traitement des affections utérines n'a pas pour but essentiel de prévenir la transition regardée comme possible de la phlegmasie chronique au cancer, il n'en est pas moins justifié par des motifs différents et très-valables.

Il n'est pas douteux que ces affections puissent se dissiper en quelques circonstances, par le seul secours du temps, de quelques précautions locales très-simples et d'une bonne hygiène, mais il n'en est pas moins certain que comme les phlegmasies chroniques en général et peut-être plus encore que la plupart d'entre elles, les phlegmasies utérines peuvent se prolonger indéfiniment quand elles sont abandonnées à elles-mêmes. Cette prolongation fréquente résulte en effet de deux conditions exceptionnellement réunies et cependant opposées, savoir, une vitalité habituellement très-restreinte et qui exclut les mouvements organiques intérieurs grâce auxquels les phénomènes pathologiques peuvent marcher promptement à une solution salutaire, et d'autre part, les surexcitations temporaires et répétées dont l'utérus est tantôt accidentellement, et tantôt périodiquement le siége, et sous l'influence desquelles le mal affaibli se ravive et se perpétue.

En second lieu, parmi les épiphénomènes dont j'ai parlé, il en est quelques-uns, les érosions par exemple, qui, lorsque la phlegmasie a essentiellement le caractère chronique, ne tendent presque jamais à une guérison spontanée et prennent au contraire, dans la plupart des cas, un accroissement qui en rend la guérison plus lente et plus difficile. Si j'ajoute à cette circonstance les désordres fonctionnels graves que j'ai indiqués déjà, et que les affections utérines, quand elles se prolongent, provoquent presque toujours, soit dans l'organe malade lui-même, soit dans les appareils les plus importants de l'économie, j'aurai établi, j'espère, la convenance d'instituer contre ces affections un traitement curatif plus énergique que celui auquel plusieurs de nos collègues me paraissent disposés à donner la préférence.

Cette convenance étant admise, le traitement doit-il être exclusivement ou à peu près exclusivement général, comme le voudraient M. Baud et notre collègue M. Gibert, ou essentiellement local, comme m'ont paru l'indiquer presque tous ceux de nos collègues qui ont pris part à la discussion? Cette question, en raison même des solutions différentes qu'elle a reçues dans ces débats, et plus encore peut-être du peu d'attention que lui prêtent, à tort je pense, un très-grand nombre de médecins, me paraît mériter quelque examen.

J'ai dit précédemment qu'il est rare qu'une phlegmasie se soit prolongée pendant plusieurs mois et à plus forte raison pendant un temps beaucoup plus long encore, sans qu'elle ait exercé une influence notable et fâcheuse sur la santé générale. Cette altération consécutive réagit presque toujours à son tour sur la maladie locale, et concourt, sans aucun doute, à en rendre la guérison plus difficile et plus lente. Aussi, quoique j'admette volontiers qu'un traitement purement local peut procurer une guérison durable dans quelques cas exceptionnels, et que je sois également certain que le même succès pourra être obtenu en d'autres circonstances par un traitement exclusivement général, il ne m'en paraît pas moins nécessaire que le traitement soit institué avec la double intention de prévenir ou d'atténuer les effets de l'altération générale de la santé et de guérir les lésions locales. Je n'hésite donc pas à regarder comme indispensable, dans la plupart des cas, l'association des moyens thérapeutiques qui doivent satisfaire à ces deux indications essentielles.

Cependant la part d'importance relative qu'il convient de donner à chacun de ces deux genres de traitement mérite d'être étudiée. Évidem-

---

que le soir. Le brave sous-officier n'avait voulu être pansé qu'un des derniers, et, la pipe à la bouche, il avait patiemment attendu son tour.

Soudain, un sergent arrive, la figure ruisselante de sang; une balle l'avait atteint à la joue. Sa blessure est lavée et recouverte d'un appareil. Le chirurgien lui assigne une place à l'ambulance et court à d'autres malades. Une heure et demie après, Pasquier, repassant à l'endroit où il l'avait laissé, le retrouve abattu, prostré, les traits décomposés, les membres en proie à des mouvements convulsifs. Étonné, il s'approche et interroge. Le sergent, voulant rendre aux Romains ce qu'il en avait reçu, s'était précipité au combat, aussitôt que le chirurgien avait eu le dos tourné. Malheureusement, un projectile lui était entré dans l'abdomen, et le courageux soldat s'était de nouveau traîné à l'ambulance, sans rien dire, et y avait repris sa première place.

Après l'opération, nos soldats n'étaient pas moins admirables que sous le bistouri. Lorsque, couchés sur une mauvaise paillasse, ils manquaient de toutes ces petites douceurs qui allégent tant la souffrance, pas de plainte, pas d'impatience, mais toujours résignation et courage. Ces conditions morales favorables étaient toutes éminemment propres à seconder les efforts de l'homme de l'art; aussi les résultats furent-ils en général satisfaisants.

Nous ne sommes pas le premier, du reste, à faire remarquer combien les sentiments expansifs du soldat victorieux influent heureusement sur son état sanitaire, soit pour maintenir son économie dans l'état physiologique, soit pour l'y remettre lorsque la maladie l'en a fait sortir.

Les soldats Romains, ou plutôt les hommes de toute nation, qui, recueillis chez nous, recevaient les mêmes soins que les nôtres, étaient en proie à une inquiétude, à un affaissement, bien naturels sans doute, qui ont beaucoup contrarié les tendances salutaires de la nature.

Les hommes qui tombaient dans la tranchée étaient ramenés par leurs camarades, et les chirurgiens là présents pouvaient leur donner les premiers secours, grâce aux ressources du sac d'ambulance qui les suivait toujours, porté par un soldat; puis le blessé était chargé sur un brancard, et le petit convoi se mettait en marche pour l'ambulance, en suivant les nombreux zig-zags des boyaux et des parallèles, afin d'avoir toujours le talus et les gabions entre lui et le feu du rempart.

Nous venons de parler de brancards; mais il ne faudrait pas croire que le service des transports avait été assuré, à l'aide d'un approvisionnement de matériel en rapport avec le nombre présumable des blessés. On ne possédait pas le quart de ce qu'il fallait, et trop souvent on a pu être attristé par l'affligeant spectacle d'un blessé que ses camarades portaient par les quatre membres, sans respect pour ses fractures, ni pour tant de lésions graves qui exigent une foule de précautions. On improvisa bientôt des brancards avec des sacs de campement roulés autour du fusil; mais on obtient ainsi des civières plus expéditives que commodes. M. Volage, chirurgien-major du 13e de ligne, fit construire, par les tambours laissés à sa disposition comme aides, quatre brancards beaucoup plus convenables, avec des couvertures de campement et des branches d'arbre.

Il faut, dans les moments de bataille, que le chirurgien militaire fasse un peu de tout. Sa mission est difficile et complexe, mais aussi entourée de prestige et de respect, dans ces instants suprêmes. Voici, à ce propos, un fait qui a bien sa signification, et qui nous semble établir une fois de plus cette vérité : le médecin,

ment elle ne saurait être toujours égale, et je pense qu'elle doit être réglée d'après la considération du tempérament, des habitudes, du genre de vie des malades, de la durée actuelle et des effets de la maladie.

A ce sujet, je ne puis m'empêcher de faire une remarque, c'est qu'il existe, si je ne me trompe, une différence bien manifeste entre les affections utérines telles qu'elles se présentent chez la plupart des malades de nos établissements hospitaliers, et celles qui s'offrent à notre observation et qui réclament nos secours dans la pratique civile.

L'influence des habitudes et de l'éducation chez ces dernières imprime à la symptomatologie des affections utérines dont elles sont atteintes, un caractère particulier de prédominence nerveuse, qui en rend la guérison plus difficile et qui donne au traitement général une importance qu'il n'a pas au même degré chez les autres.

Les idées que je viens d'énoncer à l'égard de l'association nécessaire du traitement local et du traitement général dans les affections utérines, se sont naturellement appliquées, dans mon esprit, à celles de ces affections qui sont étrangères à l'intervention de toute cause spécifique, il est évident en effet que dans les cas où il en serait autrement, le traitement devrait avoir pour objet essentiel une action générale sur l'économie, et que l'emploi des moyens thérapeutiques propres à exercer cette action serait l'indication dominante. Mais cette prépondérance incontestée du traitement général dans ces cas implique-t-elle l'inutilité ou l'insignifiance d'un traitement local; il est évident qu'elle ne l'implique pas; même alors une place importante devrait lui être réservée. Les motifs à l'appui de cette opinion ne manquent assurément pas, et il me serait facile de les puiser dans quelques analogies probantes et en particulier dans le traitement de certaines affections qui, je le suppose du moins, doivent se rencontrer souvent dans le service hospitalier de celui de nos collègues qui s'est montré le plus opposé à l'emploi d'un traitement local énergique contre les affections utérines.

Si donc une médication locale peut être utilement appliquée aux lésions utérines, même lorsqu'elles ne seraient que des épiphénomènes d'une affection générale évidente, elles doivent l'être à plus forte raison dans les cas très-communs où elles sont primitivement exemptes de toute complication résultant d'une altération générale de la santé. Aussi me paraît-il que l'exclusion à peu près complète de tout traitement local actif, conseillée par M. Baud, laisserait une lacune regrettable et dangereuse dans le traitement de la plupart des affections utérines chroniques; pour ce motif également je ne saurais accepter l'opinion exprimée sur le même sujet par notre collègue M. Gibert, et qui, pour n'être pas aussi explicite, n'en est pas moins une critique du traitement local généralement adopté contre les maladies de l'utérus.

Le traitement général a occupé dans la discussion une place trop secondaire pour qu'on en ait même exposé les éléments. Je ne crois pas qu'il soit réellement utile de m'éloigner à cet égard de la voie tracée; je me contenterai donc d'en indiquer rapidement les bases en rappelant le but qu'il importe d'atteindre.

Les affections utérines, quand elles se prolongent, sont souvent, ainsi que je l'ai dit, accompagnées ou suivies de certains troubles généraux qui se remarquent surtout dans les fonctions de l'appareil génital, dans celles du système nerveux, dans celles enfin de l'appareil digestif. Ces troubles se traduisent le plus souvent par un état semi-chlorotique, une grande impressionnabilité des souffrances erratiques nombreuses et variées, un amaigrissement et une débilitation remarquables. Un état pathologique ainsi caractérisé trace assez nettement les indications thérapeutiques pour qu'on en puisse naturellement conclure qu'une médication tonique intérieure et extérieure, associée dans une mesure convenable à l'usage des antispasmodiques, devront constituer la base du traitement général; j'ai déjà dit l'importance que j'y attachais dans la plupart des cas. Je ne veux ajouter qu'un mot: au nombre des moyens de guérison considérés comme les plus nécessaires, Lisfranc avait placé le repos absolu et prolongé dans la situation horizontale, et aujourd'hui encore le précepte du maître est trop souvent appliqué avec une grande rigueur. Je pense que cette partie du traitement, dont la discussion ne s'est pas occupée, doit être généralement abandonnée. Je ne sais pas, en effet, de cause plus propre à provoquer et à entretenir les désordres fonctionnels que je viens de rappeler, que ce repos absolu et prolongé dans la situation horizontale, lorsqu'il n'est pas exigé par des souffrances réelles. Au lieu de cette inactivité énervante, c'est l'exercice qui doit être conseillé dans la plupart des cas. Sans aucun doute, quelque réserve est nécessaire à cet égard, et il convient que l'exercice soit subordonné aux sensations de la malade, qu'il soit étendu, modéré, ou même supprimé, selon les résultats favorables ou non qui en auront été obtenus, mais il importe beaucoup à mon sens de n'y renoncer que si des souffrances plus vives en indiquaient formellement la nécessité.

Le traitement local a occupé une place très-méritée dans la discussion, soit qu'il ait été considéré en égard à la phlegmasie utérine locale et à ses complications, soit qu'il l'ait été relativement aux déviations de l'utérus.

Des poudres absorbantes de riz ou d'amidon, des injections ou des irrigations astringentes, des douches ascendantes froides, l'emploi de caustiques solides ou liquides appliqués sur la portion vaginale du col, ou introduits dans les cavités de l'utérus, enfin le cautère actuel, tels sont les agents thérapeutiques qu'on a surtout signalés dans la discussion, et tels sont ceux qui, aujourd'hui, occupent à peu près exclusivement une place dans le traitement local des affections utérines. Je ne m'occuperai que de ceux dont l'emploi a provoqué quelques remarques importantes ou quelques critiques. Les caustiques liquides ou solides sont dans ce cas.

L'Académie n'a pas oublié qu'une vive réprobation déjà manifestée ailleurs s'est élevée à leur sujet de la part de notre collègue M. Gibert; il admet l'utilité des douches ascendantes froides et des injections vaginales astringentes, mais il proscrit les cautérisations comme irrationnelles, inutiles ou dangereuses. Cette opinion n'a été exprimée, il est vrai, que par celui de nos collègues que je viens de nommer; mais il n'est pas impossible qu'elle soit partagée par quelques autres, et je suis sûr qu'elle l'est par un certain nombre de nos confrères en dehors de l'Académie. Quelques mots sur ce point ne seront donc pas inutiles.

Évidemment l'opinion que je viens de rappeler se fonde sur une appréciation inexacte de l'action même des substances caustiques mises en usage, des conditions pathologiques dans lesquelles elles sont employées, et surtout des résultats obtenus. Sans aucun doute, cette médication consiste à appliquer des substances irritantes sur des surfaces irritées, mais d'une part, soit à cause de la nature des agents thérapeutiques, soit à cause du mode de leur application, l'irritation produite est légère et superficielle; d'autre part, l'inflammation des surfaces est à l'état chronique, et enfin la vitalité des tissus est très-restreinte et leur tolérance très-prononcée. Le

---

dont le monde a généralement un médiocre souci, quand ses soins ne sont pas nécessaires, s'entoure au contraire de l'état d'un véritable sacerdoce, quand la mort exerce ses ravages et que chacun vit sous son incessante menace.

Quelques hommes du 13e léger avaient été tués roides, non loin du dépôt de tranchée. Une petite députation se détache et vient trouver l'aide-major Wagnette: « Voilà des camarades qui viennent d'aller rendre leurs comptes; on ne peut pas les enterrer comme des chiens. Venez, major, vous ferez la cérémonie; vous jetterez la première pelletée; et puis, adieu... » La fosse était creusée; Wagnette s'approcha de la tombe et prononça ces simples paroles: « Morts au champ d'honneur! Soyons braves comme eux, mes amis, et que Dieu nous garde tous! » L'aide-major jeta la première pelletée; deux soldats remplirent la fosse; puis chacun regagna silencieusement son poste, non sans avoir senti une larme rouler sous sa paupière.

Plusieurs mois après, une voiture voilée de noir traversait lentement les rues de Rome, au roulement étouffé de tambours couverts de crêpes. Un détachement l'escortait, précédé d'un capitaine et de l'aide-major du 13e léger. La même députation, moins un brave tué dans une tranchée, était encore venue trouver Wagnette, et lui avait dit: « Major, aujourd'hui on déterre les camarades pour les porter au cimetière avec les autres; vous avez fait la première cérémonie; nous venons vous chercher pour la seconde. » Oh oui! le médecin militaire est le dernier ami du soldat. Lorsque, couché dans un lit d'hôpital, loin de sa famille, le soldat souffre et attend, isolé et triste, mais toujours résigné et patient, que la mort ou la guérison vienne le tirer de son lit de douleur; dites, qui est-ce qui le console et l'encourage, qui est-ce qui soutient son moral par l'espérance, qui est-ce qui l'aime jusqu'au bout et l'accompagne jusqu'au moment suprême? C'est son dernier ami, c'est le médecin militaire.

Quand, dans le combat, un soldat est blessé, il se jette instinctivement dans les bras de son chirurgien. Je lis dans les notes manuscrites de Wagnette:

« 17 juin. Une batterie romaine occupe le sommet du mont Pariole. Le 2e bataillon du 13e léger reçoit l'ordre de s'emparer de la position. Arrivés au pied du mamelon, les batteries font feu et nous tuent plusieurs hommes. Au cri: *En avant!* la petite troupe, qui s'était inclinée sous la mitraille, se redresse, prend son élan, gravit la pente escarpée et surprend l'ennemi, qui n'a que bien juste le temps d'emmener ses pièces. — Pendant qu'on gravit le mamelon, un carabinier reçoit une blessure; il se retourne, fait quelques pas vers moi et se jette dans mes bras en s'écriant: Major, à moi, je suis blessé. Pendant que je cherche la balle en promenant ma main sur ses vêtements, je le sens s'affaisser: il était mort. Une balle lui avait traversé la poitrine, dans la région du cœur.

» Au même instant, quelques hommes s'approchent de moi, accompagnés d'un sergent, et m'offrent, au nom des carabiniers du 2e bataillon, le sabre d'un officier d'artillerie romain qu'ils venaient de tuer. »

Mais pendant que nous nous attendrissons à ces épisodes, les deux ambulances quittent la grotte et suivent les tranchées qui mènent à la place. Nous sommes au 21 juin; la nuit est noire, et l'on marche en silence. On va monter à l'assaut, et l'ambulance est nécessaire tout près de la brèche.

Entre le dépôt de tranchée et le corps de la place se trouvent deux maisons, dont l'une, connue depuis les affaires sous le nom de *maison aux volets verts*, est à portée de carabine du rampart, tandis que l'autre, appelée dans les rap-

caustique n'est donc ici qu'un modificateur sous l'influence duquel les mouvements organiques nécessaires à la guérison sont heureusement sollicités, et cette médication, incendiaire en apparence, ne provoque presque jamais de sensation douloureuse, ni de réaction générale inquiétante, et elle a pour conséquence ordinaire une guérison souvent lente encore, mais néanmoins assurée dans la très-grande majorité des cas. Elle offre une des preuves aujourd'hui très-nombreuses des succès qu'on peut obtenir en substituant à une phlegmasie lente et tendant à se prolonger indéfiniment, une phlegmasie plus active, et dont la guérison est plus sûre et plus prompte que celle qui pourrait être obtenue par des procédés moins périlleux en apparence, mais certainement moins efficaces. Trop de faits déposent aujourd'hui en faveur de cette médication substitutive appliquée au traitement des affections utérines chroniques pour que ses résultats heureux et son innocuité puissent être sérieusement contestés. Une observation attentive et répétée des faits dissipera, j'en suis certain, les convictions contraires de notre collègue.

Le traitement des déviations de l'utérus a été l'un des sujets importants de cette discussion. Cette partie de la thérapeutique locale des affections utérines est la seule dont M. Band ait admis l'utilité.

A cette occasion, l'honorable rapporteur de votre commission vous a rappelé les résultats heureux qu'il a obtenus des procédés à l'étude et au perfectionnement desquels il a depuis longtemps appliqué ses intelligentes et ingénieuses recherches, et notre collègue M. Velpeau, qui, dans un long enseignement, s'est efforcé de rattacher aux effets mécaniques des déviations utérines les désordres fonctionnels que Lisfranc attribuait à l'engorgement, vous a fait connaître les moyens nombreux de support ou de redressement auxquels il a eu successivement recours. L'Académie doit pressentir mon opinion à l'égard de procédés qui me paraissent avoir été imaginés et appliqués sous l'impression d'une idée que, pour la grande majorité des cas, je ne crois pas fondée. J'ai dit en effet, dans la première partie de ce résumé, que les inflexions constituent presque toujours des états pathologiques incurables; et, à mon avis, les ressources de la thérapeutique à leur égard sont impuissantes ou dangereuses : je ne m'y arrêterai donc pas. Quant aux déplacements de l'utérus, lorsqu'ils ne sont pas exagérés et lorsqu'ils sont exempts de toute complication phlegmasque, j'ai dit qu'ils ne donnent pas lieu aux troubles fonctionnels locaux dont on les accuse, et j'ai exposé mes motifs à l'appui de cette opinion. Je dirai de nouveau que la sensation d'un poids incommode dans le bassin, celle d'un corps qui tendrait à franchir la vulve, celle d'une pesanteur douloureuse sur le coccyx, ou, comme l'expriment la plupart des malades, sur le *fondement*, que tous ces phénomènes, qui paraissent pathognomoniques des déplacements de l'utérus, s'observent chaque jour dans les cas de phlegmasie catarrhale ou parenchymateuse chronique, exempte de toute déviation utérine, et surtout quand ce degré la phlegmasie revient, comme on le voit souvent, à l'état subaigu. Il est d'ailleurs facile de se convaincre de la vérité de cette assertion; en effet, il suffit, dans les cas dont je parle, et qui, je le répète, sont exempts de toute déviation, d'exciter la douleur par une pression exercée avec le doigt sur l'utérus souffrant. A l'instant même les malades accusent quelques-unes des sensations pénibles que je viens de rappeler, et qu'on ne saurait attribuer alors à un déplacement. Ce que démontre l'observation attentive des faits s'explique d'ailleurs naturellement par des circonstances qui ne me semblent pas avoir assez frappé les esprits.

L'utérus est fixé aux parois du bassin par des liens qui lui laissent encore une assez grande mobilité, d'une autre part il est placé au-dessous d'organes nombreux et mobiles eux-mêmes; enfin il est rapproché des parois solides et résistantes de la cavité qui le renferme. Mobile, il se déplace dans tous les mouvements du corps et dans ceux des organes qui le surmontent ou qui l'avoisinent, dominé ou environné par des organes nombreux pesants et expansibles, il en supporte nécessairement dans certaines attitudes le poids ou la compression. Rapproché des parois osseuses, il peut, grâce à la laxité de ses liens contentifs, s'en rapprocher plus encore ou s'y appliquer même. Or, ces effets naturels de la mobilité de la situation et des rapports de l'utérus sont inaperçus dans l'état normal Les pressions qu'il subit, les frottements qui se produisent contre les parois pelviennes ou les organes voisins, les tiraillements auxquels ses liens contentifs sont exposés, tous ces phénomènes sont inoffensifs, parce que l'organe ainsi agité ou comprimé est indolore; mais ils cessent de l'être dès que la sensibilité de l'utérus et de ses annexes est pathologiquement accrue, et là naissent des sensations douloureuses dont la cause réelle est trop souvent méconnue et presque toujours attribuée à des déviations qui n'existent pas ou qui leur sont tout à fait étrangères. Telle est ma pensée sur cette question que la modeste autorité de mon expérience et de ma parole ne tranchera certainement pas, mais qu'elle présentera, je l'espère, comme un sujet digne encore de réflexion et de recherches attentives. Je serais heureux de penser qu'il ne suffira plus désormais à ceux de nos confrères qui, en dehors de l'Académie, suivent ces débats, d'avoir constaté un déplacement de l'utérus si léger qu'il soit, pour se croire parfaitement édifiés sur la cause réelle des souffrances que j'ai rappelées.

Après avoir ainsi exposé ma pensée relativement aux inflexions et aux déviations utérines non exagérées, j'ai à peine besoin de dire que les moyens contentifs artificiels, pessaires ou autres qui leur sont si banalement appliqués me paraissent presque toujours inutiles et trop souvent nuisibles. Je ne prétends pas cependant que tous les déplacements de l'utérus soient exempts de souffrances et doivent être abandonnés à eux-mêmes. Dans la première partie de cet examen critique, j'ai fait des réserves à l'égard des déviations exagérées, et j'ai indiqué quelques circonstances dans lesquelles les déplacements peuvent être des causes incontestables de douleur. J'ajouterai seulement que, en dehors même des cas que j'ai déjà signalés, il est possible d'en rencontrer d'autres dans lesquels des déplacements utérins, bien qu'ils ne soient pas très-prononcés, provoquent des souffrances réelles et réclament un traitement spécial; mais je désire m'expliquer à cet égard.

Trois espèces de déplacements peuvent requérir les secours de l'art: l'antéversion, la rétroversion, et surtout le prolapsus ou la chute de l'utérus. A ce dernier presque seul me semble réellement applicable la pénible ressource d'un moyen contentif efficace, et ce moyen, c'est l'emploi d'un pessaire. Le pessaire dit en bilboquet et fabriqué en ivoire m'a toujours paru préférable à tous les autres, mais je lui veux une condition que j'ai signalée déjà dans cette enceinte, et à une autre occasion, et sans laquelle ce procédé thérapeutique me semble être le témoignage d'une imperfection déplorable de notre art. Je veux qu'il ne substitue pas une infirmité à une autre; qu'il ne soit pas une cause de gêne et de dégoût; qu'il ne rompe pas les habitudes et qu'il ne relâche pas peut-être les liens du mariage. Or, pour qu'il en soit ainsi, il faut que le pessaire soit d'un volume tel qu'il puisse être retiré chaque soir et replacé chaque matin par la malade elle-même; et comme les dimensions nécessaires alors sont

---

ports officiels *maison aux deux portails*, est située un peu plus loin.

C'est derrière la *maison aux volets verts* que les deux ambulances s'établirent. Cette maison, toute criblée de boulets, protégeait jusqu'à un certain point contre la canonnade de la place, mais les batteries du mont Testaccio la prenaient en flanc et balayaient l'ambulance. Un boulet brisa le rail d'un caisson, enleva une roue de derrière, tua deux hommes et en blessa un troisième. Pour ne pas attirer l'attention de l'ennemi, on avait eu soin de couvrir les lanternes de compresses mouillées. C'est à cette lueur douteuse qu'il fallut panser les blessés. Mais cette prudente mesure fut un instant oubliée par l'état-major établi au premier étage; c'est ce qui valut une grêle de projectiles à la *maison aux volets verts*.

Nous eûmes environ 100 hommes mis hors de combat dans cet assaut. A mesure qu'ils avaient reçu les premiers soins, on les évacuait sur le quartier général. M. le sous-intendant Pagès, qui ne quitta pas l'ambulance, veillait à ce que ce service se fit ponctuellement.

Le feu, qui avait commencé à deux ou trois heures du matin, cessa vers huit ou neuf heures, et une chaleur étouffante força l'ambulance à regagner sa grotte.

Le second assaut eut lieu dans la nuit du 29 au 30. C'était la fête de Saint-Pierre, et l'immense coupole de la basilique illuminée resplendissait de mille feux. Mais l'orage s'amasse dans le ciel, le bruit de la foudre se mêle au bruit du canon, et des torrents d'eau inondent la terre. L'ambulance est à son poste, derrière la *maison aux volets verts*. Sa tâche est pénible, car les blessés arrivent en foule; nous avons près de 130 hommes mis hors de combat, et 30 prisonniers romains viennent encore augmenter la besogne de nos collègues.

A neuf heures du matin les ambulances descendent à la *maison aux deux portails*. On parle de paix; les feux sont éteints.

Le 4 juillet on s'installa dans la ville prise, au collége romain; le même soir et le lendemain, plusieurs hommes poignardés furent apportés à l'ambulance.

Le 5, on se hâta de préparer l'hôpital San Spirito à recevoir nos blessés. Le 16, les ambulances de tranchée y transportèrent leurs hommes, et Corviale ne tarda pas non plus à évacuer ses blessés sur Rome.

Nous avons accompagné depuis l'ouverture du premier boyau jusqu'à la brèche les troupes qui ont fourni des travailleurs pour les tranchées. Nous devons aussi quelques mots sur les dernières opérations de la division de Ponte-Molle. Laissons la parole à l'auteur des notes dans lesquelles nous avons déjà puisé; rien n'a autant de caractère et de vérité que les simples mots écrits sous l'impression des événements.

« 28 juin. Deux bataillons, après avoir travaillé tout le jour à la tête du pont, partent de Ponte-Molle à sept heures du soir, *sans le moindre moyen de transport pour les blessés*. Nous marchons toute la nuit et nous arrivons à Tivoli à dix heures du matin. Le but de l'expédition était la destruction d'une poudrière; on ignorait si l'on trouverait de la résistance. La marche a été tellement rapide que beaucoup d'hommes faibles ont été pris de fièvre et n'ont pu suivre le mouvement, malgré les dangers de rester derrière. Ils se sont réfugiés à tout risque dans des maisons isolées, où nous les avons repris le lendemain. Mon chirurgien-major m'avait prêté son cheval; malheureusement il n'y avait là que pour un malade.

moindres que celles qui en assureraient le maintien dans les voies génitales, il faut que la tige en soit adaptée à un support artificiel. J'ai, par expérience, la certitude que ces avantages peuvent être obtenus.

Il y a plusieurs années, une dame venue des Indes-Orientales à Paris réclama mes conseils pour un prolapsus utérin dont elle était affectée depuis une couche déjà ancienne. Ce qu'elle désiroit de moi, c'était que je pusse la soustraire à la nécessité de porter un pessaire dont elle faisait usage depuis longtemps, et grâce auquel elle était exempte de toute incommodité. Cet appareil se composait d'une tige de 5 à 6 centimètres (environ 2 pouces), et à l'extrémité de laquelle était fixé un tampon sphérique en caoutchouc. Ce tampon devait être en contact avec le col de l'utérus et le supporter, tandis que l'extrémité opposée, légèrement saillante au dehors de la vulve, s'adaptait à deux branches en fil de fer, dont l'une placée en avant et l'autre en arrière se fixaient par leur extrémité supérieure à une ceinture en toile. Tout cet appareil, dont la malade pouvait se délivrer chaque soir, était grossier; cependant il répondait assez bien au but qu'on s'était proposé. Ne sachant rien de mieux que je pusse conseiller à cette malade, je me contentai de rendre moins imparfait l'appareil auquel elle était habituée. Je remplaçai le tampon et son support par un pessaire en ivoire dont la tige légèrement saillante au delà de la vulve fut adaptée à une petite capsule que soutinrent deux branches métalliques minces et très-flexibles, disposées d'ailleurs comme l'étaient celles de l'appareil qui avait servi de modèle. Depuis ce temps, plusieurs de mes malades ont usé de ces pessaires mobiles; elles ont facilement appris à les déplacer chaque soir et à les remettre chaque matin, profitant ainsi des avantages de ce procédé sans souffrir de ses tristes inconvénients. Je ne me dissimule pas que l'appareil dont je viens de parler est imparfait encore, mais je suis convaincu qu'il peut être perfectionné ou remplacé par d'autres qui atteindraient mieux le but que j'ai signalé.

Il résulte de ce qui précède que l'application d'un pessaire peut être une ressource efficace dans quelques cas exceptionnels de prolapsus utérin. Ce procédé conviendrait-il de même au traitement de l'antéversion et de la rétroversion, lorsque ces déplacements paraissent donner lieu à des souffrances réelles, et pourrait-on en espérer les mêmes avantages? Un examen comparatif de ces états anormaux considérés au point de vue anatomique, éclairera probablement cette question.

Dans les cas de prolapsus utérin dont je viens de m'occuper, les conditions les plus favorables à la réduction et au maintien de l'organe, sont heureusement réunies. L'utérus, conservant sa forme et sa direction, s'est déplacé de haut en bas par un mouvement de totalité; il peut être réintégré dans sa situation normale par la propulsion la plus simple de bas en haut; ajoutez que cette action s'exerce sans intermédiaire sur l'organe abaissé, et que le mouvement ascensionnel qui lui est imprimé n'a de limite que celle qui résulte de la longueur du vagin. Il s'en faut de beaucoup que les mêmes facilités se rencontrent dans l'antéversion et la rétroversion, lorsque accidentellement elles réclament des secours de cette nature; dans ces cas, en effet, c'est essentiellement la région supérieure de l'utérus qui s'est déviée; c'est donc sur cette partie qu'il faut agir pour la remettre dans la situation naturelle; je vais démontrer que cette action est rendue nécessairement insuffisante par la nature de la déviation et les rapports anatomiques de la partie déplacée; ce que je vais dire s'appliquera d'abord à la rétroversion.

Lorsque le corps de l'utérus s'incline en arrière, le premier effet de cette déviation c'est qu'il se rapproche de la face antérieure du rectum et s'y appuie. Si l'inclinaison s'accroît, la partie déviée descend par degrés vers le cul-de-sac péritonéal postérieur, et finit par l'atteindre et s'y appliquer; alors le fond de l'utérus est déjà placé sur un plan plus déclive que l'insertion du vagin à cet organe, et cette déclivité peut s'accroître encore si l'utérus, pressé par les viscères qui le dominent, déprime à son tour le point réfléchi du péritoine sur lequel il repose. Dans cet état, le doigt introduit dans le vagin peut souvent, sans beaucoup de peine, refouler le fond de l'utérus, s'il est libre de toute adhérence aux parties voisines, et le remonter jusqu'à la hauteur de l'insertion utéro-vaginale; mais d'une part cette propulsion n'est pas directe, car elle s'exerce par l'intermédiaire gênant de la paroi postérieure du vagin, et d'une autre part, quand l'utérus est parvenu au point que je viens d'indiquer, le fond de cet organe est encore bien au-dessous de son niveau normal; sans doute une impulsion plus forte du doigt, en distendant la partie supérieure du vagin, peut la lui faire dépasser, mais l'extensibilité de cette partie limitée du canal est hornée, et si elle permet que le fond de l'utérus soit poussé un peu plus haut encore, elle ne permet presque jamais qu'il soit réintégré complétement dans sa situation naturelle; la rétroversion sera sans doute atténuée, mais elle persistera à un degré notable encore. Maintenant il est certain que la déviation se reproduira en partie, si l'instrument qui l'a corrigée abandonne l'utérus, ou si, étant maintenu dans les voies génitales, l'action que cet instrument exerce n'est pas capable de résister à la pression continue des organes supérieurs qui tendent à reproduire le déplacement. Or, cette action propulsive efficace manque aux pessaires généralement employés pour cet usage et qui n'ont pas inférieurement un point d'appui solide. J'ajouterai d'ailleurs que si ce point d'appui lui était donné, l'instrument fortement poussé sur le point même où la présence de l'utérus déplacé était regardée comme une cause de compression douloureuse, il devrait réveiller la souffrance qu'il était destiné à guérir. Je ne veux pas affirmer cependant que la réduction partielle d'une rétroversion ne saurait, en aucun cas, devenir une cause de soulagement; les faits cités par notre collègue M. Hervez, et auxquels j'en pourrais pour ma part ajouter un petit nombre, démentiraient cette assertion; mais ces faits eux-mêmes méritent d'être étudiés, car il ne serait pas impossible que quand les pessaires sont utiles dans les cas de rétroversion utérine, ils le fussent moins par les effets qu'on leur prête que par d'autres qui ont été méconnus.

Et peut-être trouverait-on en effet que, si l'on a produit un soulagement réel dans ces cas, ce n'est pas pour avoir réduit un organe déplacé, mais pour avoir soustrait un organe souffrant, en lui donnant quelque fixité, aux mouvements et aux frottements douloureux que j'ai précédemment signalés. Quant à l'antéversion, elle se prête beaucoup moins encore que la rétroversion à l'emploi d'un moyen mécanique intérieur de réduction. Dans ce genre de déplacement, l'utérus n'est pas séparé de l'action directe du doigt ou des instruments seulement par la paroi antérieure du vagin, il l'est encore par la vessie; il ne serait donc possible d'exercer une pression contentive sur l'utérus déplacé qu'en y soumettant aussi des parties qui la supporteraient difficilement. Je ne pense donc pas, pour cette raison et pour d'autres encore qu'il serait trop long d'exposer ici, qu'en aucun cas il convienne d'appliquer un appareil intérieur quelconque pour remédier à une antéversion utérine; je sais cependant que des pessaires d'une forme particulière ont été proposés pour cet objet.

Lorsque des déviations de cette espèce sont, par exception, la cause de quel-

---

« Après quelques heures de repos en plein midi, on repart pour Rome. A force de sollicitations, j'obtiens du général Sauvan la mise en réquisition de moyens de transport. On nous livre six grands chariots attelés de bœufs à longues cornes. Mes chariots sont bientôt remplis de malades et d'éclopés.

» Quand l'orage éclata, je suivais pédestrement ma pittoresque ambulance, à une heure et demie en arrière de la colonne, faisant sonder les berges dans l'ombre, et mettant à contribution les traînards, pour les faire pousser aux roues de mes prolonges souvent embourbées. L'orage fut terrible; le ciel était en feu; les éclairs nous éblouissaient au point de nous empêcher quelquefois d'avancer. Nous étions mouillés jusqu'aux os. La route n'était qu'une mare.

» Pourtant la colonne avançait toujours. Il fallut, à force de coups, faire prendre le trot à nos bœufs. Nous gagnons du chemin. Mais quelle lueur s'élève sur Rome? la ville éternelle serait-elle en feu! C'était l'illumination de Saint-Pierre. — A deux heures du matin, nous étions de retour au camp. »

Les statistiques officielles de l'état-major général portent aux chiffres suivants nos hommes mis hors de combat pendant le siége de Rome :

	1,004	blessés ou tués,
dont	162	tués sur place (7 officiers),
et	842	blessés (50 officiers).

Malgré tout notre respect pour les chiffres officiels, nous sommes bien obligé de dire que des hommes placés dans des conditions telles qu'ils ont pu apprécier avec rigueur, ne nous ont pas fourni un chiffre aussi modéré que celui de l'état-major.

Les défenseurs de la place, d'après un chirurgien romain qui occupe une position très-élevée dans la société et dans la science, n'auraient pas eu moins de 4,000 hommes mis hors de combat; ce chiffre nous paraît mériter toute confiance.

Telle est, très-honoré chef, la relation que nous avons pu tracer sur place, en nous aidant des détails fournis par tous ceux qui ont joué un rôle dans ces affaires. C'est bien peu de chose sans doute, surtout au point de vue scientifique; mais puisque personne n'a tendu la main pour récolter cette riche moisson, les épis laissés sur le champ ne seront au moins pas perdus pour le glaneur.

Félix Jacquot.

— L'assemblée générale annuelle de l'Association des médecins de Paris aura lieu dans le grand amphithéâtre de la Faculté, sous la présidence de M. Orfila, dimanche 27 janvier, à deux heures très-précises.

Cette assemblée a pour objet :

1° Le tirage au sort de la moitié de la commission générale et des suppléants qui doivent entrer en fonctions. (On n'admettra que ceux des sociétaires présents à l'assemblée qui déclareront accepter ces fonctions.)

2° Le compte rendu de l'année 1849 par le secrétaire-général.

3° L'élection d'un président et de deux vice-présidents.

que souffrance, je ne sais qu'un appareil qui puisse, en certains cas, les atténuer : c'est une ceinture bien faite, par exemple celle de Hull, modifiée et perfectionnée, ou toute autre. Cet appareil, que notre collègue M. Velpeau a recommandé avec juste raison, a l'avantage très-réel de soustraire l'utérus dévié à la pression des organes mobiles qui le surmontent; il ne corrige pas le déplacement, mais il s'oppose, selon toute apparence, à ce qu'il soit accru par le poids des viscères abdominaux pendant la marche ou la station. Au même titre, la ceinture de Hull perfectionnée me paraît très-utile dans les phlegmasies utérines chroniques ou subaiguës, en soustrayant l'utérus malade à des pressions et à une mobilité douloureuses, et elle est ainsi un auxiliaire recommandable de la médication que j'ai indiquée; elle a particulièrement le précieux avantage de rendre souvent inoffensif l'exercice à pied, qui me paraît, ainsi que je l'ai déjà dit, exercer une influence heureuse sur les résultats du traitement. Je n'ignore pas que ces ceintures ne sont pas toujours supportées, mais elles le sont dans la grande majorité des cas.

Je n'ai pas voulu compliquer l'exposé thérapeutique que vous venez d'entendre de l'examen d'une doctrine et d'un mode de traitement qui appartiennent à notre savant collègue M. Récamier et dont, au début même de la discussion, notre collègue M. Robert vous avait entretenus; il m'a semblé que pour la clarté de ce sujet il convenait d'en faire en quelque sorte un appendice.

Il y a quelques années, M. Récamier présuma que la surface interne de l'utérus pouvait être le siége d'un développement anormal de végétations, des règles abondantes irrégulières et prolongées chez quelques femmes, des avortements répétés chez quelques autres, et chez quelques-unes enfin des douleurs profondes accompagnées des malaises divers que j'ai précédemment indiqués comme résultant d'une phlegmasie utérine, catarrhale ou parenchymateuse. Ces différentes circonstances lui parurent être dans un grand nombre de cas la conséquence et le témoignage de productions morbides intra-utérines; c'est ainsi qu'il fut conduit à l'application d'un procédé opératoire qu'il vous a fait connaître.

Vous vous rappelez que ce procédé consiste à introduire dans la cavité utérine une curette métallique légèrement courbe et étroite et à détacher les végétations par un mouvement de rotation imprimé à l'instrument. Cette opération à laquelle notre collègue a donné le nom d'*abrasion*, répétée une ou deux fois à quelques jours d'intervalle, n'est cependant encore qu'un procédé préliminaire, elle est en effet suivie un peu plus tard d'une cautérisation intérieure, et celle-ci est exécutée à l'aide d'un porte-caustique chargé de nitrate d'argent solide, et qui, introduit dans la cavité utérine, est appliquée sur ses parois et en parcourt la surface.

Cette double opération a, selon notre collègue, suspendu ou supprimé les accidents pour lesquels elle avait été pratiquée. Ainsi les pertes ont été modérées ou arrêtées, aux avortements répétés ont succédé des grossesses heureuses, les souffrances et les malaises divers se sont apaisés ou ont disparu. A l'exemple de notre collègue, plusieurs jeunes chirurgiens ses élèves ont introduit ce procédé opératoire dans le traitement des affections utérines; il a été employé pour un autre objet il est vrai, dans un pays voisin où les innovations hardies sont généralement accueillies avec une certaine faveur, notre collègue M. Velpeau en a fait le sujet de quelques réflexions; enfin la curette de M. Récamier se vend aujourd'hui dans tous les magasins des fabricants d'instruments de chirurgie. Ces raisons et surtout le nom et l'autorité du savant collègue qui a eu la première idée de ce procédé opératoire, me justifieront, je l'espère, de le rappeler encore à votre attention.

Quelle est la nature des productions morbides signalées par M. Récamier? Notre collègue pense qu'elles sont tantôt granuleuses, tantôt érectiles, par conséquent vasculaires, mais étrangères à la structure propre de l'utérus.

Selon M. Robert, elles résulteraient d'une inflammation de la membrane muqueuse utérine et se composeraient des éléments hypertrophiés de cette membrane; elles seraient donc analogues aux granulations des autres membranes muqueuses et surtout des conjonctives, quand elles sont atteintes de phlegmasie chronique.

Vous savez que des végétations rouges d'un volume variable, mais en général restreint, pédiculées ou non, saignant au moindre contact, souvent même sans aucune provocation, peuvent se développer à la surface interne du col de l'utérus, et qu'il n'est pas rare alors que, se rapprochant par degré de l'orifice utéro-vaginal, elles l'entourent et y apparaissent. Ce sont des productions pathologiques évidemment vasculaires dont la présence provoque assez souvent des douleurs, un suintement muqueux et purulent, des règles exagérées, et dans leurs intervalles des écoulements sanguinolents irréguliers et parfois très-abondants.

Des végétations de ce genre peuvent sans aucun doute se développer à la surface interne de la cavité du corps de la matrice, en nombre plus ou moins considérable, et y provoquer, selon toute apparence, des douleurs analogues à celles qui se produisent dans la cavité du col. Est-ce à des productions morbides de cette nature que M. Récamier fait allusion, et auxquelles il a appliqué son procédé opératoire? Cela n'est pas probable, car les végétations vasculaires dont je viens de parler sont rares, et les cas qui ont réclamé l'intervention de notre collègue paraissent être fréquents. D'une autre part, il n'est pas non plus impossible que des granulations inflammatoires apparaissent sur la membrane muqueuse de l'utérus enflammé comme sur d'autres membranes du même genre; mais ces granulations, si nous en jugeons par celles qui nous sont bien connues, n'ont ni assez de saillie ni assez de résistance pour qu'on ait pu les extraire et les observer séparément, comme on assure l'avoir fait. Voyons au reste ce que l'expérience apprend à cet égard.

L'abrasion n'a presque jamais d'autre résultat que l'extraction de corps mous, pulpeux, d'un gris rosé, membraniformes et non granuleux, qui ne sauraient être considérés que comme des fragments ou des lambeaux de la membrane muqueuse de l'utérus. Et ce n'est pas seulement l'aspect qu'ils offrent à l'œil nu qui révèle leur origine et leur nature, c'est aussi l'examen microscopique qui permet d'y constater tous les éléments anatomiques de cette membrane; étalés d'ailleurs avec soin ou flottant dans un liquide, ces fragments muqueux ne présentent aucune des granulations indiquées.

Les abrasions pratiquées par M. Récamier, considérées dans leur résultat brut, si je puis ainsi dire, ne démontrent donc qu'une chose, c'est qu'à l'aide d'un instrument introduit dans la cavité utérine, il est possible de détacher des lambeaux de la membrane muqueuse qui la tapisse, mais elles ne démontrent ni la présence sur cette membrane de productions granuleuses ou érectiles, ni celles de granulations inflammatoires. Cependant l'extraction de ces parties membraneuses, n'implique-t-elle pas un boursouflement, un ramollissement, enfin un état pathologique quelconque de la membrane interne, qui en rendrait la séparation possible? L'observation clinique est trop incomplète pour qu'elle autorise à exprimer à cet égard une opinion positive, et les partisants de l'abrasion ne me semblent posséder encore aucun des éléments nécessaires pour répondre à cette question. En effet, le procédé opératoire de M. Récamier n'ayant été appliqué jusqu'à présent qu'à des femmes atteintes de quelque affection utérine, on a cru devoir en conclure que la possibilité d'extraire les productions membraneuses était la conséquence d'un état pathologique. Aucune tentative du même genre n'a été faite contradictoirement, que je sache, chez des femmes exemptes de toute affection utérine, et cependant l'étude des effets de l'abrasion tentée sur l'utérus à l'état normal ne serait pas sans intérêt pour l'éclaircissement de cette question. Je rappellerai en effet que la membrane muqueuse de l'utérus a la singulière faculté de s'exfolier, que des lambeaux s'en séparent spontanément chez quelques femmes pendant les éruptions menstruelles, et qu'on a pu la voir expulsée sous la forme d'un sac presque complet sans être accompagnée d'aucun élément organique accessoire qui pût faire penser qu'elle avait servi d'enveloppe à un produit de conception.

On voit, d'après ce court exposé, que les productions morbides qui ont été regardées comme les éléments essentiels des affections utérines et pour lesquelles l'abrasion et la cautérisation ont été proposées sont au moins problématiques. J'admettrai néanmoins pour un instant qu'elles soient réelles, une difficulté se présenterait encore. Ce procédé opératoire vaut bien qu'avant d'en faire l'application on en ait sérieusement reconnu la convenance ou même la nécessité. Or l'accomplissement de ce préliminaire indispensable ne s'appuie, que je sache, sur aucune notion décisive. D'une part, il ne ressort pas des communications que vous avez entendues qu'aucun désordre fonctionnel ayant la valeur d'un symptôme caractéristique indique la présence des productions morbides intra-utérines. D'une autre part, développées dans une cavité profondément située et dont les parois ont une épaisseur et une densité remarquables, ces productions doivent échapper à la vue et au toucher, par conséquent à nos recherches directes, les plus utiles et les plus probantes. Je sais qu'on a vanté l'emploi de sondes exploratrices comme un moyen précieux d'investigation dans ces cas; mais il suffit de songer au peu de volume et à la mollesse des corps dont il s'agirait de constater la présence et au peu de liberté dont l'instrument explorateur jouirait dans une cavité dont les parois sont résistantes et presque contiguës, pour juger de la valeur des signes qu'elles peuvent donner.

Si donc les altérations signalées par nos collègues sont encore douteuses, et s'il est vrai qu'en admettant la réalité de leur présence, celle-ci ne saurait être sûrement reconnue, que reste-t-il de la doctrine et de l'opération proposée par notre savant collègue? Il ne reste plus, ce me semble, que l'application empirique d'un procédé opératoire dont les effets méritent d'être étudiés. J'ai dit que, selon notre collègue, les accidents pour lesquels il l'avait employé avaient été suspendus, j'ai reçu la même assurance de quelques-uns de nos jeunes confrères qui y ont eu assez souvent recours, et enfin je sais que, chez une jeune femme sur laquelle l'abrasion et la

cautérisation ont été pratiquées en ma présence par notre éminent collègue, une grossesse heureuse a succédé à des avortements répétés. Cette dernière circonstance, qui se présente si souvent à l'observation des accoucheurs, et sans aucune intervention de notre art, doit-elle être considérée chez la jeune femme dont je viens de parler comme le résultat des opérations qu'elle a subies? Je crois qu'à cet égard le doute est au moins permis.

Mais si des résultats heureux ont été obtenus par le procédé opératoire de notre collègue, il ne faut pas oublier que nous devons à sa noble sincérité la connaissance d'échecs graves qui l'auraient suivi. Il est permis de conclure, de ce qui précède, que l'abrasion et la cautérisation de la cavité utérine, empiriquement appliquées jusqu'à présent ne prendront une place méritée dans la thérapeutique des affections utérines que quand leur adoption sera fondée sur des notions positives, et quand leur emploi sera soumis aux règles qui régissent l'application de tout procédé opératoire important, et qui n'est exempt ni de douleurs parfois très-vives ni de dangers.

Ici, messieurs, se termine la tâche que je m'étais donnée; je ne me dissimule pas les nombreuses et importantes lacunes que j'ai laissées en traitant le sujet étendu et difficile du mémoire de M. Baud. Mais l'Académie m'a déjà accordé une part assez grande du temps qu'elle doit à d'autres travaux, et j'aurais craint d'abuser de cette faveur si j'avais voulu remplir tous les *desiderata* de cette communication.

J'ai dit, en commençant, que je me proposais de ramener dans une voie réellement profitable une discussion qui me paraissait s'en être écartée, et appeler l'attention de l'Académie et du public médical sur celles des questions soulevées par le mémoire de M. Baud que je jugerais les plus importantes au point de vue de la science et de la pratique. Je m'estimerais heureux de n'avoir pas été trop au-dessous de l'œuvre que j'avais entreprise.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

EXAMEN PARTICULIER DU PLAN ET DE LA DIRECTION QU'IL CONVIENT DE DONNER AUJOURD'HUI A L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE; mémoire présenté à la Société de biologie par M. le docteur L.-A. SEGOND, secrétaire de la Société, bibliothécaire à l'École de médecine.

L'exposition générale de la méthode anatomique que j'ai faite à la *Société de biologie*, en juillet 1849 (1), comprend d'une manière succincte la systématisation des différentes parties du procédé anatomique. Bien que cette sommaire indication ait dû suffire aux esprits convenablement préparés, j'ai pensé néanmoins qu'à l'égard de certains points, je devais entrer dans plus de développement. L'importance qu'ont si naturellement acquise l'anatomie pathologique et l'anatomie comparée m'a décidé à faire un examen particulier de ces deux parties. Je commencerai par développer ce qui se rapporte à l'anatomie pathologique, réservant pour un prochain travail l'examen de l'anatomie comparée.

La biologie a reçu et doit recevoir de l'étude de l'état anormal assez de documents précieux pour qu'il soit indispensable de se demander si cette partie du procédé anatomique a rendu tous les services qu'on peut en tirer, et si la méthode qu'on y suit actuellement doit être considérée comme la plus philosophique. La réponse à ces questions va ressortir immédiatement d'un rapide examen des différentes phases qu'a présentées l'anatomie pathologique, ce qui me conduira à tracer, plus complétement que je n'ai dû le faire dans mon premier travail sur la méthode, le véritable plan de systématisation qui convient à cette partie fondamentale du procédé; car toute appréciation historique de ce genre doit fournir, d'après la connaissance des périodes diverses d'un mouvement intellectuel quelconque, la possibilité d'établir la filiation des points essentiels, afin de déterminer, en vue des plus grands progrès, la direction la plus sûre.

Le développement de l'anatomie pathologique, comme celui de l'anatomie normale, a commencé dans une haute antiquité par le seul emploi de l'observation directe. Il est même permis de penser que, par suite du point de vue technique qui domine au début toutes les sciences, on a dû, dans beaucoup de cas, étudier les anomalies avant l'état normal, à cause de leurs relations directes avec les maladies qui en dépendent. Néanmoins ce n'était qu'après un certain degré de perfection dans l'anatomie descriptive et générale qu'on pouvait acquérir sur les altérations des notions positives; aussi, tandis que de très-bonne heure on vit se dessiner la première ébauche d'une systématisation de l'anatomie normale, l'étude des altérations, au contraire, consista pendant longtemps en de simples collections de faits, et au dix-septième siècle même, à part quelques tentatives remarquables que je vais caractériser, on rencontre encore des *centuries d'observations rares, nouvelles, extraordinaires*, successivement présentées, sans aucun lien de coordination. Sans m'arrêter ici aux documents nombreux accumulés ici, soit dans l'antiquité, soit à partir de la reprise du mouvement scientifique après les grandes fondations du moyen âge, j'aborderai immédiatement l'examen des premiers recueils dans lesquels on a pour la première fois groupé les faits d'après une méthode déterminée.

Le traité publié en 1584 par Schenck peut être considéré à cet égard comme un type fort remarquable. Schenck, favorablement servi par les observations de Rembert, Dodoens, Donatus, Kentmann, Coïter, Eustachi, Colombo, Vesale, Benedetti, Benivieni, Mondini, etc., subordonna la collection des faits les plus connus à un ordre anatomique; mais, chose digne de remarque, au lieu de profiter des perfectionnements très-notables introduits dans la méthode anatomique, il imita dans l'anatomie pathologique la première ébauche du système de l'anatomie normale, c'est-à-dire qu'au lieu de la division de Vésale en os, muscles, nerfs, etc., il prit celle d'Aristote. Schenck étudie donc successivement les altérations de la tête, du thorax, du ventre et des membres. Ce même ordre, à part le luxe des matériaux et une meilleure coordination partielle, est suivi près d'un siècle plus tard (1679) dans le SEPULCHRETUM de Théophile Bonet; c'est encore cette méthode qui régit l'immortel ouvrage de Morgagni. Il est évident qu'un tel mode de coordination devait conduire aux mêmes confusions qu'on remarque dans les traités d'anatomie normale, où on décrit successivement les organes du *ventre supérieur*, du *ventre moyen* et du *ventre infime*. Les auteurs modernes d'anatomie pathologique n'ont pas manqué d'adresser, sur ce point, de graves reproches à ceux du dix-septième et dix-huitième siècle; mais j'espère démontrer que les opinions qui ont dirigé cette critique sont elles-mêmes fort condamnables, et si j'avais un reproche à faire à Schenck, à Bonet, à Morgagni, ce serait de ne pas avoir suivi un ordre assez anatomique, en ce sens que déjà du temps de Schenck, la méthode de l'anatomie normale avait subi d'importantes améliorations, et si, au lieu de l'ordre accepté par Schenck, Morgagni avait pris pour base les divisions de l'ouvrage de Vésale, il eût certainement, avec son talent éminent d'observation, constitué l'anatomie pathologique des organes et des appareils aussi pleinement qu'on pouvait le faire en 1762. Mais par le titre même de son ouvrage, Morgagni se trouve à l'abri d'une telle critique; il est même facile de concevoir que c'est dans l'étude des altérations par région qu'il devait trouver les bases du diagnostic différentiel.

Le second pas dans la méthode fut effectué en 1785 par Ludwig, dans une esquisse remarquable (1) qui mettait véritablement le plan de l'anatomie pathologique à la hauteur de celui de l'anatomie normale. Ce perfectionnement aurait pu certainement exercer une influence sérieuse sur l'étude des altérations; mais le point de vue médical tendait de plus en plus à isoler cette partie de l'anatomie, et nous verrons que, même après l'importante conception générale de Bichat, une scission complète a pu s'opérer entre l'anatomie normale et l'anatomie pathologique. Ludwig, dans ses PRIMÆ LINEÆ, range nettement l'étude des altérations suivant les divisions en os, périoste et ligaments, muscles, vaisseaux, nerfs, glandes et viscères. L'exemple le plus caractéristique de l'exécution de ce plan nous est offert par le traité de Conradi publié en 1796.

Enfin Bichat, dans son exposition analytique des éléments, des tissus et des systèmes, apporta les éléments fondamentaux d'une complète systématisation. L'importance de la question et le juste intérêt qui s'attache aux œuvres de ce beau génie des temps modernes me décident à analyser ici quelques points du TRAITÉ DES MEMBRANES, dans lequel on assiste en quelque sorte à l'évolution des idées qu'on trouve développées plus tard dans l'introduction à l'anatomie générale.

Bichat, étudiant comparativement les membranes au point de vue anatomique, physiologique et pathologique, pose, relativement aux membranes muqueuses, une question très-caractéristique: « Pourquoi les polypes, espèce d'affection propre aux membranes muqueuses, ne naissent-ils presque qu'à l'origine de ces membranes, dans le voisinage de la peau, comme dans le nez, le pharynx, le vagin, etc., et non dans leurs portions profondes, comme dans l'estomac, les intestins, etc.? Cela tient-il à la texture particulière qui caractérise, comme je l'ai démontré, les membranes muqueuses dans le voisinage des endroits où elles naissent de la peau....? » Dans l'article suivant, l'analogie des adhérences qui résultent de l'inflammation, et celles de la réunion des plaies par première intention, lui fait poser cette nouvelle question: « Si l'identité des phénomènes est reconnue, ne dépend-elle pas de l'identité de structure des membranes séreuses et du tissu cellulaire, agent essentiel de la réunion et de la suppuration des plaies? » Puis, au sujet des membranes fibreuses, on assiste à la souffrance de ces

(1) Voir la GAZETTE MÉDICALE DE PARIS, année 1849, n°s 31 et 32.

(1) PRIMÆ LINEÆ ANATOMIÆ PATHOLOGICÆ. — Lips., 1785.

prit logique de Bichat qui, privé de moyens suffisants d'observation et établissant entre la texture des fibreuses et des séreuses une différence trop profonde, s'efforce de montrer qu'il doit y avoir entre les affections de ces membranes une diversité tout aussi prononcée. Mais quand il arrive à saisir l'analogie de texture entre l'arachnoïde et les séreuses, ce ne sont plus des questions qu'il se pose, encore moins des doutes; car l'identité des affections morbides y est posée à titre de démonstration anatomique. Dès ce moment on peut considérer les convictions de Bichat comme irrévocables. Un tissu a des éléments, des propriétés et des modes d'altération qui lui sont propres : l'identité des tissus fait prévoir l'identité des altérations et les explique; l'identité des altérations démontre l'analogie des tissus. C'est de là que devait naturellement surgir la plus importante base pour la systématisation de l'anatomie pathologique, et nous la trouvons posée dans les considérations qui précèdent le Traité d'anatomie générale : « Je divise en deux grandes parties l'anatomie pathologique : la première renferme l'histoire des altérations communes à chaque système, quel que soit l'organe à la structure duquel il concourt, quelle que soit la région qu'il occupe. » La seconde partie comprend « l'examen des maladies propres à chaque région. »

Pour rendre pleinement justice à Bichat, il ne faut considérer que la division fondamentale et ne pas considérer les imperfections du détail comme le résultat de la méthode qu'il a employée. Certainement Bichat n'est pas à un point de vue assez général en prenant les systèmes pour point de départ, et dans l'examen par région, on ne trouve pas la pathologie des appareils, outre une grande confusion dans la pathologie des organes. Néanmoins, en joignant au programme de Ludwig le préliminaire de la pathologie des systèmes, on avait les principales bases d'un plan d'anatomie pathologique, d'après lequel quelques auteurs, et particulièrement Voigstel, exécutèrent des ouvrages. Mais la tombe de Bichat s'était à peine fermée, que déjà certains esprits, éblouis par les progrès que l'anatomie pathologique avait suscités dans les doctrines médicales, pensèrent qu'il y avait urgence à isoler l'anatomie pathologique et à la constituer à part, avec une méthode et des procédés particuliers. Il serait à la fois juste et facile de diriger contre les organes d'un tel mouvement une sévère critique, si l'un des promoteurs les plus influents n'en avait reconnu lui-même les imperfections avec une remarquable bonne foi.

Voici ce qu'on rencontre dans l'article *Anatomie pathologique*, du Dictionnaire des sciences médicales :

« Toutes les altérations organiques, dit Laënnec, me paraissent pouvoir être divisées en quatre grandes classes, savoir :

» 1° Les *altérations de nutrition*, les plus simples de toutes, puisqu'elles ne consistent que dans l'*hypertrophie* (accroissement de nutrition), ou dans l'*atrophie* (diminution ou privation de nutrition) d'un organe ou de quelqu'une de ses parties constituantes;

» 2° Les *altérations de forme et de position* : elles comprennent principalement les luxations et les hernies;

» 3° Les *altérations de texture*, produites par un agent extérieur ou par le développement intérieur d'un corps étranger organisé;

» 4° Les corps étrangers animés, ou les vers et les insectes qui naissent et peuvent vivre dans le corps humain. »

Cette classification est immédiatement suivie des remarques suivantes :

« Quoique tous les modes de lésion organique puissent être rangés dans ces quatre classes, cependant on ne peut nier que, pour y parvenir, on ne soit quelquefois obligé de faire des rapprochements un peu forcés, ou de placer dans une division ce qui, sous certain rapport, appartiendrait également à une autre. D'un autre côté, les *altérations de forme et de position*, et même celles de *nutrition*, n'offrent pas entre elles assez d'analogie pour qu'il puisse résulter rien de bien utile de leur réunion systématique. Leurs rapports avec les autres affections des organes auxquels elles appartiennent sont d'un intérêt beaucoup plus grand, surtout sous le rapport de la médecine pratique............ Aussi, pour l'exposition des lésions comprises dans les deux premières classes, la méthode suivie par Morgagni, et qui consiste à examiner successivement toutes les altérations de chaque organe, me semble encore la meilleure. »

Après de tels aveux, il est inutile de réfuter une classification dont la fondation fut, comme on le sait, très-vivement revendiquée par Dupuytren et Laënnec.

On peut dire, à l'égard des deux dernières classes, qu'il n'est pas douteux qu'un esprit aussi judicieux que Laënnec n'aurait pas fait difficulté d'accepter entièrement la méthode anatomique s'il avait eu devant lui le tableau d'une systématisation complète de la biologie. Je ferai sentir plus loin, en rattachant l'anatomie pathologique à l'anatomie normale, que les généralités qui se rapportent aux altérations de texture produites par des agents extérieurs sont d'un ordre très-complexe et se trouvent naturellement placées dans l'étude des modifications organiques subies par l'individu considéré dans ses rapports avec le monde extérieur.

Pour terminer l'examen de ce mouvement dont il est inutile d'envisager ici toutes les directions, je me contenterai de fixer l'attention sur le dernier traité d'anatomie pathologique publié en France, dans lequel on trouve la représentation fidèle de l'état actuel de cette partie de la biologie.

Je suis persuadé que les esprits sérieux qui me suivent dans mon travail comprennent que je suis essentiellement dirigé par un pur sentiment historique; aussi, dans mes appréciations sur les ouvrages actuels, serait-il injuste de me supposer les plus légères passions personnelles. Du reste, ma critique n'est point négative, elle aboutit à une construction, je fournirai donc matière à un libre examen réciproque.

Le Traité d'anatomie pathologique de M. Cruveilhier est le plus bel exemple du résultat final de cette scission complète entre l'anatomie normale et l'anatomie anormale insensiblement opérée par la considération soutenue des applications techniques. Ce traité doit comprendre :

1° L'anatomie pathologique générale;

2° L'anatomie pathologique appliquée;

3° L'anatomie pathologique topographique.

La première partie, seule publiée jusqu'à ce jour, va suffire au présent examen, car elle contient les principes généraux de l'étude des altérations.

Plus conséquent que Dupuytren et Laënnec, M. Cruveilhier se dégage entièrement de la base anatomique, et cherche dans l'étude même des altérations les principes d'une classification; et il arrive à pouvoir coordonner les cas pathologiques comme de véritables especes zoologiques, en classes, sous-classes, ordres, sous-ordres, genres et espèces. Certes, on doit aussi bien chercher, dans les classifications, à imiter les zoologistes, qu'à imiter les chimistes dans la nomenclature et les physiciens dans l'expérimentation, mais on peut assurer que, dans le cas présent, une aussi louable imitation a mal servi aux fondements des généralités de l'anatomie pathologique.

En effet, en prenant quelques exemples dans les 17 classes de M. Cruveilhier, nous allons facilement montrer les vices d'une telle coordination.

Il n'est pas contestable que les dénominations dont se sert M. Cruveilhier peuvent donner lieu à des généralités, mais il faut s'entendre sur le degré de généralité. Les principes de la chimie sont moins généraux et plus complexes que ceux de la physique, ceux de l'astronomie sont dans le même cas à l'égard des principes de la mathématique, et pour prendre un exemple parallèle à la question qui m'occupe, les principes généraux tirés de la considération des organes et des appareils sont d'un ordre moins général et plus complexe que ceux qu'on retire de la considération des éléments anatomiques, des tissus et des systèmes. Or il s'agit de savoir si les idées générales qui ressortent de l'étude comparative des *solutions de continuité*, des *adhésions*, des *déplacements*, peuvent servir à baser les principes les plus généraux et les moins complexes de l'anatomie pathologique, évidemment cela ne peut se soutenir. Quelle idée à la fois générale et simple fera-t-on surgir dans la comparaison entre la solution de continuité d'un os et celle d'une artère (*genre des ruptures*), entre l'adhésion du tissu cellulaire et une ankylose (*deuxième ordre des adhésions*), entre une luxation du fémur, un prolapsus utérin et un encéphalocèle (*groupe des déplacements*)? Les mots *solutions de continuité, adhésions, déplacements*, représentent des abstractions sous lesquelles on peut grouper les choses les plus disparates. J'indiquerai plus bas à quel ordre appartiennent les généralités sur les solutions de continuité, les adhésions, etc., mais à coup sûr personne ne peut espérer de rencontrer dans une pareille classification les principes *simples* de l'anatomie pathologique *générale*. Comment apprécier les phénomènes de la solution de continuité la moins compliquée, si on ne possède pas sur les tissus au milieu desquels ils se passent des notions d'anatomie normale et pathologique? La méprise est si évidente que je puis me dispenser de pousser plus loin cet examen. Mais qu'on ne s'y trompe pas, cette critique n'aboutit pas à la réprobation définitive de l'ouvrage que j'examine. Elle en change seulement le titre, et je suis le premier à déclarer que le livre de M. Cruveilhier sera d'un grand secours à ceux qui, après avoir étudié les altérations suivant les *éléments*, les *tissus*, les *systèmes*, les *organes* et les *appareils* arriveront à considérer l'organisme, au point de vue statique, dans la partie de la biologie qui doit traiter des rapports de l'homme avec les milieux.

Pour saisir dans son ensemble la véritable systématisation de l'anatomie pathologique, il est nécessaire de rappeler ici un point essentiel de la méthode anatomique. En exposant le plan de la partie de la biologie que M. de Blainville appelle *science des milieux*, j'ai indiqué une rectification importante dans la marche suivie jusqu'à ce jour pour la coordination des faits. M. de Blainville étudie les modifications subies par l'homme dans ses rapports avec le monde extérieur, au commencement de la physiologie; plusieurs auteurs ont suivi son exemple en plaçant en tête de leurs ouvrages des généralités sur ces mêmes modifications. Pour montrer ce qu'il y a d'irrationnel dans une telle marche, il suffit d'observer qu'on prétend saisir un

rapport avant d'en connaître les termes. Il est évident que pour comprendre les phénomènes réciproques entre un milieu et un appareil d'organes quelconque, il est tout aussi indispensable de comprendre la dynamique de cet appareil que de connaître le milieu lui-même ; il ne peut donc pas y avoir de doute à cet égard. Le monde extérieur étant connu, il faut préalablement prendre sur l'homme des notions subjectives aussi étendues que possible avant d'arriver à l'appréciation des influences réciproques entre l'homme et le monde. Il y a donc, comme je l'ai dit, une anatomie et une physiologie subjective qui précède une anatomie et une physiologie objective dans laquelle on considère l'homme dans ses rapports cosmologiques. Ce nouveau développement va actuellement nous permettre de compléter le plan de l'anatomie pathologique.

Outre les procédés fournis par l'observation directe et la comparaison, l'anatomie pathologique, à titre de moyen expérimental, prend place à côté de l'anatomie normale, la suit dans sa marche et devient ainsi un complément essentiel de l'histoire des éléments, des tissus, des systèmes, des organes et des appareils ; l'état normal explique l'état anormal, et l'état pathologique complète la notion de l'état normal. Si l'on ne faisait que l'anatomie subjective, on se verrait dans l'impossibilité de systématiser toutes les lésions venant de l'extérieur, lésions plus complexes, moins générales, portant sur plusieurs éléments, tissus et systèmes, sur plusieurs organes et appareils. Or tous ces cas viennent naturellement prendre place dans la partie statique de la science des milieux. On voit donc que les véritables perfectionnements à opérer, après Morgagni, Ludwig et Bichat, consistent, pour la partie générale fondamentale, à étendre l'analyse des altérations aux éléments, aux tissus et aux systèmes ; et, pour l'anatomie pathologique des organes et des appareils, à suivre le plan basé sur le degré de généralité et d'indépendance réciproque dont j'ai moi-même exposé l'ensemble dans mon premier travail ; enfin à coordonner, dans la partie anatomique de la science des rapports, toutes les lésions plus complexes se rattachant aux influence extérieures normales ou accidentelles. Telle est la seule marche que je considère aujourd'hui comme la plus progressive à cause du véritable rôle actuel de l'anatomie pathologique qui est d'éclairer l'étude de l'homme dans l'ensemble du point de vue statique, proposition qu'il me reste à développer pour terminer ce travail.

La subordination de l'anatomie pathologique à l'art de guérir s'est naturellement établie dès les premières époques de la culture de ce procédé anatomique, et si la considération pratique a mis des entraves à son essor, il faut également reconnaître que la pathologie en a retiré d'immenses avantages. Soit qu'on étudie l'anatomie pathologique au quinzième, seizième et dix-septième siècle, soit qu'on l'étudie au siècle dernier et de nos jours, on ne peut se dissimuler que les résultats positifs n'ont jamais été en rapport avec l'abondance des matériaux accumulés. Cet état de chose tient essentiellement à la prolongation d'une influence qui pendant un certain temps a été progressive, mais qui tend aujourd'hui à paralyser les impulsions générales de l'étude des altérations. Il est, en effet, tout naturel qu'on a dû d'abord étudier les altérations d'un organe en vue d'éclairer sa maladie ; et les admirables conquêtes opérées ainsi par l'esprit positif sur le domaine imaginaire de la métaphysique médicale, nous font justement apprécier une telle direction. Mais personne ne saurait contester que le développement de l'anatomie pathologique comme de toute la biologie ne peut s'effectuer aujourd'hui qu'à la faveur d'un libre essor scientifique, abstraction faite du point de vue de l'art ; et pour citer deux exemples remarquables relatifs à l'anatomie anormale des organes et des appareils, je signalerai les beaux résultats obtenus dans l'étude des *monstres* et des *difformités* qui, à raison de la direction vraiment philosophique de Geoffroy-Saint-Hilaire et de M. Jules Guérin, peuvent rentrer aujourd'hui, à titre d'expérimentation positive, dans le vrai domaine de la biologie.

L'avortement inévitable de toutes les doctrines médicales aurait dû faire énergiquement sentir que tout système de pathologie sera prématuré tant que la science de l'état normal ne sera pas solidement constituée dans toutes les parties. Or puisque l'anatomie pathologique est un procédé excellent d'expérimentation pourquoi l'appliquer préalablement à la pathologie, puisque celle-ci dépend de la science de l'état normal, à laquelle précisément l'anatomie pathologique peut porter les plus grands secours. Il y a là un déplacement de force qui nuit à la fois à l'anatomie normale, à l'anatomie pathologique et à la pathologie elle-même. Le seul moyen d'activer le mouvement de toutes ces parties, c'est d'appliquer d'abord l'anatomie pathologique à la démonstration de l'anatomie normale pour préparer enfin un terrain solide aux doctrines médicales.

Ces réflexions me conduisent à signaler ici un vice de direction du même genre dans une partie de la biologie cultivée aujourd'hui sous la dénomination de *physiologie pathologique*. On peut également reprocher à ceux qui s'en sont le plus occupés d'avoir trop détaché cette étude de la physiologie normale dont elle est une suite et de l'avoir trop prématurément appliquée à la démonstration des problèmes de pathologie. Si l'éminent fondateur de la *médecine physiologique* n'est pas arrivé à systématiser l'ensemble de la pathologie, s'il n'a pu en embrasser qu'une partie, on doit peut-être en chercher l'explication dans cette culture isolée de l'anatomie et de la physiologie pathologique.

Sans prolonger davantage cet examen particulier, je me crois autorisé à conclure que toute tendance à cultiver à part l'anatomie pathologique doit être considérée aujourd'hui comme prématurée. La notion de l'état anormal dépend de celle de l'état normal ; l'anatomie pathologique doit donc accepter la direction et la méthode de l'anatomie normale, en vue des plus grands bienfaits à opérer dans l'art médical. Ni la physiologie à peine ébauchée, ni la pathologie qui est à faire, ni l'étude incomplète des altérations, ne peuvent fournir les bases d'une classification. Au contraire, l'anatomie pathologique, rattachée à l'anatomie régulière à titre de procédé expérimental contribuera indirectement aux progrès véritables de la pathologie. Mais cette appréciation générale ne saurait être considérée comme une protestation définitive contre la culture isolée de l'anatomie pathologique, et je pense que lorsque la science de l'état normal sera constituée sur de solides fondements, une systématisation particulière de l'anatomie pathologique humaine et comparée, ainsi que l'ont judicieusement envisagée Otto et M. Rayer, deviendra la base directe de la pathologie ; mais en attendant toutes les jeunes intelligences doivent concourir à l'établissement préalable de la biologie.

PATHOLOGIE SPÉCIALE.

OBSERVATIONS D'HYDRARGYRIE CHEZ DES ENFANTS ; par C. Baron, médecin des hôpitaux.

(Suite et fin. — Voir le n° 2.)

Les observations rapportées dans un précédent article prouvent que l'hydrargyrie peut affecter les enfants, au moins ceux de la seconde enfance, et n'est pas particulière aux adultes, ainsi que le pensaient les premiers auteurs qui ont décrit la maladie (1). On serait même tenté de croire que les enfants contractent cette affection plus facilement que les adultes. En effet, les médecins qui ont employé l'application de l'onguent mercuriel, chez les varioleux adultes, n'ont eu que de très-rares occasions d'observer l'hydrargyrie, par suite de cette application. Ainsi, M. Gariel (2) et M. Nonat (3) n'en ont point rencontré ; et cependant les malades observés par ce dernier conservaient ordinairement l'emplâtre de Vigo plus longtemps que les miens ne conservaient la pommade mercurielle. M. Briquet (4) n'en a observé que 3 cas sur près de quarante expérimentations, tandis que sur 14 cas dans lesquels j'ai vu employer les onctions mercurielles sur la face, dans les mêmes circonstances, j'ai rencontré 3 exemples certains d'hydrargyrie et peut-être 5, si l'on regarde comme tels les cas douteux dont je donne plus loin l'histoire, à l'occasion du diagnostic de l'éruption mercurielle avec la rougeole. Il est vrai que la quantité de pommade employée, chez nos enfants, était parfois assez considérable, parce que, chez quelques-uns, on fut obligé de renouveler l'onction plusieurs fois par jour, tandis que l'emplâtre de Vigo, une fois appliqué, reste ordinairement sans être changé jusqu'au moment où l'on suspend l'usage de ce moyen abortif ; de sorte que, par ce dernier moyen, une quantité de mercure beaucoup moindre est employée. On pourrait donc être tenté de supposer que cette différence dans la quantité de mercure employée chez les enfants et chez les adultes est la cause de celle que je viens de signaler entre les uns et les autres, relativement à la facilité avec laquelle ils contractent la maladie. Mais c'est de l'emplâtre de Vigo que se sont servis MM. Rilliet et Barthez, et ils ont observé quatre fois l'hydrargyrie après la variole, quoiqu'ils n'aient vu, disent-ils, employer l'emplâtre que chez un petit nombre de sujets.

L'emploi des frictions mercurielles dans des maladies autres que la variole semble aussi prouver que l'hydrargyrie se développe plus facilement chez les enfants que chez les adultes. Ainsi M. Nonat, qui m'a dit n'avoir

(1) *From every inquiry I have made on the subject, the complaint seems confined to adults.* Alley, *loc. cit.*

Cependant M. Rayer dit que Alley a observé trois cas d'hydrargyrie chez des enfants ; c'est sans doute dans la seconde édition de cet auteur, parue en 1810 à Londres, qu'il est question de ces trois cas ; je n'ai pu me la procurer. Alley n'avait probablement pas encore observé la maladie chez les enfants à l'époque de sa première édition.

(2) Thèse inaug. Paris, 1837, n° 479.

(3) Mém. sur l'emploi de l'emplatre de vigo cum mercurio dans la variole. (Gaz. méd. de Paris.)

(4) *Loc. cit.*

jamais rencontré l'hydrargyrie chez des adultes, en a observé un exemple chez un enfant affecté de croup et traité par le calomel et les frictions mercurielles. L'une des observations que je rapporte précédemment est aussi celle d'un enfant traité par le calomel et les frictions mercurielles, et je ne me rappelle pas avoir rencontré l'hydrargyrie chez des adultes soumis au même traitement. Il n'est aucun médecin qui n'emploie les frictions mercurielles chez un grand nombre de sujets adultes, et cependant l'hydrargyrie est une maladie rare. M. Lagneau (1), il est vrai, dit que l'érysipèle, et surtout celui de la face, survient quelquefois pendant l'administration du traitement mercuriel, occasionné sympathiquement par l'action du mercure sur le tube digestif, mais il y a loin de là à l'éruption générale dont nous nous occupons, et qui même, nous le dirons, est le plus ordinairement le résultat de l'absorption du mercure par la peau. Cullerier et Bard (2) parlent aussi d'une éruption mercurielle, mais c'est d'une éruption développée au point de contact de l'onguent mercuriel et non de l'hydrargyrie que que nous décrivons, car il est précisément indiqué dans l'une des observations précédentes que l'éruption était moins apparente à l'endroit où les frictions avaient été opérées qu'à toutes les autres régions du corps; et l'on se rappelle, d'ailleurs, que, chez les sujets dont l'histoire précède, l'éruption était générale, quoique l'onguent mercuriel n'eût été appliqué que dans une région limitée de la surface cutanée. Enfin M. Bayer, que ses travaux sur les maladies de la peau plaçaient dans des conditions favorables pour observer l'hydrargyrie, n'en avait cependant encore rencontré que 3 cas lorsqu'il la fit connaître en France (3).

Il est donc permis de croire que cette affection se développe aussi facilement chez les enfants que chez les adultes, et peut-être même que son développement, ainsi que celui de la plupart des autres éruptions, est plus facile chez les premiers que chez les seconds.

Les faits que j'ai observés s'accordent avec l'opinion d'Alley, relativement à l'influence du sexe sur le développement de l'hydrargyrie. A l'exception d'un cas, je n'ai rencontré l'hydrargyrie que chez des garçons; et cependant j'ai vu traiter sept filles varioleuses par les onctions mercurielles; tandis que sur le même nombre de garçons varioleux soumis à ce traitement, deux au moins et quatre, si l'on admet comme des exemples d'hydrargyrie les deux observations d'un diagnostic douteux que l'on trouvera plus loin, ont été atteints de l'éruption mercurielle. De même, j'ai vu employer les frictions mercurielles, chez un assez grand nombre d'enfants des deux sexes, dans d'autres maladies que la variole, et je n'ai, dans ces circonstances, rencontré l'hydrargyrie que chez le jeune garçon dont j'ai précédemment donné l'histoire. Nous sommes donc autorisés à conclure que, pour la seconde enfance au moins, comme on l'a remarqué pour les adultes, l'hydrargyrie est plus fréquente chez les individus du sexe masculin que chez ceux du sexe féminin.

Mes observations s'accordent aussi avec celles des auteurs, et en particulier d'Alley, sur le mode d'administration par lequel le mercure est le plus propre à produire l'hydrargyrie. Suivant eux, cette affection est le plus souvent due à l'absorption du mercure par la peau; et, en effet, chez tous les sujets que j'ai observés, la maladie était la conséquence de l'application de l'onguent mercuriel à la surface de cette membrane.

Cette voie d'introduction du mercure dans l'économie n'est pas également puissante, dans toutes les circonstances, sur la production de l'hydrargyrie. Ainsi, il semble que l'application de la pommade mercurielle, chez les varioleux, détermine plus facilement cette affection que les frictions faites avec cette pommade à la surface de la peau saine. En effet, dans les trois cas d'hydrargyrie à la suite de variole rapportés précédemment, la pommade ne resta appliquée que pendant quatre et six jours, tandis que, chez le sujet affecté d'hépatite et traité par les frictions mercurielles, ces frictions furent continuées pendant sept jours avant que l'hydrargyrie se manifestât. D'ailleurs, ce dernier est le seul sujet non varioleux chez lequel j'ai rencontré l'hydrargyrie, tandis que j'ai observé plusieurs cas de cette maladie chez des varioleux; et cependant j'ai vu bien moins souvent employer les onctions mercurielles dans la variole que dans d'autres affections La différence que je viens de signaler tient-elle à ce que la variole rend l'absorption cutanée plus active, ou à ce qu'elle dispose la peau à contracter plus facilement la maladie?

Chez les jeunes varioleux, l'éruption mercurielle ressembla à la rougeole, ainsi que celle que M. Briquet (4) avait observée chez ses malades. Chez l'enfant qui fut traité par les frictions mercurielles à la région du foie, les plaques rouges furent généralement plus larges que chez les autres. Dans deux cas, l'apparition des plaques fut précédée d'un pointillé semblable à celui que l'on voit au début de la scarlatine; dans un autre, d'une multitude de papules et de petites vésicules dont la juxta-position forma les plaques. Dans deux cas, il n'y eut pas de desquammation; dans un troisième, elle se présenta sous l'aspect de débris de vésicules; dans un autre, elle s'opéra par larges lamelles: c'était chez le sujet traité par les frictions mercurielles pour une hépatite, et chez lequel les plaques rouges avaient été plus larges que celles de la rougeole. Dans les deux cas où il y eut de la desquammation, elle commença avant la complète disparition de la rougeur, et elle dura beaucoup moins longtemps qu'on ne le voit dans la scarlatine.

C'est à la paroi abdominale que l'éruption était ordinairement le plus marquée; dans un cas même, les plaques rouges ne se manifestèrent qu'à cette région; dans un autre, elles étaient aussi fort nombreuses à la partie supérieure et interne des cuisses; la face, au contraire, fut exempte de plaques, chez deux sujets.

Aucun malade n'éprouva de prurit, de cuisson ou d'autre sensation désagréable à la peau.

Le seul symptôme de réaction sympathique qui parut lié à l'éruption fut la fièvre; encore manqua-t-elle dans un cas; dans les trois autres, elle fut fort légère et débuta la veille de l'apparition de la rougeur, pour céder le lendemain de cette apparition, chez un sujet; chez les deux autres, elle se prolongea un peu au delà; mais, chez l'un de ceux-ci, elle était due principalement à un phlegmon; chez l'autre, elle dépendait d'une pleurésie qui s'était développée, liaison d'autant plus probable que, chez le même malade, deux récidives d'hydrargyrie qui survinrent bientôt furent complétement apyrétiques.

Il est digne de remarque que, dans aucun cas, l'hydrargyrie ne fut accompagnée de ptyalisme ni de stomatite, quoique, chez les varioleux, il y eût eu, quelques jours auparavant, un développement de pustules à l'arrière-bouche, condition que l'on aurait pu croire favorable au développement consécutif de la stomatite. L'absorption du mercure ne se traduisait donc encore que par une seule maladie.

Quoiqu'une pleurésie ait été observée, chez un malade, et une affection de Bright chez un autre, on peut regarder les cas que je viens de rapporter comme des exemples d'hydrargyrie bénigne, *the mild*, de Alley. En effet, cette pleurésie était sans doute aussi indépendante de l'affection mercurielle que la tuberculisation, qui parut indiquée un peu plus tard, chez le même malade, par plusieurs symptômes, et avec laquelle l'inflammation de la plèvre avait probablement plus de rapport. Quant à l'affection de Bright, j'ai dit précédemment qu'elle n'était probablement pas le résultat de l'hydrargyrie.

Dans un seul cas, chez le malade traité par les frictions mercurielles pour une hépatite, l'hydrargyrie se développa pendant la durée même de l'emploi de cette thérapeutique. Chez les varioleux, il y eut un intervalle entre la cessation de l'application de la pommade et le début de l'hydrargyrie, une période d'incubation dont la durée fut de trois à dix jours. Cette éruption ne se manifesta chez eux, ainsi que chez les malades de M. Briquet, qu'après la dessiccation des pustules.

L'espace de temps compris entre le commencement de l'application mercurielle et le début de l'hydrargyrie varia entre sept et quatorze jours; c'est chez les sujets des première et quatrième observations qu'il fut le plus court; c'était aussi chez ces deux sujets que la quantité de pommade appliquée avait été le plus considérable.

L'éruption dura de trois jours et demi à six jours.

La cessation des frictions mercurielles, chez le malade de la quatrième observation; la limonade ou la tisane de mauve; une simple diminution des aliments lorsqu'il n'y avait pas de fièvre; la diète lorsque ce symptôme existait: tel fut tout le traitement mis en usage.

On a vu, dans les observations précédentes, que l'hydrargyrie pouvait offrir de l'analogie avec la scarlatine, la roséole, la miliaire, la rougeole, et même la réunion des caractères de plusieurs de ces exanthèmes, nous a servi, dans un cas, à établir le diagnostic; mais, ainsi que je l'ai déjà dit, c'est à la rougeole que l'hydrargyrie ressemblait davantage. Cependant la largeur généralement un peu plus grande des plaques, leur moindre saillie, le pointillé qui les précédait dans deux cas, les papules et les vésicules dans un autre, la desquammation plus apparente et plus prolongée chez deux sujets; chez tous, l'absence ou la très-faible intensité des symptômes concomitants à peu près inséparables de la rougeole, tels que la toux, le mal de gorge, la rougeur de l'isthme du gosier, l'éternuement, le larmoiement et l'injection des conjonctives, la fièvre; l'absence ou la courte durée et l'existence à peine appréciable de symptômes précurseurs, la moindre apparence ou l'absence de l'éruption à la face, et enfin la connaissance de l'application mercurielle qui avait été faite, et dont la suppression, dans un cas, suspendit à plusieurs reprises l'éruption qui, au contraire, se renouvelait lorsque l'on revenait à l'emploi de la pommade, telles sont les données qui servirent à distinguer l'hydrargyrie de la rougeole.

Ce diagnostic différentiel peut être néanmoins assez difficile; les observations suivantes vont le prouver.

(1) Traité des malad. syphil., t. II, 1828.
(2) Art. Mercure in Dict. des sc. méd.
(3) *Loc. cit.*
(4) *Loc. cit.*

VARIOLE DISCRÈTE; HYDRARGYRIE ET ROUGEOLE.

OBS. V. — Ricoua, âgé de 6 ans, entre à l'hôpital le 16 mars 1840. Cet enfant, sur les antécédents duquel il est impossible d'avoir des renseignements, arrive dans l'état suivant :

Très-légère chaleur à la peau; 76 pulsations. La surface du corps est parsemée de boutons de variole, la plupart déjà ombiliqués, assez distants les uns des autres. On n'aperçoit pas de traces de vaccine. Quelques vésicules grisâtres au voile du palais; langue un peu rouge à son pourtour.

Le 17, les boutons de la face sont à l'état purulent. De nouveaux boutons se développent encore à la paroi abdominale. (Mauve édulc.; cataplasmes sinapisés sur les membres inférieurs; enduire la face de pommade mercurielle.)

Le 19, le volume des pustules de la face augmente; celles du reste du corps sont un peu moins avancées. (On enlève la pommade mercurielle.)

Le 21, les pustules de la face commencent à se dessécher; 68 pulsations.

Le 24, dessiccation presque complète partout. (Une port. d'alim.)

Le 28, presque toutes les régions du corps présentent des plaques semblables à celles de la rougeole. Légère accélération du pouls; un peu de toux.

Le 30, la fièvre a cessé.

Le 31, l'éruption commence à disparaître au tronc; aux membres, elle est encore assez apparente. *Je cesse alors d'observer le malade.*

Cette éruption est probablement une rougeole. Les plaques qui la constituent sont semblables à celles de cet exanthème, et les frictions mercurielles qui ont précédé son développement n'ont été pratiquées que pendant deux jours, court espace de temps qui donne peu de probabilité à la possibilité d'une hydrargyrie consécutive, et cependant cette maladie se développe peu de temps après l'application de la pommade mercurielle, comme chez les varioleux dont j'ai rapporté l'histoire. L'éruption débute sans prodromes; la fièvre et la toux sont les seuls symptômes qui l'accompagnent, et sont très-légères. Si le sujet n'eût pas été enlevé à notre observation avant la fin de la maladie, le diagnostic aurait peut-être perdu son obscurité; l'existence ou l'absence de la desquammation, par exemple, eussent contribué à l'éclairer. On inclina toutefois à penser qu'il s'agissait d'une rougeole, mais non sans quelque incertitude.

L'application de la pommade mercurielle fut impuissante à déterminer l'avortement des boutons varioliques, parce qu'elle fut employée trop tard; aussi on y renonça aussitôt que l'on s'aperçut qu'elle était inutile, et plus tôt que chez les autres malades.

L'observation suivante offre encore un exemple de diagnostic difficile.

VARIOLE; ROUGEOLE OU HYDRARGYRIE; PLEURÉSIE DOUBLE.

OBS. VI. — Pierre-Théodore, âgé de 10 ans, entre à l'hôpital le 1er octobre 1839.

Il n'a pas été vacciné, et n'a encore eu d'autre exanthème qu'une varicelle. Il est sorti depuis dix jours de l'hôpital des Enfants, où il était resté deux jours pour être traité d'une pleurodynie, dans la même salle qu'un varioleux. Sept jours après sa sortie, il fut pris de la plupart des symptômes précurseurs de la variole, et l'éruption de cet exanthème commença le quatrième jour.

Il arrive à l'hôpital au premier jour de cette éruption, qui est assez confluente, générale, et accompagnée de la plupart des symptômes concomitants ordinaires.

Le 3 octobre, au commencement du troisième jour de l'éruption (on étend la pommade mercurielle sur le visage).

Le 6, en différentes régions du corps, beaucoup de pustules sont violettes. Le malade est très-abattu. Il y a de la somnolence. Le pouls est faible, dépressible.

Le 8, les forces se relèvent un peu; le pouls est moins faible; les pustules répandent une odeur infecte. (On supprime la pommade mercurielle.) Les boutons de la face précédemment couverts par la pommade sont convertis en petites saillies indurées.

Le 9 et le 10, les pustules semblent vides, et le pouls est petit et très-fréquent.

Le 11, les pustules sont plus remplies, plus rouges, et les forces se relèvent, ainsi que le pouls, qui perd de sa fréquence. Il y a sur la cornée de l'œil gauche deux petites ulcérations entourées d'un trouble blanchâtre. (Collyre avec le nitrate d'argent; 2 potages.)

Le 12, la fièvre est presque nulle.

Le 14, la dessiccation commence. 100 pulsations assez développées. La cornée de l'œil gauche est presque entièrement nette. Un peu de toux; léger mal de gorge; voix voilée. (Bouillon.)

Le 15, mêmes symptômes et 116 pulsations assez développées; ronchus en arrière des deux côtés du thorax; plusieurs petites ulcérations aux lèvres, qui sont légèrement gonflées et douloureuses. (On touche ces ulcérations avec le nitrate d'argent.)

Le 16, la cornée gauche offre encore un peu de trouble à sa partie inférieure; 92 pulsations; un peu d'injection générale à la peau du tronc.

Le 17, 80 pulsations. La peau du tronc est parsemée de petites plaques rouges, irrégulières, très-légèrement saillantes, assez rapprochées, disparaissant par la pression du doigt.

Le 18, les plaques rouges commencent à pâlir. La voix est encore voilée.

Le 19, les plaques rouges ont disparu; elles sont remplacées par des sudamina un peu plus larges que des têtes d'épingle.

Le 20, persistance des sudamina; nombreux abcès sous-cutanés en différentes régions du corps; petits engorgements ganglionnaires au-dessous des oreilles; apyrexie; un peu de toux. La cornée gauche n'offre plus de trace de maladie.

Le 21, plusieurs abcès se sont ouverts spontanément. On n'aperçoit plus de sudamina, mais des petits lisérés blancs épidermiques, résultant de leur rupture. Voix voilée; un peu de mal de gorge.

Le 22, un peu de chaleur; 92 pulsations; toux fréquente pendant la nuit.

Le 23, 80 pulsations. La voix est encore voilée.

Le 24, peu de fièvre. Il ne reste plus de traces des sudamina.

Le 25, apyrexie.

Du 26 octobre au 1er novembre apparaissent les symptômes d'une bronchite intense et d'une pleurésie du côté gauche, puis ceux d'une pleurésie du côté droit. Le malade succombe, et à l'autopsie, on trouve :

Une rougeur vive, uniforme, de l'arrière-bouche et du larynx; trois litres de sérosité purulente dans la cavité de la plèvre gauche, qui est revêtue dans toute son étendue, d'une fausse membrane grisâtre; un demi-litre de sérosité roussâtre, des adhérences celluleuses et quelques fausses membranes dans la plèvre droite; un tiers de litre de sérosité dans le péricarde; des adhérences fibreuses entre le foie et le rein droit, l'estomac, le diaphragme.

Dans ce cas, les caractères des plaques, les symptômes concomitants, les prodromes indiquent une rougeole. D'un autre côté, les plaques rouges n'ont paru que pendant deux jours; elles n'ont occupé ni la face ni les membres; il s'est manifesté une éruption miliaire, comme dans l'un des cas d'hydrargyrie précédemment cités, et dans un autre que je vais rapporter, les malaises concomitants analogues, il est vrai, à ceux de la rougeole, étaient cependant moins intenses que dans plusieurs exemples d'hydrargyrie cités par les auteurs, et sur la nature desquels ils n'élèvent pas le moindre doute; enfin, la maladie s'est manifestée six jours après la cessation d'une application mercurielle qui avait été continuée pendant cinq jours. Mais, comme on voit quelquefois la rougeole rester bornée à des régions limitées du corps, avoir une durée fort éphémère, être suivie du développement de sudamina, on inclina à penser que la maladie était une rougeole.

Il sera peut-être intéressant de rapprocher des cas d'hydrargyrie que j'ai rapportés précédemment, deux observations très-analogues de la même maladie, chez des jeunes gens. En voici le résumé :

VARIOLE; HYDRARGYRIE.

OBS. VII. — Un jeune boucher, âgé de 20 ans, d'une forte constitution, d'un tempérament sanguin, d'une bonne santé habituelle, n'ayant pas été vacciné et n'ayant pas encore été affecté de la variole, est atteint de cette maladie et vient à l'hôpital de la Pitié, le 11 février 1846.

Le lendemain, on constate une variole très-confluente, au troisième jour de l'éruption. (On couvre la face avec le mélange mercuriel.) Les boutons, très-nombreux, parcourent leur évolution complète sur toutes les régions du corps, excepté sur la face, où on les trouve convertis en petites indurations à peine saillantes, lorsqu'on enlève la pommade, cinq jours après en avoir commencé l'application. L'éruption est accompagnée d'une fièvre intense; mais les autres symptômes de réaction sont légers.

Pendant la période de dessiccation de la variole, six jours après la cessation de l'application mercurielle, il se développe sur toute la surface du corps, excepté sur la face, une éruption de plaques d'un rouge vif, très-légèrement saillantes, de formes diverses, semblables, en quelques régions, à celles de la rougeole, mais presque partout plus larges, surtout au dos et à la partie interne des cuisses. En les examinant attentivement, on voit à leur surface une grande quantité de vésicules incolores, très-fines. La rougeur pâlit peu à peu et disparaît entièrement cinq jours après avoir commencé à se manifester. En même temps, les petites vésicules se crèvent, et la dessiccation de leurs parois donne lieu à un peu de desquammation furfuracée, très-fine. Cette desquammation dure encore deux jours après la complète disparition de la rougeur. A cette éruption ne s'est joint aucun symptôme de réaction, pas même de fièvre. On s'est borné, pour traitement, à diminuer la quantité des aliments.

VARIOLE; HYDRARGYRIE.

OBS. VIII. — Un jeune homme de 16 ans, élève d'une institution de Paris, d'une forte constitution, ayant été vacciné dans son enfance, est atteint d'une variole confluente avec symptômes de réaction très-développés, fièvre considérable, délire, vomissements, douleur lombaire intense.

Le troisième jour de l'éruption, la face est enduite de la pommade mercurielle, qui reste appliquée pendant six jours.

Pendant la dessiccation de la variole, trois jours après que les onctions mercurielles ont été suspendues, il se développe une éruption de plaques d'un rouge sombre, de différentes formes, un peu plus grandes et moins saillantes que celles de la rougeole, disséminées sur toutes les parties du corps, à peine appréciables sur la face, plus rapprochées sur le tronc que sur les membres. Une légère chaleur et un peu de fréquence du pouls sont les seuls symptômes concomitants de cette éruption.

Les plaques rouges durent quatre jours, leur disparition est graduelle, et elles sont remplacées immédiatement par une desquammation assez semblable à celle

de la scarlatine, mais s'opérant par lamelles généralement moins larges et moins nombreuses.

Cette desquammation se prolonge pendant cinq jours après la disparition des plaques rouges. Elle est plus appréciable au tronc et aux cuisses qu'aux autres parties du corps.

Après la chute des croûtes, les pustules varioliques sont indiquées par de petites dépressions d'un brun pâle; les boutons de la face seulement, ayant été couverts de l'emplâtre mercuriel sont convertis en petites indurations plates, à peine saillantes.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

(Suite et fin.)

IV. THE LANCET.

Les numéros d'avril, mai, juin, juillet, août et septembre 1849 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Sur l'opération et l'application de la trachéotomie;* par M. Marshall-Hall. (L'auteur propose, mais sans en décrire la construction ni l'emploi, deux instruments pour cette opération. Il la juge indiquée dans le spasme du larynx (hydrophobie, tétanos) et dans la paralysie résultant d'une lésion du pneumogastrique.) 2° *Remarques pratiques sur la dysménorrhée; son traitement par le caustique et la dilatation du col;* par M. S. Edwards. 3° *Cas de phthisie confirmée, guérie;* par M. Horne. 4° *Remarques sur la syphilis constitutionnelle;* par M. G. Cooper. (Il insiste sur l'irrégularité des manifestations de la syphilis.) 5° *Nouvel instrument pour les fistules vésico-vaginales;* par M. Hancock. (Système d'airignes qui rappelle de très-près l'instrument de M. Lallemand.) 6° *Remarques cliniques de chirurgie;* par M. J. Syme. 7° *Ligature de l'iliaque externe;* par M. Nunn. (Le vaisseau fut lié pour un anévrisme de la crurale au haut de la cuisse. L'opéré guérit.) 8° *Théorie du sens du toucher, et ses rapports avec la vitalité du sang;* par M. Stuart. (Ce rapport consiste en ce que la sensation du froid nous porte à provoquer par l'exercice le développement de la chaleur interne; de même l'excès de chaleur atmosphérique se faisant sentir par l'intermédiaire du toucher, nous engage à y remédier.) 9° *Hernie inguinale étranglée, opérée chez une femme de plus de cent ans; guérison;* par M. Morris. 10° *De l'heureux emploi du seigle ergoté dans les abcès du psoas;* par M. Brown. 11° *Hernie étranglée traitée par la méthode de M. Gay;* par M. Broughton. (L'étranglement fut levé sans qu'on eût eu besoin d'inciser le sac. La malade guérit.) 12° *Trois cas de spermatorrhée où l'on trouva dans l'urine des entophytes avec des spermatozoaires;* par M. Wharton Jones. 13° *Notes sur la physiologie et la thérapeutique;* par M. W. W. 14° *Nouvelle manière de traiter la stérilité en désobstruant les trompes de Fallope;* par M. Tyler Smith. 15° *Examen clinique de vingt cas de stérilité;* par M. Robert Lee. 16° *De la protusion des yeux, coïncidant avec l'anémie, les palpitations et le goître;* par M. White Cooper. 17° *Cas de déchirure du périnée, guérie par l'opération;* par M. J. Rogers. (Le sphincter n'était point compris dans cette déchirure.) 18° *De la malignité des exanthèmes;* par M. Welch. 19° *Du traitement de quelques maladies cutanées;* par M. Griffith. 20° *De l'anasarque chez les gens âgés;* par M. Aldis. 21° *Sur la pathologie de la congestion dans le choléra, et sur le traitement de cette maladie;* par M. Currie. 22° *Observation de péricardite;* par M. Emmett. 23° Delirium tremens *guéri à l'aide du chloroforme;* par M. Hyde. 24° *De l'importance de la phrénologie dans le diagnostic médical;* par M. Levison. 25° *Intussusception chez un enfant de 4 mois;* par M. Carter. 26° *Cas de rupture du sinus droit;* par M. Millar. 27° *Large fracture du crâne; luxation du fémur;* par M. Hodges. 28° *Hémicrânie quotidienne guérie par le chloroforme;* par M. Broxholme. 29° *Faits montrant l'efficacité de l'arsenic contre les maladies cutanées rebelles;* par M. Cox. 30° *Ligature de la fémorale faite avec succès pour une plaie de l'artère tibiale antérieure;* par M. Massey. 31° *De l'emploi de la glycérine dans les maladies de l'oreille;* par M. Wakley. 32° *Sur l'emploi du seigle ergoté à la troisième période de l'accouchement;* par M. Mac Gregor. 33° *Du traitement pathologique de la coqueluche;* par M. Pidduck. 34° *De la préparation du chloroforme;* par M. King. 35° *Cas d'endocardite avec une tuméfaction extraordinaire du foie et de la rate;* par M. Yon. 36° *Nouvelle espèce de seringue;* par M. Wakley. (Un ressort en spirale, comprimé au moment où on a levé le piston, se déploie ensuite, et fait sortir le liquide sans le secours d'aucune pression étrangère.) 37° *Quelques considérations sur le choléra;* par M. Robert Dick. 38° *Cas de maladie du mésentère avec évacuation des fèces par l'ombilic;* par M. Boyle. 39° *Plaie de tête suivie de perte de la faculté musicale;* par M. Latham. 40° *Sur les causes et la nature de la fièvre continue;* par M. Evenwood. 41° *Luxation du cou, traitée et guérie;* par M. 42° *Hernie fémorale étranglée traitée selon le plan de M. Gay;* par M. Burchell. 43° *Des reins relativement à la scarlatine;* par M. Niller. 44° *Hémorrhagie utérine après la délivrance;* par M. T. Smith. 45° *Cas d'anévrisme de l'artère axillaire;* par M. Hancock. 46° *Sur les préparations médicinales fermentées;* par M. Tane. 47° *Communications sur le choléra;* par M. Popham, par M. Alexander, par M. Routh, par M. Greenhow, par M. Fairbrother, par M. Spong, par M. Jackson, par M. Ayre, par M. Pritchett, par M. Marshall, par M. Pery, par M. Dearsly, par M. M. Arnott, par M. Wilson, par M. Pickop, par M. Beckett, par M. Batten et par M. J. Cox. 48° *Pathologie de la maladie de Bright;* par M. Walsbe. 49° *Accouchement empêché par une tumeur de l'ovaire; opération; guérison;* par M. Moorman. (Ponction de la tumeur par le rectum; évacuation du liquide.) 51° *Cas d'emphysème du cou comme terminaison de la coqueluche;* par M. Herapath. 51° *Observation d'empoisonnement par la racine de digitale;* par M. Edward. 52° *Du prétendu antagonisme entre la peste et la phthisie;* par M. Hodges. 53° *Effet du seigle ergoté pour arrêter les suppurations;* par M. Brown. 54° *Essai sur l'opération de Petit pour la hernie étranglée;* par M. Hancock. (Relevé des cas où cette opération a été pratiquée.) 55° *Sur la structure et les fonctions des poumons;* par M. Williams. 56° *Cas d'inflammation aiguë de la luette;* par M. Lyle. (L'infiltration séreuse gênait sérieusement la respiration; on la fit cesser par une incision verticale.) 57° *Développement anormal du clitoris;* par M. Staniland. (Pièce anatomique; l'histoire de la femme à qui elle appartient n'est pas connue.) 58° *De l'influence des vents et des appareils employés dans les observations météorologiques;* par M. Atkinson. 59° *De la glycérine contre la surdité;* par M. J. Brown. (Il confirme par son expérience ce que M. Walkey a dit des bons effets de cet agent.) 60° *De la condition pathologique essentielle du cerveau dans la folie;* par M. Palmer. 61° *De l'excès de carbone dans le corps humain, et de son influence délétère;* par M. Miller. 62° *Du chloroforme dans la pratique vétérinaire;* par M. Ferguson. 63° *Mort par suite d'aliments engagés dans la glotte, l'épiglotte étant imparfaite;* par M. Gabb. (On constata sur le cadavre que les dimensions de l'épiglotte n'étaient pas de plus d'une ligne et demie.) 64° *Cas d'abcès du cordon spermatique;* par M. Brookes. 65° *Observations d'abcès formés symétriquement;* par M. Nankiwell. (Deux abcès existaient entre la peau et l'omoplate, et absolument à la même place de chaque côté.) 66° *Diagnostic des différentes espèces de paralysie musculaire;* par M. Marshall-Hall. 76° *Des strictures, et de leur traitement par le moyen d'un appareil simple;* par M. Machell. (Injections forcées d'eau ou d'air.) 68° *Deux cas d'ossification du placenta;* par M. Robertson. 69° *Cas d'intussusception intestinale;* par M. Clark. 70° *Description d'un fœtus monstrueux, avec éventration;* par M. Canton. 71° *Cas de morsure de serpent, suivie de guérison;* par M. Beardmore. 72° *De la section sous-muqueuse du sphincter pour la constriction spasmodique avec fissures de l'anus,* par M. Anderson. (Il se borne à décrire l'opération, qui, à ce qu'il paraîtrait d'après cela, est encore peu connue en Angleterre.) 73° *Mélanose des poumons, devenue soudainement mortelle;* par M. W. Norris. 74° *Cas de calcul rendu par l'ombilic;* par M. Stewart. 75° *Perforation ulcéreuse de l'estomac;* par M. Broxholm. 76° *Réunion de doigts après leur séparation totale par instrument tranchant;* par M. Denny. (Il ne s'agit que de la réunion de l'extrémité d'un doigt.) 77° *Sur un cas de gastrite, avec quelques remarques sur l'utilité de saigner dans les affections inflammatoires;* par M. Langley. 78° *De l'emploi du forceps en tocologie;* par M. Stewart. 79° *Du mercure comme remède dans les maladies chroniques du cerveau;* par M. Thorp. 80° *Cas d'empoisonnement accidentel par l'arsenic, suivi de guérison;* par M. M'Gee.

HERNIE INGUINALE ÉTRANGLÉE, OPÉRÉE CHEZ UNE FEMME DE PLUS DE 100 ANS; GUÉRISON; par M. MORRIS.

Quoique tout l'intérêt de cette observation consiste dans son titre, nous n'avons cependant pas voulu priver nos lecteurs des détails que leur curiosité pourrait désirer sur un fait qui figurera sans doute dans les annales de l'art.

Obs. — E. C. est une vieille fille âgée de 109 ans. De stature grêle, de tempérament bilieux, elle sentit, il y a vingt ans, en faisant un effort, que quelque chose se rompait dans l'aine; mais quoiqu'elle éprouvât par intervalles quelques incommodités suite de sa hernie, elle ne porta jamais de bandage.

Le 26 mars 1849, elle ressentit de vives douleurs de ventre, puis des hoquets, des vomissements. Ces symptômes ayant augmenté d'intensité les jours suivants, M. Morris, appelé le 30 auprès d'elle, constata tous les signes de l'étranglement. Le pouls était très-déprimé. Les différents moyens de réduction que son grand âge permettait d'employer le furent sans succès; et le cas paraissait désespéré.

Voulant cependant n'enlever à cette malheureuse aucune des chances de vie qu'elle pouvait conserver, le médecin en appela aux lumières de MM. Cam, Wandby et Kidley. L'opération fut décidée.

Le même soir, M. Morris y procéda. Il ouvrit le sac après l'avoir mis à découvert dans une aussi petite étendue que possible. A ce moment il y eut quelque difficulté, et par conséquent un peu de retard, causé par la striction extrême de l'étranglement; mais une fois qu'on fut parvenu à le diviser, la portion d'intestin herniée fut réduite aisément dans l'abdomen. Le reste de la nuit fut sans sommeil.

31 mars. Pas de douleurs; mais un laxatif huileux et les lavements n'ont pu rétablir le cours des selles. L'insomnie continue.

1er avril. Constipation; faiblesse augmentant; peu d'espoir.

2 avril. 2 grains de coloquinte en pilules le matin; point d'effet purgatif. 2 scrupules de jalap amènent des évacuations abondantes à quatre heures du soir; nuit tranquille.

Le 3, langue nette; à part l'affaiblissement que la diarrhée a occasionné, tout marche bien. La plaie s'est réunie par première intention.

Le 4, la diarrhée a cessé; bonne nuit; elle prend sa nourriture ordinaire. La convalescence commence.

Le 6 avril, la santé était parfaite.

Ce cas montre les ressources énergiques que la nature possédait encore à un âge si avancé. Il engagerait sans doute les chirurgiens à dépouiller toute timidité dans une circonstance semblable.

L'âge de cette femme fut vérifié avec soin ; elle était née le 24 juin 1740, à Carby-Hooker, dans l'Yorkshire.

NOUVELLE MANIÈRE DE TRAITER LA STÉRILITÉ EN DÉSOBSTRUANT LES TROMPES DE FALLOPE; par M. TYLER SMITH.

Cette méthode n'en est encore qu'à ses premiers pas; mais l'on n'en sera point étonné en songeant que la première idée de désobstruer la trompe de Fallope ne vint à M. Smith qu'en 1847. Consulté, à cette époque, par une dame mariée depuis douze ans sans avoir eu d'enfants, il proposa en consultation de chercher à examiner directement si l'infécondité ne dépendait point de quelque obstacle dans ces conduits. Mais son projet fut accueilli si peu favorablement par ses confrères qu'il dut y renoncer pour le moment.

Depuis lors, cependant, réfléchissant que l'on pratique tous les jours le cathétérisme de la trompe d'Eustachi, il s'ingénia à trouver un procédé capable de le conduire au même but pour le canal utéro-ovarique.

Il fendit d'abord un utérus en deux moitiés latérales, afin de bien étudier le degré de courbure qu'il conviendrait de donner à un instrument pour qu'il enfilât aisément l'orifice de la trompe. Il reconnut qu'on doit, pour réussir, courber la sonde brusquement pres de son extrémité.

Un long tube d'argent ainsi construit peut s'introduire dans le col utérin, et aller s'appliquer par son extrémité contre l'ouverture tubaire. (Il faut, pour plus de précision, en avoir deux, destinés l'un au côté gauche, l'autre au droit.) L'angle de l'utérus, où s'ouvre le conduit de Fallope est tellement aigu, et la face interne de la matrice si lisse et d'un tissu si dense que, en poussant ensuite par le tube une baleine ténue, il est presque impossible qu'elle manque d'entrer dans la trompe.

Cette introduction se trouve encore facilitée par la configuration anatomique de la cavité utérine. En effet, au milieu de la cavité triangulaire que constitue la partie supérieure de la matrice, les parois antérieure et postérieure s'avancent l'une vers l'autre presque jusqu'à se toucher. De l'orifice du col jusqu'à chaque tube de Fallope, il y a donc, à droite et à gauche, un sillon latéral. Il en existe encore un second qui s'étend sur le fond de l'utérus d'une trompe à l'autre. On comprend que ces rainures servent admirablement pour diriger le bec de l'instrument jusque dans la trompe.

L'instrument doit avoir la forme, les dimensions et la courbure de la *sonde utérine* de Simpson, avec une courbure en plus à l'extrémité pour s'adapter à l'entrée de la trompe.

M. Smith a déjà pu introduire une fois ce cathéter sur le vivant chez une femme dont l'utérus était dans une situation normale. Il parvint sans peine à enfiler la trompe de chaque côté, et put constater qu'elle n'était point obstruée. Pendant que l'instrument pénétrait dans la trompe, la femme n'éprouva aucune sensation; le passage s'opéra tout à fait à son insu. La manœuvre a même paru à l'auteur être plus facile que sur le cadavre.

Réfutant ensuite les objections qu'on pourrait élever contre l'innocuité de ce cathétérisme, l'auteur fait observer que le danger le plus redoutable, celui de la péritonite, n'existe pas, parce qu'il n'est point nécessaire de faire parvenir l'instrument jusqu'au pavillon de la trompe. En effet, les oblitérations ou rétrécissements se rencontrent surtout dans la partie du canal où son calibre est naturellement le moins large, c'est-à-dire vers son embouchure dans la cavité utérine. Entre ses mains, d'ailleurs, l'opération n'a jamais produit cet accident.

— Il nous semble que pour calmer mieux encore ces justes inquiétudes, il faudrait savoir de quelle longueur on peut faire pénétrer la sonde sans s'exposer à ce que son bout dépasse l'orifice péritonéal de la trompe. M. Smith aurait prudemment fait de joindre à son memoire, d'ailleurs ingénieusement élaboré, une note indiquant cette mesure exacte.

DE L'EMPLOI DE LA GLYCÉRINE DANS LES MALADIES DE L'OREILLE; par M. WAKLEY.

Il ne s'agit ici ni d'une nouvelle loi physiologique, ni d'aucune doctrine générale. L'auteur communique seulement les résultats heureux que lui a valus un mode de traitement entièrement empirique, dérivé d'ailleurs lui-même d'une méthode qui n'était pas plus rationnelle. Nos lecteurs se rappellent sans doute le travail récent où M. Yearsley signala l'efficacité qu'un morceau de coton humecté introduit dans l'oreille possède contre la surdité. Or l'annonce de cette découverte fit affluer à l'hôpital royal de Londres une foule de sourds demandant à être traités par la nouvelle méthode.

Cette méthode réussit en effet chez un certain nombre d'entre eux; mais pour plusieurs le succès ne fut que passager et suivi bientôt d'une récidive qui plongeait les patients dans le découragement. Un court examen démontra à M. Wakley que, dans cette application, l'humidité seule agit contre la surdité, et que le coton est presque tout à fait insignifiant. Il lui parut même que, l'eau une fois évaporée, le coton, qui reste sec dans l'oreille, ne fait plus que porter obstacle à l'audition.

Cela étant, qu'y avait-il à faire? Evidemment substituer un corps susceptible de résister à l'évaporation et de conserver l'humidité, pour continuer à lubréfier le conduit auditif. La glycérine sembla remplir toutes ces conditions. M. Bullock lui en ayant remis dans les premiers jours d'août 1848, il en fit immédiatement l'essai, qui réussit à merveille. Chez plusieurs de ceux à qui on l'appliqua, le coton mouillé, précédemment employé, avait échoué.

La plupart des malades ainsi traités sont maintenant guéris; d'autres sont dans un état tel, qu'ils n'ont plus besoin que de quelques applications de glycérine de temps en temps. Cependant il y a eu des cas d'insuccès complet, et quelques-uns où le bénéfice n'a été que temporaire.— L'auteur a maintenant employé la glycérine contre la surdité plus de trois cents fois.

Elle exerce surtout son action curative chez ceux qui sont sourds depuis très-longtemps, et aussi dans les cas où cette infirmité s'est développée à la suite des fièvres éruptives du jeune âge. Lorsqu'il y a eu inflammation, puis suppuration, et que le conduit auditif est devenu sec et comme corné, la glycérine produit des avantages marqués. Elle guérit également les surdités causées par l'absence de cérumen. Dans d'autres cas de surdité, où la membrane du tympan est devenue dure et épaisse, avec un aspect blanchâtre et perlé, l'emploi de la glycérine a été très-heureux. Il est donc évident qu'elle peut opérer des guérisons, soit que la membrane tympanique soit intacte, soit qu'elle ait été détruite par ulcération.

La glycérine se présente sous la forme d'un liquide sirupeux. On l'obtient en saponifiant l'huile d'olives au moyen de la litharge et d'un peu d'eau. Avec l'acide sulfurique, on sépare ensuite les matières huileuses, et il reste une solution aqueuse, contenant le sel alcalin avec la glycérine. On évapore le mélange jusqu'à siccité, et on le traite par l'alcool qui dissout de nouveau la glycérine, et laisse le sulfate alcalin non dissous. La glycérine peut être purifiée par l'oxyde de plomb, en faisant passer au travers un courant d'hydrogène sulfuré.

Pour s'en servir, il faut d'abord nettoyer soigneusement les oreilles avec du coton sec. On trempe alors un peu de coton dans la glycérine, et on le passe à plusieurs reprises devant et derrière dans le méat auditif des deux côtés. On ne doit pas négliger d'en porter jusqu'à la membrane du tympan.

M. Wakley termine par l'énoncé succinct de douze observations, dont les détails font comprendre le mode d'application de cet agent, et mettent en évidence ses résultats variés.

PLAIE DE TÊTE SUIVIE DE PERTE DE LA FACULTÉ MUSICALE; par M. LATHAM.

Le fait suivant est sans contredit un des plus curieux que l'on puisse citer sous ce rapport. S'il dérange un peu le classement adopté depuis Gall, il tend, d'un autre côté, à confirmer le fait même de la localisation de cette faculté.

OBS. — James T., âgé de 63 ans, marin autrefois, mais employé depuis trente ans chez un brasseur, reçut sur la tête une porte de cave, dont un des verroux l'atteignit sur le pariétal droit, à son angle postérieur et supérieur, près de la fontanelle postérieure. La force du coup le rendit un instant insensible, mais il se remit promptement et reprit son ouvrage. Avant cet accident, il aimait beaucoup la musique, chantait très-bien une chanson, sifflait et chantait en travaillant, et réussissait parfaitement à apprendre de nouveaux airs.

Depuis lors, il perdit toute faculté musicale. Essayait-il les airs même qui lui étaient le plus familiers, arrêté dès la première note, son chant devenait aus-

sitôt confus, et se perdait entre deux ou trois tons différents. Il reconnaissait parfaitement la musique qu'il avait entendue autrefois; mais il était entièrement incapable de l'exécuter lui-même, ou d'apprendre, comme auparavant, quelque chose de nouveau.

Du reste, c'est là le seul inconvénient que cet accident lui ait occasionné; sa mémoire, sous les autres rapports, ainsi que ses diverses facultés, sont intactes. Mais quoiqu'il en ait fait l'épreuve à plusieurs reprises, la faculté musicale n'est point revenue.

LUXATION DES VERTÈBRES CERVICALES, TRAITÉE ET GUÉRIE.

La luxation était-elle oui ou non complète? Il serait bien difficile de savoir à quel degré le déplacement existait ici. Mais ce qui est indubitable, c'est qu'un déplacement évident a été réduit par l'extension, et que des symptômes graves, menaçants même, ont cessé par l'effet de ce traitement.

Obs. — G. L..., marin, homme de constitution musculaire, tomba le 10 novembre 1847, en descendant un escalier; son pied resta pris entre deux marches. Lorsqu'on le releva il était impotent. Il rapportait le principal siége de ses douleurs derrière le cou. Cette région offrait effectivement une irrégularité considérable dans les apophyses épineuses des cinquième et sixième vertèbres cervicales, avec une saillie des muscles du côté droit, correspondantes aux apophyses transverses de ces vertèbres. On avait senti de la crépitation au niveau de la lésion; en touchant la partie malade, on causait des pincements et des élancements dans les bras jusqu'au bout des doigts, surtout du côté gauche.

Les membres supérieurs étaient engourdis et avaient perdu presque toute leur mobilité; cependant il pouvait un peu les élever, mais non saisir les objets avec la main. Paralysie des extrémités inférieures complète surtout à droite. Pouls petit et faible; pupilles irrégulières; la droite plus contractée que la gauche. Respiration naturelle; état normal des facultés intellectuelles.

On fit l'extension en suspendant le patient par un drap largement plié, passé sous le menton et sur les côtés de la tête. Les deux extrémités du drap étant alors solidement liées et passées dans le crochet d'une poutre, on retira peu à peu la chaise sur laquelle il était, de manière à ce que tout le poids du corps fût supporté par le drap, les jambes paralysées traînant à terre. On commença alors à imprimer doucement aux épaules un mouvement de rotation, et le chirurgien (qui, malheureusement, garde ici l'anonyme) exerça en même temps avec les pouces une pression sur la tumeur osseuse qui finit par disparaître. Toute difformité dans la région du cou avait cessé au bout d'un très-court espace de temps. Il regagna le mouvement des membres inférieurs et put, en se faisant aider, gagner le cabinet d'aisances. L'engourdissement des membres supérieurs ne fit que diminuer, mais à un degré très-considérable. Il put aussi mieux saisir les objets avec ses mains. On avait soigneusement observé, durant l'opération, si elle ne produisait aucun accident.

Le malade fut tenu sur le dos pendant cinq semaines; on fit pendant les premiers jours deux ou trois applications de sangsues sur le siége du mal. Au bout de six semaines, il reprit ses occupations ordinaires, ayant recouvré toute sa force, excepté peut-être un peu moins de force à saisir les objets, et une perte totale de sensibilité à l'extrémité de l'indicateur, mais dans un espace extrêmement circonscrit.

Cet homme est maintenant employé à bord du navire le *Hastings*, dans les Indes orientales.

CAS D'ANÉVRISME DE L'ARTÈRE AXILLAIRE; par M. HANCOCK.

Obs. — W. C... entra le 19 août 1848 à l'hôpital de Charing-Cross pour un anévrisme de l'aisselle droite. Cet homme, âgé de 34 ans, s'était aperçu six mois auparavant, dans cette région, d'une tumeur qui fut d'abord considérée comme engorgement glandulaire.

Une volumineuse tumeur pulsatile remplissait toute l'aisselle, et s'étendait sous les muscles pectoraux. Elle avait porté la clavicule en haut, et descendait jusqu'au tiers inférieur du bras; elle diminuait momentanément par la pression, et aussi quand on comprimait la sous-clavière. Le bruit de souffle y était très-perceptible. Le membre supérieur, engourdi et tuméfié, paraissait en grande partie impotent. Les souffrances étaient portées au point de chasser le sommeil.

Le 26 août, M. Hancock fit la ligature de la sous-clavière au niveau de la première côte, immédiatement en dehors du scalène antérieur. Il n'y eut, dans l'opération, d'autre cause de difficulté que la profondeur de l'artère. A partir du moment où le fil ent été serré, on ne sentit plus de battements. La plaie fut réunie par des points de suture, et le membre enveloppé de flanelle chaude.

Le 27, agitation, pouls de 102 à 120. (Saignée et 5 centig. de chlorhydrate de morphine).

Le 28, nuit meilleure, pouls à 104; la tumeur a diminué de volume. On enlève les sutures; la plaie est presque réunie.

Le 29, le pouls, qui s'est élevé la nuit à 130, est maintenant à 116. On sent, pour la première fois depuis l'opération, quelques battements dans la radiale du côté droit. Pas de pulsation dans la tumeur. (Saignée de 12 onces et un purgatif.)

Le malade alla bien jusqu'au 10 septembre, jour où il se produisit des signes d'inflammation de la tumeur. (Fomentations chaudes; saignée de 10 onces.) Le pouls s'était de nouveau élevé à 120.

Le 16 septembre, la tumeur est rouge et irritée. Il coule un fluide séreux de sa surface.

Le 17, la ligature tombe.

Le 23, la tumeur s'ouvre; mais comme l'ouverture est placée trop haut, on en fait une seconde dans un lieu plus convenable. Il en sort une grande quantité de sang mêlé à du pus. La plaie de l'opération est entièrement guérie.

Le 3 octobre, il va très-bien; mais le pus étant retenu, on fait une incision dans un point déclive.

Le 4, le malade avait dit le matin qu'il ne s'était jamais senti si bien, lorsque à sept heures du soir, pendant qu'il mangeait tranquillement, il tira tout d'un coup que son bras se rompait, et il sortit immédiatement du sac trois pintes de sang. Il survint ensuite une syncope dont il ne se releva point, malgré tous les stimulants qu'on put employer.

Autopsie. — Une large cavité occupait toute l'aisselle et s'étendait jusqu'au sternum d'un côté, de l'autre côté presque jusqu'au coude. L'artère axillaire était saine partout, depuis l'innominée, excepté à l'endroit où elle communiquait avec l'anévrisme par une ouverture de près d'un pouce de diamètre.

La ligature avait été placée sur la sous-clavière entre le tronc thyroïdien et la première des branches thoraciques. Les bouts de l'artère étaient réunis par inflammation adhésive, et remplis d'un caillot qui avait pour chacun d'eux un demi-pouce de longueur, mais ne s'étendait ni dans un sens ni dans l'autre jusqu'au niveau de la première collatérale.

L'artère offrait son diamètre naturel; elle donnait origine à six branches entre le lieu de la ligature et celui où elle s'ouvrait dans le sac. Trois d'entre elles avaient le volume du tronc thyroïdien, et l'auteur pense que c'est par une ou deux de ces collatérales que le sang était revenu en dernier lieu dans le sac.

Un caillot bouchait l'ouverture de communication entre le vaisseau et l'intérieur de l'anévrisme, mais il avait cédé à sa partie antérieure et inférieure, permettant ainsi l'entrée du sang. Pendant plusieurs semaines la vie avait donc dépendu de la faible adhérence de ce caillot.

On voit clairement, d'après ces détails, que la fatalité a seule empêché l'opération de réussir en faisant justement porter le fil au-dessus de collatérales volumineuses, qui devaient ainsi rétablir prématurément la circulation dans le bout périphérique de l'artère.

La statistique a d'ailleurs montré à M. Hancock que les revers ne sont point un fait exceptionnel à la suite de cette opération. Sur 42 cas de ligature de la sous-clavière qu'il a rassemblés, il y a eu 27 guérisons et 14 insuccès: le résultat d'un cas n'a pas été noté. — Les 27 cas de guérison en comprennent 14 où l'indication de lier résultait d'un accident, et 13 de maladie spontanée. Sur les 14 revers, 8 ont été observés à la suite de ligatures faites pour un accident, et 6 après une maladie spontanée.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 21 JANVIER.

TRAITEMENT DES NÉVRALGIES ET DU RHUMATISME ARTICULAIRE PAR LES DOUCHES FROIDES ET LA SUDATION.

M. Fleury, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, envoie une note sur les douches froides et la sudation, appliquées au traitement des névralgies et du rhumatisme musculaire. Dans ce nouveau travail, M. Fleury a étudié l'action combinée des douches froides et de la sudation dans le traitement des névralgies et du rhumatisme musculaire.

Quarante-six observations recueillies à l'établissement hydrothérapique de Bellevue en 1846, 1847, 1848 et 1849, ont donné des résultats qui peuvent être résumés de la manière suivante:

1° Cinq malades atteints depuis quatre à quinze jours d'une *névralgie aiguë*, fixe et très-intense (névralgie faciale, intercostale, sciatique), ont été guéris de une à trois séances de sudation en étuve sèche, suivie d'une douche froide générale et locale. Employés à titre d'agents de la médication transpositive, et suivant les principes que j'ai établis ailleurs, le calorique et l'eau froide ont exercé une révulsion énergique sur toute la surface cutanée, et ont eu une action plus promptement efficace que celle des vésicatoires volants et de la cautérisation transcurrente.

2° Onze malades atteints depuis plusieurs jours d'un *rhumatisme musculaire* aigu, fixe et très-violent (torticolis, lumbago, pleurodynie, etc.), ont été guéris de la même manière, la médication employée ayant eu manifestement un effet plus rapide et plus heureux que celui des topiques émollients ou irritants et des émissions de sang locales.

3° Quatre malades atteints depuis quatre à dix ans d'une névralgie fixe ayant résisté à toutes les médications connues (méthode endermique, vésicatoires volants, cautérisation transcurrente, sulfate de quinine, préparations de zinc, de fer, de potassium, eaux thermales, etc.), ont été guéris par l'usage de douches froides locales et générales, quelquefois précédées de sudation en étuve sèche. La durée du traitement a été au minimum d'un mois, au maximum de cinq mois, et en moyenne de trois mois. La guérison doit être attribuée à une action révulsive souvent renouvelée et à une régularisation des fonctions cutanées, de la circulation capillaire et de l'innervation générale.

4° Trois malades présentant de cinq à quinze ans cet ensemble de phénomènes morbides que l'on désigne par les noms de *névropathie générale*, *d'état*

nerveux; arrivés au dernier degré du dépérissement et ayant épuisé toute la thérapeutique, ils ont été guéris de la même manière. La durée du traitement a été au maximum de dix-huit mois, au minimum de sept mois, et en moyenne de treize mois. Le succès doit être attribué à l'action qui a été exercée sur toutes les grandes fonctions de l'économie par la médication hydrothérapique, laquelle, à ce point de vue, n'a point d'équivalent.

5° Vingt-trois malades, affectés depuis quelques mois à plusieurs années de rhumatisme musculaire chronique, fixe ou ambulant, ayant résisté aux médications les plus diverses et aux eaux thermales les plus célèbres, ont été guéris par la même méthode. La durée du traitement a été au minimum d'un mois, au maximum de sept mois, et en moyenne de quatre mois.

ACTION PHYSIOLOGIQUE DE L'ÉTHER ET DU CHLOROFORME.

M. ÉDOUARD ROBIN communique quelques recherches qui lui paraissent de nature à éclairer l'action physiologique de l'éther, du chloroforme et des agents anesthésiques analogues.

L'éther sulfurique et le chloroforme exercent sur le sang une action puissante, action qui est de nature à produire tous les phénomènes de l'anesthésie.

Voici comment M. Robin est arrivé à ce résultat :

Considérant que les substances qui préservent de la putréfaction les matières animales mortes agissent en les mettant à l'abri de la combustion lente qui en serait opérée aux températures ordinaires par l'oxygène humide, j'ai pensé, dit M. Robin, que lorsque ces substances antiputrides, après la mort, pénétraient à dose suffisante dans la circulation pendant la vie, elles s'opposeraient aussi à la combustion lente des éléments protéiques du sang, et par suite causeraient la mort par asphyxie.

Voulant savoir quels phénomènes physiologiques précéderaient cette mort par asphyxie et se produiraient aux doses suffisantes pour la déterminer, M. Robin a étudié l'influence exercée chez les divers animaux par une diminution d'oxygénation graduellement portée jusqu'à la suppression complète.

Il a trouvé que non-seulement, comme on le savait, la combustion du sang est, dans tous les animaux, essentielle à l'activité de la vie, mais encore que, dans tous, la quantité de vie est en proportion de la quantité de combustion qui s'y opère; il en a conclu que si les agents qui, après la mort, protégent les matières animales contre l'action de l'oxygène humide, exercent la même protection quand ils pénètrent à dose suffisante dans la circulation pendant la vie, ils diminuent la quantité de vie, c'est-à-dire la sensibilité et la contractilité, en même temps que la quantité de combustion ; en sorte que, suivant la dose, ils seraient sédatifs, hyposthénisants, anesthésiques, et enfin capables de causer la mort par asphyxie.

M. Robin prenant ensuite la réciproque du principe qu'il vient de poser, s'est cru fondé à penser que, pénétrés à dose suffisante dans la circulation, l'éther sulfurique et le chloroforme devaient s'y opposer à la combustion du sang, à sa conversion complète en sang artériel, et que leurs effets anesthésiques provenaient, sinon en totalité, au moins en grande partie, de cette source. Les expériences auxquelles il s'est livré à ce sujet lui ont fait reconnaître que telle est précisément l'action de ces agents sur les matières animales.

Après la mort, ils les protégent de la manière la plus puissante contre toute putréfaction, contre toute combustion par l'oxygène humide. L'action s'exerce tant dans l'éther sulfurique et le chloroforme à l'état des liquides purs que dans leur vapeur et dans des quantités d'eau considérable où la vapeur se répand, bien que partout elle ne s'y trouve qu'en proportion extrêmement faible.

En résumé, il ressort de ces recherches ce fait, que M. Robin considère comme bien constaté, savoir que, hors de toute influence nerveuse, et même à doses extrêmement faibles, l'éther sulfurique et le chloroforme paralysent l'action de l'oxygène humide sur le sang et en général sur les matières animales; que, pénétrés à dose suffisante dans la circulation pendant la vie, ils y paralysent plus ou moins l'action de l'oxygène, et que c'est cette diminution de l'oxygénation qui contribue puissamment à déterminer les phénomènes de l'anesthésie, si tant est qu'elle n'en soit pas la cause unique.

PROCÉDÉS DE CONSERVATION ET D'ASSAINISSEMENT.

M. SUCQUET adresse quelques nouveaux renseignements sur l'assainissement des amphithéâtres d'anatomie par l'emploi des *injections de sulfite de soude.*

Mes efforts incessants pour améliorer et perfectionner cette méthode, dit l'auteur, ont atteint, je l'espère, leur terme définitif par un dernier moyen destiné *à prévenir très-efficacement l'altération des instruments de dissection.* Lorsque les solutions de sulfite de soude, marquant 24° ou 25° à l'aréomètre de Beaume, ont été rendues neutres, au lieu d'y ajouter de l'oxyde ferreux, je les fais séjourner actuellement pendant quarante-huit heures dans des tonnes contenant de la limaille de zinc. Il se fait une petite proportion de sulfite de zinc, et les solutions de sulfite de soude y perdent toute leur action sur les instruments.

CHOLÉRA.

M. PELLARIN communique, pour être transmise à la commission chargée de s'occuper de ses communications sur le choléra, la relation d'un fait de transmission de la maladie par des objets de literie qui avaient servi à une femme cholérique plus de deux mois auparavant.

INSTINCT DES ANIMAUX.

M. DELFRAYSSÉ, ancien médecin des armées, à Cahors, adresse quelques observations relatives à l'instinct des animaux, soit dans l'état de santé, soit dans celui de maladie.

L'auteur rapporte des observations desquelles il résulte, suivant lui, que l'instinct naturel est le guide le plus infaillible de l'animal, comme il l'aurait été de l'homme s'il avait obéi à ses inspirations. « L'étude et l'interprétation des sensations instinctives, dit-il en terminant, deviendra tôt ou tard la boussole de la thérapeutique. »

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 22 JANVIER. — PRÉSIDENCE DE M. BRICHETEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend :

1° Une lettre du ministre de l'agriculture et du commerce transmettant, avec une note explicative, une certaine quantité de racines rapportées d'Abyssinie par M. Rochet d'Héricourt, et qui, suivant le rapport de ce voyageur, ont la propriété de guérir de la rage;

2° Une lettre de M. Quoy, inspecteur général du service de santé de la marine, avec envoi d'une note de M. Maher, chirurgien en chef de la marine à Lorient, sur le choléra qui a régné dans ce port;

3° Une lettre du préfet de police transmettant le relevé statistique des décès dans la ville de Paris pour le mois de décembre dernier. Il résulte de ce document officiel qu'il n'y a eu que deux décès cholériques seulement, dans le courant de ce mois, dans les hôpitaux de Paris.

M. LABMURIER (de Morlaix) adresse une relation du choléra dans cette ville.

M. PROSPER DENIS (de Commercy), médecin en chef de l'hôpital de Toul, annonce l'envoi prochain d'un rapport sur le choléra.

L'ordre du jour appelle à la tribune M. Bérard pour un rapport officiel.

EMPLOI DE LA GÉLATINE DANS L'ALIMENTATION.

M. BÉRARD lit, en son nom et celui de MM. Chevallier et Gibert, un rapport officiel en réponse à une lettre ministérielle lue dans l'avant-dernière séance, relative à l'emploi de la gélatine dans l'alimentation. Il s'exprime ainsi :

Messieurs, il vous a été donné lecture, dans l'avant-dernière séance, d'une lettre ministérielle relative à l'emploi de la gélatine dans l'alimentation. Voici à quelle occasion vous avez été consultés :

Des travaux ont été entrepris en 1840 dans les hospices de Toulouse pour la construction d'un appareil propre à extraire la gélatine des os. La commission administrative de ces hospices (*sur l'annonce que l'Académie de médecine avait désapprouvé l'emploi de la gélatine dans l'alimentation*) a fait suspendre les travaux, et demandé avis à M. le ministre de l'intérieur. Celui-ci a répondu à M. le ministre de l'instruction publique de consulter l'Académie de médecine sur la question d'hygiène soulevée par les scrupules de la commission administrative des hospices de Toulouse. Il est vraisemblable que votre réponse décidera s'il y a lieu de compléter l'appareil commencé, ou si l'on doit se borner à acquitter les dépenses faites, sans poursuivre plus loin une expérimentation dont les indigents ne recevraient peut-être aucun bénéfice, à supposer qu'elle ne leur fût pas nuisible.

La gélatine préparée aux dépens des os par l'un des procédés usités aujourd'hui dans les arts peut-elle être employée avec quelque avantage dans l'alimentation de l'homme? Une certaine dose de gélatine peut-elle remplacer dans le bouillon les principes solubles qu'une quantité déterminée de viande aurait abandonnés à ce liquide? Voilà, je pense, comment il convient de poser la question aux points de vue hygiénique et économique. Deux routes pouvaient conduire à sa solution : rassembler et comparer les documents nombreux que la science possède sur cette matière, ou bien expérimenter à nouveau sur les animaux dont le régime se rapproche de celui de l'homme. Nous avons dû éviter de nous engager dans la voie expérimentale. En admettant en effet que votre commission de la gélatine fût douée du même degré d'activité dont a fait preuve dans la publication de ses recherches sa sœur l'Académie des sciences, l'administration des hospices de Toulouse courrait risque de rester encore pendant plusieurs années incertaine de savoir si elle devait achever son appareil ou régler les mémoires de son architecte. Heureusement, les essais nombreux tentés sur l'homme, les expériences pratiquées sur les animaux vivants nous offrent des éléments suffisants pour la solution du problème.

La gélatine, en effet, est de tous les principes immédiats celui qui, au point de vue diététique, a le plus éveillé la sollicitude des savants et des administrations préposées à l'assistance publique. On ne s'est pas seulement occupé de déterminer si seule elle pouvait nourrir, on a dû rechercher encore, et c'était même le point capital, si, associée à d'autres aliments, elle contribuait pour sa part à la réparation du corps. L'emploi si répandu de cette substance jetait un vif intérêt sur ces recherches; elles avaient d'ailleurs un côté scientifique que je demande la permission de signaler.

Y a-t-il quelque raison plausible d'élever des doutes sur les propriétés alibiles de la gélatine? Oui, messieurs.

La gélatine diffère à quelques égards des autres substances azotées qui font partie de nos aliments. Nos organes, vous le savez, ne renferment pas de gélatine, mais seulement des parties susceptibles de se convertir en gélatine entre les mains du chimiste ou dans les préparations culinaires. Nous n'avons pas la preuve que ce *produit artificiel* jouisse de la faculté de se reconstituer à l'état de tissu organique par le fait de la digestion et de la nutrition. Ce n'est pas tout : la gélatine n'est pas une combinaison *protéique;* elle ne contient ni phosphore ni soufre,

et, d'après cette considération encore, il y a lieu de supposer qu'elle ne peut se transformer ni en muscle, ni en cerveau, ni en nerf, ni en fibrine du sang, ni en albumine du sang, toutes substances qui sont *protéiques*, c'est-à-dire formées d'un principe quaternaire azoté auquel s'ajoute une certaine proportion de phosphore et de soufre.

Nous n'ignorons pas que les idées de Mulder sur la *protéine*, après avoir obtenu l'assentiment de la plupart des chimistes et physiologistes allemands, paraissent avoir perdu quelque peu de leur faveur auprès d'eux, et qu'elles n'ont été acceptées que par un petit nombre de nos compatriotes; mais les critiques ont porté sur le mode de combinaison des éléments et non sur leur nature, et cela suffit pour notre argumentation.

La gelatine, en un mot, n'appartient point à la série des composés albuminoïdes.

Loin de nous la pensée d'engager la responsabilité de l'Académie sur des vues purement théoriques ou des inductions. Si nous avons touché en passant le côté scientifique de la question, c'est que nous ne voulons pas qu'on puisse même insinuer que cette savante assemblée ne l'a pas aperçu. Voyons donc maintenant la partie expérimentale, pratique ou médicale du sujet. C'est à elle surtout que nous allons demander une solution.

Le fameux digesteur de Papin avait révélé, depuis plus d'un siècle, que les os contiennent une notable quantité de matière organique, lorsqu'au début de notre première révolution on s'occupa des moyens d'extraire cette matière organique et de l'utiliser. Changeux, Grenet, d'Arcet père, Proust, Cadet de Vaux rivalisèrent de zèle pour atteindre ce double but, et le gouvernement s'associa à ces louables tentatives. On croyait alors qu'une livre d'os donne autant de bouillon que 6 liv. de viande, car on calculait les propriétés altibiles du bouillon sur les proportions de gélatine qu'il contenait, et, chose véritablement extravagante, on ne mettait pas en doute que le bouillon d'os ne fût préférable au bouillon de viande sous les rapports diététiques.

Au procédé de Papin, qui était dispendieux, dangereux, et qui donnait une gélatine altérée par l'excès de la chaleur, on avait substitué l'emploi des acides pour extraire la gélatine, lorsqu'en 1817 M. d'Arcet, continuateur des travaux de son père, appliqua en grand l'action de la vapeur à la préparation de la gélatine des os. Cette gélatine prit le nom, un peu décevant peut-être, de *gélatine alimentaire*. Grâce à l'application de son procédé, on pouvait, suivant M. d'Arcet, de *quatre bœufs en faire cinq*.

Joignez à cette proposition séduisante l'approbation donnée fort légèrement sans doute par l'ancienne Faculté de médecine de Paris à la gélatine de M. d'Arcet, et vous ne serez point étonné que de toutes parts, dans les maisons hospitalières des provinces, comme dans les grands hôpitaux de la capitale, des appareils aient été établis pour extraire des os, à l'aide de la vapeur, la gélatine qui doit remplacer, dans le bouillon des malades, les principes solubles qu'une certaine quantité de viande y aurait abandonnés. Ainsi, une dose de bouillon qui aurait exigé 2 kilogrammes de viande, par exemple, était obtenue avec 500 gram. de viande seulement, et 60 grammes de gélatine sèche, lesquels tiennent lieu de 1500 grammes de viande. La viande qui n'était pas entrée dans le pot-au-feu était alors distribuée sous une autre forme aux malades.

Mais bientôt il y eut des plaintes dans divers établissements, et j'appelle sur ce point toute l'attention de l'Académie. Ces plaintes, formulées dans un excellent rapport des médecins de l'Hôtel-Dieu, portaient sur l'apparence louche de ce bouillon, sur son odeur et sa saveur peu agréables, sur sa putrescibilité, sur la teinte rouge qu'il donnait à la chair qu'on y faisait cuire, sur ce qu'il ne restaurait pas bien, sur ce qu'il donnait de la soif, troublait la digestion et causait de la diarrhée.

Déjà quelques établissements avaient fait démonter leurs appareils. Pourtant la confiance n'était pas complétement détruite, et des milliers de rations étaient distribuées journellement à Paris, lorsque M. Donné (1) annonça à l'Académie des Sciences, d'après les expériences faites sur lui-même et sur des chiens, que la gélatine était peu nourrissante, et que peut-être elle ne l'était pas du tout. M. Donné avait introduit la gélatine pour une notable proportion dans son régime, il avait rapidement perdu deux livres de son poids; il s'était senti continuellement tourmenté par la faim, et avait même éprouvé de véritables défaillances. Une tasse de chocolat et deux petits pains à café l'avaient mieux nourri que deux litres et demi de bouillon à la gélatine, accompagnés de 80 à 100 grammes de pain. Quant aux chiens mis en expérience, ils avaient promptement manifesté du dégoût pour la gélatine, et s'étaient enfin laissés mourir auprès de cet aliment sans y toucher.

Pendant que ces recherches concouraient à ébranler la confiance qu'on avait eue jusqu'alors dans les propriétés nutritives de la gélatine, un travail remarquable auquel avait pris part un homme extrêmement ingénieux et habile, tendait à réhabiliter en partie cette substance dans l'opinion des physiologistes et des économistes; nous voulons parler du mémoire de MM. Edwards aîné et Balzac (2). Ces savants ont expérimenté sur des chiens qu'ils ont eu soin de peser avec des balances très-sensibles pendant toute la durée des expériences. Comme la gélatine administrée seule eût dégoûté les animaux, ils lui ont associé une certaine quantité de pain blanc (vous savez que le pain blanc donné seul ne peut suffire à la nutrition des chiens). Ces animaux, soumis à ce régime, se sont amaigris en conservant l'apparence de la santé; mais si l'expérience eût été continuée, l'amaigrissement eût atteint la limite où d'ordinaire il est mortel dans les cas de nutrition insuffisante. Si les expériences étaient faites sur de jeunes chiens, leur poids augmentait un peu, mais leur accroissement était moindre qu'avec la nourriture ordinaire de l'animal.

(1) Séance de l'Académie des sciences du 6 juin 1831.

(2) RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR L'EMPLOI DE LA GÉLATINE COMME SUBSTANCE ALIMENTAIRE, mars 1833. ARCH. GÉNÉR. DE MÉD., 2e série, t. I, p. 33.

Pour faire la part de la gélatine et celle du pain dans ces résultats, les expérimentateurs supprimèrent la gélatine, en ne laissant à l'animal que le pain, l'eau et le sel; l'amaigrissement marcha plus vite qu'avant la suppression de la gélatine. La conclusion de cette première partie du travail était : 1° que le régime du pain et de la gélatine est nutritif, mais *insuffisant*; 2° que la gélatine associée au pain a une part relative dans les qualités nutritives du mélange. Mais nous voici arrivés au résultat le plus étonnant de ces expériences, et je dirais aussi le plus satisfaisant s'il eût été confirmé. Les animaux soumis aux régimes indiqués plus haut sont sur le point de succomber. On substitue au bouillon de gélatine une même quantité de bouillon de viande, en conservant la même dose de pain; l'animal reprend de la force, il augmente de poids, il revient à la santé. Or qu'avez-vous fait dans cette expérience? Vous avez (dit M. Edwards) remplacé une dissolution de gélatine par une dissolution de gélatine, avec cette différence que la gélatine de bouillon de viande est aromatisée par les principes sapides des chairs, et notamment par l'osmazome. Mais, dit encore M. Edwards, ce n'est pas l'osmazome qui a nourri; ce principe est en trop petite quantité dans le bouillon. M. Edwards pense que l'osmazome a développé la propriété nutritive de la gélatine.

D'après cette idée, il suffirait d'ajouter quelques cuillerées de bouillon de viande à un bouillon de gélatine des manufactures pour développer dans celle-ci une faculté nutritive qu'elle possédait en quelque sorte à l'état latent. Dans un travail plus récent, M. Edwards (1) a essayé d'apprécier, à l'aide du dynamomètre, l'influence immédiate de l'administration de la gélatine sur la force musculaire. Trente et un soldats d'une compagnie du centre et une compagnie de grenadiers se prêtèrent à ces essais, dont M. Edwards crut pouvoir conclure que la gélatine a une action réparatrice. Si l'Académie paraissait disposée à attacher quelque importance à ces derniers résultats, je l'informerais qu'en 1835, M. Dufichbolin (2) a répété, avec le dynamomètre de Régnier, les expériences de M. Edwards, et qu'il n'a point vu que l'alimentation par la gélatine eût sur l'état des forces l'influence que ce savant lui avait attribuée.

L'Académie des sciences n'avait pas cru devoir rester simple spectatrice du mouvement qui se produisait autour d'elle, et dont les résultats venaient si fréquemment à l'ordre du jour de ses séances. Elle avait voulu expérimenter de son côté et avait désigné à cet effet une commission dite de la *gélatine*. Après dix ans de silence, cette commission a publié un travail fort important (3), dont les conclusions sont peu favorables à l'opinion soutenue par M. d'Arcet et par M. Edwards.

D'autres faits, les uns expérimentaux, les autres de chimie organique, et applicables au sujet qui nous occupe, se sont produits depuis la publication du travail de l'Académie des sciences.

L'Institut du royaume des Pays-Bas, consulté par le ministre, a publié, par les soins de MM. Vrolik, Swart et Van Breda (4), un rapport dont les conclusions corroborent celles de l'Institut de France.

Enfin M. Devienne, pharmacien à l'hôpital militaire de Saint-Denis, a parlé dans le même sens à l'Académie des sciences de Paris (5).

Vous penserez sans doute, messieurs, que si cet ensemble de faits ne vous permet pas de dire que la gélatine est absolument dépourvue de propriétés alibiles, il vous autorise à prononcer que cette substance, extraite des os au moyen de la vapeur, constitue un mauvais aliment, et qu'il n'y a pas lieu d'encourager la construction d'appareils destinés à l'introduire dans le régime des hôpitaux. La gélatine obtenue par l'action des acides sur les os donnerait-elle de meilleurs résultats? Nous ne le pensons pas. Sans doute, ainsi que l'a fait observer M. Soubeiran, cette gélatine extraite des os frais par l'acide chlorhydrique, et mise encore humide dans la marmite, donne un bouillon très-clair; mais cela n'ajoute rien à ses propriétés réparatrices. Si, en effet, on donne à des chiens la trame organique d'un os qui a été privé de sa matière terreuse par un acide affaibli, cette trame organique ne le nourrit pas, à moins pourtant qu'elle ne soit empruntée aux os des pieds de mouton, lesquels conservent une matière animale insoluble, qui est sans doute digérée et assimilée.

Il reste, messieurs, un point assez important à éclaircir : le bouillon de viande est riche en gélatine; il en est de même de celui qu'on forme en faisant dissoudre dans l'eau la matière obtenue par l'action de la vapeur sur les os. Le premier, uni au pain, restaure; le second ne jouit pas de cette propriété; à quoi tient cette différence? Nous pourrions répondre que si, pour le chimiste, la matière tenue en dissolution dans l'eau qui a bouilli avec de la chair et la matière extraite des os sont une seule et même substance, la gélatine, cela n'est plus identique pour notre estomac, qui retire du bouillon de bœuf des principes réparateurs et qui ne se trouve pas bien du bouillon préparé avec la gélatine des os. Mais les progrès de la chimie organique nous offrent une solution plus satisfaisante de la difficulté que nous venons de soulever. M. Berzélius a signalé dans la chair un assez grand nombre de matières extractives qu'elle doit céder au bouillon; lorsqu'on a obtenu un extrait aqueux de viande, si on traite cet extrait par l'alcool absolu, on enlève au moins deux matières azotées, dont l'une précipitable par le chlorure de mercure et l'autre par l'acétate de plomb. L'alcool faible en tire ensuite une troisième matière azotée qui, chauffée, répand l'odeur de viande rôtie. Enfin ce que les deux alcools ont laissé contient encore plusieurs principes extractifs, parmi lesquels figure la *zomidine*.

(1) Séance de l'Institut du 16 février 1835. ARCH. GÉN. DE MÉD., 2e série, t. VII, p. 246.

(2) Séance de l'Institut du 23 février 1835.

(3) Rapport fait à l'Académie des sciences au nom de la commission dite de la gélatine (M. Magendie, rapporteur); séance du 2 août 1841.

(4) ARCH. GÉN. DE MÉD., 4e série, t. IV.

(5) Séance de l'Institut du 3 octobre 1843.

L'osmazome de M. Thénard est un composé de plusieurs de ces substances. Des documents importants sur la composition de la chair ont été adressés sous forme de lettres par M. Liébig à M. Gay-Lussac (1); plus récemment, on a donné la traduction d'un mémoire fort étendu du même auteur sur les principes des liquides de la chair musculaire. La *créatine* que M. Chevreul a découverte dans le bouillon de viande a été trouvée par M. Liébig dans la chair du bœuf, du veau, du mouton, du cochon, du cheval, du lièvre, de la poule et du brochet. Aussi sa présence dans la chair n'est pas accidentelle, comme l'ont cru Berzélius (2) et Schœnberger (3); cette substance existe dans le bouillon de viande qui nourrit et n'existe pas dans le bouillon de gélatine improprement nommé alimentaire; sur mille parties de chair, l'eau froide en dissout soixante parties; cette même quantité de chair ne cèderait pas plus de six parties de gélatine à l'eau bouillante. La *créatine*, l'acide cinosique, qui possède une saveur de bouillon très-agréable, figurent au nombre des parties solubles de la chair, et nous ne devons pas oublier les principes volatils odorants signalés par M. Chevreul.

Nous nous empressons de reconnaître que si les matières extractives sont nombreuses dans le bouillon de viande, leur proportion est bien plus considérable, car l'eau bouillante en enlève moins la chair que l'eau froide. Ce que nous tenions à constater, c'est qu'il ne faut pas assimiler le bouillon de viande au bouillon de gélatine, et que ces deux liquides doivent avoir une action différente sur l'économie.

L'insuffisance de la gélatine dans l'alimentation provient-elle de ce que cette substance se digère mal, ou de ce que le produit de la digestion est impropre à la nutrition?

Après avoir examiné et résolu cette dernière question, à l'aide de documents scientifiques qui démontrent, d'une part, que la gélatine introduite directement dans le sang en est éliminée comme un corps étranger, d'autre part, que la gélatine, sans être réfractaire au suc gastrique, ne se digère pas sous l'influence de cet agent à la manière des matières albuminoïdes, M. Bérard termine son rapport par les conclusions suivantes, qui devront servir de réponse à la question soumise à l'Académie:

La commission a l'honneur de vous proposer d'écrire au ministre:

1° Que les propriétés réparatrices du bouillon ne sont point proportionnées à la quantité de gélatine qu'il contient;

2° Que ces propriétés sont dues en grande partie à d'autres principes que la viande abandonne à l'eau dans laquelle on la fait bouillir;

3° Que la dissolution de gélatine dite *alimentaire* ne contient pas ces principes;

4° Que l'introduction de la gélatine dans le régime ne permet pas de diminuer sensiblement la quantité d'aliments dont on fait usage, et qu'à ce titre elle n'offre aucun avantage économique;

5° Que l'addition de cette substance aux aliments dérange les fonctions digestives d'un grand nombre d'individus, et qu'à ce titre encore son emploi offrirait quelques inconvénients au point de vue de l'hygiène et de la diététique;

6° Enfin que, d'après ces considérations, il n'y a pas lieu d'encourager la construction d'appareils pour la préparation de cette substance dans les établissements destinés à l'assistance publique.

M. Villermé : Je rappellerai, à cette occasion, une expérience de haute importance dont j'ai été témoin, et qui peut jeter quelque jour sur cette question. C'était en Espagne; un corps d'armée dont je faisais partie resta pendant huit à dix jours réduit à ne se nourrir exclusivement que de viande qu'il avait en abondance, tandis qu'il était absolument dépourvu de tout autre aliment. Au bout de quelques jours, nous étions tous plongés dans la plus grande faiblesse; nous n'étions pas nourris, et nous avions tous le dévoiement. Bientôt nous rencontrâmes des meules de blé et des grappes de maïs conservées. Nous nous sentions un peu mieux nourris; les forces revenaient un peu; cependant la diarrhée ne cessait pas encore. Enfin nous eûmes quelque temps après des aliments variés de toute espèce à notre disposition, et dès ce moment la diarrhée cessa; nos forces se relevèrent, nous nous sentîmes suffisamment nourris...

M. Bérard : Quelle conclusion M. Villermé tire-t-il de ce fait?

M. Villermé : J'en tire cette conclusion qu'on n'est jamais bien nourri par un seul aliment, quelque bon qu'il soit d'ailleurs, et que, pour être suffisamment nutritive, l'alimentation doit être variée.

M. Bérard : Je ne pense pas qu'on puisse tirer de ce fait une objection contre le rapport. Nous y aurions répondu d'ailleurs par le fait que nous avons cité d'animaux qui n'étaient point nourris tant qu'on ne leur donnait que de la gélatine et du pain, tandis qu'ils se développaient et reprenaient des forces dès qu'on leur donnait du pain avec du bouillon hollandais.

M. Gaultier de Claubry (Henri) : Il y a dans le rapport de l'Académie des sciences une chose que je regrette de n'avoir point entendu rappeler dans le rapport de M. Bérard : c'est qu'à l'exception d'une seule substance, le gluten, substance qui n'est pas simple, il n'en est pas une qui suffise à elle seule pour nourrir. Je voudrais qu'il fût dit dans le rapport que toutes les substances alimentaires, considérées isolément, sont insuffisantes par elles-mêmes pour la nutrition.

M. Bérard : C'est un fait important sans doute, mais qui ne se rattachait pas d'une manière assez directe à la question spéciale que la commission avait à traiter, pour que nous ayons cru nécessaire de le signaler dans le rapport.

M. Chevallier rappelle un fait analogue à celui que vient de signaler M. Villermé. Un corps d'armée en Allemagne, n'ayant que des pommes de terre à manger, fut pendant tout ce temps en proie à une diarrhée qui ne cessa que lorsque les hommes purent joindre du pain à cet aliment.

M. Rochoux : Non-seulement la gélatine ne peut pas pas nourrir, mais jointe à d'autres substances, elle est quelquefois nuisible. Je voudrais que ce fait fût plus explicitement exprimé dans le rapport.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

— M. P. Dubois a la parole pour la continuation de sa communication sur les engorgements et les déviations de l'utérus. (Voir ci-dessus.)

Il est cinq heures, la séance est levée.

(1) Séance de l'Institut du 28 janvier 1847.
(2) Traité de chimie, t. IX, p. 589.
(3) Analen der chemie und pharmacie, t. XIX, p. 343.

BIBLIOGRAPHIE.

ON THE PATHOLOGY AND TREATMENT OF SCROFULA (PATHOLOGIE ET TRAITEMENT DES SCROFULES); par le docteur Robert Mortimer Glover. — Un vol. in-8°.

DE L'ANALOGIE ET DES DIFFÉRENCES ENTRE LES TUBERCULES ET LES SCROFULES; par le docteur A. Legrand. — Un vol. in-8°. — Paris, 1849.

TRAITÉ PRATIQUE DES MALADIES SCROFULEUSES ET TUBERCULEUSES; par le docteur H. Lebert. — Un vol. in-8°. — Paris, 1849.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

La question à l'examen de laquelle nous nous sommes borné dans le précédent article, celle de l'identité des scrofules et des tubercules, fait l'objet unique de l'un des trois ouvrages dont nous nous occupons. M. Legrand, en effet, n'étudie les deux formes morbides dans leur étiologie, leur symptomatologie ou leur thérapeutique, que dans le but d'en faire ressortir, comme l'indique le titre du livre, *les analogies et les différences.* Nous en avons donc fini avec cet auteur. Quant à MM. Glover et Lehert, c'est toute l'histoire des scrofules et des tubercules qu'ils ont embrassée, histoire beaucoup plus compréhensive et plus complète chez le second que chez le premier. M. Glover, en effet, n'étudie la scrofule et le tubercule que d'une manière générale, consacrant quelques pages à peine aux localisations du produit morbide. Quels sont les caractères physiques et chimiques des matières tuberculeuse et scrofuleuse? Leur existence est-elle liée à celle de quelque altération du sang, du chyle, de la bile, de la lymphe, de la sécrétion gastrique ou de l'urine? Qu'est-ce que la diathèse scrofuleuse ou tuberculeuse (car nous savons déjà que c'est tout un pour M. Glover)? Par quels signes se révèle cette diathèse? Quelle est la nature essentielle de la maladie? Quelles sont ses causes générales? Quels moyens thérapeutiques réclame-t-elle, et quelle est la valeur particulière de chacun de ceux qui ont été préconisés, toniques, digitale, iode, huile de foie de morue, électricité, etc.? Tel est le cercle que l'auteur s'est tracé. M. Lehert ne s'arrête pas là; non content d'approfondir l'histoire générale des scrofules et des tubercules, il poursuit leur histoire particulière dans les glandes, la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, les organes des sens, les membranes muqueuses, les articulations, le système osseux et les organes internes. Il faut ajouter que, si M. Glover, comme on a pu voir par notre premier article, apporte à la science un contingent d'expériences chimiques dont M. Lebert est dépourvu, celui-ci, en revanche, procède partout ailleurs à l'aide de documents plus précis, plus rigoureux, où l'on devine la sévère école de l'un des maîtres de M. Lehert, de l'honorable M. Louis. L'auteur anglais ajoute peu de chose à la science courante, il ne la controlle presque jamais; mais il en apprécie les données avec sagacité, et, sans porter un regard bien minutieux sur les questions, les juge pourtant avec fermeté et sagesse. L'auteur français, riche d'observations, porté, par la nature de son esprit, à la recherche du détail et de la particularité, signale des faits nouveaux, ne craint pas de se mesurer, tout armé de chiffres, avec les opinions les plus accréditées et les plus anciennes, et ne s'effraye pas de nier ce qu'on croit ailleurs très-fermement. Somme toute, il y a infiniment plus à apprendre chez M. Lehert : on y apprend des choses tout à fait neuves; on y apprend à douter; mais peut-être le passé de la science, l'assentiment unanime, y sont-ils un peu trop sacrifiés à la recherche personnelle.

Cette appréciation d'ensemble, nous allons tâcher de la justifier par quelques exemples; c'est à cela que devra se borner notre analyse, dans l'impossibilité où nous sommes de parcourir toute l'histoire des scrofules et des tubercules, et de leurs nombreuses manifestations, et regrettant d'ailleurs que l'extrême longueur du précédent article ne nous laisse pas pour celui-ci toute la place que mériteraient l'importance du sujet et celle des travaux soumis à notre examen. Nous emprunterons ces exemples successivement à l'anatomie pathologique, à l'étiologie, à la symptomatologie et à la thérapeutique.

L'anatomie pathologique des tubercules et des scrofules est étudiée avec beaucoup plus d'étendue chez M. Lebert que chez M. Glover. L'un et l'autre sans doute apportent un grand soin à la détermination des caractères physiques et chimiques propres aux deux produits morbides; mais le premier y ajoute, sur l'évolution de ces produits, des recherches anatomiques et microscopiques d'une finesse, d'une délicatesse, qu'on chercherait vainement dans l'auteur anglais. Ainsi, après avoir établi que le mécanisme du ramollissement du tubercule consiste essentiellement dans la liquéfaction de la substance transparente répandue entre les corpuscules tuberculeux, lesquels se désagrégent et augmentent de volume, il ne distingue pas moins de quatre formes de ramollissement. Dans la première, le tubercule se ramollit dans son centre, sans inflammation des parties voisines, et conséquemment sans mélange de pus. Dans la seconde, la liquéfaction est moins complète; le tubercule devient friable et granuleux et ressemble à du fromage rongé par des cirons. La troisième forme consiste dans la coïncidence du ramollissement central et de la suppuration périphérique. Dans la quatrième enfin, les éléments du pus et ceux du tubercule ramolli sont confondus et il n'y a plus de limites distinctes entre les deux produits. La transformation crétacée, la cicatrisation des ulcères tuberculeux sont étudiées avec le même scrupule. Que s'il s'agit des manifestations tuberculeuses et scrofuleuses des diverses parties du corps, M. Lebert vous dit très-exactement quels sont, dans la tuberculisation glandulaire, les éléments de la glande elle-même qui s'altèrent et de quelle façon ils s'altèrent; il montre que la glande tuberculeuse ou scrofuleuse s'hypertrophie fréquemment et présente alors au microscope des vaisseaux, du tissu fibro-plastique et des globules glandulaires; il vous apprend la composition microscopique des croûtes cutanées dans les dermatoses scrofuleuses, le pus desséché prédominant dans l'impétigo, l'épiderme dans l'eczéma; il ne néglige aucun des caractères propres à faire distinguer la teigne faveuse ou végétale de la fausse teigne ou dermatite exsudative du cuir chevelu, etc., etc. Les notions de ce genre, notions utiles, affectant le diagnostic, le pronostic et très-souvent le traitement, abondent, nous le répétons, dans l'ouvrage de M. Lebert. Elles en forment la partie saillante, et témoignent d'une sévérité laborieuse dans l'investigation, d'une préoccupation active des intérêts de la science au moins autant que de ceux de la pratique.

Dans l'étiologie, la rigueur de procédé qui n'abandonne jamais M. Lebert prend pour arme la statistique; et peut-être alors ne conserve-t-elle plus tous ses avantages. Voyons, par exemple, l'hérédité. Sur 132 familles d'individus scrofuleux ou tuberculeux, M. Lebert en a rencontré 87 où un examen attentif n'a pu saisir de traces d'hérédité. Sur ces 87 familles, il y avait 29 scrofuleux purs, 12 atteints de scrofules et de tubercules externes et 46 de tuberculisation sans complication scrofuleuse. Restent donc 45 individus dont les familles offraient l'hérédité scrofuleuse ou tuberculeuse, à savoir : 1° 11 malades, dont 8 scrofuleux et 3 scrofuleux et tuberculeux étaient issus de familles scrofuleuses; 2° 23 malades, dont 3 scrofuleux, 8 scrofuleux et tuberculeux et 12 tuberculeux sans complication scrofuleuse étaient issus de parents tuberculeux; 3° 11 malades, dont 4 scrofuleux et 7 scrofuleux et tuberculeux étaient issus de familles dans lesquelles les scrofules et les tubercules étaient héréditaires. L'hérédité a donc manqué dans les *deux tiers* des cas. Et M. Lebert fait ressortir le contraste qui existe entre ce résultat statistique et l'opinion générale. Il ajoute, il est vrai, de judicieuses remarques sur la difficulté d'arriver, en pareille matière, à des résultats positifs; mais la conclusion définitive n'en est pas moins que *l'hérédité est l'exception dans les tubercules*, proposition conforme du reste, nous devons le reconnaître, à celles de M. Louis et de MM. Rilliet et Barthez. Eh bien! malgré l'autorité de ces noms, nous hésitons encore à accepter le caractère exceptionnel de l'hérédité dans les affections tuberculeuses. Il y a des questions posées de telle manière dans la science que presque jamais l'observation ne dit à leur égard toute la vérité; ce sont celles dont la solution exige un ensemble de conditions qu'on ne rencontre que très-difficilement; de telle sorte que le fait cherché existe, selon toute vraisemblance, plus fréquemment que ne le montre l'observation. Ainsi, il est bien clair que beaucoup de malades tuberculeux ignorent s'il a existé ou non des tuberculeux parmi leurs ascendants et, l'ignorant, doivent déclarer qu'il n'en a pas existé. Quant aux descendants, tel qui n'est pas tuberculeux au moment de l'observation peut le devenir ultérieurement, et on aura commis une erreur en l'inscrivant dans la colonne de la non-hérédité. La question ne pourrait être bien jugée, à notre sens, que dans la pratique civile, là où le médecin vit en commerce habituel avec les familles des malades. Il faudrait que le médecin pût affirmer l'état de santé du père, de la mère, des grands parents, comme il peut affirmer celui du tuberculeux actuellement soumis à ses soins. Dans ces conditions, impossibles à réaliser dans les hôpitaux, nous sommes porté à croire que l'hérédité des tubercules apparaîtrait plus fréquente que ne le disent les auteurs cités plus haut. Nous aurions à présenter des remarques analogues pour la plupart des autres questions du domaine de l'étiologie. M. Lebert, d'accord en cela avec MM. Rilliet et Barthez, nie l'influence isolée du défaut d'aération et celle d'une mauvaise nourriture sur la production des tubercules. Est-ce là une proposition *absolument* vraie? Nous croyons bien que l'habitation d'un logement obscur et humide, ou l'usage d'une nourriture non suffisamment réparatrice, ne détermineraient pas de tubercules chez l'individu non prédisposé et bien constitué. Mais si l'on pouvait rencontrer deux cents individus placés dans des conditions identiques de santé, de tempérament, d'hygiène, d'antécédents de famille, etc., que cent d'entre eux fussent mal nourris ou mal logés, et les autres bien nourris et bien logés, est-il certain qu'il n'y aurait pas plus de tuberculeux chez les premiers que chez les seconds? C'est ce que personne ne peut affirmer. Et nous sommes même d'autant plus disposé à croire le contraire que, suivant MM. Rilliet et Barthez et aussi suivant M. Lebert, le défaut d'aération et la mauvaise nourriture *réunis* développent *souvent* la diathèse tuberculeuse. Or comment deux conditions hygiéniques, innocentes séparément, auraient-elles ensemble une si funeste influence? Deux zéros ne font pas une unité. Il faudrait donc admettre que la fonction de ces deux causes pathologiques aurait pour effet de développer quelque principe morbide inconnu. Mais qui pourrait hasarder la moindre conjecture à ce sujet? N'y a-t-il pas lieu de penser, au contraire, que chaque cause isolément possède une certaine dose de nocuité, trop faible pour avoir été jusqu'ici mise en évidence par la statistique?

Notre opinion paraît être celle de M. Glover; ou plutôt, sans s'expliquer sur la valeur de la statistique appliquée à l'étiologie de la scrofule, il maintient, d'après les faits observés par lui, l'hérédité fréquente de cette maladie. Il apporte aussi des documents précieux à l'appui de l'influence d'une aération insuffisante sur la tuberculisation. Ce sont des faits généraux, il est vrai, dont on peut toujours attaquer l'exactitude; mais nous les croyons, pour notre compte, dignes de la plus sérieuse attention; celui, surtout, où il s'agit d'un village autrefois fécond en scrofules, et qui n'en offre plus d'exemples depuis qu'on en a modifié les conditions d'aération.

Pour poursuivre l'appréciation de la méthode de M. Lebert dans la pathologie proprement dite, nous choisirons pour exemple les affections osseuses. Pour lui, la carie scrofuleuse et l'affection tuberculeuse des os sont deux choses très-distinctes. Nous aurions été heureux de trouver dans l'ouvrage des raisons décisives à l'appui de cette distinction. M. Lebert n'en apporte d'autres que celles fournies par l'examen microscopique des caractères différentiels du pus et du tubercule. Nulle part, à notre sens, il n'a mieux montré à quelles méprises peut être conduit le plus excellent esprit quand il s'en rapporte trop exclusivement aux témoignages des sens et aux méthodes dont le caractère est d'en agrandir la sphère. Ainsi, à l'appui de la différence par lui établie entre la carie et l'ulcération tuberculeuse des os, M. Lebert rapporte plusieurs exemples de carie vertébrale *non tuberculeuse*, chez des sujets qui, de son aveu, portaient des tubercules à différentes périodes dans les poumons, les intestins ou les ganglions sous-cutanés. Et pourquoi la carie des vertèbres n'était-elle pas tuberculeuse? Parce que les globules recueillis n'offraient pas les caractères microscopiques du tubercule. Et cependant notre sagace auteur avait eu soin d'établir au commencement de son ouvrage, à l'article *Fonte des tubercules*, que, « dans la fonte, le globule tuberculeux perd complétement ses caractères individuels et finit par se dissoudre en une matière qui n'offre plus de molécules caractéristiques. » La logique est plus vieille, mais elle n'est pas moins sûre que le microscope. M. Glover ne fait pas une telle distinction théorique.

En ce qui concerne enfin la thérapeutique. M. Lebert fait preuve d'une connaissance de la matière, d'une expérience pratique de beaucoup supérieures à celle du médecin anglais. Il ne *flatte* pas les médicaments, si on nous passe cette expression, mais nous croyons qu'il les juge en général avec équité. A cet égard, et c'est avec raison cette fois, comme nous l'avons fait nous-même dans le précédent numéro, il établit une différence essentielle entre les affections scrofuleuses et les affections tuberculeuses. L'impossibilité de la résorption du tubercule, la difficulté de son élimination, sont des obstacles apportés à l'efficacité de tous les moyens locaux, pommades iodurées, douches, etc., et même à celui des moyens généraux. Aussi M. Lebert, après avoir accordé, dans la partie de son ouvrage consacrée aux généralités, une confiance marquée à l'huile de foie de morue, à l'iode, et à quelques autres agents médicamenteux, entre en défiance contre eux dans le chapitre relatif aux engorgements glandulaires externes, par cette raison très-juste que les glandes externes dites scrofules contiennent presque toujours des tubercules. Cette distinction, nous le répétons, importante, manque à l'ouvrage de M. Glover, dominé en cela par une fidélité excessive à l'opinion de l'identité. Nous recommandons aussi, très-particulièrement, dans M. Lebert, un chapitre consacré au traitement chirurgical des engorgements glandulaires. Nulle part, peut-être, cette partie du traitement n'a été exposée plus complétement et avec plus de sagesse.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

RAPPORT DE M. THIERS SUR L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — MALADIES DE L'UTÉRUS.

Qui n'a pas lu le beau rapport de M. Thiers sur la question de l'assistance publique? On a tout dit sur cette sorte de claire-vue de tous les objets, sur cette merveilleuse lucidité d'exposition qui distinguent l'éminent écrivain. Nul mieux que lui, aussi bien que lui, ne pouvait parcourir cette longue série de problèmes qui viennent se poser devant le dispensateur de l'assistance, c'est-à-dire l'État, et qui varient pour les différentes périodes de la vie humaine, l'enfance, l'adolescence, l'âge mûr et la vieillesse. Il n'est donc pas douteux que M. Thiers n'ait fidèlement et complétement rendu les travaux de la commission générale. Aussi est-ce à la commission elle-même et non au rapporteur que nous adresserons les quelques remarques qui vont suivre.

La commission a embrassé sans doute une foule de questions; elle a entrepris et achevé un travail considérable, et pourtant nous osons regretter qu'elle n'ait pas fait davantage. L'assistance comprend deux points de vue, unis par des rapports étroits, mais non confondus, le point de vue social et le point de vue charitable. Rien de plus complet et de mieux ordonné, si l'on en juge par les généralités où se tient le rapport, que l'étude de toutes les questions relatives au premier point de vue. Tours, asiles pour les enfants trouvés, crèches, bureaux de nourrices, régimes des prisons, droit au travail, crédit foncier, associations ouvrières, moyens de parer aux chômages, abolition de la mendicité, caisses d'épargne, caisses de retraite, tout cela a été étudié, discuté, réglementé. Mais le côté de l'assistance qui touche le plus directement la médecine, le côté charitable, paraît avoir été moins approfondi. Ce n'est pourtant pas, à de certains égards, le moins important. Si la société ne doit à l'homme valide qu'aide et protection, si toute son obligation se borne à lui adoucir les fatigues du travail, à lui faciliter la voie de l'épargne, à lui ouvrir la perspective d'une vie assurée dans la vieillesse, elle doit plus à l'incapacité physique de travail; elle lui doit (ce n'est pas une expression humiliante), elle lui doit la charité publique. La commission ne l'a pas oublié, sans doute; elle l'a prouvé en s'occupant des sociétés de maternité, du travail des enfants dans les manufactures, de l'assainissement des logements, des maisons d'aveugles et de sourds-muets, des hospices de vieillards. Mais elle s'est arrêtée à ces institutions comme si elles étaient les seules qui dussent préoccuper les pouvoirs publics. Chose singulière, la commission recherche les moyens de préserver contre de funestes atteintes la santé des gens valides, de rendre à la vie sociale par une éducation particulière le malheureux que l'absence d'un sens principal en a retranché, d'assurer le vivre et le repos aux vieillards; elle va même jusqu'à étendre sa sollicitude sur les femmes en couches; et le pas qui conduit de l'infirmité et de la grossesse à la maladie proprement dite, elle ne le franchit pas! Rien des hôpitaux, rien des bureaux de secours. Nous ne savons si les rapports des commissions spéciales contiendront quelque développement inattendu; mais voici comment s'exprime le rapport général: « Bien que les *hospices* servent à tous les âges de la vie (il y a des infirmités redoutables qui réduisent l'homme à l'impuissance), cependant c'est à l'âge avancé que les *hospices* sont surtout applicables, et c'est surtout dans la catégorie des établissements relatifs à la vieillesse que votre commission a cru devoir les ranger. » Et afin qu'il ne reste aucun doute sur le caractère des établissements dont la commission entend s'occuper, le rapport ajoute dans les conclusions: « Enfin restent, *pour la vieillesse*, les *hospices* dont on ne peut pas développer à volonté les ressources, mais dont on peut rendre l'usage moins pénible pour le peuple, moyennant quelques modifications dont l'utilité, l'à-propos sont en discussion. » Ainsi il paraît constant que le projet de loi sur l'assistance publique laissera en dehors de ses dispositions toute la partie de l'assistance destinée aux malades indigents. Nous le regrettons, parce que cette partie, plus encore que beaucoup d'autres, attend une nouvelle organisation, et qu'il n'y a de bien conçues et de durables, en fait d'améliorations sociales, que les œuvres d'ensemble où tous les intérêts se sont rencontrés et éclairés mutuellement. Nous nous en étonnons, parce que la connexion entre les questions relatives à l'assistance publique des malades et celles qui concernent l'assistance des infirmes est si étroite qu'elle semblait devoir inviter la commission à s'occuper des unes aussi bien que des autres. Le rapport laisse entrevoir que, sans chercher à réduire les hospices existants, on songe à employer les nouvelles ressources dont on pourrait disposer à l'avenir à des secours distribués à domicile, quand il s'agirait d'infirmités temporaires, ou à de petites pensions de plus longue durée, quand il s'agirait de maladies incurables. Eh bien! cette question des secours à domicile, elle se rattache à l'organisation des hôpitaux et des bureaux actuels de secours autant qu'à celle des hospices; il y aurait donc en avantage à rassembler le tout dans une même étude.

Nous attendrons les rapports spéciaux pour en apprécier les solutions pratiques, en ce qui est du domaine de la médecine. Quant à présent, nous nous bornerons à exprimer un regret: c'est de voir certaines questions, telles que celles du travail des enfants dans les manufactures, de l'assainissement des logements, des hospices, etc., tranchées par une commission qui ne renfermait pas, croyons-nous, un seul médecin. C'est pourtant à la science médicale, aux livres médicaux, que, pour la plupart d'entre elles, il aura fallu demander les éléments de solution. Espérons qu'il ne sera pas résulté de cet état de choses de trop graves inconvénients.

— La discussion sur les maladies de l'utérus a continué dans la dernière séance de l'Académie; mais la brièveté de la séance, raccourcie par un comité secret, n'a permis de donner la parole qu'à un seul orateur. M. Velpeau s'est surtout attaché à répondre à la dernière argumentation de M. Huguier, et est encore revenu sur la définition de l'engorgement et sur l'extrême rareté de l'engorgement simple. Comme cette question sera reprise et agrandie sans doute dans la séance prochaine, nous attendrons la fin du débat pour nous en expliquer une dernière fois. Nous pouvons seulement affirmer aujourd'hui, en toute sûreté de conscience, que la discussion sur l'engorgement simple continue à rouler sur une pure logomachie. Il sera facile d'en donner la preuve en temps et lieu.

Feuilleton.

CHRONIQUE MÉDICALE.

Modes de nomination à l'Académie de médecine. — Une fausse peur. — Demi-confidences. — Récompenses nationales. — *Desideratum*.

C'en est fait, dit-on, du mode de recrutement actuel de l'Académie de médecine; le temps est venu de reprendre le mode ancien, qui est celui de toutes les sociétés savantes. C'était là l'objet bien connu de ce comité secret auquel M. le secrétaire perpétuel renvoyait mardi dernier M. Girardin, pour avoir l'explication d'un fait étrange, inouï, impossible, dont l'honorable académicien s'était montré presque autant blessé que surpris, à savoir, l'absence de toute candidature pour une place vacante. On va voir qu'il n'en était rien au fond, et que le défaut de déclaration officielle n'impliquait pas le défaut de compétition, tant s'en faut! Mais au premier moment, n'ayant pas de motifs pour douter du fait allégué par M. Girardin, savez-vous à quelle cause nous l'avons de suite attribué? Au temps pluvieux. On pourra se moquer de notre perspicacité; mais assurément ceux qui auraient ce mauvais goût prouveraient seulement qu'ils n'ont pas été en mesure d'apprécier dans toute leur étendue les infortunes d'une candidature d'hiver. Ils n'auraient pas rencontré, comme nous, de ces pauvres assiégeants des portes olympiques, *dii minores* visant au *dii majores*, les pieds dans la neige fondue, le collet du paletot relevé sur les oreilles, le chapeau sur les yeux, le nez rouge, et faisant leur deux cent trentième visite! Que le roi Léar, barbottant dans la bruyère par un horrible ouragan, nargue les vents et la pluie: « La tempête soulevée dans mon âme fait taire toute autre impression et absorbe ma sensibilité tout entière. » Bon pour le roi Léar déjà un peu fou. Mais chez de futurs académiciens, qui généralement jouissent de toute leur raison, il n'est pas probable que la chaleur de l'ambition empêche le froid aux pieds et soit un préservatif contre les rhumes de cerveau. Aussi, nous le répétons, nous ne serions pas revenus d'étonnement si nous apprenions qu'un candidat privé de véhicule, ce qu'on pourrait appeler un candidat d'infanterie, s'est désisté devant les menaces de son baromètre.

Mais, comme nous le disions, personne n'a encore eu cette faiblesse. La place vacante sera disputée, et d'autres après celle-là; car le nombre des places va se multiplier. L'Académie, dans son comité secret, a été informée que bientôt chaque extinction allait amener une vacance. On sait le mode de recrutement actuel de la compagnie, et l'origine de ce mode. Le chiffre normal des titulaires est 100. Cent lumières ont paru, lors de la création, suffisantes pour éclairer l'enceinte académique; mais leur nombre a été notablement augmenté il y a une vingtaine d'années par la collation du titre au corps entier des adjoints, qui a été du même coup supprimé. A partir de ce moment, soit qu'une telle profusion de clartés ait fait craindre une sorte d'éblouissement peu favorable à la

CHOLÉRA-MORBUS.

MÉMOIRE SUR QUELQUES ACCIDENTS NERVEUX CONSÉCUTIFS AU CHOLÉRA ET SUR LEUR TRAITEMENT PAR LES ARMATURES MÉTALLIQUES; par M. V. BURQ, élève des hôpitaux.

Le titre de ce mémoire indique suffisamment que nous n'avons pas pour but d'examiner ici tous les accidents consécutifs au choléra. Nos prétentions se bornent à donner la description symptomatique, à rechercher la cause et le traitement de quelques accidents nerveux qui, dans cette maladie, n'ont été, que nous sachions, signalés par personne, et que l'on retrouve souvent dans beaucoup d'autres affections. Aussi l'étude que nous allons essayer d'en faire tire-t-elle de cette dernière circonstance un nouvel intérêt, et peut-être eût-il mieux valu intituler ce travail : DES SPASMES MUSCULAIRES EN GÉNÉRAL, ET EN PARTICULIER DE CEUX CONSÉCUTIFS AU CHOLÉRA. Mais c'eût été nous engager à fournir ici des détails, qui trouveront beaucoup mieux leur place ailleurs. Nous nous en tiendrons donc à notre premier programme, et plus tard il ne nous restera que peu de chose à ajouter pour remplir le second.

CHAPITRE PREMIER.

Dans la convalescence du choléra, et lorsque déjà les malades, complétement hors de danger, commencent à reprendre leur régime habituel et même leurs occupations, il survient tout à coup, sans cause connue ou seulement après un peu de fatigue, des phénomènes nerveux, graves en apparence, qui viennent jeter dans de nouvelles angoisses ces malheureux encore mal remis de leur dernière maladie.

Ces phénomènes, assez rares du reste, puisque parmi les nombreux malades de l'Hôtel-Dieu, du Val-de-Grâce, de la Salpêtrière, de Cochin et de la ville où nous avons dernièrement fait usage de nos armatures, nous ne les avons rencontrés que quatre fois, ne se sont présentés que chez des malades qui avaient offert, les uns beaucoup de symptômes nerveux et les autres pas du tout.

Ils consistent dans divers spasmes musculaires, complétement différents par le siége et la forme de ceux qui accompagnent ordinairement l'affection, dont ils nous ont paru la conséquence, et peuvent être distingués, tant sous le rapport de leur forme que sous celui de leur cause et de leur traitement, en deux espèces bien distinctes :

Spasmes symptomatiques;
Spasmes essentiels.

Les premiers, seuls sous la dépendance du système encéphalo-rachidien, sont produits par une *fluxion nerveuse*, ordinairement locale, et cèdent très-rapidement aux applications métalliques.

Les seconds, au contraire, plus généraux et plus rares, sans liaison aucune avec les centres nerveux, sont dus alternativement à une contraction et à un relâchement musculaire tonique, essentiel contre lequel les armatures sont sans influence.

Qu'on nous pardonne, dans notre définition, ces mots *fluxion nerveuse* dont nous serons obligé de faire un fréquent usage : synonymes de *congestion nerveuse*, ils expriment une idée neuve que nous croyons exacte et que nous espérons légitimer plus tard.

Les *spasmes symptomatiques*, au lieu de débuter par les membres inférieurs, comme cela arrive presque constamment pour les crampes cholériques, s'annoncent par de la chaleur et de la roideur, rarement par quelques crampes au niveau des coudes ou des mains, puis par de la contracture qui, après avoir gagné la plus grande partie des bras, devient permanente et donne lieu aux signes suivants :

L'articulation scapulo-humérale et la partie supérieure des muscles qui la séparent de celle du coude est complétement libre, mais toutes les autres articulations du bras et de la main sont comme soudées entre elles.

Les avant-bras, les poignets et les doigts sont si fortement fléchis, que ce n'est qu'au prix de grands efforts et de douleurs intolérables, qu'on parvient à les ramener à une rectitude incomplète et momentanée.

Les muscles durs et tendus sont le siége de douleurs déchirantes, que tous les mouvements communiqués, quelque bornés qu'ils soient, augmentent encore ; cependant la *pression* circulaire, douloureuse d'abord, soulage bientôt les parties qu'elle atteint et celles qui sont situées au-dessous.

La peau est chaude, moite, quelquefois humide, d'une *sensibilité obtuse*. Inutile d'ajouter que toute contraction volontaire est abolie, et que le malade ne peut se servir de ses mains pour faire quoi que ce soit.

Dans les 7 cas que nous connaissons de cette singulière affection, les spasmes n'avaient été *précédés d'aucun phénomène nerveux*, et sont *restés bornés aux membres supérieurs*.

Les *spasmes essentiels*, plus rares que les précédents, ne se sont présentés, sauf une fois, que sur des convalescents chez lesquels les symptômes nerveux avaient *prédominé*. Ils ont, dans les trois observations que nous rapportons plus loin, débuté, à l'intensité près, de la même manière : par quelques légères *crampes* et surtout par de la *contracture*; mais en même temps ou peu d'instants après ont apparu des *palpitations*, des *vibrations fibrillaires* des muscles qui, au lieu de rester bornées aux membres supérieurs, se sont dans deux cas généralisées et dans l'autre ont gagné la face et les membres inférieurs, sans atteindre ni la tête ni le tronc; au bout d'un temps plus ou moins long, les premiers phénomènes ont disparu et il n'est resté que les vibrations musculaires.

Ces vibrations, identiques à celles qu'on observe si souvent dans les désordres ataxiques de la fièvre typhoïde, semblables aux battements, aux palpitations musculaires que nous éprouvons à l'état de santé, lorsqu'une position fortuite vient à mettre les muscles dans un état convenable pour leur production, ont été très-évidentes partout où les muscles étaient superficiels ou cachés par une faible épaisseur de parties molles. Tantôt la sensation qui les accompagnait était celle de fourmis se promenant en tous sens à la surface des organes malades, tantôt celle de ces mêmes animaux, piquant et déchirant la chair. Ici les articulations ont été généralement libres, les muscles souples et les mouvements volontaires. Les douleurs n'étaient ni augmentées, ni soulagées d'une manière notable par la pression. La peau, chaude au début, s'est bientôt rapprochée d'une chaleur naturelle ; elle a conservé tout le temps une *sensibilité normale*; l'exhalation cutanée n'a pas été sensiblement augmentée.

Ces divers spasmes sont le plus souvent restés isolés, surtout après le début; mais doit-on regarder la contracture qui a toujours accompagné les

---

juste appréciation des choses, soit que les sévères exigences du budget se soient mal accommodées d'une augmentation dans la quantité des jetons de présence, il a été décidé qu'on n'ouvrirait qu'une vacance sur trois extinctions. Et en effet, jusqu'à présent l'Académie, semblable à un maître de maison économe, a attendu que le souffle du temps eût éteint chez elle trois lumières, gaz éclatant, modeste bougie ou fumeron obscur, pour en rallumer une. Mais voilà que, par ce procédé, plusieurs sections ont été ramenées à leur chiffre normal et que les autres sont près de l'atteindre. Il faut donc songer à revenir à l'ancien mode de recrutement. Or la difficulté est celle-ci : un vide venant à se produire dans une section ramenée *au pair*, convient-il de le remplir immédiatement, ou ne vaut-il pas mieux transporter la vacance dans une section encore surchargée, de manière à rentrer sur tous les points dans les limites du cadre normal, sauf à combler ensuite, d'un seul coup, toutes les lacunes entretenues par ce système d'échange? C'est la question qui a été agitée mardi, plus ou moins *secrètement*, devant l'Académie. Mais en écoutant aux portes, on risque d'entendre de travers : la *Chronique* ne se hasardera donc pas à vous dire ce qui a été conclu sur ces graves difficultés.

— Un honorable représentant, M. le général Fabvier, se plaignait, il n'y a pas longtemps, de la prodigalité avec laquelle se distribuaient les récompenses nationales. Tout le monde rendra justice à l'élévation et à la gravité des motifs invoqués par le brave militaire, et il appartient à ceux qui sont coutumiers d'abnégation de combattre l'abus des rémunérations extraordinaires. Si une perspective lointaine et ardue de faveurs a l'avantage d'exciter l'émulation, une perspective trop proche et trop aplanie a l'énorme inconvénient d'affaiblir le sentiment du devoir, de ne susciter dans les âmes que des élans intéressés, calculés, auxquels la personnalité peut très bien ster aussi bien que céder, et, en tout cas, bientôt suivis d'indifférence, d'énervement. Cette fausse idée des obligations de l'individu se propage par l'exemple, et au lieu d'hommes de bonne volonté qu'on voulait créer, on n'a plus que des spéculateurs en distinctions. Enfin le prix perd de sa valeur à mesure qu'il se multiplie, et par conséquent, au défaut de récompenser qui n'en est pas suffisamment digne, l'abus des faveurs publiques joint celui de ne pas récompenser dans une juste mesure le mérite éclatant et hors ligne. Il faut ajouter que l'honorable représentant s'élevait particulièrement contre les distinctions accordées pour services rendus à la cause de l'ordre dans les guerres civiles. Après les déchirements intérieurs, le deuil seul convient aux plus beaux triomphes.

Ces remarques du général Fabvier, nous tenons à constater qu'elles ne s'appliquent pas, qu'elles ne peuvent pas s'appliquer aux médecins. Et d'abord, la mission, aussi bien que le rôle du médecin, dans les guerres intestines, sont absolument différents de ceux du combattant. Il soulage au lieu de tuer; là est le principe d'une distinction capitale. Qu'il porte secours au soldat de l'ordre ou au soldat de la révolte, s'il le fait avec éclat, avec un dévouement supérieur, au péril de sa vie, il a également bien mérité du pays. Le deuil des funérailles, il n'a pas contribué à le répandre ; il s'est appliqué, au contraire, à le diminuer. Le sang des citoyens, il ne l'a pas versé : il l'a étanché, souvent au prix du sien; de sorte que, sous l'empire même du principe de la non-rémunération des services rendus dans la guerre civile, il faudrait, pour être juste, établir une exception en faveur du médecin.

spasmes essentiels comme une complication, c'est-à-dire comme symptomatique? Nous ne le pensons pas par la raison qu'elle n'a pas paru céder aux anneaux métalliques qui nous ont si bien réussi dans tous les spasmes de la première catégorie.

En même temps que les phénomènes locaux, on en observe de généraux, surtout dans les spasmes symptomatiques. Sous l'influence des douleurs et de l'agitation qui en résultent, la veille est continuelle, la soif augmente, l'appétit se perd, le pouls et la respiration s'accélèrent, la sueur mouille le visage, et la figure anguleuse exprime une très-grande anxiété.

Rien ailleurs, ni selles ni vomissements; intelligence intacte.

Lorsque les accidents locaux ont duré un temps plus ou moins long, qui peut aller jusqu'à dix-huit jours et plus pour les spasmes essentiels; ils cessent brusquement comme ils étaient venus, sans laisser d'autre trace de leur existence qu'un peu de gêne et de roideur; les derniers les suivent de près, et bientôt le malade trouve dans une nourriture suffisante et dans un sommeil réparateur l'entier rétablissement de ses forces et l'oubli de ses souffrances.

CHAPITRE II.

Maintenant, si de la description des symptômes nous passons à l'examen des causes, nous voyons tout d'abord l'impossibilité de prouver que les spasmes, dont il vient d'être parlé sous le titre d'accidents consécutifs, ne sont pas primitifs. Il n'est pas nécessaire en effet d'avoir eu le choléra pour les éprouver. Tous les praticiens ont observé ceux de la première série, à un degré plus ou moins élevé, sur des individus parfaitement bien portants que l'épidémie avait complétement épargnés jusque-là. Nous disons ceux de la première série, car il ne nous est arrivé de rencontrer des spasmes essentiels que sur des convalescents. Qu'on lise l'obs. 4 de notre mémoire et celle publiée dans L'UNION MÉDICALE du 10 juillet 1849, on y trouvera deux exemples remarquables de spasmes symptomatiques primitifs; nous pourrions en ajouter bien d'autres, et notamment citer le cas d'une malade de M. Rostan, couchée au n° 27 de la salle Saint-Antoine, qui, après avoir éprouvé pendant trois jours toute la série des spasmes symptomatiques, avec des accidents généraux portés au plus haut degré, fut guérie en quelques instants par l'application d'une armature métallique sèche; mais cela ne servirait en rien à éclairer la question, et le doute n'en persisterait pas moins.

Toutefois, si l'on songe que tous les convalescents qui les ont éprouvés ont présenté très-peu ou beaucoup de phénomènes nerveux; qu'ils ont eu des évacuations abondantes ou légères; peut-être ne serons-nous pas le seul à croire que lorsque, la période de réaction passée, une cause occasionnelle, même légère, vient à saisir l'organisme tombé dans le repos, elle brise facilement les ressorts que la fièvre avait tendus jusque-là, et que tantôt l'innervation, encore intacte, ayant cessé d'être en harmonie avec des organes affaiblis, dépense dans des désordres musculaires une certaine quantité d'influx nerveux devenue inutile; tantôt la fibre musculaire qui, elle aussi, n'est plus maintenue à son degré de tension ordinaire par la diminution de la quantité et de la qualité des fluides pondérables et impondérables, entre en vibrations, comme une corde mal tendue par la cause la plus légère, jusqu'à ce que le muscle ait repris toute sa tonicité.

Quoi qu'il en soit de la cause éloignée, la cause prochaine et directe nous paraît être, pour les *spasmes symptomatiques* comme pour les *crampes*, une congestion, une fluxion nerveuse; et pour les *spasmes essentiels*, une vibration fibrillaire propre au muscle, essentielle comme les vibrations qu'on observe sur un membre amputé, une et deux heures après que l'instrument tranchant a fait cesser toute communication entre lui et le cerveau. Ceci soit dit non-seulement pour les spasmes qui précèdent ou suivent le choléra, mais encore pour les spasmes musculaires de toute espèce.

Et la preuve qu'il en est très-probablement ainsi, c'est que, dans les *spasmes symptomatiques*, la *sensibilité* de la peau est diminuée et la *chaleur* augmentée, la *contractilité*, devenue très-puissante, n'est pas en rapport d'énergie et de durée avec les forces apparentes du malade, tandis qu'aucune des trois n'est bien modifiée dans les *spasmes essentiels*.

Une étude longue et attentive des faits, nous a appris qu'il en est ordinairement ainsi toutes les fois qu'un ou plusieurs organes deviennent le siége d'une *fluxion nerveuse*.

Qu'on voie plutôt ce qui se passe dans les phénomènes convulsifs de l'hystérie, lorsqu'une hystérique, faible d'ordinaire, malgré les apparences de la plus grande vigueur, incapable d'une contraction musculaire énergique, éprouve une de ces attaques périodiques où, suivant nous, et nous espérons en fournir bientôt les preuves, elle se débarrasse d'une énorme quantité d'influx nerveux que l'inertie de ses organes lui avait permis d'amasser pendant un ou plusieurs jours. Ce qui frappe le plus l'observateur, c'est l'insensibilité, la chaleur des parties convulsées et l'énergie des contractions musculaires. Il y a insensibilité, parce que l'action réflexe n'a plus lieu vers le cerveau; les nerfs ont cessé de lui transmettre les impressions, de même, nous demandons grâce pour cette comparaison, qu'une nappe d'eau, lorsqu'elle est changée en torrent, ne renvoie plus sur ses bords l'ondulation qu'y déterminait avant la chute d'une pierre. La chaleur et les contractions sont en rapport direct de puissance et de durée avec la somme et la vitesse des courants nerveux qui se portent vers la périphérie.

Mais n'allons pas plus loin, nous risquerions de diminuer, par des hypothèses, la certitude des faits que nous avons constatés.

Si nous avions publié nos expériences *qui nous paraissent* établir l'existence certaine d'un fluide, particulier qui préside en nous à tous les mouvements et à toutes les sensations, comme la vapeur préside au jeu d'une machine, nous pourrions spécifier, dire ce que nous entendons par influx nerveux, et rechercher la manière d'agir de ce fluide dans la production des spasmes symptomatiques; leur véritable cause une fois bien démontrée, il nous serait facile de de nous expliquer sur l'action de la *compression*, de l'*électricité*, et particulièrement sur celle des *métaux* secs et humides.

Alors nous pourrions prouver aisément que nos armatures, qui se sont montrées si efficaces contre les crampes et tous les spasmes de la même nature, agissent en soutirant ce fluide nerveux ou autre, peu importe le nom, en pratiquant, comme nous l'avons déjà décrit, une sorte de *saignée nerveuse*, et non, comme l'a dit un membre très-honorable de l'Académie de médecine, en exerçant une heureuse compression, qui, comme le démontrent les observations I, II et IV de ce mémoire, n'a rien à revendiquer dans leur succès.

Mais, nous le répétons, nous devons et nous voulons rester ici dans les plus sages limites; et si quelquefois nous nous sommes risqué à paraître moins réservé, c'était afin d'établir notre priorité à l'égard de vues théoriques qui, si elles ne sont pas vraies, nous ont du moins conduit aux conclusions thérapeutiques les plus fécondes.

Mais on sait bien que les exceptions dont le corps médical est parfois l'objet ne sont pas de cette nature. On prend soin ordinairement de lui éviter tout prétexte de plaintes analogues à celles de M. le général Fabvier. Dans la répartition qui a eu lieu à la suite des journées de juin, la part des médecins, si on la compare à celle de l'armée et de la garde nationale, n'a certes rien eu d'excessif. Il en a été de même des récompenses accordées à la suite du choléra; nous parlons surtout des distinctions relevées, de celles qui comptent dans le monde, des nominations dans l'ordre de la Légion d'honneur; car, pour les médailles, le gouvernement n'a pas été plus parcimonieux que de raison, du moins à Paris. Nous concluons donc, pour en revenir à notre point, que le dévouement du corps médical n'est pas exposé à s'endormir dans la profusion des récompenses nationales; mais nous ne nous en tiendrons pas là. La question du nombre éveille naturellement dans l'esprit celle, plus importante peut-être, de la répartition. Les récompenses de diverses natures sont-elles convenablement réparties dans le corps médical? Sinon, à quoi cela tient-il, et comment pourrait-on y remédier? Voilà sur quoi on nous permettra de dire notre avis.

Pour savoir si la distribution des récompenses est équitable, il n'y a qu'à interroger le premier médecin venu. A moins qu'il ne compte parmi les privilégiés, il criera à l'abomination; bien plus, même privilégié, il criera encore, non au sujet de sa propre distinction, bien entendu, mais au sujet de celles d'autrui. Il y a dans ces plaintes beaucoup d'exagération et un peu d'envie; il y a aussi un fond de vérité. Inutile d'étendre l'index vers tel ou tel confrère; une courte comparaison entre certains élus et certains exclus aura bientôt édifié qui voudra l'être. C'est surtout au sujet des médailles du choléra qu'on a élevé des récriminations, et l'on raconte là-dessus d'incroyables anecdotes: on cite, par exemple — c'est un propos dont nous ne prenons pas la responsabilité — un médecin de Paris, non pratiquant, qui n'aurait pas quitté ses pantoufles et sa robe de chambre depuis la première nouvelle de l'arrivée du choléra à la barrière Saint-Denis jusqu'à l'extinction complète de l'épidémie, et dont l'airain racontera le dévouement aux générations les plus reculées. Une pareille erreur, si elle a eu lieu, dépasse toutes les bornes, et n'est excusable sous aucun mode de répartition; mais la plupart des autres, moins monstrueuses, sont la conséquence presque inévitable du mode actuel, et doivent moins provoquer l'étonnement ou la plainte que pousser à la recherche des moyens de les rendre, à l'avenir, impossibles ou moins fréquentes.

Les professions libérales sont peut-être de toutes les plus exposées à une répartition aveugle des faveurs de l'autorité. La raison en est simple; c'est que, n'agissant pas sous l'œil de l'autorité comme la magistrature ou l'armée, elles ne se font connaître à elle que par des intermédiaires. De là, une double chance d'erreur; la chance de ne pouvoir, faute d'intermédiaires, transmettre la preuve de services réels, et celle de faire attester par des intermédiaires complaisants des services imaginaires. La profession médicale se trouve plus particulièrement encore dans cette situation, parce que, plus que celle des avocats, plus que celle des artistes, elle se dérobe au jugement des dispensateurs de récompenses.

La première conséquence de ce fait, conséquence fortifiée encore, comme on l'a vu, par le résultat expérimental, c'est que le gouvernement ne devrait pas être seul arbitre des distinctions honorifiques accordées au corps médical. Le gouvernement lui-même semble l'avoir senti dans ces derniers temps; mais ses bonnes intentions à cet égard l'ont jeté dans des expédients plus commodes

CHAPITRE III. — TRAITEMENT.

Dans le traitement des spasmes symptomatiques, crampes, contracture, constriction épigastrique, etc., nous n'avons vu, en dehors des armatures métalliques, aucun des nombreux moyens employés réussir assez fréquemment et assez vite pour donner la préférence à tel ou à tel autre.

Ainsi, si dans les crampes peu intenses, qui cèdent habituellement à un ou deux bains d'air chaud, les *frictions* ont souvent paru utiles, abstraction faite des douleurs ou des nouvelles causes de refroidissement et de la difficulté qui accompagnent leur emploi.

Dans les accidents nerveux plus sérieux, elles ont généralement échoué, ou n'ont produit que des effets momentanés, soit qu'elles fussent sèches, soit qu'on les fit avec les divers baumes et liniments qui ont été conseillés, tels que baume de Fioraventi, liniment d'huile d'amandes douces et de laudanum, huile de camomille camphrée, mélange de laudanum et de chloroforme, ou de baume de Fioraventi et de chloroforme.

Les *révulsifs*, dont plusieurs médecins et surtout M. Martin-Solon ont fait un grand usage, promenés sur tous les points douloureux, nous ont semblé avoir plus de succès.

Le *chloroforme*, appliqué tout le long de la colonne vertébrale, a produit, nous a-t-on assuré, d'excellents effets.

La *compression* avec des bandes fortement serrées a rendu, entre quelques mains, des services dans les spasmes des membres. Nous l'avons nous-même essayée plusieurs fois; mais nous devons dire que lorsque les douleurs des membres ont été calmées, elle nous a paru augmenter les spasmes du tronc.

Les *stupéfiants* et les *antispasmodiques* ne sont venus qu'en dernière ligne.

Quant aux *bains d'eau*, ils ont été si heureusement remplacés par les bains d'air chaud, que nous ne les avons vu employer qu'une seule fois. Cependant nous sommes porté à croire que, dans le choléra sec, c'est-à-dire celui où le malade n'offre que des crampes sans évacuation et sans refroidissement, un bain prolongé d'eau salée dans une baignoire en cuivre serait vraiment utile.

Si maintenant on analyse sans prévention les cas où les *armatures métalliques, sèches* ou *humides*, ont réussi, on verra que dans plus de *cent observations*, qu'il nous serait possible de rapporter, elles ont eu un succès si constant et si rapide qu'il n'y a aucune exagération de notre part à les conseiller comme un moyen *presque* infaillible de soulager ou de faire cesser à l'instant tous les spasmes symptomatiques; nous en exceptons cependant ceux qui, siégeant sur des organes profondément placés, tels que le diaphragme et l'estomac, n'ont pas toujours cédé à l'emploi de ce moyen, surtout lorsque les malades avaient beaucoup d'embonpoint.

A l'hôpital Cochin, les heureux effets des armatures étaient et sont si avérés, que notre excellent et honoré maître M. Nonat se reposait sur nous du soin de *décramper* tous les cholériques de ses salles.

Dans les *spasmes* symptomatiques primitifs ou consécutifs, limités comme ceux qui font le sujet de ce mémoire, si les anneaux manquent, on pourra les remplacer par des bandes de cuivre mince, par des ustensiles de ménage du même métal, ou par un courant électrique, comme dans l'observation I. Nous recommandons seulement, si le métal sec ne suffit, de le mouiller par le procédé que nous avons indiqué; ou si la galvanisation n'a que des effets momentanés, de la répéter une et plusieurs fois, jusqu'à ce que les accidents aient complétement cessé.

Mais si les crampes sont générales et très-intenses, quoique les simples bandes de cuivre puissent encore être utiles, comme la communication de deux de nos collègues nous en fournit des exemples, elles sont d'une application si incommode et elles tiennent si peu aux membres que, dans ce cas ainsi que dans les convulsions hystériques, pour retirer des conducteurs métalliques tout ce qu'ils peuvent donner, il est nécessaire de faire usage d'une armature dont toutes les pièces, chauffées à l'avance, s'appliquent bien exactement.

Dans les spasmes essentiels, tous les moyens dont nous venons de parler, et bien d'autres encore, ont jusqu'ici complétement échoué.

Chez les malades de MM. Martin-Solon et Pidoux, toutes les ressources de la matière médicale furent passées en revue; le premier subit en outre des applications métalliques et électro-métalliques, plus la compression des membres. La maladie n'en dura pas moins chez l'un et l'autre trois semaines, pendant lesquelles le sommeil fut entièrement aboli.

La malade de M. Nonat, qui, pendant son attaque de choléra, n'avait eu que peu de symptômes nerveux, fut moins profondément atteinte, et guérit spontanément au bout de quelques heures.

Toutefois, si les vibrations fibrillaires qui constituent les spasmes essentiels tiennent réellement, comme nous le croyons, à un défaut de tonicité des muscles, il y a tout lieu d'espérer qu'on retirerait un grand bien de l'emploi des toniques et des immersions froides.

SPASMES SYMPTOMATIQUES.

OBS. I. — Le 14 juillet, la fille Bavière, 19 ans, journalière, entre au n° 13 de la salle Saint-Philippe (hôpital Cochin).

Maladie : choléra grave (vomissements incessants; selles caractéristiques, mais pas de *crampes*.)

Convalescence le 20. Le 23, une portion.

Le 24 au matin, après une nuit un peu agitée, les membres supérieurs, depuis les coudes jusqu'à la pulpe des doigts, deviennent chauds, tendus et douloureux. Peu à peu les mouvements y diminuent; le soir, ils sont nuls.

Agitation la nuit; plaintes continuelles; soif intense.

Le lendemain, à la visite, flexion permanente des avant-bras. Le poignet est coudé; les doigts, légèrement fléchis, sont très-roides. *Sensibilité obtuse* et *chaleur extrême* à la peau. Les muscles sont tendus, très-douloureux d'abord, puis insensibles à la pression. Plus de contraction volontaire; en même temps figure anxieuse, couverte de sueur; respiration saccadée; pouls fébrile; soif très-augmentée; appétit nul; agitation incessante.

Rien ailleurs : ni selles ni vomissements.

M. Nonat cherche à faire mouvoir les doigts; mais il provoque des douleurs si vives qu'il est bientôt obligé d'y renoncer.

TRAITEMENT. — Expectation.

Toute la journée et toute la nuit du 25, les choses se passent de même.

Le 26 au matin, rien n'est changé, ou plutôt l'état de la malade a empiré. La salle est troublée de ses cris continuels.

M. Nonat, dont nous avons si souvent, dans nos recherches, éprouvé la bienveillante protection, jugeant le cas favorable à une application métallique, nous autorise à en faire l'essai. Aussitôt armature métallique sèche, composée de deux grands anneaux au bras droit. (*Une partie de la circonférence du membre porte seule sur le métal.*)

---

qu'efficaces. Il a commencé par fixer le nombre des récompenses à distribuer, ne sachant encore le nombre des dévouements à récompenser. Après l'insurrection de juin, tant de croix par légion, à partager amiablement entre les médecins; après l'épidémie de choléra, tant de médailles par arrondissement, à répartir par les soins du conseil de salubrité. Il est évident d'abord qu'il y a là une viciation des vrais principes de la matière. C'est à l'action méritante, bien positive, bien déterminée, de provoquer et de motiver le témoignage de la gratitude nationale; ce n'est pas au témoignage de se mettre en quête d'une action méritante. En fixant arbitrairement le nombre des récompenses, en prenant pour règle de leur partage les cadres de la garde nationale ou les circonscriptions d'arrondissement, il n'est guère possible qu'elles s'accordent tout juste ni pour l'ensemble, ni pour les diverses catégories, avec le nombre des dévouements; et le résultat inévitable de ce défaut de proportion est de trop récompenser dans un point et pas assez dans un autre. En second lieu, le partage amiable d'une faveur entre des médecins y prétendant à peu près tous, est-il aussi facile et donne-t-il des résultats aussi équitables qu'on l'avait espéré? Hélas! non, il faut bien l'avouer. Dans plusieurs des réunions *ad hoc* qui ont eu lieu après juin, chaque membre s'est mis à plaider sa propre cause, et il s'est trouvé que, en bonne conscience, tout le monde devait être décoré. Pour ne pas faire de jaloux, plusieurs croix n'ont pas reçu leur destination; mises par le pouvoir exécutif à la disposition d'aides-majors, elles ont été attribuées à des chirurgiens-majors. Nous ne disons pas que c'était plus mal; nous rappelons seulement qu'on avait passablement de difficulté à s'entendre. La délégation au conseil de salubrité du soin de partager les récompenses à l'occasion du choléra pouvait paraître un moyen plus sage; mais nous doutons que, somme toute, le résultat ait été meilleur. Cela tient à ce qu'une commission ainsi constituée doit manquer souvent d'éléments propres à former une conviction éclairée et ne peut guère, au milieu de prétentions si nombreuses, aller recueillir elle-même toutes les informations nécessaires.

La morale de tout ceci, c'est que le besoin d'une forte organisation médicale devient chaque jour plus évident et plus impérieux, organisation professionnelle aussi bien que scientifique, dans laquelle trouveraient place des conseils électifs, indépendants, multipliés autant que de besoin suivant les localités ou le chiffre de la population médicale, auxquels parviendraient, par voie hiérarchique, au milieu de beaucoup d'autres affaires de la profession, tous les renseignements nécessaires à l'équitable répartition des récompenses nationales; quelque chose enfin comme la réunion des officiers supérieurs de l'armée, qui, sans prétendre à la collation des distinctions honorifiques, les propose néanmoins au gouvernement avec une autorité qui n'est pour ainsi dire jamais contestée. Mais ce n'est ni le lieu, ni le moment, de nous étendre sur ce sujet important.

— Les graves considérations qui précèdent nous obligent à terminer par une anecdote, si nous voulons légitimer le titre de ce feuilleton, voire même un peu l'épithète ordinairement accolée à ce titre, et que nous supprimons décemment. Trois jeunes dames s'étaient entendues pour aller ensemble, à l'insu de leurs maris, à un bal masqué fort en vogue. L'une d'elles,

Ne sais comment se fit l'affaire,

En quelques secondes, développement extrême de chaleur sur le cuivre; puis, en deux minutes à peu près, fourmillement et retour au mouvement. En moins d'un quart d'heure la *roideur* a tout à fait disparu au bras droit; la *sensibilité* y est redevenue parfaite, tandis que rien n'est changé au bras gauche. Ce fait se passe en présence de M. Nonat et de ses élèves.

Peu de temps après, nous piquons, presque sans que la malade s'en aperçoive, deux aiguilles, l'une dans la paume de la main droite, l'autre sur l'extrémité dorsale de l'avant-bras du même côté, et nous les mettons en communication avec les deux pôles d'une pile des frères Breton à son maximum. En quelques secondes ce membre recouvre, comme le bras droit, toute l'intégrité de ses mouvements et de sa sensibilité. Un peu plus tard le pouls baisse; la chaleur et la sueur diminuent progressivement, et la malade, qui depuis deux jours n'avait pu rien saisir de sa main, mange, sans le secours de personne, une soupe dont elle se sent grand besoin.

A midi, elle se lève. Joyeuse d'être délivrée à si peu de frais de souffrances intolérables, elle rend toute la journée des services dans la salle.

Le soir, à huit heures, elle ressent aux deux bras un peu de roideur et quelques légères douleurs, qui la tiennent éveillée jusqu'à onze heures; alors nous appliquons à sec deux anneaux à chaque bras, et au bout de quelques minutes, sommeil non interrompu jusqu'au lendemain.

Le 27 au matin, nous trouvons la malade garnie de ces bracelets, dont elle n'ose plus se dessaisir; elle les conserve encore toute la journée, et les accidents nerveux ne reparaissent pas.

Exeat le 1er août.

Obs. II. — Le 29 avril, la femme Mallebas, journalière, 65 ans, entre au n° 33 de la salle Saint-Antoine (service de M. Rostan), pour y être traitée du choléra.

Elle était convalescente et aux potages, lorsque, le 11 mai, à cinq heures du matin, elle est prise de crampes très-intenses dans les membres supérieurs.

Peu à peu les mains se ferment. A neuf heures et demie les doigts sont fléchis avec une force telle que la main de l'homme le plus robuste ne saurait les desserrer.

Les avant-bras sont durs et tendus comme des barres de fer. La peau, d'une *sensibilité obtuse*, est rouge, livide, très-*chaude* et humide. La sueur ruisselle du front de la malade, qui est dans une anxiété extrême et pousse des cris continuels. La pression des muscles, très-douloureuse d'abord, ne tarde pas à être suivie d'un soulagement manifeste.

Du reste, ni fièvre, ni vomissements, ni selles; langue bonne, appétit conservé.

A dix heures, en présence de M. Rostan, de son chef de clinique et de tous ses élèves, application aux deux bras d'une armature métallique sèche, composée de plusieurs *anneaux très-larges* destinés aux membres inférieurs.

En un instant les plaintes cessent. Les doigts peuvent être écartés sans douleur; cinq minutes après, ils sont mobiles, et un peu plus tard le mouvement est presque entièrement rétabli dans les mains et les avant-bras. Plus de douleur à la pression; seulement un peu de rigidité, qui ne tarde pas à disparaître d'une manière complète.

Au bout de vingt minutes d'application, l'armature du bras droit est retirée; celle du bras gauche n'est enlevée que deux ou trois heures plus tard. Les crampes et les contractions ne reparaissent ni d'un côté ni de l'autre.

Cette malade, que nous n'avons pas vue à son entrée, nous a déclaré avoir eu des vomissements et des selles très-abondants, mais pas de crampes.

Obs. III. — Le 15 août, la femme Dubois, 44 ans, couturière, entre à la Charité, salle Sainte Marthe, n° 2 (service de M. Briquet), pour une douleur hystéro-névralgique du pied droit, datant de neuf années.

Le 27, choléra sans crampes ni autres symptômes nerveux.

Convalescence le 1er, le 2, le 3 septembre, etc.

La douleur du pied, qui jusque-là avait résisté à toute espèce de traitement, a complétement disparu.

Le 9, à neuf heures du matin, tout à coup et sans cause connue, crampes et contracture au niveau des coudes, puis contracture générale et très-intense des avant-bras et des mains.

Celles-ci sont énergiquement fermées et les mouvements volontaires entièrement abolis. En même temps douleurs sourdes, profondes, qui s'exaspèrent toutes les fois qu'on cherche à desserrer les doigts; et cependant la sensibilité de la peau est presque éteinte. C'est à peine si des lotions, avec de l'eau très-chaude, et des frictions irritantes, sont senties.

Au dire de la malade, ses bras étaient comme morts, et sont tout le temps restés froids, quoi qu'on ait fait pour les réchauffer.

Rien ailleurs, si ce n'est de la chaleur et des tiraillements à la face, et du froid aux membres inférieurs. L'anxiété a été grande; mais la soif n'a pas sensiblement augmenté.

Enfin, à trois heures et demie, tous les accidents se jugent spontanément par une abondante sueur.

Nous n'avons vu la malade que le 10 septembre, et par conséquent nous ne fournissons ces détails que d'après les renseignements qui ont été recueillis le lendemain, à la visite de M. Briquet.

Nous ne doutons pas que, dans ce cas comme dans les cas précédents, les anneaux métalliques, secs ou humides, n'eussent trouvé une heureuse application.

Obs. III *bis*. — Le jour même où nous observions la femme Dubois, il entrait dans le service de M. Rayer une vieille femme de 63 ans qui présentait, à l'intensité près, des accidents en tout semblables à ceux de cette malade.

Vingt-quatre heures après, elle s'en ressentait encore.

A ces quatre premières observations, nous pourrions ajouter trois autres cas de spasmes symptomatiques secondaires, observés, deux dans le service de M. Rostan et un dans celui de M. Chomel, par MM. Bouchut et Moutard-Martin, chefs de clinique de ces savants professeurs; mais les détails nous manquent : nous savons seulement que, sur les trois malades, il n'y avait qu'une femme; que chez tous, les spasmes, entièrement semblables pour la forme, le siége et les accidents généraux, à ceux des trois malades dont nous venons de faire l'histoire, ne durèrent pas moins de douze heures et pas plus de vingt-quatre, puis cédèrent spontanément. En outre, nous n'avons pu nous assurer qu'une fois qu'ils n'avaient pas été précédés d'accidents nerveux.

SPASMES SYMPTOMATIQUES PRIMITIFS.

Obs. IV. — Le 16 avril, Lallemand, cordonnier, 18 ans, éprouve un peu de froid dans la journée. Il se couche à dix heures, et vers minuit, sans coliques, sans diarrhée, sans vomissements, il est pris de douleurs dans les membres, avec refroidissement et contracture des extrémités.

Cet état dure jusqu'au lendemain, malgré les soins qu'il prend de se réchauffer par les moyens ordinaires.

Amené le 17 au matin, à l'hôpital, salle Saint-Jean n° 12, nous le trouvons dans l'état suivant :

Chaleur du corps naturelle; pieds froids, mais sans rigidité ni contracture; mains froides, un peu cyanosées; doigts fortement fléchis dans la main ayant cessé d'obéir à la volonté, ne pouvant être redressés qu'incomplètement par une main étrangère et se refermant aussitôt; impossible surtout de faire subir au pouce une abduction prononcée; douleurs légères dans les membres affectés; *sensibilité* à la peau *obtuse*. Aucun autre signe de choléra.

A onze heures, application de quatre bracelets métalliques *très-larges* et

---

se trouva tout à coup séparée de ses compagnes. Poursuivie par une foule d'amateurs, elle trouva un moyen ingénieux de se dégager, ce fut d'accepter le bras de l'un d'eux. On se promène, on s'intrigue, on s'en va. Chemin faisant, le cavalier offre un souper; la gracieuse dame rougit et accepte incontinent. Les choses se passaient en tout bien tout honneur, quand, au dessert, voilà notre homme qui se livre à une foule de gestes étranges et ouvre des yeux en forme de boutons de paletot. La belle imprudente veut s'échapper; une main invisible la retient sur son fauteuil, sa vue se trouble et elle s'endort. Elle venait d'avoir affaire à un magnétiseur.... et, de plus, elle avait bu quelque peu de champagne.

L'auteur de cette ingénieuse réclame qui se colporte dans le monde a pensé à tout. Ne voulant pas asseoir sa réputation sur une historiette immorale, il s'empresse d'ajouter que les garçons de l'établissement étant survenus, la dame a été placée dans un fiacre et ramenée à son domicile. Le ciel en soit loué!

— On vient d'établir à Chester des bains pour les indigents à l'instar de ceux qui existent à Londres. Les premiers huit jours, 10,000 personnes s'y sont baignées. On sait que, pour la somme modique de 4 sous de France, ces établissements offrent à la classe besogneuse un bain chaud, deux serviettes, une brosse et du savon.

— Malgré les troubles qui ont révolutionné l'Allemagne, les vingt-quatre Universités de ce pays sont actuellement en pleine prospérité. Les opinions ultra-libérales de plusieurs professeurs les ont mis en défaveur auprès du gouvernement, mais ne leur ont fait rien perdre de la considération de leurs élèves. Le nombre des journaux de médecine se monte à 60, la valeur de 56,000 pages par an.

— Morsure ayant occasionné la mort. — Le docteur Dube (de Coblentz) cite le fait suivant, arrivé dans cette ville. Un officier de police ayant arrêté un individu, en fut mordu à la main droite. La blessure guérit en très-peu de temps; mais au bout de huit jours cet individu éprouva beaucoup de roideur et d'engourdissement dans le pouce et l'index de la main blessée. Cet état de la main s'étendit au bras, et il vint s'y joindre un tiraillement spasmodique des muscles. Les jours suivants, le malade fut en proie à de si violentes convulsions, qu'il fallut plusieurs hommes pour le maintenir au lit. Les crises étaient suivies d'évanouissements. Ces symptômes semblèrent diminuer graduellement pendant deux mois; après quoi les premiers accidents se renouvelèrent, et furent accompagnés de paralysie de la parole, d'insomnie, de défaillance fréquente, de coma, et enfin de la mort de cet individu.

— Hôpital des poitrinaires. — Un meeting a eu lieu dernièrement dans l'hôpital des poitrinaires de Londres; il y a été constaté que 4,700 malades des poumons et de la poitrine y ont été traités depuis l'ouverture de l'hôpital, en juin 1848. Une donation de 100 livres sterl. vient d'être faite à cet établissement par le comte d'Onslow.

très-grands, un dans la paume de chaque main, un à chaque poignet; bientôt les doigts se délient.

A une heure, le malade a déjà quitté les anneaux.

A trois heures, les doigts sont très-mobiles, mais il reste un peu de rigidité qui disparaît entièrement par une nouvelle application de deux heures.

Lallemand sort le 18 au matin parfaitement guéri.

SPASMES ESSENTIELS.

OBS. V. — Le 29 juillet, la femme Ménard, 27 ans, journalière, entre avec son enfant au n° 4 de la salle des nourrices (hôpital Cochin).

Maladie : choléra médiocrement intense (vomissements et selles caractéristiques abondants, *mais pas de crampes*).

Dans la nuit du 1er au 2 août, l'enfant, bien portant jusque-là, est pris subitement de la même affection et succombe en quelques heures.

Le lendemain, la mère, quoique à peine convalescente, quitte brusquement l'hôpital; mais quatre jours après (6 août), elle se présente à la consultation avec les accidents suivants.

Depuis huit heures du matin, sans autre cause connue qu'un peu de fatigue de la veille et une nuit fort agitée qui s'en est suivie, douleurs vives avec contracture dans les membres supérieurs, inquiétudes dans les jambes.

A neuf heures et demie, lorsqu'elle s'offre à notre observation, toute la partie des bras comprise entre la pulpe des doigts et le coude est tendue, chaude, un peu douloureuse à la pression; les avant-bras ne sont encore que médiocrement fléchis, mais les mains se ferment d'elles-mêmes avec beaucoup de force, et la malade se sert alternativement de l'un ou de l'autre poing pour en redresser momentanément les doigts. Cette manœuvre, qui ne peut s'accomplir sans de vives douleurs, est accompagnée d'agitation et de pleurs.

M. Nonat nous laisse le soin de la soulager. A peine couchée au n° 11 de la salle Saint-Philippe, où elle a la plus grande peine à se rendre, son agitation et ses cris redoublent de violence; elle accuse des douleurs déchirantes dans tous les membres et à la face.

En y regardant de près, nous constatons que, dans les muscles des membres, et plus particulièrement dans ceux de la face, depuis l'orbiculaire des paupières jusqu'à l'élévateur commun de l'aile du nez et de la lèvre supérieure jusqu'au muscle de la houpe du menton, il y a des battements, des frémissements continuels très-apparents, semblables à ceux que l'on observe quelquefois sur le trajet des muscles dans les désordres ataxiques de la fièvre typhoïde.

Les sensations qu'éprouve la malade sont tantôt celles de fourmis qui se promèneraient à la surface des muscles, tantôt celles de petites morsures déchirantes.

En même temps, contraction permanente assez énergique et très-douloureuse des avant-bras et des doigts; crampes intermittentes dans les membres inférieurs; roideur dans l'articulation du genou; légère contracture des orteils.

La peau des parties malades, d'une *sensibilité normale*, est chaude et un peu douloureuse à la pression; celle de la figure est de plus inondée de sueur; la face est anguleuse, anxieuse; le nez effilé, aminci, et le diamètre de ses ouvertures considérablement rétréci. Le larynx, fortement fixé en haut, fait une saillie très-prononcée qui, dans la déglutition, ne subit qu'un léger mouvement d'élévation et d'abaissement.

Rien à la tête, à la partie supérieure des bras et au tronc.

Pouls à 120; respiration difficile. 30 à 40 inspirations par minute; soif très-intense; agitation incessante; les plaintes et les cris ne sont interrompus que par ces mots : « A boire! à boire! » Ni selles, ni vomissements.

TRAITEMENT. — Les anneaux métalliques secs et humides font cesser les crampes, mais n'apportent qu'une modification *légère* dans la contracture, *nulle* dans les autres phénomènes; nous remarquons seulement qu'ils sont le siége d'un développement de chaleur considérable.

Nous ne sommes pas plus heureux avec les anneaux *électro-métalliques*.

La *galvano-puncture* n'amène aucun changement; les vibrations continuent dans tout le trajet du courant électrique, malgré le rapprochement des excitateurs; mais, chose remarquable, quoique la pile soit à son maximum de tension électrique, la malade en supporte les effets sans se plaindre; bien mieux, elle paraît y trouver un soulagement momentané.

La compression, sous forme de ligature très-serrée et à l'aide d'une bande roulée sur toute l'étendue du bras gauche, n'est suivie d'aucun résultat.

Le massage très-énergique et longtemps continué du bras droit ne produit que des douleurs stériles.

Nous administrons sans succès l'opium d'heure en heure, à la dose de 0,025, et quelques cuillerées d'une potion antispasmodique.

Enfin, sur les quatre heures, pour remédier à la contracture des membres supérieurs, nous tentons une nouvelle compression très-énergique : 1° du bras droit, sur une palette digitée à longue attelle; 2° du bras gauche, sur un tissu en peluche de soie roulé plusieurs fois autour du membre. Sous l'influence de ce moyen, ou mieux peut-être par une simple coïncidence, les douleurs, les vibrations et les battements cessent avec la contracture, dans les bras d'abord, puis dans le reste du corps.

Bientôt la figure de la malade reprend son expression de calme habituel; la chaleur de la peau et le pouls baissent peu à peu, et la soif diminue considérablement. Au bout d'une heure, nous cessons la compression, et malgré cela la guérison se maintient.

Le soir, la malade demande à manger. Sommeil calme la nuit.

Le lendemain et jours suivants, les phénomènes nerveux ne reparaissent pas. *Exeat* le 12 août.

Cette observation est remarquable sous deux rapports : 1° les crampes y sont mêlées aux spasmes essentiels; 2° la contracture, qui est si souvent symptomatique, s'y trouve très-probablement à l'état de *spasme essentiel*, puisque les anneaux et l'électricité n'ont eu sur elle qu'une action très-légère.

De plus, contrairement aux deux observations suivantes, elle nous offre comme début un choléra sans crampes.

Il est probable que c'est à cette dernière circonstance que la femme Ménard doit d'avoir été guérie si vite.

OBS. VI. — Un homme de 30 ans environ, dont nous n'avons pu retrouver dans nos notes ni le nom ni la date d'entrée, est, au mois de mai, transporté dans le service de M. Martin-Solon, salle Saint-Lazare, n° 40.

Maladie : choléra grave; évacuations abondantes, mais prédominance des phénomènes nerveux. (Pendant plusieurs jours, il y eut des crampes très-fortes et de violents spasmes thoraciques.)

Au bout d'une semaine à peu près, tous les accidents se calment et font place à une franche convalescence.

Le malade commençait déjà à se lever, lorsqu'un matin, il survient brusquement dans tous les membres quelques crampes et surtout de la contracture, avec *spasmes essentiels* et symptômes généraux, en tout semblables à ceux qu'éprouva la femme de l'observation précédente (n° 5).

La contracture, particulièrement manifeste aux membres supérieurs, dure trois ou quatre jours, malgré un traitement approprié, et disparaît ensuite d'elle-même, ne laissant que des palpitations, des vibrations fibrillaires générales et très-intenses.

Ce n'est que dix jours après, et lorsque M. Martin-Solon, ce médecin si habile, avait en vain épuisé sur lui toutes ses ressources thérapeutiques, que nous vîmes le malade pour la première fois.

C'était au moment du dîner; il mangeait d'excellent appétit, se servait de ses mains avec précision; mais pendant ce temps, tout son corps était en proie à des frémissements musculaires, très-apparents partout où les muscles n'étaient pas cachés par une grande épaisseur de parties molles, qui lui donnaient à première vue un aspect singulier. Les sensations qu'il en éprouvait étaient tantôt un fourmillement, tantôt un déchirement incessant qui, partant de la pulpe des doigts et des orteils, s'étendait jusqu'à la racine des cheveux.

La peau était partout d'une *sensibilité normale*.

De concert avec M. Wickam, interne du service, nous essayâmes les anneaux métalliques secs et humides, une compression énergique avec des bandes sèches et mouillées, mais nous ne fûmes pas plus heureux avec ces procédés qu'on ne l'avait été à l'aide de l'électricité, des bains, des antispasmodiques, des stupéfiants, etc.

Les spasmes persistèrent encore quatre ou cinq jours, puis disparurent spontanément, après avoir duré environ trois semaines, pendant lesquelles le sommeil fut complètement aboli.

Quelque temps après, le malade quitta l'Hôtel-Dieu, dans un état de santé très-satisfaisant.

OBS. VI *bis*.— Comme pendant à cette observation, nous citerons le cas d'une malade couchée au n° 8 de la salle Saint-Vincent (Charité), sur laquelle M. Pidoux, qui remplaçait alors M. Cruveilhier, a bien voulu nous donner quelques renseignements.

Il en résulte que cette femme, que nous n'avons pas vue et sur la maladie de laquelle nous ne possédons par conséquent aucune notion bien exacte, après avoir eu, comme le malade de M. Martin-Solon, un choléra grave caractérisé par la prédominance des accidents nerveux, éprouva aussi, dans la convalescence, les mêmes symptômes : crampes, contracture et mouvements fibrillaires, et qu'elle resta près de trois semaines dans cet état, malgré le sulfate de quinine, les bains, l'électricité, les antispasmodiques, etc.

La cessation de ces phénomènes fut spontanée, et pendant quelques jours fut suivie d'une hyperestésie considérable de la peau. Il est bon d'ajouter que la malade était en outre franchement hystérique.

La tâche que nous nous étions imposée, en écrivant le titre de ce mémoire, se trouve remplie maintenant. Mais il nous reste encore à établir, d'une manière définitive, l'efficacité des *armatures métalliques* contre les accidents nerveux du choléra, afin que ces anneaux dont l'emploi est toujours si innocent et si facile, rendent dans un grand nombre de mains les services qu'un petit nombre en ont seulement obtenus.

Si nous pouvions rapporter toutes les observations authentiques, au nombre de plus de cent, où ces appareils ont presque constamment réussi, nous n'aurions pas de peine à convaincre le lecteur de leur *spécificité* contre les crampes, les suffocations, les contractures, etc., et généralement contre tous les spasmes qu'on observe dans le choléra et dans d'autres affections; mais, outre que le défaut d'espace nous rendrait cette nouvelle tâche impossible, nous ne saurions le faire sans nous exposer à perdre le fruit de nos communications aux Académies appelées à se prononcer sur la valeur de cette découverte.

Nous nous contenterons donc de puiser au dehors de nous-même les documents qui sont de quelque valeur et de les rapporter succinctement.

OBSERVATIONS RECUEILLIES PAR LES CHIRURGIENS DU VAL-DE-GRACE DANS LE SERVICE DE M. MICHEL LÉVY.

APPLICATIONS SÈCHES ET PAS UN SEUL INSUCCÈS.

Une seule fois M. Masselot déclare que, vingt minutes après une application *sèche*, le malade avait encore des crampes, mais moins *fortes*.

Obs. I. — Laisné, sapeur, de forte constitution, a été pris subitement, le 1er mai, de diarrhée, de vomissements, etc. Le lendemain il est apporté à l'hôpital dans l'état suivant : Cyanose, état algide, sueur visqueuse, etc ; *anxiété extrême, sentiment de suffocation, constriction à la base du thorax, crampes très-douloureuses dans tous les membres*, notamment dans les membres inférieurs ; *agitation continuelle*.

Prescription : Potion stimulante ; bain d'air chaud ; frictions avec la térébenthine et le laudanum ; infusion de tilleul chaude.

Ces moyens n'apportant aucun soulagement, on a recours aux *armatures sèches*. Presque immédiatement après leur application, les *crampes* ont diminué d'intensité d'abord, puis ont disparu entièrement ; la *constriction*, si douloureuse à la base du thorax, a rapidement cessé de se faire sentir ; la *respiration* est devenue facile ; le malade accuse une grande amélioration et n'est plus agité. Nous avons *enlevé* les armatures de l'un des membres inférieurs, et bientôt les crampes ont *reparu* dans ce membre ; les armatures réappliquées, les crampes ont cessé de nouveau.

Dans trois autres cas, nous avons vu la *constriction* de la base du thorax, ainsi que des *crampes* très-douloureuses dans les membres, être immédiatement calmées ou même disparaître complétement par l'application des armatures *sèches*. Dans l'un de ces cas, nous avons vu les crampes reparaître au bout de vingt minutes, bien que les armatures fussent encore appliquées, mais les douleurs n'avaient plus leur intensité primitive.

Signé Masselot.

Obs. II. — Castex, fusilier, est apporté à l'hôpital le 16 mai, à neuf heures et demie du matin. Face fraîche, excavation orbitaire, etc. Vomissements incessants, *crampes dans les membres pelviens, atroces dans les pieds*.

Prescription : Potion stimulante ; frictions avec un mélange de baume de Fioraventi et de chloroforme.

A quatre heures du soir, les crampes augmentent d'intensité, les *armatures métalliques sèches* sont placées aux membres et autour du tronc ; alors les *douleurs* et la *constriction épigastrique* cessent. On *enlève* les armatures d'un côté ; peu de temps après les *contractions spasmodiques* reviennent de ce côté seulement et disparaissent de nouveau sous l'influence des anneaux.

Castex a conservé les armatures métalliques toute la nuit ; les phénomènes nerveux n'ont plus reparu ; il est maintenant convalescent.

25 mai. Signé Krug.

Obs. III. — Clerc, maréchal des logis chef, est pris le matin du choléra. Il entre le 16 mai, à six heures du soir. *Crampes dans les membres inférieurs et dans les doigts*. Les anneaux sont appliqués *à sec* sur le membre inférieur droit, les crampes cessent de ce côté ; au contraire, elles deviennent très-vives au bout de deux heures dans le membre gauche. Les armatures sont alors mises des deux côtés et immédiatement (au bout de onze minutes) les crampes cessent à gauche comme à droite ; pendant le reste de la nuit le malade repose bien.

Le lendemain, lorsqu'on voulut enlever les armatures, Clerc s'y opposa, tant elles lui avaient produit de soulagement.

Clerc est guéri.

Ces deux observations, recueillies pendant la garde du docteur Bezean, ont été consignées dans son rapport du 16 mai. Elles seront suivies de plusieurs autres qui, comme celles ci, ne mettent pas en doute le succès *presque constant* du procédé.

Nous avons aussi remarqué que, lorsque la peau de certains malades était sèche, aride et rugueuse, il était bon de tremper des compresses dans une solution de sel marin et de les placer entre les armatures et la peau.

25 mai. Signé Krug.

Un de nos amis et collègues de l'hôpital Cochin, M. Defauconberge, et M. Durand, notre camarade d'étude, qui plusieurs fois avaient été témoins des heureux effets des conducteurs métalliques appliqués au traitement du choléra, sont envoyés en juillet dans le village de Bierles (Haute-Marne) que la suette et le choléra venaient d'envahir.

En peu de jours les phénomènes nerveux sont devenus si intenses et si rebelles, que ces messieurs improvisent d'urgence des anneaux avec des bandes en cuivre mince de 10 à 15 centim. de large, qu'ils fixent de leur mieux autour des membres et du tronc, ayant bien soin, toutes les fois que cela devient nécessaire, de les séparer de la peau par des linges imbibés d'eau salée.

Malgré leur imperfection, ces armatures rendent encore assez de services pour que bientôt elles deviennent, dans les localités voisines, d'un usage général et populaire, à ce point que les habitants, presque tous ouvriers couteliers, les fabriquaient eux-mêmes et s'en servaient à la moindre apparence de crampes, avant l'arrivée du médecin. (Académie de médecine, séance du mois d'octobre.)

En juillet, M. le docteur Richard (Adolphe), prosecteur distingué de la Faculté, a eu deux fois l'occasion d'employer, avec le plus grand succès, une armature improvisée avec des ustensiles de ménage en cuivre.

M. le professeur Rostau, et c'est par là que nous terminerons, à qui nous devons de si grandes actions de grâce pour la bonté avec laquelle il nous a ouvert les portes de son service, s'exprime de la manière suivante, dans sa dernière leçon clinique sur le choléra : « ...... Mais ce sont surtout les » phénomènes cérébraux qui ont attiré l'attention des médecins. C'est » contre ces phénomènes qu'on a déployé le plus grand nombre de moyens ; » l'opium et ses nombreuses préparations en dedans et au dehors, la belladone et la plupart des narcotiques, l'éther sulfurique, le chloroforme, » le camphre, le musc, le castoréum, etc. Mais *un moyen spécial* que nous » ne devons pas passer sous silence, est un moyen emprunté à la physique et employé par M. Burq, étudiant en médecine, contre les crampes, » les douleurs précordiales, les suffocations, les anxiétés. Ce moyen consiste en plaques métalliques, dont il entoure les membres et le tronc des » malades. Vous avez vu ce moyen employé dans nos salles *presque toujours avec succès*. » (Gaz. des hôpit., jeudi 8 novembre 1849.)

THÉRAPEUTIQUE.

NOTE SUR L'EMPLOI DES EAUX SULFUREUSES D'ENGHIEN A PETITES DOSES, DANS LE TRAITEMENT DE QUELQUES AFFECTIONS GRAVES DE LA POITRINE ; par P. Bouland, docteur en médecine de la Faculté de Paris, médecin inspecteur des eaux minérales d'Enghien.

Les eaux d'Enghien, fréquemment employées pour combattre les toux qui résistent aux moyens ordinaires, aux remèdes dits pectoraux, ne le sont que par un petit nombre de médecins, dans les affections réputées graves. Deux motifs opposés expliquent ce fait. Certains praticiens les croient très peu énergiques et leur préfèrent les Eaux-Bonnes, qu'ils supposent plus riches ; les autres, au contraire, les sachant très-chargées de sels, redoutent leur action. Il importe, dans cet état des esprits, de faire connaître le résultat de l'observation. Il n'y a pas de raisonnement qui vaille un fait authentique.

LARYNGITE AIGUË ET APYRÉTIQUE ; DOULEUR VIVE DANS TOUTE L'ÉTENDUE DU LARYNX ; APHONIE ; ACCÈS DE SUFFOCATION ; TOUX INCESSANTE ; EXPUITION MUCOSO-SANGUINOLENTE ; EAU D'ENGHIEN A FAIBLE DOSE ; GUÉRISON.

Obs. I. — En 1845, M. le docteur Collin (de Paris) envoya à Enghien un de ses malades, M. A. de L., qu'il avait soigné pour une laryngite aiguë et apyrétique. M. Collin avait ordonné les *eaux chaudes*, Bonnes même lui paraissait trop énergique. M. A. de L. ne pouvant entreprendre un aussi long voyage, insista pour essayer les eaux d'Enghien.

Ce malade était âgé de 37 à 38 ans, lymphatique, avait presque complétement perdu la voix et éprouvait des douleurs très-vives dans toute l'étendue du larynx. Il était sujet de temps en temps, pendant la nuit surtout, à des accès de suffocation causés par l'engorgement de la membrane muqueuse. La toux incessante rappelait l'aboiement d'un petit chien ; à ces symptômes se joignait l'expuition d'une matière filante comme une solution de gomme teinte par une grande quantité de sang très-vif, et cela même en l'absence de la toux. Après un traitement rationnel (révulsifs aux extrémités, etc.), il fut soumis à l'usage de l'eau sulfureuse, dont il ne prit d'abord que deux cuillerées à bouche dans une égale quantité de lait d'ânesse. Pendant tout le traitement, il ne dépassa pas la dose d'un demi-verre matin et soir. Il resta à Enghien six semaines, prit les bains et partit très-soulagé. L'année suivante, il acheva sa guérison. Depuis, sa santé a été excellente.

PHARYNGITE ET LARYNGITE FOLLICULAIRES OU GRANULÉES ; DOULEURS TRÈS-VIVES AYANT LEUR SIÉGE DANS TOUTE L'ÉTENDUE DU LARYNX ; CRAINTES DE PHTHISIE ; GUÉRISON.

Obs. II. — M.. .., ancien notaire, avait été obligé de quitter sa profession par suite d'une affection du larynx (laryngite granulée). Il en était arrivé au point de ne pouvoir parler sur le ton ordinaire de la conversation sans éprouver des douleurs très-vives au larynx et une sensation que l'on peut comparer à celle qui résulte de l'application de poivre. A cet état se joignaient des phénomènes nerveux qui rendaient plus pénible la situation de M. .... Il vint à Paris se confier

aux soins de M. le docteur Mélier. Ce praticien jugea le cas comme très-grave. Il craignit la complication d'une affection tuberculeuse ayant son siége au sommet des deux poumons. M. Louis, appelé à donner son avis, constata aussi un état morbide du sommet des poumons, sans pouvoir nommer le genre d'affection. M. Mélier, après un traitement dérivatif qui dura pas moins d'un mois, pendant lequel le silence le plus absolu fut rigoureusement observé, prescrivit l'usage de l'eau d'Enghien à faible dose à l'intérieur, et recommanda surtout les lotions ou bains pharyngés répétés quatre, cinq, six, sept et huit fois par jour.

M. ... vint à Enghien; il suivit ces indications, y ajouta l'usage des bains, et, après deux saisons, fut complétement guéri.

DOULEURS VAGUES DANS LA POITRINE, CONSTANTES AU-DESSOUS DE LA CLAVICULE DROITE; AFFAIBLISSEMENT PERSISTANT DU BRUIT RESPIRATOIRE SANS CRAQUEMENT; HÉMOPTYSIES LÉGÈRES; GUÉRISON.

OBS. III. — Mademoiselle L..., jeune fille de 16 ans, tempérament nervoso-sanguin, mal réglée, issue d'un père rachitique et ayant un frère hémoptysique, vint à Enghien, d'après le conseil du docteur Collin. On constatait : douleurs vagues dans la poitrine, constantes au-dessous de la clavicule droite, avec affaiblissement persistant du bruit respiratoire sans craquement, amaigrissement, hémoptysies légères de temps en temps, accès fébriles nocturnes sans sueurs.

Elle a pris en commençant trois cuillerées à bouche d'eau sulfureuse dans autant de lait. Cette dose a été graduellement augmentée, mais n'a pas dépassé trois quarts de verre dans la journée. Très-soulagée après la première saison, elle revint l'année suivante et partit complétement rétablie. Depuis elle s'est mariée, a en deux enfants et jouit d'une santé régulière.

PHTHISIE TUBERCULEUSE PRÉSUMÉE; ENGORGEMENT CHRONIQUE DU TIERS SUPÉRIEUR DES DEUX POUMONS; POINTS EMPHYSÉMATEUX; SIGNES RATIONNELS ET PHYSIQUES GRAVES; ANTÉCÉDENTS FACHEUX; EAU D'ENGHIEN A FAIBLE DOSE; DISPARITION DES SYMPTÔMES DE L'ENGORGEMENT ET DE L'EMPHYSÈME; PERSISTANCE DE LA RUDESSE, DE LA SÉCHERESSE ET DU PROLONGEMENT DU BRUIT EXPIRATOIRE.

OBS. IV. — M. d'E... a été envoyé à Enghien le 20 juin 1848 par M. le docteur Emery pour essayer si l'usage de ces eaux pourrait remplacer celles de Bonnes, trop éloignées de Paris pour que le malade pût s'y rendre.

M. d'E..., grand, d'un tempérament sec, est âgé de 62 ans. Il est entré au service à l'âge de 16 ans et a fait quatorze campagnes. En 1823, il était alors âgé de 34 ans, après une course à cheval de quatre jours et quatre nuits, il fut atteint d'une fièvre jugée pernicieuse et soignée comme telle. Dès lors sa santé, qui jusque-là avait été excellente, devint chancelante. Chaque hiver il fut atteint de bronchites aiguës plus ou moins graves. En 1832, il y eut même de la pneumonie. Malgré l'amélioration que l'été apportait à son état, M. d'E... conservait une grande susceptibilité des organes respiratoires. Il s'enrhumait à la moindre imprudence, éprouvait, après avoir parlé, de la fatigue, de l'oppression, de l'enrouement, et souffrait en outre des douleurs pleurodyniques presque continuelles.

Deux saisons au Mont-d'Or n'ayant amené aucune amélioration, M. d'E... se rendit à Cauterets en 1840; il éprouva du mieux, et l'hiver suivant se passa sans accidents bronchiques.

En 1842, 1843, 1844, ils reparurent.

En 1845, il eut une pneumonie très-grave, dont la convalescence fut longue et difficile; l'oppression, la fatigue en parlant, l'inappétence, persistèrent. A ces symptômes vinrent se joindre, à la suite d'une irritation intestinale négligée, un amaigrissement considérable, la diarrhée et une toux sèche continue.

En décembre 1847, accès de fièvre coupé par le quinquina.

L'hiver de 1848 fut très-pénible; la bronchite aiguë fut accompagnée de sueurs nocturnes très-abondantes, qui augmenterent l'amaigrissement. Enfin, au mois d'avril, l'inflammation gagna à droite le tissu pulmonaire lui-même, et mit la vie du malade dans le plus grand danger. Après un traitement de deux mois et demi, pendant lequel M. Emery eut recours à une médication très-énergique, le malade était assez bien pour être transporté à Enghien, où il arriva le 20 juin 1848.

Je constatai l'état suivant :

Amaigrissement général; faiblesse excessive; sueurs nocturnes très-abondantes; selles diarrhéiques; appétit capricieux, le plus souvent nul; oppression; toux sèche.

A la percussion, à droite : Région sus et sous-claviculaire, son plus sourd que dans le reste de la poitrine, où il est très-clair.

A gauche, matité moins prononcée.

A l'auscultation, à droite : Sous la clavicule, bruit respiratoire rude et sec; expiration prolongée; voix résonnante; timbre un peu nasillard. Au niveau des fosses sus et sous-épineuses du même côté, diminution considérable du bruit respiratoire; l'expiration parait être prolongée. Le résonnement et le timbre nasillard de la voix sont à peine sensibles.

A gauche, en arrière et en haut, même affaiblissement du bruit respiratoire; voix résonnante; timbre moins clair qu'en avant. Sous la clavicule, bruit respiratoire faible, moins sec et moins dur qu'à droite.

Si l'on rapproche ces signes de l'état général et des antécédents du malade, on était en droit, sinon d'affirmer, au moins de craindre l'existence de tubercules à l'état cru, et de juger le cas comme très-grave. L'engorgement et l'emphysème pulmonaire étaient du reste évidents.

Après nous être mis d'accord sur la direction à donner au traitement, nous engageâmes le malade, M. Emery et moi, à prendre trois cuillerées d'eau sulfureuse dans du lait chaud, matin et soir; un régime tonique, sans être excitant; bœuf rôti et saignant; vin de Bordeaux, étendu des deux tiers d'eau, etc.; quelques promenades au soleil; silence absolu.

Le 2 juillet, c'est-à-dire vingt jours après son arrivée, le malade était beaucoup mieux; plus de sueurs nocturnes; appétit régulier; sommeil bon (sept heures); les forces reviennent; presque plus de fièvre; plus de diarrhée.

La respiration devient plus appréciable dans la partie postérieure du poumon droit, moins sourde et moins confuse dans le sommet du poumon gauche. (Six cuillerées d'eau sulfureuse dans deux cuillerées de lait chaud, matin et soir.)

Le mieux continue; les forces reviennent de jour en jour, et le 4 août, il peut sans fatigue parcourir un peu plus d'un kilomètre.

L'auscultation et la percussion dénotaient une amélioration sensible. Dans les deux poumons, la résonnance était à peu près égale; cependant, sous les clavicules, il y avait encore de la matité. Le bruit respiratoire demeurait sec. L'expiration se prolongeait à droite dans toute la région antérieure, et en arrière au niveau de la fosse sus-épineuse. Dans tout le reste de la partie postérieure, la respiration était devenue normale. Points douloureux au niveau des dernières côtes, à droite. (Vésicatoire volant; deux tiers de verre d'eau sulfureuse avec un tiers de lait chaud matin et soir; même régime.)

L'amélioration continua à faire de notables progrès. L'état général était des plus satisfaisants. M. d'E... marchait et parlait sans fatigue; plus d'oppression; plus de fièvre; plus de sueurs; appétit bon et soutenu; teint animé; embonpoint. La voix était revenue. Il partit le 19 septembre. Nous l'avons engagé à passer l'hiver à Nice; il s'y est rendu au mois de novembre. Sa santé, à cette époque, continuait à être bonne. Nous avons appris dernièrement qu'il avait passé un bon hiver.

Nous sommes entré dans tous les détails de cette observation parce qu'en général on est porté à suspecter l'efficacité des eaux minérales. On répond aux exemples de cures : Le diagnostic était mal fait. Aussi nous sommes-nous bornés à un simple énoncé des faits; chacun en tirera ses conséquences. Qu'il nous soit cependant permis de dire que nous croyons à la présence de tubercules crus au sommet des deux poumons, et surtout à droite, où ils paraissent s'étendre dans une grande partie du poumon. Ce qui nous confirme dans cette manière de voir, c'est qu'à mesure que l'engorgement pulmonaire disparaissait, cette matité sous les clavicules, la droite surtout, cette expiration prolongée, rude et sèche, si prononcée chez les tuberculeux, devenait plus nette, plus précise, et qu'elle a persisté malgré la grande amélioration qui s'est manifestée, malgré la disparition complète de tous les signes rationnels. Ajoutons enfin que le poumon droit, qui présentait surtout ces symptômes, était depuis vingt-cinq ans le siége de différents états pathologiques.

Voici maintenant deux exemples qui prouvent que, dans les affections qui nous occupent, les eaux d'Enghien à haute dose peuvent avoir les plus déplorables résultats.

DOULEURS VAGUES DANS LA POITRINE; RHUMES FRÉQUENTS; QUELQUES HÉMOPTYSIES; EAU D'ENGHIEN A HAUTE DOSE, MORT.

OBS. V. — M. Cz..., Polonais, âgé de 20 ans, grand, mince, tempérament lymphatique, éprouvait depuis quelques années des douleurs vagues dans la poitrine. Il s'enrhumait très-facilement, et se débarrassait avec peine de la toux. Pas d'expectoration; quelques hémoptysies à de rares intervalles.

Le docteur Sabatier, son médecin, qui devait si promptement nous être enlevé, lui prescrivit les eaux d'Enghien et l'adressa à mon père. D'après ses conseils, M. Cz... ne prit d'abord que quatre cuillerées à bouche d'eau dans autant de lait; mais quelques jours après, cédant à l'influence de ces donneurs de conseils toujours si nombreux aux sources minérales, il but deux, trois, quatre et jusqu'à six verres d'eau sulfureuse pure dans les vingt-quatre heures.

Les huit premiers jours se passèrent bien. M. Cz... sentait l'appétit et les forces revenir. Il se croyait guéri.

Dans la nuit du neuvième au dixième jour, il eut une hémoptysie abondante; effrayé, il fit venir mon père et lui avoua son imprudence. Mon père, après avoir satisfait aux premières indications, l'engagea à suspendre l'eau et à retourner chez lui. Ce qu'il fit quelques jours après. Mais ce fut en vain que M. le docteur Sabatier lui prodigua ses soins les plus assidus, les hémoptysies se renouvelèrent et il fut rapidement enlevé.

PHTHISIE GRANULEUSE AYANT REVÊTU LONGTEMPS LES FORMES D'UNE BRONCHITE; EAU D'ENGHIEN A HAUTE DOSE; MORT RAPIDE.

OBS. VI. — M. P..., âgé de 48 ans, grand, ayant la poitrine bien conformée, était affecté depuis deux ans d'une *phthisie granuleuse* des poumons qui revêtit longtemps les formes d'une bronchite. L'auscultation dans cette circonstance ne fut presque d'aucune utilité pour éclairer le diagnostic. Après avoir essayé d'un grand nombre de médications, M. P... se mit à l'usage de l'eau d'Enghien. Il commença par un verre et augmenta rapidement jusqu'à trois. Pendant les trois ou quatre premiers jours de leur ingestion, malgré un peu de diarrhée, M. P... sembla reprendre des forces, mais bientôt l'état fébrile augmenta en même temps que les sueurs pendant le sommeil. L'usage de l'eau minérale fut suspendu, et repris ensuite à doses infinitésimales uniquement pour satisfaire le malade. Malgré cela la fièvre de consomption fit de rapides progrès et l'emporta en quelques jours.

M. le professeur Fouquier et mon excellent confrère et ami le docteur Dronsart ont été témoins avec moi de ce fait.

Il résulte des observations qui précèdent et de plusieurs autres analogues que je possède :

1° Que les eaux d'Enghien peuvent être très-utiles dans les états pathologiques graves des organes de la respiration ;

2° Que la dose de ces eaux ne doit jamais dépasser en commençant trois ou quatre cuillerées à bouche dans autant de lait chaud d'ânesse ou de vache (1) ;

3° Qu'il faut pendant leur usage consulter tous les jours la poitrine et se tenir en garde contre une amélioration trop rapide, remarque qui a été faite par plusieurs médecins inspecteurs, M. le docteur Bertrand entre autres, à propos de celles du Mont-d'Or.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

CAS D'EXTASE ; observation communiquée par M. MANGIN, D. M. P. à Lamarche.

OBS. — Rosine Horiot, âgée de 19 ans, repasseuse, d'une bonne constitution, d'un tempérament lymphatique quoiqu'elle ait les cheveux noirs et les yeux bruns, d'une bonne santé habituelle, bien réglée; éducation morale ordinaire, se livrant sans passion et sans exaltation aux pratiques religieuses, d'un caractère gai et insouciant, se coucha il y a deux mois et demi environ (un dimanche) vers sept heures du soir. Sa mère absente en ce moment fut très-surprise en rentrant de trouver sa fille endormie et chercha à la réveiller sans pouvoir y parvenir. Effrayée d'un pareil sommeil, elle me fit appeler.

La jeune fille était couchée sur le dos ; son sommeil semblait calme ; la respiration était normale, entrecoupée seulement de temps en temps par des soupirs étouffés, mais sans prononcer une parole ; le pouls était régulier, souple peut-être, un peu fréquent ; les membres affaissés se laissant manier sans résistance et cédant à leur propre poids. (Ce n'était pas une catalepsie.)

J'interrogeai les sens l'un après l'autre ; je la questionnai à haute voix sans obtenir de réponse. J'entr'ouvris ses paupières fermées comme pendant le sommeil ; elles restèrent ouvertes et la pupille demeura insensible à la lumière d'une chandelle approchée très-près et à plusieurs reprises. Je plaçai de l'éther, puis subitement de l'ammoniaque sous ses narines, sans qu'un seul mouvement me témoignât qu'elle en ressentait les effets.

J'interrogeai alors la sensibilité animale, je la pinçai avec mes ongles au point de couper la peau ; je piquai sa main avec une lancette ; je fis chauffer et j'appliquai une tête d'épingle rougie à blanc ; je chatouillai la plante des pieds ; elle fut insensible à toutes ces épreuves.

Étonné et étourdi d'un pareil état, j'y cherchai inutilement une cause ; je supposai à tort (je le sus depuis) un amour contrarié, des chagrins cachés. Je sortis sans savoir à quels moyens thérapeutiques m'adresser.

Le lendemain son état était exactement le même et les mêmes épreuves furent encore sans résultat. Enfin jusqu'au mardi matin à dix heures, rien ne changea dans sa situation. Tout à coup elle fit un brusque mouvement, se mit à genoux sur son lit, joignit les mains, ouvrit les yeux et les élevant au ciel, commença une de ces scènes impossibles à décrire et digne de la plume d'un romancier. Figurez-vous une sainte inspirée (sainte Thérèse), s'adressant à Dieu, aux anges, à sa patronne, dans des termes exaltés. Tout ce que le catéchisme, les livres pieux, les sermons lui avaient dit des joies du paradis, elle le peignait par des mots expressifs, sentencieux. Ses yeux ouverts maintenant restaient *des heures entières* fixes, sans *clignotement des paupières*, même à l'approche subite d'une lumière. La même insensibilité physique existait toujours.

Enfin à onze heures du soir, après être restée treize heures agenouillée dans cet état extatique, cinquante-deux heures depuis le début de son sommeil, elle s'affaissa sur elle-même, s'éveilla et parut très-étonnée de se voir entourée de plusieurs personnes ; elle se plaignit seulement de lassitude dans les genoux, les reins et surtout les yeux.

Le lendemain matin, je la vis et la questionnai sur ce que j'appelais son sommeil et son rêve ; elle chercha à me faire comprendre qu'elle n'avait pas rêvé, qu'elle était allée bien effectivement là haut, au ciel, conduite par un ange, qu'elle avait été très-heureuse. Elle me fit une description enthousiaste du paradis et semblait contrariée d'être revenue dans ce monde sans savoir comment. Sa santé ne parut du reste nullement altérée ; elle put vaquer à ses occupations dès le lendemain.

(1) La dose que nous proposons paraîtra bien minime, et on opposera à nos observations d'autres faits, dans lesquels les malades ont bu dans les mêmes conditions jusqu'à trois quarts de litre sans être incommodés. Nous ferons remarquer que probablement les eaux employées étaient altérées. Une bouteille laissée en vidange pendant quelques heures ne contient plus après ce laps de temps *que des hyposulfites* et a perdu une grande partie de ses propriétés. On évite cet inconvénient en transvasant de suite l'eau sulfureuse dans des petites fioles contenant chacune une dose.

Quinze jours après, encore un dimanche, puis encore deux autres dimanches à quinze jours d'intervalle, elle tomba tout à coup dans le même état extatique qui dura d'abord quinze heures, puis vingt heures et enfin vingt-six heures, et toujours à genoux et toujours dans la même insensibilité physique.

A chaque accès, il semble que son extase est plus parfaite, qu'elle y est mieux identifiée ; ses expressions témoignent du bonheur qu'elle éprouve de s'y retrouver et du chagrin qu'elle a de retomber dans *les ténèbres;* elle chante maintenant des cantiques, etc.

J'avais remarqué, dans les premiers accès, qu'aucune évacuation n'avait eu lieu ; dans le dernier seulement qui a duré vingt-six heures, elle a uriné. Je dois ajouter que pendant ses extases elle n'a pris aucune nourriture, et qu'il a même été impossible de lui faire avaler une seule goutte d'eau.

Au moment où j'écrivais cette observation (30 décembre 1849), huit jours seulement après son dernier accès et encore un dimanche, j'apprenais que cette fille était retombée dans le même état. Elle le pressentait cette fois, car elle résista aux instances de sa mère et voulut aller à l'église poussée, disait-elle, par la nécessité ; à peine arrivée, elle tomba en une extase qui a duré jusqu'aujourd'hui, à huit heures du soir, vingt-huit heures. Je l'ai vue plusieurs fois dans la journée et je remarquai un nouveau phénomène : elle descendait de son lit, faisait quelques tours dans la chambre, puis sautait tout à coup à genoux sur son lit avec une adresse merveilleuse.

Cet état, que j'appellerai *extase*, doit avoir un terme que je crains de prévoir, ce sera sans doute une altération profonde de la raison, peut-être même la folie complète.

NOTA. — Hier soir, 31 décembre, cette fille est revenue à elle-même seulement pendant deux heures, puis est retombée dans son extase qui dure encore aujourd'hui, 1er janvier 1850, à dix heures du matin.

SUR L'ENTRAÎNEMENT DES PARTIES ANTÉRIEURES DU CORPS VITRÉ PENDANT L'OPÉRATION DE LA CATARACTE PAR ABAISSEMENT ; par M. LUCIEN BOYER.

Mon très-honoré confrère,

Dans le numéro du 29 décembre dernier de votre excellent journal, vous m'avez fait l'honneur de publier une analyse détaillée de mon mémoire sur l'entraînement des parties antérieures du corps vitré pendant l'opération de la cataracte par abaissement. Permettez-moi, je vous prie, de répondre brièvement à quelques objections relatives à la partie expérimentale de ce travail.

L'auteur de cette analyse toute bienveillante, après avoir rapporté avec une parfaite lucidité les expériences que j'ai faites d'abord sur des yeux préalablement ouverts, expériences qui m'ont permis de voir à nu les mouvements du corps vitré entraîné avec le cristallin pendant l'abaissement, puis sur des yeux intacts de grands animaux, comme le cheval, sur lesquels j'ai pu sentir très-distinctement à la main les mouvements du cristallin échappant parfois aux tentatives de déplacement et tournant brusquement autour de l'aiguille, regrette comme moi que, dans ce dernier cas, je n'aie pas pu voir le cristallin dans les nouveaux rapports où cette expérience pouvait l'avoir placé. Assurément cela eût pu être à désirer, mais on concevra facilement que cette contre-épreuve dut nous manquer. En effet, les manipulations nécessaires pour ouvrir l'œil après l'expérience, et l'ouverture elle-même faite à la sclérotique, ne devaient-elles pas déterminer dans la compression que les milieux de l'œil éprouvent de la part des membranes d'enveloppe, des changements alternatifs en plus ou en moins bien capables d'altérer les rapports essentiellement instables dans lesquels l'opération pouvait les avoir placés ? Mais ce que nous pouvions voir en ouvrant les yeux après l'expérience, nous le voyions pendant l'expérience elle-même sur les yeux vivants de grands animaux. La teinte opaline que le cristallin, chez le cheval, contracte sous la pression de l'aiguille n'exige pas, pour être appréciée, une vue exercée d'une manière particulière ; elle est visible pour tout le monde, et permet de suivre dans toutes les directions les mouvements de la lentille. Or il est indubitable que tous les mouvements imprimés au cristallin, tant que la capsule est intacte, entraînent nécessairement avec lui la portion correspondante du corps vitré.

Cherchant à comparer aux résultats de mes expériences les faits fournis par la pratique chirurgicale, j'ai dit que l'on pourrait peut-être expliquer par l'entraînement du corps vitré les cas dans lesquels l'on voit la pupille devenir immédiatement, sous la pression de l'aiguille, d'un noir parfait, sans présenter aucun lambeau capsulaire appréciable, et redevenir opaque aussitôt après l'extraction de l'instrument. Or, ajoutais-je, ces faits ne sont pas rares. Notre confrère pense que la formation du croissant diaphane que j'ai décrit devrait invariablement coïncider avec l'entraînement du corps vitré et être suivie de la réascension immédiate du cristallin, et qu'il suffit que cette réascension ne soit pas constante pour que l'explication perde sa valeur. Mais la capsule ne peut-elle jamais être assez transparente pour que ses lambeaux déchirés soient invisibles dans

quelques cas de déplacements heureux de la lentille? dès lors ne suffit-il pas que les faits de l'espèce de ceux que j'ai signalés soient fréquents pour que je puisse les invoquer en ma faveur, en faisant remarquer combien ils s'accordent avec mes expériences?

On objecte encore que d'autres explications peuvent rendre compte de la réascension du cristallin sans avoir besoin de mon hypothèse. Je n'ai point fait d'hypothèse; j'ai seulement cherché à constater un fait physique jusqu'alors inaperçu ou inapprécié. Mais je n'ai point nié que d'autres causes pussent produire la réascension du cristallin, et en particulier je n'ai point nié la justesse, pour certains cas, de l'explication fournie par M. Pétrequin; j'ai cherché seulement à démontrer l'importance et les effets du fait que je signalais et la probabilité de l'explication qui en était déduite. D'ailleurs, M. Pétrequin ayant parlé de la distensibilité du corps vitré, et moi de son inflexion et de son élasticité, nous sommes bien près d'être d'accord, d'autant plus que ce n'est qu'à l'entraînement de ses parties antérieures seules, comme tout mon mémoire l'exprime catégoriquement, et non à son entraînement total, comme l'analyse le dit par erreur, que j'attribue cette réascension du cristallin.

Admettant toutefois que le fait que je crois avoir démontré n'est pas invraisemblable, l'auteur de l'analyse objecte enfin que le mécanisme indiqué par moi explique seulement la réascension subite du cristallin; que celle qui dépendrait de cette cause devrait être immédiate et se produire avant l'extraction de l'aiguille, et que, lorsque la lentille remonte plus tard, cela doit dépendre d'une autre cause. Ces autres causes, ainsi que je le disais plus haut, je ne les ai en aucune façon niées; mais n'est-ce rien que d'avoir donné l'explication de ces faits, dans lesquels le cristallin remonte opiniâtrement deux ou trois fois derrière l'ouverture pupillaire, et force le chirurgien à remplacer l'abaissement qu'il s'était proposé d'exécuter par le broiement du cristallin et la dissémination des fragments, et de ceux plus fâcheux encore dans lesquels, croyant avoir réussi, on voit à regret le cristallin reprendre sa place au moment même où l'on retire l'aiguille. Ces cas ne sont-ils pas fréquents dans la pratique? N'arrive-t-il pas souvent aussi que le chirurgien, en terminant l'opération, abaisse rapidement la paupière au moment même où il retire l'aiguille, et sans prendre le temps d'examiner le résultat? Si, dans ces cas, en examinant l'œil seulement le lendemain ou même plus tard, on trouve le cristallin remonté, peut-on affirmer que cette réascension n'ait pas été immédiate? Je crois donc que les cas de réascension immédiate sont de beaucoup plus fréquents que les réascensions consécutives, et si les données que j'ai déduites de mes expériences peuvent nous en garantir, je pense qu'elles réalisent un progrès. Mais pour les cas eux-mêmes de réascension consécutive, peut-on affirmer que jamais, avec les précautions d'immobilité que l'on prend dans les opérations réelles, le déplacement partiel du corps vitré ne puisse se maintenir quelque temps pour disparaître brusquement à l'occasion d'une cause accidentelle quelconque? Je n'ai point osé; je suis resté dans le doute à cet égard.

Après ces seules objections, exprimées d'ailleurs avec la plus parfaite courtoisie, et qui ne portent que sur la partie théorique de mon travail, notre honorable confrère, arrivant à la partie pratique et opératoire, reconnaît que mon procédé constitue un perfectionnement, et ajoute: « L'expérience générale permettra bientôt de juger sa valeur. » Déjà ce procédé a été employé trois fois: deux cas sont publiés; le troisième le sera prochainement. Dans tous, le déplacement du cristallin a été facile, immédiat et définitif. J'espère donc que l'observation lui sera favorable, et qu'elle viendra, à son tour, sanctionner les données expérimentales sur lesquelles elle est fondée.

A tort ou à raison, mon cher confrère, l'avenir en décidera, j'attache quelque importance à mon travail; je vous serai donc reconnaissant de vouloir bien publier cette réponse.

Agréez, etc.

NOTE SUR CE QUI A LE MIEUX RÉUSSI EN PERSE CONTRE LE CHOLÉRA; communiquée par le consul de Perse à M. le docteur GUETTET.

Aussitôt que les premiers accidents du choléra se déclarent, on doit plonger le malade dans un bain froid (10 à 12° centig.), le laisser dans l'eau trois à quatre minutes, en ayant soin d'immerger la tête un instant.

Au sortir du bain, on enveloppe de suite le malade dans un drap de lit mouillé appliqué immédiatement sur la peau et recouvert d'une couverture de laine. Aussitôt que la chaleur est revenue, on pratique une saignée de 300 à 500 grammes selon la force du sujet.

On laisse le malade dans cette couverture quatre heures au moins; on l'essuie ensuite avec soin et on le couvre de vêtements secs et chauds.

Pendant qu'il est ainsi enveloppé, on lui donne à boire une infusion froide de menthe, de mélisse, ou de sauge, ou du thé froid par quart de tasse de quart d'heure en quart d'heure. On administre en même temps les pilules suivantes:

Calomel	40 grammes	
Ipécacuanha	30	—
Extrait d'opium . . .	10	—

M. div. en six pilules; une toutes les heures.

Si les accidents s'amendent, le deuxième jour on se contentera de continuer l'usage de la tisane aromatique; sinon, tout en continuant l'usage de cette tisane, on répétera l'administration des pilules. Le régime doit être des plus sévères: bouillon, tapioka, arrow-root, sagou, préparés avec du bouillon léger. Il faut le continuer plusieurs jours.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX BELGES.

I. ARCHIVES DE LA MÉDECINE BELGE.

Les numéros d'avril, mai, juin, juillet, août et septembre 1849 contiennent les travaux originaux suivants: 1° *Mémoire sur la conservation de l'ouïe*; par M. Schmalz. 2° *Quelques réflexions sur l'ophthalmie gonorrhoïque*; par M. Henrotay. (Réponse à M. Ricord.) 3° *Essai sur l'hypocondrie*; par M. Hannon. 4° *De l'application de l'électricité au traitement de quelques maladies*; par M. Stacquez. 5° *Ligature de l'artère axillaire*; par M. Tosquinet. (La ligature fut faite pour une plaie du bras qui s'était compliquée d'hémorrhagies répétées. Au lieu d'aller à la recherche, dans la plaie même, du vaisseau lésé, on lia selon la méthode d'Anel. L'opéré guérit rapidement.) 6° *Mémoire sur l'anatomie de la conjonctive au point de vue de ses altérations pathologiques et de leur traitement*; par M. de Condé. 7° *Observation d'une tumeur cancéreuse du sein, suivie de quelques considérations sur l'emploi du chloroforme*; par M. Warlonconrt. (Encéphaloïde contenant dans son intérieur un grand nombre de produits morbides divers.) 8° *Du traitement du choléra d'après les indications instinctives*; par M. Delstanche. 9° *De la cause, de la nature, du traitement du choléra*; par M. Stacquez. 10° *De l'utilité des bains de mer par rapport à l'épidémie du choléra*; par M. Verhaeghe. 11° *Des altérations du poumon qui constituent la maladie désignée sous le nom d'emphysème pulmonaire ou vésiculeux*; par M. Rossignol. 12° *Rapport sur les maladies régnantes observées à l'hôpital militaire d'Anvers pendant le second semestre de 1848*; par M. Gouzée. 13° *De l'importance des prodromes du choléra épidémique au point de vue thérapeutique de cette maladie*; par le même. 14° *De l'emploi de l'acétate de plomb solide dans le traitement de l'ophthalmie granuleuse*; par M. Buys.

ESSAI SUR L'HYPOCONDRIE; par le docteur HANNON.

Ce travail, présenté à la Faculté de médecine de l'Université de Bruxelles pour obtenir le grade de *docteur agrégé*, embrasse toute l'histoire de l'hypocondrie. On y trouverait difficilement un fait ou un aperçu absolument nouveaux, et il faut reconnaître que l'invention n'est pas aisée dans un sujet si souvent et si minutieusement étudié; mais ce n'est pas à dire que l'essai de M. Hannon soit dépourvu de mérite et d'utilité. Dans les questions controversées, dans celles-là plus que dans les autres, un esprit judicieux peut toujours rendre service à la science en jetant dans la balance des opinions opposées le poids de son expérience et de ses méditations. C'est un éloge qu'on doit à l'auteur. Profondément versé dans l'historique de la question, comme en témoigne un exposé préliminaire très-étendu, il a fait un usage généralement très-sensé des nombreux matériaux amassés jusqu'ici, et jugé avec beaucoup de sagesse les interprétations dont ils ont été l'objet. Il est surtout deux points sur lesquels on désirera sans doute connaître le sentiment de l'auteur; ce sont ceux qui touchent l'étiologie et la pathogénie de la maladie. Les solutions qu'il adopte nous paraissent conformes à la vérité.

L'hérédité partielle a été niée par certains auteurs: elle peut être moins commune qu'on ne l'a cru, c'est là un point de médiocre importance; mais à coup sûr elle existe, et n'est même pas rare. Cette opinion est aussi celle de M. Hannon. « Chaque jour, dit-il, en fournit de nouvelles preuves » Il existe, en effet, des observations très-positives d'hypocondrie héréditaire, et, de plus, il serait bien singulier, en présence de l'hérédité si fréquente de la folie, que l'hypocondrie, qui est au fond une forme d'aliénation men-

tale, fût toujours acquise. Nous croyons, au contraire, qu'elle se transmet précisément suivant la même loi que la folie, par le père comme par la mère, plus fréquemment par celle-ci que par celui-là, loi mise surtout en évidence, à l'aide de nombreux documents statistiques, par M. Baillarger.

Les auteurs sont fort divisés touchant l'action des climats sur la production de l'hypocondrie. Van Swieten, Georget, Bosquillon, croient que les climats chauds prédisposent à cette affection; Lorry, Barras, Hoffmann et d'autres attribuent, au contraire, la même influence aux climats froids, et Whytt fait remarquer que l'hypocondrie, en Angleterre, est surtout commune dans les saisons froides et humides. Enfin il est des auteurs, comme M. Falret, qui regardent le climat comme indifférent. Au milieu de cette divergence, M. Hannon semble pencher vers l'opinion de Van Swieten, mais sans s'expliquer catégoriquement. On conçoit très-bien la difficulté de trancher sûrement une question étiologique de cette nature, en l'absence de documents précis. Il pourrait se faire, par exemple, que l'hypocondrie ne fût pas plus fréquente chez les indigènes des pays méridionaux que chez ceux des pays septentrionaux, et que néanmoins elle fût souvent amenée par le passage d'une contrée froide dans une contrée chaude; ensuite, la température n'est qu'un des éléments du climat, et peut-être un climat chaud et humide aurait-il sur la production de l'hypocondrie une influence que ne posséderait pas un climat chaud et sec. Il y a plus d'hypocondriaques, dit-on, en Angleterre dans la saison froide et humide que dans toute autre; mais qui sait si l'humidité seule ne suffit pas à favoriser l'hypocondrie? Le froid est à peu près toujours humide en Angleterre; le résultat serait-il le même sous le règne prolongé d'un froid sec, d'une forte gelée? On ne pourrait l'affirmer. Tout ce qui tend à supprimer les forces vitales constitue une prédisposition à l'hypocondrie ou peut du moins l'aggraver, et l'on conçoit très-bien qu'une condition atmosphérique comme l'humidité, qui, réunie à une haute température, serait sans doute très-funeste, conserve une partie de sa fâcheuse influence même sous le règne du froid. Comparati a déjà distingué, sous le rapport qui nous occupe, l'action des vents secs de celle des vents humides, et il regarde comme très-pernicieuses pour les hypocondriaques les variations brusques dans la direction des vents et celles de la pression atmosphérique. Quant à nous, ce que nous pouvons dire, c'est que nous avons vu fréquemment des artistes partir très-bien portants pour l'Italie et en revenir, quelques années après, hypocondriaques; c'est que l'opinion qui attribue une action de ce genre au climat de l'Italie est fort répandue parmi eux; c'est enfin que, dans nos climats, l'humidité, les abaissements rapides du baromètre, aggravent généralement l'état des hypocondriaques.

D'après les détails dans lesquels entre l'auteur sur la pathogénie de la maladie, on voit qu'il admet deux modes de génération. Dans la première, la cause agit d'abord sur le système nerveux encéphalique et réagit ensuite sur les organes, particulièrement sur l'estomac. L'individu commence donc par se plaindre de maux imaginaires et prend plus tard des maladies réelles. C'est la forme qui succède aux déceptions de l'ambition, à la trop grande concentration des facultés intellectuelles, aux désenchantements de la passion, à l'oisiveté, etc. Dans la seconde forme, l'hypocondrie a eu pour point de départ une affection viscérale, le plus souvent de l'estomac, lésion portant primitivement ou consécutivement sur les nerfs ganglionnaires, et réagissant en définitive sur le cerveau; elle peut donc être un effet secondaire de toutes les causes susceptibles d'affecter d'une manière durable le système nerveux d'un organe quelconque. « L'affection nerveuse, d'abord locale, ajoute l'auteur, devient générale par l'action continue du mal sur le système nerveux; ce dernier agissant continuellement sur l'encéphale par les sensations douloureuses qu'il ne cesse de lui transmettre, la fatigue bientôt, et s'il rencontre une prédisposition acquise ou naturelle, ces impressions fâcheuses, en stimulant l'action, la pervertissent, et font de l'encéphale l'organe qui joue le rôle le plus important de la maladie. » Cette théorie est celle à laquelle se sont rattachés les meilleurs pathologistes. M. Hannon ne fait aucune allusion aux *hypocondries mixtes* d'un auteur qu'il cite pourtant plusieurs fois, de M. Michéa. Cette hypocondrie mixte, qui procéderait simultanément de lésions locales, fonctionnelles ou organiques, et d'une aberration intellectuelle, a été mise en doute par M. Valleix, et sans en contester formellement l'existence, nous croyons aussi qu'elle aurait besoin de l'appui d'observations nouvelles; mais l'autorité de M. Michéa sur la question si difficile de l'hypocondrie semblait commander, sinon l'adoption, du moins l'examen de son opinion sur un point délicat d'étiologie.

DU TRAITEMENT DU CHOLÉRA D'APRÈS LES INDICATIONS INSTINCTIVES; par le docteur DELSTANCHE.

DE LA CAUSE, DE LA NATURE, DU TRAITEMENT DU CHOLÉRA; par le docteur STACQUEZ.

DE L'UTILITÉ DES BAINS DE MER PAR RAPPORT A L'ÉPIDÉMIE DU CHOLÉRA; par le docteur VERHAEGHE.

DE L'IMPORTANCE DES PRODROMES DU CHOLÉRA ÉPIDÉMIQUE AU POINT DE VUE THÉRAPEUTIQUE; par le docteur GUNZÉE.

Les deux premiers mémoires, qui envisagent seuls la question du choléra à un point de vue général, s'accordent presque entièrement sur l'étiologie et le traitement de la maladie. M. Delstanche professe que les déjections des cholériques ont *un but* d'utilité pour le malade, et qu'il est en conséquence irrationnel de les arrêter dès le début. « S'il est vrai, ajoute-t-il, qu'il y ait viciation humorale, empoisonnement dans le choléra, pourquoi ne point chercher à favoriser les sécrétions éliminatrices que la nature appelle à son aide? » C'est dans ce but qu'il dit avoir administré avec succès de grandes quantités d'eau fraîche, *plusieurs seaux* dans les vingt-quatre heures. On reconnaît là, bien que l'auteur n'y fasse aucune allusion, le traitement de Sydenham ressuscité et exagéré par quelques praticiens de nos jours. M. Delstanche attribue, avec raison, ce semble, à l'eau ainsi employée, l'avantage de favoriser l'élimination stomacale en provoquant de nombreux vomissements, de remplacer la sérosité du sang devenu poisseux, et peut-être aussi de produire à la surface gastro-intestinale une réfrigération salutaire. Ce traitement lui a paru très-propre à relever le pouls, à ramener la chaleur, à rétablir les urines. Il reconnaît, du reste, la nécessité d'y joindre l'ipécacuanha quand l'effet vomitif ne se prononce pas, et particulièrement dans le *choléra sec.*

Ce que le précédent auteur se borne à indiquer relativement à l'origine miasmatique du choléra, M. Stacquez le développe assez longuement. Les arguments dont il se sert, les doctrines auxquelles il s'arrête touchant la pathogénie de la maladie, et enfin les conséquences thérapeutiques qu'il en déduit sont tellement conformes à tout ce que nous avons dit et répété que cela même nous empêche d'y insister. Le choléra règne endémiquement sur le delta du Gange, comme la peste sur les bords du Nil, comme la fièvre jaune sur les bords du Mississipi. Comment ne pas reconnaître le principe de ces cruelles maladies dans le produit de la décomposition des matières organiques déposées par les alluvions? Si le choléra est un empoisonnement, quelle indication se présente tout d'abord? De neutraliser le poison. Mais le poison est inconnu dans son essence; on ne lui connaît pas d'antidote! Donc, il n'y a plus d'autre ressource que de l'éliminer. Voilà donc l'indication principale, et on la remplit à l'aide des vomitifs, des purgatifs et des diaphorétiques. Cela n'empêche pas de soutenir en même temps, à l'aide de stimulants, la vitalité défaillante sous l'action du toxique. C'est ce que nous disions, il n'y a pas longtemps encore, en rendant compte d'une brochure de M. Follet (d'Amiens).

Tels sont les points par lesquels se touchent les mémoires de MM. Delstanche et Stacquez. Pour achever de donner une idée exacte de ces mémoires, il nous faut dire un mot de deux questions dont chacune n'a été traitée que par l'un des deux auteurs.

M. Delstanche a, comme on l'a vu, intitulé son travail : DU TRAITEMENT DU CHOLÉRA D'APRÈS LES INDICATIONS INSTINCTIVES. Cela veut dire que, dans le traitement du choléra, le mieux est de s'en rapporter aux *instincts* du malade et de la maladie. Le malade appète l'eau froide, il faut lui en donner à flots; il repousse ses couvertures et tous les moyens de calorification, il faut le découvrir et le soumettre à l'action de l'air frais. La maladie paraît vouloir se juger par des évacuations; il faut les provoquer. Nous croyons, avec l'auteur, qu'on a pu tirer bon parti de l'eau froide à haute dose; nous nous sommes plus d'une fois élevé, comme lui, contre l'abus des moyens de calorification; nous sommes enfin, au moins autant que lui, partisan des évacuants; mais l'approbation que nous donnons au moyen, nous ne saurions l'accorder au même degré au principe. Il est même assez étrange qu'après avoir déduit rationnellement sa méthode thérapeutique de vues étiologiques, il lui cherche une autre justification dans une vue aussi vague que celle de l'instinct des malades. Si, en fait, cet instinct s'accorde fréquemment avec l'opportunité thérapeutique, ce n'est pas une source rationnelle et ce ne peut pas être une source pratique d'opportunité. Il serait trop facile de citer des exemples de contradiction formelle entre les désirs instinctifs des malades et les indications les plus positives du traitement. Pour ne parler que du désir des boissons, n'est-il pas une forme de diarrhée asthénique, accompagnée d'une soif intense, dont l'un des moyens de traitement consiste dans l'abstinence des boissons? Il n'en est pas ainsi, dira-t-on, dans le choléra. Soit; mais, nous le répétons, ce n'est pas le fait que nous contestons, mais bien le principe.

La question traitée particulièrement par M. Stacquez est celle du rôle de l'électricité dans la production du choléra. On se rappelle cette opinion, rapportée avec quelque fracas par les journaux politiques, qui attribuait la dernière épidémie à la diminution du fluide électrique de l'atmosphère. Le promoteur de cette opinion affirmait que la diminution de l'électricité était proportionnelle à l'intensité de l'épidémie, et que, dans les jours où le chiffre des décès avait été le plus élevé, il lui avait même été impossible de tirer la moindre étincelle d'une machine assez forte. Or M. Stacquez, qui s'occupe beaucoup des questions relatives à l'électricité, fait ressortir tout ce qu'a de variable la quantité de fluide donnée par une même machine, indépendamment des influences exercées par l'état hygrométrique et la température de l'atmosphère; et il ajoute que, pendant la durée du choléra, les machines dont il se servait *ont doublé de puissance*, ce qui est directement le contraire de ce qu'avait remarqué l'observateur dont nous parlions à l'instant. Néanmoins, M. Stacquez considérant que, sous l'action d'un courant électrique, la circulation s'accélère souvent beaucoup et les sécrétions s'activent, pense qu'on pourrait tirer parti de cette circonstance dans le traitement du choléra.

Il nous reste à dire quelques mots sur la note de M. Verhaeghe et celle de M. Gouzée.

En 1832, M. J. Guérin avait cherché à montrer que, les affections contre lesquelles les bains de mer sont conseillées rentrant pour la plupart dans les prédispositions au choléra, et les premières atteintes du mal se manifestant par des effets (dépression des forces vitales) opposés à ceux que produisent les bains de mer, ces bains constituaient un excellent moyen prophylactique du choléra. Il ajoutait que les bains de mer pouvaient encore rendre de grands services dans la convalescence, toujours caractérisée par une débilité profonde et durable. Or M. Verhaeghe a pris la plume pour rapporter un fait propre à confirmer l'exactitude de ces vues. A Ostende, en 1832, le choléra a peu sévi; depuis le mois de juin jusqu'en octobre, quarante cas seulement ont été constatés. En 1849 également, Ostende a joui d'une remarquable immunité; on n'y a constaté que trois cas de choléra, du 23 mai au 10 juin. Dans cette période, ont régné quelques cholérines; aucune des personnes qui passaient chaque jour plusieurs heures dans la mer n'en a été atteinte.

C'est encore une opinion de M. J. Guérin que vient appuyer la note de M. Gouzée. Comme lui, il croit que l'immense majorité des attaques de choléra a été précédée de prodromes, consistant principalement en des accidents du tube digestif, avec complication de divers accidents du côté du système nerveux. Comme lui encore, il affirme qu'on prévient ordinairement le choléra épidémique en l'attaquant dans ses pordromes. La conformité entre les deux manières de voir serait plus complète et nous serait plus agréable encore, si M. Gouzée attribuait moins d'importance, dans le traitement de la période prodromique, aux opiacés, et en accordait plus aux évacuants du tube gastro-intestinal.

II. ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE D'ANVERS.

Les livraisons d'avril, mai, juin, juillet, août et septembre 1849 contiennent les mémoires originaux suivants: 1° *Observation de récidive de variole pendant la même épidémie*; par M. Van Hoof. 2° *Observation d'une épilepsie sympathique de la présence d'un tœnia dans les intestins*; par M. Luykx. 3° *Note relative à un cas d'anévrisme de l'artère coronaire de la lèvre inférieure*; par M. Hoefnagels. 4° *Observation d'un polype de la matrice opéré par déchirement; emploi du chloroforme; guérison*; par M. Van Camp. 5° *De l'hystérie*; par M. Donville. 6° *Notice sur Jacques Vandenkasteele, et sur la suette qui régna épidémiquement à Anvers au mois de septembre 1529*, par M. Broeckx. 7° *De la présentation des enfants nouveau-nés à l'officier de l'état civil*; par M. Mattbyssens. 8° *Coup d'œil général sur l'épidémie de suette au seizième siècle*; par M. Van Meerbeeck. 9° *Observation de névralgie rhumatismale guérie au moyen de la galvano-puncture*; par M. Koyen. 10° *Rétention du placenta*; par M. Gerbaud. (Il s'élève contre l'hypothèse de la résorption du placenta, invoquant, à l'appui de son opinion, les lois physiologiques et les cas où, après un séjour prolongé dans la matrice, l'arrière-faix a été trouvé intact.)

CAS D'ANÉVRISME DE L'ARTÈRE CORONAIRE DE LA LÈVRE INFÉRIEURE; par M. HOEFNAGELS.

L'erreur de diagnostic que M. Hoefnagels avoue avoir commise n'a entraîné aucun inconvénient, et l'a conduit à mieux étudier l'anatomie pathologique d'une tumeur fort intéressante par la rareté de lésions de ce genre dans un siége pareil.

Un des amis de l'auteur, jeune homme de 30 ans, portait sur la lèvre inférieure, à un centimètre et demi de la commissure gauche, une tumeur du volume d'un gros pois. Venue sans cause connue et depuis un temps qu'il ne put déterminer, elle n'occasionnait aucune douleur; seulement elle avait doublé de grosseur durant les deux derniers mois.

Croyant, vu cette bénignité, avoir affaire à un kyste, M. Hoefnagels se décida à l'extirper. Après avoir enlevé une portion ovalaire de la muqueuse, il essaya d'énucléer la tumeur ainsi mise à nu; mais ne pouvant y parvenir il finit par en faire l'ablation d'un coup de ciseaux courbes. Il se déclara immédiatement une forte hémorrhagie artérielle. De chaque côté, l'artère coronaire labiale fournissait un jet assez considérable. La ligature des deux bouts divisés tarit cet écoulement sanguin. Au bout de huit jours, tout était cicatrisé.

Curieux de connaître la composition de cette tumeur qui avait déjoué ses prévisions, l'auteur examina avec soin la partie enlevée. Or cette tumeur présentait deux ouvertures légèrement taillées en bec de flûte par suite de l'action des ciseaux. La section sur la surface opposée à son plus grand développement, fit voir que son intérieur était composé de deux cavités, l'une qui n'était que la continuation du tube artériel, l'autre qui paraissait en être un léger diverticulum. L'ouverture de communication, qui avait la grandeur d'une forte tête d'épingle, était légèrement frangée. L'intérieur du diverticulum était tapissé de petits caillots sanguins, peu adhérents à sa paroi, qui elle-même formée par la tunique celluleuse de l'artère, paraissait fortement amincie.

Le diagnostic était donc évident d'un anévrisme mixte externe de l'artère coronaire labiale inférieure.

III. ANNALES ET BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE GAND.

Les 4e, 5e, 6e, 7e, 8e et 9e livraisons de l'année 1849 se composent des travaux suivants: 1° *Quelles sont les vertus thérapeutiques de l'aconit? S'appuyer sur des faits pratiques*; par M. Massart. 2° *Observation de chancre serpigineux, guéri par l'application continue d'une solution caustique d'azotate d'argent*; par M. Teirlinck. 3° *Observation de sarcocèle vénérien ulcéré; extirpation de la tumeur; ligature en masse du cordon spermatique; phlegmon diffus des parois abdominales; guérison*; par M. Tarlinck. 4° *Observation de typhlites; inflammation du cæcum terminée par perforation; abcès stercoral de la fosse iliaque; mort*; par le même. 5° *Observations et expériences sur l'emploi du chloroforme dans les opérations chirurgicales, et particulièrement dans l'extraction des dents, suivies de la description d'un appareil inhalateur de nouvelle invention*; par M. Dudart. 6° *De la compression de l'artère vertébrale, et de son importance pour le diagnostic différentiel et le traitement des hémorrhagies et des anévrismes du cou*; par M. Fraeys. 7° *De l'emploi rotionnel du forceps et du levier*; par M. Boddaert.

QUELLES SONT LES VERTUS THÉRAPEUTIQUES DE L'ACONIT? par le docteur MASSART.

La question qui sert de titre au mémoire de M. Massart avait été mise au concours en 1848 par la Société de médecine de Gand. L'auteur a obtenu une mention honorable. C'est une distinction dont son travail était digne; mais si nous cherchions le motif qui lui a fait dénier le prix, nous croirions le trouver dans l'oubli d'une recommandation très-expressément inscrite dans le programme du concours, et ainsi conçue: « *s'appuyer sur des faits pratiques*. » M. Massart ne s'appuie guère, en effet, que sur des opinions empruntées à un grand nombre de pathologistes. C'est ainsi qu'il est arrivé à recommander l'emploi de l'aconit dans une foule d'affections, le cancer, les scrofules, la phlegmasie chronique, *l'obstruction des muqueuses et des viscères (quid?)*, la phthisie pulmonaire et laryngée, la surdité par gonflement des glandes tonsillaires ou engorgement des trompes, l'opacité de la cornée, la cataracte, certaines hydropisies, certaines fièvres intermittentes; en résumé, dans tous les états morbides, *dont l'engorgement est le facteur ou l'élément constituant*, et de plus, dans toutes les formes morbides subordonnées à la goutte, au rhumatisme et à la syphilis. Hâtons-nous d'ajouter que la conclusion définitive de l'auteur atténue notablement ce qu'on pourrait blâmer dans cette exposition si libérale des avantages de l'aconit. M. Massart accorde en définitive que l'aconit ne guérit jamais qu'à titre de sédatif, et n'a conséquemment de vertu formellement curative qu'à l'égard des affections essentiellement nerveuses, ou des complications nerveuses qui accompagnent certaines maladies diathésiques, comme la goutte, le rhumatisme et la syphilis.

DU DEGRÉ OU DOIT ÊTRE PORTÉE L'INHALATION DU CHLOROFORME; par M. DUDART.

Voici, d'après M. Dudart, dentiste, qui a beaucoup employé le chloroforme, à quoi servirait et en quoi consisterait le critérium propre à résondre cette question.

Quel est le symptôme qui indique quand l'insensibilité a été portée au degré convenable pour opérer sans douleurs, et subsidiairement quand faut-il suspendre l'inhalation, afin que cette dernière ne devienne pas dangereuse ou funeste au patient?

Les expériences de l'auteur lui ont appris qu'il n'y a de symptôme certain de l'insensibilité anesthésique que le *véritable trismus* qui s'empare des muscles élévateurs de la mâchoire inférieure. C'est lorsque les mâchoires et les dents sont fortement rapprochées, et conséquemment lorsque les muscles contractés cèdent avec peine aux efforts que l'on fait pour écarter les organes de la mastication que l'on peut alors, et en toute sécurité, cesser l'inhalation et pratiquer l'opération chirurgicale la plus douloureuse.

Ce symptôme d'insensibilité, ajoute M. Dudart, ne m'a jamais fait défaut; aussi je n'opère jamais avant qu'il se soit déclaré.

DE LA COMPRESSION DE L'ARTÈRE VERTÉBRALE, ET DE SON IMPORTANCE POUR LE DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL ET LE TRAITEMENT DES HÉMORRHAGIES ET DES ANÉVRISMES DU COU; par M. FRAEYS.

On a généralement méconnu jusqu'ici la possibilité d'exercer au cou sur l'artère vertébrale une pression capable d'y suspendre le cours du sang. Il y a donc une importance extrême à rappeler, d'après M. Fraeys, que cette artère parcourt librement, au devant de la colonne vertébrale et au-dessus de la clavicule une distance de 6 à 8 centimètres; que, avant de pénétrer dans le canal vertébral par l'apophyse transverse de la sixième cervicale, elle se trouve logée dans un espace triangulaire compris entre les muscles longs du cou et scalène antérieur; que toujours la carotide primitive se trouve directement au devant de la vertébrale qu'elle déborde autant en dehors qu'en dedans, et dont elle est seulement séparée par une aponévrose et une mince couche de tissu cellulaire graisseux; que la veine jugulaire interne se trouve sur le milieu de la face antérieure du muscle scalène antérieur, en dehors de la vertébrale et du tronc carotidien qu'elle recouvre en partie, lorsqu'elle est gonflée et que l'on tourne ou que l'on incline la tête du côté opposé; que ces rapports de l'artère carotide et de la vertébrale sont constants, lorsque la tête est située dans sa rectitude naturelle.

M. Fraeys a en outre prouvé expérimentalement que lorsqu'on exerce au moyen des doigts une compression entre la trachée-artère et le bord interne du muscle sterno-mastoïdien, depuis la clavicule jusqu'au niveau de l'apophyse transverse de la sixième cervicale, espace qui mesure 2 à 3 pouces, les doigts glissent naturellement dans l'intervalle des muscles long du cou et scalène antérieur, et compriment à la fois l'artère carotide primitive et la vertébrale. Cette dernière se trouvant directement derrière la première, entre celle-ci et la colonne vertébrale, l'aplatissement simultané des deux artères est inévitable, sans qu'il soit besoin d'une très-forte pression.

On demeurera convaincu de l'exactitude de cette notion par l'expérience suivante. Après avoir enlevé la voûte du crâne, le cerveau et le cervelet, en ayant soin de couper les deux artères vertébrales, au-dessous de leur réunion au tronc basilaire, on lie les artères axillaires et l'aorte abdominale à sa partie postérieure, et l'on fait pousser une injection d'eau par la crosse de l'aorte. On voit alors les deux carotides internes et les vertébrales, à la surface interne du crâne, lancer au loin le liquide. Aussitôt qu'on pratique une compression même légère avec la pulpe des doigts sur le trajet de la carotide primitive, dans l'espace de 2 à 3 pouces au-dessus de la clavicule, entre la trachée-artère et le bord interne du muscle sterno-mastoïdien, le jet s'interrompt dans la carotide interne et la vertébrale du côté comprimé, pour recommencer dès qu'on fait cesser la compression. — Quand on comprime avec la même force l'artère carotide immédiatement au-dessus du tubercule carotidien, en laissant libre l'espace qui est en dessous, le jet de l'artère vertébrale continue, tandis que celui de la carotide interne cesse entièrement.

Ainsi il n'est pas possible, à ce niveau, de comprimer la carotide à sa partie inférieure sans agir en même temps sur la vertébrale. Quand on ignore ceci, on peut facilement s'en laisser imposer sur la véritable source d'une hémorrhagie ou d'un anévrisme du cou, et lier un des deux vaisseaux pour l'autre. M. Fraeys rapporte en effet quatre cas où la carotide primitive fut liée, et liée comme on pense bien sans succès, pour un anévrisme de l'artère vertébrale.

Pour éviter de semblables malheurs, il n'y a pas d'autre moyen que la compression alternative des deux artères. Son résultat peut seul permettre d'établir un diagnostic positif, avant de procéder à l'opération. Or la vertébrale n'étant libre et compressible que jusqu'à son entrée dans le canal vertébral, et la carotide l'étant encore beaucoup plus haut, cette compression alternative est extrêmement simple à exécuter. L'expérience citée plus haut le prouve indubitablement.

IV. ANNALES D'OCULISTIQUE.

Les numéros de mai, juin, juillet, août, septembre et octobre 1849 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Propositions thérapeutiques sur l'amaurose*; par M. Duval. 2° *Des granulations palpébrales*; par M. Crocq. 3° *Note sur un cas remarquable de lésion traumatique du globe de l'œil*; par M. Rivaud Landran. (Nous avons déjà analysé cette observation.) 4° *Note sur une nouvelle application curieuse de la persistance des impressions sur la rétine*; par M. Plateau. (Expérience analogue à celle qu'offre l'inspection de l'instrument connu sous le nom de *phénakisticope*.) 5° *Relevé statistique des maladies observées à la consultation gratuite pour les yeux instituée à Peer*; par M. Jaus. 6° *De l'emploi de l'acétate de plomb selon la méthode de M. Buys, dans le traitement de quelques affections oculaires*; par M. Fl. Cunier. 7° *Compte rendu de l'Institut ophthalmique de la province de Namur*; par M. Loiseau. 8° *Compte rendu de l'Institut ophthalmique du Hainaut*; par M. Stiévenart. 9° *De la paralysie du nerf moteur oculaire externe*; par M. Badin d'Hurtebize. (Analyse des faits publiés sur cette affection.) 10° *Deux observations d'ophthalmie périodique*; par M. Rivaud Landran. 11° *Nouvel exemple d'incrustations métalliques dans la substance de la cornée*; par M. Ch. Deval. 12° *Deux opérations de cataracte exécutées par un nouveau procédé d'abaissement (répulsion anguleuse du cristallin)*; par M. L. Boyer; *suivies d'observations*, par M. Deval, et de la réponse de M. Boyer. (Nous avons fait connaître ce procédé dans le dernier numéro de l'année 1849 de la GAZETTE MÉDICALE.) 13° *Note sur les affections ophthalmiques observées à l'hôpital militaire d'Anvers, pendant le premier semestre de 1849*; par M. Goozée. 14° *Appréciation au point de vue homœopathique des collyres métalliques employés dans le traitement des maladies des yeux*; par M. de Souza Santos Junior. 15° *Observations d'acromatopsie*; par M. d'Hombres Firmas. 16° *De l'hydropisie de la capsule du cristallin*; par M. Tavignot. 17° *Des granulations conjonctivales. Identité entre l'ophthalmie militaire et l'ophthalmie blennorrhagique*; par M. Thiry. 18° *Des blessures des yeux par armes à feu*; par M. Duval. 19° *De la coexistence de l'amaurose et de la néphrite albumineuse*; par M. Landouzy. 20° *De la médication manganésique dans le traitement des chloro-anémies qui peuvent compliquer les cancers de l'orbite et les dégénérescences carcinomateuses des paupières, avec quelques considérations sur l'emploi du caustique doré*; par M. Pétrequin. 21° *Journal ophthalmologique des trois premières années de ma pratique*; par M. Wengler.

(*La suite au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 28 JANVIER.

HÉMOMÈTRES.

M. GUETTET, médecin de l'établissement hydrothérapique de Saint-Seine, lit un mémoire sur les hémomètres.

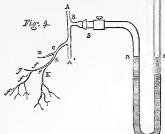
M. Poiseuille, dit-il, pour simplifier ou plutôt pour réduire à des proportions commodes l'appareil que le physicien Hales avait employé pour connaître la force du cœur (c'était un tube communiquant à une artère, dans lequel le sang s'élevait à 7, 8 et 9 pieds), a imaginé l'instrument suivant, qu'il a appelé *hémodynamomètre*, et que plus brièvement on appelle aussi *hémomètre*.

Cet instrument, selon l'étymologie, est destiné à mesurer la force du sang, ou, selon l'explication de M. Poiseuille, la force du cœur aortique.

Aux personnes qui ne connaissent pas l'instrument de M. Poiseuille, et qui ne seraient pas à portée de consulter le mémoire dans lequel il est figuré et décrit avec beaucoup de soin (1), nous présenterons, pour l'intelligence de ce mémoire, la figure 4 ci-annexée. St M T est un tube en U dont l'une des branches M t S a été coudée à angle droit au point *t*, vers le milieu de sa hauteur environ; de sorte que cette branche coudée est mi-partie verticale et mi-partie horizontale. On remplit de mercure l'instrument jusqu'en *n*, par exemple; on l'a-

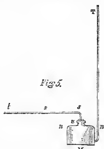
(1) RECHERCHES SUR LA FORCE DU CŒUR AORTIQUE; par M. Poiseuille. 1828.

dapte à l'artère d'un animal par l'extrémité S, munie d'un robinet, après toutefois avoir introduit dans cette branche un peu de sous-carbonate de soude dissous, pour empêcher la coagulation. Le robinet étant ouvert, le sang entre dans le tube et vient presser le mercure. Celui-ci abaisse son niveau *n* dans la branche où le sang arrive, et élève d'autant le niveau *n'* dans la branche libre. La différence entre ces deux niveaux mesure l'effort exercé par le sang sur le mercure, moins toutefois la fraction qui est due à la colonne de liquide alcalo-sanguin, pesant elle-même sur le mercure à partir du point *t*. En connaissant l'effort sur le mercure, on connaît l'effort contre les parois du tube, ou l'effort contre les parois de l'artère, qui est tout un. L'expression n'en est pas fixe; mais elle varie d'un moment à l'autre, et l'on s'en rend compte par les oscillations de la colonne mercurielle, qui monte et descend alternativement, tantôt plus, tantôt moins. Je me suis occupé, dans un travail long et détaillé, de préciser la nature et la valeur de cette donnée qui a été mal appréciée, et qu'à mon



avis M. Poiseuille lui-même a interprétée au delà et hors de son vrai sens. Aujourd'hui je n'y ai qu'une comparaison à faire.

Un autre instrument dont l'objet est le même, mais dont la forme diffère, ainsi que certains modes d'expression, est l'hémomètre de M. Magendie. Nous le représentons dans la figure 5.... Le mercure est contenu dans le petit flacon M, qui en est tout rempli, comme on le voit par le niveau *n*.



Une de ces tubulures, la supérieure *u*, reçoit le tube coudé *u* S *t*, d'abord vertical *u* S, puis *horizontal* de S en *t*. Il est destiné à communiquer avec l'artère de l'animal sur lequel se fait l'expérience. L'autre tubulure, latérale, reçoit le tube *n'* T, horizontal par la partie qui entre dans le flacon et devenant bientôt *ascendant* pour indiquer les diverses hauteurs auxquelles le mercure parviendra; car il y a, comme on le voit, libre communication entre le flacon et chacun des tubes. Il suffira donc d'adapter le tube horizontal *t* à l'artère pour que la pression artérielle soit transmise à l'intérieur du flacon, et se manifeste par l'élévation du mercure dans le tube ascendant T. Mais, comme chez M. Poiseuille, il faudra introduire un liquide alcalin dans le tube *t* avant de le fixer à l'artère, afin d'empêcher la coagulation du sang.

Il est à remarquer ici que, tandis que, chez M. Poiseuille (fig. 4), le niveau *n* qui indique le zéro des hauteurs est mobile, chez M. Magendie il est fixe en un point *n'* (fig. 5) que l'on détermine par la simple inspection une fois pour toutes (1). Le volume de mercure que peut contenir le tube T est si peu de chose dans le flacon, qu'il en sorte ou qu'il y rentre, que la hauteur *nM* du liquide dans ce flacon ne change pas sensiblement, et que par suite le zéro ne varie pas non plus dans le tube T. Il résulte de là que, dans les appréciations des hauteurs de la colonne ascendante, on sera exempté de la déduction que M. Poiseuille doit faire de la hauteur du mélange alcalo-sanguin. Il y a une autre simplification attachée à ce dernier appareil. Les hauteurs y apparaissent naturellement par l'élévation du mercure au-dessus de *n'* dans le tube T. Chez M. Poiseuille (fig. 4), il arrive que, tandis que le mercure s'élève dans la branche libre au-dessus de *n'*, il baisse d'autant dans la branche inosculée. Il faut donc doubler l'une de ces distances à *n* pour avoir toute la hauteur de la colonne. Cette particularité, jointe à l'opération relative aux hauteurs diverses que prend le liquide alcalo-sanguin, complique le travail d'observation chez M. Poiseuille, et le rend tout à la fois plus minutieux, plus long, moins facile.

Mais l'important est de savoir quel avantage peut présenter l'un de ces hémomètres, comparativement à l'autre pour la clarté et la véracité des expériences; et c'est parce qu'une différence importante au point de vue expérimental m'a été signalée que j'ai voulu constater par moi-même ce qu'il en était. Ainsi, dans l'instrument de M. Poiseuille, au lieu d'obtenir des oscillations correspondantes à la systole et à la diastole d'une manière distincte, ce que tout le monde s'attendait à voir, on n'a vu qu'une correspondance avec l'*inspiration* et l'*expiration*. « L'abaissement du mercure correspond à l'inspiration, son élévation à l'expiration (1), » dit M. Poiseuille lui-même, tandis que, chez M. Magendie, on voit les oscillations parfaitement isochrones aux pulsations du cœur. Cependant, pour rendre justice à l'instrument de M. Poiseuille, je dirai que, dès l'année 1840, le voyant fonctionner aux leçons de M. Magendie, au collége de France, je remarquai de petites saccades ou trémulations intermédiaires aux oscillations. Ces petits mouvements me parurent être isochrones au pouls, et je les rapportai dès lors à cette cause. Mais ils sont tellement peu distincts qu'ils ne pouvaient passer que pour un accessoire vague à côté de l'expression si prononcée d'autre part de l'oscillation respiratoire. Il restait donc admis, dans le monde physiologique, que l'hémodynamomètre indiquait le plus ou moins de force déployée par le cœur, en correspondance avec l'expiration ou l'inspiration, non avec la systole ou la diastole. Quelque surprenant, et je dirai quelque incomplet que cela paraît, l'expérience était là, et, pour mon compte, je ne voyais rien alors dans l'appareil qui pût justifier la défiance que j'avais sur son expression.

Ce fut donc avec un vif intérêt que j'appris qu'un nouvel instrument, celui de M. Magendie exprimait parfaitement, par des oscillations inconnues dans l'autre, les contractions et les repos ventriculaires. Désirant voir de mes propres yeux, je trouvai dans M. Magendie une obligeance parfaite, et M. le docteur Cl. Bernard eut la complaisance de se joindre à moi pour répéter l'expérience que le savant professeur avait faite avec son instrument.

C'était en mars dernier; nous essayâmes, sur un chien de taille moyenne, les deux hemodynamomètres comparativement. Nous eûmes les résultats suivants. Nous appellerons course de l'oscillation la distance qui est parcourue d'une hauteur à une autre par le sommet de la colonne mercurielle comme par un piston.

INSTRUMENT DE M. POISEUILLE.

HAUTEURS CORRESPONDANT AU BAS DE LA COURSE D'OSCILLATION.

Mercure. — Mélange alcalo-sanguin.

$$80 + 80 - \frac{30 + 80}{10} = 160 - 11 = 149 \text{ (2)}$$

$$55 + 55 - \frac{30 + 55}{10} = 110 - 8{,}5 = 101{,}5$$

$$90 + 90 - \frac{30 + 90}{10} = 180 - 12 = 168$$

$$95 + 95 - \frac{30 + 95}{10} = 190 - 12{,}5 = 177{,}5$$

$$93 + 93 - \frac{30 + 93}{10} = 186 - 12{,}3 = 173{,}7$$

$$91 + 91 - \frac{30 + 91}{10} = 182 - 12{,}1 = 169{,}9$$

$$85 + 85 - \frac{30 + 85}{10} = 170 - 11{,}5 = 158{,}5$$

(1) Une fois pour toutes s'entend pour tout le temps qu'on se servira du même tube ascendant. On sait que, dans un tube communiquant à un vase, le mercure se tient au-dessous du niveau dans ce vase, d'autant plus sensiblement que le tube est d'un plus fin calibre intérieur.

(1) RECHERCHES SUR LA FORCE DU CŒUR AORTIQUE.

(2) L'unité pour chacun de ces nombres est le millimètre. Le nombre 30, qui figure à la colonne du mélange alcalo-sanguin, mesure, en millimètres toujours, l'espace de *t* en *n* sur l'instrument que nous avons employé. Le nombre 10, par lequel on divise la hauteur du mélange alcalo-sanguin, exprime le rapport de la densité de ce liquide à celle du mercure. En effet, cette colonne a le poids d'une colonne de mercure dix fois plus petite.

HAUTEURS CORRESPONDANT AU HAUT DE LA COURSE D'OSCILLATION.

Mercure. Mélange.

$$85 + 85 - \frac{30 + 85}{10} = 170 - 11,5 = 158,5$$

$$100 + 100 - \frac{30 + 100}{10} = 200 - 13 = 187$$

$$95 + 95 - \frac{30 + 95}{10} = 190 - 12,5 = 177,5$$

$$100 + 100 - \frac{30 + 100}{10} = 200 - 13 = 187$$

$$96 + 96 - \frac{30 + 96}{10} = 192 - 12,6 = 179,4$$

$$92 + 92 - \frac{30 + 92}{10} = 184 - 12,2 = 171,8$$

$$90 + 90 - \frac{30 + 90}{10} = 180 - 12 = 168$$

C'est-à-dire que, dans le nombre de sept respirations ci-dessus, nous avons eu, en nombres ronds :

Bas de la course.	Haut de la course.	Différence.
149mm	158mm	9mm
101	187	86
168	177	9
177	187	10
174	179	5
170	172	2
158	168	10
1097	1228	

Avec l'instrument de M. Magendie, nous obtenons directement :

Bas de la course.	Haut de la course.	Différence.
125mm	170mm	45mm
120	175	55
70	230	160
130	200	70
120	190	70
130	225	95
115	185	79
810	1375	

Nous n'avons pas borné la matière de notre étude aux indices hémométriques ci-dessus, mais ils suffisent pour appuyer ce que nous avons à dire en ce moment.

A. La première chose qui frappe dans le tableau ci-dessus, c'est, chez M. Magendie, la simplicité du calcul, ou plutôt la clarté des résultats sans le secours d'aucun calcul. Chez M. Poiseuille, au contraire, il faut tenir compte d'éléments divers ; ce n'est qu'après une opération préparatoire que chaque hauteur hémométrique au bas comme en haut de l'oscillation peut être connue.

B. En jetant les yeux sur notre colonne des différences, on voit que la cause de l'oscillation est plus grande, par conséquent toujours plus sensible chez M. Magendie que chez M. Poiseuille. Cela tient à ce que le tube de M. Magendie est beaucoup plus étroit ; un volume de sang passant dans les hémomètres sous la pression artérielle fournit une course plus grande, dans l'hémomètre plus étroit. Le même volume retournant dans le système artériel fuit sur une échelle plus grande aussi dans le petit calibre que dans le grand. Cela ne veut pas dire que le point moyen entre le haut et le bas de l'oscillation soit plus élevé chez M. Magendie que chez M. Poiseuille ; car précisément le contraire arrive dans notre exemple. La moyenne des hauteurs,

$$\text{Chez M. Poiseuille} = \frac{1097 \text{ somme des petites hauteurs} + 1228 \text{ somme des grandes}}{7 \text{ nombre des hauteurs dans chaque somme} \times 2 \text{ nombre des sommes}} = 16,6$$

$$\text{Chez M. Magendie} = \frac{810 \text{ somme des petites hauteurs} + 1375 \text{ somme des grandes}}{7 \text{ nombre des hauteurs dans chaque somme} \times 2 \text{ nombre des sommes}} = 15,6$$

En effet, l'animal était plus fatigué lorsque nous lui adaptâmes l'hémodynamomètre de M. Magendie, parce que nous avions commencé par celui de M. Poiseuille. D'ailleurs ces moyennes peuvent varier elles-mêmes selon l'état physiologique de l'animal.

Ici le point à constater, c'est que pour ceux qui désirent des pressions moyennes, l'un comme l'autre hémomètre les fournira semblables et égales.

Mais pour ceux qui désirent connaître les plus grands effets de l'effort ventriculaire, est-il indifférent de prendre l'un ou l'autre de ces instruments ? Non assurément. Un piézomètre, quelque étroit qu'il soit, pourvu qu'il ne soit pas capillaire, ne donne jamais l'indice d'une pression plus haut que la pression ; mais si vous prenez un piézomètre d'un tel diamètre qu'on puisse le considérer comme un réservoir relativement au tuyau auquel il est appliqué, la hauteur due à la pression du tuyau tardera à s'établir dans ce piézomètre singulier ; et si, avant que cette hauteur soit établie, la pression du tuyau baisse brusquement, le piézomètre aura indiqué *p* sur le tuyau à l'instant ou le tuyau était réellement sous la pression P plus grande que *p*. Mais en revanche si la basse pression survenue ne dure pas tout le temps qu'il faudrait pour que le monstrueux piézomètre perdit toute la hauteur de liquide qu'il a en excès sur la charge dans le tuyau étroit, il arrivera qu'au moment du plus grand abaissement de la charge le piézomètre indiquera P' plus grand que *p's* qu'il faudrait indiquer. La moyenne entre ces deux extrêmes également inexacts sera cependant parfaitement juste.

En présence de ce qui se passe dans notre expérience, suivant que le tube hémométrique a un petit ou un grand diamètre, l'artère étant insuffisante pour alimenter le gros, je crois pouvoir appliquer le raisonnement ci-dessus, et taxer d'inexactitude les indications du gros tube pour les points extrêmes d'élévation et d'abaissement du mercure.

C. Si, en soufflant dans l'hémodynamomètre de M. Poiseuille par la branche coudée (S *t n*, fig. 4), on s'efforce de faire monter le mercure dans l'autre branche au-dessus de *n'*, et que tout à coup, en cessant de souffler, on le laisse retomber, le mercure revient non-seulement au niveau *n n'*, d'où on l'avait chassé, mais dans l'impulsion qu'il a acquise il continue son mouvement au delà ; puis, après une succession d'oscillations décroissantes, il s'arrête à ce niveau égal dans les deux branches. En faisant la même expérience dans l'hémodynamomètre de M. Magendie (fig. 5), le mercure monte également dans le tube T. Mais lorsqu'on cesse de souffler, il descend purement et simplement sans qu'on aperçoive d'oscillation sensible.

Si, au lieu de cesser complétement de souffler dans l'hémomètre-Poiseuille, nous alternons notre effort et notre repos en coïncidence avec le *va-et-vient* de l'oscillation mercurielle, il devient beaucoup plus facile d'entretenir le mouvement. Si nous faisons coïncider l'effort de propulsion avec le temps de retour du mercure, notre effort et le mouvement du liquide se détruisent réciproquement. Dans l'hémomètre-Magendie, ces effets ne s'observent point.

La cause de cette différence me paraît être ceci :

En soufflant dans le tube de M. Poiseuille, nous avons imprimé le mouvement à toute la masse du mercure. Abandonnée à elle-même, cette masse entière a acquis en retombant une quantité de mouvement égale (à celle qui l'avait déplacée, et ce mouvement de retour l'a reportée au delà de *n* vers *t* autant (ou à peu près) que le mouvement initial l'avait portée au delà de *n'* dans la branche opposée. La loi des corps oscillants reçoit ici sa pleine application. Dans l'appareil de M. Magendie (fig. 5), les choses se passent autrement. Lorsqu'une pression surajoutée à celle du niveau *n* fait monter une portion de mercure dans le tube T, au-dessus de *n'*, la masse M reste immobile, et quand l'excès de pression cesse et que la portion montée redescend, elle est si peu de chose par rapport à la masse immobile, que sa chute, ou plus que son volume, ne fout sur celle-ci aucun effet appréciable.

Il résulte de là que l'hémomètre-Poiseuille, adapté à une artère, porte en lui-même une cause de trouble piézométrique à chaque variation de pression, c'est-à-dire chaque fois que le mercure, abaissant brusquement son niveau par suite d'un abaissement de pression, rencontre brusquement aussi le flot du sang qui revient avec le retour de cette pression. Or ces alternations brusques de plus et de moins dans la pression artérielle ont constamment lieu avec la systole et la diastole, avec l'inspiration et l'expiration.

Voilà pourquoi l'impulsion ventriculaire, dont il était si naturel de demander l'expression à l'hémodynamomètre, a dû passer inaperçue. Quand la pompe respiratoire, dont le mouvement est plus ample, la pression plus soutenue, et dont les intervalles sont plus espacés, fait sentir son action, alors le mercure monte et descend plus régulièrement, et surtout sur une échelle plus considérable et plus apparente. Mais il n'est pas moins vrai que, soit pendant l'ascension, soit pendant l'abaissement qui correspondent à l'expiration et à l'inspiration, il y a des oscillations intercalaires, qui sont à chaque oscillation respiratoire ce que sont des ondulations à une grosse vague. Quoiqu'on les distingue très-irrégulièrement à l'hémodynamomètre de M. Poiseuille, elles sont appréciables, du moins plusieurs d'entre elles. Celles dont j'ai composé le tableau que nous avons vu plus haut, et qui sont rapportées à l'un comme à l'autre des deux instruments que nous étudions, sont des oscillations ventriculaires seulement ; ou les voit très-distinctes et très-amples chez M. Magendie. Chez M. Poiseuille, elles se confondent souvent entre elles, et se perdent dans le mouvement plus vaste de la respiration.

Je ne quitterai pas ce chef sans dire que dans l'un comme dans l'autre instrument il est difficile toutefois d'isoler complétement la part du cœur de la part du poumon. Ainsi avec l'hémomètre-Magendie, malgré la netteté des impulsions systoliques qui semblent dégager un élément de la question, nous l'avons vu, le docteur Bernard et moi, obtenir en toute précision ce résultat qui nous intéressait, la rapidité des oscillations d'une part, d'autre part les mouvements imprévus et fréquents de l'animal, apportent beaucoup d'obstacles à ce dessein.

D. Si c'est un mérite pour un appareil que d'être portatif, l'hémomètre-Magendie a encore l'avantage sur l'hémomètre Poiseuille à ce titre. On peut mettre séparément dans sa poche le petit matras et les tubes, et aller faire son expérience partout où elle sera possible. L'hémomètre-Poiseuille, vu sa longueur et la planche destinée à le protéger ne se transporte pas aussi aisément.

E. Pour l'étude des pressions négatives ou aspirations qui ont lieu dans le système veineux, nous retrouvons dans l'instrument de M. Poiseuille les mêmes genres d'inconvénients que nous avons signalés plus haut, mais à un moindre degré à cause de la moindre énergie de l'action ventriculaire dans ce système,

En résumé, Dans l'intérêt de la justesse des observations et pour la vérité des interprétations qu'elles peuvent fournir, nous avons cru utile de signaler la différence entre les deux instruments ci-dessus, toute à l'avantage de celui de M. Magendie. Cette différence le rend, à notre avis, aussi supérieur à celui de M. Poiseuille que celui de M Poiseuille l'est à celui de Hales.

ADDITION A LA SÉANCE DU 14 JANVIER.

SUR LA DIMINUTION DE LA FIBRINE. PAR L'AGITATION DU SANG.

M. Marchal (de Calvi) envoie sur ce sujet une note qu'il résume en ces termes :

J'ai communiqué à l'Académie une première note touchant l'influence de la chaleur sur l'augmentation de la fibrine. J'ai démontré, par des expériences, que, sous l'influence de la chaleur, la fibrine augmente dans le sang tiré de la veine. Par une application naturelle de ce fait à l'hyperplastécémie inflammatoire, je me suis demandé si ce phénomène n'était point dû, au moins en partie à la chaleur fébrile inhérente aux inflammations aiguës de quelque importance. Il m'a semblé que la première partie de l'opinion de Rasori, qui expliquait l'augmentation de fibrine par l'excès du calorique et par l'excès de mouvement, était fondée. Quant à la part attribuée à l'excès de mouvement, je suis arrivé, dans une nouvelle série d'expériences, à des résultats qui contredisent formellement l'opinion de Rasori. Voici comment j'ai procédé : j'ai fait coaguler, au repos, le premier et le quatrième quarts du sang d'une saignée ou indifféremment, les deuxième et troisième quart, tandis que les deux autres quarts étaient agités pendant dix minutes dans un flacon.

» Sur douze expériences, j'ai trouvé dix fois la fibrine sensiblement diminuée dans le sang agité. Je ne sais comment me rendre compte des deux exceptions. Toujours est-il qu'on peut inférer de ces recherches que l'agitation du sang tend généralement à diminuer la fibrine. Peut-être pourrait-on comprendre de cette manière les accidents de défibrination observés chez les animaux surmenés.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 29 JANVIER. — PRÉSIDENCE DE M. BRICHETEAU.

La correspondance officielle comprend :

1° Une lettre du ministre de l'agriculture et du commerce, avec une note explicative et un instrument inventé par madame Coquillard pour donner au malade des injections sans sortir du lit.

2° Lettre du même ministre consultant l'Académie sur un appareil à vapeur sèche pour le traitement du choléra.

2° Lettre du même ministre avec envoi d'un mémoire de M. le docteur Lasserre, relativement au traitement du choléra par l'eau chaude.

3° Plusieurs rapports de vaccinations.

CONTAGION DU CHOLÉRA.

M. Pellarin adresse une nouvelle lettre destinée à faire connaître un fait de communication de choléra par l'intermédiaire de hardes et en particulier d'un matelas ayant aussi servi à des cholériques. L'auteur termine sa lettre par cette proposition : que la désinfection immédiate de toutes les matières susceptibles de reproduire la maladie est un premier rang des mesures à prendre contre le retour des épidémies cholériques. (Comm. du choléra.)

RÉDUCTION DES LUXATIONS DES DOIGTS A L'AIDE DU COLLODION.

M. Mazier, médecin de l'hospice civil de Laigle (Orne), adresse une observation sur un nouveau mode de réduction des luxations des doigts à l'aide du collodion, mode qui consiste à se servir de lacs rendus adhésifs au moyen de cet agent.

La difficulté rencontrée jusqu'à ce jour, dit M. Mazier, dans la réduction des luxations des doigts tient à l'impossibilité de faire l'extension et la contre-extension. Le collodion donnant aujourd'hui la possibilité de la faire, ces luxations deviennent plus faciles à réduire que toute autre, même après treize jours d'existence. (Comm. nommée.)

OPÉRATION CÉSARIENNE.

M. Trefpert fils, de Montbelliard (Doubs), annonce qu'il a fait avec succès une troisième opération césarienne dont il adresse l'observation qu'il prie de renvoyer à la commission déjà nommée, comme faisant suite à son mémoire sur un cas de grossesse extra-utérine.

BOUILLON DE GÉLATINE.

M. Defer, chirurgien des hôpitaux civils de Metz, adresse l'observation d'un calcul enveloppé de six couches membraniformes. — M. Defer, par la même occasion, informe l'Académie de la suppression de l'appareil Darcet à l'hospice Saint-Nicolas de Metz. Cet appareil, dit-il, servait à préparer de l'eau gélatineuse, dans laquelle on faisait bouillir chaque jour de 22 à 25 kilogrammes de viande de bœuf pour nourrir environ 480 personnes. On a remarqué que ce bouillon gélatineux avait une odeur et une saveur désagréables ; qu'il était peu nutritif et que les pensionnaires de Saint-Nicolas le jetaient souvent après l'avoir goûté. Depuis le 1er janvier 1850, ce bouillon a été remplacé par du bouillon de viande de bœuf, et déjà l'on a fait la remarque que les habitants de l'hospice mangent depuis cette époque moins de légumes et de pain qu'avant.

DOCTRINE ET NOMENCLATURE ORGANO-PATHOLOGIQUE.

M. Piorry adresse la lettre suivante :

Messieurs, j'ai l'honneur de déposer sur le bureau le huitième et dernier volume de mon Traité de médecine pratique. Cet ouvrage, dont j'ai remis les sept premiers tomes à l'Académie, se compose d'un très-grand nombre de mémoires originaux sur les diverses parties de la science.

Les doctrines qui ont inspiré ce long travail, fruit de dix années de laborieuses recherches, sont fondées sur l'expérimentation chimique et physiologique, dirigée par la ferme intention d'écarter tout système exclusif et toute préoccupation d'esprit.

Par la force des choses, j'ai été conduit à oublier en quelque sorte les unités fantastiques, les êtres de raison, dits maladies, pour étudier les états pathologiques dont l'ensemble constitue les collections symptomatiques, d'ailleurs très-variables qui avaient été représentées par des noms divers. De là une nécessité absolue de donner des dénominations nouvelles, non pas aux maladies que je n'admettais pas comme des êtres ou des choses, mais aux états morbides anatomiques et fonctionnels qui en sont les éléments.

De là par conséquent la nomenclature pathologique ou onomisme pathologique qui, comparable à la nomenclature chimique, est indispensable pour exprimer succinctement, clairement, les doctrines qui ont été la pensée de l'ouvrage. Un grand nombre de mots qu'elle consacre sont déjà reçus dans le langage scientifique ; les autres le seront bientôt, alors que les doctrines qu'ils représentent seront reconnues l'expression réelle de faits expérimentaux et pratiques.

J'ai l'honneur de prier l'Académie de vouloir bien consacrer une ou plusieurs séances à l'exposition et à la discussion, soit de ces doctrines, soit du langage destiné à les exposer.

Libre de toute préoccupation personnelle, je serai tout prês, si mes opinions ne supportent pas un examen sévère et consciencieux, à renoncer aux idées qui m'ont conduit à publier le Traité de médecine pratique ; mais si les doctrines que je défends ne sont pas combattues par des arguments solides, je persisterai plus que jamais à soutenir avec énergie et en toute occasion les idées ou nomenclature que j'ai émises, et les principes plutôt que les mots de l'onomisme pathologique médical.

Sur l'observation de M. le président qu'une discussion ne peut s'engager qu'à l'occasion d'une communication spéciale, M. Piorry s'engage à faire prochainement une communication sur ce sujet.

M. le président annonce que l'Académie se formera en conseil secret à quatre heures pour entendre le rapport de la commission du 11 sur la question des candidatures.

M. Girardin demande la parole à cette occasion pour une motion d'ordre.

M. Girardin : J'exprimerai mon étonnement qu'il ne se soit encore présenté aucun candidat pour la section de pharmacie, depuis que la candidature a été déclarée ouverte. Je proposerai, si aucune demande n'est adressée à l'Académie d'ici à midi, que la candidature soit retirée de la section de pharmacie et convertie dans la section d'accouchement.

M. Dubois (d'Amiens) : Je ferai remarquer à M. Girardin qu'il n'est pas exact de dire qu'il n'a été fait aucun acte de candidature. Le bureau a reçu une lettre de M. F. Boudet, qui demande à être inscrit comme candidat ; d'autres candidats se seraient fait connaître sans doute, mais ils ont dû être retenus par le doute qui est resté dans l'esprit à l'égard de cette candidature à la suite de la discussion qui a été soulevée à ce sujet dans l'une des précédentes séances. En raison de cette circonstance, le bureau a cru devoir s'abstenir de faire connaître les demandes d'inscription jusqu'à une nouvelle décision ; c'est ce qui aura lieu après le rapport que nous allons entendre.

La parole est à M. H. Gaultier de Claubry pour des rapports officiels.

REMÈDES SECRETS.

M. H. Gaultier de Claubry lit une série de rapports officiels au nom de la commission des remèdes secrets sur les demandes de brevets d'invention pour des remèdes secrets. Le rapporteur propose de répondre pour toutes ces demandes qu'il n'y a pas lieu de leur accorder les bénéfices de la loi de germinal an XI. (Adopté.)

M. Velpeau a la parole pour la suite de la discussion sur les engorgements de l'utérus.

ENGORGEMENTS ET DÉVIATIONS DE L'UTÉRUS.

M. Velpeau : Sans vouloir rentrer dans la discussion générale, je demande cependant à dire encore quelques mots, rendus nécessaires, je crois, par les deux derniers discours prononcés à cette tribune.

L'Académie comprendra, j'espère aujourd'hui, que cette longue discussion n'a pas été aussi stérile qu'on l'avait supposé d'abord, et que les opinions émises par chacun de nous diffèrent assez peu maintenant les unes autres, au moins par le fond, si ce n'est par la forme.

Peut-être ne sera-t-il pas inutile, à présent, de rétablir deux faits dont l'origine semble vouloir se perdre au milieu de la discussion. Le premier de ces faits, c'est que les détails sur les causes, la forme, la bénignité ou la gravité et les accidents des inflexions utérines, donnés par MM. Malgaigne, Jobert, Huguier et Paul Dubois, viennent confirmer non-seulement ce que j'ai dit ici de ce genre de difformité, mais encore ce que j'en ai dit et imprimé il y a quinze ans dans mon Traité d'accouchements, comme il y a dix ans dans le

tome II de ma CLINIQUE, comme dans la GAZETTE DES HÔPITAUX (1845, p. 1, etc.), et dans d'autres journaux depuis. L'autre fait, c'est que personne maintenant ne semble avoir jamais voulu parler d'engorgements essentiels de l'utérus ! Je ne demande pas mieux de mon côté, et nous voilà volontiers d'accord ; mais alors pourquoi me combattre ? Pourquoi ne pas convenir qu'on se range à mon opinion ? Si l'on admet avec moi que l'engorgement n'est qu'un symptôme, un effet, au lieu d'être la maladie essentielle ou primitive, pourquoi le prendre pour titre? Pourquoi, par exemple, se servir des expressions : engorgements fongueux, granuleux, ulcéreux, tuberculeux, cancéreux, etc., plutôt que de dire tout simplement : fongus, ulcères, cancers, compliqués d'engorgement quand il y en a?

Au demeurant, si vous m'accordez que les engorgements utérins ne sont que l'ombre, ou la dépendance, le résultat d'une autre maladie, d'un état pathologique préalable, je n'en demande pas davantage. Cela suffit, en effet, pour ruiner de tous points les doctrines professées à ce sujet depuis trente ou quarante ans. Là est toute la question, puisque, dans la thérapeutique comme dans le diagnostic, l'engorgement, au lieu de jouer le rôle principal comme par le passé, ne sera plus dorénavant qu'un objet secondaire.

Si, comme le dit M. Paul Dubois (BULLETIN DE L'ACADÉMIE, t. XV, p. 215), ce que j'ai contesté n'a point été mis en question, si l'engorgement tel que l'entendait Lisfranc, tel que tout le monde l'entend, est admis par moi, pourquoi donc discutons-nous? Si la controverse ne roule que sur un malentendu, pourquoi donc ne l'avoir pas dit tout d'abord? Si quelque chose a changé dans le cours du débat, il me semble que ce n'est pas moi, car j'ai défini le premier jour, comme je le fais encore aujourd'hui, l'objet dont je voulais m'occuper. Si vous entendez l'engorgement comme Lisfranc, je me vois obligé de rester en désaccord avec vous; vous ne pensez pas comme moi, ou je ne pense pas comme vous, et voici finalement en quoi nous différons.

Pour Lisfranc, l'engorgement c'est la maladie, résultat plus ou moins éloigné d'un état subinflammatoire de l'utérus, et point de départ des autres lésions chroniques de la matrice.

Pour moi, l'état que vous appelez engorgement n'est pas la maladie, ne fait pas naître les autres maladies, n'est qu'un symptôme, qu'un résultat de quelques autres maladies, un effet possible de la plupart des autres affections utérines, n'est, en un mot, qu'un élément tout à fait secondaire, au lieu d'être le fait capital et primitif dans la question des maladies de matrice.

Pour Lisfranc, quand on a *diagnostiqué un engorgement*, tout est dit.

Là où vous indiquez un engorgement, je dis, moi : il y a autre chose. Cherchez et vous trouverez soit des corps fibreux, soit toute autre tumeur, soit quelque maladie organique, soit l'état granuleux des cavités génitales, soit une déviation, etc.

Dans la doctrine de Lisfranc, la thérapeutique ne tient compte que de l'engorgement, est dirigée en entier contre l'engorgement, fait complètement abstraction de toute autre maladie.

A mes yeux la thérapeutique doit, le plus souvent, ne point tenir compte de l'engorgement, et s'attaquer, au contraire, à l'affection réelle dont l'engorgement n'est que l'ombre.

Au demeurant, dans l'école de Lisfranc, le mot *engorgement* sert de *titre* à presque toutes les maladies chroniques de l'utérus.

Selon moi, c'est un mot qui, comme *tête de chapitre*, ne peut servir à la désignation d'aucune affection de l'utérus. Voilà de quelle façon nous sommes de la même opinion ! Que les praticiens veuillent prendre la peine d'y réfléchir, et qu'ils choisissent.

Il semblerait aussi, à en juger par le langage de mes honorables collègues, que mon entrée dans la discussion des lésions utérines ne date que de nos débats académiques, et que je sois venu ici à la suite d'une foule d'autres. Pour être bien compris, je dois rappeler une dernière fois que tout ce que j'ai dit dans cette enceinte, soit des engorgements, soit des déviations, soit des granulations de l'utérus, se trouve imprimé, en mon nom, dans différents recueils depuis plus de dix ans, bien avant, par conséquent, que M. Baud, M. Huguier, M. Jobert, etc., eussent rien publié sur le même sujet. Si les opinions et la pratique généralisées par Lisfranc ont subi de notables modifications depuis dix ans, j'ai donc droit de croire que j'ai contribué quelque peu à ce changement. Il m'importe, dès lors, de ne laisser ni dire ni penser que j'ai simplement suivi le mouvement des idées sur ce point important de la pathologie. Peut-être, enfin, pourrai-je ajouter que, pour le moment au moins, l'abandon des doctrines anciennes doit naturellement tourner au profit des miennes.

Cela dit d'une manière générale, je reviens aux débats des deux dernières séances spécialement.

Dans sa dernière argumentation, M. Huguier m'a fait plusieurs genres de reproches, les uns que je mérite peut-être et les autres que je crois déponrvus de fondement.

En invoquant sa statistique, dit-il, je lui ai prêté l'idée d'avoir cité 2,527 cas de maladies *utérines*, tandis que lui n'avait parlé que de maladies des *femmes*. Le fait est vrai, et je m'en confesse ; mais suis-je le coupable ici? Jusque-là nous n'avions parlé que de maladies utérines; il n'avait pas été question d'autre chose, et M. Huguier, pour prouver que l'engorgement utérin est fréquent, répond que, sur 2,527 cas de maladies de femmes, il a rencontré un nombre déterminé d'exemples de cette affection. N'étions-nous pas en droit de penser que par maladies de femmes il entendait parler de maladies de l'utérus?

M. Huguier m'a longuement combattu ensuite pour prouver que j'avais eu tort de soutenir que l'hypertrophie et l'engorgement sont la même chose. Là-dessus, il n'est donné une peine inutile, car je n'ai rien dit de semblable. Demandant à mes adversaires ce qu'ils entendaient par engorgement, j'ai simplement dit: Est-ce ceci, est-cela? serait-ce l'hypertrophie, par exemple? Et alors j'ai cherché à prouver que cela ne méritait pas le nom d'engorgement, que l'hypertrophie était plutôt une difformité qu'une maladie, qu'elle n'était pas de nature au moins à causer les dangers attribués à l'engorgement. Contestant l'existence de l'engorgement comme maladie essentielle, je n'avais point à le définir; j'aurais tout simplement désiré que ceux qui l'admettent voulussent bien indiquer ce qu'ils entendent par là.

M. Huguier soutient que tout le monde le comprend de la même manière, et que j'ai en tort d'avancer le contraire. Je lui en demande bien pardon; mais, pour lui montrer qu'il se trompe, il suffira de rappeler qu'à son point de vue l'engorgement est une affection complexe qui ne peut pas être simple, qui n'est ni de la métrite ni de l'hypertrophie; tandis que pour Lisfranc et M. Duparcque, par exemple, les différentes sortes de métrites et d'hypertrophies rentrent dans la catégorie des engorgements. Ajouterai-je que ces derniers auteurs admettent des engorgements simples, des engorgements tuberculeux, des engorgements squirrheux, etc., dont M. Huguier ne veut pas, et que M. Duparcque lui-même a eu le bon esprit de remarquer que le mot *engorgement* est une expression vicieuse?

En récusant le témoignage des pièces qui nous ont été apportées, je n'ai point dit, comme M. Huguier semble le croire, qu'un liquide conservateur quelconque pût faire disparaître une hypertrophie ancienne, pût amincir une matrice épaisse, etc.; j'ai uniquement prétendu que la maladie réelle, fongosités, végétations, granulations, état catarrhal, etc., ne pouvait plus guère être appréciée, et que la persistance du volume de l'utérus ne prouvait en aucune façon que, pendant la vie, il n'y eût pas autre chose que ce que l'on nous montrait.

Je l'avoue à ma honte, car c'est sans doute la faute de mon intelligence, malgré tous les détails qui nous ont été donnés, je comprends moins que jamais ce que l'on doit entendre par engorgement essentiel de l'utérus; d'après ce qu'en a dit M. Huguier, ce serait la même chose que la tuméfaction, ou le gonflement, ou l'inflammation, ou l'œdème, ou l'infiltration, etc. Est-ce que dans leurs livres ils ont des chapitres pour l'engorgement du cerveau, de l'estomac, du rein, de la vessie?

Malgré lui ou à son insu, M. Huguier en vient même à donner de l'engorgement la même idée que moi, c'est-à-dire à en faire un symptôme, une complication, puisqu'il cite comme exemples les engorgements qui accompagnent les fistules à l'anus, les fractures, la *phlegmasia alba* dans les ulcères, etc. Est-ce que dans tout cela l'engorgement est la maladie, le fait capital, autre chose qu'un épiphénomène? Est-ce que dans tout cela il ne suffit pas de guérir la fistule, l'ulcère, la *phlegmasia alba*, les fractures, etc., pour que l'engorgement se dissipe ensuite? Une preuve sans réplique que l'engorgement de M. Huguier n'est d'aucune valeur dans la pratique, c'est qu'il avance lui-même qu'à la dissection même, quand on est armé du scalpel et du microscope, il n'est pas toujours facile de distinguer le squirrhe de l'engorgement. Comment donc alors le distinguer sur les femmes vivantes, au lit des malades?

En somme, il en est aujourd'hui des engorgements de la matrice comme des engorgements du testicule il y a cinquante ans; on englobe sous ce titre insignifiant toutes sortes de lésions diverses. Tous mes efforts dans la discussion actuelle ont eu pour but de faire sortir la science et la pratique de cette impasse en même temps que de fixer l'attention des praticiens sur la fréquence des déviations, des inflexions de l'utérus.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS DE NOVEMBRE 1849; par M. E. FOLLIN, secrétaire.

I. — ANATOMIE NORMALE.

1° RECHERCHES ANATOMIQUES SUR L'ESTURGEON; par M. VALENCIENNES.

M. Valenciennes met sous les yeux de la Société quelques pièces relatives à l'anatomie de l'esturgeon; il montre d'abord l'aorte de ce poisson, contenue dans un canal cartilagineux, ou plutôt formée par ce canal même, situé à la partie antérieure de la colonne vertébrale. Il est impossible d'isoler une gaîne artérielle indépendante du canal cartilagineux. A l'intérieur de ce conduit existe un cordon fibreux longitudinal que Meckel avait pris à tort pour le grand sympathique. M. Valenciennes fait sortir du corps des vertèbres de ce poisson une masse gélatineuse bleuâtre que quelques membres de la Société comparent à la corde dorsale, à cause de son analogie de structure. M. Valenciennes prétend, au contraire, que dans des embryons de lamproie cette masse existe conjointement avec la corde dorsale, et dans le petromyzon fluviatilis, ce corps est rouge et la corde dorsale blanche.

M. de Quatrefages affirme aussi que, chez l'amphioxus, il existe des différences entre ce corps et la corde dorsale.

2° ŒUF HUMAIN présenté par MM. MARTIN-MAGRON.

Cet œuf, du volume d'un œuf de poule, présente des membranes intactes; mais à l'ouverture de la cavité amniotique, on n'a point trouvé de fœtus. Un liquide transparent la remplissait.

M. Cazeaux fait remarquer qu'il a trouvé cinq à six fois de pareils œufs. Tantôt le liquide amniotique est bulleux et coloré; tantôt il est plus fluide et transparent. Dans certains cas, on trouve des restes de la vésicule ombilicale et du cordon; tantôt ces vestiges ont complètement disparu.

M. Follin, qui a vu de semblables œufs, ajoute que la couleur et la consistance du liquide varient avec l'époque à laquelle l'embryon humain est entré en dissolution.

II. — PHYSIOLOGIE.

1° INJECTION D'EAU DANS LE SYSTÈME VASCULAIRE DU CHIEN; par M. CLAUDE BERNARD.

M. Claude Bernard, dans le but de répéter quelques expériences de Hales, injecte dans les veines d'un chien de petite taille un litre et quart d'eau fraîche.

Pour n'amener aucune rupture, ce liquide est poussé lentement. Après quelques instants, l'animal s'agite; les yeux deviennent saillants au dehors de l'orbite comme dans l'hydrophthalmie; enfin le chien succombe. A l'autopsie on ne découvrit aucune infiltration séreuse dans le tissu cellulaire du chien ni aucune épanchement dans les grandes cavités séreuses de la poitrine et de l'abdomen. Mais le foie, les deux poumons, la rate, sont plus volumineux, infiltrés de liquide, et gardent, lorsqu'on les comprime, l'impression du doigt. La mort est sans doute due à cette dernière lésion.

M. Bouchut fait remarquer que toutes les expériences de Hales n'ont point été faites par l'injection simple du liquide dans le système vasculaire; mais aussi, par l'ingestion dans les voies digestives. Il croit qu'il serait utile de répéter ces dernières expériences en injectant directement le liquide dans l'estomac. Ainsi pourrait être mieux jugée la question relative à la production des hydropisies par l'ingestion d'une trop grande quantité d'eau.

2° DE L'ÉCOULEMENT DU SUC PANCRÉATIQUE ET DE LA BILE; par le même.

Chez les mammifères, tels que le chien, le cheval, l'écoulement du suc pancréatique et de la bile se fait d'une manière en quelque sorte passive, par la compression des organes sécréteurs abdominaux au moment de l'inspiration. En effet, dans les expériences de MM. Tiedemann et Gmelin, Leuret et Lassaigne, faites sur des chiens et des chevaux, on voyait le suc pancréatique couler avec plus d'intensité à chaque inspiration. Mes expériences sur des chiens m'ont démontré la même influence de la respiration sur le suc pancréatique, et j'ai constaté qu'en tirant le pancréas hors de l'abdomen, l'écoulement de son liquide cessait.

Mon intention est de montrer dans cette note que, chez les oiseaux, l'écoulement du suc pancréatique et de la bile se fait par un mécanisme différent de celui qu'on observe chez les mammifères. Sur des pigeons et des poules, le canal pancréatique et le canal cholédoque se contractent de la manière la plus évidente avec une forme rhythmique, et chassent les liquides pancréatique et biliaire dans l'intestin.

Donc, chez les mammifères, les sucs pancréatique et biliaire s'écoulent passivement; on ne voit pas les conduits se contracter visiblement.

Chez les oiseaux, le suc biliaire et le suc pancréatique s'écoulent, au contraire, d'une façon active, indépendante de la respiration. On voit les canaux cholédoque et pancréatique se contracter visiblement.

Il serait utile de savoir si la structure microscopique de ces conduits diffère chez les oiseaux et les mammifères.

3° DES DIFFÉRENCES D'ÉNERGIE DE LA FACULTÉ REFLEXE, SUIVANT LES ESPÈCES ET SUIVANT LES AGES, DANS LES CINQ CLASSES D'ANIMAUX VERTÉBRÉS; par M. BROWN-SÉQUARD.

Tous les auteurs s'accordent à dire que la faculté réflexe est beaucoup moins forte chez les animaux à sang chaud que chez les animaux à sang froid.

On trouve cette opinion vraie si l'on se contente de comparer les mammifères aux batraciens, comme on le fait généralement; mais elle est essentiellement fausse, si l'on compare les mammifères et les oiseaux aux amphibiens, aux reptiles et aux poissons. Chez les oiseaux, le pigeon, par exemple, la faculté réflexe est plus énergique que chez les vertébrés à sang froid. Chez les mammifères, la faculté réflexe est plus puissante que chez beaucoup de poissons, et même que chez certains reptiles, le lézard, par exemple.

S'il y avait, comme on l'a supposé, un rapport inverse entre l'élévation de la chaleur propre des animaux et le degré d'énergie de leur faculté réflexe, nous devrions trouver tout le contraire de ce que l'expérience nous montre. En effet, ce sont les oiseaux qui, parmi les vertébrés, ont la chaleur propre la plus élevée, et ce sont eux aussi qui possèdent la faculté réflexe à son maximum de puissance. En outre, les mammifères nouveau-nés d'un jour, qui ont, comme on le sait, une chaleur propre inférieure à celle qu'ils possèdent à l'âge de 10 ou 12 jours, ont en général la faculté réflexe à un degré un peu moindre que ces derniers. Nous ajouterons que de tous les vertébrés à sang froid, ce sont les batraciens et les tortues qui ont à un plus haut degré la faculté réflexe, et ces animaux ont une chaleur propre bien plus manifeste que celle des poissons.

Ainsi donc la chaleur propre des animaux n'est pas la cause des différences d'énergie de la faculté réflexe parmi les divers groupes des vertébrés.

On dit que la faculté réflexe, chez les vertébrés, est en raison inverse du degré qu'occupe l'animal dans la série. Or la série, si l'on ne considère que les classes, se distribue ainsi :

1° Mammifères; 2° oiseaux; 3° amphibiens et reptiles; 4° poissons.

Nous devrions donc avoir, pour l'énergie de la faculté réflexe dans ces classes, la série précédente retournée. Eh bien! au lieu de cela, on trouve qu'il faut ranger les classes dans l'ordre suivant :

1° Oiseaux; 2° amphibiens et reptiles; 3° mammifères; 4° poissons.

Il va sans dire que nous n'avons pas tenu compte des exceptions que présentent certaines espèces. Ainsi les anguilles, les tanches, les carpes, ont au moins autant de puissance réflexe que les mammifères.

L'énergie de la faculté réflexe est-elle en raison inverse de l'âge, comme le répètent tous les physiologistes? S'il y a chez les batraciens une différence à cet égard, elle est très-faible, et plutôt en faveur des adultes que des jeunes batraciens. Il en est de même chez les poissons, où l'on trouve, en outre, ce fait intéressant que les grosses espèces l'emportent sur les petites quant à l'énergie de leur faculté réflexe.

Chez les oiseaux, la faculté réflexe est plus puissante à l'âge adulte que chez les jeunes individus. Chez les passereaux surtout, la différence est très-marquée. Chez les mammifères, on trouve des différences notables, quant à l'influence de l'âge, suivant les espèces. Ainsi il est incontestable que les chiens, les chats et les lapins très-jeunes ont plus d'action réflexe que les mêmes animaux adultes, tandis que, chez les cochons d'Inde, la différence existe à peine. De plus, chez les chiens et les lapins, la faculté réflexe est sensiblement moins énergique le jour de la naissance que huit, douze ou quinze jours après. Enfin, chez les cochons d'Inde pris dans l'utérus, environ dix ou quinze jours avant l'époque où la naissance aurait eu lieu (on sait que les cobayes portent soixante-cinq jours), on trouve la faculté réflexe beaucoup moins forte que chez les cochons d'Inde nouveau-nés, à terme, ou chez les adultes.

On s'était donc trompé en émettant comme proposition générale que plus un animal est jeune, plus sa faculté réflexe est puissante. Les rapports qu'on a voulu établir, comme des lois générales, relativement à l'énergie de la faculté réflexe, suivant le degré de la chaleur propre des animaux, leur place dans l'échelle et leur âge, ne sont donc pas exacts.

L'espace manquant ici, M. Brown-Séquard se contentera, après avoir rapporté ces résultats négatifs, de signaler un fait positif sur lequel il donnera plus tard les détails nécessaires : il s'agit de l'existence d'un rapport constant entre la quantité de la substance grise de la moelle épinière et l'énergie de la faculté réflexe. Il a trouvé ce rapport, de même que les faits signalés ci-dessus, en étudiant, d'une part, la structure du renflement lombaire de la moelle dans la série des espèces et celle des âges, et d'une autre part, l'action réflexe du train postérieur, chez des animaux ayant la moelle coupée transversalement, en avant du renflement lombaire.

4° DES RAPPORTS QUI EXISTENT ENTRE L'IRRITABILITÉ MUSCULAIRE, LA RIGIDITÉ CADAVÉRIQUE ET LA PUTRÉFACTION; par M. BROWN-SÉQUARD.

Dans le courant du mois de septembre, M. Brown-Séquard a fait à la Société, sur le sujet indiqué par ce titre, plusieurs communications, dont quelques parties ont été publiées dans les numéros 9 et 10 de nos Comptes rendus. Nous allons résumer ici ce qui n'a pu trouver place dans ces deux numéros.

Après la mort, quand la circulation a complètement cessé dans les muscles, ils deviennent le théâtre d'une série de changements physiologiques et chimiques, en vertu desquels ils passent par degrés de l'état de vie à l'état de putréfaction le plus complet. Entre ces deux périodes extrêmes, il s'en trouve plusieurs autres parfairement caractérisées, ainsi qu'on va le voir.

1° La contractilité, d'abord très-énergique, diminue peu à peu, lentement en premier lieu, puis de plus en plus promptement; mais avant de disparaître elle revêt, dans certaines conditions, un caractère tout particulier. En effet le mode de contraction des muscles, immédiatement ou peu de temps après la cessation de la circulation, ne diffère pas de celui qu'on trouve chez les animaux vivants; mais il n'en est plus de même au moment où la contractilité va disparaître et la rigidité survenir. Nous appellerons état secondaire les muscles arrivés à cette dernière condition.

2° Cet état secondaire se manifeste par des contractions rigides, qui ont lieu sous l'influence d'excitations mécaniques. Au lieu d'un rapprochement moléculaire rapide, suivi aussitôt de l'éloignement des parties qui s'étaient rapprochées, les muscles, dans l'état secondaire, se raccourcissent lentement, restent contractés pendant quelques secondes, puis reprennent graduellement la longueur qu'ils avaient avant l'excitation. Chez les mammifères adultes ce mode de contraction est fort peu prononcé, et n'est manifeste que lorsque la rigidité tarde beaucoup à se montrer; mais chez les chiens, les chats et surtout les lapins nouveau-nés, ce mode de contraction est extrêmement caractérisé. Il n'est du reste, chez ces jeunes animaux, que l'exagération de l'état normal, car pendant la vie les muscles excités mécaniquement se contractent déjà avec lenteur, mais la lenteur augmente après la mort à mesure que la rigidité cadavérique est plus prochaine. Chez les grenouilles, on voit aussi, dans les trois saisons froides de l'année, les muscles excités mécaniquement présenter l'espèce de contraction durable, rigide, dont nous parlons. Ce mode de contraction est manifestement un intermédiaire entre la contraction normale, pendant la vie et la contraction ultime cadavérique (1).

(1) Il ne faudrait pas confondre la contraction intermédiaire en question qui a lieu dans toute la longueur des muscles excités, avec les contractions partielles que l'on voit surtout dans les muscles appuyés sur un plan osseux et particulièrement le masséter et le temporal, contractions si curieuses en ce qu'elles sont limitées à la partie du muscle qui a été frappée, en ce qu'elles reproduisent parfaitement la forme du corps contondant excitateur, et en ce qu'elles durent assez longtemps après que l'excitation a cessé. Ces contractions sont semblables à celles

3° Les deux périodes précédentes se caractérisent par des signes positifs; il n'en est pas de même dans cette troisième période: la contractilité a disparu, la rigidité cadavérique ne semble pas encore exister. Récemment M. Gierlichs et d'autres physiologistes ont affirmé que la rigidité survenait toujours à l'instant même où cessait la contractilité. On trouve cette opinion vraie dans tous les cas où l'on fait usage d'un appareil galvanique énergique pour reconnaître l'existence de la contractilité et de plus où il n'y a pas, après la mort, un retard considérable dans l'apparition de la rigidité. Cependant, même dans ces cas, il y a un petit intervalle de quelques secondes à quelques minutes. Mais dans les cas où l'irritabilité a duré très-longtemps et où la rigidité tarde considérablement à paraître, on constate un assez long intervalle pendant lequel les instruments excitateurs les plus puissants ne déterminent plus assez d'excitation pour mettre en jeu le peu de contractilité que les muscles peuvent encore conserver. Nous sommes fondés à croire qu'ils possèdent encore de la contractilité, mais nos excitations sont relativement très-faibles pour la mettre en jeu.

4° Enfin nous signalerons trois autres périodes : l'une, quatrième période, consistant dans l'existence manifeste de la rigidité ; une autre, cinquième période, dans laquelle la rigidité est excessivement affaiblie ou a cessé, tandis que la putréfaction ne se reconnaît que très-difficilement; une dernière, sixième période, où la putréfaction existe et s'accomplit.

Entre l'état de vie d'un muscle et sa putréfaction, on peut donc distinguer six périodes ou états particuliers, différant bien nettement l'un de l'autre. Ces états cependant, bien que très-divers, ont entre eux un lien commun, qui fait que la plupart des circonstances qui modifient le premier, soit qu'elles aient agi pendant la vie, soit qu'elles n'agissent qu'après la mort, modifient aussi d'une semblable manière, et par cette action même, tous les états ou périodes qui suivent. Ainsi, par exemple, quand une cause quelconque a diminué la force contractile des muscles, on voit les six périodes que nous avons signalées diminuées de longueur, et de plus l'énergie de la contraction dans l'état secondaire ou seconde période est diminuée, ainsi que celle de la roideur cadavérique.

Tout ce que nous venons de dire et tout ce que nous avons rapporté précédemment (voy. nos Comptes rendus, nos 3, 9 et 10) conduit à l'établissement de la loi que voici : la durée et l'énergie de l'irritabilité musculaire après la mort, ainsi que la durée et l'énergie de la rigidité cadavérique, sont en raison directe de la quantité de force contractile des muscles au moment de la mort. Au contraire, la durée de la putréfaction des muscles est en raison inverse de la quantité de leur force contractile au moment de la mort.

Pour éviter tout malentendu relativement à cette loi, il importe que nous disions que la force contractile des muscles peut être affaiblie ou même presque anéantie, pendant la vie ou au moment de la mort, de trois manières : 1° le sang peut être impropre à la production de cette force par défaut de quantité ou de qualité, ou simultanément par ces deux défauts; 2° la force contractile étant mise en jeu énergiquement et sans discontinuité peut s'épuiser; 3° la force contractile peut disparaître consécutivement à l'action dynamique ou chimique de quelques poisons tels que certains venins, l'acide sulfhydrique, etc. (22 septembre.)

III. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

1° TUBERCULES DU TEMPORAL; par M. MOREL-LAVALLÉE.

M. Morel-Lavallée présente l'os temporal d'une femme qui a succombé à une phthisie aiguë et qui depuis quelque temps offrait les signes d'une otorrhée purulente. L'autopsie de l'oreille a montré que des tubercules remplissaient le canal auditif et en partie l'oreille moyenne. Ils s'étendaient à l'apophyse pétrée qui se trouvait altérée dans un point de sa partie supérieure. Là on voyait la duremère adhérer plus fortement que de coutume à l'os, qui était rouge et aminci.

2° FRACTURE DE L'OMOPLATE CHEZ LE CHEVAL; par M. LEBLANC.

M. Leblanc met sous les yeux de la Société une fracture de l'omoplate chez un cheval.

Cette fracture est une des plus rares que l'on rencontre en médecine vétérinaire. Elle a été causée par la chute du cheval sur l'angle d'un trottoir; depuis cette époque, il s'est écoulé un mois et l'animal n'a pas marché une seule fois.

A l'autopsie, on a trouvé, autour de l'articulation scapulo-humérale, une masse de sang épanché dans laquelle avaient été englobés les muscles ; les os étaient déplacés; l'omoplate était à la face interne de l'humérus, contre laquelle son extrémité avait frotté; la surface de ces deux os était lisse comme si on les eût sciés avec soin. En avant de l'articulation, attachée au muscle coracoradial, étaient situés l'apophyse coracoïde, l'acromion et la lame opaque de l'omoplate, qui s'étend de la crête centrale au bord antérieur. L'os n'étant plus retenu en avant par le coracoradial avait basculé en dedans; il y avait eu déchirure de la capsule articulaire. Quant à l'aspect lisse des os, il ne peut être dû qu'au frottement de deux surfaces, et cependant le cheval n'avait pas marché.

3° INFLAMMATION TRAUMATIQUE DES CORPS GRAISSEUX CHEZ UNE VIPÈRE; par M. ROBIN.

M. Robin présente une vipère mâle (*vipera berus*) morte deux mois et quelques jours après avoir reçu un coup sur le ventre. Il en était résulté une vive inflammation des corps graisseux, dans une étendue limitée en haut vers la vésicule du fiel, en bas vers l'extrémité supérieure des testicules. Ces corps se sont soudés sur la ligne médiane; ils ont augmenté de volume et adhérent à l'estomac qu'ils compriment. L'estomac tout à fait vide est tellement resserré à ce niveau, que ni l'air, ni l'eau, ni un stylet ne peuvent le traverser; néanmoins, en fendant cet organe, on constate qu'il n'y a pas soudure des parois muqueuses opposées et maintenues rapprochées fortement par constriction de l'estomac et par compression des corps graisseux. Ces derniers sont fortement congestionnés; de plus, ils sont couverts de petites taches jaunâtres, au nombre de 8 à 10 sur chaque lobule des corps graisseux. Ces taches ont de 1 à 3 millimètres de large; elles sont déprimées et ressemblent, quant à l'aspect extérieur, à du pus ou du tubercule. A gauche, on remarque deux masses du même aspect, qui ont 1 centimètre de long sur 1/2 de large; il y en a une à droite deux fois plus grosse, et une en avant sur la ligne médiane, quelques autres dispersées çà et là au nombre de six à huit ont le volume d'un pois. Ces petites masses sont friables et dépourvues de vaisseaux; l'examen microscopique fait reconnaître la présence de cellules adipeuses nécrosées, si l'on peut ainsi dire; elles ont perdu leur transparence, et au lieu d'être pleines de liquide huileux, cette substance s'est solidifiée. Quelques cellules sont rompues en fragments ou fissurées sur les bords, et on peut ainsi constater leur solidité. Il n'y a pas trace de globules de pus; il y a seulement quelques globules granuleux de l'inflammation, de 0mm,020 de diamètre. On constate que les capillaires, très-visibles dans les parties voisines des amas jaunâtres dont il est question, manquent complétement dans ceux-ci.

4° RECHERCHES ANATOMO-PATHOLOGIQUES SUR UNE TUMEUR BLANCHE DU GENOU; par MM. LEBERT et FOLLIN.

MM. Lebert et Follin montrent une articulation du genou prise chez un enfant de 7 à 8 ans environ, et qui offrait plusieurs lésions remarquables.

La tumeur blanche du genou, d'une forme globuleuse, avait fait rétracter la jambe presque à angle droit ; les vaisseaux du membre malade avaient été remplis par une injection de térébenthine colorée par du bleu de Prusse. Une partie de la matière à injection était sortie par une fistule située à la partie externe, postérieure, et tout à fait supérieure de la jambe ; une cicatrice adhérente se trouvait au milieu de l'espace qui sépare les deux condyles du fémur et correspondait à une ancienne fistule. L'articulation étant ouverte par le milieu, au-dessus de la rotule, on voit qu'elle est d'une fort petite capacité et qu'il existe même à sa partie postérieure un commencement d'ankylose entre le milieu du fémur et une partie de la tête du tibia, ankylose établie au moyen de fausses membranes qui constituent, pour ainsi dire, un ligament de nouvelle formation. La synoviale qui revêt la cavité articulaire est épaissie, vasculaire, et envoie des prolongements vers les bords des cartilages diarthrodiaux. Dans plusieurs points se voient des ponts de fausses membranes remplis de vaisseaux injectés et réunissant les bords libres et séparés de la synoviale. Le cartilage est érodé et notablement aminci au niveau de la portion du fémur où l'épiphyse montre dans son intérieur une raréfaction notable. Le cartilage est complétement détruit au niveau d'une affection plus profonde et plus grave de la tête du tibia. Cet os renferme une cavité d'abord oblique dans l'épiphyse et qui traverse ensuite la zone cartilagineuse pour devenir verticale dans la diaphyse, cette cavité a en tout 3 centimètres de long sur 1 centimètre à 15 millimètres de large ; elle offre, du côté de la cavité articulaire, un creux infundibiliforme correspondant à toute la largeur de l'os et ayant près de 2 centimètres de longueur sur 12 millimètres de largeur. La perte de substance de l'os et du cartilage y est faite comme avec un emporte-pièce, et elle est comblée en partie par un tissu fongueux, mollasse et fibro-plastique. Dans la cavité décrite, on voit bien distinctement deux séquestres, dont l'un supérieur a le volume d'un petit haricot, tandis que l'inférieur est un peu plus volumineux. Le tissu fongueux qui entoure de toutes parts cette perte de substance montre un riche réseau vasculaire fort bien injecté. Le tissu osseux tout autour est très-vasculaire et plutôt condensé. Une perte de substance irrégulière, du volume d'un gros pois environ, existe à la partie antérieure et postérieure de la surface externe de la tête du tibia, perte en partie comblée par le tissu fongueux déjà mentionné. Il est certain qu'on eût pu faire l'extraction des séquestres de ce côté; dès lors le genou eût pu guérir par ankylose incomplète, et la contracture consécutive aurait pu être traitée plus tard par la ténotomie et par l'extension forcée. La rotule est déjetée en dehors et en haut et la capsule qui revêt sa surface est très-vasculaire et richement remplie par la matière d'injection; le tissu qui sépare la membrane synoviale de la capsule fibreuse et des ligaments a de 3 à 4 millimètres d'épaisseur ; il est très-vasculaire et se compose essentiellement de tissu fibro-plastique.

5° PIÈCE RELATIVE AU CÉPHALÆMATOME; par M. DEPAUL.

M. Depaul montre un pariétal d'enfant sur lequel on peut facilement constater la présence d'un léger bourrelet osseux. Cet os a été le siége d'un céphalæmatome dont le bourrelet osseux formait la base. Dans un point de ce bourrelet, on constate la présence d'un petit épanchement sanguin.

(La fin au prochain numéro.)

---

décrites par E.-H. Weber et J. Muller, comme ayant lieu dans l'organe contractile du palais de quelques cyprins ; elles existent chez tous les animaux, et on peut les voir même chez l'homme à l'état de santé. M. C.-B. Williams et M. le docteur Tholozan ont vu de ces contractions locales sur les muscles thoraciques dans des cas de pleurésie et de phthisie.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITEMENT DU CANCER ET DES AFFECTIONS SCROFULEUSES PAR L'ACIDE NITRIQUE SOLIDIFIÉ, SUIVI DE RÉFLEXIONS SUR LES AVANTAGES DE L'EMPLOI DE L'ALUN DANS LE TRAITEMENT DES PLAIES; par M. RIVALLIÉ. — Un vol. in-8° de 140 pages, avec trois planches. Paris, 1850. chez l'auteur et chez Germer Baillière, 17, rue de l'École-de-Médecine.

« L'emploi de ce puissant caustique (l'acide nitrique solidifié) est désormais appelé à changer le rôle de la cautérisation dans le traitement des affections chirurgicales, et à en rendre l'application beaucoup plus fréquente qu'elle ne l'a été jusqu'à nos jours. » Voici l'opinion de M. Rivallié; et il faut bien croire à sa conviction, sinon à ses paroles; car, ce qu'on vient de lire, il le répète au moins cinq ou six fois presque dans les mêmes termes. Une foi profonde est le premier et le plus indispensable mérite de l'inventeur. Lorsqu'elle est, comme ici, modérée dans son expression, et suffisamment justifiée par des preuves, il est peu de lecteurs dont ce ton affirmatif ne conquière d'emblée l'attention. Aussi avons-nous parcouru cet opuscule avec une curiosité qui est bientôt devenue de l'intérêt. Nous n'avions pas achevé le premier chapitre que le désir d'expérimenter à notre tour est venu s'ajouter à ces deux sentiments. On va juger par l'analyse rapide des propriétés attribuées au nouveau caustique si nous avons eu tort de nous laisser séduire.

L'acide nitrique, on le sait, produit une destruction rapide et complète des tissus; mais sa fluidité empêchant de le maintenir pendant un certain temps en contact avec les parties, il en résulte que son action demeurait toujours insuffisante. M. Rivallié a imaginé de le solidifier en l'associant à un corps que tout chirurgien a sous la main, à de la charpie. Il prépare quelques gâteaux de charpie qu'il place dans un vase de terre; puis il verse dessus, goutte à goutte, une certaine quantité d'acide nitrique à son plus haut degré de concentration (cette condition est de rigueur). Immédiatement, par le mélange de ces deux corps, se forme une pâte gélatineuse, à laquelle on donne la forme nécessaire pour qu'elle puisse aisément être appliquée sur les tissus. On la prend et on l'arrange avec de longues pinces. Il faut la laisser en place quinze à vingt minutes, puis l'enlever avec précaution.

L'épaisseur des parties détruites par ce procédé est certainement considérable; mais il est à regretter qu'une certaine confusion règne dans la manière dont l'auteur a déterminé ce point important. Ainsi il dit une première fois que, en agissant comme il vient d'être indiqué, on obtient une escarre qui a généralement *quatre à cinq lignes d'épaisseur*. Un peu plus loin (p. 31) il montre qu'on peut détruire, par deux applications successives de son caustique, une tumeur cancéreuse de *quatre à cinq centimètres* d'épaisseur, en faisant d'abord une application d'acide nitrique, enlevant l'escarre, puis répétant une seconde cautérisation *qui lui permet d'arriver, aussi en vingt minutes, à une profondeur aussi grande que la première fois.* — Il y a là une obscurité réelle, et très-fâcheuse vu l'importance pratique de la question. Car, de quelque manière que l'on compte, deux fois cinq lignes n'équivaudront jamais à cinq centimètres. Il n'est pas d'écolier, pas même d'instituteur primaire, qui l'ignore.

Avant de commencer l'application, il faut entourer la région sur laquelle elle doit porter de compresses mouillées, pour mettre le voisinage à l'abri des ravages du caustique, qui pourrait fuser.

Il est également très-important de tenir, soit pendant, soit après l'application du caustique, la partie recouverte de charpie et de compresses que le malade aura soin de mouiller au moins toutes les heures. Le liquide à employer sera de l'eau ou, de préférence, une solution d'alun, à laquelle l'auteur attribue des propriétés dont nous aurons occasion de parler tout à l'heure.

Le grand avantage de cette madéfaction consécutive est de ramollir l'escarre, au point de faire que, dès le lendemain ou même quelques heures après, on peut l'enlever très-aisément. Il suffit pour cela de la gratter légèrement avec le bout d'une spatule. Elle tombe comme un détritus de champignon pourri; et l'on arrive bien vite sur la limite des tissus qui n'ont pas encore été attaqués. Si l'on agit sur une partie riche en vaisseaux, telle qu'une tumeur encéphaloïde, par exemple, il faut à ce moment prendre de grandes précautions pour ne pas les déchirer en voulant emporter la totalité de ce qui a été escarrifié.

C'est dans cette rapidité de la chute de l'escarre que consiste le mérite capital du nouvel agent de cautérisation. Elle permet en effet d'emporter, par son emploi, des masses cancéreuses avec une rapidité presque analogue à celle de l'instrument tranchant. Grâce à lui, on n'a plus à craindre, comme avec les anciens caustiques, que les progrès du cancer soient plus prompts que l'ustion médicatrice. En effet, quand il fallait attendre dix, quinze jours et plus que l'escarre se fût détachée, pour être à même d'appliquer une seconde fois la pâte de Vienne ou la potasse, il arrivait parfois que la marche du mal gagnant sur celle du remède, des champignons se formaient sous l'escarre même et rendaient inutile cette destruction qui, plus active, eût été salutaire. L'acide nitrique solidifié met la chirurgie en puissance d'un moyen propre à remplir cette indication, qui est de première nécessité toutes les fois qu'il s'agit d'ablation de cancers.

L'imbibition de l'escarre est une condition indispensable pour qu'elle s'élimine promptement. Qu'on ne croie pourtant pas que tout dépende de là. M. Rivallié a expérimenté que, en mouillant de la même façon et pendant le même temps des escarres formées par d'autres caustiques, on n'obtient point le même résultat.

En y mettant les précautions sur lesquelles nous insistions il n'y a qu'un instant, le chirurgien peut séparer la partie mortifiée sans déterminer le moindre écoulement sanguin, quel que soit le degré de vascularisation des produits de nouvelle formation sur lesquels on opère.

Enfin, les douleurs qui succèdent à l'emploi de ce caustique ne sont réellement vives que lorsqu'il est obligé d'attaquer la peau; car s'il agit sur des tumeurs ulcérées, les douleurs cessent au bout de deux ou trois heures. Le reste du temps, les malades ne se plaignent en aucune façon et n'ont pas la moindre réaction fébrile.

M. Rivallié n'entend ni appliquer ce seul caustique à tous les cancers, ni borner non plus son indication aux tumeurs cancéreuses. La pâte de Vienne, la potasse caustique ont, dans le plus grand nombre des cas qu'il cite, partagé avec l'acide nitrique solidifié les honneurs de la cure. On consultera avec beaucoup de fruit les détails de ces observations intéressantes pour apprendre la manière et l'ordre selon lequel il s'aide de chacun de ces agents, d'après la conformation de la partie affectée, la nature du mal, la consistance, la position, la vascularité des tissus. — D'un autre côté, des succès non moins remarquables ont été obtenus par lui, grâce à cette même méthode, dans le traitement de diverses lésions, telles que les engorgements et abcès scrofuleux, la carie, les kystes, la gangrène, etc., etc.

Cette étude, éminemment pratique, contribuera sans doute puissamment à faire rendre aux caustiques le rang élevé auquel ils ont tant de droit; mais il est une considération tout aussi importante à présenter en leur faveur. L'auteur l'a effleurée, mais ne lui a pas donné la place qu'elle mérite. Il résulte, en particulier des travaux de M. Bonnet (de Lyon), et généralement de l'expérience de tous ceux qui ont employé la cautérisation, que les pertes de substance produites par elle guérissent d'une manière simple et constamment heureuse. Les complications graves qui accompagnent les plaies par instrument tranchant sont presque inconnues à celui qui fait usage du feu ou des caustiques. Plus d'érysipèles, plus de phlébites, plus d'infection purulente. Ces arguments, qui en valent bien d'autres, ne doivent pas être laissés dans l'ombre. Il ne faut pas se lasser de les reproduire dès qu'il est question de la cautérisation; car ils feraient, à eux seuls, pencher la balance de leur côté. Que sera-ce lorsque l'agent le plus sûr sera aussi devenu le plus commode à manier, et presque le plus prompt? En lui conférant ce triple avantage, les recherches de M. Rivallié décideront tout à fait, il faut l'espérer, le mouvement qui se prononce de plus en plus vers cette précieuse médication.

Outre ce moyen de cautérisation, l'auteur préconise un liquide pour pansement, liquide dont il ne précise point les indications, mais qui réunit, d'après lui, tant de propriétés qu'il y aurait bien peu de cas où il ne trouvât son emploi : il s'agit d'une dissolution de sulfate acide d'alumine et de potasse. Appliqué sur les plaies et sur les ulcères de mauvaise nature, ce liquide opère la désinfection putride. Il diminue aussi la quantité de la suppuration, et la fait presque disparaître. Il possède enfin, et à un très-haut degré, la vertu hémostatique.

Grâce à l'astriction qu'il opère sur les tissus, l'alun les met dans les meilleures conditions pour donner lieu à une cicatrice plane, régulière et sans difformité. L'affaissement des bourgeons charnus, résultat de son application journalière, est certainement le phénomène auquel on doit attribuer cet heureux effet. Les cicatrices qui succèdent à ces pansements sont tellement belles que c'est à peine, dit l'auteur, si l'on peut distinguer l'endroit où la plaie existait.

Cette apologie de l'alun engagera sans doute les chirurgiens à l'essayer un peu plus souvent. No fussent-ils qu'en partie confirmés par l'expérience, les avantages que M. Rivallié leur attribue seraient bien suffisants pour provoquer la réhabilitation d'un agent qui a eu tant de vogue, grâce aux travaux de MM. Bretonneau et Trousseau, et qui n'a rien fait pour la perdre.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE SANITAIRE.

CONSTITUTION MÉDICALE DES TROISIÈME ET QUATRIÈME TRIMESTRES DE L'ANNÉE 1849.

Lorsque, dans le mois de décembre dernier (GAZ. MÉD., 1849, p. 997), nous avons jeté un coup d'œil rétrospectif sur la constitution médicale de l'année 1849, nous nous sommes surtout attaché à la période qui avait été remplie par l'épidémie cholérique, c'est-à-dire aux six ou sept premiers mois de l'année. A l'égard du dernier semestre, nous avons dû nous borner à des indications générales pour ne pas trop empiéter sur la tâche ordinairement réservée à la REVUE SANITAIRE, et que nous avons à remplir aujourd'hui. C'est donc l'étude de la constitution médicale du second semestre de 1849 qui sera le sujet de cet article.

Faisons d'abord connaître les éléments météorologiques de ce semestre, sous le rapport de la température, de la pression atmosphérique, de la quantité de pluie tombée et de l'anémologie. Les moyennes mensuelles de la température et de la pression atmosphérique sont indiquées dans le premier des tableaux ci-après. Le second exprime : 1° les variations thermométriques et barométriques brusques, égales au moins à 4 degrés pour les premières et à 6 millimètres pour les secondes ; 2° les *minima* et les *maxima* observés dans chaque période de dix jours.

TABLE MÉTÉOROLOGIQUE DES TROISIÈME ET QUATRIÈME TRIMESTRES DE 1849, EXPRIMÉE EN MOYENNES MENSUELLES.

MOIS.	9 HEURES DU MATIN.		MIDI.		3 HEURES DU SOIR.		9 HEURES DU SOIR.		THERMOM.	PLUIE EN CENTIMÈTR.		Vents qui ont régné classés d'après leur ordre de fréquence (observés à midi).
	Barom. à 0.	Therm. extérieur.	Barom. à 0.	Therm. extérieur.	Barom. à 0.	Therm. extérieur.	Barom. à 0.	Therm. extérieur.	Moyenne du mois.	Cour de l'Observ.	Terrasse. de l'Obser.	fois. fois. fois. fois.
Juillet.	756,64	+ 19,3	756,26	+ 21,5	755,85	+ 22,5	756,41	+ 17,4	+ 18,3	7,437	7,003	S. 15. O. 8. N. 6. E. 2.
Août.	757,56	+ 18,9	757,31	+ 21,5	756,84	+ 22,0	757,36	+ 17,3	+ 18,4	2,805	2,599	O. 13. S. 8. N. 5. E. 5.
Septembre . .	755,10	+ 16,0	754,71	+ 18,6	754,10	+ 19,0	754,77	+ 14,7	+ 16,1	8,447	7,945	S. 13. N. 9. E. 6. O. 2.
Octobre. . . .	755,19	+ 11,7	754,93	+ 13,8	754,46	+ 14,3	754,77	+ 11,1	+ 12,1	4,728	3,672	S. 16. N. 7. O. 5. E. 3.
Novembre. . .	755,93	+ 5,3	755,59	+ 7,6	755,17	+ 8,0	755,79	+ 5,8	+ 6,3	6,480	5,383	S. 20. N. 4. O. 4. E. 2.
Décembre. . .	756,23	+ 3,4	756,00	+ 4,8	755,98	+ 5,0	756,24	+ 3,4	+ 4,0	4,821	4,169	S. 12. N. 9. O. 8. E. 2.

TABLEAU DES VARIATIONS BAROMÉTRIQUES ET THERMOMÉTRIQUES, OBSERVÉES A NEUF HEURES DU MATIN.

MOIS.	Baromètre à neuf heures du matin.			Thermomètre à neuf heures du matin.			Baromètre à neuf heures du matin.						Thermomètre à neuf heures du matin.					
	Jours.	Élévat.	Abais.	Jours.	Élévat.	Abais.	Du 1er au 10.		Du 10 au 20.		Du 20 à la fin du mois.		Du 1er au 10.		Du 10 au 20.		Du 20 à la fin du mois.	
		mm	mm		°	°	Minim.	Maxim.	Minim.	Maxim.	Minim.	Maxim.	Minim.	Maxim.	Minim.	Maxim.	Minim.	Maxim.
							mm	mm	mm	mm	mm	mm	°	°	°	°	°	°
Juillet. .	Du 5 au 6	8	»	Du 5 au 6	4	»	753,05	763,97	746,64	763,11	747,99	760,96	+15,6	+27,8	+16,1	+23,0	+15,6	+23,0
	Du 20 au 21	8	»	Du 7 au 8	4	»												
	Du 21 au 22	6	»	Du 8 au 9	»	5												
	Du 22 au 23	»	6	Du 17 au 18	»	4												
	Du 26 au 27	7	»	Du 22 au 23	4	»												
				Du 23 au 24	»	6												
				Du 28 au 29	4	»												
				Du 29 au 30	»	7												
Août. .	Du 19 au 20	7	»	Du 6 au 7	4	»	750,92	761,14	753,47	766,97	754,11	766,45	+15,6	+24,8	+16,0	+22,8	+17,3	+22,8
				Du 8 au 9	»	6												
				Du 15 au 16	4	»												
				Du 16 au 17	»	5												

Feuilleton.

DU TACT MÉDICAL.

« Quid ad cognoscendum sufficit ad sanandum sufficit. »
(HIPPOCRATE.)

Un mot qui est dans toutes les bouches, un mot par lequel on pense résumer les mérites du médecin, ou du moins par lequel on prétend exprimer la plus brillante de ses qualités, c'est le *tact* médical. Mais, comme beaucoup d'autres mots d'un usage très-vulgaire, la signification de celui-ci n'est guère comprise de ceux qui l'emploient, sans en excepter les médecins. Je me propose donc de rechercher avec vous la valeur positive, la compréhension réelle de cette locution si diversement interprétée et appliquée dans le monde.

Le tact médical, c'est tout simplement le génie, tel du moins que Buffon l'a défini : » Le génie, dit-il, c'est la puissance de saisir vivement les *circonstances* et de voir » nettement les rapports des objets éloignés. » Or le tact médical n'est pas autre chose, car, ainsi que l'a dit M. Bouillaud, « l'étude des *circonstances* est un des » points les plus délicats de la clinique, et leur connaissance, leur juste appré- » ciation est le secret des habiles maitres ; c'est là un des priviléges de ce qu'on » appelle généralement le tact médical. » (CLINIQUE DE LA CHARITÉ, tome I, page 352.)

N'allez pas croire pourtant, comme le pense le vulgaire, que le tact médical soit l'expression d'un pur instinct, d'une faculté native; que ce soit un *don du ciel*, suivant l'expression consacrée. Non : cet art de tout saisir avec précision et rapidité, ce *coup d'œil d'aigle*, comme on dit encore, est le produit complexe d'une science profonde et d'une expérience consommée, fécondées, vivifiées par un sens droit et un jugement rapide.

Cette définition, qui ne contient aucun membre inutile, exclut donc d'emblée l'ignorance d'abord, puis l'étroitesse d'esprit et la fausseté du jugement; elle frappe inflexiblement d'incapacité radicale la simple routine, et signale comme une profonde erreur le déplorable préjugé en vertu duquel le public préfère imperturbablement la pratique dénuée de science à la science même associée à la pratique; car, suivant lui, la science corrompt l'expérience, et selon la vive expression de Zimmermann, soixante ans de stupidité ne peuvent manquer de faire un habile homme.

On a peine à concevoir, il est vrai, que cette intuition, souvent si rapide, qui constitue le tact médical, puisse être le produit de tant d'éléments différents. Mais celui qui a réfléchi sur les procédés de l'esprit humain, et qui sait avec quelle promptitude une foule d'actes intellectuels peuvent se combiner dans une tête bien organisée, celui-là ne s'étonnera pas plus de cette multiplicité de ressorts invisibles agissant avec la promptitude de l'instinct, que l'artiste ne s'étonne

Mois.	Baromètre à neuf heures du matin.			Thermomètre à neuf heures du matin.			Baromètre à neuf heures du matin.						Thermomètre à neuf heures du matin.					
	Jours.	Élévat.	Abais	Jours.	Élévat.	Abais	Du 1er au 10.		Du 10 au 20.		Du 20 à la fin du mois.		Du 1er au 10.		Du 10 au 20.		Du 20 à la fin du mois.	
							Minim.	Maxim.	Minim.	Maxim.	Minim.	Maxim.	Minim.	Maxim.	Minim.	Maxim.	Minim.	Maxim.
		mm	mm				mm	mm	mm	mm	mm	mm	°	°	°	°	°	°
	Du 9 au 10	»	9	Du 6 au 7	»	5												
	Du 10 au 11	»	9	Du 8 au 9	»	5												
	Du 12 au 13	9	»	Du 9 au 10	6	»												
Septem.	Du 13 au 14	16	»	Du 11 au 12	»	4	751,18	759,51	737,14	767,36	743,30	758,83	+12,6	+22,3	+12,0	+16,9	+10,2	+19,0
	Du 20 au 21	»	7	Du 23 au 24	»	5												
	Du 27 au 28	6	»	Du 25 au 26	4	»												
	Du 29 au 30	»	9	Du 27 au 28	»	4												
	Du 1 au 2	6	»	Du 4 au 5	»	5												
	Du 3 au 4	»	8	Du 16 au 17	6	»												
	Du 4 au 5	12	»	Du 22 au 23	4.	»												
	Du 6 au 7	»	11	Du 23 au 24	6	»												
	Du 8 au 9	13	»	Du 29 au 30	»	6												
Octobre.	Du 10 au 11	»	13				741,35	757,82	739,85	764,95	752,95	767,27	+ 8,0	+17,8	+ 6,4	+13,8	+ 6,5	+16,3
	Du 13 au 14	6	»															
	Du 21 au 22	6	»															
	Du 27 au 26	7	»															
	Du 26 au 29	7	»															
	Du 29 au 30	»	6															
	Du 30 au 31	»	15															
	Du 6 au 7	15	»	Du 7 au 8	4	»												
	Du 16 au 17	6	»	Du 9 au 10	»	5												
	Du 18 au 19	»	8	Du 10 au 11	»	4												
Novemb.	Du 23 au 24	»	8	Du 12 au 13	5	»	740,80	768,96	751,55	767,32	739,00	761,20	+ 6,2	+12,5	+ 2,6	+ 9,1	— 5,1	+ 9,2
	Du 25 au 26	10	»	Du 21 au 22	»	4												
	Du 26 au 27	12	»	Du 23 au 24	8	»												
				Du 24 au 25	»	4												
				Du 26 au 27	»	8												
	Du 2 au 3	»	14	Du 1 au 2	»	4												
	Du 8 au 9	6	»	Du 2 au 3	6	»												
	Du 16 au 17	»	6	Du 6 au 7	»	4												
	Du 17 au 18	6	»	Du 14 au 15	9	»												
Décemb.	Du 19 au 20	8	»	Du 23 au 24	»	5	744,53	760,75	752,61	762,06	739,28	768,54	+ 1,9	+ 7,2	— 0,3	+12,8	— 5,4	+ 4,2
	Du 26 au 27	»	19	Du 26 au 27	4	»												
	Du 28 au 29	9	»	Du 27 au 28	»	4												
	Du 30 au 31	14	»	Du 28 au 29	»	5												
				Du 29 au 30	6	»												

La *moyenne de la température* pendant le *troisième trimestre* n'a pas été, somme toute, très-élevée : + 18,3 en juillet, + 18,4 en août et + 16,1 en septembre. Néanmoins il faut remarquer que, si le chiffre + 18 est assez bas, comme moyenne, pour juillet, et modéré pour avril, celui de + 16 est assez haut pour septembre. Ainsi, en 1848, la moyenne de septembre était de + 15,2; en 1847, elle n'était que de + 14,2. Dans le *quatrième trimestre*, l'élévation relative de la température moyenne, déjà notée en septembre, se continue dans le mois suivant. + 12,1 pour octobre est un chiffre assez considérable ; il est peu différent, il est vrai, de celui d'octobre 1848 (+ 11,7), mais celui-là même n'était pas modéré. La chaleur moyenne de novembre, exprimée par + 6,3, n'a rien de remarquable; elle était, l'année précédente, de + 6,6, et nous l'avons vue quelquefois à 8 et même plus haut. Mais, relativement, le chiffre de décembre + 4,0, quoique inférieur à celui de 1848 (+ 5,8), est notablement élevé; car ce chiffre descend quelquefois au-dessous de zéro. On se rappelle sans doute les chaleurs insolites qui ont marqué surtout la première quinzaine de décembre. En résumé, la température *moyenne*, dans le cours du second semestre, modérée en juillet et août, assez élevée en septembre et octobre, est un peu tombée en novembre pour se relever en décembre.

Mais pour se mettre à même d'apprécier exactement les effets de la température atmosphérique, il faut encore et surtout l'étudier dans ses variations, soit dans ses oscillations brusques, soit dans ses oscillations graduelles. Or on peut voir, par le tableau n° 2, que les soubresauts du thermomètre, ceux qui, d'un jour à l'autre, ont déplacé le niveau de la colonne de mercure de 4 millimètres et plus, ont été fréquents, surtout en juillet, septembre, novembre et décembre. Deux mois seulement, août et octobre,

de voir des doigts habiles courir en quelque sorte d'eux-mêmes sur la flûte ou le clavier.

Au demeurant, et en y regardant de près, on verra que ces inspirations du génie, dont s'étonne le vulgaire, ne naissent pas toujours, tant s'en faut, comme l'étincelle électrique, au premier contact réciproque du malade et du médecin. Que si parfois un seul indice extérieur suffit à l'habile praticien pour le faire se prononcer sur la nature du mal et le choix du remède, l'observateur prudent ne joue pas volontiers ce jeu brillant mais dangereux. Il sait combien de piéges et d'erreurs sont cachés sous ces faciles apparences, et ce n'est qu'après un minutieux examen et de profondes réflexions qu'il émet ses oracles. « Il faut se défier, » dit Fréd. Hoffmann, de celui qui, ne connaissant point encore parfaitement le » véritable caractère de la maladie.... se presse d'ordonner des remèdes.... Mais » on ne peut trop estimer celui qui, avant de se disposer à ordonner, pénètre au » moyen de beaucoup d'investigations la disposition du corps et de l'esprit de son » malade, etc. » (Méd. raisonnée.) Vous savez que les plus illustres praticiens de nos jours sont ceux qui se glorifient d'exercer cette médecine exacte dont le défaut, peut-être, est précisément de se consumer dans un luxe de détails souvent superflus.

Occupons-nous maintenant de rechercher comment et par quel mécanisme on arrive à réaliser ce beau idéal, ce triomphe de l'art, à mériter loyalement et légitimement la renommée de praticien possédant le tact médical.

Le cortége classique des voies et moyens d'investigation clinique, constitue dans son ensemble un lourd bagage, une machine compliquée dont s'affranchissent volontiers deux catégories opposées, à savoir les ignorants et les habiles; les premiers par impuissance, les seconds par paresse ou par sentiment de leur supériorité. Il existe, pour les praticiens d'élite, des procédés abréviateurs dont eux seuls ont le secret et qu'on pourrait comparer aux formules brèves et expéditives de l'algèbre comparées aux lentes et lourdes opérations de l'arithmétique; et, de même que l'algèbre, malgré sa simplicité, ne le cède en rien pour la certitude aux autres procédés mathématiques, de même les promptes déterminations du véritable tact médical rivalisent d'exactitude avec les investigations méthodiques du diagnostic ordinaire. Or que faut-il pour cela? Il faut que les procédés expéditifs du tact médical impliquent le résumé des détails techniques, de même, encore une fois, que l'algèbre renferme la quintessence des mathématiques. Eh bien! ce pouvoir de simplification n'est-il pas le témoignage le moins suspect d'une science profonde? ne suppose-t-il pas la notion des ressources les plus exquises de l'art d'observer? Qui peut le plus peut le moins, et la fin suppose les moyens. Tâchons donc de pénétrer dans ce mystérieux mécanisme et de dérober ses secrets au tact médical.

Le premier des éléments sur lesquels ait à s'exercer la sagacité médicale est l'appréciation des causes. Combien la médecine antique n'a-t-elle pas insisté sur l'importance de l'étiologie! Simple écho de la sagesse des anciens, la médecine moderne insiste encore très-gravement sur cet article, au point que, dans ces derniers temps, on a tenté d'édifier un système particulier sous le nom de *médecine étiologique*. Mais d'abord, d'où venait cette vénération de l'antiquité pour l'étiologie? Elle venait de ce que, privée des notions positives que nous fournit le diagnostic moderne, les anciens plaçaient l'essence des maladies dans certains éléments occultes, hypothétiques, le plus souvent, qui constituaient

ne sont pas chargés de variations. Entre ces nombreux soubresauts, ceux-là surtout doivent être notés qui, pendant plusieurs jours consécutifs, élèvent et abaissent le niveau thermométrique, soumettant ainsi la surface cutanée à des alternatives brusques de chaud et de froid. On remarquera, sous ce rapport, ceux qui ont marqué le commencement et la fin de novembre, ainsi que les derniers jours de décembre. Ces résultats diffèrent à quelques égards de ceux que nous avions trouvés en 1848, où les mois d'août et septembre seuls n'avaient pas offert beaucoup de variations brusques du thermomètre. Mais en 1848, comme en 1849, comme dans beaucoup d'autres années, le mois de juillet a été fécond en soubresauts thermométriques, et c'est un fait sur lequel nous appelons de nouveau l'attention, comme étant peu en rapport avec l'opinion commune. Quant aux oscillations graduelles exprimées par les différences entre les *minima* et les *maxima* des variations thermométriques dans des périodes de dix jours, quelques-unes d'entre elles sont considérables. Ainsi, du 1er au 10 juillet, la colonne de mercure a oscillé entre + 15,6 et + 27,8; du 1er au 10 septembre, de + 12,6 à + 22,3; du 20 au 31 octobre, de + 6,5 à + 16,3; du 20 au 30 novembre, de — 5,1 à + 9,2; du 10 au 20 décembre, de 0,3 à + 12 8. Au milieu de ces grandes oscillations, et il faut tenir note de cette particularité, le thermomètre est quelquefois descendu très-bas dans des mois dont la température moyenne est assez élevée, par exemple en décembre, où nous trouvons pour *minimum* de la dernière période de dix jours — 5,4. Par contre, le thermomètre est monté quelquefois très-haut dans des mois à température moyenne modérée, par exemple, à près de 28 en juillet, à 25 en août. En somme, le total des différences entre les *minima* et les *maxima*, dans les différents mois du semestre, n'est pas exagéré : il est de 27 en juillet, 20 en août, 23 en septembre, 26 en octobre, 27 en novembre et 27 en décembre.

La *pression atmosphérique* (observée à neuf heures du matin) a été, en moyenne, assez forte en juillet (756,64), en août (757,56), et co décembre (756,23); elle a été assez faible, au contraire, en septembre (755,10), en octobre (755,19), et en novembre (755,93); ces derniers chiffres n'expriment pas pourtant le plus bas degré de pression atmosphérique que nous ayons rencontré dans ces revues. L'année dernière, par exemple, le chiffre d'octobre était tombé à 753,56. Mais, ce mois excepté, dans tout le dernier semestre de 1848, la pression atmosphérique moyenne avait été, en général, plus forte que cette année, comme on peut le voir par les chiffres suivants : en juillet, 758,01; en août, 756,12; en septembre, 756,75; en novembre, 756,87; en décembre, 758,37. Les chiffres de juillet et de décembre étaient d'une élévation exceptionnelle.

Les *variations brusques* du baromètre ne sont pas fréquentes ni considérables dans le mois de juillet; elles sont à peu près nulles en août. En septembre, on en compte déjà sept, dont une se mesure par le chiffre énorme de 16 millimètres, après avoir été précédée la veille d'une oscillation de 9 millim. Mais c'est en octobre que les soubresauts thermométriques se multiplient d'une manière remarquable. Presque quotidiennement, dans les dix premiers et les huit derniers jours du mois, le baromètre monte ou descend brusquement de 6, 8, 10, et jusqu'à 15 millim. Cette perturbation diminue notablement en novembre, mais elle se rétablit en partie dans le mois de décembre, où l'on compte huit soubresauts, dont un de 14 et un autre de 19 millim. L'année dernière, les soubresauts barométriques avaient été notés principalement en octobre, novembre et décembre; mais c'est le second de ces mois qui en avait présenté le plus graod nombre.

De même que les variations brusques ont été moins fréquentes et moins étendues dans le troisième trimestre que dans le quatrième, de même, si l'on additionne les différences entre les *minima* et les *maxima* barométriques, servant à mesurer les oscillations graduelles, on obtient un total beaucoup moins élevé pour les trois premiers mois du semestre que pour les trois derniers. Ici 177, et là 128. Il importe néanmoins de noter que, dans certains mois qui ne se sont pas fait remarquer par la fréquence des variations brusques, le niveau barométrique a parfois parcouru *en quelques jours* un espace considérable. Ainsi, en juillet, du 11 au 20, il s'est abaissé de 17 millim. En septembre, du 10 au 20, la différence entre le minimum et le maximum est de 30 millim., et le niveau minimum n'est qu'à 737,14. Mais les grandes différences sont beaucoup plus communes dans le second trimestre, où elles sont souvent mesurées par 16, 22, 25, 28, 29 millim. Le total de ces différences est surtout considérable pour octobre, (56 millim.) déjà chargé de variations brusques, et plus encore pour novembre, qui donne 66. On peut s'assurer, en recourant à nos précédentes *Revues sanitaires*, que la somme des amplitudes des oscillations graduelles du baromètre a été relativement considérable dans le second semestre de 1849. L'année dernière, nous avions trouvé seulement 114 pour le premier trimestre, et 146 pour le deuxième.

Nous arrivons à la détermination de la quantité de pluie. Cette quantité est considérable. Elle est, pour le troisième trimestre, de 18,689 dans la cour de l'Observatoire, et de 17,547 sur la terrasse; pour le quatrième trimestre, de 16,029 et de 13,224. Ce total est même supérieur à celui qui avait été obtenu en 1848, où nous avions noté : pour juillet, août et septembre, 18,500 et 16,834, et pour octobre, novembre et décembre, 13,238 et 11,391, chiffres déjà élevés. Cette année encore, comme dans la plupart des autres, contre l'opinion commune, le quatrième trimestre a été moins pluvieux que le troisième. Ajoutons seulement que la quantité de pluie tombée se répartit moins également entre les différents mois du premier qu'entre ceux du second. Ainsi août a donné peu de pluie, et juillet et septembre en ont donné beaucoup; tandis qu'octobre, novembre et décembre en ont fourni des quantités peu différentes les unes des autres.

L'étude des vents nous donne encore l'occasion de faire une remarque qui, si elle se confirme, ne sera pas accueillie par tout le monde sans étonnement; c'est que le vent du sud, soit direct ou cardinal, soit indirect ou collatéral, souffle plus souvent à la fin de l'année que dans le cœur de l'été. Ainsi, en 1847, il avait été noté 16 fois seulement dans le troisième trimestre, et 46 fois dans le quatrième; en 1848, 41 fois dans le premier, et 50 fois dans le second. Cette année, nous trouvons pour juillet, août et septembre réunis, 36 fois, et pour octobre, novembre et décembre, 48 fois. On voit encore par là que le vent du sud a prédominé dans tout le cours du dernier semestre : il a régné en tout 84 fois, contre 40 fois le nord, 40 fois l'ouest et 20 fois l'est. Les 10 et 11 novembre et le 14 décembre sont notés sur les tableaux de l'Observatoire comme ayant été marqués par un brouillard plus ou moins épais.

Les caractères principaux de la constitution atmosphérique du dernier semestre de l'année 1849 ont donc été les suivants :

1° La température moyenne a été modérée, pour la saison, en juillet, août et novembre, et relativement un peu élevée en septembre, octobre et surtout en décembre.

2° Des variations subites de température de 4 millim. au moins ont eu lieu avec une certaioe fréquence en juillet, septembre, novembre et dé-

---

la base de leur pathologie; peu soucieux de constater les altérations réelles des organes; ils faisaient dériver les symptômes fonctionnels de certaines altérations des humeurs ou même des esprits qu'ils admettaient théoriquement, faisant jouer à plaisir les éléments sanguin, bilieux, pituiteux, malin, putride, etc., lesquels constituaient la cause formelle des maladies et régissaient les indications thérapeutiques. Mais depuis que, ramenant la science aux principes de l'observation pure, on n'a plus voulu voir dans les maladies que ce qui s'y trouve en réalité, l'étiologie a perdu en importance ce qu'elle a gagné en sévérité; on peut en effet la résumer dans les propositions suivantes.

La cause dite *formelle* ou *efficiente* exprimant l'essence organique du mal appartient à la symptomatologie et non à l'étiologie : on ne dit pas que l'afflux sanguin est la cause de la pneumonie, que l'épanchement de sérosité est la cause de l'hydropisie, on dit que la pneumonie consiste dans l'afflux sanguin des poumons, et l'hydropisie dans l'épanchement de sérosité.

Le cause *prédisposante* n'a qu'une valeur secondaire, à moins qu'elle ne devienne elle-même cause déterminante.

La cause *déterminante* est celle qui importe véritablement à la pratique, et c'est d'elle que se préoccupaient les anciens lorsqu'ils insistaient sur l'importance de cette partie de l'art; c'est d'elle qu'Hippocrate a dit : *Sublatâ causâ, tollitur effectus.*

Or, eu égard à la cause déterminante, il faut considérer :

1° Que souvent elle reste ignorée et ne peut être admise que par hypothèse, c'est-à-dire que force nous est d'en faire abstraction;

2° Que cette cause est souvent si banale qu'elle s'applique à une foule de maladies très-disparates, de même qu'une seule maladie peut naître de causes très-diverses, d'où le peu d'importance de ces causes;

3° Dans la plupart des cas, la cause déterminante disparaît après avoir produit son effet et ne laisse plus à combattre que l'effet lui-même; c'est ce qui faisait dire à Sydenham : « Ce n'est pas par la connaissance des causes qu'on guérit » les maladies, mais par l'application des remèdes sanctionnés par l'expérience. » (MÉD. PRAT.)

4° Les causes hygiéniques, qui sont les plus ordinaires, cessent par le fait même du régime imposé à tous les malades que l'on soustrait aux influences du froid, de l'humidité, de l'intempérance, des passions, etc.

5° Les causes n'ont véritablement d'importance pratique que lorsqu'elles sont inhérentes au sujet, lorsqu'elles coexistent avec la maladie et qu'elles l'entretiennent : tels sont les poisons, les venins, les virus permanents; et encore, à l'égard de cette catégorie, faut-il considérer d'abord que beaucoup de ces poisons ou virus sont inconnus dans leur essence et n'ont point de remèdes spécifiques : tels sont les prétendus virus varioleux, scarlatineux, typhoïde, rhumatismal, etc., ce qui rend stérile la notion de la cause; et qu'ensuite quelques-unes de ces affections de cause dite spécifique ont leur étiologie écrite dans leurs symptômes : telles sont la syphilis, les scrofules, le scorbut, etc., ce qui dispense de recherches laborieuses.

Il résulte de tout cela que, dans l'immense majorité des cas, le praticien peut, sans inconvénient, faire abstraction de la cause et se dispenser de pénétrer dans ce dédale d'investigations inutiles ou stériles dans lequel les classiques prennent à tâche de nous égarer, ce qui simplifie singulièrement l'œuvre clinique. En

cembre, et l'on a remarqué des journées très-chaudes en juillet et août, malgré la modération de leur température moyenne, et des journées très-froides en décembre, malgré l'élévation de sa température moyenne.

3° La pression atmosphérique a été en moyenne assez forte dans le troisième trimestre, mais faible dans le second. Elle a subi des variations brusques, nombreuses, souvent considérables en octobre et en décembre. Le premier de ces mois a été particulièrement remarquable sous ce rapport. Néanmoins quelques oscillations très-étendues, quoique moins soudaines, ont été notées vers la mi-juillet et la mi-septembre.

4° Tout le semestre a été pluvieux ; le troisième trimestre plus encore que le quatrième.

5° Le vent du sud a prédominé dans tout le cours du semestre, mais principalement dans les trois derniers mois.

A ces conditions étiologiques de la constitution médicale, conditions positives, matérielles, faciles à constater et à mesurer, il faut joindre la cause inconnue que, faute de mieux, nous appellerons *cause cholérique*, et qui a continué, postérieurement au mois de juin et pendant la plus grande partie du second semestre, à marquer de son cachet la plupart des affections régnantes. Tantôt c'était le choléra lui-même, avec ses symptômes caractéristiques, qui s'alliait à un état bilieux ou dyssentérique ; tantôt c'étaient des maladies du tube digestif, soit de l'estomac, soit des intestins, qui revêtaient une physionomie manifestement parente de celle du choléra : témoin ces cas de constriction douloureuse à l'épigastre avec vomissements répétés, tension abdominale, douleurs le long de l'épine, lenteur du pouls, etc., que nous avons plusieurs fois signalés. Enfin, à mesure que le vrai choléra devenait de plus en plus rare, on voyait les affections abdominales se dépouiller graduellement des caractères propres à la cholérine pour reprendre ceux qu'on leur voit d'ordinaire pendant la saison d'été.

Dans les deux derniers mois du semestre, la constitution médicale est devenue plus franchement inflammatoire, comme l'indiquait la fréquence des rhumatismes aigus, des bronchites et des pleuropneumonies. Dans le cours du dernier mois seulement, on a vu un assez grand nombre d'exanthèmes aigus, circonstance digne d'être remarquée et sur laquelle nous aurons à revenir dans l'étude détaillée des formes morbides. Cette étude fera le sujet du prochain article.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

CONSIDÉRATIONS PHYSIOLOGIQUES ET PRATIQUES SUR LES DIVERS MOYENS EMPLOYÉS POUR GUÉRIR L'HYDROCÈLE, ET SUR UNE MÉTHODE NOUVELLE, PLUS FACILE ET MOINS DANGEREUSE; par M. D'AVAT, docteur en médecine des Facultés de Paris et de Turin, médecin des eaux d'Aix (Savoie), membre de la Société de chirurgie de Paris, etc., etc.

I.

Je viens, malgré tous les travaux faits sur l'hydrocèle, appeler de nouveau l'attention des chirurgiens sur les épanchements séreux déposés depuis longtemps dans la tunique vaginale des testicules ; je proposerai ensuite, pour les guérir, un moyen plus simple, moins dangereux et moins douloureux que ceux suivis jusqu'à ce jour. Ce moyen, basé sur des observations authentiques, a donné de positifs résultats, et qui comptent plusieurs années d'existence.

J'ai limité mon sujet, et ne m'occuperai point des épanchements où le testicule ou ses annexes sont frappés de maladies graves. Le traitement que j'emploie n'étant bon qu'à déterminer de faciles adhérences entre les parois séreuses, exclut nécessairement son application seule, lorsqu'il s'agit d'opérer l'extirpation d'une tumeur irréductible ; mais s'il arrivait que l'engorgement pût s'effacer, la méthode que je préconise reprendrait tous ses droits.

II. — CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES.

Les dispositions anatomiques de la séreuse vaginale des testicules sont trop connues pour que je m'y arrête. La nature de ce tissu membraneux, composé d'exhalants et d'absorbants, entraîne presque toujours, comme terminaison de ses moindres phlegmasies, une accumulation de sérosité dans la cavité centrale. Quel que soit, du reste, le mode d'inflammation qui frappe cette membrane, et quel que doive être postérieurement le résultat de cette phlegmasie (suppuration, membranes, végétations), l'épanchement séreux et fort rarement sanguin précède toutes les autres formations.

Lorsque l'épanchement séreux est survenu, le plus communément la maladie se borne à cette forme; on voit alors, par suite d'une insuffisante absorption, une tumeur élastique s'accroître. La séreuse qui renferme le liquide se distend, s'allonge et ne s'éraille point. Le volume gagne, et le malade, gêné par le poids qu'il porte aux bourses, vient alors demander du secours.

Telle est la marche ordinaire de l'hydrocèle; on voit rarement, lorsque l'épanchement existe, les forces d'absorption épuiser le liquide et déterminer des adhérences dans les membranes, phénomène si commun pour les plèvres. J'ai dit rarement, parce que j'estime, lorsqu'on étudie les phénomènes de l'absorption dans les séreuses des testicules, qu'il y a une importante distinction à établir relativement à l'âge des individus. Et cette distinction me conduit à dire que si l'hydrocèle ne guérit pas seule et sans traitement lorsqu'elle existe chez l'homme fait, le plus souvent elle s'efface seule et disparaît sans traitement, bien qu'elle existe chez les enfants encore au sein de leur mère.

J'ai recueilli sur ce principe trois observations qui ne peuvent m'avoir induit en erreur, tant les caractères qu'elles m'ont fournis étaient ceux de l'hydrocèle, et qui par conséquent me paraissaient concluantes. Ainsi tumeur aux bourses, indolente, piriforme, allongée, tendue uniformément, élastique, remontant de la base au trou de l'oblique externe, transparente à la lumière et même au jour, ayant paru après huit ou douze jours de naissance de l'enfant, une fois lors de la descente du testicule droit, s'étant insensiblement accrue, enfin refusant par la pression d'entrer dans le ventre, et s'arrêtant à l'anneau inguinal externe. Ces tumeurs ont disparu quand les enfants qui les portaient ont atteint vers leur quatrième année. Ce terme serait-il celui où la nature suffit pour guérir seule l'hydrocèle, et s'arrête ensuite? Je l'ignore.

Mais si les membranes de l'hydrocèle ont peu de tendance à adhérer, le moindre germe d'irritation à leur surface change la nature de leur inflam-

---

effet, le vrai praticien juge au premier coup d'œil s'il importe de rechercher la cause; et si la cause importe en effet, il la déchiffre le plus souvent dans les aspects de la maladie elle-même. Que m'importe la cause d'une pneumonie, d'une apoplexie, d'une névralgie, d'une lésion organique, etc. Ce que j'ai à combattre, c'est la phlegmasie, l'épanchement sanguin, la douleur ou le spasme, le tubercule ou le cancer, ce en quoi la notion de la cause ne me sera presque jamais d'aucun secours; que me font les réticences ou les mensonges de tel scrofuleux ou de tel syphilitique honteux? la cause ne se trahit-elle pas sur leur physionomie? Vous voyez déjà de quel secours est pour le tact médical la juste appréciation de l'étiologie. Passons au diagnostic.

C'est surtout dans la symptomatologie que brille et triomphe le tact médical, en tant qu'elle comprend la notion des lésions matérielles et des désordres fonctionnels. Tous les grands observateurs, depuis Hippocrate, ont répété que le diagnostic est la base de la médecine, la pierre angulaire de la science et de l'art, de la pathologie et de la thérapeutique : *Qui signorum cognitionem habuerit, is solus rite ad curationes aggredietur.* (DE MEDIC.) Ainsi que je le faisais pressentir précédemment, ainsi que l'a si bien dit Fréd. Hoffmann, « les signes nous donnent la connaissance des causes. » Sentence bien plus vraie aujourd'hui que du temps d'Hoffmann, et qui le deviendra d'autant plus que le diagnostic se perfectionnera davantage. Donc c'est dans l'art de poser le diagnostic que se révèle le véritable praticien; c'est dans le dégagement du diagnostic que se formule essentiellement le tact médical, c'est par l'énoncé du diagnostic que le médecin semble parfois exercer une véritable divination. Cherchons quelle est en réalité l'essence de ce pouvoir prestigieux.

Alors qu'il s'agit de guider et d'assurer vos premiers pas dans les sentiers obscurs et compliqués de la science, force nous est, jeunes élèves, de procéder par analyse, d'exposer méthodiquement un à un tous les éléments de diagnostic, de vous promener en quelque sorte par la main de l'appareil digestif à l'appareil respiratoire, puis de la circulation aux sécrétions, des centres nerveux aux organes des sens, etc., besoin est de s'arrêter à chacun des actes fonctionnels de tous ces organes, et ce n'est qu'après cette longue et fastidieuse pérégrination que nous nous croyons autorisé à édifier la synthèse définitive, c'est-à-dire à formuler un diagnostic plus ou moins affirmatif ou litigieux. Telle est la marche que vos maîtres eux-mêmes sont obligés de suivre pour leur propre compte, alors que le problème à résoudre est obscur ou difficile de sa nature ; telle est même la marche qu'il faut suivre encore, alors qu'après avoir pénétré d'emblée l'essence et le siége du mal, on craint de laisser échapper quelque élément accessoire ou secondaire, mais pourtant plus ou moins essentiel au complément du diagnostic, à l'efficacité du traitement ; car une maladie mise en relief n'en exclut pas une ou plusieurs autres, qui même se dissimulent d'autant plus facilement que la première est plus en évidence.

Mais alors que, négligeant les routes battues et marchant droit au but par une synthèse aussi savante que hardie, le praticien d'élite, l'observateur de génie, préfère un de ces rapides oracles qui paraissent plutôt un produit de l'inspiration que le résultat d'un travail scientifique, ne croyez pas qu'il imagine rien, qu'il hasarde rien, qu'il aille chercher au ciel ce qu'il découvre sur la terre. Non : s'il invente quelque chose, ce n'est pas le fond, c'est la forme; ce n'est pas la méthode, c'est le procédé. C'est de l'algèbre qu'il fait, et non plus de

mation, et le nouveau mode de vitalité qui survient détermine dans cette séreuse une exsudation de fluide plastique qui se termine bientôt en tissus pseudo-membraneux plus ou moins extensibles.

Une autre remarque importante ne doit point nous échapper ; elle est liée à l'inflammation et à la nature du tissu qui nous occupe : c'est que cette même inflammation passe difficilement, de la membrane séreuse où elle siége et s'arrête, aux organes qu'elle revêt. Cette propriété dont jouit la séreuse de limiter l'inflammation sans lui permettre de s'étendre, a été sûrement la sauvegarde de tous les traitements employés jusqu'à présent contre l'hydrocèle. Et il faut bien que les choses en soient ainsi, car on ne pourrait comprendre comment, sans cette propriété, ces grandes incisions, où on met le testicule à nu, n'ont pas tué les malades, et comment encore aujourd'hui les injections vineuses ou iodées n'amènent pas un semblable résultat, en développant sur ces membranes une inflammation très-intense et toujours horriblement douloureuse.

Il me reste à faire connaître une autre qualité des membranes séreuses du testicule. Cette qualité, jointe à la précédente, doit rassurer tout opérateur sur les dangers des méthodes qu'il peut employer pour combattre l'hydrocèle. Ainsi les séreuses vaginales ne s'ulcèrent point en général ; de sorte que l'inflammation de leur surface interne se terminât elle par du pus, ce dernier serait simplement expulsé en suivant la pente déclive ; car les séreuses ne jouissent point de forces contractiles.

Telles sont les indications et les garanties que donnent l'étude des fonctions physiologiques des membranes vaginales du testicule et du cordon.

Nous emploierons, dans notre méthode curative, toutes ces indications ; et pour m'y conformer, je signale dès l'instant le précepte de ponctionner l'épanchement le plus près de sa base, de modifier, à l'aide de l'air atmosphérique, l'inflammation de la surface interne de la membrane exhalante, de comprimer une fois par jour le scrotum de haut en bas, afin d'expulser le liquide produit la veille.

Quant aux garanties qui nous sont fournies par les qualités de la membrane elle-même, nous serons d'autant plus assuré de jouir paisiblement de leur puissance, que les moyens d'irritation que nous apportons sur la membrane pour changer son mode de vitalité sont bénins, et n'ont aucun terme de comparaison possible avec les torturaires moyens employés par nos devanciers.

III. — TRAITEMENT.

Dans un cas d'hydropisie de la tunique vaginale du testicule, soit par défaut d'absorption, soit par excès d'exhalation, il est très-sûr que si l'on pouvait, par un moyen quelconque, arriver à détruire l'excès d'exhalation ou à ramener l'absorption, ce moyen serait la plus sûre voie de guérison : ce serait le moyen curatif par excellence et le seul à suivre.

Les tentatives qu'on a faites jusqu'à ce jour n'ayant pu amener ce résultat, il a fallu recourir à d'autres. Cependant Pott, Ramsden et quelques autres chirurgiens ont pensé que l'hydrocèle pouvait être guérie sans que la cavité des tuniques de l'épanchement fût détruite. Ils estimaient que, pour obtenir ce résultat, il convenait de vider de bonne heure le sac à l'aide d'une ponction, de recouvrir le scrotum de topiques.

Cette opinion, que n'a jamais démontrée la dissection, ne paraît pas soutenable pour les épanchements chroniques existant chez les personnes âgées. La série des faits bien observés qu'on peut lui opposer, si elle ne la renverse entièrement, établit son insuffisance.

Cependant les auteurs, en enregistrant leurs observations suivies de guérison par l'usage de la simple ponction et de leur topique (Lewis-Deleau), n'ont point trompé la science; seulement ils ont fait erreur quant à l'explication vraie qu'ils pouvaient tirer de leurs faits. Ils ont guéri, non pas sans, mais avec adhérence dans les parois séreuses ; ils ont guéri avec cette adhésion lâche et diffuse signalée par Bichat, avec cette fausse membrane extensible incapable de gêner les mouvements du testicule, et nullement appréciable par les recherches extérieures. C'est cette même membrane, que nous reproduisons à volonté, qui constitue notre mode curatif. Nos moyens de développement existent dans l'air extérieur renouvelé que nous employons comme agent inflammatoire et dans l'écoulement de la sérosité en dehors de la poche, à mesure qu'elle est sécrétée.

Tous les traitements mis en usage contre l'hydrocèle (incision, caustique, excision, tente, séton, canule, injections), résument toute leur action par cet ultime résultat, adhérence des parois séreuses albuginées et vaginales ; on conçoit dès lors que, parmi ces traitements, celui qui dut amener le plus naturellement cette adhérence fut celui qui dut être préféré. Aussi devons-nous philosophiquement observer que depuis l'incision de Celse, l'excision d'Albucasis, jusqu'à l'injection de Monro, il y a eu réellement dans chaque procédé successif un perfectionnement, une énorme diminution de douleurs pour le patient, et beaucoup moins de dangers pour sa vie.

Depuis que l'injection a pris rang comme méthode certaine dans ses effets, l'excision, la cautérisation, l'incision, ont été proscrites à juste titre pour les cas ordinaires. L'excision seule peut encore revendiquer une place rare lorsqu'il s'agit d'une séreuse recouverte d'altérations pathologiques telles que toute adhérence est devenue impossible. Dans cet état, il est plus que certain que le testicule est devenu malade, soit par la compression qu'il a soufferte, soit par autre cause. Ce dernier propage facilement son inflammation du tissu cellulaire, qui l'enlace, à la face externe de la séreuse : l'hydrosarcole est alors formé.

L'injection est aussi venue se substituer aux corps solides introduits dans la poche pour y solliciter une inflammation adhésive. C'est ainsi que la tente de Franco, le séton de Guy de Chauliac, la canule du trois-quarts de Fabrice, la sonde en gomme élastique de Larrey, après avoir compté des succès, eurent des revers qui les firent abandonner.

On a objecté à ces corps étrangers, introduits dans le sac, de ne point développer une inflammation assez intense ni assez générale, si on les laisse peu de temps en place; de susciter, au contraire, une phlegmasie trop vive et trop limitée, s'ils restent longtemps ; de sorte que l'inflammation adhésive s'établit seulement autour de la canule, puis il reste au-dessous et à l'entour de petits sacs séreux qui continuent à se remplir.

Ces reproches, que beaucoup de chirurgiens adressent à la canule, ne peuvent être que vrais, puisqu'ils les ont observés ; ne les ayant jamais rencontrés dans notre méthode, nous pouvons dire qu'ils ne l'atteignent pas encore. Quoi qu'il en soit, la canule jouit d'une bonne propriété, et présente un avantage qui, bien appliqué, parviendra toujours aux yeux de tout esprit physiologiste sur toutes les méthodes : cet avantage est de favoriser la sortie du fluide séreux à mesure qu'il se produit. Je sais très-bien qu'immédiatement après l'injection, ou mieux aussitôt que l'inflammation subaiguë s'est développée dans la séreuse, cet avantage de l'écoulement continu disparaît, puisque, par suite de l'érétisme survenu dans les capillaires sanguins de la membrane, le fluide séreux cesse de se produire. Mais on

---

l'arithmétique; mais c'est toujours du calcul. Il a formulé dans quelques signes de longues supputations, et voilà tout. Supprimant ses intermédiaires, le *substratum* du diagnostic, il en a extrait l'essence par un calcul mystérieux, mais positif, que nous pourrions comparer à celui qu'employaient ces jeunes prodiges, dont la puissance calculatrice frappait d'étonnement et d'admiration même l'Académie des sciences. Pour cela faire, ils n'ont qu'à s'adresser de prime abord à ce que nous appelons les signes pathognomoniques, qu'ils savent découvrir et dégager rapidement des autres signes. Risquons quelques exemples :

Il est bon nombre de maladies qui se peignent sur le facies, dans l'attitude, dans la voix, etc. Je ne parle pas de celles qui frappent tous les yeux, de l'ictère, des éruptions cutanées, de la chlorose, mais d'autres affections intérieures, telles que la pneumonie, la phthisie, la fièvre typhoïde, le choléra, le tétanos, et d'autres encore qui impriment à la physionomie certains caractères auxquels les bons praticiens se trompent rarement. L'hémiplégie, qui s'étend aux traits du visage, vous permet de diagnostiquer de prime abord l'apoplexie ; mais prenez-y garde, d'autres lésions peuvent exister qui donnent lieu aux mêmes apparences. Le facies livide et turgescent des maladies du cœur, la transparente pâleur de la chlorose, vous permettront souvent de faire aux patients l'histoire de ce qu'ils ont éprouvé, de ce qu'ils éprouvent et de ce qu'ils éprouveront, ce qui ne manque jamais d'impressionner vivement le malade et les assistants. Telles sont les ressources que la physionomie fournit au diagnostic, qu'un habile praticien d'Allemagne, M. Baumgartner (de Fribourg) a pu faire un traité de pathologie basé sur les aspects du visage.

Le timbre de la voix peut déceler l'angine, la coqueluche, le croup, la perforation de la voûte palatine, etc.; mais ce sont là des données de pratique assez vulgaire : passons à quelque chose de plus relevé.

Vous approchez d'un malade qui se plaint de la poitrine ; avant toute autre investigation, vous appliquez les mains sur le thorax. Un des côtés ne vibre pas dans la phonation; vous pouvez diagnostiquer hardiment un épanchement dans la plèvre. Certes vous n'ignorez pas que le point de côté, la toux, la dyspnée, la matité, le souffle doux et l'égophonie surtout font partie du cortége de la pleurésie ; mais vous vous êtes adressé dès l'abord au symptôme le plus significatif, le moins ambigu, à celui qui suppose la plupart des autres. Vous avez fait du diagnostic expéditif, du tact médical (1).

---

(1) Ce signe précieux de l'épanchement, le défaut de vibration thoracique, a été produit par Laënnec lui-même ; mais c'est Casimir Broussais qui, dans ces derniers temps, en a fait ressortir l'importance, dans une communication à l'Académie de médecine. Lorsque son mémoire tomba sous mes yeux, déjà depuis longtemps j'exposais dans mes cours la signification de ce phénomène, dont j'expliquais le mécanisme d'une manière si simple et si naturelle qu'il ne me fût pas venu à l'idée d'y voir l'objet d'une découverte. Cependant MM. Nonat et Monneret ayant tout récemment publié sur la nature de cette vibration de savantes considérations qui ne me paraissent pas être l'expression nette du fait, je produis ici ma théorie. Selon moi, la vibration thoracique est tout simplement l'expression de la *voix de poitrine*, comme disent les musiciens ; aussi les individus qui ont la voix de *tête* ou de *fausset* ne présentent-ils pas ce phéno-

aurait tort de déduire de ce fait l'inutilité de la canule; car cette inflammation abortive qu'on invoque exige l'injection de liquides stimulants, et cette injection n'a-t-elle aucun inconvénient? réussit-elle constamment? n'est-elle pas toujours affreusement douloureuse?

L'instant du jugement que je dois porter sur l'injection n'étant pas venu, je m'arrête, et pose en principe: que la canule est toujours très-utile jusqu'au moment où survient l'inflammation modificatrice; que, dans le procédé de l'injection, on ferait très-bien de la laisser en place pendant quelques jours, afin de reconnaître si la vitalité de la membrane a changé de nature, et si l'épanchement ne continue pas; que si, avec la canule, aidée d'un moyen sans injection, on parvient à déterminer dans le sac des adhérences successives qui se substitueront à l'écoulement; que si ces adhérences marchent en raison de la diminution dans la quantité de l'écoulement lui-même, il arrivera un instant où l'écoulement cessant, les adhérences seront générales; par conséquent la guérison sera complète, et surtout obtenue par voie très-naturelle.

IV.

Obs. I. — Bruno, charpentier, 32 ans (de Gresy-sur-Aix-les-Bains. La tumeur que porte aux bourses ce jeune homme vigoureux est fort ancienne; elle a succédé à l'application d'un bâton replié qui, se redressant, a frappé le testicule droit.

Les rides du scrotum sont effacées; les téguments de la verge sont étendus sur la tumeur, qui présente le volume d'une écuelle. La fluctuation est très-peu appréciable. La tumeur est douloureuse; elle est inégalement bosselée. Son plus grand diamètre est transversal. Quoique transparente, son poids est considérable.

On ne peut apprécier la position du testicule autrement que par induction, c'est-à-dire qu'il doit avoir été entraîné du côté opposé au diamètre transverse, par conséquent redressé et placé plus près de la face antérieure du sac.

L'épanchement remonte jusqu'au pli de l'aine; on le suit jusqu'à l'anneau du muscle oblique interne. Il est probable qu'outre-passant l'anneau inguinal, il doit s'étendre du côté de la cavité abdominale.

Le gonflement, au dire du malade, s'est d'abord développé dans la partie inférieure du scrotum, d'où il s'est progressivement étendu. Ce caractère, joint à celui de la transparence de la tumeur, appréciable surtout par l'épanouissement des parois scrotales sous l'effort de la dilatation, était le seul qui nous restât comme élément positif du diagnostic; car les vaisseaux spermatiques, à leur sortie de l'anneau, ne pouvaient être sentis, de sorte que, sans la transparence, le moindre caractère différentiel entre une hernie et un épanchement n'eût pas existé.

La maladie bien reconnue, et suivant le précepte de Scarpa, conclusion de ses recherches sur la position des veines et des artères spermatiques dans les vieilles hydrocèles, je plongeai un trois-quarts un peu au-dessous de la partie moyenne de la tumeur et sur la ligne qui la partageait longitudinalement en deux parties égales. Le trois-quarts fit un saut en pénétrant la tunique vaginale, ce qui me la fit estimer dure et épaissie. Il s'écoula par la canule près d'un litre de liquide.

Le sac parfaitement vide, j'injectai dans sa cavité une grande verrée de vin noir chaud dans lequel on avait fait bouillir 60 grammes de roses de Provins par pinte. Une seconde injection fut répétée. Après trois minutes de séjour de chaque injection, le scrotum fut recouvert de compresses trempées dans le même vin, et soutenu par un suspensoir. Malgré qu'un aide comprimât sur l'anneau inguinal, d'assez vives douleurs succédèrent à l'injection et se firent sentir jusque dans le ventre. L'inflammation adhésive ne se montra point, et huit jours après ce traitement, l'épanchement reparaissait et cheminait de manière à être, au bout d'un mois, aussi volumineux qu'il l'était avant l'injection.

Interprétation des faits en dehors de l'injection. — J'en étais là avec ce malade, qui tenait beaucoup à se guérir afin de se marier, lorsque me remémorant le traitement des anciens, l'incision préconisée par Paul d'Égine, les caustiques que conseillaient Wisemann, Dionis, la tente qu'employaient Paré, Guillemeau, Ruysch, Heister, le séton que Pott était parvenu à généraliser, je trouvai que ces traitements divers se réunissaient par un principe commun, et que par conséquent leur résultat devait avoir un ultime effet identique, effet curatif que n'entrevirent probablement pas les chirurgiens qui appliquaient ces méthodes, car ils les eussent à coup sûr simplifiées, comme nous l'indiquerons bientôt.

Ce principe général, qui groupe toutes les méthodes anciennes, et qui seul guérissait les malades, c'est l'action de l'air sur la séreuse vaginale. Voyez en effet à quoi conduisent l'incision, la tente, le séton? A l'introduction de l'air dans la poche. Remarquez que, pour obtenir sûre guérison, les chirurgiens recommandent de larges et étendues incisions, l'application d'une traînée de caustiques. Observez que la tente veut l'écartement des lèvres de la plaie, même par une éponge. La conséquence de tout ce qui précède est partout et toujours introduction de l'air à la surface interne des séreuses testiculaires. La certitude de la guérison est elle-même subordonnée à la facilité de cette introduction de l'air et de son renouvellement, puisqu'il faut que les ouvertures soient grandes et découvrent largement la séreuse. Cette introduction de l'air est donc bien évidemment la seule raison physiologique qu'on puisse faire valoir pour expliquer les adhérences curatives obtenues, et personne au monde ne pourra dire que c'était l'excision, la tente, l'incision, qui seules guérissaient, puisqu'elles n'agirent jamais sans le concours de l'air extérieur, renouvelé du reste à chaque pansement. L'excision, la tente, l'incision n'étaient donc qu'un moyen, et non le mode curatif.

L'explication des phénomènes curatifs dans le sens que j'indique semble plus difficile à résoudre pour le séton et la sonde. Pourtant si on réfléchit que ces méthodes ont parfois guéri, qu'elles ont souvent été employées sans résultat; si on entre dans les petits détails subséquents à leur application, on verra clairement que tout s'explique, et que ces méthodes, par rapport à leurs conséquences, rentrent dans la règle commune. Elles y rentrent si bien que, toutes les fois qu'elles n'ont pu amener guérison, circonstances fréquentes et qui les ont fait abandonner, c'est qu'elles n'avaient pu introduire l'air dans le sac en quantité suffisante, et qu'il n'y était point assez souvent renouvelé.

En effet, de l'étude des phénomènes produits par le séton, résulte que ce dernier passé dans le sac doit y être promené afin de favoriser la sortie du liquide séreux, et qu'il finit ainsi par établir sur les bords où le scrotum lui donne passage deux ouvertures fistuleuses qui laissent à l'air un accès plus ou moins facile. C'est en vertu de cette introduction bien plus que par l'action irritante que sa présence détermine que le séton guérit. L'étude des phénomènes pathologiques qui surviennent établissent cette vérité. Lorsqu'elle survient, ne voit-on pas l'inflammation adhésive se développer en même temps sur toute la surface du sac? Est-ce que le gonflement qui lui succède n'est pas général? Tandis que, dans l'opération du varicocèle par les aiguilles ou les pinces, elle se limite autour des points ulcérés. Comment se fait-il que, dans des cas identiques, elle s'arrête d'un côté, tandis

---

Dans un autre cas, au lieu des mains, vous appliquez l'oreille sur le thorax; vous y percevez du râle crépitant ou du souffle tubaire intense. Avec la même promptitude que précédemment, vous annoncez une pneumonie. La toux, la dyspnée, les crachats rouillés, la matité, la bronchophonie, ont leur valeur sans doute; mais un seul signe peut les remplacer tous. Cette sorte de prestidigitation, tout éblouissante qu'elle est, n'est pourtant le produit que d'une capacité très-ordinaire et comporte, on en conviendra, plus d'adresse que de science. Poursuivons.

Un individu se présente avec un peu d'infiltration aux pieds et de dyspnée; vous allez droit à la région précordiale, où l'oreille vous révèle du souffle rude sans force d'impulsion: vous annoncez immédiatement qu'il y a maladie du cœur, que cette maladie est une induration valvulaire, que la lésion occupe le cœur gauche, enfin que c'est l'orifice mitral qui est affecté..... Eh bien! cette prodigieuse perspicacité découle de ces deux phénomènes si simples: souffle sans impulsion; car le souffle indique une lésion valvulaire. Or la lésion valvulaire siége presque toujours à gauche, et le défaut d'impulsion indique le défaut d'hypertrophie du ventricule gauche, c'est-à-dire l'absence de rétrécissement aortique (1).

Autre fait: un malade présente un peu d'infiltration siégeant ailleurs qu'aux extrémités inférieures, erratique, chronique: vous ne risquez pas trop en annonçant que les urines sont incolores, qu'elles précipitent en blanc par l'acide nitrique, et que les reins sont altérés. Ces notions, aujourd'hui vulgaires, étonnent cependant encore bon nombre de praticiens.

Une femme ayant passé l'âge de retour, offrant cette pâleur jaunâtre de certaines lésions organiques, se plaint de pertes sanguines réitérées: annoncez qu'elle porte un carcinome utérin; il y a vingt à parier contre un que telle est sa maladie, et que le toucher confirmera vos sinistres décisions.

Ce diagnostic expéditif est très en honneur parmi les chirurgiens. Chacun sait que l'inégalité de longueur des membres pelviens caractérise la coxalgie; que le renversement du pied en dedans indique la luxation de la cuisse, et son renversement en dehors la fracture du col du fémur. D'un bout à l'autre de son amphithéâtre, Dupuytren diagnostiquait une luxation de l'humérus ou une fracture de la clavicule; il distinguait la syphilis d'une simple excoriation du pied au siége des engorgements inguinaux, au-dessus ou au-dessous du ligament de Poupart, etc., etc.

Bien qu'il soit nécessaire, en général, que le praticien jouisse de l'intégrité des organes des sens, l'imperfection de ceux-ci peut être compensée par le tact médical, qui consiste alors à savoir suppléer un sens par un autre sens, ou un

---

mène: tels sont la plupart des femmes et des enfants, chez lesquels par conséquent le signe dont il s'agit n'est pas applicable.

(1) Cette finesse de diagnostic est une acquisition de la science moderne dont notre école revendique la propriété. Lisez, par exemple, la Nosographie de M. Bouillaud, vous verrez de quelle obscurité est encore enveloppé le diagnostic différentiel des lésions des orifices cardiaques.

que dans l'autre elle se propage et envahit toute la membrane? Je dois conclure de cette comparaison que si le séjour eût seul agi, lorsqu'il a guéri, on aurait vu l'inflammation se développer d'abord autour de lui, s'y limiter, occasionner des abcès multiples, circonstances analogues à celles qui surviennent lorsqu'on mortifie les enveloppes testiculaires pour combattre les varices du cordon.

L'inflammation limitée, les abcès multiples étaient la conséquence ordinaire de l'application de la sonde ou de la canule, on a dû avec raison les abandonner, puisqu'elles ne pouvaient produire une inflammation générale adhésive.

Mais si la canule ou la sonde ont ainsi leur puissance limitée, malgré qu'elles soient en contact avec une grande étendue de la séreuse, c'est qu'avec elles l'action de l'air est parfaitement nulle; car l'air ambiant, quoique la canule des trois-quarts lui offre une ouverture assez grande pour qu'il y puisse pénétrer, s'arrête vers son fond sans aller entourer l'albuginée, et ne se renouvelle point.

L'explication de ce fait me paraît physiologiquement très-simple, puisque l'air extérieur pèse uniformément sur l'ouverture de la sonde et sur le scrotum. Mais ce dernier vient ajouter au poids de l'air les forces rétractiles de ses muscles constricteurs, de sorte que, par suite de cette action il n'y a pas de vide possible dans la cavité du sac. L'air extérieur s'arrête donc au fond de la canule.

Cette interprétation des faits que je viens de donner pourra paraître, j'en conviens, hasardée pour beaucoup de personnes; pourtant les explications qui l'appuient la rendent vraisemblable, et ne fût-elle pas, je n'en ai pas moins le droit de formuler une opinion qu'on peut combattre. Mais ce qu'on ne détruira pas, ce sont les conséquences de ma manière de voir, et la guérison qui lui succède. A cela, qu'y a-t-il à répondre?

Ainsi, l'air extérieur me paraissant une puissante voie de guérison, il s'agissait de l'introduire dans le sac séreux entouré de telles conditions qu'il pût amener l'adhérence des parois opposées, c'est-à-dire qu'il fallait son renouvellement, puisque l'air épuisé de certains principes n'est plus inflammatoire. Pour arriver à ce résultat, il fallait établir à cet air un libre courant, au moyen d'une libre entrée et d'une libre sortie. J'exécutai ainsi un projet basé sur les indications qui précèdent. Je mettais en pratique une méthode nouvelle pour guérir l'hydrocèle sans employer l'injection; j'osais favorablement augurer de son résultat, et pour y arriver, j'employai ce qui suit.

OPÉRATION. — Après avoir préparé une canule ordinaire armée de son trois-quarts, après avoir repoussé autant que possible le testicule en arrière, je ponctionnai le sac suivant la règle indiquée précédemment. Arrivé dans la poche, j'inclinai entre les cuisses le manche du trois-quarts, et je poussai sa pointe de manière à la faire cheminer de quelques lignes, ayant soin de ne rien blesser. Cette pointe ainsi dirigée en haut rencontra bientôt la séreuse vaginale, je la perçai de nouveau, ainsi que les tuniques charnues et cutanées dites scrotales.

Le trois-quarts et la canule placés de la sorte étaient un cylindre traversant le liquide qui est contenu dans la tunique vaginale. Ce premier temps, qui consiste uniquement à introduire le trois-quarts et la canule dans le sac et à en faire sortir la pointe un peu plus haut que le lieu d'entrée, étant terminé, le trois-quarts fut enlevé, et la canule qui l'accompagnait resta en place.

Je pris alors une sonde en gomme élastique capable de filer librement dans la canule métallique. J'en séparai un fragment de la longueur de 12 centim. Je pratiquai à l'aide d'un bistouri sur la partie moyenne de ce fragment trois petites ouvertures analogues à celles qu'on trouve au bec de toutes les sondes destinées à vider la vessie. J'introduisis cette sonde ainsi préparée dans la canule métallique laissée en place précédemment; puis saisissant avec les doigts de la main gauche l'extrémité de cette sonde passée, je retirai la canule en laissant à sa place la sonde en gomme élastique. Le liquide du sac mis en contact avec les ouvertures pratiquées à la sonde se mit aussitôt à jaillir. J'en favorisai pendant quelques instants l'écoulement à l'aide de frictions modérées dirigées de haut en bas. Lorsque le sac fut à peu près vidé, je distinguai parfaitement des bosselures et des inégalités à la surface du testicule, témoignage de l'épaississement de la séreuse.

Cette remarque faite, j'ai placé un fil ciré d'un des bouts de la sonde à l'autre, en ayant soin de serrer de manière à ne point oblitérer les ouvertures; puis j'ai assujetti cette dernière de façon à l'empêcher de pouvoir changer de position.

L'opération fut alors terminée. Le scrotum fut garni de compresses propres à absorber l'écoulement qui continuait, et le tout fut soutenu par un suspensoir.

MARCHE DE LA MALADIE APRÈS L'OPÉRATION. — Premier jour. L'écoulement continue; l'opéré sans fièvre reste levé. (Trois soupes pour nourriture.)

Deuxième jour. Même état. (Demi-nourriture ordinaire.)

Troisième jour. Pas de fièvre, pas de soif; l'écoulement séreux a diminué. Je promène un stylet boutonné dans l'étendue de la sonde, afin de la désobstruer dans le cas où elle le serait; j'outrepasse les yeux, et vais jusqu'à la surface du testicule. (Même alimentation, même pansement.)

Quatrième jour. Chaleurs et douleurs passagères dans le testicule et le cordon; toujours un peu d'écoulement; nouvelle introduction du stylet.

Cinquième jour. Même état. Le malade est toujours levé pendant le jour, va et vient.

Sixième jour. L'écoulement est beaucoup moindre; les douleurs sont plus vives, plus tenaces, plus fréquentes. Je passe toujours le stylet. (Deux soupes pour alimentation.)

Septième jour. L'écoulement par la sonde est presque nul. Frissons, malaises généraux, dégoût, inappétence, coliques générales jusque dans l'abdomen, léger gonflement dans le testicule ou dans ses annexes, réaction fébrile. (Diète absolue, repos au lit, introduction de stylet, boissons tempérantes.)

Huitième jour. L'écoulement séreux a cessé. La bourse est gonflée, pesante, douloureuse au toucher; fièvre continue; soif, diète, introduction du stylet. (Cataplasme sur le scrotum.)

Neuvième jour. Il s'est écoulé un peu de sérosité purulente par la sonde; l'empâtement et le gonflement du scrotum sont plus considérables; la fièvre est égale, s'accompagne de sueurs. (Même prescription.)

Dixième jour. Amélioration manifeste; la fièvre a diminué; le gonflement est moins volumineux, moins dur, les douleurs sont moins vives; l'appétit reparaît. Je coupe les fils et j'enlève la sonde; il ne s'est rien écoulé par elle ni après elle. (Continuation du cataplasme, du repos, des boissons de chiendent. Une soupe.)

Onzième jour. Mieux progressif; réduction dans l'engorgement. L'ouverture fistuleuse laissée par la sonde laisse suinter un peu de pus. (Même prescription. Deux soupes.)

Douzième jour. La fièvre cesse; le malade se lève avec son cataplasme et mange davantage.

Treizième jour. L'engorgement n'a plus que le volume d'un œuf de petite poule. L'ouverture des fistules est cicatrisée. L'appétit est revenu; le sommeil est parfait; le pouls est normal; la santé paraît complète. Le malade part pour rentrer chez lui.

Je revois Bruno quinze jours, deux mois, un an plus tard. Le testicule a repris son volume à peu près normal; le palper laisse sentir quelques nodosités à sa surface. Le malade est parfaitement guéri, et cette guérison ne s'est point démentie depuis cinq ans qu'il a été opéré. Il reste seulement à la surface au-

---

symptôme par un autre symptôme. Ainsi l'on conçoit que, dans certains cas, le toucher peut suppléer la vue, même dans des circonstances assez délicates : c'est ainsi que les doigts, promenés à la surface de la peau, perçoivent très-bien les sudamina que l'œil n'aperçoit pas. Le toucher peut aussi suppléer l'oreille, par exemple dans les cas de vibration thoracique produite par les râles, de frémissement cataire, avec ou sans force d'impulsion du cœur, etc. L'œil et l'oreille peuvent se suppléer réciproquement dans certaines affections de poitrine : la pneumonie, la pleurésie, la phthisie confirmées, qui ont des signes extérieurs presque équivalents à ceux fournis par l'auscultation. Quoique plus circonscrits dans leur application, les sens de l'odorat et du goût peuvent parfois aider ou suppléer les autres : l'odorat révèle la gangrène, le cancer, l'état puerpéral, le typhus; le goût suffit pour diagnostiquer le diabète ou glucosurie. Quant à la possibilité de faire saillir un symptôme peu sensible ou de le suppléer par un autre, c'est un fait vulgaire dont nous venons de produire quelques exemples; en voici de nouveaux. L'observateur à l'œil myope en est quitte pour y regarder de près; il en est de même de celui qui a l'oreille dure : de très-près, et surtout au contact, il entend comme un autre. Au demeurant, l'art consiste, dans ces cas, à faire ressortir les phénomènes. Si le bruit respiratoire échappe à la simple inspiration, faites respirer profondément le malade; que si le râle est obscur, il se révélera dans la toux. Si le souffle tubaire est trop doux, les manœuvres précédentes le forceront à se produire, et d'ailleurs l'égophonie et la bronchophonie le rendront superflu, etc. Tout cela prouve que l'intelligence et l'éducation sont pour beaucoup dans les notions que nous procurent les sens, et que, selon l'heureuse expression de Montaigne, l'œil voit et l'oreille *oict* par l'entendement.

Or, encore une fois, en quoi tous ces exemples de tact médical sortent-ils des notions de la science courante? où donc est la divination ou même le simple génie? Il y a science d'abord, puis pénétration, jugement prompt, esprit éclairé, fin et alerte, et pour tout dire, un peu de hardiesse et de bonheur; car les manifestations du tact médical participent assez souvent des chances du hasard. A côté de brillants succès se trouvent les déceptions, et parfois de grosses erreurs fort humiliantes pour le praticien : erreurs dont ne sont pas exempts les observateurs les plus illustres. Retournons la médaille.

Un célèbre professeur de clinique interne et d'accouchements dissertait un jour *ex cathedra* sur un cas prétendu d'ascite, lorsqu'un élève accourut, tout ému, annoncer au professeur et à l'auditoire que le sujet de la dissertation était en mal d'enfant. — Un autre professeur de clinique arrive près d'une jeune fille qui a cessé d'être réglée depuis plusieurs mois, qui accuse divers malaises, et dont l'hypogastre est occupé par une tumeur qu'il qualifie de globe utérin; car pour lui la jeune fille est enceinte. Mais voilà que l'instant d'après, la grossesse se résout en une émission d'urines. Le soi-disant globe utérin a disparu; il ne reste plus que la chlorose. — Ces deux erreurs en sens contraire ne se fussent pas produites si, moins confiants dans leur tact médical, nos deux professeurs se fussent donné la peine d'y regarder de plus près, et de pratiquer seulement le toucher vaginal. Vous le voyez, le terrain est glissant et la gloire est fragile. Pour les grands praticiens comme pour l'humble observateur, il est toujours plus prudent et plus sûr de suivre les routes battues. Les errements classiques sont des lisières qui gênent notre essor, mais qui préviennent les chutes. Et d'ailleurs, ainsi que le disait naguère l'éloquent médecin en chef du Val-de-Grâce, M. Lévy : « La ri-

térieure du testicule une adhérence entre un point de cette face et les parois scrotales.

Depuis sa guérison Bruno s'est marié; il est père de plusieurs enfants.

OBS. II. — Bolard (de Saint-Innocent) est un cultivateur, âgé de 27 ans, parfaitement constitué. Il observait depuis longtemps qu'une tumeur se développait dans sa poche scrotale gauche, sans qu'il pût néanmoins attribuer aucune cause à ce résultat. Comme il s'était toujours parfaitement porté et que cette tumeur ne le faisait pas souffrir, il y prit peu garde et s'en aperçut d'autant moins que l'épanchement augmentait très-insensiblement.

Toutefois, depuis plusieurs semaines cette tumeur le gênait par son poids; elle embarrassait sa marche; il la présenta à son maître, qui me l'adressa en juillet 1842.

Le scrotum gauche, mince et mobile, présentait au-dessous de lui une tumeur égale, tendue, fluctuante, pyriforme, sans changement de couleur à la peau; large en bas, elle s'amoindrissait en arrivant à l'anneau inguinal. Cette grosseur, de pesanteur légère, était transparente à la lumière.

A ces caractères, il était facile de reconnaître une hydrocèle de la tunique vaginale. Le testicule avait conservé sa position normale dans la poche; il était fixé en arrière à sa partie postérieure où il adhérait. Pour obtenir la guérison de cette hydrocèle, le malade fut immédiatement soumis à la méthode suivie dans l'observation précédente. Je fus honorablement assisté dans cette opération par M. N..., procureur du roi à M..., qui se trouvait alors aux eaux d'Aix, et qui était affecté de maladie semblable.

Je passai donc le trois-quarts armé de sa canule à travers les parois du sac. Je retirai le trois-quarts; je remplaçai la canule par la sonde en gomme élastique trouée; puis cette dernière fut convenablement assujettie.

Le sac étant à peu près vidé à l'aide de douces frictions, j'entourai le scrotum de compresses fines propres à absorber la sérosité qui coulerait, et plaçai par-dessus un suspensoir contentif.

Le malade mangea sans accident, resta debout allant et venant jusqu'au septième jour où commencèrent les phénomènes inflammatoires caractérisés par diminution dans la quantité de l'écoulement; chaleur profonde; douleur au cordon; gonflement général autour du testicule; fièvre mêlée de frissons; dégoût; insomnie. Seulement nous avions eu soin dans notre pansement de chaque jour, de passer chaque fois un stylet dans le trajet de la sonde, puis de comprimer ensuite légèrement le scrotum du haut en bas, afin de favoriser la sortie de la sérosité qui aurait pu s'accumuler dans le sac. Le malade fut mis au repos, à la diète et aux boissons de réglisse.

L'écoulement s'arrête entièrement le neuvième jour; la poche scrotale présente alors un volume au moins égal à celui qu'elle avait avant la ponction; mais ce volume offre au toucher une tumeur dure sans élasticité, sans transparence. La fièvre et les douleurs sont égales. Je passe toujours le stylet, afin de tenir la sonde ouverte. Je fais appliquer un cataplasme de farine de lin sur le testicule.

Le dixième jour, l'engorgement semble avoir diminué; il est moins dur; il s'est écoulé un peu de sérosité purulente par la sonde; la fièvre est moins forte. Je détache les fils et enlève la sonde. (Cataplasme; diète.)

Dès le onzième jour, la fièvre céda; l'engorgement, combattu par les cataplasmes, s'effaça entièrement; le malade reprit insensiblement sa nourriture et ses habitudes ordin...es. Les trajets fistuleux de la sonde se cicatrisèrent sans adhérence au testicule.

Enfin, le vingt-deuxième jour après son opération, Bolard était radicalement guéri.

Cette guérison, qui persiste depuis cinq ans, a été constatée par MM. Despine fils et père, docteurs en médecine, et par M. Michaud qui tient Bolard à son service.

Je pourrais ajouter aux deux précédentes quatre observations tout à fait identiques; mais je serais de la sorte entraîné dans des répétitions fatigantes et très-inutiles: aussi me bornerai-je à n'indiquer absolument que ce qu'elles m'ont présenté de remarquable.

OBS. III. — Ainsi B. est un cordonnier de 34 ans qui continua son travail jusqu'au neuvième jour, moment où la fièvre et l'engorgement testiculaire survinrent; il l'interrompit alors pour le reprendre aussitôt que ces mêmes phénomènes diminuèrent. Ce malade, pansé comme je l'ai exposé précédemment, fut guéri le vingtième jour après sa ponction, n'ayant interrompu son travail que pendant une semaine.

OBS. IV. — Desgrange est un laboureur âgé de 42 ans; il habite le Bourget. Ce malade ne se trouvant point fatigué le lendemain de son opération faite à Aix, voulut absolument retourner chez lui; il partit donc et parcourut à pied un espace de deux heures; je lui indiquai d'avoir soin de passer soir et matin le stylet boutonné dans la sonde afin de la désobstruer au besoin, puis de revenir vers moi dans trois à quatre jours. Desgrange ne revint qu'après un mois; il était guéri.

Que s'était-il passé chez ce malade ainsi livré à lui-même? Il avait instinctivement raisonné sur sa situation, et s'était réglé en conséquence. Ainsi, pensant que sa maladie était occasionnée par un flux séreux, puisque j'avais placé une sonde pour le vider, il attendit, pour enlever la sonde, que l'écoulement eût tout à fait tari, et, par crainte de retour, il poussa la précaution jusqu'à ne l'enlever que trois jours après la cessation même. Mais vers cette époque survinrent l'engorgement, la fièvre, les douleurs qui lui firent peur, d'autant plus que malgré la tuméfaction rien ne s'écoulait par la sonde où il passait et repassait le stylet; il enleva donc la sonde qu'il voyait inutile et m'envoya prévenir de ce qui se passait. Je lui indiquai l'usage des cataplasmes souvent renouvelés et tout rentra dans l'ordre.

OBS. V. — Cette fois, c'est un douanier des bords du Rhône, jeune homme robuste de 26 ans. Chez lui l'écoulement séreux cessa au quatrième jour; la tuméfaction scrotale commença, s'accrut jusqu'au huitième, diminua au neuvième, enlèvement de la sonde, et le quatorzième le malade était débarrassé de son hydrocèle.

OBS. VI. — Rassillon est un malade qui porte un épanchement énorme et qui rend très-mal compte de son état, quoiqu'il soit âgé de 28 ans. Ce qu'il y a de certain, c'est que la tumeur qu'il porte est transparente, élastique, fluctuante, et remonte le long du canal inguinal où le doigt pénètre avec elle à travers l'orifice de l'anneau externe. J'opère ce malade, la sérosité coule neuf jours, époque où commence la tuméfaction qui dure jusqu'au quatorzième, diminue seulement alors et m'autorise à enlever la sonde. Pendant cette période, le malade a eu une fièvre très-vive occasionnée sûrement par un travail inflammatoire survenu avec intensité sur la séreuse, car la bourse était devenue considérablement grosse, le malade y sentait une ardente chaleur et souffrait de coliques dans toute l'étendue du cordon. J'ai hésité à combattre par les antiphlogistiques cet état qui s'amenda seul le quinzième jour.

Les conséquences de cette inflammation, plus forte que dans les cas précédents, ont été simplement : disparition de l'hydrocèle, sans formation de pus, continuation du glissement du testicule sous ses membranes d'enveloppes; puis, chose digne de remarque, rétrécissement très-manifeste à l'orifice externe de l'anneau inguinal, rétrécissement tel que le doigt qui y passait avant l'opération ne put plus y être introduit. L'induction de ce fait me conduit à demander si l'inflammation du sac ne pourrait point contribuer à solidifier l'orifice externe de l'anneau inguinal, et de là fortifier les parois abdominales contre la formation des hernies, ou contre les hernies existantes.

(La fin au prochain numéro.)

» goureuse probité de l'art ne permet point de s'arrêter à ces inductions de surface; elle ne permet point de croire à l'infaillibilité du regard, si exercé qu'il soit, ni d'engager la vie des hommes dans ces jeux de l'orgueil et du hasard. » Praticiens de tact et d'inspiration, fouillez le malade pour vous procurer la » sanction de vos exercices divinatoires. » (*Discours de rentrée*, octobre, 1848.)

La marche, la durée, les terminaisons des maladies, au point de vue du tact médical, rentrent essentiellement dans le pronostic; car pronostiquer c'est dire ce qui arrivera ultérieurement, à partir d'un instant donné. Les admirateurs de l'antiquité sont convenus d'exalter la puissance des anciens à l'endroit des pronostics, ce qui est fort légitime; mais ce qui est moins équitable, c'est de prétendre que les modernes leur sont de beaucoup inférieurs sur ce point. Cette opinion est tout bonnement une sottise, en crédit comme tant d'autres, et dont nous allons chercher l'explication.

Les anciens, ignorants des caractères positifs et notamment des lésions anatomiques, s'efforçaient de prévoir les événements d'après les seules indications fournies par le tableau mobile et décevant des symptômes fonctionnels. Ces sortes d'énigmes constituaient des jeux d'esprit bien propres, en effet, à faire ressortir la pénétration de ceux qui avaient le bonheur de rencontrer juste. Mais s'il est vrai que les anciens soient arrivés à certaines prévisions fort honorables pour eux, eu égard au vague et à l'incertitude des éléments qu'ils possédaient, il est aussi vrai de dire qu'ils ont parfois formulé des pronostics passablement saugrenus. Ainsi, nous bornant à Hippocrate dont les prénotions sont l'objet d'un culte quasi divin, combien de sentences a-t-il émises dans le genre de celles-ci : « La saignée fait avorter les femmes enceintes d'autant plus sûrement que la » grossesse est plus avancée. Les femmes ne sont prises de la goutte que lors» qu'elles ont cessé d'être réglées. Le tétanos qui ne tue pas dans l'espace de » quatre jours est suivi de guérison, etc. » Indépendamment de ces erreurs formelles, la tradition prête aux anciens des prouesses prophétiques où l'absurdité le dispute au charlatanisme. Que Galien ait prédit à coup sûr qu'un épistaxis allait se produire, l'annonce, quoique passablement hasardée, ne dépasse pas le cercle des probabilités; mais qu'il ait prédit au premier accès qu'une fièvre serait quarte et que cette fièvre cesserait tel jour, qu'il ait également prophétisé à jour fixe la rechute d'une maladie aiguë, et bien d'autres choses encore, c'est ce que nous refusons formellement de croire, vu l'improbabilité des faits et le caractère plus que suspect du glorieux médecin de Pergame.

Si nous sommes frappés de l'amour-propre que mettaient les anciens à formuler des pronostics, nous ne le sommes pas moins du peu de souci manifesté par les modernes à l'endroit de ces mêmes prédictions. Pourquoi cette différence? C'est qu'aujourd'hui le pronostic est implicitement compris dans le diagnostic; c'est qu'en établissant un diagnostic précis, basé sur une sévère appréciation et des caractères anatomiques et des lésions fonctionnelles, on sous-entend le pronostic, lequel coule de source et n'a pas besoin d'être énoncé. Vous avez affaire à une pneumonie au deuxième degré chez un sujet bien constitué, vous n'avez pas démérite à pronostiquer que le sujet, s'il est bien traité, guérira; vous ne ferez même pas acte de témérité en promettant ce résultat dans la période d'un à deux septénaires. Il en sera de même de l'érysipèle, de l'angine, de la scarlatine, etc., etc.; bien qu'Hippocrate ait prétendu que dans les maladies aiguës le pronostic soit toujours incertain pour ou contre, ce qui ferait supposer que dans

MÉDECINE OPÉRATOIRE.

EXPOSÉ ANALYTIQUE ET COMPARATIF DES PROCÉDÉS D'URÉTROTOMIE, PAR SCARIFICATION ET PAR INCISION ; par le docteur REYBARD (de Lyon).

DE L'INCISION.

Toutes les raisons déduites dans notre premier article (1) nous autorisent à conclure que la scarification n'est point une méthode curative des rétrécissements, et les chirurgiens les plus distingués de l'époque l'ont jugée indigne du rang auquel elle paraissait aspirer ; ils l'ont rejetée parce que, sans efficacité réelle, elle ne joue d'autre rôle que celui si déplorable de replonger les malades dans l'état où ils étaient primitivement, après leur avoir fait entrevoir la guérison comme certaine. Or quel est le praticien éclairé qui ne connaît les désastreux effets de ces trompeuses espérances, quand à un mal profond, fertile en complications, de nature à jeter déjà les malades dans un certain désordre moral, vient se joindre la douloureuse épreuve d'une rechute ? Ce procédé, purement palliatif, abandonné, l'urétrotomie allait de nouveau tomber dans l'oubli, lorsque des observations d'abord isolées, mais bientôt groupées méthodiquement, des expériences sur l'homme et sur les animaux, m'ont fait entrevoir une voie nouvelle, inconnue jusqu'à ce jour. J'y suis entré résolument, sans me préoccuper du danger qu'affronte celui qui veut combattre et renverser ce qui existe pour installer des vérités nouvelles.

J'ai la conviction de n'avoir pas vainement cherché une méthode plus avantageuse. Je crois celle-ci appelée à prendre un rang honorable dans la science ; c'est à son étude que je consacrerai cette partie de mon mémoire. J'exposerai les phases parcourues par l'idée mère, les développements acquis successivement par elle ; et après avoir suivi les diverses transformations qu'elle a subies avant d'arriver à la perfection dont je la crois douée aujourd'hui, je déterminerai la valeur du procédé opératoire qui résume ma méthode.

Ainsi que je l'ai mentionné, je fus un des premiers à rappeler l'attention du monde médical sur la scarification pratiquée autrefois, mais tombée en désuétude depuis longtemps. Comme tous les chirurgiens, j'étais dominé par cette pensée que de graves accidents devaient suivre toute section excédant le tissu morbide du rétrécissement. Les premières années de ma pratique s'écoulèrent entre ces deux écueils, l'un réel, l'autre imaginaire, c'est-à-dire entre l'insuccès, qui me poussait à explorer des moyens nouveaux, et le danger de provoquer de fâcheuses complications, qui m'interdisait de les tenter. Cependant je cédai insensiblement à la première de ces impressions, et peu à peu je pratiquai des sections plus profondes ; j'en constatai l'innocuité quant à mes craintes préconçues et l'heureuse influence sur la maladie.

C'est en 1833 que je vis progressivement se former et grandir en moi la certitude de l'erreur où l'on était en redoutant les suites de ces divisions, ainsi que je l'ai consigné dans un mémoire inséré en 1839 dans la GAZETTE MÉDICALE. Dès ce moment, en effet, je divisai bien plus profondément les tissus qu'on n'avait coutume de le faire ; cependant, si je dois comparer cette opération à celle que je pratique maintenant sous le même nom, je serais tenté d'avancer que, malgré le progrès constitué par elle, elle se rapprochait plus encore de la scarification que de l'incision, telle que je l'entends aujourd'hui. Les plaies étaient en effet toujours superficielles, et l'usage des sondes, comme corps dilatateurs, indispensable, même pour obtenir les légères améliorations inhérentes à ce procédé ; d'ailleurs, les tentatives signalées par un premier progrès m'acheminaient vers des idées plus justes. Cependant je dus reconnaître que je n'avais point encore résolu le problème de la cure radicale des rétrécissements ; car après un temps plus ou moins long, je les voyais se reproduire, sinon avec la même rapidité que celle qui suit la scarification, du moins avec une désespérante constance. Persuadé d'avoir fait, en donnant aux sections urétrales une profondeur assez considérable pour atteindre les tissus sains, tout ce que la prudence permettait d'entreprendre, je fus sur le point d'abandonner mon nouveau procédé opératoire, pensant que le seul fruit recueilli de la direction donnée à mes travaux serait de faire ressortir l'erreur profonde ayant cours dans la science, erreur consistant à faire considérer comme dangereuses les plaies des tissus sains du canal ; mais une analyse plus intelligente et plus complète de cette première période de ma pratique me fit pressentir que les insuccès de cette méthode avaient encore leur source dans les dimensions trop restreintes des plaies, et dans leur complément indispensable, la nécessité de recourir à la dilatation. Ce fut là le point de départ de mes tentatives pour me soustraire à ce dangereux auxiliaire. Des recherches dirigées dans ce sens vinrent bientôt confirmer la justesse de mes conjectures, et dès ce jour je fus en possession d'une méthode nouvelle, améliorée progressivement, rendue plus facile dans son application, mais dont l'origine remonte, sinon aux premiers temps de ma pratique, du moins à l'époque des premiers perfectionnements que j'ai apportés à l'urétrotomie.

La base de ma doctrine repose sur ces faits : la scarification est une opération inutile et dangereuse : inutile, en ce que les rétrécissements se reproduisent ; dangereuse, en ce que les sondes introduites pour la dilatation sont, comme je l'ai dit dans mon mémoire de 1839, la cause de ces accidents inflammatoires décrits très-sommairement dans la première partie de ce mémoire. Substituant à ce mode de traitement celui des incisions profondes, j'ai été conduit (à mesure que je constatais leur innocuité) à les étendre à toute l'épaisseur des parois du canal, et je me suis ainsi trouvé affranchi du secours des corps dilatants, les bougies que j'emploie ayant seulement pour but de maintenir écartées les lèvres de la plaie, afin de laisser se former entre elles une cicatrice capable, par sa nature particulière et ses grandes dimensions, de rendre au canal ses proportions normales. L'urétrotomie par incision est donc une méthode générale de traitement, pouvant amener à elle seule la guérison des rétrécissements.

On voit donc, d'après ce qui précède, que j'avais déjà reconnu depuis longtemps l'utilité des grandes incisions, leur innocuité sur l'homme, que je les avais exclusivement adoptées dans ma pratique particulière, sans pouvoir toutefois alors me rendre un compte exact de leur rôle dans la guérison des rétrécissements, ni déterminer d'une manière invariable l'étendue qu'il convenait de leur donner pour amener ce résultat. Ce sont les expériences que j'ai faites sur les animaux en 1842, avec mon honorable confrère et ami le docteur Paul Brun (de Lyon), qui m'ont éclairé sur tous ces points (voy. GAZETTE MÉDICALE, 1847). Ce n'est en effet que depuis les expériences pratiquées par nous sur les chiens que j'ai réellement compris quels étaient les tissus de l'urètre qu'il fallait diviser, outre le tissu mor-

(1) Voir GAZ. MÉD., année 1849, p. 921 et 936.

---

sa pratique la mort balançait la guérison ; pronostic répudié par nos bons praticiens modernes.

Vous avez, à des signes certains, constaté la tuberculisation pulmonaire ; pas n'est besoin d'annoncer que le sujet marchera fatalement à la mort, en passant par les trois degrés si connus de cette maladie ; car cet oracle implicitement compris dans le diagnostic est plus sûr que celui d'Hippocrate : « *A sanguinis sputo puris sputum ; a puris sputo tabes.* »

Les anciens ont formulé une foule de pronostics sur les fièvres ; or, personne ne niera que les fièvres ne soient mieux connues aujourd'hui qu'autrefois, témoin les modernes travaux sur la fièvre typhoïde ou l'entérite folliculeuse. Ce dernier élément, la lésion folliculeuse, est venu porter dans le pronostic des lumières qui manquaient totalement à l'antiquité.

Les nombreux pronostics des anciens relativement aux hydropisies n'empruntent-ils pas un jour prodigieux aux distinctions que l'anatomie pathologique établit entre elles ? Nous avons aujourd'hui pour chaque espèce un pronostic tellement consenti, qu'on ne prend pas la peine de l'exprimer. A quoi bon annoncer que l'anasarque par lésion organique du cœur ou des reins est presque de nécessité mortelle, tandis que l'œdème par faiblesse, par anémie ou des convalescents ne comporte pas de graves dangers ? Le beau mérite que vous auriez à prédire qu'un cancer de l'estomac sera suivi de mort et qu'une pleurésie simple se terminera par la guérison ? — C'est que, nous le répétons, le prestige des pronostics a disparu à mesure que le diagnostic a gagné en certitude ; car, encore une fois, le pronostic est écrit dans le diagnostic dont il n'est qu'un simple corollaire, et plus le diagnostic est avancé, plus le pronostic est facile et certain, ce qui donne gain de cause aux modernes.

Eh bien ! c'est cette science ordinairement si facile, expression des principes les plus élémentaires, qui donne encore aujourd'hui le plus de relief au praticien, et qui concourt le plus à le faire gratifier du tact médical. Aussi le pronostic est-il ardemment exploité par le charlatanisme, même par le charlatanisme ignorant qui hasarde aussi ses prédictions, sauf à se tirer en Gascon des désappointements qui peuvent se produire (1).

(1) La hardiesse en ce genre peut donner lieu à de singuliers incidents. J'étais en consultation auprès d'un enfant affecté de fièvre typhoïde ; le médecin ordinaire annonça sentencieusement qu'une hémorrhagie intestinale aurait lieu plus ou moins prochainement. Étonné de ce pronostic d'autant plus que dans notre pratique les entérorrhagies sont extrêmement rares, j'en demandai l'explication ; il me fut répondu que tel était le caractère de la constitution régnante. Or il arriva qu'à quelques jours de là l'enfant rendit en effet des selles noirâtres contenant évidemment du sang digéré, ce qui frappa vivement la famille et lui donna la plus haute idée de la sagacité de notre confrère. Cependant, informations prises, il était arrivé que l'enfant avait saigné du nez dans la matinée du jour où ces selles s'étaient produites ; que rien n'annonçait que le sang des selles provînt de l'intestin, et qu'enfin cette hémorrhagie soi-disant intestinale n'était autre chose que le produit du sang de l'épistaxis avalé par le petit malade. Chacun sait que l'épistaxis est commune dans la fièvre typhoïde, et chez les enfants qui avalent au lieu de cracher ; ainsi fut expliqué ce prétendu génie con-

bide, et dans quelle étendue il convenait de les diviser ; en d'autres termes, c'est à cette époque que j'ai reconnu la nécessité d'inciser le canal de l'homme dans toute son épaisseur, que j'ai étudié le mode de cicatrisation des solutions de continuité de l'urètre, et observé comment les cicatrices formées par les plaies provenant de ces grandes incisions élargissent le canal, et que ni leur disposition, ni leur nature, ni leurs propriétés, ne sont identiques à celles qui succèdent à la scarification.

Au reste, il est bien indifférent pour ma méthode que j'assigne à son origine telle ou telle date ; car personne, avant moi, n'avait encore eu l'idée de remédier aux rétrécissements par des incisions s'étendant au delà du tissu morbide jusque dans les parties saines de l'urètre. Ainsi cette manière de procéder constitue tous éléments d'une opération nouvelle dont la découverte m'est due. Au surplus, ma méthode est tellement récente que je pus à peine parvenir à la faire accepter, et que tous les chirurgiens ne sont pas encore disposés à partager mes opinions sur la possibilité de faire servir les cicatrices de l'urètre à la guérison des rétrécissements, et de créer pour ainsi dire de toute pièce un canal artificiel. Le plus grand nombre, en effet, les considèrent, au contraire, comme une cause de rétrécissement ; mais j'espère démontrer que cette idée est réalisable à la faveur de mon procédé opératoire, et qu'on peut non-seulement couper sans nul danger l'urètre dans toute son épaisseur, mais encore obtenir sur la plaie une cicatrice non rétractile, et propre à en élargir la capacité d'une manière définitive. Pour que cette cicatrice ne soit pas rétractile comme les tissus inodulaires, qu'elle conserve sa souplesse et sa largeur, il faut que la plaie sur laquelle elle vient s'établir se cicatrise pour ainsi dire sans suppurer, ou du moins sans suppurer à la manière des plaies ulcéreuses de l'urètre, comme cela a lieu à la suite de la scarification et de la cautérisation.

Je me serais abstenu d'exposer aussi longuement l'ordre dans lequel j'ai apporté des perfectionnements à mon procédé d'urétrotomie, si je n'avais appris qu'un honorable confrère, M. le docteur Guillon, s'était attribué auprès des membres de l'Académie la priorité de cette invention. Ces prétentions me paraissent reposer sur des bases bien légères. M. Guillon a publié en effet quelques observations, lues à la Société de médecine pratique en 1832. Si c'est en s'appuyant sur ce mémoire, je récuse l'honneur que M. Guillon veut bien faire à ma méthode ; elle n'a rien à démêler avec sa manière d'apprécier la nature des rétrécissements et les moyens curatifs à leur opposer. On verra en effet, dans les observations qu'il a communiquées à la Société de médecine pratique (voy. GAZETTE DES HÔPITAUX, année 1832, n° 113, p. 451), que notre confrère ne traitait pas, à cette époque, les rétrécissements par la scarification, mais par l'excision ; car il les croyait encore formés par des excroissances, des fongosités, etc. etc.

Société de médecine pratique.

(Extrait du procès-verbal de la séance du 5 janvier 1832. Baron Dubois, président.)

SARCOTOME DE L'URÈTRE.

« Notre confrère fait voir plusieurs sondes exploratrices de Ducamp, divisées longitudinalement en deux parties à peu près égales par une cloison qui séparait l'urètre en deux. Cette cloison était le résultat d'une fausse route faite par une sonde armée, qui avait été convertie ensuite par le cathétérisme en un second canal de 6 à 6 pouces et demi de profondeur ; de sorte que cette cloison avait 6 lignes de longueur. L'urine, passant ainsi par ces deux anneaux, formait un petit jet bifurqué habituellement. Le malade urinait quatre à cinq fois pendant la nuit et sept à huit fois pendant le jour.

» Cette affection ne pouvait être détruite par la cautérisation. M. Guillon inventa un instrument qu'il soumet à l'examen de la Société. Cet instrument, qu'il nomme sarcotome de l'urètre, et dont il a donné la description l'année dernière, consiste en deux canules qui sont reçues l'une dans l'autre : la première, de 9 pouces de long, un peu recourbée près de son extrémité vésicale, présente une fenêtre d'un pouce de longueur et qui occupe la moitié de sa circonférence ; la deuxième, de 12 pouces de longueur, offre à une de ses extrémités une fenêtre pareille à celle de la canule externe, et y correspond lorsqu'elles sont l'une dans l'autre. Elles se meuvent comme ces espèces de guérites dans lesquelles on renferme des petites vierges d'ivoire. L'autre extrémité de la canule intérieure se termine par une espèce de baïonnette dont les côtés, ainsi que les bords des fenêtres, sont tranchants comme des lames d'une paire de ciseaux, et agissent de même.

» Après avoir introduit la canule extérieure, à l'aide d'un conducteur, jusqu'à ce que la cloison fût engagée dans la fenêtre, il porta dans celle-ci la canule intérieure, en engageant la baïonnette sous la cloison, faisant agir les deux tubes en sens inverse, il coupa un des côtés de la cloison, puis il dirigea la baïonnette dans le sens opposé, et la cloison, devenue flottante, fut excisée et amenée dans l'instrument ; elle avait 4 à 5 lignes de hauteur, environ 2 de largeur et près d'une d'épaisseur. Cette opération a été pratiquée en 1830, et depuis cette époque la santé du malade est excellente. Des bougies de 4 lignes passent aisément dans la vessie.

« M. G... présente encore d'autres sarcotomes de l'urètre qui consistent en des algalies droites et courbes ayant à leur extrémité vésicale des yeux d'une forme particulière et d'un pouce de longueur. On les introduit aussi à l'aide de conducteurs. Des mandrins droits en acier, ou flexibles en baleine, servent à couper les excroissances qui peuvent s'y engager ou à les saisir de manière à pouvoir les extraire,

» Avec ces instruments, il soumet à l'examen de la Société des bougies en baleine à ventre en forme de vis dont l'extrémité vésicale est filiforme et se termine par un renflement olivaire.

» Deux cas de rétention d'urine complète dans lesquels il les a mises en usage avec un plein succès le portent à croire qu'on pourra toujours, par leur emploi, éviter le cathétérisme forcé. Dans l'un de ces cas, la ponction de la vessie devait être pratiquée immédiatement. »

Puisque notre confrère traitait encore, en 1832, les rétrécissements par l'excision et avec des instruments qu'il appelait *sarcotome*, il ne songeait donc pas aux incisions qu'il a appelées depuis *intra-urétrales*, et ses prétentions appuyées par le document cité ne sont pas fondées.

Quant aux communications faites plus récemment aux Sociétés savantes par M. G..., si elles ont réellement trait à l'incision, je lui ferai observer qu'il est venu quinze ans trop tard, et je lui demanderai d'ailleurs si l'abandon de ce bagage scientifique, théorie et instruments, auxquels je faisais allusion tout à l'heure, ne date pas du long entretien que nous eûmes ensemble en 1844. Cet entretien n'aurait-il pas été pour lui une révélation ?

Au surplus, je connais les instruments avec lesquels notre confrère pratique depuis quelque temps l'urétrotomie, et j'ose attester qu'ils ne peuvent couper autre chose que le tissu morbide du rétrécissement. Ainsi, les incisions auxquelles il croit donner une grande profondeur ne sont réellement

---

Appliqué à la thérapeutique, le tact médical a pour but de formuler l'indication, de préciser l'opportunité. L'opportunité, c'est le don de l'à-propos, c'est l'art de saisir l'occasion : *occasio præceps*. C'est le but final, le couronnement de l'œuvre médicale ; c'est l'opportunité qui guérit, car c'est elle qui dicte le remède. En effet, comme le dit Stoll : « Sans la connaissance de l'à-propos, » toute méthode de traitement est mauvaise, non par la faute des remèdes, mais » par l'ignorance des médecins. Les préceptes de l'art, même les plus faciles » et les plus susceptibles d'être présentés avec exactitude, exigent eux-mêmes » que le médecin tire de son propre fonds les moyens de les adapter aux cas » qui lui sont propres. » (MÉD. PRAT.) « Il n'est de remèdes, dit Boerhaave, » que ceux qui sont adaptés à la circonstance. Tout remède peut devenir spé- » cifique s'il est donné à propos. » Le grand Sydenham avait dit avant eux : » Ceux-là se trompent grossièrement qui s'imaginent que le principal défaut de « la médecine est qu'elle manque de remèdes efficaces. A bien voir les choses, » on s'apercevra que ce qui manque le plus n'est pas de savoir les moyens de » remplir telle ou telle indication, mais bien de savoir précisément quelle est » cette indication. Le moindre garçon apothicaire m'apprendra dans un demi- » quart d'heure les remèdes dont je dois me servir pour faire vomir ou pour » purger, pour faire suer ou pour rafraîchir un malade ; au lieu que pour » m'apprendre avec certitude dans quel cas je dois employer tel ou tel remède, » il faut être extrêmement versé dans la pratique. » (MÉD. PRAT.)

---

stitutionnel ; ainsi se réduisit au fait le plus vulgaire l'étonnant pronostic formulé de bonne foi par un honnête confrère.

N'est-ce pas l'opportunité qui nous donne la clef de la plupart des succès et des revers résultant des mêmes remèdes appliqués à des cas identiques en apparence ? « Que les médecins se persuadent bien, dit Bacon, que deux ou trois » remèdes très-capables d'opérer la cure d'une maladie grave auront cet effet » s'ils sont administrés dans l'ordre convenable ; mais que si on les prend seuls, » si l'on renverse l'ordre dans lequel ils doivent être pris, ils seront plus nui- » sibles qu'utiles... » Puis l'illustre philosophe ajoute : « Cette partie à laquelle » nous donnons le nom de *fil médical*, nous la rangeons parmi les choses à » créer. » (ACCROISS. DES SCIENCES.) Eh bien ! ce précepte si rationnel et si » sage est encore incompris de la plupart des praticiens, et il est vrai de dire » aujourd'hui, comme du temps de Fréd. Hoffmann : « Combien les avis ne » sont-ils pas partagés sur l'application des remèdes énergiques, tels que la » saignée, les purgatifs, le quinquina, l'opium, les mercuriaux, les vésica- » toires, etc. ! les uns les blâment, tandis que les autres ne peuvent assez les » louer. Or à qui s'en rapporter ? Lisez les observations bien faites où ces re- » mèdes ont été avantageux ou nuisibles, alors vous verrez clairement que » c'est la diversité des circonstances qui explique les bons et les mauvais » effets, et que si tel remède s'est trouvé nuisible, ce n'est pas qu'il le soit en » lui-même, mais il l'est devenu par la mauvaise application qui en a été faite. » (MÉD. RAIS.)

Or ce don de l'opportunité, ce beau idéal de l'art, ne peut être que l'apanage du plus petit nombre, car il implique une foule de conditions que bien peu d'intelligences peuvent réunir. Qu'on réfléchisse en effet à tous les éléments nécessaires à la solution de cet ineffable problème ! il comprend d'abord trois termes

que superficielles, et il est évident qu'il met encore aujourd'hui en usage l'urétrotomie par le procédé de la scarification.

Les considérations précédentes font entrevoir que l'urétrotomie par incision n'est pas seulement une opération nouvelle, parce qu'elle ne nécessite qu'une seule et grande incision divisant l'urètre dans toute son épaisseur jusqu'au tissu cellulaire sous-cutané, mais surtout parce que, en faisant une grande plaie, mon but est moins d'obtenir une large cicatrice que de favoriser le développement d'une espèce particulière de cicatrice, c'est-à-dire douée d'une finesse, d'une organisation, d'une disposition, de propriétés enfin entièrement différentes de celles qui se forment dans le canal après la scarification.

Mon mémoire de 1839 prouve qu'après avoir pris l'initiative de l'étude de l'action des sondes sur les tissus de l'urètre, je fus le premier à en signaler les dangers comme corps dilatants. Les recherches expérimentales sur la cicatrisation des plaies de l'urètre ont été également introduites par moi dans la science ; elles m'ont fait apprécier la nature et les propriétés des cicatrices qui leur succèdent et distinguent celles qui sont causes de rétrécissement, de celles qui, bien loin de l'être, peuvent contribuer à l'élargissement du canal.

Le traitement des coarctations urétrales par notre procédé d'urétrotomie repose sur cette double indication : 1° pratiquer dans les parois du canal, au siége des rétrécissements et de dedans en dehors, une large incision, s'étendant jusqu'au tissu cellulaire sous-cutané, mais sans diviser ni celui-ci, ni la peau ; 2° empêcher la réunion des bords de la plaie, les faire cicatriser séparément et obtenir entre eux une large cicatrice. C'est avec des urétrotomes de mon invention que se réalise la première de ces indications : c'est par le pansement ou en introduisant avec précaution le bout d'une sonde entre les bords de la division, que j'obtiens le second.

Après avoir tracé en quelques mots les données sur lesquelles repose notre méthode, nous allons maintenant parler de l'opération elle-même, des urétrotomes avec lesquels on la pratique, des moyens que nous mettons en usage pour écarter les bords de la plaie et les faire cicatriser isolément, sans y provoquer de l'inflammation. Nous devrions en effet traiter ici de ces particularités, si nous voulions en tracer une description complète ; mais telle n'est pas notre intention, car, en rendant compte de nos expériences sur les animaux, nous en avons déjà fait connaître l'analyse (Voy. GAZ. MÉD., 1847).

D'ailleurs, nous proposant d'en traiter très-incessamment dans l'ouvrage que nous allons publier sur les rétrécissements, nous renvoyons à cette époque l'étude de chacune de ces particularités, pour ne point dépasser les bornes imposées à ce travail. Dans ce mémoire, nos efforts tendront seulement à établir d'une manière bien tranchée, les caractères qui distinguent ma méthode, de la scarification avec laquelle plusieurs analogies superficielles pourraient la faire confondre, à démontrer sa supériorité sur ce procédé et à exposer les raisons péremptoires qui m'autorisent à la considérer comme douée de l'efficacité nécessaire pour la cure radicale de ces maladies.

La reproduction des rétrécissements après la scarification étant un fait constant et établi, cette opération ne saurait trouver crédit en face d'une méthode nouvelle, aussi efficace que sa devancière est impuissante : or, j'aurai prouvé ne m'être point abusé sur sa valeur, lorsque j'aurai démontré que le canal de l'urètre peut sans danger être divisé dans toute son épaisseur, et qu'entre les lèvres de la plaie, maintenues béantes, vient se souder une cicatrice interstitielle propre à rétablir cet organe dans l'intégrité de ses dimensions et de ses fonctions.

J'ai donc à examiner les diverses questions qui se rattachent à cette démonstration ; j'étudierai successivement l'étendue à donner à l'incision, les accidents à redouter, le mécanisme de l'élargissement du canal, le rôle des agents propres à empêcher la réunion des bords de la plaie, et enfin, je mentionnerai quelques idées de nature à éclairer le problème de la formation et de la nature de la cicatrice.

Ce simple exposé me paraît suffisant pour établir la différence qu'il y a entre la scarification et notre procédé d'urétrotomie ; cependant nous trouverons encore souvent l'occasion de faire de nouveaux rapprochements.

Si la scarification est une opération facile à pratiquer, parce qu'on divise seulement le tissu morbide qui est fort mince et doué d'une certaine résistance, il n'en est pas de même de notre procédé par l'incision ; il est en effet très-difficile de couper les parois de l'urètre dans toute leur épaisseur, et d'y faire une plaie de 15 à 18 lignes de longueur, à cause de l'extrême élasticité et du glissement des tissus, les uns sur les autres. C'est pour surmonter cet obstacle que je suis obligé de faire l'opération en deux temps, de me servir de gros urétrotomes, et de donner à leurs lames un développement tel que la première impression ressentie à la vue de ces instruments est celle de la crainte de percer de part en part les tissus de la verge ; mais la réflexion, l'expérience surtout, apportent la certitude du peu de réalité de cette appréhension ; bien plus, même armés au plus haut degré, ils bornent toujours leur action aux parois de l'urètre, et, je dirai, en traitant de l'urétrotomie, que malgré le degré d'ouverture donné à mes instruments, leur lame s'écartant considérablement du corps de la sonde, faisant par exemple une saillie d'un pouce, on ne coupe cependant pas l'urètre dans toute son épaisseur, et plus rarement encore il y a parallélisme entre les tissus sectionnés. Cette difficulté constitue l'écueil de ma méthode, tous mes soins ont tendu à la vaincre ; mais je dirai, je, malgré mes efforts, mes urétrotomes n'ont pas encore acquis le degré de perfection que je voudrais leur donner pour sectionner plus sûrement les parois de l'urètre.

On ne saurait positivement déterminer l'étendue longitudinale à donner à l'incision du rétrécissement, ou plutôt à l'incision des parois de l'urètre au niveau de l'obstacle ; il faut donc avoir recours à un autre guide, qu'un raisonnement rigoureux. Comme dans toutes les sciences d'observation, c'est l'expérience que nous devons invoquer, c'est en me conformant aux données fournies par elle que je conseille de lui donner 15 à 18 et même 20 lignes de longueur. J'ajoute même qu'il vaut mieux dépasser ces limites, que de ne pas y atteindre ; or, pour donner une dimension si grande à la plaie, il faut nécessairement que la division commence à 8 à 10 lignes en arrière du rétrécissement, et qu'elle se prolonge en avant à peu près à la même distance ; de là la nécessité d'intéresser les parois de l'urètre dans une très-grande étendue, quoiqu'elles ne soient pas altérées.

La profondeur de l'incision peut encore être moins calculée mathématiquement que sa longueur ; néanmoins on peut supposer qu'elle ne doit pas dépasser deux ou trois lignes, les parois de l'urètre qu'elle sectionne seules n'ayant pas une épaisseur plus considérable ; et quant à aller au delà il y a impossibilité matérielle, ou du moins difficulté presque invincible, le tissu cellulaire extérieur étant très-extensible et toute la puissance de l'instrument suffisant à peine pour opérer la section des tissus du canal.

La profondeur de la plaie peut au premier abord ne pas sembler proportionnée à sa longueur ; elle est cependant suffisante. Du moment, en effet,

---

essentiels : le malade, la maladie et le remède : 1° au malade se rapportent les conditions d'âge, de sexe, de tempérament, d'idiosyncrasie, de mœurs, de climat, de saisons, etc. ; 2° de la maladie relèvent les conditions de cause, de nature, d'intensité, de symptômes organiques et fonctionnels, de marche, de période, de durée, de terminaisons, de complications, etc. ; 3° au remède s'appliquent les conditions d'espèce, de qualités, de combinaisons, de préparation, de dose, d'administration, de diététique ou d'hygiène physique et morale.... Voilà ce qui fait que le fil médical, ce précieux *desideratum* de Bacon, restera sans doute éternellement un privilége de tact médical ou du génie.

Peut-on s'étonner, d'après cela, que l'expérimentation soit chose si délicate, si difficile, si problématique dans ses résultats ? Aussi pouvons-nous dire encore avec Bacon : « La partie qui traite des remèdes positifs et authentiques est encore à créer ; mais c'est un genre d'ouvrage qui, exigeant tout à la fois la plus grande pénétration et le jugement le plus sévère, ne doit être tenté que dans une espèce de synode de médecins d'élite. » C'est ce qui autorisait Bordeu à dire aux médicastres de son temps : « De quel droit avez-vous vu ? » C'est ce qui faisait dire à Baglivi : « *Sic valent oculi, sic et homo.* » Tant vaut l'homme, tant vaut l'observation ; c'est ce qui fait, enfin, que le vulgaire et beaucoup de médecins ont tant d'amour pour l'empirisme qui les affranchit de toutes ces entraves, et les autorise à déprécier un talent auquel ils ne peuvent atteindre.

On voit donc qu'en définitive, le tact médical en thérapeutique se résout, lui aussi, en questions de diagnostic. En effet, vous aurez beau posséder les notions les plus exquises de matière médicale, que votre science restera lettre morte si vous ne savez préciser les cas où les remèdes peuvent trouver une heureuse application. L'empirisme lui-même implique rigoureusement le talent du diagnostic, car un remède empirique est celui qui réussit dans telles circonstances données ; force est donc de savoir bien déterminer ces circonstances, sans quoi d'autres conditions amèneront d'autres résultats. C'est ce qu'ignorent ou font semblant d'ignorer ceux qui distinguent essentiellement le praticien habile dans le diagnostic de celui qui excelle en thérapeutique ; car, encore une fois, la thérapeutique implique fatalement le diagnostic, comme le diagnostic entraîne la thérapeutique.

Il est pourtant un fait d'observation : c'est que les hommes très-versés dans le diagnostic sont, en général, peu prodigues de médicaments ; et, par contre, la prodigalité en matière de drogues rend suspecte la science des praticiens en fait d'indications rationnelles. Il est peut-être curieux et utile de rechercher la cause de cette espèce d'antagonisme ; essayons : l'observateur instruit du mécanisme des maladies, remontant avec sagacité des effets aux causes, atteint finalement à ce que Broussais appelle le douloureux mobile, et combat le mal dans sa source ; d'où résulte qu'en dépit de la complication des phénomènes, pour lui l'indication sera simple, et la thérapeutique devra l'être également ; — l'empirique, au contraire, inhabile à pénétrer l'enchaînement des éléments morbides, verra autant d'ennemis à combattre que de symptômes à faire disparaître ; de là ces recettes polypharmaques dont le moindre inconvénient est de grever la bourse des malades.

L'observateur profond et sage rencontrera une foule de maladies pour la solution desquelles la nature se suffit le plus souvent elle-même, et l'événement prouvera combien il est vrai de dire, avec Franck et Tissot, que le sublime de

où les parois de l'urètre sont divisées dans toute leur épaisseur, le but cherché est rempli, et nous possédons désormais tous les éléments de guérison cherchés vainement dans des sections moins profondes. Les parois de l'urètre étant divisées dans toute leur épaisseur, nous atteignons le tissu cellulaire contigu, tissu excessivement lâche, favorisant tellement le glissement et l'écartement des bords de la division, que ceux-ci semblent déjà s'éloigner naturellement à la manière des fibres d'un muscle sectionné; aussi sont-ils écartés avec la plus grande facilité au moyen d'une sonde et laissent-ils entre eux un intervalle très-considérable pour l'établissement de la cicatrice intermédiaire. Cet écartement, but de nos efforts, dépend donc surtout de la longueur de la plaie; aussi doit-on lui donner le plus d'étendue possible, sans craindre de comprendre dans la section les points non rétrécis du canal, mais en bornant sa profondeur à l'épaisseur des tissus sains.

On s'était effrayé à l'idée des opérations pratiquées dans l'urètre avec les instruments de scarification dont l'action ne dépassait pas le tissu morbide; à plus forte raison devra-t-on redouter l'urétrotomie par incision pratiquée avec des instruments qui intéressent les parois de l'urètre dans toute leur profondeur; mais les préventions qu'on avait contre les premiers instruments tranchants ont cessé depuis qu'on leur a donné un degré de perfection qui permet de diviser les rétrécissements sans danger de faire des fausses routes; celles-ci auront le même sort lorsque j'aurai démontré que la longueur et la profondeur des incisions sont sans dangers, c'est-à-dire que l'hémorrhagie et l'infiltration d'urine, loin d'être des accidents inhérents à cette opération, sont excessivement rares (1).

(La fin au numéro prochain.)

(1) Ce dernier surtout, si toutefois il se présente quelquefois, ce dont nous n'avons jamais été témoin.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX BELGES.

(Suite)

V. ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE DE LA PROVINCE D'ANVERS.

Les numéros d'avril, mai, juin, juillet, août et septembre 1849 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *De l'action délétère du tabac sur les dents*; par M. J. Fauconnier. 2° *Rapport sur le choléra*; par M. J. de Coninck. 3° *De l'emploi de l'eau froide comme agent thérapeutique en chirurgie*; par M. L. Voet. 4° *Observation de fistule dentaire*; par M. Michel. 5° *Nouvelles du choléra*; par M. de Coninck 6° *Topographie médicale du canton de Lierre*; par M. Hermus. 7° *De la connaissance du processus morbide du choléra asiatique et du traitement qui lui convient*; par M. Lindgren. (Extrait des journaux allemands.) 8° *Observations des maladies périodiques*; par M. Mazade. 9° *Etudes sur le nœvus maternus*; par M. de Ceuleneer. 10° *Observation d'éthérisation dans un cas d'accouchement double*; par M. Van Hengel.

OBSERVATIONS DE MALADIES PÉRIODIQUES; par le docteur J. MAZADE.

Les observations de fièvres larvées ne sont pas rares, et il n'y a pas toujours grand avantage à augmenter le nombre de celles qui pullulent dans les livres ou les recueils périodiques. L'existence fréquente de ces fièvres dans les pays où règnent endémiquement les intermittentes légitimes est un fait bien connu, qui n'attend plus de nouvelles démonstrations. Mais les observations de M. Mazade, au nombre de quatre seulement, offrent, par la forme peu commune des maladies périodiques, par le type même de la périodicité et par le résultat thérapeutique, un intérêt hors ligne qui nous engage à nous y arrêter quelques instants.

Beaucoup d'affections périodiques, de névroses particulièrement, sont décrites comme des fièvres larvées, bien que n'étant au fond que de véritables intermittentes, à stades plus ou moins réguliers, avec prédominance d'une localisation morbide, comme de coma ou de cardialgie. Il n'en est pas ainsi dans trois des observations de l'auteur, et c'est une particularité d'autant plus digne de mention qu'il s'agit de névroses périodiques très-rares, d'une épilepsie, d'une hystérie et d'une hémiplégie. Dans ces trois cas, la névrose périodique, loin d'être un épiphénomène, constituait bien l'élément fondamental de la maladie. Ainsi :

Le sujet de la première observation était une petite fille de 9 ans, ayant eu, quatre mois auparavant, sans cause appréciable, sans signes précurseurs, trois pertes de connaissance presque complète dans la même journée, avec vive rougeur au visage, mouvements convulsifs de la face et des membres supérieurs, et qui, après un rétablissement en apparence complet, tout à coup poussa un cri et tomba sans connaissance. « Alors les membres offrirent tantôt une roideur tétanique, tantôt des secousses convulsives : *le visage fut rouge, tuméfié*, agité de mouvements spasmodiques, *la respiration stertoreuse, la bouche garnie d'écume* et les pouces fortement fléchis. Au bout de quelques instants, elle recouvra successivement l'usage de ses sens, mais n'eut aucun sentiment de ce qui venait de se passer. Deux accès semblables se reproduisirent à huit jours d'intervalle; on eut recours aux applications réitérées de sangsues, à des bains, au calomel, aux antispasmodiques. La quatrième attaque eut lieu cinq jours après la précédente. A partir de ce moment, les paroxysmes se reproduisirent régulièrement tous les cinq jours. C'est seulement après le cinquième accès qu'on eut recours au sulfate de quinine, à la dose de 50 centigr. Il n'eut aucune influence sur l'accès suivant; mais la seconde dose eut un plein effet. Pendant vingt-quatre jours, le sel de quinine continuant à être administré chaque jour, mais seulement à la dose de 25 centigrammes, il n'y eut pas trace d'accès; mais la malade ayant mangé de la pâtisserie et s'étant livrée à un exercice immodéré, un nouveau paroxysme se déclara, puis un autre au bout de cinq jours. Le sulfate de quinine fut donné de nouveau, cette fois à la dose d'un gramme par jour. Il y eut encore trois accès, rigoureusement séparés par la même période de temps : l'un, le premier, très-fort; les deux autres consistant en une demi-perte de connaissance, de la fixité dans les yeux et une légère stupeur. La médication quinique, mitigée, fut continuée pendant un mois. La guérison fut définitive.

Dans la seconde observation, relative à l'hystérie, il s'agit d'une dame de 30 ans, sujette depuis quelques mois à un retard de plusieurs jours dans le retour des époques menstruelles, et qui éprouva d'abord pendant huit jours, d'une manière irrégulière, des élancements douloureux dans le ré-

l'art est souvent de savoir s'abstenir. L'empirique, au contraire, est imbu de cette idée que non-seulement toute maladie, mais encore tout symptôme demande un ou plusieurs remèdes, heureux si les procédés perturbateurs n'aggravent pas le mal au lieu de le guérir.

Par contre, le savant trouvera des cas trop fréquents, hélas ! où, par la nature même des lésions, le mal est fatalement incurable; il ne s'obstinera donc point à chercher des remèdes curatifs qu'il sait ne pas exister; — l'empirique, ignorant les bornes imposées à la puissance de la nature et de l'art, bataillera sans paix ni trêve contre un ennemi qui se joue de ses efforts, et créera le plus souvent des complications qui ne pourront qu'abréger la vie du malade. — Je sais qu'on a qualifié de fatalisme, de stérilité, et, comme jadis Asclépiades, de froides méditations sur la mort, cette médecine qui déclare ne pas connaître de remèdes à la désorganisation, à la destruction des tissus opérée par le tubercule, le cancer, l'ossification, la gangrène, la dissolution, le broiement des organes essentiels à la vie. Mais comment appeler cette autre doctrine qui, fermant les yeux à la vérité, se berce d'illusions, sème l'erreur et vit de mensonges?

Si nous poursuivons le parallèle sous un autre point de vue, nous verrons le diagnosticien, fidèle à son principe de chercher dans les lois de l'organisation la solution des problèmes médicaux, s'apercevoir bientôt que, quelle que soit l'infinie variété des remèdes, l'économie a peu de manières d'être impressionnée, c'est-à-dire que si les médicaments sont très-nombreux, les médications sont en nombre assez circonscrit. — Moins sévère dans ses aperçus, l'empirique admet la possibilité d'un mode d'action différent dans chaque substance particulière, prétention assez logique au premier abord, mais que l'observation ne justifie pas. La grande illusion des empiriques, c'est de confondre toujours le possible et le réel, ce qui n'est que probable avec ce qui est démontré, oubliant ce grand principe de la philosophie cartésienne, dont s'est emparée la médecine positive, à savoir qu'il faut considérer comme à peu près faux tout ce qui n'est que vraisemblable. Il résulte de là qu'à l'opposé du praticien rationnel, ils emploient avec confiance une foule de drogues auxquelles ils attribuent gratuitement des propriétés toutes particulières. Bref, le diagnosticien, reconnaissant que beaucoup de médicaments agissent radicalement de la même manière, se contentera d'user habituellement d'un petit nombre de moyens puisés dans chaque médication, tandis que l'empirique, pour lequel il n'existe pas de succédanés, appliquera pêle-mêle une foule de moyens analogues, dans l'espoir d'en obtenir des effets différents.

Le savant sait qu'il existe des médications et par conséquent des remèdes qui se combattent et se neutralisent; l'empirique, ignorant ces incompatibilités, associe sans scrupule ces moyens hostiles entre eux, ne soupçonnant pas qu'ils hurlent de se trouver ensemble.

Le praticien sensé laisse aux remèdes le temps de manifester leur influence, et ne change ses prescriptions que lorsque les indications elles-mêmes sont changées; l'empirique, moins pénétré de la valeur de ses formules que jaloux de se montrer fécond en expédients, multiplie indéfiniment les recettes, et reste ainsi dans l'impossibilité de savoir ce qui, dans les résultats, peut revenir à chacune d'elles.

Le praticien judicieux craint, en associant beaucoup de substances diverses, de provoquer des réactions inconnues entre ces éléments, et d'obtenir des ré-

gion iliaque gauche. Le neuvième jour, après quelques instants d'une souffrance très-aiguë, il lui sembla que du point douloureux s'élevait une espèce *d'aura* qui se dirigeait rapidement vers l'épigastre, la poitrine et le pharynx. Alors survinrent de la constriction au gosier, des crampes à l'estomac, un sentiment de compression violente du thorax avec plenrodynie à gauche; puis des mouvements convulsifs énergiques dans le tronc et les extrémités, auxquels succéda une roideur tétanique. Ces alternatives de mouvements convulsifs et de rigidité se renouvelèrent un grand nombre de fois. Ces accidents se calmèrent au bout de quelques heures. Le lendemain, accès semblable qui se renouvela ainsi pendant quatre jours, à peu près aux mêmes heures, et toujours précédé de la douleur abdominale. On eut recours alors au sulfate de quinine, qui fut continué pendant trois jours, à la dose d'un gramme et demi. Il n'y eut plus que deux accès très-faibles, dont le dernier même ne consista qu'en un peu de douleur à la région iliaque. Environ un mois et demi après cette époque, à la suite d'une vive émotion morale, les accès se reproduisirent avec la même forme et suivant le même type. Après le troisième, le sulfate de quinine fut administré, mais en frictions et en lavements; on n'en obtint aucun résultat. Donné de nouveau par la bouche, il eut un plein succès. La santé depuis lors est restée parfaite.

Enfin le cas qui concerne l'hémiplégie périodique n'est pas moins bien caractérisé. Les accès, dont le premier succéda à une vive émotion morale, survenaient tous les jours; ils étaient caractérisés par du refroidissement aux extrémités inférieures, une douleur et une chaleur vives à la tête, un sentiment de torpeur et une paralysie du mouvement (non du sentiment) dans les membres du côté droit. La joue droite était affaissée, et la commissure gauche des lèvres tirée en dehors et en haut. 1 gramme et demi de sulfate de quinine fut administré après le troisième accès et continué pendant trois jours; il n'y eut plus qu'un léger accès.

Quant à la dernière observation de l'auteur, relative également à une hémiplégie périodique, elle constitue, suivant nous, un exemple, non de fièvre larvée proprement dite, mais bien de fièvre intermittente légitime avec *détermination* encéphalique et hémiplégie. Le sujet était travaillé depuis deux mois par une fièvre tierce; la région splénique était douloureuse. Les accès qui se compliquaient d'hémiplégie débutaient par un frisson intense, auquel succédaient une chaleur générale, une vive coloration de la face, de l'assoupissement, du délire, et finalement une paralysie du côté droit.

Nous avons dit que les observations de M. Mazade offraient de l'intérêt sous le rapport du type de la périodicité. La première en effet, celle d'épilepsie périodique, se présentait sous le type octane. Nous n'avons pas oublié sans doute la célèbre observation de Dumas relative à une épilepsie revenant tous les douze jours et guérie par le quinquina; mais on sait que cette périodicité était pour ainsi dire artificielle, qu'elle avait été provoquée à dessein par l'usage d'une forte dose de punch tous les douze jours. Nous savons encore qu'il existe plus d'un exemple de fièvre larvée octane, et même à accès plus éloignés encore: l'ophthalmie et l'hémicrânie sont de ce nombre (Moogellaz, Tissot, etc.); mais nous ne savons si la science possède d'autres cas d'épilepsie octane bien avérés, c'est-à-dire revenant toutes les semaines à jour fixe. Chez beaucoup d'épileptiques, les accès sont séparés par des intervalles à peu près égaux, quinze jours, un mois, deux mois, six mois, un an, etc; mais ces périodes, même chez ceux que guérit quelquefois le sulfate de quinine, ne sont pas précisément régulières, et, nous le répétons, quand les accès reviennent à des intervalles fixes, c'est ordinairement à de plus courtes périodes. Sous ce rapport donc, l'observation de l'auteur est digne d'intérêt.

Nous rappellerons enfin, comme un témoignage de plus du caractère périodique des maladies observées par M. Mazade, l'efficacité constante du sulfate de quinine, efficacité d'autant plus incontestable que ce moyen avait succédé à beaucoup d'autres qui, bien qu'appropriés à la nature nerveuse des affections auxquelles il les adressait, avaient complétement échoué.

VI. — ANNALES DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION DE LA FLANDRE.

Les numéros 4 et 9 de l'année 1849 renferment les travaux originaux suivants: 1° *Études sur la manganèse*; par M. Hannon. (Nous avons indiqué les données préalables de ce travail, en rendant compte d'une note de M. Martin-Lauzer sur le même sujet dans le JOURNAL DES CONNAISS. MÉDICO-CHIRURG.) 2° *Aménorrhée due à la présence de vers dans les intestins*; par M. Vanoye. 3° *Notice sur l'affection typhoïde qui a régné dans une partie des Flandres par suite de la crise alimentaire de 1847 et 1848*; par M. Comyn. 4° *Observation de spermatorrhée entretenue par la présence de vers dans les intestins*; par M. Ossieur. 5° *Quelques considérations sur l'emploi du camphre dans le typhus qui a régné dans une partie des Flandres, durant les années 1845-46-47*; par M. Fredericq. 6° *Note sur les récidives des fièvres intermittentes*; par M. Plettinck. 7° *Observation sur l'emploi du colchique d'automne dans les hydropisies*; par M. Vandezande. 8° *Observation de salivation dans deux grossesses*; par M. Vanoye. 9° *Quelques cas de hernies irréductibles et malades*; par M. Fredericq. (Exemples d'inflammation des hernies.) 10° *Cas de physométrie simulant la grossesse*; par M. Pollet. 11° *Essai sur l'existence d'une strie aux gencives qui se présente dans quelques maladies*; par M. Fredericq. 12° *Observations pratiques relatives à quelques maladies de la première enfance*; par M. Vaubengel. 13° *De l'emploi de la graine de moutarde noire dans le traitement des hydropisies consécutives aux fièvres intermittentes*; par M. Van Rhyn. 14° *Note relative à la prophylaxie des maladies contagieuses*; par M. René Vanoye. 15° *Observation et considérations sur une cause de l'avortement*; par M. Ossieur. (Mort, puis expulsion du fœtus déterminée par une diathèse syphilitique existant chez la mère. L'auteur dit à tort que M. Ricord nie la transmissibilité héréditaire de la syphilis secondaire.) 16° *Rupture d'une tumeur sanguine de la vulve suivie de mort, chez une femme en mal d'enfant*; par M. Wyffels. 17° *Cas d'albinisme complet*; par M. Ossieur. 18° *Études sur le choléra asiatique*; par M. Fredericq.

AMÉNORRHÉE DUE A LA PRÉSENCE DE VERS DANS LES INTESTINS; par le docteur RENÉ VANOYE.

Les troubles fonctionnels qui peuvent avoir leur origine dans la présence de vers intestinaux sont innombrables. Il en est de fort connus sur lesquels il serait inutile de s'arrêter; il en est d'autres qui se présentent beaucoup plus rarement et dont il n'est pas hors de propos de mettre de temps en temps un exemple sous les yeux du praticien. Tel est le cas rapporté par M. Vanoye.

---

sultats thérapeutiques douteux, ambigus, stériles pour la science; l'empirique n'est nullement retenu par ces scrupules: ce qu'il lui faut, à lui, ce sont de longues formules qui fassent ressortir le nombre et la variété de ses ressources.

Le médecin prudent accueille toujours avec défiance les remèdes nouveaux, surtout ceux qui, doués de quelque activité, ne sont pas sans danger pour le malade; l'empirique, ignorant des susceptibilités de l'organisme, avide par-dessus tout d'augmenter ce qu'il appelle ses richesses thérapeutiques, est à l'affût de toutes les nouveautés, les accueille de toutes mains et les applique obséquieusement, oubliant le lendemain les déceptions dont chaque jour il est victime. Une pareil le versatilité n'est-elle pas la preuve flagrante du peu de confiance qu'il a lui même dans ses propres moyens?

Tels sont, si je ne me trompe, les motifs principaux pour lesquels le rationalisme répugne à la polypharmacie, objet d'amour et de vénération pour l'empirisme et pour le vulgaire. Pour le public, en effet, faire de la médecine, c'est prescrire des drogues; pour lui l'idée de médecine est, comme disent les mathématiciens, adéquate à celle de médicament; d'où résulte que, pour lui complaire, certains praticiens font fléchir les inspirations de la science devant les exigences du métier.... Mais mon intention n'est pas de chercher à détrinre des abus qui sans doute seront éternels, car ils ont leur racine dans le cœur humain; je voulais seulement vous faire entrevoir ce que valent en réalité tant de célébrités répandues dans le monde.

Le seul moyen de vider la question de prééminence relative, en ce qui concerne le tact médical au point de vue de la thérapeutique, ce serait de dresser la statistique comparée des succès et des revers des praticiens mis en parallèle; malheureusement la chose est à peu près impossible: d'abord parce que les faits n'ont ni la même signification ni la même valeur absolue aux yeux des divers observateurs, ensuite parce qu'il est difficile de savoir toute la vérité sur les faits et gestes des praticiens, qui mettent en général autant de soin à dissimuler leurs malheurs ou leurs fautes que d'ardeur à proclamer leurs succès. Au demeurant, ce ne seront jamais les succès réels qui feront la base de la renommée: le bon praticien dans l'acception commune n'est pas celui qui guérit le plus de malades, mais celui qui sait flatter les goûts, les préjugés, les caprices du public et des confrères. Lorsqu'on songe à ce qui décide le plus souvent de la réputation et de la vogue du médecin dans le monde, on se sent pris d'une tristesse profonde, et le découragement s'ensuivrait, si le témoignage de la conscience n'était là pour nous soutenir. « En apprenant à mériter ma propre estime, a dit un philosophe, j'apprends à me passer de celle d'autrui. » (J. J. Rousseau.)

Ainsi ferez-vous, jeunes élèves, si vous avez la force et le courage de résister aux suggestions de l'égoïsme et de la cupidité. Vous aspirez à posséder le tact, le génie médical, non dans le but de briller et d'éblouir les yeux du vulgaire, mais dans celui d'être utile à l'humanité au service de laquelle vous vous êtes dévoués; et quels que soient les déceptions et les dégoûts qui vous attendent dans la carrière, vous resterez fidèles à cette maxime de toutes les religions et de toutes les philosophies: « Fais ce que dois, advienne que pourra. »

FORGET,
Professeur de clinique médicale, à Strasbourg.

OBS. — Une fille d'environ 32 ans, lymphatique, avait été convenablement réglée depuis sa dix-neuvième année jusqu'à sa vingt-quatrième. Elle fut atteinte alors d'une fièvre typhoïde à la suite de laquelle les règles ne parurent pas de longtemps et restèrent ensuite plus ou moins difficiles, quoique parfois très-copieuses. Quatre à cinq ans plus tard, les menstrues devinrent peu à peu moins abondantes et finirent par se supprimer entièrement; en même temps la santé s'altéra, les digestions devinrent difficiles, capricieuses, les selles alternativement trop rares ou trop fréquentes; il y avait de temps à autre des vomissements, ordinairement des symptômes de gastralgie. Bientôt survinrent des accidents de nature hystérique. On chercha pendant longtemps, par toutes sortes de moyens, à rappeler les règles; on essaya les toniques généraux, le tout inutilement. On commençait à désespérer, quand, à la suite d'un purgatif composé de calomel, de rhubarbe et de magnésie, la malade évacua deux lombrics. Alors seulement elle raconta qu'elle rendait assez souvent des vers par l'anus et par la bouche. D'après ce renseignement, M. Vanoye crut devoir recourir aux anthelminthiques, *semen contra*, valériane, calomel, spigélia. Il en résulta l'évacuation d'une quantité énorme de vers.

Cette médication fut continuée pendant environ deux semaines, au bout desquelles la santé générale était notablement améliorée. Le moment sembla propice pour essayer de nouveau les emménagogues, tant internes qu'externes. Cette fois, l'effet ne se fit pas attendre. En moins d'une quinzaine, les menstrues commencèrent à fluer. Toute médication fut dès lors suspendue, ce qui n'empêcha pas l'écoulement d'être plus riche le mois suivant et la santé de se rétablir complétement.

NOTE SUR LES RÉCIDIVES DES FIÈVRES INTERMITTENTES; par le docteur PLETTINCK.

Le défaut de cette note est de n'émettre sur la cause des récidives de fièvres intermittentes que de vagues soupçons, vaguement exprimés, sans les appuyer sur aucune observation, ni même sur aucune induction rationnelle. M. Plettinck a remarqué, ainsi que plusieurs de ses confrères, que dans le pays où il exerce (Flandre occidentale), en l'année 1848, les récidives des fièvres intermittentes ont été plus fréquentes que les années précédentes, bien qu'elles eussent été soumises au traitement ordinaire. « Je crois, dit-il, que cette anomalie doit être attribuée à un état atmosphérique, à une influence épidémique particulière, à un mode défectueux d'administrer le sulfate de quinine. » Mais comment établir l'influence de ces diverses causes, et quelle part faire à chacune d'elles? C'est sur quoi l'auteur ne s'explique pas. Sans doute, *il est permis d'admettre*, pour nous servir de son expression, que l'influence épidémique qui a dominé l'année 1848 a communiqué au miasme paludéen une activité particulière; nonseulement cela est permis, mais ce serait un fait assez curieux pour mériter d'être vérifié. Seulement, si l'on met d'un autre côté une partie des récidives sur le compte du mode d'administration du quinquina, quelle preuve a-t-on que l'autre partie ait été le produit de l'action épidémique et non des autres causes qui, à toutes les époques et dans tous les pays, déterminent un certain nombre de récidives? En outre, cette influence même du mode de traitement, l'auteur ne l'établit en aucune manière. Bien plus, après avoir déclaré que les récidives ont eu une fréquence anormale dans sa propre pratique, il indique ce qu'il croit être le meilleur mode d'administration du sulfate de quinine, et ce mode est précisément celui qu'il a suivi!

Il y avait là un sujet important de recherches, que M. Plettinck a deviné, mais auquel nous regrettons qu'il ne se soit pas plus sérieusement attaché, celui du rôle que peut jouer une influence épidémique comme celle du choléra sur la marche des fièvres intermittentes et la fréquence des récidives.

CAS DE PHYSOMÉTRIE SIMULANT LA GROSSESSE; par M. POLLET.

OBS. — Une femme, déjà mère de quatre enfants, se disant enceinte de six mois, vint auprès de M. Pollet, lui disant de la saigner. Le ventre était développé comme au sixième mois; il y avait suppression des règles, et elle assurait sentir les mouvements du fœtus. La saignée fut pratiquée.

Quelques mois après, au moment présumé de l'accouchement, M. Pollet fut appelé par la sage-femme, qui se trouvait fort embarrassée. Les premières douleurs dataient de onze heures environ. En touchant, il trouva avec surprise un col flasque, ayant les lèvres effacées et légèrement entr'ouvertes, et ne put atteindre à aucune partie de l'enfant. La matrice s'étendait à l'ombilic; elle était très-sensible à la pression. Il ne put, par le palper abdominal, rendu très-difficile à cause des douleurs qu'il occasionnait, rien découvrir relativement à la position de l'enfant.

Après une heure d'attente, une seconde exploration fut pratiquée et donna le même résultat. L'état de la mère était très-satisfaisant. Les douleurs se succédaient rapidement; elles devenaient de plus en plus vives.

Enfin, sous l'influence de deux douleurs qui avaient tout le caractère expulsif, le ventre s'affaissa tout à coup et complétement. Aucune espèce de bruit, aucune odeur, aucun produit apparent ne vint avertir les assistants de cette sorte d'éructation utéro-vaginale. L'affaissement subit du ventre et le retrait de la matrice, qui revint à peu près complétement sur elle-même, sont les seuls phénomènes sensibles qui vinrent mettre fin à une tympanite utérine, laquelle avait été prise par tout le monde, et par le médecin lui-même, pour une véritable grossesse.

Pendant cette espèce de gestation, les mamelles étaient affectées d'un gonflement manifeste, avec excrétion de lymphe laiteuse.

— Ce cas doit-il figurer parmi les cas de physométrie? ou ne serait-il pas plutôt un nouvel exemple de ces grossesses dites nerveuses, dont la réalité a déjà été démontrée par des faits on ne peut plus authentiques?

ESSAI SUR L'EXISTENCE D'UNE STRIE AUX GENCIVES, QUI SE PRÉSENTE DANS QUELQUES MALADIES; par le docteur AUG. FRÉDÉRICQ.

Nous sommes un peu défiants, nous l'avouons, à l'égard de ces nombreux *signes* qu'on déclare annoncer ici l'existence d'une grossesse, là celle d'une phthisie pulmonaire ou même de telle ou telle période de la phthisie, ailleurs l'imminence d'une récidive de fièvre intermittente: signes dont la plupart consistent en des phénomènes délicats, ouvrant facilement carrière aux jeux de l'esprit et sur l'existence ou le caractère desquels les auteurs sont en dissidence. Nous avons eu occasion, dans le dernier tome de la GAZETTE MÉDICALE (p. 270), de rappeler que, suivant Bonarden, la fièvre d'accès menace de récidiver, tant qu'il existe une strie *rouge* au bord des gencives, tandis que pour M. René Vanoye, le signe de cette imminence est surtout dans l'existence d'une raie pâle sur la conjonctive, circonscrivant l'arc inférieur du petit segment libre du bord oculaire, et pour M. Pauli (de Landau) dans un certain état de la langue qui reste plus large, plus épaisse et plus lente dans ses mouvements. Voici maintenant M. Frédéricq, qui, sans s'expliquer sur les signes indiqués par MM. Vanoye et Pauli, vient contester la valeur de celui qu'a cru reconnaître Bonarden. Il accorde bien que les personnes atteintes de fièvres intermittentes offrent quelquefois une strie *bleuâtre* vers le bord libre des gencives, dans la partie correspondante aux incisives; mais il ajoute aussitôt que, d'après son observation, « la strie en question manque le plus souvent dans cette fièvre; et, quand elle existe, elle n'est jamais rouge, mais bleue, *et semble liée alors à un engorgement de la rate.* » L'auteur semble dire ainsi que le liséré ne se rattache pas à la fièvre d'accès, mais à l'engorgement de la rate; en sorte qu'il manquerait toujours dans une fièvre sans gonflement splénique et se rencontrerait quelquefois avec le gonflement splénique sans fièvre. On devine assez avec quelle réserve doit être accueillie une telle proposition.

M. Vanoye, que nous citions à l'instant, avait dit encore (ANN. DE LA SOC. D'ÉMUL. DE LA FLANDRE OCCIDENTALE, t. I, p. 515) que, dans la phthisie pulmonaire, on observe vers le bord libre des gencives une strie *pâle*, tranchant, *par sa blancheur*, avec la couleur plus foncée du reste de la muqueuse. M. Frédéricq n'a rencontré cette strie blanche que très-rarement, et dans ces cas les malades étaient tombés dans la cachexie scrofuleuse, avec prédominance des tissus blancs et atonie de toute la constitution. Mais, en revanche, il a observé une strie *rouge* chez *tous* les sujets atteints de phthisie avec complication inflammatoire, et une strie *bleue* dans les cas seulement où l'appareil phlegmasique était peu développé et où l'affection principale ne faisait pas de progrès rapides. Une pneumorrhagie abondante se lie encore d'ordinaire à l'existence d'une strie *bleue*. L'auteur assure que tous les malades offrant les symptômes de la bronchite chez lesquels il a rencontré la strie sont devenus phthisiques, tandis qu'il n'en a été ainsi d'aucun de ceux dont la bronchite n'était pas accompagnée de la strie. Cette observation, si elle était exacte comme nous n'osons l'affirmer sur notre responsabilité, aurait, comme on voit, une véritable importance séméiologique.

Dans les affections chroniques du tube digestif, il existe aussi un liséré gengival. Suivant M. Frédéricq, ce liséré, au lieu de se limiter à l'espace occupé par les incisives, se prolonge dans toute l'étendue des gencives; de plus, il est d'un *rouge livide*, *sale* et plus large que dans la phthisie pulmonaire.

Une strie bleuâtre s'observe quelquefois pendant la durée du molimen menstruel et s'efface après l'apparition des règles. Elle se rencontre aussi chez quelques personnes atteintes d'aménorrhée.

Enfin l'auteur *croit avoir observé* que les gencives, chez les femmes enceintes, sont fréquemment boursouflées.

Telles sont les observations rapportées dans le mémoire. Nous nous bornons à les mentionner. Un liséré de couleur variable le long du bord libre des gencives est un phénomène qui se lie à la plupart des affections chroniques, l'auteur le reconnaît lui-même dans ses conclusions. La question est donc de savoir d'abord si, comme il l'affirme, le liséré se prononce *au début* de quelques-unes de ces affections et les annonce même quelquefois; ensuite s'il est alors assez constant et présente des caractères assez significatifs pour constituer, dans toute la propriété du mot, un *signe* séméiologique. Voilà justement ce dont nous douterons jusqu'à plus ample informé.

DE L'EMPLOI DE LA GRAINE DE MOUTARDE NOIRE DANS LE TRAITEMENT DES HYDROPISIES CONSÉCUTIVES AUX FIÈVRES INTERMITTENTES ; par M. VAN RHYN.

Le moyen préconisé par l'auteur n'est pas aussi inconnu, bien que peu employé aujourd'hui, que pourrait le faire supposer un passage du mémoire. Néanmoins, la grande échelle sur laquelle paraît avoir porté l'expérimentation de M. Van Rhyn, donne beaucoup d'autorité à son opinion sur la valeur de ce moyen. Il affirme avoir employé la moutarde noire, non associée au quinquina, dans plus de deux cents cas d'hydropisie (ascite ou anasarque) consécutive à la fièvre intermittente et en avoir tiré les plus grands avantages. Rien de plus explicite, d'ailleurs, dans ce mémoire, auquel on pourrait reprocher d'être trop bref. Sans désirer connaître les détails de chacune des deux cents observations, on eût aimé à savoir au moins dans quelles proportions le remède a réussi ; s'il a réussi aussi souvent dans l'ascite que dans l'anasarque, s'il triomphe des ascites et des anasarques entretenues par l'engorgement de la rate et du foie aussi bien que de celles qui tiennent à l'état cachectique ; aucune de ces suppositions n'est vraisemblable.

Quoi qu'il en soit, voici la formule indiquée par l'auteur. On fait bouillir à vase clos une à deux onces de graine de moutarde noire grossièrement pulvérisée dans un litre de petit-lait ou de vieille bière. Aux premiers bouillons, on passe la décoction et le malade la prend par verrées en un ou deux jours. A cette dose, la graine de moutarde ne provoque ni vomissements ni diarrhée ; mais elle agit souvent avec énergie sur la sécrétion urinaire, et c'est alors, dit M. Van Rhyn, qu'elle dissipe en peu de jours les collections et infiltrations séreuses.

(*La fin au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 4 FÉVRIER.

EXAMEN COMPARATIF DES EFFETS PRODUITS PAR L'HÉMOSPASIE (GRANDE VENTOUSE), AVEC LES RÉSULTATS OBTENUS PAR LES MOYENS STIMULANTS LES PLUS ÉNERGIQUES.

M. JUNOD lit sous ce titre un mémoire dans lequel il se propose de mettre en parallèle les résultats obtenus par sa méthode révulsive et les moyens stimulants les plus énergiques.

Après avoir successivement passé en revue les vésicatoires, les sinapismes, les pédiluves, manuluves, ventouses, moxas, cautères, sétons, glace sur la tête, l'auteur conclut que ces moyens ont une action moins grande qu'on ne le croit, et que beaucoup d'inconvénients en sont la suite plus ou moins immédiate, tandis que la méthode hémospasique, à quelque degré qu'on l'emploie, ne présente rien de semblable.

EFFETS PHYSIOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES DES ARMATURES MÉTALLIQUES.

M. BURQ communique une note intitulée : NOTE POUR SERVIR A L'HISTOIRE DES EFFETS PHYSIOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES DES ARMATURES MÉTALLIQUES, ou DE L'INFLUENCE DE CERTAINS MÉTAUX SUR LA PARALYSIE DU SENTIMENT.

Dans un grand nombre de maladies nerveuses et autres, hystérie, hypocondrie, gastralgie, idiotie, quelques affections cérébrales, fièvre typhoïde, cachexies diverses, etc.,

Souvent la *sensibilité générale subit en moins* des modifications qui, tantôt superficielles ou limitées à quelques parties, ne portent quelquefois, comme M. le docteur Beau l'a si bien établi, que sur le *sentiment de la douleur*, et qui, tantôt plus profondes, générales ou locales, embrassent en même temps les *sentiments de la douleur et du tact*.

Quelle que soit alors la cause de la paralysie du sentiment, *si les conducteurs et les centres nerveux n'ont subi aucune altération, s'ils ne sont pas le siége d'une compression violente et ancienne, et si la peau n'a perdu aucune de ses propriétés*, lorsqu'on vient à appliquer sur un des membres paralysés, ex. : le bras, un ou deux de nos anneaux en cuivre, *sauf quelques exceptions*, on observe les phénomènes suivants :

PREMIER PHÉNOMÈNE. — Au bout d'un temps variable, qui, pour une première fois, peut être d'une heure, mais qui, à mesure qu'on renouvelle les applications, va toujours diminuant jusqu'à ne plus être que de quelques minutes ou de quelques secondes à peine,

Le malade ressent un *fourmillement* sous l'anneau.

Les *fourmis*, pour nous servir d'une expression habituelle aux malades, ne restent que rarement bornées, même une première fois, à la partie touchée par le métal ou à son voisinage ; le plus souvent elles gagnent le reste du membre, de celui-ci vont à la tête, et quelquefois s'irradient vers le tronc.

« 1° Le fourmillement n'est pas constant ; il peut manquer, et cependant le » second phénomène, dont nous allons parler, être observé. Cela se rencontre » surtout lorsque les modifications de la sensibilité sont légères, ou même pro- » fondes, mais passagères. Ex. : fièvre typhoïde.

» 2° D'autres fois le fourmillement est peu sensible à la première épreuve ; » mais il ne tarde pas à le devenir aux épreuves suivantes.

» 3° Au lieu d'être partiel, il devient général lorsque, dans les cas de paraly- » sie générale, on multiplie les surfaces métalliques. »

DEUXIÈME PHÉNOMÈNE. — *Retour de la sensibilité*, — L'apparition des fourmis nous a toujours annoncé, *jusqu'ici*, le *retour de la sensibilité* ; nous avons pu toujours, en effet, la constater partout où cette sensation devenait manifeste.

« 1° Toutefois il est rare de voir la sensibilité reparaître complétement dès le » premier jour ; le plus souvent on rencontre alors des points anesthésiques à » côté d'autres points qui ont cessé de l'être, ou des parties sur lesquelles la » sensibilité est encore assez obtuse, pour qu'il soit nécessaire d'appuyer forte- » tement l'épingle exploratrice pour en déterminer la manifestation.

» 2° Quelquefois le *sentiment du tact* reparaît seul, et il reste, suivant l'ex- » pression de M. Beau, l'*analgésie*, qui n'est autre chose que l'*anesthésie de* » *douleur*.

» 3° Mais bientôt l'obscurité du phénomène cesse, et après cinq ou six appli- » cations, faites pendant plusieurs heures à un ou deux jours d'intervalle, or- » dinairement la sensibilité redevient normale. »

TROISIÈME PHÉNOMÈNE. — *Chaleur*. — Quelque temps après le retour de la sensibilité, on observe un troisième phénomène, non moins intéressant que les deux autres, et qui consiste :

Dans une *sensation de chaleur* qui, comme les fourmis et la sensibilité, s'irradie du métal vers les parties voisines, et a, comme elles, son maximum d'intensité sous le cuivre.

Cette sensation est quelquefois telle, que quelques malades nous ont accusé de les toucher avec un corps chaud ; d'autres même ajoutaient, pendant que nous explorions la sensibilité, que *leurs nerfs étaient tiraillés*, et que la douleur produite leur retentissait jusque dans la tête.

Du reste, les malades ne sont pas les seuls à ressentir la chaleur : l'observateur peut souvent en constater les effets à la main et au thermomètre.

Nous avons vu des hystériques, à la Salpêtrière et ailleurs, qui, après avoir gardé quelques heures toute une armature, éprouvaient une sueur abondante en même temps qu'une faiblesse générale, telle que, soit au moment, soit hors de leurs accès, elles avaient à peine la force de se mouvoir.

Disons aussi que cette faiblesse n'est pas particulière aux malades dont nous venons de parler : on l'observe encore accompagnée le plus ordinairement d'un *brisement des membres*, chez *la plupart* de ceux qui, malades ou bien portants, s'appliquent une armature pendant huit à douze heures de suite.

Motilité. — En même temps que la sensibilité, la motilité subit, dans la paralysie du sentiment et du mouvement, des modifications souvent très-appréciables, mais sur lesquelles nous ne pouvons encore fournir aucun renseignement bien précis, faute d'instruments pour l'évaluer d'une manière exacte.

PHÉNOMÈNES CONSÉCUTIFS. — Si nous passons maintenant à l'étude des phénomènes consécutifs, nous voyons que, chez les hystériques, nous spécifions parce que nos recherches ont particulièrement été faites dans l'hystérie.

Lorsqu'on vient à retirer le métal qui a servi à une première épreuve, au bout d'un temps variable, suivant la durée de celle-ci, mais assez court,

La chaleur diminue progressivement. Les fourmis, si elles avaient cessé de se montrer, reparaissent, et l'*anesthésie* revient peu à peu, à commencer par celle de douleur. Quelquefois celle-ci est complète, que l'anesthésie de tact a à peine commencé à paraître. Les points qui restent les derniers sensibles sont ceux-là même sur lesquels l'anneau a porté

« Nous devons dire cependant qu'on ne doit pas accepter comme constantes » les nuances que nous signalons dans le retour et dans la disparition de la » sensibilité. Assez souvent, en effet, les sentiments de la douleur et du tact se » montrent ou disparaissent si vite ou à si peu de distance, qu'il est alors très- » difficile, pour ne pas dire impossible, de les distinguer. »

Lorsque les applications sont renouvelées tous les jours ou tous les deux jours au moins, en même temps que la sensibilité revient de plus en plus vite, elle s'en va de plus en plus lentement, jusqu'à persister un ou plusieurs jours de suite.

Cette progression croissante dans la persistance de la sensibilité ne permet-elle pas d'espérer, après vingt, trente, quarante jours et plus de traitement, de la voir devenir permanente, surtout si, comme nous le dirons plus tard, on fait suivre l'emploi des armatures de la gymnastique ou seulement de l'exercice, qui nous paraissent agir dans le même sens que les meilleurs conducteurs de l'électricité ?

CAS PARTICULIERS. — 1° Si la paralysie, quoique complète, est récente et survenue par suite d'une blessure qui a donné lieu à des phénomènes de commotion cérébrale, elle *peut cesser* assez rapidement dans le bras malade, sous l'influence de quelques grosses pièces de monnaie qu'on place entre les doigts ; mais cette guérison apparente ne dure guère plus que l'application même du métal.

2° Si la paralysie du sentiment est superficielle, de date récente et sujette à se déplacer, il n'est pas besoin, pour la faire cesser momentanément, d'avoir recours à de larges surfaces métalliques et d'attendre longtemps. Il suffit de l'approche instantanée et plusieurs fois répétée d'une épingle, d'une pointe mousse en fer ou en tout autre métal, bon conducteur de l'électricité.

Bien plus, dans quelques cas de paralysie profonde (hystérie ancienne), un *simple dé à coudre en acier* est suffisant pour rendre la sensibilité à la majeure partie du bras. Une fille Valois, appartenant à la section des épileptiques de la Salpêtrière, nous en a fourni tout récemment un exemple frappant.

CONSÉQUENCES. — Ces dernières lignes n'expliquent-elles pas jusqu'à un certain point la *fugacité* des phénomènes de sensibilité chez les hystériques, et ne nous accusent-elles pas d'avoir trop souvent invoqué la mauvaise loi de ces malades pour en avoir la raison?

Ne pourrait-on pas y trouver la réhabilitation de certaines pratiques qui, jusqu'à ce jour, ont généralement été regardées comme futiles et de nulle valeur? Nous voulons parler de ces anneaux et de ces médailles en cuivre, celles d'un certain volume bien entendu, dont divers malades faisaient et font encore usage, quelquefois avec succès, contre quelques accidents nerveux?

Il ne nous appartient pas de trancher la question; mais qu'il nous soit permis de recommander à ceux qui, comme nous, ont souvent l'occasion d'explorer la sensibilité.

PRÉCAUTIONS A PRENDRE POUR CONSTATER SÛREMENT LES DIVERS DEGRÉS DE SENSIBILITÉ. — 1° De faire usage, le moins possible, de pointes et surtout de pointes métalliques;

2° De veiller avec soin à ce qu'aucun métal en fer, cuivre, zinc, étain, etc., ne soit ou n'ait pu être, quelques instants avant, au contact de la surface explorée;

3° D'éviter, dans l'anesthésie incomplète, de piquer ou même de pincer plusieurs fois et successivement le même point;

4° De graduer les explorations et d'attendre pour les renouveler quelques minutes au moins lorsque, à la suite d'une excitation trop vive, la sensibilité, bien qu'altérée, s'est manifestée.

Ces précautions, inutiles le plus souvent, ne nous paraissent cependant indispensables que pour les cas de paralysie douteuse.

ACTION DES DIVERS CORPS BONS OU MAUVAIS CONDUCTEURS DE L'ÉLECTRICITÉ. — Nous aurions maintenant à examiner l'action des divers métaux et celle de divers corps mauvais conducteurs de l'électricité, tels que le verre, la résine, le bois, etc., employés soit à froid soit à chaud, soit seuls soit séparés de la peau, par d'autres corps bons ou mauvais conducteurs du même fluide.

Mais outre que nous n'avons voulu tracer ici qu'une simple note et signaler un nouveau champ d'observations, nous ne sommes pas encore assez riche de faits pour traiter aujourd'hui d'un sujet aussi vaste et aussi délicat.

Nous dirons seulement par anticipation :

Que le cuivre nous paraît placé, pour la production des phénomènes que nous venons d'indiquer, à la tête de tous les autres métaux; tandis que l'or, l'argent, le fer, l'acier aimanté (celui-ci viendrait même après les deux métaux qui le précèdent) sont bien au-dessous de lui sous ce point de vue;

Que le verre, la résine et le bois ont une action nulle ou à peine sensible;

Et que les tissus isolants de l'électricité ne s'opposent pas toujours aux effets du cuivre.

Nous dirons, en terminant, que depuis plusieurs années occupé à rechercher *théoriquement* et *expérimentalement* quels pouvaient être les éléments constitutifs de la *pathologie nerveuse*, nous sommes arrivé à ce résultat;

Qu'il existe en nous un agent subtil, indispensable à la vie comme à la production des divers phénomènes nerveux, directement saisissable par certains agents et par certains procédés.

Nous ignorons s'il nous sera jamais donné de faire partager à cet égard la conviction qui nous anime, mais nous espérons que, dans nos recherches, si pleines de difficultés de détail et d'appréciation et *où l'erreur est souvent si difficile à éviter*, les savants voudront bien nous encourager de leur bienveillance, sans laquelle il nous serait impossible de persister dans une voie aussi délicate et aussi périlleuse.

NOUVELLE MÉTHODE DE TRAITEMENT CONTRE LA SURDITÉ.

M. JAMES YEARSLEY expose à l'Académie une découverte thérapeutique qui a déjà rendu, dit-il, et qui continuera à rendre les plus grands services aux personnes affectées de maladies de l'oreille.

Il s'agit d'une nouvelle méthode de traitement contre la surdité, qui s'applique aux cas où cette infirmité est accompagnée de perte entière ou partielle de la membrane du tympan.

Cette méthode consiste à introduire dans le conduit auditif un petit morceau de coton préalablement imbibé sans pression d'eau distillée, et à le pousser à l'aide d'une sonde jusqu'au fond de ce conduit, avec la précaution de chercher le point perforé de manière à le recouvrir exactement. Ce petit tampon semble remplacer, dans ce cas, la membrane détruite.

L'auteur cite plus de deux cents observations où ce mode de traitement a réussi.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 5 FÉVRIER. — PRÉSIDENCE DE M. BRICHETEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend trois lettres de M. le ministre de l'agriculture et du commerce, adressant à l'Académie :

1° Un échantillon de spécifique anticholérique de M. Turecki, étudiant en médecine, qui demande qu'il lui soit fait application du décret du 18 août 1820. (Commission des remèdes secrets.)

2° La recette et l'échantillon d'un remède que son auteur, le docteur Czernichauski, désigne sous le nom de *criso-colique*, et qu'il prétend être efficace contre le choléra. (Comm. des remèdes secrets.)

3° La recette et l'échantillon d'un remède contre les fièvres d'accès, que le sieur Couronne, demeurant à Ginestet (Ardèche), soumet à l'Académie.

Trois lettres provenant du même ministre, relatives aux eaux minérales de France. La première, avec un envoi de caisses parvenues au ministre, des établissements thermaux de Bourbon-l'Archambault (Allier), Bourbon-Lancy (Saône-et-Loire), Bué-Saint-Viscos, à Saint Sauveur (Hautes-Pyrénées), Forges (Seine-Inférieure), Greoulx (Basses-Alpes), Mont-d'Or (Puy-de-Dôme), Vic-sur-Cère (Cantal), Bourbonne (Haute-Marne), Néris (Allier), Plombières (Vosges), Saint-Sauveur (Hautes-Pyrénées), Ussal (Ariège), Pouques (Nièvre), Bagnols (Lozère), Chaudesaigue (Cantal), Contrexeville (Vosges). Les deux autres lettres sont des demandes d'analyse et d'avis à propos d'autorisations à accorder à M. Armand Cornu, propriétaire du domaine de Montagut-Secla (Haute-Garonne), et à M. Bertrand, négociant à Cusset (Allier), qui sollicitent la permission d'exploiter des sources d'eaux minérales découvertes dans chacune de leurs propriétés. (Commission des eaux minérales.)

Enfin, une dernière lettre du même ministre, transmettant à l'Académie un rapport du docteur Bernier, médecin à Romorantin (Loir-et-Cher), sur une opération césarienne pratiquée avec succès dans un cas particulier et difficile. (Commissaires : MM. Capuron et Paul Dubois.)

— M. F. BOUDET écrit qu'il se porte candidat à la place vacante dans la section de pharmacie, et envoie, à l'appui de sa candidature, la liste de ses travaux.

COLORATION BLEUATRE DU VISAGE.

M. le docteur BOUSQUET, de Saint-Chinian (Hérault), communique à l'Académie une observation d'une affection extrêmement rare, et dont il n'existe peut-être aucun autre exemple dans la science.

Cette affection consiste dans un changement de coloration de la peau de la face, qui offrit, sans cause connue, chez une jeune fille, d'abord une teinte bleuâtre semblable à une épaisse solution d'indigo, puis une teinte plus foncée analogue à une couche de cambouis.

Cette observation est accompagnée d'une observation de pustule maligne, et de quelques considérations générales sur la pustule maligne et le charbon. (Commissaires : MM. Baillarger et Bérard.)

APPAREIL A SUDATION.

M. le docteur ANDRIEUX, de Brionde (Haute-Loire), envoie une notice sur un appareil destiné à produire une sudation abondante et rapide, employée avec succès dans son établissement. (Commissaires : MM. Baillarger, Poiseuille et Grisolle.)

TRAITEMENT DU RHUMATISME CHRONIQUE PAR L'HYDROTHÉRAPIE.

M. le docteur GRETTET, médecin de l'établissement hydrothérapique de Saint-Seine-l'Abbaye (Côte-d'Or), envoie un mémoire sur le traitement du rhumatisme chronique par l'hydrothérapie.

De l'ensemble de ce mémoire, il résulte :

Que les rhumatismes chroniques guérissent généralement par la méthode hydriatique.

La partie essentielle du traitement consiste dans la sudation et la douche locale, employées concurremment. Les douches générales, sous forme de nappes ou de pluies divisées, les lotions, les frictions au drap mouillé, sont des adjuvants très-utiles, mais ils ne suffisent pas dans la majorité des cas. (Renvoi à la même commission.)

LAQUES.

M. DE PARAVEY, ex-inspecteur de l'École polytechnique, envoie un mémoire sur les arbres et les insectes qui produisent, dans l'Indo-Chine et la Malaisie, la laque ou cire blanche, la laque ou gomme rouge pourpre, la cochenille, d'abord employée vers l'Indus, et les coquilles à pourpre, ou *murex*, dont le nom a été ensuite aussi transporté au *coccus*, ou peut-être à la fourmi à laque rouge. (Renvoyé à la commission nommée.)

PILULES D'IODURE FERREUX.

M. BLANCARD, pharmacien, adresse un mémoire sur la préparation de pilules d'iodure ferreux, qu'il met sous les yeux de l'Académie, et qu'il déclare être inaltérable à l'action de l'air et de l'humidité, sans odeur ni saveur de fer et d'iode. (Commissaires : MM. Gibert, Lecanu et Guibourt.)

OBSERVATIONS DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

M. le docteur L. BONYGUES, médecin en chef de l'hôpital d'Aurillac (Haute-Vienne), envoie un recueil d'observations contenant entre autres une observation de fièvre tierce occasionnée et guérie par une émotion, après avoir résisté onze mois au traitement thérapeutique; un exemple de guérison de tumeur cancéreuse développée dans l'épaisseur de la lèvre supérieure, et enfin, une observation d'épilepsie bien constatée, guérie par une brûlure de la face au troisième degré. (Commissaires : MM. Cruveilhier et Piorry.)

— M. le PRÉSIDENT annonce que, d'après la décision prise par l'Académie, dans son comité secret de la séance dernière, il y a lieu de déclarer cinq places vacantes auxquelles il sera successivement pourvu : la première dans la section de pharmacie, la deuxième dans la section d'accouchements, la troisième dans la section de médecine vétérinaire, la quatrième dans la section de pathologie médicale, et la cinquième dans la section de pathologie chirurgicale.

ENGORGEMENTS ET DÉVIATIONS DE L'UTÉRUS.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur les engorgements et déviations de l'utérus.

La parole est à M. Récamier.

M. Récamier, après un court préambule dans lequel il répond à quelques objections qui lui ont été adressées au sujet de sa précédente communication, s'exprime ainsi :

Il ne s'agit pas de vous entretenir des engorgements inflammatoires de la muqueuse et de la substance du museau de tanche, du col et du corps de l'utérus, et même de ses dépendances tégumentaires et ovariques, ni du traitement que peuvent réclamer ces phlegmasies, selon qu'elles sont aiguës et transitoires ou chroniques et réfractaires. Il n'est pas non plus question de vous entretenir des diverses causes ou plutôt des divers stimulus venus du dehors ou sécrétés au dedans qui peuvent produire et entretenir ces sortes de phlegmasies. Par stimulus extérieur, j'entends parler des stimulants provenant du dehors, comme des virus syphilitiques, psoriques, scabieux et herpétiques; qui peuvent chez certains sujets porter et fixer leurs effets caractéristiques sur tel ou tel organe intérieur en particulier, après avoir affecté ceux de la périphérie à la suite d'un contact plus ou moins immédiat.

Par stimulus engendrés au dedans, j'entends désigner le vice scrofuleux constitutionnel, le vice arthritique dont les phénomènes caractéristiques se lient à des modifications particulières des fonctions digestives et urinaires et de leurs produits; le vice rhumatique dont les phénomènes caractéristiques, locaux et vagues dépendant des anomalies des fonctions diaphorétiques de la peau. J'entends aussi appeler l'attention sur les produits des résorptions puerpérales qui peuvent s'opérer par les orifices encore béants des veines utérines. J'entends enfin désigner les produits des résorptions anormales de toutes les sécrétions sanguines menstruelles ou hémorrhoïdales, des sécrétions humorales lactées, biliaires, etc., et produisant des effets phlegmasiques aigus ou chroniques variés et même des lésions organiques consécutives, etc.

M. le professeur Velpeau et d'autres révoquent en doute les engorgements anormaux, et ne semblent admettre que ceux qui sont de nature inflammatoire. Il faut bien que j'établisse par des faits certains et par des témoins irrécusables non pas la rareté, mais la fréquence de ces tuméfactions ou de ces engorgements anormaux et parfaitement curables auxquels je propose de donner le nom de *productions érectiles*.

Engorgements ou tuméfactions érectiles du museau de tanche, de son col et même de son corps. — Pour bien faire entendre ce que j'ai à dire sur un sujet de cette importance pratique, je vous prie de me permettre de faire passer sous vos yeux quelques remarques sur d'autres engorgements ou tuméfactions érectiles, dont l'étude rapide nous conduira comme par la main à ceux qui nous occupent.

Je prends l'engagement de mener mon récit si grand train que nous ne languirons pas en route.

C'est donc des tuméfactions ou des engorgements de l'extrémité inférieure du rectum que je vais vous parler d'abord.

Ces engorgements naissent chez les femmes à l'occasion de dispositions constitutionnelles sans rapport avec la grossesse, ou bien se développent pendant la gestation ou à la suite de couches.

Plus ou moins rénitentes et élastiques, mais toujours aussi plus ou moins douloureuses et ordinairement sans fièvre, ces tuméfactions hémorrhoïdales, divisées ou continues, et formant un bourrelet autour de l'anus, ces tuméfactions donnent lieu à des flux humoraux ou sanguins, et à des phénomènes secondaires ou sympathiques que je dois faire remarquer.

Ainsi à des phénomènes :

Dyspepsiques, à des troubles gastralgiques divers des fonctions digestives;

Dyspnéiques, à des troubles de la respiration;

Précordiaux, à des palpitations;

Céphaliques, à des étourdissements, à des vertiges, à des engourdissements des membres, à des spasmes, à des accidents hystériques, etc.;

A des mouvements fébriles;

A des phlegmasies secondaires, variées, cutanées, muqueuses, séreuses, parenchymateuses, rhumatoïdes, etc.; dans les lombes, dans les aines et ailleurs;

A des flux humoraux locaux plus ou moins abondants;

A des hémorrhagies locales plus ou moins considérables; par les tumeurs hémorrhoïdales, même des phénomènes anémiques, comme à des hémorrhagies éloignées; par les bronches ou dans le cerveau lui-même avec toutes les conséquences, même carcinomateuses, chez des sujets mal disposés; des végétations fongueuses et des dégénérescences.

La marche de ces engorgements érectiles, lorsqu'elle est aiguë, est plus ou moins rapide et transitoire; elle nous montre ces tuméfactions hémorrhoïdales se développant à certaines époques de la vie de préférence, produisant leurs effets locaux et sympathiques durant un temps souvent calculable, diminuant et se flétrissant, et en même temps on voit commencer, durer et finir leurs phénomènes sympathiques, à moins que quelque perturbation morale ou physiologique venant à les arrêter subitement dans leur marche aiguë, ne devienne l'occasion d'anomalie ou d'accidents plus ou moins graves et variés, par leur nature et leur siége local et leur généralisation. On les voit parfois disparaître spontanément et reparaître de même, et surtout sous l'influence de certaines régions, de certaines guérisons, et alors heureuse la poudre qui arrive à propos.

Lors, au contraire, que ces tuméfactions hémorrhoïdales affectent une marche chronique, elles deviennent *réfractaires*, opiniâtres et durables, et alors, en raison des accidents hémorrhagiques, des flux humoraux locaux et des accidents sympathiques qui peuvent en dériver, elles obligent l'homme de l'art à intervenir. Le danger des excisions était connu d'Hippocrate et de Celse, comme des auteurs modernes, qui ont été obligés de recourir à la cautérisation ou à la ligature. Plus tard, la crainte de péritonites secondaires a fait renoncer plusieurs praticiens à la ligature pour revenir à la cautérisation actuelle ou potentielle, qui ont aussi leurs inconvénients; mais ceux qui ont observé l'innocuité de la ligature, divisée en petits pédicules et exécutée *successivement*, sont revenus à l'emploi de ce moyen, qui a été remplacé avec avantage par la torsion à deux pinces à polype, lorsque les tumeurs hémorrhoïdales sont pédiculées.

Voilà pour ce qui regarde les tumeurs érectiles de la marge de l'anus; revenons maintenant à celles du col de l'utérus.

Ainsi que les tuméfactions érectiles de la partie inférieure du rectum, les engorgements érectiles du museau de tanche et du col utérin naissent parfois chez des vierges ou chez des femmes qui n'ont jamais conçu; mais on les voit aussi se développer même pendant la gestation, et surtout à la suite de l'accouchement.

Le plus souvent sans fièvre, ces tuméfactions érectiles rénitentes, mais toujours d'une élasticité très-différente de la dureté inflammatoire ou squirrheuse; ces tuméfactions partielles ou totales et plus ou moins considérables du col utérin souvent ne lui permettent plus de trouver place dans le champ d'un spéculum ordinaire, jusqu'à ce que spontanément ou par un traitement convenable, il ait perdu son volume anormal.

Dans cet état de tuméfaction érectile, le col utérin est plus ou moins douloureux, et devient le siége de flux leucorrhéiques plus ou moins abondants, ou de suintements sanguins, ou même de métrorrhagies incessantes, jusqu'à ce qu'on ait châtié ces capillaires érectiles, leucorrhéiques ou hémorrhagiques.

En même temps que les flux leucorrhéiques ou sanguins, on voit surgir des phénomènes dyspepsiques et gastralgiques variés dans leur forme et leur intensité, avec des nausées et même des vomissements; des phénomènes dyspnéiques, des phénomènes précordiaux, des palpitations, des céphalalgies, des étourdissements, des vertiges, des engourdissements des membres, des spasmes, des accidents hystériques, des mouvements fébriles, des phlegmasies secondaires, variées, cutanées, muqueuses, rhumatoïdes, des flux leucorrhéiques énervants, etc.; des hémorrhagies locales plus ou moins abondantes, et si elles ne sont meurtrières, amenant des symptômes anémiques plus ou moins avancés; des hémorrhagies éloignées par la détérioration de la constitution; des végétations locales plus ou moins considérables, vasculaires et saignantes, ou des dégénérescences fâcheuses ou même carcinomateuses chez certains sujets mal disposés.

La marche des engorgements érectiles du col de l'utérus est plus ou moins aiguë, rapide et transitoire, tantôt survenant à certaines époques de la vie, de préférence à la suite des couches ou sous l'influence de rapports conjugaux trop précipités, à la suite de l'état puerpéral; ils produisent leurs effets locaux et sympathiques durant un temps souvent calculable, diminuant et se flétrissant même pour reparaître spontanément ou sous l'influence de nouvelles causes.

En même temps on voit les phénomènes sympathiques qui en dérivent suivre les phases de l'affection locale.

Ces variations ont fait la fortune de chaque méthode de traitement dans différentes circonstances : ainsi tantôt des cautérisations, tantôt des émollients, tantôt des calmants, tantôt des dérivatifs lombaires ou inguinaux, en provoquant parfois le sourire du dédain du triomphateur du moment sur les vaincus qui l'avaient précédé avec une méthode différente; ce qui ne prouve autre chose que la nécessité de saisir l'à-propos en toute affaire.

Cependant les engorgements érectiles du col utérin sont loin, ainsi que les tuméfactions hémorrhoïdales, d'avoir toujours une marche aiguë et transitoire; car, dans nombre de circonstances, ils se montrent opiniâtres et réfractaires aux efforts de la nature et même de l'art, et alors, en raison des douleurs, des flux humoraux et hémorrhoïdaires, surviennent les accidents généraux ou sympathiques dont j'ai parlé à l'occasion des engorgements hémorrhoïdaux. Les malades s'énervent dans un repos forcé, dans un état anémique ou cachectique qui ne s'arrêtent que lorsque l'homme de l'art a trouvé la manière de maîtriser l'affection locale :

Soit par des adoucissants et des calmants en boissons, en liniments, en injections, en cataplasmes vaginaux, secondés par un régime et un repos convenables;

Soit par des cautérisations locales;

Soit par des exutoires, des révulsifs aux lombes ou aux aines;

Soit par des toniques, des balsamiques, des ferrugineux placés et combinés à propos;

Soit par des excisions, dont les inconvénients et peut-être l'abus ont fait justice en les réduisant à leur valeur;

Soit par des cautérisations très-douloureuses avec le nitrate acide de mercure, auquel j'ai dû préférer le nitrate d'argent comme produisant une escarre plus sèche, avec moins de durée et de violence de la douleur.

Le caustique solidifié de Filhos a sans contredit ses avantages; mais il doit, je pense, être réservé pour les cas où il y a de grandes destructions à faire sur un fond sain, et toujours avec toutes sortes de précautions, pour mettre les parties saines du voisinage à l'abri du contact des escarres, qui deviennent caustiques si on ne les éteint avec des injections d'oxicrat, et si on ne garnit le fond du vagin avec une quantité convenable de poudre impalpable de riz ou d'amidon;

Soit par la ligature, dans le cas de végétations fongueuses pédiculées sur un fond sain. Alors même ces ligatures, suivies de la resection de la plus grande partie du fongus érectile et non carcinomateux, alors même ces ligatures doivent être serrées graduellement, afin de ne pas courir les chances d'une péritonite, comme je l'ai vue arriver par la ligature trop brusquement serrée d'un simple polype tombé dans le vagin ou d'une tumeur hémorrhoïdale;

Soit enfin par la torsion avec deux pinces à polypes, l'une courbe, pour saisir

le pédicule de la végétation à sa racine, et l'autre droite, pour la tordre sur la première.

Après avoir rapporté un grand nombre d'observations à l'appui de ce qui précède, M. Récamier termine par les conclusions suivantes :

1° Il y a des tuméfactions ou des engorgements utérins résolubles qui ne sont pas inflammatoires, tuberculeux, fibreux, squirrheux ni hypertrophiques, mais qui sont élastiques et sont ordinairement saignants dès que l'épithélium qui les recouvre est détruit.

2° Ces engorgements se comportent comme les engorgements hémorrhoïdaux érectiles de la marge de l'anus, tantôt fixes, tantôt rénitents, et tantôt même intermittents ou périodiques.

3° Ces engorgements érectiles sont fréquents, et lorsqu'ils sont fixes, ils ne cessent que par la destruction des derniers capillaires érectiles qui les composent; ils forment les engorgements résolubles ordinaires.

Passons maintenant aux productions intra-utérines, et voyons si elles sont les seules qu'on observe, et si elles sont et plus rares et plus difficiles à constater que les autres : ce sera l'objet d'une nouvelle communication.

— Il est quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport sur le prix d'Argenteuil.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS DE NOVEMBRE 1849; par M. E. FOLLIN, secrétaire.

(Suite et fin. — Voir le numero précédent.)

III. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

6° TUBERCULES DU CERVELET; par M. LEBERT.

Cette pièce provient d'un individu qui avait succombé phthisique, et qui portait dans la partie inférieure du lobe gauche du cervelet, au voisinage de la moelle allongée, un tubercule unique du volume d'un œuf de pigeon, offrant à la coupe un aspect jaune verdâtre, une consistance dense, et dans son milieu une petite cavité du volume d'un pois, remplie d'un liquide puriforme. Partout son tissu était composé des corpuscules propres au tubercule, qui avaient en moyenne un cent-vingtième de millimètre, et ne contenaient dans leur intérieur que des granules; ils étaient plus pâles et plus arrondis dans la partie ramollie. Là on pouvait très-bien se convaincre qu'il ne s'agissait que d'une liquéfaction du blastème intermédiaire solide, sans trace de suppuration.

La paralysie, dans ce cas, avait existé du même côté que le dépôt tuberculeux.

L'observation complète a été communiquée à la Société par M. Tailbé, interne de M. Rayer, et sera publiée plus tard.

7° EXOSTOSE DE LA FACE SUPÉRIEURE DE LA DERNIÈRE PHALANGE DU GROS ORTEIL; par M. FOLLIN.

M. Follin montre à la Société une petite exostose développée à la face supérieure de la dernière phalange du gros orteil, et que M. Velpeau avait enlevée en taillant une sorte de lambeau osseux sur la face supérieure de cette phalange.

Cette exostose, grosse comme un petit poids, existait sur un jeune homme de 15 ans, d'une bonne santé habituelle, et qui n'avait jamais eu la syphilis. Peu à peu cette tumeur avait soulevé l'ongle et amené consécutivement un onyxis. Dès qu'on eut enlevé la face supérieure de la phalange, il devint facile de voir le pédicule de la tumeur osseuse, qui se dessinait sur la coupe encore saignante de la partie. Traitée par un pansement simple cette plaie a promptement guéri, et le malade est sorti de l'hôpital sans que la tumeur osseuse ait reparu.

Cette petite tumeur, disséquée avec soin, nous a semblé formée : 1° par une base véritablement osseuse, facilement reconnaissable; 2° par un épaississement considérable du périoste, qui, étant venu s'ajouter à la base osseuse primitive, avait de beaucoup augmenté le volume de la tumeur, tellement que cette hypertrophie du périoste constituait sa plus grande partie.

Cette affection, sur laquelle Dupuytren a appelé spécialement l'attention, échappe sans doute souvent à l'observateur, et est confondue généralement avec l'onyxis; elle s'est rencontrée deux fois, en un court espace de temps, dans les salles de M. Velpeau.

Il est un point relatif à ces exostoses qui semble ne point avoir été vu par Dupuytren et qui a frappé l'attention du professeur de la Charité : plusieurs fois il les a vues récidiver. Quoi qu'il en soit, l'extirpation par le bistouri constitue le meilleur mode de traitement.

8° NOTE SUR UN BASSIN VICIÉ PAR OSTÉOMALACIE; par M. DEPAUL.

Le bassin dont je vais donner la description, dit M. Depaul, est celui d'une femme dont j'ai déjà publié l'observation sous un autre point de vue. La mort, qui survint très-peu de temps après l'accouchement, avait eu pour cause un emphysème pulmonaire qui s'était développé pendant le travail, et qui trouva son explication dans une double circonstance : un vice de conformation de ce canal et le volume exagéré de la tête, qui était atteinte d'hydrocéphalie.

La nommée B., âgée de 32 ans, d'une taille assez élevée (1 mètre 60 centimètres), n'offrait rien à l'extérieur qui pût faire naître l'idée d'une mauvaise conformation du bassin. Il y a plus : treize ans auparavant elle était accouchée heureusement à terme et d'un enfant très-volumineux. Depuis cette époque, sa santé paraît avoir été constamment bonne. Lorsqu'elle fut soumise à mon examen, elle était au terme d'une seconde grossesse qui avait été heureuse comme la première et en travail depuis quelque temps déjà. Après avoir acquis la certitude que les efforts naturels, qui étaient cependant très-énergiques, étaient insuffisants, je dus recourir à une application de forceps, et ce ne fut qu'à l'aide de très-vigoureuses tractions que je parvins à extraire la tête, qui était arrêtée au détroit périnéal.

J'ai l'honneur de mettre sous les yeux de la Société le bassin que j'ai préparé et qui présente les particularités suivantes :

Les os qui le constituent, envisagés d'une manière générale, sont aussi développés que dans un bassin normalement conformé. L'aspect de leur tissu, aussi bien que leur épaisseur, rappellent les conditions de la femme la mieux développée. Toutes les altérations consistent dans des déformations des os qui entrent dans la composition de ce canal.

Le sacrum offre à sa base et transversalement un diamètre de 11 centimètres; il a dans le même point et d'avant en arrière 7 centimètres de son sommet à sa base. En mesurant en ligne droite, il présente 9 centimètres et demi seulement. On trouve 13 centimètres et demi, au contraire, en suivant sa concavité. Cette énorme différence se rattache à une courbure exagérée qui frappe de prime abord, soit qu'on cherche à l'apprécier par sa face antérieure, soit qu'on veuille s'en faire une idée par le degré de convexité qui la traduit à la face postérieure. Elle est telle, d'ailleurs, que sa partie moyenne est séparée de la tangente par un intervalle de 4 centimètres. Les articulations avec le coccyx, les os iliaques et la colonne vertébrale n'offrent rien de particulier.

Comme le sacrum, le coccyx offre une courbure plus grande que d'habitude.

La partie supérieure des os coxaux est plus droite que d'ordinaire, et rappelle la conformation normale de l'homme; on dirait qu'elle a subi une pression d'avant en arrière, et il en est résulté que les fosses iliaques sont plus étroites que d'ordinaire, et qu'elles tendent à présenter une gouttière verticalement dirigée.

Les branches horizontales du pubis, les parties qui leur font suite et qui correspondent aux cavités cotyloïdes, ont une direction presque rectiligne. Les branches ischio-pubiennes sont plus rapprochées que dans un bassin bien conformé. La gauche est moins courbée que celle du côté droit. Voici les dimensions de l'arcade qu'elles circonscrivent; on pourra mieux juger de ce qu'elles ont d'irrégulier. Au milieu de sa hauteur, elle présente 5 centimètres 3 millimètres, et 8 centimètres seulement à sa base. Le corps du pubis a 4 centimètres dans le sens vertical.

La portion abdominale du canal est assez régulière; mais elle s'éloigne de la conformation qui caractérise le bassin de la femme, et rappelle bien mieux celle qui appartient à l'homme; elle a, du milieu d'une crête iliaque à l'autre, 24 centimètres, 21 d'une épine antéro-supérieure à l'autre, et 18 et demi d'une épine antéro-inférieure à la correspondante.

Le détroit supérieur, large en arrière, rétréci en avant, a la forme d'un cœur de cartes à jouer. Son diamètre transversal est de 12 centimètres; l'antéro-postérieur de 9, et les obliques, qui sont égaux, ont 11 centimètres.

Le détroit inférieur, qui est un peu irrégulier, a considérablement perdu quant à l'étendue de ses diamètres. Le transversal n'offre que 8 centimètres, l'antéro-postérieur que 7 centimètres et demi. L'oblique droit a 8 centimètres, et le gauche 7 centimètres et demi seulement.

A quelle cause peut-on rapporter les déformations que je viens de faire connaître? Nous ne retrouvons pas, dans ce bassin, les traces habituelles du rachitisme. La courbure du sacrum est exagérée, au lieu d'être effacée plus ou moins complètement. L'arcade pubienne est rétrécie par le rapprochement des branches ischio-pubiennes, et de cette double circonstance résulte un resserrement notable du détroit périnéal. La forme des fosses iliaques n'est pas non plus celle qu'on remarque à la suite de cette maladie. Enfin outre que les autres parties du squelette n'offrent aucune de ces déviations qu'elle leur imprime presque toujours, on retrouve aux divers os du bassin le développement en surface qui est caractérisé à l'état normal; ils n'ont de particulier que les inflexions vicieuses dont j'ai parlé.

Il n'est pas possible de le rapprocher de ces bassins, qui ont été décrits sous le nom de bassins viciés par défaut d'amplitude, d'une manière absolue. En effet, ce qui les caractérise, c'est une régularité parfaite des os qui circonscrivent des ouvertures trop étroites, seulement parce qu'ils n'ont pas acquis leur développement ordinaire. On observe quelque chose de très-différent sur la pièce que je présente. Le canal est étroit et irrégulier, bien que chacun des os, pris séparément, ait les dimensions qu'on est convenu de regarder comme normales.

Quoiqu'il n'y ait rien, dans les antécédents connus de la femme, qui permette de fixer l'époque à laquelle la déformation s'est produite, on est, ce me semble, autorisé à admettre qu'elle est postérieure au premier accouchement, qui se fit avec facilité, quoique l'enfant fût très-volumineux. Tout d'ailleurs, dans l'aspect général de ce bassin, rappelle l'ordre du vice de conformation produit par l'ostéomalaxie : l'aplatissement des régions antéro-latérales, avec saillie du pubis, la courbure du sacrum, la forme des fosses iliaques creusées en gouttière, et avec tout cela le développement complet des os, en voilà suffisamment pour justifier, à mon sens, l'étiologie que je signale. Si quelque doute pouvait rester encore dans l'esprit de quelqu'un des membres de la Société, il me sera facile de le dissiper en rapprochant cette pièce d'une autre que je possède, et pour laquelle l'origine ne peut être méconnue. Je me propose d'en faire prochainement l'objet d'une nouvelle communication.

IV. — PATHOLOGIE.

OBSERVATION D'UNE INDURATION DU CERVEAU ; par M. DUPLAY.

M. Duplay, médecin de l'hospice des Incurables, communique à la Société l'observation suivante qu'à raison de son importance nous rapporterons textuellement.

Le nommé Vautier, âgé de 41 ans, admis à l'hospice de Incurables (hommes), le 22 juin 1849, entre à l'infirmerie dans les derniers jours du mois d'octobre de la même année. Cet homme, placé dans une salle des grands infirmes, avait une paralysie complète des membres inférieurs, il se servait à peine des membres supérieurs, et on était obligé de le faire manger, tant les mouvements de ces membres étaient faibles et incertains. Son intelligence paraissait intacte, car il comprenait bien tout ce qu'on lui disait ; mais il avait une peine extrême pour articuler les mots. Sa sœur, qui venait le voir souvent, m'a donné sur la marche de sa maladie les renseignements suivants :

Cet homme a joui d'une bonne santé jusque vers l'année 1839. Il était fort et supportait bien les fatigues de la profession de serrurier ; il ne commettait pas d'excès de boisson, mais il paraît avoir abusé des plaisirs vénériens. Dans le courant de l'année 1839, il éprouva des engourdissements dans les deux membres inférieurs qui s'affaiblirent insensiblement. La marche, d'abord incertaine, devint de plus en plus pénible ; il fut bientôt obligé de se servir d'une canne et ensuite de béquilles. Enfin, dans l'espace de deux ans, il perdit complètement l'usage des membres inférieurs. On employa tous les moyens usités en pareil cas. La colonne vertébrale fut couverte de cautères et de moxas. Le malade entra plus tard à l'hôpital Saint-Louis pour y subir un traitement par les bains sulfureux, mais aucun moyen ne put enrayer les accidents. Au bout de trois ans la parole devint difficile, et en peu de temps elle fut presque inintelligible. Quant à l'intelligence, elle se conserve intacte au milieu de tous ces troubles du système nerveux. Le rectum et la vessie se paralysèrent ; le malade n'eut plus de selles qu'en les provoquant à l'aide de lavements ou de purgatifs. C'est vers l'époque où se manifesta l'embarras de la parole, que les mouvements des membres supérieurs commencèrent à devenir incertains. Cet homme ayant épuisé toutes ses ressources et n'ayant pu obtenir aucune amélioration dans son état, fut admis à l'hospice des Incurables.

Le 29 octobre 1849, Vautier entra à l'infirmerie ; il présentait alors les symptômes d'une péricardite et d'une pleurésie du côté gauche. Un traitement énergique fit disparaître ces accidents dans l'espace d'une quinzaine de jours. Mais le malade avait reçu une secousse violente par suite de cette double maladie. Il portait en outre à la région sacrée et à chaque région trochantérienne de vastes escarres ; il était dans un état d'amaigrissement extrême, et tout faisait présager qu'il ne résisterait pas longtemps à l'abondante suppuration que fournissaient les escarres. Pendant son séjour à l'infirmerie, je constatai du côté des centres nerveux les phénomènes suivants qui restèrent toujours les mêmes jusqu'à la mort du malade.

Il y avait paralysie complète des extrémités inférieures avec flexion des jambes sur les cuisses, et des cuisses sur le bassin ; prédominance de l'action des fléchisseurs sur les extenseurs, car lorsqu'on redressait les membres ils reprenaient immédiatement leur demi-flexion. La sensibilité était conservée ; les excitations même les plus légères de la peau étaient perçues par le malade. Les membres supérieurs exécutaient des mouvements ; ils ne présentaient pas cette demi-flexion que l'on observait aux membres inférieurs ; seulement le malade était incapable de coordonner leurs mouvements, et il laissait échapper facilement ce qu'il tenait à la main ; la sensibilité y était aussi conservée. La parole était inintelligible ; c'était par suite d'un travail très-pénible que le malade pouvait articuler de temps en temps quelques mots. Du reste, l'intelligence paraissait intacte, et le malade comprenait les questions qu'on lui adressait. Les sens conservaient leur intégrité ; le malade voyait, il entendait, il appréciait les odeurs et les saveurs. Le rectum était paralysé, et il y avait une incontinence d'urine. Les selles étaient quelquefois fort difficiles à provoquer, et je fus obligé plusieurs fois d'avoir recours à l'huile de croton tiglium pour en obtenir.

Tels furent les phénomènes que j'observai et qui ne varièrent pas. Le malade s'affaiblit de plus en plus, épuisé par la suppuration que fournissaient les escarres ainsi que de vastes décollements de la peau environnante, et il succomba dans le dernier degré de marasme le 23 novembre 1849.

L'autopsie fit reconnaître les désordres suivants que la marche de la maladie était loin de faire supposer.

TÊTE. Les os du crâne ne présentent rien de particulier. La dure-mère n'adhère pas à la surface interne du crâne, et la grande cavité de l'arachnoïde ne renferme pas plus de sérosité que dans les cas ordinaires. L'arachnoïde cérébrale présente sur la face convexe des hémisphères une teinte légèrement opaline ; le tissu cellulaire sous-arachnoïdien est légèrement infiltré d'une sérosité transparente ; les membranes se détachent avec la plus grande facilité des circonvolutions cérébrales, et ne leur sont adhérentes dans aucun point.

La substance grise du cerveau est dans l'état normal, et l'on n'observe aucun changement ni dans sa consistance ni dans sa coloration. Le premier tiers de la substance blanche de chaque côté, a partout un léger pointillé rouge, conserve sa consistance normale. Mais les deux autres tiers, à mesure que l'on se rapproche des ventricules, présentent un changement très-notable de consistance. Cette portion de la substance cérébrale acquiert une consistance de plus en plus considérable. On la divise avec peine ; les tranches qui en sont séparées résistent à la traction ; ce n'est qu'avec un effort considérable que le doigt peut les diviser et les écraser. Il existe évidemment une induration des plus prononcées de la substance cérébrale. L'altération entièrement identique des deux côtés occupe une étendue de 6 centim. d'avant en arrière sur 4 dans le sens transversal. La substance blanche a perdu de son éclat ; elle est terne et a une teinte légèrement fauve. La couche optique et le corps strié de chaque côté présentent aussi une augmentation de consistance, mais moins prononcée que celle de la substance blanche. Les ventricules ne contiennent que peu de sérosité limpide. La protubérance cérébrale semble avoir subi également une légère augmentation de consistance, mais il est plus difficile de la constater que dans la substance blanche du cerveau.

La moelle épinière est petite, grêle, comme atrophiée. Les membranes sont saines, et le canal vertébral ne présente dans aucun point de tumeur saillante ou de lésion appréciable. Le cordon médullaire, incisé dans toute son étendue et examiné avec le plus grand soin dans tous ses détails, conservant partout sa consistance et sa couleur naturelles, ne laisse découvrir aucune trace, soit d'un ramollissement, soit d'une hémorrhagie dont elle aurait été le siége.

Les autres organes ne présentent rien de remarquable.

V. — ZOOLOGIE.

1° NOTE SUR LES ANNÉLIDES APPARTENANT A LA FAMILLE DES CHLORÆMIENS ; par M. DE QUATREFAGES.

M. de Quatrefages communique le résultat de ses recherches sur les chloræmiens, annélides qui servent de transition entre les Errantes et les Tubicoles.

A l'extérieur, ces annélides présentent des pieds simples à deux rames et dépourvus de soies à crochet, caractère propre aux annélides errantes et des branchies réunies en faisceau à l'extrémité céphalique, caractère jusqu'à présent considéré comme propre aux tubicoles.

Le corps est hérissé de poils transparents, tubuleux, ondulés, renflés à leur extrémité et noyés dans un mucus analogue à celui que sécrètent presque toutes les annélides.

L'appareil digestif présente une disposition très-exceptionnelle dans ce groupe. A un œsophage long et coudé succède un intestin renflé d'où se détachent deux larges poches pédiculées qui rappellent par leur disposition les estomacs des ruminants. Au delà, l'intestin se rétrécit et forme une anse considérable qui embrasse toute la portion précédente et se porte ensuite jusqu'à l'anus.

L'appareil respiratoire est formé, avons-nous dit, par un double faisceau de branchies flabelliformes qui partent immédiatement en arrière de la tête pour se porter en avant.

Le sang part de ces branchies par deux grandes artères latérales qui se réunissent plus tard pour former une aorte ventrale. La veine cave correspondante, simple en arrière, se bifurque pour se porter sur la portion stomacale de l'intestin, puis se réunit de nouveau sur la ligne médio-dorsale pour abontir aux branchies.

Le sang est d'un vert un peu jaunâtre.

Le système nerveux consiste en un cerveau bilobé et en une chaîne ventrale formée de forts ganglions réunis par des connectifs très-grêles et isolés.

Les yeux soudés l'un à l'autre sur le sommet de la tête reçoivent leurs deux nerfs optiques du cerveau.

Ces observations ont été faites sur une espèce nouvelle des côtes de la Manche qui vit en parasite sur les oursins.

2° NOTE SUR UN HELMINTHE RENDU PAR UN VARAN DU NIL (*lacerta nilotica*, Linné ; *varanus niloticus*, Duméril) ; par M. VALENCIENNES.

Plusieurs observateurs ont déjà eu occasion de voir et de décrire avec plus ou moins de détails un tænioïde remarquable qui est fort commun dans l'intestin des grands ophidiens du genre des pythons et des boa. L'un des serpents de la ménagerie, le *python molure*, rend fréquemment un très-grand nombre d'individus de cette espèce d'helminthe.

Un autre reptile de la ménagerie (*varan du Nil*), d'un ordre différent, celui des sauriens, vient de rendre plusieurs helminthes qui me paraissent devoir être rapportés au genre *bothridium*, à cause de la forme des anneaux et de la place des pores des articles ; mais la tête offre cependant des différences notables. Comme dans les bothridies, elle est constituée par deux larges et profondes fossettes, à parois très-minces, à bords frangés, et pouvant être dilatées, en deux entonnoirs membraneux tout à fait distincts, mais qui se touchent par leur bord interne.

On ne doit pas confondre cet helminthe avec le *botriocephalus auriculatus* Bremser (Atl., pl. XIII, fig. 14-19), qui a quatre fossettes figurées avec exactitude par cet helminthologiste.

M. Chaussat a fait de très-bonnes figures de ce nouveau bothridium du varan du Nil et d'un *bothriocephalus auriculatus* qu'il a rencontré dans un squatène (*squatena lævis*).

VI. — TÉRATOLOGIE.

SUR UN NOUVEAU CAS DE MONSTRUOSITÉ (*atlodyme*, Isid. Geoffroy-Saint-Hilaire) OBSERVÉ SUR UNE ESPÈCE DE REPTILE OPHIDIEN (*homalopsis* Schneiderii) ; par M. RAYER.

Ce cas de monstruosité est caractérisé par un seul corps, deux têtes séparées, mais contiguës, portées sur un col unique. M. Rayer a constaté que, chez ce monstre atlodyme, il existait deux trachées et un seul poumon du côté droit ; un seul cœur situé dans le lieu où il est ordinairement ; deux œsophages et deux estomacs qui s'abouchaient inférieurement dans un intestin unique ; enfin deux testicules, comme chez un individu mâle ordinaire.

Dutrochet a décrit une semblable monstruosité observée sur une *vipère commune*. Dans ce cas, comme dans le précédent, deux trachées aboutissaient dans un poumon unique, et deux œsophages dans un estomac simple et de composition normale. Il n'y avait qu'un seul cœur ; la colonne vertébrale, unique dans sa presque totalité, se bifurquait dans le voisinage de la tête.

Lacépède fait aussi mention d'un *trigonocéphale* qui offrait une semblable monstruosité, mais dont l'anatomie n'a point été faite.

ÉLECTIONS.

La Société a procédé à l'élection de deux membres titulaires. MM. Davaine et Morel-Lavallée ayant réuni la majorité des suffrages ont été nommés membres de la Société de biologie.

BIBLIOGRAPHIE.

DE L'EMPLOI DES ANESTHÉSIQUES EN CHIRURGIE. — Thèse de concours; par M. COURTY. — In-8° de 140 pages. — Montpellier, 1849, chez Martel aîné, imprimeur, rue de la Préfecture, 10; Paris, chez Victor Masson, place de l'École-de-Médecine, 1.

Cet opuscule serait exposé à un jugement trop sévère, si l'on omettait de prendre en considération les deux mots THÈSES DE CONCOURS, qui le recommandent à la juste indulgence du lecteur. En mettant cet argument en avant dans l'intérêt de l'auteur, nous ne voulons pourtant pas faire entendre qu'il en ait plus besoin qu'aucun de ceux qui se sont trouvés en semblable position. Bien au contraire, son travail brille par une méthode excellente, la connaissance et l'emploi intelligent de ce qui a été fait avant lui; enfin des vues généralement sages et éclairées sur le maniement des anesthésiques. Mais, au milieu de cette abondance de matériaux, la main qui les doit disposer ne se montre qu'à trop rares intervalles. Est-ce défiance exagérée de ses forces? Non. Serait-ce incapacité? Non; bien plus fortement, non! N'en accusez que les influences inséparables du *concours*. Si la critique paraît vague et molle, si les parallèles ne se terminent presque jamais par un jugement, si, entre M. Simonin qui professe que l'intelligence cesse la première et M. Sédillot pour qui ce serait la sensibilité, l'auteur hésite et s'abstient de prendre parti.... ce n'est pas, croyez-le bien, qu'il n'ait assez vu pour pouvoir se prononcer d'après son expérience. Mais un concurrent doit ménager et ses juges et tous les aboutissants de ses juges; aussi le voit-on toujours fuir soigneusement ce qui peut ressembler à un blâme. A cette classe d'écrivains une opinion arrêtée semble un piége contre lequel on ne saurait trop se mettre en garde. Le comparatif même leur paraît une forme de discours suspecte: car toute comparaison implique une conclusion. Or est-elle défavorable? Qu'en dira le professeur inculpé? Est-elle favorable? Le péril n'est que déplacé; et ses rivaux blessés sauront bien faire expier ses torts au malavisé candidat.

Cette épineuse situation pourrait ne prêter qu'à rire, si le concurrent était seul à en subir les fâcheux résultats. Mais elle compromet directement la science, qu'elle encombre de ces formules élastiques où l'inexpérience s'égare, où l'ignorance est toujours sûre de trouver des armes pour défendre ses fautes. Elle fausse le sens des élèves, en leur dissimulant la vérité sous les ambages d'une phraséologie dont on n'oserait avouer le véritable but.

Il semble que le souvenir, qui leur est personnel à tous, dût engager les juges d'un concours à épargner le plus possible aux compétiteurs les désagréments d'une tâche pareille. Il semble que, pour atténuer au moins ce défaut, on dût éliminer des sujets proposés ces questions brûlantes d'actualité où la lutte est encore ardente, où chaque école, presque chaque homme se trouve déjà engagé, où l'on ne saurait émettre un avis sans heurter une opinion soutenue et publiée. — Rien ne serait plus logique, plus conforme aux intérêts de la science. Les questions manquent-elles qui ont cessé de passionner les esprits sans cesser d'être irrésolues? L'étude de tous les appareils viscéraux, la connaissance de toutes les affections organiques est-elle donc si avancée aujourd'hui qu'on doive proscrire comme superflues de nouvelles recherches sur ces mystères dont la micrographie n'a encore que soulevé le voile? — Malheureusement, la crainte de passer pour stationnaires, un certain désir de brillanter l'arène où se livreront les passes de l'argumentation, pousse les jurys dans d'autres voies: et c'est constamment aux sujets le plus à *l'ordre du jour* qu'est réservé l'honneur de sortir de l'urne!

L'*anesthésie* justifie sans contredit toutes ces remarques. Nous ne nous les serions même pas permises, si elles n'avaient été nécessaires pour montrer comment, avec plus de matériaux et autant d'aptitude qu'il le fallait pour faire un bon traité de l'*anesthésie*, M. Courty s'est vu réduit à signer une composition, remarquable encore, mais dont les côtés brillants ne servent guère qu'à rendre les lacunes plus apparentes et plus regrettables. — Malgré ces imperfections, la thèse qui est sous nos yeux offre une lecture attachante. Elle embrasse, dans un cadre précis, les divers points de vue que ce sujet immense soulève, et les traite tous de manière à révéler dans l'auteur un sens exercé et un jugement qu'il lui a souvent fallu beaucoup d'art pour cacher.

Un premier chapitre est consacré à exposer les anciens moyens que la chirurgie employait autrefois pour calmer ou amortir la douleur des opérations. Il montre ensuite la découverte de l'éthérisation, préparée, pressentie par des observateurs contemporains, puis celle du chloroforme, qui, pendant quelque temps, passa pour le dernier mot de l'art.

M. Courty a étudié avec un soin tout particulier le mode d'action des anesthésiques sur l'organisme. C'est qu'en effet cette connaissance enseigne à la fois les soins à prendre pour réussir à produire l'anesthésie, puis les indications et les contre-indications. Enfin elle révèle la cause des accidents possibles et les moyens de les prévenir ou d'y remédier. Sous ce rapport, on ne saurait blâmer les développements qu'il donne à cette partie de l'ouvrage, où figurent, lucidement analysés, les beaux travaux de Flourens, de Longet, de Sédillot, de Simonin. Il fait surtout bien comprendre que les cris poussés par les malades durant l'opération traduisent, quoi qu'on en ait, une véritable douleur, et que l'absence de souvenir au réveil ne saurait prouver la non-existence d'une souffrance qu'ont manifestée des signes si positifs!

La question des dangers inhérents aux anesthésiques est trop débattue, trop litigieuse pour que M. Courty ait pu prendre sur lui de chercher à en donner une solution positive. Il reconnaît cependant avec sincérité que les explications soutenues avec tant de chaleur par le fameux rapport à l'Académie de médecine ne conviennent pas à tous les cas de mort. « On a observé quelquefois, dit-il, des traces évidentes d'asphyxie. Ailleurs, la mort a été si instantanée, surtout avec le chloroforme, que l'absence des lésions cadavériques ne suffit pas pour absoudre l'agent anesthésique. » M. Courty comprend bien et énonce fortement le péril qu'il y a à se payer de ces explications insuffisantes, et reproduit, en les approuvant, les paroles par lesquelles M. J. Guérin rappela la nécessité de mieux étudier les causes de ces funestes accidents.

Souvent le sujet portait une prédisposition organique à ressentir les effets du remède comme ceux d'un poison. Parfois aussi, l'anesthésie avait été tentée pour un cas qui n'en comportait point l'emploi. Enfin il est possible que, dans quelques-uns des exemples funestes, la mort ait été due à quelque cause indépendante des anesthésiques. Mais tout n'est pas là: et, dirons-nous avec M. Courty, « lorsque des faits comme ceux de Gorré, de Robert, de Meggison, et surtout de M. Barrier, répondent d'avance à toutes les objections, il faut les accepter et reconnaître à l'agent capable de causer la mort aussi rapidement une action toxique d'une grande énergie ».

L'éthérisation trouve ici un défenseur habile contre les accusations d'immoralité qu'on avait, dans le principe, attachées à son emploi. A propos des rêves érotiques observés pendant l'assoupissement, il fait remarquer d'abord que le chloroforme ne les provoque pas; et d'ailleurs, jamais l'éther ne reveillera des idées impudiques dans les intelligences qui en seraient vierges!

Enfin, nous ne voulons pas priver nos lecteurs des considérants pleins d'un sentiment juste et profond que M. Courty fait valoir contre l'emploi des anesthésiques dans tous les cas d'accouchement. Il le réserve pour les parturitions laborieuses. Mais quant à celles qui sont naturelles, outre que la lenteur du travail est nécessaire pour préparer peu à peu les voies d'expulsion du fœtus et éviter les déchirures du périnée, d'autres motifs plus élevés commandent une réserve sérieuse dans l'application de l'éther à ce cas. « Tout acte physiologique, dit M. Courty, doit s'accomplir d'après le mode assigné par la nature à son exécution. Les souffrances de l'accouchement sont vives, mais elles sont passagères; elles sont, par-dessus tout, amplement compensées par les joies de la maternité. Qui n'a vu combien ces douleurs, tant redoutées, sont vite oubliées par la mère, lorsqu'elle peut presser sur son sein l'enfant qu'elle vient de mettre au monde! La priver de ce bonheur, c'est rompre à demi les liens de la femme et de son fruit. Il est contraire au vœu de la nature d'arracher la mère au sentiment d'elle-même, au moment où elle donne le jour à son enfant, où elle doit entendre ses premiers cris. Les sensations douloureuses de cet instant ont sans doute une raison finale. La mère est le premier témoin de l'entrée de son enfant dans la vie. Il lui est encore moins permis de se soustraire aux douleurs normales de la parturition, que de répudier les fatigues naturelles de l'allaitement ».

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE SANITAIRE.

CONSTITUTION MÉDICALE DES TROISIÈME ET QUATRIÈME TRIMESTRES DE L'ANNÉE 1849.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

La plupart des traits de la constitution médicale du second semestre de 1849 ont déjà été, les uns retracés en détail, les autres seulement indiqués dans plusieurs articles de ce journal. De plus, dans le dernier numéro de l'année, nous les avons rassemblés dans une même étude, sous le titre de COUP D'OEIL RÉTROSPECTIF SUR LA CONSTITUTION MÉDICALE. Ces sortes d'empiétements sur les *Revues sanitaires* trimestrielles ou semestrielles ne sont pas tels cependant qu'ils puissent faire de celles-ci une superfétation. Autre est le caractère des indications que nous croyons devoir donner au praticien, dans l'intérêt même de sa pratique, à mesure que les affections régnantes se transforment ou se modifient, autre est celui des revues faites après coup, dans un intérêt moins immédiat et plus spéculatif. Le caractère de ces revues, pour le définir plus explicitement, est d'embrasser, dans l'ensemble comme dans la particularité, tous les traits de la constitution pouvant servir à en déterminer le génie propre, les diverses expressions symptomatologiques, les conditions étiologiques et le traitement On voit donc que nous ne sommes pas déchargés de notre tâche habituelle, bien qu'elle puisse être un peu allégée par les diverses indications dont sont déjà nantis les lecteurs de la GAZETTE MÉDICALE.

On sait que, à partir de la fin de juin, l'épidémie cholérique a graduellement décliné jusqu'à ce qu'elle s'éteignît à peu près complètement dans le cours de décembre. Néanmoins, dans la dernière quinzaine d'août, on a cru remarquer, du moins en ville, une légère augmentation du nombre des attaques, laquelle, sans mériter le nom de recrudescence, a été pourtant assez notable pour frapper beaucoup de praticiens. Quoi qu'il en soit, et c'est le fait important, l'épidémie en déclinant s'est modifiée. Elle s'est modifiée sous deux rapports essentiels, dans ses caractères propres et dans ses combinaisons avec les autres maladies régnantes. Cette proposition, que nous émettions dans le précédent article, demande à être développée.

La dégradation successive des traits de l'épidémie s'est accusée principalement par les quatre états morbides qui suivent :

1° Un choléra confirmé, ne pouvant laisser aucun doute sur sa nature, se compliquait de phénomènes plus spécialement propres à la fièvre dyssentérique ou à la fièvre bilieuse. Les selles blanches étaient remplacées, soit au début, soit à une période peu éloignée du début, par des selles sanguinolentes avec coliques et ténesmes, ou par des selles jaunâtres, fortement colorées par la bile et sensiblement différentes sous ce rapport de celles qui succédaient, chez beaucoup de cholériques, à la diarrhée riziforme. En même temps, la cyanose et les crampes étaient moins fréquentes et de moins longue durée que dans le cœur de l'épidémie. Bon nombre traversaient toutes les périodes de la maladie, qu'ils en sortissent par la guérison ou par la mort, sans ressentir de crampes prononcées, sans offrir la couleur bleuâtre et le froid glacial des extrémités. Le choléra s'est présenté avec ces caractères, particulièrement en juillet, août et septembre.

2° Certains individus offraient d'abord tous les signes du choléra, et puis ces signes disparaissaient pour faire place à ceux d'une fièvre continue, plus spécialement d'une fièvre typhoïde. Nous avons vu, par exemple, des jeunes gens être pris, après quelques jours de malaise et de diarrhée, de selles blanches, de crampes, avec cessation presque entière du pouls, refroidissement des extrémités, extinction de la voix, enfoncement des yeux, etc., puis se ranimer un peu sous l'influence de médicaments excitants, et parcourir ensuite toutes les phases d'une fièvre typhoïde parfaitement caractérisée.

3° D'autres fois, les signes essentiels du choléra manquant absolument, un appareil de symptômes se développait du côté des voies digestives, qui empruntait cependant de l'épidémie régnante une physionomie spéciale, tellement spéciale que l'entourage du patient, et parfois le médecin, croyaient à l'existence d'un vrai choléra. Le sujet était envahi rapidement par des douleurs excessivement violentes dont il accusait lui-même le siége dans les parties profondes de l'abdomen, dans le fond des fosses iliaques, à la partie postérieure des flancs, et qui se prolongeaient aux lombes et même au dos, comme dans le lombago le plus aigu. Ces douleurs venaient par accès d'une demi heure, une heure, deux heures de durée, et chaque accès s'accompagnait de crampes insupportables dans les deux membres inférieurs, quelquefois mais rarement, et à un faible degré, dans les membres supérieurs. Elles étaient immédiatement provoquées par le décubitus horizontal, surtout sur le dos. Cette influence du décubitus était si prononcée chez certains sujets, que, *pendant plusieurs jours*, ils ne pouvaient se mettre au lit sans en être pour ainsi dire brusquement rejetés, au bout de quelques minutes, par un retour subit des douleurs et des crampes. Une fois debout, le calme revenait plus ou moins rapidement. Dans les intervalles des accès, le pouls était normal, quelquefois seulement un peu accéléré quand l'affection se prolongeait; pendant les accès, il était plus souvent ralenti qu'accéléré. Du reste, nous l'avons dit, aucun signe prononcé de choléra. Pas de refroidissement des extrémités, pas de cyanose, parfois vomissement bilieux au moment des accès, pas de diarrhée blanche; le début de la maladie était même marqué par l'impossibilité de satisfaire un besoin continuel d'évacuations. Les premières garde-robes étaient solides et noirâtres, puis venait un liquide extrêmement chargé de matières bilieuses, dont la quantité, si on facilitait l'évacuation par de légers laxatifs, devenait parfois énorme. Le visage n'était pas autrement altéré qu'il ne l'est dans les fièvres bilieuses ordinaires; il prenait une teinte jaune générale, accusée surtout près des ailes du nez et aux conjonctives; la langue se chargeait d'un enduit également jaunâtre et très-épais; l'amaigrissement n'était pas rapide. Les accès s'éloignaient et devenaient moins intenses à mesure que le ventre se débarrassait; ils avaient généralement disparu au bout de six à huit jours; mais la convalescence était lente; les lombes et les membres inférieurs conservaient longtemps un état de roideur qui rendait la marche difficile. Le vrai remède à cette affection consistait dans un purgatif léger, renouvelé chaque jour. L'intensité des douleurs ne constituait pas une contre-indication. On pouvait seulement profiter de la nuit, où l'on n'a pas généralement à administrer des purgatifs, pour porter dans les intestins quelques calmants, de l'opium même, qui ne contrariait pas autant qu'on pourrait le croire l'action des évacuants. On se trouvait bien encore, quand la position assise ne réveillait pas les douleurs, de faire séjourner le malade *une partie du jour* dans un bain à fond suspendu.

4° Enfin, nous rappellerons une autre forme d'affection abdominale sur

---

Feuilleton.

MISCELLANÉES.

Ibam forte viâ sacrd...., comme dit Horace, lorsque je fus arrêté par un confrère; son air était jubilant et satisfait. Je viens, me dit-il, d'obtenir la complète et rapide guérison d'une fièvre typhoïde, et par les évacuants répétés. Ce succès n'est pas le seul, j'ai à cet égard une *expérience*, formelle, assurée, et je m'y tiens. — A quelque temps de là, je rencontrai un autre confrère. Voulez-vous, me dit-il avec empressement, voir un de mes malades? C'est un très-*beau cas* de fièvre typhoïde guérie par les saignées, non pas poussées à outrance, ce qui n'est qu'un système, mais faites souvent et secondées par un régime antiphlogistique. A cet égard, soyez-en sûr, l'*expérience* a prononcé; c'est à n'y pas revenir. — Peu de temps après et par des circonstances particulières, j'eus occasion d'aller dans un hôpital, et là j'entendis un médecin disserter sur la fièvre typhoïde. Cette maladie, disait-il, est comme toutes les autres, elle a son commencement, son augment et sa fin, laissons-lui donc suivre son cours, ne troublons pas la nature, elle en sait plus que nous; ni les saignées, ni les purgatifs, ni la polypharmacie n'y feront rien; la méthode expectante, voilà la bonne, car elle a pour base l'*expérience*, et cette base est solide, éternelle. — Très-satisfait de cette docte leçon, je vais dans un autre hôpital; je fus étonné d'entendre ce discours : Toute méthode exclusive de traitement pour la fièvre typhoïde est par cela même fausse et absurde. Le principe de cette maladie nous est inconnu, dès lors que devons-nous faire? en suivre pas à pas le cours, en combattre un à un les symptômes selon l'urgence et l'intensité; il n'y a ici ni fanatisme novateur, ni fanatisme stationnaire. Ainsi purger, saigner, fortifier, affaiblir, selon les cas et les individus, telle est la base de la vraie médecine pratique. C'est là s'arrêter aux solutions anciennes que semble avoir dictées le bon sens des siècles; autrement dit l'*expérience* est toujours l'oracle qu'il faut consulter, et voilà ses décisions! — Je fais grâce des autres méthodes plus ou moins vantées, préconisées, toujours bien entendu d'après une expérience à peu près infaillible, tirée de faits *bien observés*.

Maintenant je demande ce que c'est que l'expérience? S'il y a une expérience? Où l'on peut trouver cette expérience? Si elle a des caractères particuliers, un type, une forme à quoi on puisse la reconnaître et s'écrier plein d'espoir : La voilà!

— Chaque vérité admise, même une vérité vulgaire, a été dans son origine une hypothèse, on l'a signalée, repoussée, critiquée comme telle, c'est la règle des esprits faux et quelquefois de ceux qui tiennent le haut rang dans la science; or rien de plus insensé Les hypothèses bien faites ne sont que des aperçus nouveaux; elles tendent à reculer les progrès de l'esprit humain; elle manifestent sa tendance, ses efforts, et lorsqu'on crie à l'hypothèse, on ressemble à

laquelle nous sommes plusieurs fois revenu et dont nous résumions ainsi les caractères dans le dernier tome de la GAZETTE (p. 998) : « Elle consistait en une constriction douloureuse à l'épigastre, des vomissements répétés, provoqués surtout par l'ingestion de la moindre quantité de boisson chaude, un sentiment continu de suffocation, de nombreuses éructations, la tension de l'épigastre, une douleur remontant le long de la colonne vertébrale, la lenteur habituelle du pouls, excepté quand la maladie se prolongeait. Dans certains cas se joignaient à ces symptômes le météorisme et l'endolorissement de tout l'abdomen; les garde-robes, bien que parfois liquides au début, se supprimaient ou devenaient très-rares et très-difficiles. Alors le facies s'altérait, prenait une teinte jaunâtre, et le sujet maigrissait sensiblement. »

C'est en août et septembre que nous avons rencontré les trois dernières formes morbides que nous venons d'indiquer. Dans la même période de temps et même ultérieurement, les affections gastro intestinales simples, sans physionomie cholériforme, n'étaient pas rares à Paris. Chez les uns, c'était une douleur et un sentiment de chaleur à l'épigastre, avec anorexie, soif, vomissements, constipation, insomnie, léger mouvement fébrile; cortége de symptômes appelant l'emploi des bains, des cataplasmes, des boissons adoucissantes, des lavements laxatifs et de la diète. Chez les autres, c'étaient les états gastriques connus sous les noms de saburral et de bilieux. L'état bilieux, en particulier, était extrêmement prononcé chez certains malades. Caractérisé par la teinte spéciale des conjonctives et l'enduit jaunâtre de la langue, il s'accompagnait de pesanteur de tête, d'étourdissements, quelquefois d'une ophthalmie évidemment consécutive, dans laquelle la rougeur de la conjonctive ne faisait pas disparaître entièrement la teinte bilieuse préalable. Il fallait revenir à plusieurs reprises aux émèto-cathartiques, qui finissaient toujours, du reste, par triompher et de l'état gastrique, et de la congestion encéphalique, et de l'ophthalmie elle-même. Nous avons vu aussi, dans plusieurs cas, l'affection stomacale prendre la forme dite *pituiteuse*, et se prolonger ensuite, avec ce caractère, pendant quelques mois, malgré un traitement approprié. Nous ne savons si d'autres ont fait la même remarque. Enfin la diarrhée, soit séreuse, soit muqueuse, soit même dyssentérique, s'est encore montrée de temps en temps en août et septembre. La première surtout était encore assez fréquente à la fin du troisième trimestre, et ne cédait pas facilement aux moyens thérapeutiques. Heureusement à cette époque de l'année, où le choléra devenait de plus en plus rare, il n'y avait pas grand danger à recourir aux opiacés, qui constituaient encore le meilleur mode de traitement.

Nous avons rapproché à dessein des diverses formes morbides plus ou moins liées à l'épidémie cholérique les affections gastro-intestinales simples, à cause de l'identité de siége des principales localisations morbides. Nous devons rappeler maintenant que les méningites cérébrales nous ont paru fréquentes en juillet, août et même septembre; que dans ce dernier mois et dans le cours d'octobre, nous avons rencontré beaucoup d'ophthalmies aiguës, bien différentes de celles dont il vient d'être question, franchement inflammatoires et ne cédant qu'à l'emploi énergique et prolongé de moyens appropriés, tels que sangsues à l'angle externe de l'œil, lotions avec la solution de borax froide, calomel à l'intérieur, etc ; enfin que la même époque a été assez féconde en érysipèles de la face.

L'examen qui précède nous conduit jusque vers la fin d'octobre; à cette époque la scène change notablement. Les affections gastro-intestinales, sans disparaître absolument, diminuent rapidement de fréquence, et on voit se multiplier les angines, les pleuro-pneumonies, les rhumatismes aigus. Ces affections dominent la constitution dans tout le cours du mois de novembre; elles affectent franchement le type inflammatoire; elles se prêtent à une large application des émissions sanguines. Quelques-uns des rhumatismes articulaires sont d'une violence extrême et se compliquent tour à tour de pleurésie, de pneumonie, de péricardite, et laissent dans les surfaces articulaires une grande disposition à s'endolorir sous l'impression du froid.

Ces formes morbides se continuent en décembre; mais vers le milieu de ce mois il s'y joint un ordre d'affections qui n'a pas coutume de régner à cette époque de l'année, bien que l'année dernière nous en ayons déjà rencontrées un bon nombre à la fin du semestre: ce sont des exanthèmes aigus. Tous les praticiens un peu répandus ont dû être frappés de la fréquence des scarlatines, des rougeoles, des urticaires et des prurigos. Ce fait dont nous avions pris note, il nous a été d'ailleurs confirmé par un confrère excellemment placé pour ces sortes d'observations, par l'honorable M. Blache. La marche de ces affections, comme si elles n'eussent pu se développer régulièrement dans une pareille saison, était très-souvent anormale. En outre, elles se combinaient parfois de la façon la plus étrange avec les autres formes morbides dont nous nous occupions plus haut. On voyait, par exemple, une rougeole disparaître rapidement, être remplacée par un rhumatisme, et celui-ci se compliquer de pleuro-pneumonie et de péricardite. Enfin, le muguet, soit seul, soit lié à quelque affection aiguë, n'était pas rare chez les enfants; c'est encore une remarque que nous a transmise M. Blache.

Tels ont été, pendant le dernier semestre de 1849, les caractères principaux de la constitution médicale. Si maintenant nous essayons de la mettre en regard de la constitution météorologique signalée dans notre précédent article, on reconnaîtra de suite la nécessité de séparer, dans les déterminations étiologiques, la part de la cause inconnue de l'épidémie de choléra et celle des conditions appréciables de l'atmosphère. Rien en effet, dans ces conditions, ne peut rendre compte de la persistance de l'affection cholérique pas plus que l'état atmosphérique du mois de mars n'avait pu rendre compte de l'invasion de l'épidémie; rien non plus ne peut expliquer ces formes bilieuse et spasmodique de maladie intestinale qui portaient si manifestement le cachet cholérique. Les chaleurs d'août et de juillet avaient été modérées, celles de septembre seules avaient été un peu élevées; mais les affections bilieuses cholériformes s'étaient déjà montrées à cette époque. Enfin, s'il est vrai que le vent du sud avait prédominé pendant le troisième trimestre, c'avait été à un degré moindre que dans le quatrième. Il faut donc admettre que la forme cholérique modifiée ou non, simple ou combinée avec d'autres affections, s'est prolongée pendant une partie du second semestre, uniquement sous l'influence du principe morbide qui lui avait donné naissance. Néanmoins nous avons souvent montré qu'il existait un rapport direct entre le degré de la température et le degré d'activité de l'épidémie, et que les recrudescences antérieures à juin avaient coïncidé avec ces élévations de la température. Or, sur une plus petite échelle, l'observation donne encore ici le même résultat. La légère augmentation qui a été remarquée dans la seconde quinzaine d'août a succédé à des chaleurs intenses, dont tout le monde se plaignait. Bien que le degré moyen de la température ait été modéré, le thermomètre était monté fréquemment à 22, 23 et 25.

Le mois d'octobre amène des angines, des pleuro-pneumonies, des rhu-

---

de malheureux Égyptiens campés au pied d'une des faces de la grande pyramide, et qui nieraient l'existence des autres faces parce qu'ils n'en auraient jamais fait le tour.

— Découvrir une vérité ou renverser une erreur sont également un progrès de la science. Il y a une thèse célèbre de Van Dœveren, dont voici le titre : SERMO DE ERRORIBUS MEDICORUM, SUA UTILITATE NON CARENTIBUS. Rien de plus vrai, mais le sujet est bien difficile, bien délicat, et les erreurs des médecins bien nombreuses, car les unes viennent de leur ignorance particulière, les autres de l'ignorance où nous sommes des causes des maladies, la plus grande difficulté de la science.

— Que n'a-t-on pas dit, que n'a-t-on écrit sur les femmes? les uns les regardent comme des anges, les autres en font des démons; peut-être an fond justifient-elles l'une et l'autre assertion. Un médecin, considérant la femme sous un autre point de vue, la définissait *un animal faible et malade*. Or voici comment il raisonnait : La femme, disait-il, est d'abord faible et malade comme tous les animaux jusqu'à parfaite croissance; alors viennent ces symptômes si communs à toute la classe des bimanes; elle en est malade six jours par mois, l'un portant l'autre, ce qui fait au moins le cinquième de sa vie. Ensuite viennent les grossesses et les nourritures des enfants qui, à les bien considérer, sont deux gênantes maladies; elles n'ont donc que des intervalles de santé à travers une maladie continuelle. Leur caractère se ressent essentiellement de cet état presque habituel; elles sont caressantes et engageantes, comme presque tous les malades; cependant brusques et fantasques parfois comme les malades, douces et violentes, promptes à se fâcher, promptes à s'apaiser comme les malades; elles cherchent la distraction, l'amusement; des riens les amusent comme les malades. Elles ont l'imagination vive, légère, mobile, constamment frappée; la peur, l'espérance, le désespoir, le désir, le dégoût, se succèdent rapidement, tout est à la sensation, à l'impression présente; elles aiment la retraite, le boudoir, et par intervalles la foule, le bruit, comme les malades. Voyez maintenant comment nous nous conduisons avec elles, et vous trouverez que nous agissons comme avec les malades. Nous les soignons, nous sommes empressés, nous nous attendrissons avec elles; leurs larmes vraies ou fausses nous touchent, nous y prenons intérêt; nous cherchons à les distraire, à les amuser; ensuite nous les laissons longtemps seules dans leurs appartements; puis nous les recherchons, les caressons, et puis nous...

— Rien de plus rare qu'un ferme et constant vouloir; l'aplatissement des caractères si commun aujourd'hui prouve combien est fausse la direction de certaines idées générales. Une volonté forte est d'autant plus difficile qu'il s'agit de combattre une habitude ordinairement transformée en besoin. Vicq-d'Azyr raconte que le grand Haller étant à l'université de Tubingen, fut entraîné dans une orgie où il s'enivra; il vit avec honte, avec douleur dans ses amis et dans lui-même les sens troublés et la raison anéantie. Ce spectacle lui fit horreur; dès lors il résolut de ne plus boire de vin et il s'en priva pour toujours. J'ai vu un cas pareil et dans une autre circonstance, il y a plus de trente ans. Un médecin militaire avait contracté la funeste habitude de boire et sa rai-

malismes articulaires aigus, etc. Quelle est la constitution météorologique de ce mois ? La chaleur avait été modérée en moyenne ; elle avait subi peu de variations brusques ; mais en revanche la pression atmosphérique avait été extrêmement inégale, forte aujourd'hui, très-faible demain. Les mêmes maladies se multiplient en novembre, et il se trouve que ce mois est très-chargé, non plus en variations barométriques, mais en variations thermométriques. Ajoutez que la pression atmosphérique moyenne, dans ce mois, avait été très-faible. Or nous croyons que les oscillations thermométriques et barométriques peuvent également contribuer à la production des phlegmasies viscérales et articulaires, et que la diminution de la pression atmosphérique est une circonstance particulièrement propre à engendrer les phlegmasies viscérales. Sur ces différents points donc, il existe un rapport assez étroit entre les caractères de la constitution médicale et les conditions météorologiques.

Reste un dernier trait à étudier sous ce rapport, à savoir la fréquence des exanthèmes aigus anormaux vers le milieu de décembre. Le même fait avait eu lieu à la fin de 1848, notamment en décembre, par une température moyenne élevée (+ 5,8), plus élevée même que celle de 1849 (+ 4,0). En rendant compte de la constitution du second semestre de l'année dernière (GAZ. MÉD., 1849, p. 119), nous faisions remarquer que les exanthèmes aigus n'avaient pas régné à la fin de 1847, malgré une chaleur moyenne assez forte, mais nous ajoutions que le quatrième trimestre de 1848 n'avait pas été traversé par des froids passagers autant que celui de 1847. Dans ces conditions, pouvait-on attribuer à la température quelque influence sur la production des exanthèmes ? Ce que nous pouvons dire, c'est que, cette année, l'invasion de ces maladies a coïncidé avec les chaleurs insolites qui sont survenues dans le second tiers du mois de décembre et qui a élevé le niveau thermométrique à près de 13 degrés. Il faut pourtant ajouter que dans certaines années exemptes, à la même époque, d'exanthèmes, en 1847, par exemple, le thermomètre s'est élevé presque aussi haut. Impossible d'attribuer plus sûrement ce résultat à la prédominance du vent du sud, car nous l'avions noté également à la fin de 1847. Enfin la diminution de la pression atmosphérique à laquelle on pourrait être tenté de rapporter le développement d'exanthèmes cutanés ne saurait être invoqué ici, puisque en décembre dernier la pression moyenne était de 756 millimètres ; seulement on se rappelle que la pression avait été faible et avait subi des variations considérables en octobre et novembre. Et il y a lieu de se demander si la fréquence des exanthèmes, malgré la difficulté de saisir un rapport certain entre elle et l'un quelconque des éléments météorologiques, n'a pas pu néanmoins résulter de la réunion de ces éléments ; si, par exemple, les grandes diminutions de la pression atmosphérique qui ont marqué les mois d'octobre et de novembre n'avaient pas préparé pour ainsi dire la surface cutanée à obéir plus facilement à l'action expansive des chaleurs insolites de décembre, aidées par le vent du sud, et n'avaient pas placé d'avance l'économie dans la disposition la plus favorable au mouvement pathologique que la température élevée tend naturellement à déterminer vers la périphérie. Nous ne voulons pas aller plus avant dans cette question que les faits éclairciront sans doute une autre fois.

Nous donnons, en terminant, le mouvement des hôpitaux pendant le dernier trimestre de 1848. Nous le donnons sans commentaires, comme celui du premier semestre et pour la même raison, à savoir, l'impossibilité de faire la part de l'affection épidémique dans le nombre des entrées, des sorties et des décès, et, par suite, celle des affections intercurrentes, que nous aurions surtout à apprécier ici.

TABLEAU DU MOUVEMENT DES HÔPITAUX PENDANT LES TROISIÈME ET QUATRIÈME TRIMESTRES DE 1849.

Mois	Établissements.	Malades existants le 1er du mois	Malades admis pendant le mois.	Tot. des malad. existants au commenc. du mois et admis pendant le mois.	Malades sortis pendant le mois.	Malades décédés pendant le mois.
Juillet	Hôpitaux.	5,178	7,813	12,991	6,645	754
	Hospices.	9,331	1,030	10,361	849	229
Août	Hôpitaux.	5,592	7,982	13,574	7,050	940
	Hospices.	9,283	1,100	10,383	910	210
Septembre	Hôpitaux.	5,584	6,865	12,449	6,388	774
	Hospices.	9,263	1,090	10,353	817	184
Octobre	Hôpitaux.	5,287	6,718	12,005	5,950	551
	Hospices.	9,352	1,118	10,470	780	136
Novembre	Hôpitaux.	5,504	6,572	12,077	5,648	457
	Hospices.	9,554	1,018	10,572	812	170
Décembre	Hôpitaux.	5,972	6,680	12,652	6,308	574
	Hospices.	9,590	1,044	10,634	732	239

ÉPIDÉMIES.

NOTE SUR LES ÉPIDÉMIES DU MOYEN AGE (DE 600 A 1300); lue à l'Académie de médecine de Belgique, séance du 24 novembre; par M. DE MERSSEMAN, membre titulaire.

Les deux années qui viennent de s'écouler marqueront dans l'histoire médicale de notre pays. Une épidémie meurtrière, produite par la crise alimentaire de 1846 et 1847, avait à peine cessé ses ravages, qu'un fléau plus redoutable encore, le choléra, se répandit au milieu de nos populations déjà si cruellement éprouvées. Comme il arrive au jour de ces fatales apparitions, les pensées des praticiens durent abandonner le champ des théories, dont l'utilité est souvent contestable, pour se concentrer tout entières sur l'histoire des grandes épidémies, afin de recueillir, à l'école des observateurs célèbres, les enseignements pratiques qu'on chercherait vainement ailleurs.

En suivant la direction que la force des choses et les circonstances que nous traversons ont imprimée aux études des médecins, j'ai pensé qu'il pouvait être à propos d'entretenir l'Académie de quelques-unes de ces grandes plaies qui ont frappé l'humanité et plus spécialement les populations de la Belgique.

Je n'ai pas la prétention de faire l'histoire des épidémies qui ont régné dans l'antiquité, ni de celles qui se montrèrent depuis le commencement du dix-septième siècle ; les maîtres de la science les ont décrites avec la supériorité qui distingue leurs productions, et devant eux je m'incline

son en était souvent troublée. Un soir il vint à l'hôpital pour y voir quelques malades, et malheureusement son cerveau était loin de fonctionner d'une manière normale. Il s'approche d'un malade, lui tâte le pouls et dit : Maintenant cela va bien, mon brave, le pouls est bon, régulier ; allons donnez-lui le quart, du riz et des pruneaux. Faisant ensuite le tour du lit, il prend l'autre bras du *même* malade, puis il s'écrie : Vous avez donc fait des imprudences ; certainement il y a eu écart de régime ; le pouls est mauvais, très-mauvais ; en conséquence diète le matin, soupe sans pain le soir. Un jeune pharmacien vif et facétieux qui suivait la visite dit au malade : « Ah ça ! écoute bien ! tu prendras le quart du côté gauche et tu feras diète du côté droit. » — Que dites-vous donc là ? dit le médecin avec colère. — Monsieur, répondit tranquillement le pharmacien, j'explique au malade la manière dont il doit exécuter votre prescription ; car vous avez ordonné le quart pour le côté gauche et une diète sévère pour le côté droit. Le médecin rougit et assura que c'était un mal entendu ; mais de retour chez lui, pleurant de honte et de regret, il jura que jamais il ne boirait de vin ni de liqueur. Vingt ans après, je le revis, il continuait à être abstème ; sa santé physique et morale s'en trouvait à merveille.

— La science, qui fait nos délices, est bien loin encore de pouvoir faire notre orgueil. L'homme qui a dit ces paroles avait certainement mesuré avec justesse et profondeur la valeur de nos connaissances.

— Malgré nos passions, malgré nos folies, on peut dire que le besoin du vrai est l'instinct de notre espèce, le but auquel elle aspire sans cesse, tandis que l'impossibilité de l'atteindre fait sa misère et la preuve manifeste de son impuissance.

— L'homme, dans ses desseins, oublie toujours de compter l'heure qu'il ne verra pas, car l'instinct de conservation qui réside en lui ne s'éteint jamais, et pourtant il pourrait dire :

Le feu qui m'a nourri m'aura donc consumé.

Ce principe qui est en nous, principe inconnu, indéfinissable, être ou chimère, substance ou mode, se détruit et s'use par l'usage même de la vie ; c'est la grande loi du temps en vertu de laquelle tout s'épuise, tout prend fin, pour recommencer de nouvelles combinaisons ; mais le mystère de la destinée humaine n'en repose pas moins au fond d'une impénétrable obscurité. Cette destinée va-t-elle se perdre à jamais dans l'immensité des choses ? se continue-t-elle jusqu'à la réalisation de ces désirs immenses qui agitent tout cœur d'homme ? Voilà le problème, et la solution n'en sera point donnée à notre intelligence actuelle et terrestre.

— « On demande trop à l'anatomie pathologique en exigeant d'elle toutes les certitudes. L'observation de la vie vient avant elle, se passe d'elle le plus souvent pour le bonheur de l'humanité, et supplée dans tous les cas à ce qu'elle ne peut donner. Eh quoi ! il n'y aurait d'autres maladies que celles qui dépendent de la détérioration des organes, et les phénomènes qui préparent et amènent ces détériorations ne seraient que des ombres fugitives ? Les médecins qui ne

avec respect. Je me suis imposé une tâche plus modeste, celle de vous présenter l'esquisse des maladies qui ont régné épidémiquement pendant la longue et obscure période historique qui s'étend depuis la chute de l'empire d'Occident jusqu'au seizième siècle.

Nos annales ont conservé, avec le souvenir des calamités publiques de toute espèce qui ont affligé notre pays, celui de pestes effroyables qui ravagèrent le monde pendant le moyen âge. C'est donc dans ces annales que j'ai dû chercher et que j'ai trouvé les éléments nécessaires pour tracer le récit du passage de ces fléaux sur nos provinces; car, à défaut de documents médicaux, qui manquent à cette époque, les chroniques nous donnent des détails que nous ne serons pas étonnés d'y rencontrer, si nous nous rappelons que ces annales furent écrites dans les monastères, refuges respectés, où les traditions littéraires et scientifiques, et par conséquent les notions médicales, ont été conservées pendant plusieurs siècles de barbarie.

Quelle que soit l'importance des renseignements que fournissent les monuments historiques sur les épidémies, il n'est pas besoin de dire que l'esquisse que je vais avoir l'honneur de faire passer sous vos yeux ne peut être un travail rigoureusement médical: elle n'aura pas, elle ne peut pas avoir cette précision de détails indispensables, pour qu'on puisse apprécier convenablement une maladie et tirer de cette appréciation des déductions utiles. Malgré cette imperfection qui tient à la nature du sujet que j'ai entrepris de traiter, mon travail offrira encore des données qui ne vous paraîtront peut-être pas dénuées d'intérêt, il fournira des rapprochements qui ne seront pas sans importance, et donnera lieu à des comparaisons qui, aujourd'hui même, auront leur valeur.

Il n'existe pas de documents historiques sur nos contrées qui datent d'avant l'invasion romaine; car, au point de vue surtout où je me suis placé, je ne tiens pas compte de quelques assertions générales des historiens grecs sur les populations celtes ou galates. Vous savez d'ailleurs, messieurs, que les mœurs et les institutions des peuples qui habitaient les Gaules s'opposaient à la transmission écrite des événements.

Nous ne connaissons donc rien sur les maladies qui ont pu atteindre les habitants des marécages, des forêts et des bruyeres, qui constituaient alors notre pays. Tout ce que nous savons, c'est que nos ancêtres sont sortis de cette race de fer qui s'était multipliée, dans des proportions formidables, au milieu des contrées hyperboréennes qu'un ancien historien, dans son pittoresque langage, nomme la fabrique des nations (*officina gentium*), de cette race qui se répandit, à plusieurs reprises, sur la surface de l'Europe, comme pour en régénérer les populations énervées. Ces hommes à la taille gigantesque, aux mœurs rudes et sauvages, aguerris aux intempéries, rompus aux fatigues, habitués aux dangers et à toutes les privations, ces hommes, dis-je, offraient aux influences épidémiques une résistance proportionnée à leur forte organisation. Nous sommes donc autorisés à croire qu'ils avaient beaucoup moins de prédisposition aux maladies que les nations amollies par une civilisation corrompue. Aussi les écrivains de l'antiquité qui font mention des barbares du Nord, nous rapportent-ils que leurs connaissances médicales se bornaient à l'usage empirique de quelques herbes et à l'emploi de certaines cérémonies religieuses.

Franchissons, messieurs, la période de bouleversement d'où, grâce au christianisme, est sortie la civilisation moderne. Arrivons à la période mérovingienne de l'histoire des Francs. Les événements se sont insensiblement dégagés de l'obscurité qui les a environnés jusqu'alors; c'est l'époque où le christianisme fait des progrès décisifs. Les missionnaires de l'Évangile, qui tous étaient lettrés, enregistrant leurs succès ou leurs revers, consignaient des faits politiques contemporains, des détails de mœurs, et c'est dans les matériaux un peu confus que leurs patients labeurs ont amassés, qu'aujourd'hui nous trouvons çà et là quelques renseignements scientifiques d'un haut intérêt.

La Chronique de Grégoire de Tours est la source historique la plus abondante à la fois et la plus pure de l'époque dont nous parlons.

En parcourant l'histoire que nous venons de citer, on rencontre des passages nombreux où l'écrivain mentionne les maladies qui parurent de son temps. L'épidémie qui domina alors fut celle que l'historien désigne sous le nom de *morbus dysentericus*. Grégoire de Tours la décrit avec des détails d'autant plus précis, qu'il l'observa de près; car elle lui enleva, malgré ses soins et sa sollicitude, une foule d'enfants confiés à ses soins et qu'il aimait avec la plus vive tendresse.

Le chroniqueur commence son récit par la description de grandes et profondes perturbations atmosphériques, qui s'étendirent sur toute la Gaule, pendant la quatrième année du règne de Childebert. Dans le midi, des pluies diluviennes tombant sans interruption, pendant douze jours, firent déborder la Loire, le Rhône et leurs affluents et causèrent de vastes inondations, surtout à Lyon dont les murailles furent renversées. En Touraine, un immense météore lumineux parcourut l'espace avec fracas; un tremblement de terre faillit engloutir la ville de Bordeaux, et se propagea jusqu'en Espagne à travers la chaîne des Pyrénées, qui subit de grands bouleversements. Les environs de Bordeaux et la ville d'Orléans même furent ravagés par le feu céleste, et Chartres par la grêle.

La maladie fit explosion pendant le mois d'août, et se répandit dans toutes les parties de la Gaule avec une effrayante rapidité. « Les per» sonnes que le fléau atteignait, dit Grégoire de Tours, étaient aussitôt » prises d'une fièvre violente avec des vomissements, de vives douleurs » dans les lombes, à la tête et au cou; les matières vomies étaient d'une » couleur jaune ou verte. On croyait que la maladie était l'effet d'un poi» son invisible. Les gens du commun l'appelaient les pustules rouges; » car des ventouses appliquées aux épaules ou aux cuisses produisaient » des vésicules qui donnaient une grande quantité de pus, ce qui a sauvé » beaucoup de malades. »

Cette épidémie dura pendant plusieurs années: l'évêque de Tours en parle dans les livres V, VI et IX de son histoire. Elle sévit dans toutes les parties de la Gaule, dans la Narbonaise et l'Albigeois, en Touraine, dans le Berri, en Poitou, en Lorraine, dans les provinces belgiques, et surtout dans le fief impérial de Braine, où elle vint attaquer les membres de la famille royale et jeter parmi eux le deuil et le désespoir. Le roi Chilpéric en fut gravement atteint et faillit y succomber. Trois des enfants qu'il avait eus de Frédégonde en moururent en moins de trois ans. Plusieurs grands personnages de la cour furent comptés parmi les victimes.

La digne émule de Frédégonde, Austregilde, la femme du roi Gontram, en fut frappée, et, à propos de la mort de cette reine, le pieux évêque de Tours raconte une anecdote qui ne donne qu'une médiocre idée de la bienveillance que l'on accordait, à cette époque, aux médecins: « Avant qu'elle rendît sa méchante âme, dit Grégoire, sentant qu'elle » n'en échapperait pas, elle se mit à pousser des soupirs, et, prétendant

---

vivent pas au milieu des morts, dans les hôpitaux, seraient condamnés à passer leur vie au milieu des chimères? Singulière doctrine que celle de ne vouloir reconnaître les maladies que parvenues au degré où on les trouve dans les cadavres. Non, non, la vraie maladie est dans l'action morbide qui a produit cette altération. » Qui a donc prononcé ces excellentes paroles citées tout récemment dans un journal de médecine? Broussais, le grand réformateur; mais lui-même a-t-il toujours été fidèle à ces principes? Il est facile d'en douter, plus facile encore de le prouver.

— Il n'y a plus guère que les jeunes médecins qui font des livres, les vieux médecins font leurs affaires.

— Un style élégant et pur, sans coquetterie, sans emphase, qui sert de vêtement plutôt que de parure aux idées qu'on expose, voilà le style scientifique le plus convenable. Il ne faut pas pour cela prendre le ton vulgaire et plat pour le ton simple et naïf; le style exige toujours une manière plus soignée que la conversation familière; s'il ne faut pas trop s'élever, il ne faut pas non plus s'abaisser et ramper, car on s'expose à tomber dans le trivial. On sait que d'Alembert dit un jour à Rivarol, la langue caustique par excellence: Je n'aime point ce poëte ampoulé, emphatique, qui s'appelle J.-B. Rousseau; comprenez-vous quelque chose à ces vers:

Des bords charmants où naît l'aurore,
Aux bords enflammés du couchant.

Pourquoi pas un langage plus simple? — Ah! vous avez complétement raison, dit Rivarol en souriant, il eût bien mieux fait de dire de l'*est* à l'*ouest*. Et les rieurs ne furent pas du côté de d'Alembert.

— Mon ouvrage, disait un auteur médiocre, est traduit en anglais, en allemand, et en français.... Sans doute, dit un auditeur. Il est certain que la plupart de nos auteurs apportent une singulière négligence dans leur manière d'écrire; la devise suivante est sans doute de leur choix:

. . . . Le style n'y fait rien,
Pourvu qu'il soit *pesant*, il sera toujours bien.

C'est là une erreur complète; ils ne peuvent ou ils ne veulent pas comprendre que quand on tient une plume à la main, c'est tout à la fois pour instruire et fixer l'attention du lecteur. Cela a lieu dans tous les sujets, fussent-ils des plus arides en apparence. On peut assurer que, même dans la description d'un os, du *sphénoïde*, si l'on veut, il y a deux manières de la faire, l'une traînante, fatigante et fastidieuse, l'autre rapide, claire, méthodique et même élégante.

— Je soutiens qu'il faut attacher des *grelots* à une bonne idée. Ignorez-vous donc qu'elle a de nombreux et implacables ennemis parmi lesquels on peut signaler comme les plus dangereux, l'indifférence et l'oubli; faites-donc hardiment sonner vos grelots et allez toujours.

— Il fut un temps où les médecins de Paris s'arrogeaient une sorte de supré-

» faire partager son sort, voulut que, pendant ses funérailles, d'autres » trépas fussent déplorés. Elle s'adressa au roi son époux : J'aurais encore » eu l'espoir de me guérir, dit-elle, si je n'étais tombée entre les mains » de médecins pervers : les potions qu'ils m'ont données me font mourir » de mort violente. Pour que ma mort ne reste pas sans vengeance, je » vous prie et je vous adjure, sous la foi du serment, de les faire mou» rir par le glaive dès que j'aurai cessé de vivre. A ces mots elle expira. » Le roi désolé, mais lié par le serment qu'il avait prêté à sa femme, » obéit à ses ordres iniques et fit égorger les deux médecins qui lui » avaient donné leurs soins. » Le chroniqueur ajoute avec naïveté que cela ne se fit pas sans péché, selon l'avis de beaucoup d'hommes prudents.

Si le fléau décimait d'une manière si cruelle la famille des souverains, avec combien plus de fureur n'a-t-il pas dû sévir parmi les classes inférieures de la nation! Grégoire de Tours ne donne aucun détail sur le nombre des victimes de cette épidémie; mais il jette çà et là, dans son récit, des incidents qui témoignent de l'extrême terreur que la maladie inspirait. Des villes, des cantons entiers étaient subitement abandonnés par leurs habitants, et ceux-ci n'échappaient même pas par l'émigration aux atteintes du fléau qui les poursuivait dans leur fuite et jonchait leur route de cadavres.

La lecture des passages qui font mention de cette épidémie fournit la preuve que pour être d'une violence extrême, elle ne tuait pas toujours rapidement ses victimes. Elle ne les enlevait parfois qu'après qu'elles eussent traîné pendant quelque temps une vie languissante. Grégoire de Tours raconte avec détail le désespoir qui s'empara de Frédégonde, lorsque, ayant assisté à la mort de son plus jeune fils, elle vit son aîné, Chlodebert, en proie à la fatale maladie. Dans sa sauvage douleur, la reine quitta la ferme royale de Braine avec le cercueil de son enfant mort, alla le faire enterrer à Paris et de là se rendit à Soissons, traînant à sa suite, sur un brancard, son autre fils malade. Arrivée dans cette dernière ville, elle le fit déposer près du tombeau de Saint-Médard, et implora, au prix de tous ses trésors, sa guérison, qu'elle n'obtint pas; car Chlodebert mourut la nuit même, épuisé moins par la maladie que par la fatigue de ce long voyage.

Malgré tout ce qu'ils laissent à désirer, les détails qui précèdent, si on les examine au point de vue des connaissances médicales de nos jours, nous permettent de déclarer avec hardiesse que la dénomination de *morbus dysentericus*, appliquée à l'épidémie qui vient d'être esquissée, est tout à fait inexacte. L'affection ne présentait aucun des caractères de la dyssenterie dont le symptôme pathognomonique, l'écoulement du sang par les selles, manquait. En analysant les signes que nous avons rapportés, il n'est pas de médecin qui ne soit convaincu que l'épidémie était de nature inflammatoire : la fièvre violente, le mal de tête, la douleur dans les lombes l'indiquent à l'évidence. Si nous poursuivons notre analyse, nous remarquons les vomissements de matières jaunes ou verdâtres, l'éruption de vésicules qui, produisant une abondante suppuration, amenaient le plus souvent une grande amélioration et la guérison; ajoutons que le fléau atteignait plus particulièrement les enfants et qu'on l'attribuait en général à un poison mystérieux, et on ne pourra plus hésiter à reconnaître que c'était la petite vérole. D'ailleurs, dans plusieurs passages du livre de l'évêque de Tours, l'épidémie prend le nom de *pustulæ*, *pustulæ malignæ*, *malæ*; un autre contemporain, Marius, évêque d'Avranches, désigne la maladie par un nom inconnu aux anciens, comme la maladie elle-même, et, peut-être, alors employé pour la première fois, par le nom de *variola*, qui lui est resté et qui a tant de fois jeté la terreur parmi les nations.

Il est évident et des témoignages irrécusables constatent que, au sixième siècle (578), la variole s'est déclarée dans la Gaule; il est également établi que cette affreuse maladie n'y fut pas introduite par voie de contagion, mais qu'elle y éclata spontanément à la suite de troubles atmosphériques considérables. En effet, Grégoire de Tours est fort explicite à cet égard; « cette contagion, dit-il, suivit immédiatement l'apparition de ces prodiges. » Et ce fut à Tours même et dans plusieurs villes centrales de la Gaule qu'elle fit explosion, presque au moment où elle éclata pour la première fois en Arabie. En effet, un vieux manuscrit arabe cité par Jacques Reiske, comme l'affirme Mead, rapporte à l'année 572 la première apparition, chez les Arabes, du terrible fléau.

Il sévit dans les Gaules pendant plusieurs années consécutives, puis parut perdre, au moins dans ces contrées, de sa violence. Mais il trouva, parmi les peuples des régions brûlantes de l'Afrique, un aliment permanent; il s'y fixa, devint endémique, et après trois cents ans, à la suite des conquêtes des Sarrasins, se glissa de nouveau en Europe pour s'y implanter, et, pendant une longue série de siècles, y exercer ses ravages dans toutes les classes de la population.

La variole ne fut pas la seule épidémie qui se montra dans la Gaule pendant la période mérovingienne; la peste, cette maladie redoutable connue de la plus haute antiquité, y exerça aussi de grands ravages, surtout dans les provinces méridionales. L'histoire de Grégoire de Tours désigne ce fléau sous le nom de *morbus inguinarius*, *lues inguinaria*, d'après le symptôme le plus apparent de cette affection, l'existence de bubons, d'abcès aux aines et dans d'autres parties du corps où le système lymphatique domine.

La Provence et surtout la ville d'Arles en furent infectées. Dans le Languedoc, la ville de Narbonne en souffrit beaucoup, et les victimes y succombaient avec une grande promptitude. Il est à remarquer que, dans ces temps, comme aux époques plus récentes, Marseille fut toujours le point d'élection par où le fléau pénétra en France. Grégoire de Tours raconta qu'un navire venu d'Espagne pour faire le négoce dans ce port, y apporta la contagion qui se répandit bientôt dans toute la ville avec la rapidité d'un incendie qui dévore la moisson.

Je mentionne ces faits dans le but de vous faire remarquer, messieurs, qu'aucune donnée n'établit que, dans ce temps, la peste ait pénétré dans les parties septentrionales des Gaules, et par conséquent dans les provinces belgiques, malgré les nombreuses communications qui existaient entre les peuples des deux régions.

Après Grégoire de Tours, les chroniqueurs ne donnent dans leurs écrits presque pas de détails propres à nous aider beaucoup à reconnaître la nature des épidémies qui se sont montrées pendant l'époque dont ils tracent l'histoire. L'apparition de ces maladies se trouve seulement mentionnée, elle est reléguée au troisième plan, et là elle se trouve en quelque sorte perdue entre les événements politiques dont le récit absorbe l'attention de l'écrivain.

Sous les Carlovingiens, les annalistes Eginard, Turpin, et l'anonyme connu sous le nom de l'Astronome domestique, nous fournissent les récits les plus intéressants de la vie et des faits de leurs contemporains,

---

matie sur les médecins de province. Ce temps est passé; la diffusion des lumières est telle qu'on trouve dans les départements des médecins et des chirurgiens du plus grand mérite; sous ce rapport, le siècle est beau. Il y a plus, c'est que les médecins de province sont plus studieux que ceux de Paris en général, livrés au tourbillon du monde, des affaires et des plaisirs. Aussi ce sont les travaux des premiers qui alimentent nos journaux, nos sociétés savantes. Combien n'en pourrait-on pas citer très-dignes d'occuper un rang des plus distingués? Ainsi, dût leur modestie en souffrir, qui ne connaît les ouvrages du docteur Brachet (de Lyon), ouvrages instructifs, substantiels, dont le grand sens pratique décèle le médecin qui a beaucoup observé et bien observé; puis les travaux de ce bon et spirituel Munaret, dont la plume élégante et fine sait si bien charmer le lecteur sur les objets les plus variés? Que les médecins de province ne regrettent donc nullement de ne pas faire partie de cette Babel médicale de Paris, où, à quelque hauteur qu'on soit placé, la réputation, la fortune et la paix font toujours défaut.

— L'esprit de secte, l'esprit de parti ont deux caractères communs, l'enthousiasme et l'aveuglement, ce qui touche de près à la folie. Or voici ce qu'on lisait il y a quelques années dans un journal étranger : « Un médecin mélomane d'Écosse, le docteur David B..., vient de *mettre en musique* les palpitations et les battements irréguliers du cœur d'une femme malade dans l'hôpital de Glascow. Cette maladie, écrite en langage musical, avec croches et doubles croches, forme, dit M. Murray, le chimiste, une sorte de walse et une des plus grandes curiosités de l'*anatomie pathologique*. Hélas! dit le rapporteur de ce cas nouveau dans l'histoire de la science, et qui se croit obligé de conclure par une pointe, la pauvre petite femme ne se doutait pas quelle espèce d'*ouverture* méditait le docteur en lui tâtant le pouls, et lorsqu'elle lui permettait de poser la tête sur son cœur..... pour l'écouter battre.

— Souvenez-vous que le succès, quels qu'en soient les moyens, trouve toujours un plus sot qui l'admire, et un plus plat qui s'humilie devant lui.

— Il y a quatre ans environ qu'un médecin, d'ailleurs homme d'esprit, disait, une *bonne organisation médicale!* Chers confrères, il n'y faut plus compter, c'est un rêve, c'est une utopie, c'est une illusion, à moins qu'on n'applique au mal un grand et souverain remède. — En quoi consiste donc ce remède suprême, lui dit-on? — Vous voulez le savoir; le voilà; c'est une révolution complète, profonde, radicale, capable de purifier le corps social, et par contre-coup électrique de ranimer le corps médical. — Eh bien! cette révolution a eu lieu ou à peu près : il y a ébranlement, il y a des ruines, il y a des décombres; qu'y avons-nous gagné? Rien, absolument rien. L'organisation médicale, espèce de chimère qui recule toujours à l'horizon, est plus éloignée que jamais. On ne doit guère l'espérer, si elle a lieu, qu'à la fin du siècle, peut-être même en 190n et tant. Non, ce n'est pas là une plaisanterie, qu'on le croie bien. Dans trois ans, la triste loi qui nous régit aura un demi-siècle d'existence. Qui l'eût cru à son origine, puis à quelques époques suivantes? Sous l'écrasant despotisme des événements, avec cette orgie de sophismes répandus de toutes parts, lorsque les premières assises de la société sont ébranlées, qui donc peut penser à nous, à nos vœux,

Pepin le Bref, Charlemagne et Louis le Débonnaire; mais ils parlent à peine d'épidémies, et les seuls renseignements qu'ils offrent sur ce sujet, se bornent aux suivants : du temps de Charlemagne et pendant une expédition qu'il fit (794) dans la haute Allemagne, une épizootie fondit sur l'armée de Charles et en détruisit en peu de temps les neuf dixièmes des chevaux. En 804, année du couronnement de l'empereur, et à la suite d'un tremblement de terre qui ébranla l'Italie, l'Allemagne et les Gaules, éclata une maladie pestilentielle dans l'Europe entière. Dix-huit ans plus tard, sous le règne de Louis le Débonnaire, des pluies continuelles causèrent, par la perte de sa moisson, une famine dans toutes les parties de l'Europe, désolée en même temps par une épidémie grave, laquelle décima aussi l'armée de l'empereur, qui guerroyait alors dans la Pannonie. Ce fléau étendit ses ravages sur la Flandre, et le père de notre histoire, Meyer, le mentionne, toutefois sans ajouter le moindre détail. Le seul renseignement que l'Astronome nous ait laissé, quant à cette épidémie, se borne à nous apprendre qu'un flux de ventre emporta une foule de soldats de l'armée de Louis sur les bords de la Drave.

Était-ce le *morbus dysentericus*, la petite vérole, qui, sous l'influence d'un année humide, avait trouvé un aliment parmi des populations d'ailleurs épuisées par la famine? Cela est fort possible; car on doit admettre que cette maladie a eu, depuis son implantation en Europe, des retours périodiques, et nous savons positivement qu'elle se montra dans le neuvième et le dixième siècle, et qu'entre autres victimes elle enleva, en 944, Baudouin le Jeune, comte de Flandre, à son retour d'une expédition dans laquelle il avait porté assistance à son suzerain, le roi de France, contre l'invasion des Normands.

La septième année du règne de Baudoin IV, sixième comte de Flandre (1006), fut fatale à notre pays. Une mortalité effroyable en décima la population, au point que les annalistes affirment que les survivants suffisaient à peine pour enterrer les morts. Cette funeste maladie continua à exercer ses ravages jusqu'en 1011. Voici les détails que la Chronique de Whydts donne à ce sujet : « Le mal, dit-il, débutait par un gonflement » inflammatoire de la gorge, et marchait avec une telle rapidité que, en » peu d'heures, le corps entier était envahi, et que la mort survenait. Le » seul remède qui sauvât quelques malades consistait à pratiquer sur les » tumeurs de larges incisions qui donnaient issue à des flots de pus d'une » grande fétidité. »

Soixante ans plus tard (de 1071 à 1073), à l'époque où vécut Richilde, cette malheureuse mère tant calomniée pour avoir défendu avec l'intrépidité d'une héroïne et le courage du désespoir le patrimoine de ses enfants contre un usurpateur, à cette époque fatale d'agitation civile, éclata, parmi d'autres calamités publiques, une épidémie grave offrant les caractères de celle dont je viens de parler en dernier lieu, et qui, selon toutes les probabilités, n'avait pas, pendant cette longue suite d'années, complétement abandonné nos contrées. La maladie se manifestait par d'énormes tumeurs autour du cou, lesquelles s'ouvraient et devenaient de profonds ulcères d'une nature extrêmement maligne. Les chroniqueurs prétendent qu'une quantité innombrable de vers rongeaient les chairs des victimes qui succombaient au milieu de souffrances atroces.

Cette épidémie fut le présage, peut-être même la première phase d'un fléau qui répandit tant d'épouvante parmi les populations de l'Europe, sur lesquelles il préleva, hélas! un funèbre et trop large tribut! *L'ignis sacer*, le feu sacré, la peste noire apparaît périodiquement dans nos annales depuis le onzième jusqu'à la fin du quatorzième siècle.

La première mention certaine que j'aie trouvée de l'apparition de cette affreuse maladie se rapporte à peu près à l'année 1088. Tous les annalistes s'accordent à dire que le mal était nouveau et complétement inconnu dans nos parages. Son explosion fut également précédée par de grandes perturbations atmosphériques.

Il est nécessaire, messieurs, de prévenir avant tout que l'on se tromperait fort si l'on croyait que l'affection désignée au moyen âge sous le nom de *feu sacré*, d'*ignis sacer* présente quelque analogie avec la maladie que les médecins de l'antiquité appelèrent de ce nom. En effet, pour Hippocrate et tous les sectateurs de son école, le *feu sacré* était tout simplement l'érysipèle qui, dans la plupart des cas, n'offrait pas de danger, mais qui pouvait alors, comme on le voit parfois de nos jours, revêtir le caractère de malignité, surtout lorsqu'il régnait épidémiquement. Le *feu sacré* était, selon les expressions mêmes de Galien, une enflure inflammatoire douloureuse et donnant parfois la fièvre.

En comparant maintenant la définition de cette maladie si simple et si peu grave avec les descriptions que les chroniqueurs ont laissées de l'épidémie à laquelle les nations donnèrent des dénominations qui témoignent de leur épouvante, nous verrons aussitôt quelle différence existe entre elles.

Dès le début de la maladie, disent ceux de nos annalistes qui ont le mieux coordonné les matériaux de notre histoire, d'horribles souffrances épuisaient ceux qui en étaient atteints; un feu inaperçu leur dévorait les entrailles et détruisait chez eux, avec une formidable rapidité, le principe de la vie; la pourriture les couvrait d'ulcères hideux, leurs membres décomposés tombaient par lambeaux; leur chair était consumée jusqu'aux os, et leur corps tout entier devenait noir comme du charbon. Une puanteur horrible empestait l'air autour d'eux; enfin les tristes victimes du fléau se débattaient dans l'agitation du délire furieux, ou dans des convulsions qui leur tordaient les membres, jusqu'au moment où la mort venait les délivrer d'une épreuve qui était au-dessus des forces humaines.

Le mal se répandit promptement dans les parties septentrionales et occidentales de l'Europe. Les grandes cités n'en furent pas plus exemptes que les plus humbles villages, les demeures féodales pas plus que les chaumières des serfs. L'épidémie n'épargnait personne : l'enfance, la jeunesse, l'âge mûr, la vieillesse, le riche, le pauvre, le bourgeois et le manant, tous, en un mot, étaient indistinctement frappés et fournissaient leur contingent à ce mystérieux exécuteur des décrets de la Providence.

En présence de tant de ravages et de tant de funérailles, il n'est pas étonnant que le peuple, dans sa terreur, ait donné à la maladie les noms les plus sinistres : c'était le feu sacré, le feu divin, le feu d'enfer, le feu des réprouvés, l'arsure, le feu de Saint-Antoine, et ceux qui en étaient frappés s'appelaient les *ardents*, et devenaient, même pour leurs proches, des objets de dégoût et d'épouvante.

Messieurs, je viens de retracer à vos yeux les symptômes qui se montraient dans les degrés les plus violents de l'épidémie; ceux qui étaient affectés à ce point, et ils étaient nombreux, succombaient très-vite, et, avec leur dernier soupir, s'effaçait aussi l'impression produite par leur cruelle agonie.

Mais il n'en était pas toujours ainsi, le fléau avait une face plus hi-

---

à nos projets? Le torrent coule encore, il coule toujours fougueux et fangeux; où voulez-vous donc poser les fondements de cette organisation? Résignez-vous, longtemps encore l'absurde loi de 1803 nous gouvernera, nous divisera, le sable ne se fera pas ciment. Eh quoi! ne savez vous pas, comme on l'a dit, qu'en France, *il n'y a que le provisoire qui dure.*

— Pendant l'été dernier, le *choléra* menaçait mon village, déjà même quelques accidents se déclaraient sporadiquement. Je fus appelé pour donner mes soins à Jean Le Gras, atteint d'une *cholérine*. Or, ce Jean Le Gras, âgé de 83 ans, était bedeau de l'église; il était entré en charge dès la première année de ce siècle, c'est-à-dire qu'il était bedeau de notre village depuis quarante-neuf ans; il remplissait ses fonctions, malgré son âge, avec une rare exactitude, avec une profonde intelligence et une gravité exemplaire. Cette place rapportait, bon an mal an, 27 fr. 50 c. Cependant le bruit de la maladie de Jean Le Gras s'étant répandu comme un éclair, chacun voulut avoir sa place; les ambitions s'allumèrent, les convoitises furent extrêmes, on intrigua, on s'agita, on se remua, tantôt ouvertement, tantôt par des menées souterraines, habilement conduites. Tous ayant établi leur candidature cherchaient des appuis, des protecteurs, car la place, disait-on, en valait la peine. Comme je connaissais le curé, j'étais surtout en butte à de pressantes sollicitations; les saluts, les sourires, les prévenances, m'arrivaient de tous côtés : *Monsieur le docteur!* ah! gros comme le bras. D'ailleurs je soignais le malade, c'était beaucoup; aussi, on m'en demandait souvent des nouvelles avec empressement, mais la compassion était feinte, l'intérêt mensonger, le masque transparent. A travers leurs doléances, je voyais clairement, lumineusement écrit au fond de leur cœur : Je voudrais bien que Jean Le Gras fût mort, et je voudrais avoir sa place. Cependant il n'en fut rien, le malade échappa, il reprit son glorieux emploi de bedeau, et les concurrents attendent maintenant une autre occasion. Oh oui! les pauvres humains sont partout les mêmes, en haut, en bas, au milieu de l'échelle sociale. César et Pompée se disputaient l'empire du monde, Napoléon et ses rivaux de gloire comme de domination, et les disputeurs acharnés de l'héritage futur de Jean Le Gras, ne diffèrent que par l'étendue de la scène, le même mobile fait agir les acteurs.

« Le siècle en a menti, l'homme n'a pas changé. »

C'est là une vérité dont tous les médecins un peu observateurs peuvent se convaincre; le cœur humain leur est ouvert, et dans cette caverne, ils voient souvent des preuves de la puissance des mauvaises passions, déguisées, fardées avec plus ou moins d'habileté.

R. P.

SUR L'ENSEIGNEMENT DE LA CLINIQUE.

A M. MICHEL LÉVY.

Le présent gros du passé engendre toujours l'avenir.
(BACON.)

Quand arrive dans un art une de ces époques où chacun se laisse aller de

deuse encore peut-être. Il ne tuait pas toujours : alors les infortunés qu'il frappait sans leur enlever l'existence, étaient les plus à plaindre de ses victimes. Chez eux, le *feu sacré* bornant ses ravages à quelqu'une des parties du corps, s'y fixait, la rongeait en causant d'insupportables douleurs, et en faisait le siége d'ulcères dégoûtants et fétides qui s'étendaient lentement et portaient la destruction dans les viscères et jusqu'aux os même qui étaient frappés de sphacèle. De là résultaient des mutilations affreuses : les uns avaient perdu plusieurs doigts, les autres la main entière; chez ceux-ci les orteils étaient tombés, ceux-là n'avaient plus qu'un informe moignon au lieu de pied; plusieurs présentaient un cou labouré par de larges cicatrices, enfin il y en avait qui offraient des mutilations plus horribles encore.

L'histoire de ces temps nous dépeint les malheureux ardents se traînant d'église en église, d'abbaye en abbaye, et étalant leurs plaies et leurs membres devant les reliques et les tombeaux des saints dont ils imploraient le secours et à qui ils demandaient leur guérison.

J'ajouterai ici, comme dernier trait, que les annalistes, sans exception, considéraient la maladie comme contagieuse. Cela semble, en effet, être prouvé par la rapidité et le mode de sa propagation, et surtout par le fait bien établi que le mal se transmettait de génération en génération quand il était devenu chronique; d'ailleurs n'est-ce pas à la contagion qu'il faut attribuer son existence dans nos climats, prolongée pendant trois et même quatre siècles? C'est le propre des épidémies d'exercer de grands ravages pendant leur passage, mais aussi d'abandonner, sans laisser de trace, les régions qu'elles ont parcourues; tandis que les contagions déposant dans chaque malade et autour de lui de nouveaux germes pour se reproduire, se maintiennent dans les contrées où elles se sont une fois déclarées : la variole, la syphilis, la gale, ont-elles jamais complétement quitté les pays qu'elles ont une fois attaqués? Et ne sait on pas que la suette, la dyssenterie, le choléra et la peste même, n'ont laissé, après leur funebre apparition, aucun indice qui pût trahir leur présence parmi les populations qu'elles avaient décimées naguère?

Consultons maintenant nos souvenirs, et demandons-nous si, parmi les grandes épidémies qui régnèrent et qui furent décrites depuis le seizième siècle, il en est une seule qui présente quelques rapports, quelque ressemblance avec celle dont je viens de vous entretenir. Pour moi, messieurs, je ne le pense pas. Quoi qu'il en soit, en rattachant aux symptômes que je vous ai décrits avec détail la valeur que leur accordent les notions médicales de nos jours, nous pouvons affirmer que le *feu sacré* était une maladie pestilentielle dont le principe faisait éclater dans l'économie animale une inflammation maligne qui passait aussitôt à l'état de mortification et tuait rapidement, à moins que, la gangrène se limitant, les organes frappés de mort ne tombassent en pourriture, selon l'expression des historiens. Alors la maladie mutilait horriblement ses victimes, et laissait comme stigmates, ou de larges plaies d'un mauvais caractère, ou des cicatrices sujettes à se rouvrir, à s'ulcérer et à s'étendre sous l'influence de la moindre cause.

Ne bornons pas là notre examen; rapprochons les symptômes du *feu sacré* de quelques passages des livres saints, et nous ne tarderons pas à rencontrer une grande analogie entre eux et certain fléau dont il est souvent parlé dans la Bible. N'y lisons-nous pas, en effet, que Job fut frappé d'une plaie effroyable, depuis la plante des pieds jusqu'au sommet de la tête, que sa chair fut recouverte de pourriture, que sa peau brûlait et se crispait, qu'il raclait avec un tesson la sanie de son corps, que sa peau tout entière devint noire, que ses os furent consumés par un feu violent, que le feu dévorait ses entrailles sans relâche, que son haleine faisait horreur à sa femme même? Enfin ne rencontre-t-on pas, dans l'Ancien Testament, des exemples de mutilation chez les infortunés affligés du fléau dont Job fut atteint?

Vous le voyez, messieurs, rien ne manque à cette comparaison : de part et d'autre, le feu dévore les chairs et les entrailles, de vastes ulcères couvrent le corps, la peau devient noire et brûle, les os sont consumés et tombent, enfin l'infection est insupportable. Il n'y a donc pas à douter de la similitude, de l'idendité des deux affections : *le feu sacré*, la peste noire, était bien la lèpre, ce fléau terrible connu de toute antiquité comme endémique en Égypte et en Syrie, et qui, chez les Hébreux, de même qu'au moyen âge, était envisagé comme l'effet de la colère céleste.

Avant d'aller plus loin, il est important de déterminer l'espèce de lèpre à laquelle le *feu sacré* répond. Vous le savez, les auteurs qui ont traité de la lèpre, et entre autres M. Alibert, en distinguent trois espèces dont les effets sont différents quoique produits sous l'influence d'une cause identique : ils reconnaissent la lèpre tuberculeuse, la lèpre crustacée, la lèpre squammeuse. Certes l'apparence extérieure du *feu sacré* n'avait rien qui le fit ressembler à la lèpre tuberculeuse, dont le symptôme le plus saillant est le développement pathologique de certaines parties du corps et dont l'éléphantiasis et la lèpre léonine sont les expressions extrêmes et les formes les plus hideuses. C'est plutôt aux espèces de lèpres connues sous le nom de crustacée et squammeuse qu'il faut rapporter l'épidémie du moyen âge, puisque les caractères les plus importants de ces deux affections correspondent parfaitement entre eux.

D'ailleurs, nous n'en sommes pas réduits aux renseignements que nous fournissent les écrits des temps anciens; aujourd'hui même, les relations des voyageurs instruits qui parcourent le monde dans un but scientifique, nous donnent des tableaux qui ne le cèdent en rien à ceux fournis par les historiographes et les chroniqueurs du moyen âge, au sujet des ardents. Seulement aujourd'hui l'on nomme lépreux ces tristes victimes d'une maladie encore à peu près inconnue dans son essence et qui, jusqu'à présent, est au-dessus des ressources de l'art. Il n'est guère de voyageur qui ne signale sur sa route, l'existence de la lèpre crustacée et squammeuse : l'Afrique, l'Asie, l'Amérique, l'Océanie, en renferment de nombreux exemples, et les descriptions qui nous en sont faites ne diffèrent en rien de celle que vous avez entendue précédemment.

Les observateurs ont remarqué, en général, que la marche de la lèpre est lente, que cette maladie procède, dans la plupart des cas, à la manière des affections chroniques. Cette réflexion est juste, et si elle était vraie d'une manière absolue, elle semblerait devoir exclure l'existence de la lèpre comme épidémie, car l'expérience prouve que toute maladie épidémique est aiguë de sa nature. Mais on ne doit pas perdre de vue que la lèpre, comme toute autre affection, ne revêt le caractère chronique que quand elle a déjà traversé sa période aiguë. D'ailleurs n'est-il pas universellement admis que les grandes contagions ont des intervalles quelquefois très-longs, pendant lesquels elles semblent rester stationnaires et imposer, en quelque sorte, une trêve à leurs ravages, pour reprendre plus tard toute leur énergie sous des influences dont l'origine et le principe

---

l'impuissance au découragement, c'est, n'en doutons pas, que tous les efforts sont paralysés par une influence funeste qu'il est du devoir de tout médecin de signaler. En traçant dernièrement dans la Gazette Médicale de Paris (1), avec cette jeunesse et cette vivacité de style qu'il est beau de voir associées à la pleine maturité de l'intelligence, les grandes routes où la clinique est appelée à se mouvoir et les méthodes générales qui doivent régler sa marche, vous avez signalé surtout ce mal secret, inaperçu qui invalide la science médicale actuelle. Votre esprit actif et votre rare sagacité on senti le besoin d'une méthode, non pas comme celle d'aujourd hui, étroite, mesquine, mais d'une méthode précise, régulière, rigoureuse, embrassant dans ses fécondes étreintes et les travaux du passé et les acquisitions du présent, qui permet quelquefois à l'observateur de quitter les sentiers battus pour chercher d'un point de vue élevé un horizon plus large.

Procédant du simple au composé, vous avez fait sentir la nécessité de diviser pour l'instruction des élèves la clinique en deux parties bien distinctes : l'une d'initiation, restreinte dans un étroit horizon, curieuse de détails, pèse, calcule, observe; presque exclusivement bornée à l'éducation des sens et au diagnostic topographique, elle a fait d'immenses progrès dans ces derniers temps. L'autre large, vivifiante, fondée sur les principes d'où émanent les grandes et solides doctrines, se plait aux vues d'ensemble; très-négligée aujourd'hui, elle consiste à saisir la nature et les rapports des faits, à en pénétrer le fond.

(1) Gaz. Méd. de Paris, 19 janvier 1850, p. 41.

La première contient des vérités qu'on trouve par une étude directe des maladies considérées en elles-mêmes; la seconde démontre des vérités qui résultent de l'observation et de la comparaison des changements que ces mêmes maladies éprouvent en différents lieux et en différents temps, dans des circonstances diverses; de ces rapports mutuels des faits entre eux, on déduit les lois qui conduisent elles-mêmes à découvrir les causes des faits observés. C'était cette dernière qui formait un des caractères les plus éminents des cliniciens d'autrefois, caractère pour ainsi dire inconnu aujourd'hui au milieu des détails infinis dont on encombre et étouffe la science; c'était ce sentiment d'artiste qui leur faisait composer avec des figures diverses un tout homogène, inaliénable, indivisible, dont aucune partie ne pouvait être impunément distraite; ils animaient tellement leurs tableaux, ils reliaient si bien les maladies si variées de l'homme avec l'air qu'il respire, le sol qui le nourrit et qu'il foule, qu'en passant par leurs pinceaux elles semblaient n'avoir qu'une même âme, vivre d'une vie commune. Je donnerai volontiers à cette manière de procéder des anciens le nom de *sympsychie pathologique*, faute de trouver une expression plus nette et plus compréhensive pour traduire ma pensée. Cette dernière expression révèle en effet assez bien l'indissoluble parenté qui fait, dans un temps donné, des actes morbides les plus différents en apparence les rameaux d'une même tige. Mais s'ils savaient se placer à un point de vue élevé, ils savaient aussi descendre sans regret aux plus minces détails.

Depuis que cette chaîne d'or de la tradition s'est rompue entre nos mains, cherchez quelles pensées, quelles vues sollicitent aujourd'hui le praticien; quelles lois le dirigent, et cette question si intéressante des constitutions mé-

nous échappent? Pour ne pas sortir de la spécialité dont je traite, j'évoquerai quelques souvenirs de l'histoire du peuple hébreu et je vous rappellerai que si, d'une part, cette histoire rapporte que la lèpre existait parmi les juifs comme maladie endémique, d'autre part, elle transmet dans plus d'un passage la tradition de lèpres attaquant toutes les classes de la nation avec la violence et la promptitude des épidémies les plus funestes. Ce fut même à l'occasion de ces ravages que le nom terrible de *fils aîné de la mort* fut donné au fléau.

Lors de la première apparition de la lèpre dans nos régions, le nombre de ses victimes fut énorme; et cela n'a rien qui puisse nous étonner; n'est-il pas, en effet, d'observation que, quand une maladie épidémique ou contagieuse se déclare dans une contrée où elle n'a jamais paru, elle y sévit avec une rage extraordinaire et y abat une multitude de victimes, comme si le fléau était d'autant plus violent que sa proie est nouvelle et vierge encore do son contact? En poursuivant, dans nos annales, la trace du *feu sacré*, on remarque que son passage se caractérise par ces alternatives d'assoupissement et de recrudescence dont je parlais il y a quelques instants. C'est là encore une propriété commune à toutes les épidémies et même à quelques affections contagieuses: la variole, la scarlatine, le typhus, les fièvres périodiques sont parfois, pendant plusieurs années, dans une complète inaction qui ferait presque croire à l'extinction de leur principe. Espérance bientôt trompée! Leur germe fatal se développe de nouveau et s'étend au loin, jusqu'à ce qu'épuisé en apparence, il s'assoupisse derechef, peut-être pour réunir de nouvelles forces.

L'étude des ouvrages qui traitent de la lèpre, nous apprend que cette affection, surtout quand elle commence à attaquer l'organisme, peut y exister à un état presque latent, de sorte qu'il faut un œil bien exercé pour en découvrir, dans ce cas, les indices. Le mal couve ainsi pendant des années et laisse ses victimes dans une sécurité dont elles ne peuvent manquer de porter la peine plus tard. Que, dans cette circonstance, un virus quelconque, le syphilitique, le scorbutique, le variolique, vienne compliquer l'affection déjà greffée sur le corps, alors les ravages s'exercent avec une rapidité formidable, et les deux agents de destruction ont bientôt accompli leur œuvre fatale.

Vous vous rappelez, messieurs, que je vous ai démontré l'existence de la variole dans nos parages, vers le VIe siècle. Cette contagion y est maintenue jusqu'à nos jours; aujourd'hui, grâce à la découverte de Jenner, la crainte qu'elle inspire n'est plus cette terreur qui accompagnait autrefois son apparition; cela est tellement vrai que nous sommes parfois tentés de taxer d'exagération les récits que font nos vieillards de l'épouvante et du désespoir que l'explosion du fléau jetait parmi toutes les classes du peuple; pourtant cette tradition est réelle et les craintes étaient bien justifiées, puisque la contagion, toutes les fois qu'elle se montrait, exigeait sans pitié son contingent de chaque famille dont elle décimait les membres. Mais remontons plus haut que la fin du dernier siècle et transportons-nous, par la pensée, au moyen âge, au moment où, au milieu de tant d'éléments d'insalubrité publique, la petite vérole éclate au sein d'une population déjà imprégnée du poison de la lèpre, au moment où les deux fléaux unissent leur puissance pour multiplier leurs victimes, et nous comprendrons aisément la raison de ces épouvantes populaires qui faisaient abandonner des villes et des contrées entières; nous comprendrons les frémissements et les terreurs dont les chroniqueurs étaient saisis, quand ils racontaient les scènes dont le souvenir était trop récent encore, pour qu'ils n'en redoutassent pas le retour.

Si les arguments que je vous ai soumis pour démontrer l'identité du *feu sacré* et de la *lèpre* ne l'avaient pas suffisamment prouvée, je trouverais une des raisons les plus puissantes pour baser ma conviction à ce sujet dans la détermination précise de l'époque à laquelle le *feu sacré* ou la *lèpre* parut en Europe.

J'ai dit plus haut que la première mention qui est faite de cette épidémie date de la fin du XIe siècle (1088), et j'ai appuyé cette assertion sur le témoignage des autorités historiques les plus respectables. C'est précisément à cette époque que les relations de l'Europe, et particulièrement de notre pays, avec l'Orient, foyer primitif de la lèpre, étaient devenues extrêmement fréquentes. Déjà bien avant la première croisade, une foule de pèlerins étaient allés en Palestine pour visiter les lieux consacrés par la vie et la mort du Christ. On comptait parmi ces pieux voyageurs des personnes de tous les rangs de la société et de toutes les nations chrétiennes. Ceux-ci se rendaient en terre sainte par dévotion, ceux-là y étaient envoyés pour expier quelque grand crime. C'est ainsi que le comte de Flandre, Robert le Frison, ne put être absous de son usurpation et de la mort de son pupille qu'à la condition d'aller implorer son pardon au tombeau même du Sauveur.

En 1096, l'enthousiasme religieux poussa vers la Syrie la première expédition militaire organisée pour arracher aux infidèles la terre sainte et la ville de Jérusalem.

Pendant l'espace de deux siècles (1096-1291), l'Europe coalisée envoya en Orient huit de ces expéditions, qui toutes furent anéanties sous ce climat de feu, dans ces déserts de sables brûlants. Les tristes débris qui échappèrent et qui purent regagner la terre natale, y apportèrent et y répandirent les germes de la lèpre. Il est inutile, messieurs, de vous rappeler la part que nos compatriotes ont prise aux guerres saintes; vous savez que Robert de Jérusalem, Thierry et Philippe d'Alsace et Baudoin de Constantinople, sont comptés parmi les chefs les plus illustres qui les dirigèrent. Ces princes entraînèrent sous leurs bannières une foule de leurs sujets qui se distinguèrent dans ces régions lointaines par leur valeur et leur intrépidité. Aussi la Flandre et tout notre pays furent-ils une des premières proies sur laquelle s'abattit la maladie nouvellement importée, et qui, sous le nom de *feu sacré*, apparaît dans les annales pendant les XIe, XIIe, XIIIe et XIVe siècles.

Le retour des croisés a donné souvent lieu à un fait auquel les annalistes attachent une médiocre importance, parce que, au point de vue historique, il est peu considérable, mais que je dois mentionner ici par la raison qu'il fournit une preuve de plus de l'importation dans nos parages du fléau dont je m'occupe. Pendant toute la durée des croisades, un certain nombre des soldats du Christ, appartenant même aux familles les plus puissantes, traversèrent sans succomber les vicissitudes de leur long et périlleux voyage et revinrent dans leur patrie; mais au lieu de rentrer dans leurs foyers et de rejoindre leurs familles, ils se cachaient au monde, fuyaient la présence des hommes et, rongés par une sombre mélancolie, se retiraient dans des cloîtres ou dans des retraites désertes et sauvages, y vivaient à la manière des solitaires de la Thébaïde et, semblant obéir à une injonction mystérieuse, cachaient à leurs proches leur retour et leur existence même. C'est une circonstance semblable qui donna lieu à un des épisodes les plus dramatiques de notre histoire et fait, encore aujourd'hui, planer sur la

---

dicales ne vaut-elle pas bien la peine qu'on la fasse revivre. Croyez-le bien, perdre le sens intellectuel du passé, c'est ignorer l'intelligence philosophique du présent. Ce qui manque à notre génération, c'est particulièrement cette connaissance approfondie des anciens. Mais cette exploration scientifique ne saurait sortir que d'une étude réfléchie, consciencieuse, achetée par une longue patience, du courage et de laborieuses méditations. Or aujourd'hui bien peu de médecins méditent. On produit, on fabrique beaucoup, mais on crée peu.

En s'inspirant aux sources antiques, en établissant entre les travaux des anciens et les acquisitions modernes un commerce libre de faits, d'opinions, de vérités oubliées et de vérités naissantes, en jugeant les uns par les autres, le professeur saura répandre un grand intérêt sur les discussions cliniques. C'est seulement au creuset de la pratique que l'élève pourra apprécier les doctrines des anciens, sous lesquelles, à travers leurs théories réputées absurdes, barbares, ridicules même, il vit un esprit qu'il faut chercher et saisir; il ne suffit pas, comme on le croit trop généralement, de s'entourer de livres anciens, d'en secouer la poussière, d'interpréter avec plus ou moins de sévérité des textes, il faut encore savoir en distinguer le caractère particulier, le sens intime, s'être pour ainsi dire imprégné de ces émanations au flambeau de la pratique.

Au lieu de ce style aphoristique si remarquable, de ces tableaux de maladies concis, vifs, animés, pittoresques, que voyez-vous aujourd'hui? des descriptions générales assez sèches, assez vagues, où l'on accumule pêle-mêle indifféremment tous les phénomènes, même ceux qui se sont développés accidentellement et où des chefs de service citent avec tous leurs détails des observations, moins pour faire valoir leur méthode de traitement ou justifier leur conduite que pour présenter l'apologie de leur diagnostic. Rarement on y trouve un récit méthodique, et lorsqu'il en est ainsi ce récit ne s'applique d'ordinaire qu'à un fait déterminé qu'on a voulu éclairer d'un jour particulier; en un mot, on raconte des faits, mais on ne juge pas. C'est la plupart du temps un *parlage* pompeux et vain, comme vous le disiez si bien, où brille souvent le néant de la pensée, d'honnêtes réminiscences de la leçon d'hier, la cent et unième reproduction des idées ayant cours, une fécondité stérile qui se dérobe par sa nullité à l'analyse et à la contradiction sérieuse. On pourrait bien fréquemment comparer ces longues et doctes dissertations à la montagne qui accouche d'une souris. On bien faisant preuve d'une grande mémoire, le professeur récite des fragments de traités modernes que les élèves pourraient lire chez eux avec plus de fruit; rarement on se plaît à agiter, à l'occasion des faits cliniques, quelques-unes de ces grandes questions que soulève la philosophie médicale. Aucune doctrine forte et vivante n'est sortie de ce mouvement: des idées à peine entrevues, des faits ébauchés qu'on répand çà et là sur le grand chemin de la publicité sans s'inquiéter de l'utilité qu'ils peuvent avoir. Trop préoccupé de ses travaux particuliers, de ses *découvertes*, comme il les appelle, il suffit bien souvent au professeur d'avoir fait retentir les échos de la presse pour avoir atteint son but; et si quelquefois, oubliant ses travaux, il lui arrive de citer Sydenham, Baillou, Stoll, c'est pour en faire une critique amère plutôt que pour s'appuyer de leur autorité. Que devient l'élève au milieu de ce dédale, de cette cohue tumultueuse? Il erre sans fil conducteur, n'emportant de ses nombreuses études qu'un amas de faits particuliers sans signification, sans principes qui leur donnent la vie, une foule d'observations sans lien.

mémoire d'une de nos souveraines le doute d'un parricide.

Il fallait des raisons bien graves pour déterminer des chevaliers, des comtes, des seigneurs bannerets, tous jeunes encore et dans la force de l'âge, à renoncer aux jouissances que la naissance, la richesse et la famille leur offraient, pour aller vivre dans l'abandon et la solitude C'est faire l'éloge de leurs sentiments que d'admettre ce qui, à mes yeux, est presque incontestable, qu'ils fuyaient loin de leurs familles pour ne pas y porter la contagion de la lèpro, dont ils avaient probablement sur leurs corps les hideux stigmates.

La lèpre une fois introduite dans nos climats y prit une grande extension : il n'y avait point de contrée en Europe qui en fût exempte, et cela est tellement vrai que Mathieu Paris affirme qu'au commencement du treizième siècle, il y avait dans la chrétienté au delà de dix-neuf mille asiles consacrés à recueillir et à soigner les lépreux ou les ardents. Cas établissements nommés *mezelleries, ladreries, maladreries, lazaretti*, étaient fondés pour isoler les victimes de cette maladie cruelle et dans le but d'arrêter les progrès de la contagion. Dès que les experts avaient reconnu la lèpre chez une personne, celle-ci devenait l'objet d'une surveillance extrêmement sévère; les règlements concernant la lèpre étaient barbares : le lépreux était considéré comme mort, on le privait de ses droits civils, on faisait pour lui un simulacre de funérailles et on le confinait dans sa retraite d'où il ne pouvait sortir sans porter des insignes qui indiquaient son interdiction, son bannissement de la société.

Soit que la fin des croisades ait mis un terme à la transmission du principe contagieux de la lèpre et que celui-ci ait perdu, par degré, de sa violence dans un climat dont la température modérée était peu favorable à son développement; soit que les mesures prises à l'égard des victimes aient fait diminuer la violence du mal et atténué sa puissance de propagation, les ravagesdu fléau diminuèrent insensiblement, au point que depuis plusieurs siècles, à de rares exceptions près, il a complétement disparu de nos régions, où l'on ne rencontre plus aujourd'hui que quelques cas de dartres rongeantes qui, comme la lèpre, avec laquelle elles ont peut-être quelque analogie, bravent tous les efforts de la science.

En résumant ce qui précède, nous voyons que dans cette première période du moyen âge, *la variole* et *la lèpre* ou *le feu sacré* furent les deux maladies principales qui régnèrent épidémiquement et décimèrent les populations européennes. Pendant les jours néfastes où ces fléaux exerçaient leur violence et moissonnaient d'innombrables victimes, il est plus que probable que la première de ces affections venait compliquer la seconde et, la ramenant à l'état aigu, lui donnait une nouvelle énergie et ranimait son principe contagieux.

Il est consolant de pouvoir affirmer que, aujourd'hui, grâce aux progrès non interrompus de la civilisation et de la science, la lèpre est extirpée de l'Europe et la prédisposition à contracter la petite vérole détruite, par la plus utile découverte dont le génie de l'homme ait doté la société.

C'est dans ces derniers temps surtout que nous avons pu nous convaincre de la nécessité de propager de plus en plus la précieuse opération de l'inoculation du vaccin. N'avons-nous pas vu, dans la cruelle épreuve que notre pays vient de subir, la variole reparaître hideuse et menaçante et frapper tous ceux qui avaient dédaigné le moyen de s'en préserver? N'avons-nous pas dû comprendre par ces attaques isolées combien est dangereuse encore sa présence parmi nous et vivace l'activité de son principe?

Messieurs, j'ai déjà dépassé la limite qui m'était fixée pour vous entretenir. Je dois m'arrêter ici, sans avoir épuisé le sujet que je m'étais proposé de traiter. Dans une de nos prochaines séances, j'aurai l'honneur de réclamer votre attention bienveillante pour vous tracer l'histoire des grandes épidémies de la seconde période du moyen âge et satisfaire ainsi à l'obligation qui m'est encore imposée par le règlement.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

CONSIDÉRATIONS PHYSIOLOGIQUES ET PRATIQUES SUR LES DIVERS MOYENS EMPLOYÉS POUR GUÉRIR L'HYDROCÈLE, ET SUR UNE MÉTHODE NOUVELLE, PLUS FACILE ET MOINS DANGEREUSE; par M. D'AVAT, docteur en médecine des Facultés de Paris et de Turin, médecin des eaux d'Aix (Savoie), membre de la Société de chirurgie de Paris, etc., etc.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

V. — HISTORIQUE.

Le traitement que je propose comme nouvelle méthode pour guérir l'hydrocèle compte au moins six ans d'existence.

Les instruments nécessaires à l'opération sont : un trois-quarts armé de sa canule, 4 centimètres d'une sonde ayant des ouvertures analogues à des yeux sur sa longueur et capables de courir librement dans la canule, un fil pour assujettir la sonde, un suspensoir et des compresses : c'est là tout le nécessaire et l'indispensable.

Je me suis servi jusqu'à présent de la sonde en gomme élastique trouée, il se pourrait qu'une canule métallique aussi trouée à son centre fût plus avantageuse encore, parce qu'elle favoriserait d'avantage l'entrée de l'air, qu'elle s'obstruerait moins et se déplacerait plus difficilement. Elle pourrait aussi marcher avec le trois-quarts lui-même; on éviterait alors la nécessité d'être obligé de la retirer en laissant à sa place la sonde en gomme élastique, c'est-à-dire qu'on éviterait à l'opération une manœuvre délicate puisqu'elle demande de l'attention.

OPÉRATION. — L'hydrocèle reconnue, congéniale ou non, avec ou sans dégénérescence de la tunique vaginale, la position du testicule appréciée et déterminée autant que possible, le chirurgien plonge dans le sac séreux le trois-quarts armé de sa canule, puis, par un mouvement de bascule imprimé au manche qu'il descend dans les cuisses, il dirige la pointe du trois-quarts en haut de manière qu'il laisse un intervalle de quelques lignes entre le point d'entrée de l'instrument et le lieu où il perce de nouveau la paroi du sac et celle du scrotum. La pointe du trois-quarts et la canule se trou-

---

Pour nous, persuadé que nous sommes que ce principe, ce fil conducteur est indispensable à qui veut marcher bien, nous avons vu avec plaisir la direction heureuse, la voie large que vous voulez ouvrir à la clinique; et lors même que votre personne ne serait pas placée si haut dans mon estime, le sujet de votre travail et vos idées sont trop de mon goût pour que je ne leur accorde pas une haute approbation. Quoi qu'il en soit, vous aurez bien de la peine à introduire dans la clinique ces heureuses et indispensables modifications; car on ne se défait pas facilement d'une habitude vicieuse et, comme la robe du centaure Nessus, on ne l'arrache pas sans douleur ni sans violence.

AUG. HASPEL,
Médecin en chef de l'hôpital militaire
de Toulon.

MAISON D'ALIÉNÉS.—Une enquête, ouverte en Angleterre, sur l'état de plusieurs asiles particuliers d'aliénés, a révélé des abus dont on avait depuis longtemps perdu le souvenir. Dans l'établissement de Fish-Pand, dans le comté de Gincester, on a découvert que les malades étaient en proie à la plus horrible négligence et aux plus affreux traitements : les chaînes, les anneaux de fer, les menottes, les entraves, les moufles étaient employés continuellement sans discernement. La quantité de ces instruments de torture était telle, que réunis ils ne pesaient pas moins de 400 livres. En outre, les malades étaient dans la saleté la plus dégoûtante, presque entièrement nus ou couverts de haillons.

Dans un autre établissement, à Ridgway-house, près de Bristol, l'enquête a constaté que les chambres destinées aux aliénés étaient tellement petites, que les malades manquaient d'air respirable. Un malade était placé dans une chambre de 6 pieds de haut sur 4 de large; un autre dans une chambre de 5 pieds 10 pouces de large sur 11 pieds de long. Il n'y avait pas de salle de bains dans la maison, et la seule baignoire que renfermât l'établissement était occupée par une poule, couvant tranquillement ses œufs. Le médecin qui tenait cet asile (M. Ogilvie) est encore accusé d'un fait plus grave, celui d'avoir séquestré une personne qu'il a retenue pendant cinq semaines dans sa chambre, sans lui permettre le moindre exercice, sans lui administrer de médicament, l'ayant laissée, pendant tout ce temps, dans une atmosphère infecte.

— M. Edouard Robin a ouvert le 15 février, par la physique expérimentale, la chimie et l'histoire naturelle, une nouvelle série de cours préparatoires au baccalauréat ès sciences et au premier examen de médecine. Ils auront lieu tous les jours, le dimanche et le jeudi exceptés Le cours de chimie sera commencé à deux heures, celui de physique à une heure et quart et celui d'histoire naturelle à quatre heures.

Lorsque le cours de chimie spéciale est terminé, le professeur détaille, pour les personnes inscrites à cet effet, les applications de la chimie aux arts et à l'industrie.

vent alors dehors et font l'effet d'un séton perçant les parois et traversant le sac.

Ce premier temps exécuté, le chirurgien sort le trois-quarts et laisse la canule dans laquelle il passe la sonde préparée à cet effet ; puis, saisissant cette sonde passée par son bout supérieur, il retire la canule de manière que la sonde reste à sa place. Cette dernière doit excéder la canule en longueur de quelques centimètres.

La manœuvre précédente faite, l'écoulement séreux commence et le sac se vide. Pendant ce temps l'opérateur, à l'aide d'un fil solide, fixe de l'une à l'autre les deux extrémités de la sonde, de manière que cette sonde ne puisse point quitter sa place, de manière aussi que le serrement qu'on peut faire n'oblitère point son calibre.

Le sac étant à peu près vidé, le testicule est garni de compresses et soutenu par un suspensoir.

Marche et règles consécutives. — L'opération faite, le malade peut aller, venir, sortir, se livrer à des travaux où les bras seuls sont employés ; il devra chaque jour passer un stylet boutonné dans l'étendue de la sonde, et comprimera ensuite de haut en bas le scrotum qu'il embrassera à pleine main.

Cette double manœuvre est faite d'un côté pour vider la sérosité qui pourrait être survenue dès la veille, et dont la tunique séreuse peu contractile n'a pu se débarrasser ; et de l'autre, pour faciliter l'entrée de l'air dans la cavité de la poche, air qui doit enflammer la séreuse et arrêter l'écoulement. Comme l'intensité de l'inflammation adhésive paraît subordonnée à la quantité d'air qui pénètre et au renouvellement de cet air, on doit avoir soin que le stylet parcoure toute l'étendue de la sonde, et désobstrue ainsi les yeux de son milieu qui mettent le sac en rapport avec l'air extérieur.

L'instant où la sonde doit être enlevée est la pierre de touche de la guérison. Si on la détache trop tôt la maladie reparaît ; trop tard, elle pourrait peut être produire des abcès, des érysipèles plus ou moins dangereux. On doit donc éviter de tomber dans l'un ou l'autre de ces accidents.

Enlèvement de la sonde. — Les études anatomiques et pathologiques nous ont donné pour l'instant où la sonde doit être enlevée, une indication importante et qui peut toujours servir de règle. Bichat avait observé que lorsqu'une inflammation séreuse survient, l'exhalation du fluide lubréfiant cesse et qu'une fausse membrane ne tarde pas à s'organiser sur les surfaces flogosées. Cette loi fait toute la force de notre méthode.

Cette suppression de l'écoulement, indice certain que déjà l'inflammation gagne la surface interne du sac, précède toujours le gonflement du testicule et de ses annexes ; lorsqu'elle survient, l'opéré éprouve des malaises, des frissons, des coliques ; phénomènes généraux et locaux qui réclament le repos au lit, la diète. Son apparition varie suivant les sujets ; nous l'avons observée au cinquième, huitième et neuvième jour.

Lorsque l'exhalation qu'un mode d'altération avait produite se trouve détruite par un autre mode d'altération plus inflammatoire, l'écoulement cesse entièrement ; on voit paraître à sa place une fièvre intense, un gonflement douloureux, dur, volumineux et lourd. La sonde alors pourrait être enlevée. Avant de le faire, et pour être plus assuré des résultats, nous attendons que ce gonflement même soit arrivé à son apogée ; ainsi, à la suspension de l'écoulement succède la tuméfaction qui s'étend de proche en proche et progresse pendant trois à quatre jours, au bout desquels la fièvre tombe et l'engorgement diminue ; c'est alors que le chirurgien détache les fils et sort la sonde, continuant à recouvrir le scrotum de cataplasmes émollients. Huit à dix jours de cette médication suffisent à la résolution, et le malade se trouve radicalement guéri.

Tels sont les phénomènes qui succèdent au traitement que nous proposons pour guérir l'hydrocèle. A mon avis, les avantages qu'il offre sur tous les moyens dirigés jusqu'à ce jour dans le même but découlent de ces mêmes phénomènes, dont les résultats constants et identiques, obtenus dans six cas où l'inflammation avait déjà produit des altérations pathologiques très-opposées, le placeront, j'ose l'espérer, à côté de l'injection comme méthode générale.

Comparaison. — Si même on descend, comme on doit le faire, dans une comparaison juste entre l'injection et notre manière d'agir, on verra promptement que l'injection supporte beaucoup d'exceptions dans son application, tandis que notre méthode n'en reconnaît aucune. Cette vérité est parfaitement établie par l'opinion de plusieurs chirurgiens, Gerdy, Vidal, qui ne veulent point qu'on injecte dans un kyste du cordon, ou quand l'épanchement du sac de la tunique vaginale dépasse l'anneau inguinal. Notre méthode, loin de supporter ces exclusions, est tout à fait applicable à ces cas.

Si maintenant nous examinons l'ensemble des deux méthodes, nous voyons l'injection réclamer la nécessité des réchauds, du vin, de l'iode, d'une seringue ; nous voyons cette injection, quoique répétée et conservée quelques minutes dans le sac, ne pas amener toujours l'inflammation adhésive. Nous savons qu'elle peut infiltrer le scrotum, occasionner des abcès, des péritonites. Le malade qu'on lui soumet doit nécessairement être à peu de distance du chirurgien. La durée de la maladie, après l'opération, est ordinairement de vingt à trente jours, pendant lesquels il y a douze à quinze jours de lit.

Par notre méthode, nous n'avons aucun des inconvénients, aucun des dangers qui précèdent. Il ne nous faut que le trois-quarts de l'injection, sans ses liqueurs. N'injectant pas, nous n'avons point de coliques, point d'infiltration. L'opération est prompte, simple, indolore. La facilité de porter ce trois-quarts dans sa poche, la marche régulière et progressive de l'inflammation après qu'elle a été faite, permettent d'opérer les malades en tout lieu. Le malade ne garde absolument le repos que pendant six à huit jours.

Peut-être objectera-t-on que la sonde peut amener du pus, des abcès, et qu'en cela elle est passible des reproches faits à l'injection. Je répondrai péremptoirement que cette objection n'en est pas une. L'infiltration occasionne ces abcès dans l'épaisseur des parois scrotales, dans le tissu cellulaire extérieur du sac, tandis que notre sonde n'agit absolument que sur la surface interne du sac, et la production du pus dans la cavité du sacrum n'est pas chose facile. Qu'importerait, au reste, qu'il se formât ? Il coulerait comme la sérosité par la sonde, et l'adhérence ne se ferait pas moins.

En résumé, l'injection a parfaitement fait jusqu'à ce jour ; mais si on peut aujourd'hui lui substituer un moyen plus simple, d'application plus facile, plus commode, un moyen moins douloureux, moins long dans ses manœuvres, un moyen qui guérisse aussi bien, plus promptement, un moyen, en un mot, plus naturel et moins dangereux, je dis que ce moyen est un perfectionnement sur les injections, et qu'il doit être employé.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX BELGES.

(Suite et fin.)

VI. — ANNALES DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION DE LA FLANDRE.

RUPTURE D'UNE TUMEUR SANGUINE DE LA VULVE, SUIVIE DE MORT, CHEZ UNE FEMME EN MAL D'ENFANT ; par M. WYFFELS.

Quoique cette observation soit fort incomplète sous le rapport des détails symptomatologiques et nécroscopiques, quoique la partie thérapeutique y ait été à peine ébauchée, nous n'en croyons pas moins devoir la reproduire ici, ne fût-ce qu'à cause de la matière qu'un pareil fait fournit aux interprétations diverses, et de l'encouragement qu'il peut donner à mieux étudier ceux de ce genre qui se présenteraient à l'avenir.

Obs. — M. Wyffels fut appelé, le 6 septembre, pour aider à l'accouchement d'une femme robuste, déjà mère de huit enfants qu'elle avait tous portés et mis au monde avec facilité. Cette fois, seulement, la marche avait été très-pénible, et les extrémités inférieures fortement œdématiées durant la grossesse.

La tête de l'enfant ne se trouvait pas encore engagée dans l'excavation. Néanmoins, d'après la force des contractions utérines et la présentation régulière de la tête, on croyait pouvoir compter sur une prompte délivrance, lorsque, après quelques douleurs prononcées, on vit la grande lèvre droite se distendre subitement, augmenter rapidement de volume et devenir en peu d'instants tendue et fluctuante. La tumeur augmentant toujours sous et malgré la compression de la main de M. Wyffels, et ayant déjà acquis le volume du poing, se remplit si brusquement pendant une forte douleur, que le sang fut projeté à la distance de plusieurs pieds. Pendant qu'il envoyait chercher le forceps, il sortit un sang veineux et noirâtre par l'ouverture qui s'était faite à la partie externe et moyenne de la grande lèvre, ouverture dans laquelle on pouvait facilement introduire le pouce. Pendant les contractions, le sang était poussé par saccades, mais ne coulait pas avec intensité dans les intervalles. A partir de ce moment, et après plusieurs douleurs, la femme commença à se plaindre d'étouffements et finit par dire qu'elle allait mourir faute d'air. Quelques minutes après, elle succomba en effet sans qu'on s'y attendît et qu'on s'en aperçût. Trois quarts d'heure environ après l'accident, on apporta le forceps ; il ne servit qu'à extraire un enfant qui avait également cessé de vivre.

L'autopsie ne fut point permise.

VII. ANNALES DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE BRUGES.

La deuxième livraison de l'année 1849 contient les travaux originaux suivants : 1° *Analectes médicaux*. 2° *Observation d'un pneumo-tho-*

rax traumatique, suite d'une grande chute; par M. Janssens. (On trouva à l'autopsie quatre côtes fracturées et un épanchement considérable d'air dans la cavité pleurale de ce côté. Cependant il ne fut pas possible de découvrir de déchirure de la plèvre.) 3° *Analyse critique des différents procédés proposés pour constater la présence du sulfate de cuivre dans le pain.* 4° *Flore de la Flandre occidentale.* (Suite.)

VIII. JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACOLOGIE, PUBLIÉ PAR LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET NATURELLES DE BRUXELLES.

Les numéros d'avril, mai, juillet et août 1849 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Essai thérapeutique sur l'iode ou application de la médication iodée au traitement des maladies;* par M. Payan. 2° *Considérations sur la phthisie à sa première période;* par M. Douvillé. (Non terminé.) 3° *Mémoire sur la maladie scrofuleuse, etc.*, par M. Thouvenin. 4° *De l'usage de l'hydriodate de potasse dans les engorgements de la prostate;* par M. Héliu. (Il est probable que le repos et la cessation de tentatives de cathétérisme ont puissamment concouru, avec l'iodure de potassium, à ramener le cours des urines.) 5° *Des révulsifs dans la phthisie pulmonaire;* par M. Schnezmans. 6° *Observation d'hématocèle consécutive à la ponction de l'hydrocèle; abcès gangréneux; guérison;* par M. Martin. (Une simple ponction pour la cure palliative avait été pratiquée.) 7° *Observation de transfusion du sang, et considération sur cette opération;* par M. Bougard. 8° *De la cure radicale de l'hydrocèle;* par M. Defer. 9° *Observations d'application du forceps-scie, recueillies à la Maternité de Bruxelles, et précédées de quelques considérations pratiques sur l'emploi de cet instrument;* par M. Feignaux.

MÉMOIRE SUR LA MALADIE SCROFULEUSE; par le docteur THOUVENIN.

C'est seulement en tant qu'endémique dans le département du Nord que la maladie scrofuleuse est étudiée dans le mémoire de M. Thouvenin. Il en résulte que, bien que ce mémoire passe successivement en revue une partie de l'histoire de la scrofule, il n'offre pourtant à noter que certains points particuliers en rapport avec les conditions spéciales de la localité. Nous insisterons principalement sur l'étiologie. Nous avons eu récemment occasion, en rendant compte de plusieurs ouvrages relatifs à la scrofule, de faire remarquer que les résultats le plus souvent négatifs de la statistique appliquée à l'étude des causes de l'affection scrofuleuse, n'avaient peut-être pas autant de valeur qu'on serait tenté de leur en attribuer, et que si l'action de ces causes présumées n'était pas facile à reconnaître chez les individus, elle pouvait parfois se traduire d'une façon évidente sur les masses. Il en est précisément ainsi dans le département du Nord. Ce département, on le sait, est extrêmement fécond en scrofules. A Lille, sur une population de 72,000 habitants, 15,000 au moins présentent un tempérament lymphatique très-prononcé, et sur ce nombre les dix-neuf vingtièmes appartiennent à la population ouvrière. Sur ces 15,000, les deux tiers environ n'offrent aucun symptôme apparent de scrofule; mais parmi les autres on en compte au moins 1,000 atteints de gibbosité, à peu près autant porteurs de déviations des membres, et environ 3,000 affectés d'ophthalmie, d'engorgement ganglionnaire, de carie, de phthisie tuberculeuse, de carreau, etc. Voilà certes (même en déduisant les cas de rachitisme que l'auteur paraît n'avoir pas distingués de la scrofule) un foyer assez actif de maladies scrofuleuses. Or la population ouvrière du département du Nord et surtout celle de Lille se trouve précisément sous l'influence des conditions auxquelles on accorde généralement la faculté d'engendrer ces maladies : atmosphère humide, marécageuse; habitations mal aérées, mal éclairées, placées au-dessous du sol; défaut d'exercice; mauvaise alimentation; usage de l'eau pour boisson. Ainsi beaucoup d'ouvriers tisserands, dans les environs de Cambrai et à Lille, habitent des caves. A Roubaix, Valenciennes et dans d'autres localités, un grand nombre d'ouvriers séjournent dans des chambres étroites, situées le long de cours humides et mal ventilées. Dans les villages, presque toutes les habitations ont des rez-de-chaussée en briques et en terre durcie, et les portes mal closes laissent pénétrer le froid et l'humidité. Toutes les maisons de ferme ont des fosses profondes où se mêlent le fumier des étables, les matières fécales et les eaux pluviales, et qui dégagent une odeur aigre et putride. Certaines professions, comme celle de filateur de lin, exposent plus encore à l'humidité, sans parler des inconvénients d'un travail trop longtemps prolongé. Voilà pour l'habitation.

Les conditions alimentaires ne sont pas plus favorables. A Lille, l'alimentation des ouvriers est presque exclusivement végétale; le déjeuner se compose de tartines de pain et de beurre, quelquefois trempées dans de l'eau d'orge ou dans une décoction de chicorée torréfiée ou dans du lait coupé. A dîner, les ouvriers mangent une soupe maigre et quelques légumes, pommes de terre, pois, haricots. Le soir, même nourriture à peu près. Les vendredis et samedis, du lait privé de sa partie butyreuse ou du poisson de mer souvent avarié. Le dimanche seulement, la plupart des ouvriers mangent de la viande, mais de qualité inférieure, ou de la mauvaise charcuterie. Quelques-uns ne touchent à la viande que trois ou quatre fois par an. Il est vrai que dans d'autres villes du département du Nord, comme Roubaix, Tourcoing, Armentières, où la viande est moins chère qu'à Lille, la nourriture des ouvriers est moins chiche, mais elle est loin encore d'être suffisamment réparatrice. L'eau est la boisson ordinaire des repas. Il faut ajouter à ces conditions une malpropreté habituelle, l'abus de l'eau-de-vie de grains et de fréquentes suppressions de la transpiration cutanée.

Il paraît difficile de ne pas regarder le défaut d'aération, l'humidité et la mauvaise nourriture, comme les principales conditions auxquelles il faille rapporter la fréquence des affections scrofuleuses dans le département du Nord. Nous n'oublions pas que ceux-là même qui nient l'influence isolée du défaut d'aération et celle de la mauvaise nourriture, admettent leur influence *combinée*; mais nous avons fait remarquer il n'y a pas longtemps tout ce qu'il y avait de vague et d'invraisemblable dans une telle interprétation. Si les deux causes agissent puissamment, comme on l'accorde, c'est qu'elles apportent chacune une certaine part d'action, ce n'est pas en vertu de ce que nous ne savons quelle force inconnue qui résulterait de leur accouplement.

La partie du mémoire de M. Thouvenin, relative à la symptomatologie et au traitement de l'affection scrofuleuse, ne nous offre rien à mentionner particulièrement. On pourrait même lui adresser le reproche de rester au-dessous de l'état actuel de la science et de paraître étrangère aux recherches dont elle s'est enrichie depuis plusieurs années. Il nous suffira de dire que la distinction si connue entre les engorgements glandulaires tuberculeux et les engorgements purement scrofuleux, distinction vraie au point de vue anatomique et d'une utilité incontestable en pratique, n'y est même pas indiquée.

LES RÉVULSIFS DANS LA PHTHISIE PULMONAIRE; par le docteur SCHERMANS.

Pour apprécier exactement la manière de voir de l'auteur touchant les révulsifs dans le traitement de la phthisie pulmonaire, il est indispensable de rapporter d'abord en quelques mots l'observation sur laquelle il la fonde.

OBS. — Un homme âgé de 33 ans, d'un tempérament lymphatique, avait toujours joui d'une bonne santé, quand survint une hémoptysie abondante, suivie de toux, dyspnée, sueurs nocturnes, amaigrissement. On le traita d'abord par les émollients, ce qui ne fit qu'aggraver son état. Un médecin lui ordonna ensuite deux vésicatoires sur la poitrine, l'usage de l'huile de foie de morue et un régime analeptique. La maladie resta stationnaire. Dix-huit mois après l'hémoptysie, le docteur Schnermans fut consulté. Le sujet avait alors le teint pâle, terreux, il était amaigri, avait de la diarrhée, de la toux, une expectoration purulente, du craquement au sommet des deux poumons; la respiration était pure ailleurs. Il demanda avec instance la suppression de ses vésicatoires; elle fut accordée.

Trois jours après, les vésicatoires étaient presque secs, mais le malade avait une dyspnée intense, de la fièvre. Au sommet du poumon droit, souffle bronchique superficiel, craquements; dans le reste du poumon, râles sibilants et sous-crépitants. A gauche, mêmes signes stéthoscopiques, sauf un peu moins d'intensité dans le souffle bronchique. Le malade supplia alors l'auteur de rouvrir les exutoires, disant que, par deux fois, il avait été soulagé par le même moyen. Les vésicatoires sont rétablis et l'on prescrit quelques opiacés.

Le lendemain, la suppuration est établie. Les symptômes sont très-amendés. La diarrhée diminue.

Le surlendemain, les vésicatoires suppurent beaucoup, l'expectoration est plus facile. Les râles sibilants et crépitants ont disparu, mais les souffles bronchiques persistent.

Deux jours après, l'amélioration est plus grande encore. On prescrit l'huile de foie de morue et le sirop diacode.

Huit jours plus tard, le souffle a disparu. L'état stéthoscopique du poumon est le même qu'avant la recrudescence.

En présence des effets avantageux du vésicatoire dans le cas dont il s'agit, l'auteur se demande de quelle manière il a pu enrayer si rapidement des symptômes en apparence très-graves, et il arrive à cette conclusion que le vésicatoire a été surtout utile en dérivant le travail inflammatoire qui compliquait la phthisie pulmonaire. Et cette conclusion particulière, il la généralise ensuite pour faire de l'emploi des vésicatoires comme révulsifs dans cette affection, un précepte formel. Sans nous préoccuper beaucoup de la légitimité d'une conclusion de cette nature, tirée d'un seul fait, et prenant la question de plus haut, nous ne nions pas qu'un excitant énergique de la surface cutanée du thorax ne puisse suspendre le travail phlegmasique qui s'ajoute si souvent à la tuberculisation pulmonaire, de même

qu'on voit, dans les tumeurs blanches scrofuleuses, les symptômes aigus se calmer à mesure qu'on couvre la peau du genou de pustules, au moyen de frictions avec la pommade stibiée. Mais nous croyons aussi qu'il faut tenir compte de la *dépuration* des humeurs opérée par l'exutoire. Ce mode d'action paraît surtout admissible dans les cas où l'exutoire, déjà ancien, ne peut plus guère être considéré comme un excitant, et n'agit plus que par la suppuration. L'exutoire artificiel ressemble alors à ces anciens ulcères dont la cicatrisation brusque amène de graves accidents du coté de la poitrine ou de l'abdomen, accidents qu'on ne peut faire disparaître qu'en rouvrant la plaie. C'est ce point de vue que l'auteur nous semble avoir un peu trop oublié.

OBSERVATION DE TRANSFUSION DU SANG, ET CONSIDÉRATIONS SUR CETTE OPÉRATION; par M. BOUGARD.

La simplicité de l'appareil instrumental employé est ce qu'il y a de plus frappant dans cette opération; et le succès remarquable, quoique temporaire seulement, obtenu dans ce cas, a sans doute été dû en grande partie à la rapidité que permettait le manuel ainsi perfectionné.

Débarrassant l'instrument des complications inutiles qu'y avaient laissées MM. Solteau et Blundell, M. Bougard le fait consister seulement en une petite canule conique, faisant par conséquent bouchon, et qu'on place d'avance dans la veine de la personne anémique. Un tube élastique est terminé d'un côté par une ouverture simple pour s'adapter à la canule, de l'autre par un récipient auquel on donne la forme triangulaire afin d'éviter le mouvement de rotation du liquide. Un robinet laisse, au gré de l'opérateur, le sang passer du récipient dans le tube.

L'appareil étant enveloppé de compresses imbibées d'eau chaude, on saigne la personne qui fournit le sang. On recueille ce liquide dans le récipient en dirigeant celui-ci de manière à recevoir le jet. Il faut en laisser accumuler près de 2 onces dans le récipient sans ouvrir le robinet pour éviter l'introduction de l'air et la suspension de l'écoulement de sang par le tube durant l'opération. Cela fait, on ouvre donc le robinet; et au moment où le sang commence à sortir par l'ouverture inférieure du tube, on introduit celui-ci dans la canule. La transfusion s'effectue ainsi, le plus directement possible, pendant le temps fixé.

Cette opération ainsi simplifiée a été appliquée par M. Bougard chez une femme de 26 ans, qui, à la suite d'hémoptysies traitées au moyen de déplétions sanguines extrêmement copieuses, fut prise de métrorrhagies, puis d'une chloro-anémie qui s'accompagna d'un état de débilité si prononcé que la malheureuse ne pouvait être changée de lit sans prendre une syncope. Sa faiblesse était encore augmentée par des hémorrhagies spontanées ayant lieu par la vulve, les orteils, la bouche, les yeux et les mamelons. Les aliments provoquent presque constamment le vomissement.

Les secours habituels de la médecine étant demeurés impuissants, et le danger augmentant toujours, on pratiqua la transfusion le 30 septembre 1847, selon le procédé indiqué ci-dessus, et avec du sang qu'une jeune femme bien portante consentit à fournir par reconnaissance pour les soins que l'un des médecins avait donnés à sa mère. On introduisit 2 onces et demie de sang. L'opération dura six minutes. Le pouls à 27 au quart, avant la transfusion, monta à 30 quand on la commença, puis descendit à 25 après le pansement. A mesure que le sang entrait dans la veine, les assistants reconnurent le ralentissement du pouls. La patiente éprouva une sensation qu'elle rendit en disant: « Je sens un liquide chaud couler dans mon corps, et particulièrement vers le cœur; j'éprouve aussi une chaleur inaccoutumée. »

Le 1er octobre, elle se sentait plus de force; la peau ainsi que l'origine des muqueuses étaient notablement plus colorées; elle supporte le bouillon.

Le 5, elle prend des aliments solides sans les rendre. Sommeil réparateur; elle se sent forte, s'assied d'elle-même sur son lit, elle qui, avant l'opération, ne pouvait remuer un membre; plus d'hémorrhagies; pouls de 20 à 22, au quart.

Le 7, la malade réclamant une seconde transfusion, celle-ci fut pratiquée de la même manière. On fit passer dans ses veines de 2 onces et demie à 3 onces.

L'effet de cette opération fut des plus satisfaisants. Bientôt la malade put se lever, aider l'infirmière, refaire les lits; ses règles revinrent une fois très-naturellement; elle parlait même de reprendre bientôt ses occupations de domestique lorsque le 15 novembre une nouvelle métrorrhagie très-abondante survint. Les symptômes d'une suppuration sous-péritonéale se déclarèrent. Ce foyer amena une fièvre hectique, puis un état de langueur qui se termina par la mort le 19 février 1848.

DE LA CURE RADICALE DE L'HYDROCÈLE; par M. DEFER.

Voici un procédé qui, comme on va le voir, mérite moins l'attention par lui-même que par le perfectionnement dont il a donné l'idée à l'auteur.

Après avoir fait la ponction comme à l'ordinaire, M. Defer laisse la sérosité s'écouler; puis il introduit par la canule un mandrin dont l'extrémité cannelée est chargée de nitrate d'argent fondu, et il cautérise légèrement toute la cavité séreuse en promenant sur elle le porte-caustique. On retire ensuite le mandrin d'abord, et enfin la canule.

Ce mode d'agir, qui a déjà procuré cinq guérisons, détermine moins de douleur que l'injection. Pour qu'il soit efficace sans risquer de causer trop d'irritation, il faut que le chirurgien promène sûrement et vite le mandrin sur les parois de la tunique vaginale, de manière à la toucher légèrement avec le nitrate d'argent.

C'est probablement la difficulté de toucher partout sans toucher nulle part trop fort qui a fait penser M. Defer à un autre procédé, selon nous, beaucoup plus intéressant. Il s'agit, après la ponction, de ne laisser sortir qu'un jet de liquide, puis d'introduire à travers la canule un mandrin chargé de pierre divine. Ce caustique (qu'on pourrait remplacer par tout autre analogue) se dissout dans la sérosité et irrite tous les points de la membrane malade.

L'auteur n'a jusqu'ici employé ce dernier procédé qu'une fois, mais la guérison a été rapide et parfaite.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 11 FÉVRIER.

Cette séance a été consacrée à des objets entièrement étrangers à la médecine.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 12 FÉVRIER. — PRÉSIDENCE DE M. BRICHETEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle ne comprend qu'une seule lettre du ministre de l'agriculture et du commerce transmettant un rapport de M. le docteur Boussenard sur l'épidémie de choléra qu'il a observée dans le département de la Meuse.

— MM. Beau, Ricord, Larrey, Michel Lévy, Danyau, Gobley et Bayle écrivent qu'ils se portent candidats aux places vacantes dans le sein de l'Académie.

NOUVEAU PESSAIRE.

M. RICHARD (de Toulouse) adresse, pour être soumis à l'appréciation de l'Académie, un mémoire sur l'hystéroptose et un pessaire de son invention qui possède, à ce qu'il croit, des avantages considérables sur tous ceux qu'on a pu faire jusqu'à présent. (Commissaires, MM. Moreau, Capuron et Hervez de Chégoin.)

TRAITEMENT DU CHOLÉRA PAR LES INJECTIONS MÉDICAMENTEUSES.

M. GOUYON, de Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme), adresse une note sur le traitement du choléra qu'il propose de combattre par des injections médicamenteuses sous-cutanées. Les agents qu'il croirait pouvoir injecter sont le sulfate de quinine, le nitrate d'argent, le gaz oxygène. Le lieu le plus convenable pour pratiquer ces injections serait la région abdominale.

ENCYCLOPÉDIE MÉDICALE CHINOISE.

M. PARAVEY adresse une lettre dans laquelle il se propose d'appeler l'attention des jeunes médecins sur le livre intitulé: PEU-TSAO-HANG-MOU, sorte d'encyclopédie médicale traitant de tous les animaux, végétaux et minéraux, dont les produits peuvent être utiles soit en médecine soit dans les arts de toute nature.

TRAITEMENT DE LA MÉNINGITE TUBERCULEUSE PAR L'IODURE DE POTASSIUM.

M. LAFFORE (d'Agen) annonce qu'il a employé l'iodure de potassium avec succès dans 7 cas de méningite tuberculeuse, dont plusieurs offraient les symptômes de la troisième période, à la dose de 3 grammes par jour.

— M. Daremberg écrit de Salerne pour rendre compte du résultat de sa mission scientifique.

DU CITRATE DE MAGNÉSIE ET DE SES PRÉPARATIONS.

M. Robinet lit, en son nom et au nom de MM. Orfila et Soubeiran, un rapport sur une lettre ministérielle relative à la vente du citrate de magnésie et de ses préparations.

Le ministre consultait l'Académie sur la mesure qu'il y aurait à prendre pour soustraire l'inventeur des diverses préparations de citrate de magnésie, auxquelles l'Académie a déjà donné son approbation, à l'action des tribunaux.

La commission proposait de répondre au ministre par les conclusions suivantes :

1° Dans l'opinion de l'Académie, un remède dont le nom indique la nature et la composition ne saurait être considéré comme un remède secret, et ne devrait pas rentrer dans l'application de la loi de germinal an XI;

2° Le citrate de magnésie étant un sel sur la nature et la composition duquel il ne peut s'élever aucun doute, ne devrait pas être considéré comme un remède secret;

3° La jurisprudence n'ayant pas accueilli cette manière d'envisager certains remèdes nouveaux, il y aurait lieu d'adopter, pour les remèdes nouveaux reconnus utiles, un mode de publication conforme aux prescriptions de la loi, tel que l'insertion au Codex, ou, à défaut, la publication dans le Moniteur ou le Bulletin des lois;

4° L'Académie pense qu'il y a lieu de prendre ces mesures à l'égard du citrate de magnésie et de ses diverses préparations, après en avoir préalablement arrêté les formules.

M. Adelon déclare être incertain sur l'utilité qu'il peut y avoir à définir ce que c'est qu'un remède secret, et cette définition, en tous cas, lui paraît difficile. Il croit la législation actuelle suffisante autant pour les intérêts des inventeurs, qui ne lui semblent pas suffisamment sauvegardés par le projet de la commission, que pour les intérêts de la science et du public. Tout remède, suivant lui, doit être immédiatement connu et publié, sauf à indemniser l'inventeur ou à lui acheter son remède, tout comme cela se pratique dans les expropriations pour utilité publique. Si l'on n'applique pas plus souvent ce genre d'indemnité, c'est qu'il n'y a que très-peu de remèdes qui l'aient mérité. Que l'on accepte le citrate de magnésie depuis longtemps connu en chimie, soit; mais on doit repousser la limonade et les pastilles, parce qu'un remède magistral ne doit point figurer au Codex.

M. Adelon termine en demandant l'ajournement des conclusions et un examen plus approfondi de la question.

M. Guibourt appuie les conclusions du rapport, bien qu'elles ne lui paraissent pas remplir complétement le but du demandeur et du public. Il ne s'agit pas seulement de légaliser le remède en question en l'insérant au Codex, mais d'en publier immédiatement la formule. Il croit qu'il serait utile que l'Académie examinât toutes les formules qui ont été proposées, afin d'adopter et de publier celle qui lui paraîtrait préférable.

M. H. Gaultier de Claubry : La question se réduit à ceci : Il y a un très-grand inconvénient dans le laps de temps souvent très-considérable qui s'écoule entre deux éditions du Codex, à attendre, pour publier un remède nouveau, une nouvelle édition de ce recueil. Il faut donc trouver un moyen d'y suppléer; ce moyen est l'insertion au Bulletin des lois ou au Moniteur; c'est justement ce que vous propose la commission.

M. Dubois (d'Amiens) demande que la proposition de M. Guibourt soit renvoyée à la commission.

M. Caventou : Le citrate de magnésie n'est point un produit nouveau; on en trouve la description dans tous les ouvrages de chimie. L'application qu'on en a faite à la confection d'un purgatif plus agréable, moins nauséeux que l'eau de Sedlitz, est utile sans doute, mais il ne lui semble pas qu'il y ait là une véritable invention, et que cela vaille la peine d'être publié comme une formule nouvelle.

M. Robinet : Je ne peux pas accepter les objections que l'on a adressées au rapport. Le ministre consulte l'Académie pour savoir s'il y a lieu ou non de publier la formule en question ; l'Académie répond conformément à l'esprit de la législation. Quand un médecin envoie une formule dans une pharmacie, il désire sans doute qu'elle soit exécutée; or si le pharmacien s'en tenait dans ce cas-ci à la lettre de la loi, il se verrait dans l'alternative de refuser l'exécution de la formule demandée, ou d'encourir, s'il l'exécutait, les rigueurs de la loi. C'est cette fausse situation que la commission a voulu faire cesser.

M. Bégin : Il y a un inconvénient à mêler ainsi des choses dissemblables dans le même rapport. Ce qu'aurait dû faire la commission, à ce qu'il me semble, c'était d'abord de proposer la mesure spéciale à adopter en ce qui concerne le citrate de magnésie, sauf à appeler ensuite l'attention du gouvernement, à cette occasion, sur le moyen à adopter à l'avenir pour régulariser les choses en semblable circonstance.

M. Dubois (d'Amiens) fait remarquer à M. Bégin que la commission n'était pas maîtresse de séparer la question spéciale de la question générale. Il résulte, en effet, de la lettre ministérielle dont M. le secrétaire perpétuel donne lecture, que l'Académie était consultée à la fois sur ces deux points.

C'est parce que nous savons, ajoute M. Dubois (d'Amiens), qu'en dehors de cette Académie, et sans sa participation, on cherche à résoudre cette question, que nous avons cru urgent d'en emparer la commission.

Le renvoi du rapport à la commission ayant été demandé, est mis aux voix et adopté.

Le bureau propose d'adjoindre à la commission MM. Adelon, Bégin et Caventou.

A quatre heures, l'Académie se forme en comité secret pour la discussion du rapport relatif au prix d'Argenteuil.

BIBLIOGRAPHIE.

RECHERCHES ANATOMIQUES, CLINIQUES ET EXPÉRIMENTALES SUR LA NATURE ET LES CAUSES DE L'EMPHYSÈME PULMONAIRE (ASTHME CONTINU DES ANCIENS); par le docteur Rossignol, membre correspondant de l'Académie royale de médecine de Belgique, prosecteur à l'Université de Bruxelles, etc. (Première partie.—Anatomie pathologique.) — Broch. in-8° de 122 pages avec planches. — Bruxelles, chez N.-J. Gregoir.—1849.

L'histoire de l'emphysème pulmonaire est l'une des plus propres peut-être à montrer combien les questions en apparence les plus faciles à résoudre par la seule application de la vue et du toucher, laissent encore de doute et d'incertitude à l'esprit, lorsque le flambeau de l'étiologie ne vient pas en aide à nos sens pour éclairer et féconder les résultats bruts de l'observation. Depuis Laennec, qui créa en quelque sorte tout d'une pièce l'histoire à peine soupçonnée jusqu'à lui de l'emphysème pulmonaire, la question du siége et du mécanisme de cette affection, bien qu'elle ait donné lieu à de nombreux et remarquables travaux, semble n'avoir pas fait un pas, ou plutôt elle n'a marché que pour accroître la confusion et l'incertitude en multipliant les espèces et les variétés d'une lésion que les efforts de la science devaient tendre à ramener à un type commun. Deux théories principales partageaient les pathologistes depuis Laennec : l'une d'après laquelle l'emphysème pulmonaire est considéré comme un produit de la dilatation des vésicules aériennes avec ou sans déchirure de leurs parois; l'autre qui le fait consister dans la distension par l'air des mailles du tissu cellulaire intervésiculaire. Dans un mémoire publié dans les colonnes de ce journal, mémoire plein de mérite d'ailleurs, riche de faits et de vues ingénieuses sur la physiologie du poumon, M. Strohl admet, en manière de transaction, ces deux théories comme l'expression de deux formes ou de deux espèces différentes d'emphysème ayant mêmes droits et mêmes titres à figurer dans le cadre nosologique, et il réclame en outre la même faveur pour une troisième espèce, l'emphysème bronchique, et même pour une quatrième l'emphysème sénile de M. Royer-Collard. Lorsqu'on voit de semblables dissidences sur un fait d'observation, n'est-il pas permis de penser que chacune des théories admises n'est qu'une expression partielle du fait et que chaque observateur n'a vu qu'une des phases de la lésion qu'il aura prise pour la lésion intégrale elle-même ? A ce compte un nouveau progrès resterait à réaliser : ce serait celui qui consisterait à démontrer quelle est la lésion primitive, initiale et réellement caractéristique de l'emphysème, par quel mécanisme constant et identique se développe cette lésion, et à assigner aux désordres secondaires qui en altèrent plus ou moins profondément le caractère primitif, leur part d'influence sur le développement successif des diverses phases de la maladie. C'est vers ce but que nous a paru tendre le travail remarquable de M. Rossignol dont nous allons essayer de donner une analyse succincte.

Avant d'étudier les altérations du poumon, l'auteur a cru qu'il était indispensable de déterminer préalablement l'état physiologique de cet organe. Cette marche logique était suffisamment justifiée par le peu d'accord qui règne entre les anatomistes, d'une part sur la structure intime du poumon, et d'autre part par cette considération que l'emphysème n'étant qu'une désorganisation particulière de la structure du poumon, on ne saurait comprendre les lésions pulmonaires dues à l'emphysème, sans connaître d'avance cette structure normale. L'auteur a donc entrepris une série de recherches sur les propriétés physiques et organiques du poumon, qu'il met ensuite en parallèle avec les caractères généraux de l'emphysème, afin d'en mieux faire ressortir la valeur relative.

Le fait le plus saillant qui ressort de ces recherches au point de vue de l'affection qui nous occupe, c'est la détermination du mode de terminaison des dernières ramifications de la bronche lobulaire et des cavités microscopiques que circonscrivent les lamelles du parenchyme pulmonaire. M. Rossignol démontre, à l'aide d'un procédé qui lui est particulier, que

les dernières bronches se terminent par des dilatations qui viennent successivement combler les espaces vides que laissent entre elles les ramifications aériennes des lobules bronchiques; dilatations en forme d'entonnoir, ordinairement au nombre de deux ou trois à l'extrémité d'un tube aérien et au niveau desquelles l'artère pulmonaire se termine en autant de ramuscules dont chacune s'applique sur l'infundibulum correspondant. L'intérieur des derniers ordres de rameaux bronchiques et de leurs dilatations terminales est tapissé de petites alvéoles circonscrites par de minces cloisons et s'étendant d'une division bronchique à la suivante (organe spécial de l'hématose). Telles sont, avec le mode de distribution indiqué des dernières divisions de l'artère pulmonaire, et l'existence, jusque-là contestée après avoir été primitivement signalée par Willis et Haller, d'une membrane d'enveloppe propre du lobule, les dispositions principales de la texture intime du poumon sur lesquelles M. Rossignol appelle l'attention, comme indispensables à connaître pour l'intelligence du mécanisme de formation de l'emphysème.

Ce premier point de départ établi, voici maintenant comment l'auteur a procédé à l'examen des poumons emphysémateux et quelles sont les diverses sortes de lésions qu'il a constatées.

L'examen anatomique des poumons simplement insufflés et desséchés n'ayant pas paru suffisant à l'auteur pour voir et surtout pour *comprendre* les diverses lésions pulmonaires qui constituent l'emphysème, il a imaginé un procédé qui permet de voir d'une manière complète et sans illusion les cavités normales et anormales des poumons atteints d'emphysème, et d'examiner en même temps la disposition des vaisseaux sanguins; ce procédé consiste dans l'injection colorante des capillaires de l'artère pulmonaire, suivie de la dessiccation de l'organe dans l'état d'insufflation.

De l'examen comparatif de poumons d'hommes atteints d'emphysème héréditaire ou acquis, à un âge plus ou moins avancé, et de poumons d'animaux domestiques sur lesquels on avait produit cette maladie ou qui en étaient atteints depuis longtemps, M. Rossignol a été conduit à constater les résultats qui suivent.

A l'inspection du poumon d'un sujet qui a succombé à l'emphysème, préparé d'après le procédé indiqué, on rencontre trois états principaux et bien tranchés dans la désorganisation aérienne des lobules qui le composent :

1° Le parenchyme pulmonaire a disparu. Il ne reste du lobule que les cloisons interlobulaires qui sont épaissies dans certains points, amincies, détruites ou simplement perforées dans d'autres. Elles forment les parois d'une caverne dont l'intérieur est entièrement vide ou occupé par des filaments, des brides, des cloisons incomplètes, perforées d'un grand nombre de petits trous, cloisons dans lesquelles on ne trouve plus de traces de la bronche lobulaire, tandis que l'injection montre que l'artère pulmonaire pénètre encore dans l'espace lobulaire et se répand en rameaux sur le peu de cloisons qui le traversent.

2° Le lobule a augmenté de volume et se trouve transformé, en partie ou en totalité, en cavités nombreuses pouvant loger une tête d'épingle ou un pois, communiquant entre elles ou avec des parties plus profondes, largement, ou par de petites ouvertures; les parois de ces cavités sont lisses et parfaitement colorées par les capillaires de l'artère pulmonaire injectée.

3° Le lobule semble ne différer de l'état normal que par des cavités aériennes plus facilement visibles ou par une structure devenue plus manifeste.

Les nombreux degrés intermédiaires de ces trois états principaux constituent les diverses altérations de l'appareil aérien du parenchyme pulmonaire. En analysant ces diverses modifications de structure que subissent les lobules pulmonaires au début de l'emphysème, et en les suivant dans les progrès successifs de la maladie, l'auteur arrive à établir que l'emphysème consiste dans les lésions suivantes des conduits aériens, des alvéoles pulmonaires et des capillaires sanguins, savoir : 1° pour les bronchioles lobulaires, quatre genres principaux d'altération : la dilatation, le rétrécissement allant jusqu'à l'oblitération, l'atrophie, l'hypertrophie; 2° pour les alvéoles ou vésicules pulmonaires : une lésion essentielle, l'affaissement et la disparition successive des cloisons qui leur sont communes; d'où résultent les cavités que la plupart des anatomo-pathologistes ont prises pour le résultat de la dilatation graduelle des vésicules; 3° pour les vaisseaux sanguins du lobule : diminution graduelle de leur calibre secondairement et proportionnellement à l'effacement et à la résorption des parois des cavités aériennes, et enfin oblitération complète de ces vaisseaux à la période la plus avancée de l'emphysème; d'où la gêne consécutive de la circulation et les affections organiques du cœur qui surviennent si fréquemment chez les emphysémateux.

A ces divers ordres de lésions des différents éléments des lobules pulmonaires, il faut joindre enfin l'hypertrophie de la membrane d'enveloppe de ces lobules et du tissu cellulaire qui les sépare.

En résumé : dilatation des infundibulums et des capillaires bronchiques tapissés d'alvéoles pariétales; disparition par déplissement des cloisons interalvéolaires et des cloisons qui séparent les infundibulums du même tube bronchique; rétrécissement et oblitération des autres capillaires aériens du lobule; hypertrophie caractérisée par l'épaississement et le plus souvent par la conservation de l'épaisseur normale des parois des cavités aériennes dilatées; puis destruction par atrophie de ces parois, fusion de toutes les cavités aériennes du lobule et transformation de ce dernier en caverne; enfin, dans nombre de cas, modification de la caverne en kyste, son expulsion de la part du poumon, sa réduction et sa disparition, telles sont les principales lésions qui constituent l'emphysème et les principales phases de l'évolution que subit le parenchyme pulmonaire dans cette maladie.

Restait, après avoir analysé chacune de ces altérations, à en apprécier la valeur relative et à saisir leur mode d'enchaînement et de succession. De cette dernière étude, il résulte que la *dilatation* des infundibulums et des capillaires bronchiques constitue la lésion la plus constante et la plus importante de l'emphysème, celle qui apparaît en premier lieu, et dont la plupart des autres, telles que la disparition des alvéoles pulmonaires par déplissement de leurs cloisons, le rétrécissement des capillaires bronchiques, etc., ne font que dériver. Quant au rôle assigné par les auteurs, et en particulier par M. Louis, à l'hypertrophie, M. Rossignol pense qu'il n'est point justifié par les faits. Loin que l'hypertrophie précède toujours la dilatation des dernières divisions bronchiques, et qu'elle doive être considérée comme la cause immédiate de l'emphysème, il lui a paru au contraire qu'elle lui succède le plus souvent et qu'elle en est plutôt le résultat que la cause, si tant est qu'il y ait un rapport nécessaire entre ces deux faits.

L'auteur conclut, en définitive, de ses recherches, que l'emphysème dit *vésiculaire* ne consiste pas, comme on l'a cru jusqu'ici, dans la dilatation des vésicules, cellules ou alvéoles du poumon, encore moins dans l'infiltration aérienne du tissu cellulaire interalvéolaire, mais bien dans la dilatation des dernières divisions bronchiques et de leurs renflements terminaux, avec déplissement des cloisons qui les divisent en alvéoles. Aussi pense-t-il que cette maladie ou cette altération serait beaucoup mieux désignée sous le nom de *bronchiectasie capillaire* ou *terminale*, que sous la dénomination actuelle d'emphysème. Quelle est la nature, ou plutôt quelle est la cause de la dilatation ? L'étude seule des éléments anatomiques ne pouvait donner la solution de cette question, et c'est ce que l'auteur se propose de rechercher dans la seconde partie encore inédite de son travail. Il émet seulement à cet égard une simple présomption qu'il croit pouvoir justifier ultérieurement par l'observation clinique: c'est que cette dilatation ne peut être considérée comme de nature *active* ou *spontanée*, attendu que dans tous les cas d'emphysème, elle est accompagnée de déplissement des cloisons interalvéolaires, déplissement qui semble prouver qu'une force excentrique, indépendante de la vitalité des parois bronchiques, préside à cette dilatation.

Nous nous bornons pour l'instant à cet exposé sommaire du résultat des premières recherches de M. Rossignol, réservant notre jugement sur cet important travail, qui paraît destiné à éclairer une des questions les plus controversées de l'anatomie pathologique, pour l'époque où l'auteur en aura fait connaître l'ensemble et les conclusions définitives.

VARIÉTÉS.

LA MÉDECINE CHEZ LES PEUPLES DE LA GUINÉE. — Chez ces peuples, la pratique de la médecine est réduite à des moyens bien simples : presque toutes les maladies sont traitées par les charmes et les amulettes. Les affections les plus communes et les plus graves qui règnent dans ce pays sont les fièvres rémittentes, la dyssenterie, la petite vérole, qui règne quelquefois d'une manière épidémique, les maladies de la peau et la syphilis, qui revêt souvent la forme phagédénique. Dans le traitement de la fièvre, les habitants du bord de la mer emploient très-souven les sudorifiques, les bains de sable chaud, les ablutions d'eau chaude et les bains de vapeur grossiers, qui consistent à tenir le malade au-dessus d'un grand feu sur lequel on verse de l'eau peu à peu.

— M. le docteur Auzias-Turenne commencera un nouveau cours de médecine opératoire lundi prochain 18 février, à midi, à l'École pratique.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

CHLOROSE DES FEMMES ENCEINTES. — TRANSFORMATION FIBREUSE ET GRAISSEUSE DES MUSCLES DANS LE PIED-BOT.

Dans une lecture faite mardi dernier à l'Académie de médecine, M. Cazeanx a snulevé une importante question de physiologie pathologique et de thérapeutique. Les femmes enceintes sont sujettes à la pléthore sanguine; c'est la cause ou l'une des causes principales des étouffements, des tintements d'oreille, des étourdissements, de la somnolence, etc., dont elles commencent à se plaindre vers le quatrième ou le cinquième mois; et il n'y a contre cet état pléthorique qu'un seul bon remède, la saignée. Telles sont les idées, telle est la pratique universellement répandues. Eh bien! ce sont précisément ces idées et cette pratique qu'est venn attaquer M. Cazeaux. Suivant lui, c'est la chlorose, c'est-à-dire quelque chose de très-différent, sinon l'opposé de la pléthore, qui engendre chez les femmes enceintes les accidents que nous venons de rappeler. L'assertion, comme on voit, ne manque pas d'une certaine hardiesse.

L'assertion, disons-nous, est hardie, et pourlant, en l'examinant de près, en la rapprochant, comme l'a fait M. Cazeanx, des données fournies par l'hématologie moderne, de certains phénomènes symptomatologiques, on se sent disposé à l'examiner de plus près. C'est un fait avéré aujourd'hui que, vers l'époque où se déclarent les accidents manifestement liés à un trouble quelconque de la circulation, le sang des femmes enceintes se modifie, et se modifie de manière à se rapprocher du sang des chlorotiques. Le principal changement, en effet, consiste dans un abaissement très-notable du chiffre des globules. De plus, beaucoup de femmes, à mesure qu'elles avancent dans la grossesse, prennent une teinte pâle et présentent une flaccidité générale qui ne s'accordent pas très-bien avec l'idée qu'on se forme de l'état pléthorique. Ajoutez que l'on perçoit quelquefois alors un bruit de souffle sur le trajet des carotides.

Maintenant il est une autre modification du sang qui, peu prononcée dans la chlorose, l'est sensiblement plus dans la grossesse : c'est l'élévation du chiffre de la fibrine; car si le calcul de Lobb, suivant lequel la femme enceinte emploie plus de sang à la nutrition du fœtus et de ses dépendances qu'elle n'en eût perdu dans le même espace de temps par la menstruation, si ce calcul est assez d'accord avec le fait de la diminution des globules, il est un peu dérangé peut-être par l'augmentation d'un élément qui n'est pas inutile à la nutrition, de l'élément fibrineux. Cette circonstance ne joue-t-elle pas un certain rôle dans la production des symptômes ordinairement rapportés à la pléthore, et un sang plus riche en fibrine ne peut-il pas déterminer les mêmes accidents à peu près qu'un sang trop copieux? C'est une question à examiner. Cette augmentation de la fibrine mérite d'autant plus d'être prise en considération que, si elle était un peu plus considérable qu'on ne l'a trouvée dans les expériences hématologiques connues jusqu'ici, et que, par contre, l'augmentation des globules fût moindre, le sang des femmes enceintes se rapprocherait beaucoup de celui qui est propre aux phlegmasies, et dans lequel précisément le chiffre de la fibrine s'élève et celui des globules s'abaisse. Mais, il faut le dire à l'avantage de l'opinion de M. Cazeaux, l'augmentation de l'élément *fibrineux* pendant la gestation, est moins constant et moins considérable que l'élément *globuleux*, et le précède toujours; en sorte que l'état chlorotique est encore le caractère le plus tranché du sang des femmes enceintes.

On fait à cette manière de voir une objection sérieuse. On argue des avantages évidents de la saignée dans la plupart des cas de grossesse un peu avancée; et il n'est personne en effet qui ne sache combien est parfois rapide et prononcé le soulagement opéré alors par une évacuation sanguine. Mais M. Cazeaux répond qu'il ne conteste pas absolument et pour tous les cas l'existence d'une vraie pléthore sanguine, et par suite l'opportunité de la saignée. Jusque-là, pas de désaccord. Puis il ajoute que certaines femmes enceintes, bien que devenues chlorotiques, ont néanmoins trop de sang; elles ont une *pléthore séreuse*, et alors une légère évacuation, en rétablissant l'équilibre et donnant du jeu au courant circulatoire, peut encore amener du soulagement. Mais, pour la généralité des cas, il maintient que la saignée est non-seulement inutile, mais nuisible, et qu'on prévient ou fait disparaître plus sûrement les accidents au moyen de toniques, de ferrugineux et d'une alimentaion animale. Il est au moins certain qu'on abuse généralement de la lancette dans la grossesse, et M. Cazeaux n'est pas le premier praticien expérimenté qui s'en plaint.

A l'avenir le soin de se prononcer sur ces importantes questions.

— On a pu voir, ces jours derniers, dans le compte rendu de la SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE inséré dans L'UNION MÉDICALE et la GAZETTE DES HÔPITAUX, que des pièces anatomiques avaient été présentées pour prouver que, dans les pieds-bots, les muscles subissent la transformation graisseuse et non la transformation fibreuse, « ainsi que l'avait prétendu M. J. Guérin. » Et l'on ajoute que cette remarque, dont l'auteur de la présentation s'était d'abord fait honneur, appartient à M. Bouvier qui, dès 1837, avait démontré « que M. J. Guérin s'était trompé. » Nous regrettons d'être obligé de dire qu'il y a dans ces assertions autant d'erreurs que de mots. Nous nous abstiendrions de les relever, si les opinions les plus étranges n'empruntaient une certaine autorité des circonstances où elles sont produites, et si cette autorité usurpée n'était encore plus préjudiciable à la science qu'elle travestit qu'au savant qu'elle veut compromettre.

Il n'est pas exact de dire que dans le pied-bot les muscles subissent la transformation graisseuse et non la transformation fibreuse; que M. J. Guérin a soutenu à tort une opinion opposée; que M. Bouvier a démontré à M. J. Guérin en 1837 qu'il s'était trompé.

La première proposition est contraire à la plus simple notion des faits. Dans le pied-bot on rencontre tout à la fois ou successivement la transformation graisseuse et la transformation fibreuse de certains muscles, à côté d'autres muscles restés sains. Voilà ce que l'observation vulgaire apprend; mais la vraie notion scientifique va plus loin : elle apprend que ces différents états du système musculaire sont subordonnés à des conditions déterminées; 1° que là où les muscles sont raccourcis primitivement, et soumis à une tension plus ou moins permanente, sans paralysie, ils subissent constamment la transformation fibreuse, à des degrés proportionnels au degré et à l'ancienneté du raccourcissement; 2° que là où le muscle est dans le relâchement et l'immobilité, il subit la transformation graisseuse en proportion du degré et de l'ancienneté du relâchement, et de l'inertie où il est maintenu; 3° qu'enfin là où les muscles sont raccourcis, tendus et immobiles, ils subissent tout à

Feuilleton.

SUR UN POINT RELATIF A LA POLICE DES PROSTITUÉES.

Ce n'est pas d'une amélioration réalisée par quelqu'un de nos compatriotes, qu'il va être ici question. Car la France, en cette matière comme en tant d'autres, se contente d'étudier, laissant à ses voisins le progrès et l'action. Or, tandis que nous dissertons, dressons des statistiques, proposons des concours, échelonnons enquête sur enquête, en Belgique on s'est mis à l'œuvre. Grâce à la pressante initiative de M. le docteur Vleminckx, inspecteur général du service de santé militaire, les visites sanitaires des prostituées, à Bruxelles, ont maintenant lieu deux fois par semaine; de plus, elles sont contrôlées par une contre-visite faite, à l'improviste, au moins deux fois par mois. Enfin, tout soldat reconnu malade est obligé de désigner la maison où il s'est infecté; ce qui met immédiatement la police sur la voie. Aussi, est-on arrivé par là à un résultat tel, qu'aujourd'hui la syphilis constitutionnelle a *presque cessé* de se montrer dans l'armée. (ARCH. DE MÉD. MIL., avril 1848.)

Un second perfectionnement restait à opérer : il n'a pas échappé à la vigilante sollicitude de M. Vleminckx. A côté de la syphilis constitutionnelle proprement dite, il existe une autre affection, maladie toute locale, n'empoisonnant pas, comme elle, l'organisme entier, que les médecins connaissent sous le nom de blennorrhagie ou gonorrhée, et que le mot d'*échauffement* retracera assez bien aux gens du monde. Moins dangereuse que sa sœur aînée, celle-ci paraît, en revanche, être beaucoup plus tenace. La réputation d'innocuité dont elle jouit explique sans doute en partie la négligence que, jusqu'ici, on a mise à travailler à son extinction. Mais il faut l'avouer, la cause la plus puissante de ses ravages tient à la difficulté extrême de constater les signes qui accusent sa présence. Parfois simple rougeur qu'une lotion froide efface, le médecin, à une certaine période, peut la soupçonner, mais non la démontrer. Or toute visite, dans ce cas, devant se terminer par un jugement, il suffit à l'accusée — selon le vieil adage — d'avoir fait naître le doute pour être innocentée. Et, le soir même de son acquittement, elle va multiplier à son aise, dans la population, les critiques les plus sanglantes de la sentence qui l'a rendue libre.

Il y a plus, et nous laissons ici parler l'honorable médecin belge, qui portera facilement la responsabilité de son opinion : « Si nous prenons en considération, dit-il, qu'il n'est *presque point de femmes* qui soient complétement exemptes de supersécrétion utérine ou vaginale; si nous représentons qu'il est des prostituées qui..... *gagnent leur pain* jusqu'à trente et quarante fois par jour; si nous nous rappelons que plus une muqueuse est excitée, plus elle doit sécréter, et plus le produit de la sécrétion lui-même doit être irritant, nous devrons reconnaître qu'il en est plusieurs, parmi ces femmes, qui, tout en paraissant

la fois la transformation fibreuse et graisseuse. Les fibres tendues passent à l'état fibreux, et celles qui sont relâchées et inertes autour des faisceaux tendus passent à l'état graisseux. Quant aux muscles sains, ce sont ceux qui ne sont ni tendus, ni raccourcis, ni relâchés, ou qui ne participent que faiblement et récemment à ces conditions. Or ces divers états se rencontrent fréquemment seuls ou combinés dans les pieds-bots, suivant la nature, la variété, le degré et l'ancienneté de la difformité. Le pied-bot n'est pas, en effet, une chose toujours identique ; par conséquent les altérations qu'il entraîne se modifient avec lui. Voilà ce qu'enseigne la vraie science, la science approfondie, non celle qu'on voudrait improviser en jetant par hasard les yeux sur une pièce anatomique.

Ce qui précède répond à la seconde proposition; car la doctrine que nous venons de rappeler est précisément celle que M. J. Guérin a établie et fait admettre comme telle dès 1837, dans le rapport de l'Académie des sciences sur ses travaux. On y verra en effet textuellement ce qui suit :

2° Relativement au *système musculaire*, M. J. Guérin a montré que, dans toutes les difformités qui changent les points d'insertion des muscles, ceux-ci éprouvent des déplacements, des changements de direction, de formes, de dimensions, de consistance et de texture, qui sont soumis à des règles fixes, propres au système musculaire; règles en vertu desquelles on peut toujours déterminer, la difformité du squelette étant donnée, quels seront les changements de toute nature éprouvés par les muscles. Les principales de ces lois sont les suivantes :

« 1re LOI. Dans toutes les difformités anciennes, les muscles, au lieu de continuer leurs rapports primitifs avec la portion du squelette déviée, tendent à se raccourcir et à se diriger en ligne droite, entre leurs deux points d'insertion.

» 2e LOI. La transformation des muscles est graisseuse ou fibreuse : graisseuse dans les conditions où les muscles sont comprimés et frappés d'inertie; fibreuse, lorsqu'ils sont soumis à des tractions exagérées. »

M. J. Guérin n'a rien à ajouter ou à retrancher à cette expression de ses convictions; et il est heureux de rappeler que les hommes qui les ont partagées étaient MM. Serres, Larrey, Double, Savart et Dulong. Les faits et les pièces qui ont servi à établir les principes dont il s'agit sont à la disposition des personnes qui désireraient les voir.

Quant à la prétention qu'on prête à M. Bouvier d'avoir signalé le premier la transformation graisseuse des muscles dans le pied-bot, contrairement à M. J. Guérin qui aurait prétendu que, dans cette difformité, c'est la transformation fibreuse qu'on observe; on peut voir, par le passage précédent du rapport de l'Académie jusqu'où cette assertion est fondée; on a des raisons de croire, au contraire, que M. Bouvier n'a jamais eu la prétention qu'on lui prête. Ce médecin se rappelle trop bien les circonstances où les opinions et les travaux de M. J. Guérin ont prévalu pour qu'il les ait oubliées, ou se donne le trop facile mérite de les travestir pour y substituer les siens.

PHYSIOLOGIE.

DE L'INFLUENCE EXERCÉE PAR LE MALE SUR LA CONSTITUTION ET LA REPRODUCTIVITÉ DE LA FEMELLE; par ALEXANDRE HARVEY, D.-M., professeur de médecine pratique au King's College, à Aberdeen.

Il n'est pas rare de voir chez les animaux des races inférieures des petits ayant, en dehors de la ressemblance avec les pères qui les ont engendrés, des traits de ressemblance plus ou moins marqués avec des mâles par lesquels leurs mères avaient été fécondées à une époque antérieure ; ou bien, comme il a été déjà dit, « où les caractères d'un mâle ayant fécondé une femelle peuvent se retrouver encore chez des portées résultant d'un autre accouplement (1). » Une jeune jument couleur noisette, aux sept huitièmes arabe, appartenant au comte de Morton, fut couverte en 1815 par un guagga (espèce d'âne sauvage d'Afrique marqué à peu près comme le zèbre). Cette jument ne fut couverte qu'une fois par ce guagga, et après avoir porté onze mois et quelques jours, elle mit bas un hybride qui ressemblait au guagga pour la forme de la tête, les bandes noires qui zébraient son dos et ses jambes. En 1817, 1818 et 1821, la même jument, devenue la propriété de sir Gore Ouseley, fut couverte par un arabe noir pur sang et mit bas successivement trois poulains, tous trois portant des marques non équivoques de ressemblance avec le guagga (2). Nous donnerons plus loin des exemples à l'appui de ce fait général.

Les physiologistes ont eu beaucoup de peine à expliquer ce phénomène : les uns l'ont attribué à une empreinte permanente produite en quelque sorte par la semence du premier mâle sur les organes génitaux, et plus particulièrement sur l'ovaire de la femelle; d'autres à une impression produite par lui sur l'imagination de la femelle, laquelle se raviverait à l'approche d'autres mâles ou bien durant le cours de la grossesse. Cependant la plupart des physiologistes regardent ce fait comme inexplicable.

Dernièrement un chirurgien-vétérinaire distingué, M. James M'Gillivray (de Huntly), a publié dans le JOURNAL D'ABERDEEN (3) l'explication suivante, qui me paraît la vraie : « Lorsqu'un animal de n'importe quelle pure race a été fécondé par un animal d'une race différente, cet animal fécondé est croisé pour toujours; *la pureté de son sang est à jamais perdue* par le seul fait de son croisement avec un animal étranger. »

L'auteur ajoute plus loin : « Si une vache de la race pure d'Aberdeen est accouplée avec un taureau à courtes cornes, race de Teeswater, le sang de cette vache est contaminé d'autant plus que le veau qu'elle a mis bas ressemble à l'animal qui l'a fécondée, et elle n'est plus capable de procréer un veau de pure race. » « Il est évident, dit encore l'auteur, que cette grande variété d'animaux non décrits est le résultat de ce croisement des races produit par la diversité des taureaux qu'on amène à la même vache, et qui vicie son sang à tout jamais. »

(1) Alison, OUTLINES OF PHYSIOLOGY, 3e éd., p. 443.
(2) PHILOSOPHICAL TRANSACTIONS, 1821, p. 20; Dunglison's HUMAN PHYSIOLOGY, 3e éd., vol. II, p. 387.
(3) Mars 21 et 28, 1849.

exemptes de tout mal au moment des visites, ont pu néanmoins, après *une journée de fatigue*, communiquer une gonorrhée. » (*Ibid.*)

Une doctrine syphilographique qui suppose le vice partout où l'on ne peut prouver la vertu, dira sans doute que M. Vleminckx se trompe en croyant ces femmes exemptes de blennorrhagie communiquée. Mais notre propre expérience ne confirme que trop la justesse de ses présomptions. D'après ce que j'ai observé sur l'étiologie de cette affection, la blennorrhagie provenant de coït avec une personne blennorrhagique est l'exception : et la blennorrhagie causée par des flueurs blanches *échauffées* est la règle.

S'il en était autrement; si des pertes blanches simples ne pouvaient pas développer une gonorrhée, pourquoi neuf blennorrhagiques sur dix viendraient-ils dire au médecin : J'ai pris ma maladie avec une femme qui *n'avait rien ?*

Pourquoi le praticien, appelé à vérifier le fait, serait-il souvent forcé de convenir, après examen, qu'effectivement la femme n'avait rien, si ce n'est une sécrétion muqueuse, et non purulente, état habituel?

Pourquoi n'existerait-il, rationnel ou sensible, chimique ou microscopique, aucun signe capable de faire distinguer au clinicien l'écoulement qui résulte de cohabitation avec une femme blennorrhagique d'avec l'écoulement communiqué par des flueurs blanches?

Pourquoi tant de maris ou d'amants verraient-ils leur lune de miel tachée de blanc ou de vert, qui plus tard, et une fois acclimatés, pratiquent dès lors sans danger la même route, quoique dans des conditions de lubréfaction et de morale tout à fait identiques?

Pourquoi? pourquoi?..... Mais on ne peut citer de noms propres.

Si donc, une source d'infection peut, par le fait de l'*échauffement*, se déclarer spontanément là où la médecine n'en avait su découvrir aucun germe, on voit clairement pourquoi des visites, même fort soigneuses, même très-rapprochées, ont été et seront toujours impuissantes à extirper ce dernier vestige de la lèpre qui ronge notre société.

Le remède! Deux lignes plus loin, M. Vleminckx l'énonce nettement, quelques-uns diront même crûment : « D'après ces considérations, dit-il, il y a lieu de faire des efforts pour augmenter, non pour restreindre le chiffre des prostituées. » Le procédé, nous l'avouons volontiers, est on ne peut plus logique : il a surtout le mérite d'aller droit au but. C'est effectivement de cette manière, qu'en divisant entre un plus grand nombre l'exploitation d'une mine insalubre, le service d'une fabrication délétère, on ménage la santé des ouvriers, qui peuvent ainsi retremper tour à tour leurs forces dans un repos nécessaire.

Toutefois, l'idée, on peut le présager hardiment, ne passera point sans clameurs. Quoiqu'il ne s'agisse pas pour l'autorité d'aller *recruter* elle-même, ni d'accorder non plus des primes d'encouragement; quoique son office doive, je pense, dans la circonstance, se borner à ne pas apporter d'entraves à l'inscription des postulantes sur le registre de police, la proposition de M. Vleminckx recevra de telles attaques, qu'il est fort à craindre qu'elle n'y succombe. Depuis que la prostitution est devenue une question sociale sérieuse, les débats qu'elle soulève avaient toujours porté entre ceux qui n'en veulent à aucun prix et ceux qui la *tolèrent*. Mais jamais jusqu'à ce jour on n'avait, comme le fait notre honorable confrère, *engagé les autorités communales à faire des efforts* pour augmenter cette cohorte infâme! — Il faut se sentir et bien vertueux et bien sûr

A l'appui de sa théorie, M. M'Gillivray entre dans diverses explications sur les rapports qui existent entre le fœtus et sa mère. Il pense que, pour appuyer sa théorie, il est indispensable d'établir qu'il y a une communication vasculaire directe entre l'un et l'autre : tandis qu'une portion du sang de la mère va alimenter continuellement le corps du fœtus, celui-ci lui rend la partie excédante, laquelle retourne à la masse du sang, *détruit sa pureté, le contamine, le vicie.*

Il nous paraît que M. M'Gillivray est complétement dans l'erreur à l'égard d'une connexion vasculaire directe entre le fœtus et sa mère, et nous croyons en outre que sa théorie n'a pas besoin de s'étayer de cette présomption. Laissant de côté pour le moment toute controverse à ce sujet, on peut voir que M. M'Gillivray regarde l'influence exercée par le mâle sur la femelle, au moyen du fœtus, comme *constitutionnelle.* L'expression la plus générale de la théorie est peut-être celle-ci, à savoir que le fœtus participant naturellement de la nature du père, *inocule* cette nature dans le sang, et en général dans tout le système de la mère.

Cette question est une des plus intéressantes de la physiologie générale; elle est également d'une très-grande importance pratique pour les éleveurs. Il est certainement très-intéressant de s'assurer si l'exemple de la jument de lord Morton ne tient pas à une loi générale de physiologie, et dans ce cas jusqu'à quel point on pourrait en reproduire les effets chez les différents animaux et dans des circonstances différentes. Mais elle est d'un bien plus grand intérêt encore pour la physiologie humaine et la médecine. On se demandera, ce fait une fois admis, s'il peut s'étendre à toute espèce d'animaux, jusqu'à quel degré il peut être admis, et enfin s'il n'est pas susceptible de jeter quelque lumière sur certains faits déjà connus de syphilis communiqués et de ses effets constitutionnels sur d'autres poisons morbifiques, sur la scrofule, etc.; dans le particulier, il ne pourra pas manquer de soulever quelques questions curieuses, telles que celles-ci :

1° Dans le cas d'une femme mariée deux fois et ayant eu des enfants des deux maris, les enfants du second lit ont-ils quelquefois ou généralement de la ressemblance avec le premier mari?

2° Dans une famille de plusieurs enfants, les plus jeunes ont-ils, *cæteris paribus*, plus de ressemblance avec le père que les aînés?

3° Une femme ayant eu plusieurs enfants avec le même mari finit-elle par acquérir quelque degré de ressemblance avec ce dernier, ou tout au moins absorber quelqu'une de ses tendances morbides?

Avant d'aller plus loin, je signalerai en premier lieu les faits qui me sont connus à ce sujet, et en second lieu les théories que l'on peut en déduire.

1° A l'égard de faits, il sera bon de s'occuper d'abord de ceux qui ont trait aux animaux inférieurs, et ensuite de la relation que ces mêmes faits peuvent avoir avec l'homme.

2° A l'égard des animaux, au fait précité de la jument de lord Morton, nous ajouterons le suivant : une jument appartenant à sir Gore Ouseley avait été couverte par un zèbre et avait mis bas un hybride zébré. Les deux années suivantes, cette même jument fut couverte par deux chevaux de race, et ses deux poulains étaient zébrés et avaient en outre d'autres ressemblances de forme avec le zèbre (1). Haller et Becker ont établi d'ailleurs que lorsqu'une jument a été couverte par un âne, elle met bas un mulet; si cette jument est couverte ensuite par un cheval, le poulain qui résulte de ce dernier accouplement porte quelques-uns des caractères de l'âne (1).

Dans les exemples qui précèdent, les juments avaient été couvertes par des mâles d'une espèce différente de la leur; mais il y a des exemples de juments couvertes par des chevaux d'espèces différentes, dont les petits possédaient tous quelques caractères du premier mâle qui avait fécondé leurs mères. M. Gillivray donne deux exemples de ce genre : 1° dans le haras royal de Hampton-Court, plusieurs poulains engendrés par l'étalon Actéon avaient une ressemblance non équivoque avec l'étalon Colonel, qui avait couvert les mères de ces poulains les années précédentes; 2° un poulain appartenant au comte de Suffield, ayant pour père le cheval Lancel, avait une si grande ressemblance avec un cheval nommé Camel, qu'on avait affirmé, à New-Market, que ce dernier en était le père, tandis qu'il n'avait couvert la mère qu'à la portée précédente.

Il a été d'ailleurs observé qu'une chienne de race pure, couverte une fois par un chien bâtard, si on l'accouple ensuite avec un chien de son espèce, ne peut plus produire, de deux ou trois portées, des chiens de race pure.

Ces mêmes circonstances ont été remarquées à l'égard des truies. Une truie de l'espèce blanche et noire, connue sous le nom de *western-breed* (race de l'Ouest), fut couverte par un verrat sauvage de couleur marron foncé. La portée fut mélangée, cependant la couleur du verrat dominait. La truie fut couverte ensuite par un mâle de son espèce, et l'on retrouva dans la portée qu'elle mit bas des traces de couleur marron provenant du verrat sauvage. Ces mêmes caractères furent encore remarqués sur une seconde portée de la même truie avec un mâle de son espèce (2).

Les éleveurs de bétail remarquent souvent des faits analogues chez les vaches. Une genisse de la race d'Aberdeen fut servie par un taureau pur de Tees-Water; elle eut un veau de race croisée; la saison suivante, elle fut servie par un taureau de sa race, mais elle ne produisit qu'un veau croisé ayant, à 2 ans, de très-longues cornes, quoique ses deux parents les aient courtes (3). Une autre genisse, également de la race d'Aberdeen, fut couverte, en 1845, par un bœuf croisé provenant d'une vache croisée et d'un pur Tees-Water; la genisse produisit un veau bâtard; accouplée plus tard avec un taureau de sa race, elle produisit également un veau croisé, et pour la forme et pour la couleur (4).

Après avoir cité les faits qui précèdent, M. Gillivray ajoute : « On pourrait ajouter encore bon nombre d'exemples si le temps le permettait, car ces faits sont très-communs chez le bétail et les races chevalines. »

2. A l'égard de l'homme, les faits de cette nature sont très-rares et moins

(1) M. Gillivray, ABERDEEN JOURNAL, 28 mars 1849. — Des dessins de ces animaux, ainsi que leurs peaux sont conservés dans le musée du collége royal de chirurgie en Angleterre.

(1) Haller, ÉLÉMENTS PHYSIOL., VIII, p. 104; Becker, PHYSIC. SUBTERRAN. Lips., 1703. Cité dans la PHYSIOLOGIE de Dunglison, vol. II, p. 387.

(2) PHILOSOPHICAL TRANSACTIONS for 1821, p. 23. « Je ne connais pas, dit M. Gillivray, d'exemples hors l'état domestique d'animaux qui produisent des petits de plusieurs couleurs. Les animaux livrés entièrement à la nature n'offrent jamais cette diversité de couleurs; ils se distinguent souvent par une belle variété de nuances; mais chaque espèce garde un type à un poil, à une plume près.

(3) M. Gillivray, *loc. cit.*

(4) *Ibid.*

---

de sa réputation, pour oser exprimer un pareil vœu! Que sera-ce donc de ceux qui auraient à le mettre à exécution! « Les bonnes lois font les bonnes mœurs, » a dit Servan. Mais, la réciproque étant également vraie, quelles mœurs devrait-on attendre de règlements qui placeraient l'extension de la prostitution parmi les *desiderata* de l'hygiène publique?

Et cependant, si la conclusion que M. Vleminckx a tirée n'est point admissible dans l'état actuel, ses prémisses demeurent inattaquables. Ne pourrait-on donc satisfaire à celles-ci sans tomber dans celle-là? N'y aurait-il pas quelqu'autre moyen d'éviter, pour les corps éminemment combustibles dont il s'agit, qu'un frottement trop répété les échauffe jusqu'au point d'y allumer l'inflammation? Ce moyen, selon nous, est tout simple et parfaitement compatible avec l'organisation présente. Il suffirait de déterminer par un règlement spécial le nombre quotidien d'hommages que chaque dêité de ces lieux pourra être tenue de recevoir. Accueillie par elles avec reconnaissance, cette *loi du maximum* serait partout fidèlement observée, et sans qu'il fût besoin d'en surveiller l'exécution. Si, en effet, quelque *ogresse* cupide voulait pousser l'exploitation au delà des limites marquées par les statuts, la plus humble de ses sujettes, armée du règlement protecteur, saurait lui prouver qu'elle a déjà accompli sa corvée légale. Et l'on peut compter sur la naturelle et invincible antipathie qui, dans cet ignoble empire, divise toujours la maîtresse et les esclaves, pour être sûr que ces dernières ne laisseraient point tomber en désuétude, faute d'application, l'article qui les aurait dotées de moyens de contrôle et de résistance contre une tyrannie détestée.

Ma plume se refuse à entrer dans les détails de l'exécution; et le lecteur, sans doute, n'est pas moins pressé que moi de quitter ce sujet, qu'on n'aborde jamais sans dégoût, mais qu'une bonne administration doit cependant réglementer, comme elle veille aux autres exutoires de notre machine sociale. Dans le cas, d'ailleurs, où l'on me blâmerait d'avoir offensé de ces rebutantes images le goût de ceux qui ne cherchent dans notre feuilleton qu'un délassement littéraire, je répondrais que j'ai écrit à Paris et pour Paris, où un tel sujet trouvera longtemps encore une excuse dans son ancienne et toujours croissante opportunité. Si ces lignes qui, en montrant le mal font aussi pressentir le remède, peuvent susciter quelques philanthropes dévoués à secourir de leur apathie les hommes chargés de protéger la santé publique, le but que je me proposais aura été rempli au delà de mon attente.

P. DIDAY.

ÉLOGE DE M. BLANDIN (1).

La Société anatomique a tenu sa séance annuelle le 18 de ce mois. On y a entendu avec un très-grand intérêt l'éloge de Blandin par M. Macquet, et l'éloge du jeune Boudet par M. Vigla. Nous sommes heureux de pouvoir repro-

(1) Prononcé dans la séance annuelle de la Société anatomique le 18 février, par M. Macquet, interne des hôpitaux. (Médaille d'or.)

fondés. Les observations qui suivent sont destinées à suggérer et à diriger un ordre de recherches nouveau plutôt qu'à résoudre la question.

Le docteur Allen Thomson, dans un article sur la génération qui a paru dans le CYCLOPÆDIA D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE, fait la remarque suivante : « On assure qu'une femme mariée deux fois a quelquefois des enfants du second lit qui ressemblent à un premier mari tant physiquement que moralement. » — Le docteur George Olgive (d'Aberdeen) cite un cas arrivé dans sa pratique. « Une femme d'Aberdeen, mariée deux fois, avait eu des enfants des deux lits. Tous ses enfants étaient scrofuleux comme le premier mari de cette femme, quoique la femme elle-même, ainsi que son second mari, fussent tout à fait exempts de cette maladie, et jouissent d'ailleurs d'une bonne santé. »

Le cas du docteur Olgive est tellement peu précis que nous ne pouvons le regarder jusqu'ici comme démonstratif. Quant au docteur Thompson, il ne produit aucun fait pour étayer ce qu'il avance. Il se borne à émettre une opinion sans dire s'il la croit bien ou mal fondée. Il est vrai que toute recherche de ce genre en Europe, où les pères et mères sont également blancs, est extrêmement difficile; mais il n'en est pas moins vrai qu'il y aurait moyen de décider la question par des épreuves décisives. Il existe dans la famille humaine des races aussi distinctes que parmi les animaux; et il suffirait, pour éclairer la question qui nous occupe, d'observer avec soin si une femme blanche, fécondée primitivement par un nègre et ensuite par un blanc, transmettra les caractères du premier père aux enfants issus du second mariage, et *vice versâ* dans une famille de nègre, si une négresse, fécondée primitivement par un blanc, transmettrait aux enfants issus du second mariage avec un nègre quelqu'un des caractères de formes et de couleur du père de ses premiers enfants. Pour le premier cas, un médecin de mes amis m'affirme en avoir oui citer un exemple arrivé dans son voisinage, mais il ne peut pas en garantir l'exactitude. Quant au dernier cas, si la théorie que nous traitons est applicable à la race humaine, les Indes, les États-Unis et d'autres pays encore doivent abonder en faits de ce genre. Mon collègue le docteur Dyce dit avoir connu un exemple (sinon plusieurs) de femme créole ayant eu des enfants blonds d'un Européen, et qui, mariée ensuite avec un créole, avait eu de ce dernier des enfants ressemblant à son premier mari autant par les traits que par la complexion. Cependant deux de mes amis très-intelligents, dont l'un est propriétaire aux Indes occidentales et l'autre médecin, habitant tous deux la Jamaïque depuis un grand nombre d'années, m'assurent n'avoir jamais vu ni entendu parler de faits de ce genre, quoique les croisements de cette sorte soient fort communs dans ce pays. Il est singulier, si des faits analogues arrivent quelquefois, ou même s'ils arrivent fréquemment, qu'ils n'aient pas été remarqués dans le pays. Cependant il n'est pas improbable qu'ils aient échappé à l'observation à cause de la finesse des traits européens moins accusés en général, ou bien qu'ils soient demeurés inconnus parce que l'attention n'y a pas été dirigée.

Si le mâle exerce l'influence dont nous parlons sur les organes reproducteurs de la femelle, il serait à supposer que chaque fois qu'une femme est fécondée par le même homme, cette influence doit s'accroître. S'il en était ainsi, les plus jeunes enfants devraient, toutes choses égales d'ailleurs, avoir une plus grande ressemblance avec le père que les aînés. Ce fait particulier, s'il était certain, serait en même temps le plus général de la théorie. Cependant je ne connais aucun exemple qui le confirme ni aucune tradition populaire sur lesquels on puisse l'étayer, si ce n'est une famille très-nombreuses d'un Européen marié avec une négresse dont les enfants, au dire de mon ami le docteur Loing, se sont rapprochés graduellement du type européen.

Quoi qu'il en soit, on croit généralement qu'une femme, au bout de quelques années de mariage, finit par ressembler à son mari, non seulement pour les manières, les habitudes, mais encore pour les apparences physiques. Si toutefois il y a du vrai dans cette opinion populaire, je pense qu'elle ne doit s'appliquer qu'aux traits qui ont une relation immédiate avec les facultés intellectuelles qui peuvent, après un long commerce, devenir communes entre le mari et la femme. En supposant qu'il en soit ainsi et que les conjoints aient eu plusieurs enfants, nous demandons si cette ressemblance ne vient pas de l'influence que le mari exerce sur la femme par le moyen du fœtus? Mais c'est peut-être ici une question oiseuse et la remarque elle-même une erreur populaire. S'il y avait cependant quelque chose de vrai au fond de toute cette théorie, elle donnerait une signification particulière et l'on pourrait ajouter physiologique à ces paroles de l'Écriture : « Ils ne forment tous deux qu'une même chair. »

Ce qui me paraît cependant d'un intérêt immédiat et pratique, c'est de s'assurer si le mari peut transmettre à la femme, au moyen du fœtus, le virus syphilitique, la diathèse scrofuleuse ou tout autre tendance morbide, la folie elle-même. Ces faits manquent, mais ils méritent certainement qu'on les recherche avec persévérance. Le cas du docteur Olgive, cité plus haut, pourrait, s'il était certain, appuyer cette présomption. En effet, pour qu'une mère pût transmettre la scrofule aux enfants de son second mariage, il faudrait qu'elle eût elle-même pris la maladie du premier mari au moyen des enfants qu'elle a eus de lui. Et quoiqu'elle soit demeurée en apparence libre de toute atteinte du même mal, il est présumable qu'il ne faudrait qu'une cause occasionnelle pour que la maladie latente se manifestât. Quant au virus syphilitique, il est facile de comprendre que si le fœtus est contaminé par le père, il peut le transmettre à la mère. MM. Maunsell et Evanson disent avoir des notes sur un enfant syphilitique dont la mère avait reçu la syphilis d'un premier mari, mais avait guéri cinq ans avant la naissance de l'enfant, et dont le père (le second mari) était exempt de cette maladie. Ces messieurs ajoutent que leur expérience leur permet de citer plusieurs faits curieux au sujet de la contagion du virus syphilitique (1). Peut-être que ces faits fourniraient des arguments à la question qui nous occupe. — Il a été affirmé qu'un sujet atteint une fois de syphilis et bien guéri pouvait, à une époque subséquente, donner cette maladie à son enfant sans pour cela en infecter la mère. Nous l'admettons; mais il n'en résulte pas que la mère n'en puisse être infectée aussi, et l'observation est en ce sens fallacieuse; car même dans le cas en question la femme peut avoir absorbé le virus, quoique sous forme latente, et donner par la suite une preuve qu'elle en était atteinte en infectant un enfant qu'elle aurait d'un homme parfaitement sain. A ce point de vue il serait fort important, dans le cas où il s'agit d'épouser une veuve, de s'assurer des particularités constitutionnelles de son premier mari.

De ce fait général clairement établi à l'égard des animaux deux explications rationnelles ont déjà été données. La première nous vient du grand Haller qui l'attribue à une impression permanente déterminée par la semence du mâle sur les organes génitaux de la femelle et plus particu-

(1) SUR LE TRAITEMENT DES MALADIES DE L'ENFANCE, 5e éd., p. 452 et 453.

duire ces deux morceaux, qui se recommandent par un égal mérite. Nous commençons par l'éloge de Blandin, en nous associant du fond du cœur à ce nouvel hommage rendu à la mémoire du savant anatomiste.

Nous publierons aussi, dans nos numéros prochains, le compte rendu général des travaux de la Société anatomique. Nos lecteurs y trouveront, comme d'habitude, une ample moisson de faits intéressants et bien observés.

Messieurs,

Vous venez d'entendre l'énumération des faits qui ont été présentés à la Société anatomique pendant l'année qui vient de s'écouler; vous avez pu apprécier la richesse de cette moisson recueillie à grand'peine au milieu des orages les plus terribles. Après les cruels événements auxquels nous avons assisté, nous éprouvons tous la même joie, le même bonheur, nous retrouvons nos collègues, nos amis réunis dans cette fête de famille. Faut-il que ce bonheur soit si profondément troublé par les regrets les plus amers par les souvenirs les plus tristes!

Que de douleur, en effet, dans ce passé! N'avons-nous pas vu successivement la tombe du maître se fermer à côté de celle de l'élève? En prononçant ici les noms de Blandin, de Boudet, de Désir, de Bourseret, Stwart Cooper, Bidaut, je suis certain de vous faire partager la pénible émotion de tous ceux qui ont connu ces athlètes intrépides enlevés à l'arène scientifique, dans un âge bien différent sans doute, mais toujours prématuré. En évoquant ici leur mémoire, rendons hommage à leur courage, à leur persévérance; si par leur expérience, leurs travaux, nos collègues n'ont pas mérité la même place dans la hiérarchie médicale, nous retrouvons cependant sous la robe du professeur, sous le tablier du chef de clinique, de l'interne, de l'externe des hôpitaux, le même amour de la science, ce feu sacré que la mort seule put éteindre dans ces cœurs généreux.

Vous m'avez confié l'honneur d'écrire une page de l'histoire biographique des membres de la Société anatomique, vous m'avez confié l'honneur d'inscrire le nom de Blandin à côté de ceux de Dupuytren, de Rolando, de Breschet, d'Auguste Bérard, de Maréchal, de tous ces savants enfin qui, il y a quelques années, exposaient dans cette enceinte les résultats de leurs investigations qui ont puissamment contribué aux progrès de la science.

Dans des circonstances solennelles, des collègues de Blandin vous ont fait parcourir cette carrière si péniblement commencée, si laborieusement remplie, si inopinément terminée; ils ont esquissé de leurs savants pinceaux ces luttes éclatantes dont le but glorieux est situé au faîte de la science; ils vous ont dit les titres de Blandin, chirurgien du bureau central, agrégé de la Faculté, professeur de médecine opératoire, membre de l'Académie de médecine; le talent du panégyriste répondait à la grandeur d'un tel sujet.

Permettez-moi, messieurs, d'abandonner ces régions élevées du monde scientifique, et de vous rappeler quels furent les premiers travaux de Blandin qui marquèrent la place élevée qu'il devait occuper dans les annales de la science.

Blandin, dès son début dans la carrière médicale, sut résister à cet enthousiasme qui entraîne trop souvent une imagination jeune et ardente dans le domaine de la spéculation, où l'esprit, impatient de découvrir la vérité, crée des hypothèses pour expliquer ces phénomènes que la nature oppose sans cesse aux efforts de l'intelligence. Interne des hôpitaux, Blandin avait assisté à cette révo-

lièrement sur l'ovaire ; nous devons la seconde à M. M'Gillivray qui l'attribue à l'influence exercée par le fœtus sur le tempérament de la mère. L'opinion de M. Sir Ererard Home et autres que ce soit une affaire d'imagination nous paraît trop peu sérieuse pour mériter d'être prise en considération.

Haller semble n'avoir eu qu'une notion très-limitée de ce fait ; son explication n'arrive en effet qu'incidemment. Il savait bien que lorsqu'une jument avait eu un mulet avec un âne, et après un poulain avec un cheval le poulain avait de la ressemblance avec l'âne, et il dit à ce sujet : « Les organes générateurs de la jument paraissent corrompus par un accouplement avec l'âne » (1); c'est-à-dire que la semence de ce dernier exerce une influence sur les parties génitales et conséquemment sur l'ovaire de la femelle et qui se manifeste alors qu'elle met bas des animaux de sa propre race (2).

On peut dire à l'appui de la théorie de Haller que chez les oiseaux un seul rapprochement suffit pour féconder plusieurs œufs pondus successivement ; mais d'autre part cette influence ne s'étend pas plus loin qu'une couvée, ces mêmes œufs se suivant d'ailleurs assez rapidement pour faire croire qu'ils ont tous été fécondés en même temps. Ce fait ne nous paraît donc pas favorable à la théorie de Haller ; il nous semble, au contraire, qu'il l'infirme, surtout s'il est démonté, comme l'annoncent les physiologistes, que l'œuf ne reste pas longtemps dans l'ovaire. Mais alors même qu'il serait prouvé que l'œuf demeurât des années dans l'ovaire, le fait n'aurait pas grande valeur si on ne démontrait également que la semence exerce une certaine influence sur un œuf qu'il ne féconde pas. Cette supposition n'est pas probable et d'autant plus que l'œuf qui n'est pas arrivé à son degré de maturité reste profondément enchassé dans l'ovaire.

La théorie de M. M'Gillivray me semble répondre à toutes les difficultés du cas et être étayées d'ailleurs d'une grande variété de faits relatifs à la transmission et aux effets constitutionnels des poisons morbifiques et des diathèses morbides.

M. M'Gillivray, ainsi que nous l'avons déjà dit, suppose une connexion vasculaire directe entre le fœtus et la mère, et il appuie toute sa théorie sur cette présomption. Elle n'est pourtant pas admissible ni utile à la théorie. Les recherches de MM. Reid et Goodsir sur la structure du placenta démontrent que la connexion est indirecte entre la mère et le fœtus, que celui-ci tire sa nourriture de la mère à peu près de la même manière que les feuilles et les racines des végétaux tirent la leur du sol et de l'atmosphère. Ses matériaux, absorbés dans les deux cas, le sont à travers une membrane qui modifie plus ou moins leur nature.

Il résulte en outre des observations de Prévost, de Dumas et autres que les corpuscules du sang du fœtus sont d'une autre forme, et par la suite plus gros que ceux du sang de la mère (3). Cette circonstance prouve au moins que les corpuscules du sang ne passent pas directement de l'un à l'autre, mais plutôt, eu égard à ce qui a été dit plus haut de la structure du placenta, sont transmis des vaisseaux utérins aux vaisseaux du fœtus par voie de transsudation.

De cette façon, les matériaux subissent une élaboration plus ou moins grande que les physiologistes appellent assimilation. De même qu'on ne retrouve pas dans la sève des végétaux précisément le même fluide qui se trouve dans le sol et dans l'air, de même le sang des vaisseaux ombilicaux diffère de celui des sinus utérins ; ce n'est pourtant pas au point que le caractère de ces différents fluides soit totalement changé par cette assimilation, et il y a lieu de croire que dans diverses circonstances ce changement est presque inappréciable. Le professeur Simpson (d'Édimbourg) a montré récemment que le virus de la petite vérole peut passer directement de la mère au fœtus et lui donner cette maladie, alors même que la mère, garantie par une vaccination préalable, en aurait été exempte jusqu'alors (1). Ce fait était connu depuis longtemps à l'égard du virus syphilitique.

Nous admettons donc sans aucune difficulté, au sujet du fœtus, que, quoique sa connexion avec la mère ne soit que médiate, les propriétés constitutionnelles inhérentes au sang et provenant du père peuvent être transmises à la mère par cette même voie. Et lorsque nous songeons à tout le temps que dure cette connexion, à l'activité du développement du fœtus et à la probabilité que le principe particulier communiqué par le mâle à l'œuf au moment de la fécondation (quelle qu'en soit la quantité infinitésimale), imprègne comme un ferment une grande partie du sang fœtal, nous n'avons pas de peine à concevoir que le sang et la constitution générale de la mère puissent être à ce point imprégnés de la nature du premier mâle, qu'elle le transmette ensuite à des enfants engendrés par d'autres mâles.

Aberdeen, le 30 avril 1849.

APPENDICE.

Les cas qui suivent, et qui me semblent propres à éclairer la question, m'ont été communiqués récemment, le premier par mon ami le révérend M. Charles Combie (de Tillyfour), ministre de Lumphanan, en Aberdeenshire ; le second par le professeur Simpson (d'Édimbourg), et le troisième par le professeur Pirrie (d'Aberdeen).

Obs. I. — M..., voisine de M. Combie, avait été mariée deux fois ; elle avait eu cinq enfants du premier lit et trois du deuxième. Un de ces trois derniers, une fille, a une ressemblance frappante avec le premier mari de cette dame. Ce qui rend cette ressemblance plus singulière, c'est la différence qui existe entre la physionomie et l'aspect général des deux maris.

Obs. II. — Une jeune femme résidant à Édimbourg, de parents blancs (Écossais), mais dont la mère avait eu, avant son mariage, un mulâtre d'un nègre, a des traits de ressemblance très-remarquables avec le nègre. Le docteur Simpson, qui a eu occasion de traiter cette jeune femme, ne se souvient pas actuellement jusqu'à quel point cette ressemblance existe ; mais il se rappelle en avoir été frappé, et avoir remarqué surtout chez elle les cheveux qui sont particuliers à la race nègre.

Obs. III. — Madame H., exempte en apparence de toute atteinte de scrofule,

(1) Dunglison's physiology ; vol. II, p. 387.

(2) Le docteur Kiskes le regarde comme une cause locale. A l'égard du cas de lord Merton, il dit : « La simple fécondation par le fluide séminal du guagga a imprimé ses caractères non-seulement sur l'œuf qu'il a fécondé, mais sur les trois œufs suivants produits par la même femelle avec d'autres mâles. » (Handbook of physiology, p. 614.) — Telle est aussi l'opinion de M. Mayo (Physiol., 2e éd., p. 490.)

(3) Alison, Outlines of physiology, 3e édition, page 426. — Kirke's Handbook, pages 66, 67.

(1) Edinburgh monthly journal of medical science, avril 1849.

---

lution préparée par les travaux de Harvey, de Haller, de Morgagni, et accomplie par ces génies qui apparaissent à certains siècles, génies destructeurs, qui anéantissent tous ces systèmes, toutes ces conceptions de l'imagination ; génies créateurs, qui, généralisant les faits recueillis par l'observation, forment des lois et font jaillir la lumière de la vérité au milieu de l'obscurité de l'erreur. En prenant le titre d'anatomique et de physiologique, la médecine avait conquis le droit de prendre rang parmi les sciences physiques : Blandin suivit le mouvement de son siècle, et il appliqua toute son attention à l'étude des fonctions et de la structure des organes.

Vous savez, messieurs, quelles furent ses découvertes en anatomie, en physiologie : Blandin possédait au plus haut degré cet esprit d'observation, cette patience pleine d'activité et d'énergie, toutes ces qualités enfin qui sont l'apanage des grands historiens de la nature. Ses illustres maîtres, Boyer, Marjolin, Roux, contribuèrent à développer par leurs savantes leçons ces heureuses dispositions de Blandin, et à encourager de leur estime, de leur affection les premières recherches du jeune anatomiste. Aussi, messieurs, les progrès de Blandin furent-ils rapides, et la place de chirurgien du bureau central qu'il obtint, par le concours, à sa sortie de l'internat des hôpitaux, ajouta un nouvel éclat à ces succès qui avaient marqué son passage sur les bancs de l'école.

A cette époque la Société anatomique recueillait des mains de Laennec le précieux héritage de l'ancienne Société que la mort de Petit, de Marandel, que le défaut de centre et d'unité avaient entraînée dans une ruine complète après cinq années d'existence. La nouvelle Société se reconstituant sur des bases solides et inébranlables, sous les auspices de Dupuytren, son illustre fondateur, elle recevait de notre honorable président cette direction éclairée qui lui mérita cette juste célébrité qu'elle n'a cessé de conserver parmi les compagnies savantes ; elle devint cette source intarissable d'instruction et d'expérience, enrichie chaque semaine de tous les trésors que renferment les hôpitaux et les pavillons de la Faculté.

Le titre de membre de la Société anatomique fut alors et sera toujours un titre de gloire, ambitionné par tous ceux qui recherchent dans l'observation des faits les préceptes de la chirurgie et de la médecine.

Blandin obéit à cette attraction naturelle qui appelait au sein de la Société anatomique ces hommes laborieux qui aujourd'hui occupent des positions élevées dans la science. En 1828, il devint un de vos collaborateurs les plus assidus, les plus distingués.

La Société anatomique s'efforçait alors de résoudre cet important problème : la résorption purulente. Prenant l'initiative de tous les progrès, elle franchissait les limites restreintes que le solidisme avait imposées à l'étude de l'anatomie pathologique ; elle suivait cette impulsion qu'un disciple de Broussais, M. le professeur Bouillaud, plein d'un respect religieux pour les vérités formulées dans le livre immortel des phlegmasies chroniques, imprimait à la science en 1826, à cette époque où il y avait un véritable courage à lutter contre l'enthousiasme des tendances exagérées de la doctrine régnante. Rappeler ici les travaux de Dance, de Maréchal, de Bérard, de Blandin, de notre honorable président, c'est vous dire la part active que notre Société prit à ces discussions qui furent le point de départ de toutes les découvertes modernes.

Blandin, par des discussions minutieuses, détermina l'état du système vei-

avait épousé un homme qui mourut de phthisie. Elle eut de cet homme un enfant qui mourut de la même maladie. Elle épousa ensuite un homme aussi sain qu'elle-même, dont elle eut deux enfants : l'un deux est mort phthisique, et l'autre d'une maladie mésentérique tuberculeuse, ayant des ulcérations scrofuleuses aux extrémités inférieures.

A côté de la question de l'influence constitutionnelle exercée par le mâle sur la femelle par la voie du fœtus, il s'élève une autre question : Une femme aborigène de couleur, fécondée une première fois par un Européen, pourra-t-elle procréer encore des enfants avec un mâle de sa race ?

Cette question nous est suggérée par une observation faite en différentes parties du monde par l'excellent comte de Strzelecki, au sujet du croisement des femmes aborigènes avec des Européens. « Toutes les fois qu'un semblable accouplement a lieu, dit le comte, la femme perd le pouvoir de concevoir avec un homme de sa race, et ne peut plus être fécondée que par des blancs (1). »

Si ce fait est général, il contraste singulièrement avec celui du docteur Simpson, que nous venons de citer (une femme ayant eu des enfants avec un blanc après en avoir eu avec un nègre), à moins qu'il ne soit, ce qui n'est probablement pas, une exception à un fait général de même nature. Il limiterait et même il rendrait impossible la faculté d'observer si des enfants de nègre dont la mère aurait été antérieurement fécondée par un blanc auraient des traits de ressemblance avec ce dernier. Mais il a été dit plus haut, d'après deux personnes qui ont résidé longtemps à la Jamaïque, qu'aux Indes ces croisements de race sont très-communs, et j'ajouterai l'observation de M. Dyce, qui dit que des enfants nés dans de semblables circonstances ont eu des traits de ressemblance avec la race blanche. Des recherches spéciales ont été faites, d'ailleurs, à ce sujet ; mais les résultats n'en sont pas assez nombreux pour être concluants.

Cependant les occasions qu'a eues le comte Strzelecki d'étudier cette question ont été très-grandes. « Il a reçu, dit-il, parmi différentes races d'aborigènes au Canada, aux États-Unis, en Californie, au Mexique, dans la république de l'Amérique du Sud, aux îles Marquises, aux îles Sandwich, aux îles de la Société, à la Nouvelle-Zélande et en Australie. » Et plus loin : « Il y a des *centaines d'exemples* de ce fait extraordinaire, *tous arrivés dans la même circonstance* parmi les *Hurons*, les Seminoles, les Indiens rouges, les Yankies (Sinaloa), les Indiens de Mendose, les Araucos, les insulaires de la mer du Sud, les natifs de la Nouvelle-Zélande, de New-South-Wales et du Van-Diemen, et tous prouvant la stérilité de la femme relative à un mâle et non à un autre n'est pas accidentelle, mais suit des lois aussi invariables et aussi mystérieuses qui se rattachent à la génération (2). »

Strzelecki ne dit pas s'il a rencontré des cas exceptionnels, c'est-à-dire des cas où, après avoir été fécondée par un blanc, une femme de ce pays avait pu encore être fécondée par un homme de sa race. C'est ce qu'il serait important de savoir. Il ne serait pas impossible qu'il eût observé de semblables faits. Ils n'infirmeraient pas, s'ils étaient nombreux, les conclusions qu'il a tirées, pourvu qu'ils fussent donnés comme des cas exceptionnels. Ils témoigneraient seulement que cette loi n'est pas universelle et absolue. — Mais si elle a été révoquée en doute, comme je pense qu'elle pouvait l'être, elle ne pouvait être résolue affirmativement que par des preuves générales comme celles avec lesquelles on a établi la contagion de certaines maladies. — Prouvez, par exemple, par des observations comparatives sur une grande échelle :

1° Que les femmes de ces pays qui ont été fécondées en premier lieu par un Européen étaient moins fécondes avec des mâles de leur race, que d'autres femmes n'ayant pas eu ces relations ; et secondement, qu'il n'existe pas d'autre circonstance commune, excepté celle-ci, qui rende les femmes stériles, ni d'autre qui les rende particulièrement fécondes (1).

Si des recherches ultérieures dirigées dans cette voie vérifient cette induction, ce qui ne peut être jusqu'ici hypothétique, elles établiront un nouveau principe général concernant la physiologie de la génération, plein d'intérêt et de la plus haute importance.

(1) Physical description of New South Wales and van Diemen's land, p. 347, *op. cit.*, 345.
(2) Op. cit., p. 347.

(1) Voir Alison's outlines of pathology and practice of medecine, p. 67.

MÉDECINE OPÉRATOIRE.

EXPOSÉ ANALYTIQUE ET COMPARATIF DES PROCÉDÉS D'URÉTROTOMIE, PAR SCARIFICATION ET PAR INCISION (2) ; par le docteur Reybard (de Lyon).

(Suite et fin.)

HÉMORRHAGIE.

On croit généralement, et j'ai trop longtemps partagé cette opinion, que toutes les plaies de l'urètre sont dangereuses et doivent être suivies d'hémorrhagie à cause de la structure spongieuse et érectile de ce conduit ; on est dans l'erreur. Mes expériences sur les animaux et surtout les nombreuses opérations d'urétrotomie que j'ai faites, m'en ont fourni une preuve irrécusable. Je ne crois pas qu'il y ait plus d'inconvénient à couper les tissus de l'urètre que ceux de toute autre partie du corps. L'hémorrhagie me semble moins à craindre après la division longitudinale des parois du canal, intéressant le tissu spongieux, qu'après l'amputation de la verge, dans laquelle ce conduit et le corps caverneux sont coupés en travers. Dans cette opération, elle est seulement alimentée par les artères bulbeuse et caverneuse ; aussi cesse-t-elle aussitôt après leur ligature. Ce fait, dont la certitude ne saurait être mise en doute, prouve que le tissu spongieux, même sectionné entièrement et de la façon la plus propre à fournir la plus grande quantité de sang possible, n'en laisse réellement échapper que fort peu. L'urétrotomie ouvrant longitudinalement quelques cellules, mais respectant les artères, puisque, comme je l'ai recommandé, elle se pratique sur les parties latérales de l'urètre, ne saurait donc inspirer une crainte qu'on jugerait exagérée pour une opération plus redoutable. D'ailleurs, si l'hémorrhagie devait être le résultat de l'ouverture des cellules du tissu spongieux, pourquoi ne se présenterait-elle pas aussi fréquente et aussi forte après la scarification qu'après l'incision ? Ce tissu n'est-il pas mis à découvert sur une grande étendue dans ces deux opérations, et ses cellules

(2) Voir Gaz. Méd., année 1849, p. 921 et 986 ; année 1850, p. 109.

---

neux aux environs d'une plaie qui avait été le point de départ de la résorption purulente. Dans tous les cas où il y a des abcès métastatiques, il constata que les veines en contact avec le foyer de suppuration étaient enflammées, et qu'elles étaient parcourues par du pus qui se mêlait directement au torrent circulatoire. Ainsi, pour Blandin, la phlébite suppurée, le mélange du pus de la veine enflammée avec le sang, étaient les causes de ces accidents terribles qui, souvent dans la période de cicatrisation de la plaie même la plus légère, amènent rapidement la mort, lorsque le chirurgien a tout lieu d'espérer la guérison du malade confié à ses soins.

Cette opinion de Blandin, cette conviction profonde, appuyée sur l'observation des faits, fut combattue avec chaleur, et elle donna lieu à cette polémique où le chirurgien de l'Hôtel-Dieu eut l'honneur de venger *Hunter* des attaques dirigées avec tant de violence, avec tant d'amertume contre la théorie des absorptions, cette explication physiologique des affections putrides, adynamiques.

Blandin avait étudié la phlébite avec tant de persévérance qu'il redoutait de porter une ligature ou l'instrument tranchant dans ces régions du corps où domine le système veineux ; aussi recommandait-il d'opérer les hémorrhoïdes, le varicocèle, les varices des membres seulement lorsque ces états morbides mettaient la vie des malades en danger. C'est la crainte de la phlébite qui lui inspirait ces leçons de clinique, ces détails de pratique qu'il enseignait chaque année aux élèves, lorsqu'il décrivait la phlébotomie, cette opération si commune et si fréquemment suivie d'accidents les plus graves, quelquefois mortels.

L'étude de la phlébite et de ses conséquences devait conduire naturellement Blandin à placer dans le système lymphatique le siége de ces inflammations d'abord localisées aux environs des plaies, se propageant au loin et déterminant des accidents généraux si différents quelquefois que l'esprit hésite à les rapporter à la même cause. L'anatomie et la physiologie devaient lui fournir l'explication de tous ces phénomènes. Blandin suivit bientôt les traces de la phlegmasie dans les ramifications les plus déliées des lymphatiques ; il étudia alors la marche de cette inflammation qui, primitivement ou consécutivement affecte les ganglions, ces points centraux de la circulation des vaisseaux blancs. Vous n'ignorez pas, messieurs, quel rôle principal Blandin fit jouer à l'angioleucite dans les érysipèles traumatiques ; vous savez quel était le traitement qu'il avait formulé : agir dès le début par des saignées locales sur les points correspondants aux ganglions enflammés.

L'inflammation des veines, des vaisseaux lymphatiques à la suite des opérations chirurgicales, à la suite des blessures, était donc pour Blandin l'explication physiologique de ces affections qui, primitivement, présentent les caractères des phlegmasies franches et revêtent plus tard la forme adynamique. Il y a dans cette analyse anatomique de ces phlegmasies vasculaires, des altérations du sang qui en sont la conséquence, il y a des indications utiles pour la thérapeutique : combattre l'inflammation dès son début, éviter ainsi la suppuration des veines, des lymphatiques : ce sont les conclusions que nous devons tirer des travaux de Blandin, qui jetèrent une si vive lumière sur ces questions, autrefois si obscures : l'érysipèle, l'infection purulente.

Blandin ne négligea cependant pas les conditions hygiéniques qui pouvaient prévenir la formation du pus ; il tint un grand compte de l'encombrement et des exhalaisons fétides des salles des hôpitaux ; il insista toujours, dans ses le-

ne sont-elles pas également ouvertes? On m'objectera, il est vrai, que cet accident se remarque quelquefois après la scarification ; je ne le conteste pas, mais je dirai qu'il n'est ni considérable ni inquiétant. Cependant l'hémorrhagie la plus légère, surtout celle ayant pour siége le canal de l'urètre, inspirant une certaine inquiétude, je ferai remarquer qu'on peut facilement la tarir en exerçant une légère compression sur le trajet du canal, c'est-à-dire de dehors en dedans et au niveau de la plaie.

INFILTRATION D'URINE.

On pouvait redouter avec plus de raison de voir la méthode de l'incision mettant, par sa large plaie, en communication directe le canal avec les vastes cellules du tissu lamelleux, favoriser plus fréquemment les infiltrations que la scarification. Cependant l'observation m'a démontré que cet accident, si fréquent lorsqu'un léger obstacle s'oppose à l'écoulement de l'urine, ne s'est encore présenté chez aucun de mes opérés ; j'invoquerai à cet égard le témoignage et le souvenir des membres de la commission du prix d'Argenteuil, en présence desquels j'ai opéré un assez grand nombre de malades. Ces honorables confrères pourront également attester que l'hémorrhagie n'a jamais constitué un accident grave, car tous les malades que j'ai opérés à l'Académie de médecine, salle de leur séance, ont pu regagner à pied leur domicile immédiatement après l'opération.

La non-infiltration de l'urine dans les tissus, après l'incision, constitue une apparente anomalie, si l'on raisonne d'après ce qui se passe après la scarification ; cependant je crois pouvoir donner de ce fait une explication très-rationnelle ; la section complète des parois du canal étant pratiquée, un peu de sang coule aussitôt par ce conduit, et une petite quantité de ce liquide passe dans les cellules du tissu cellulaire extérieur, les distend, les tuméfie même de façon qu'il n'y a plus de place pour l'urine lorsqu'elle parcourt le canal.

Plus tard, c'est-à-dire lorsque la phlogose s'est emparée de ce tissu, c'est alors son gonflement et sa tuméfaction qui rendent cet accident impossible. D'ailleurs on conçoit que, pour passer dans la plaie, il faudrait que l'urine fût arrêtée dans son cours par un obstacle quelconque. Or le canal ne présentant plus aucun resserrement, l'urine s'échappant librement, son infiltration dans la plaie me paraîtrait rendue impossible par ce seul fait, sans y joindre même cette autre difficulté constituée par l'obstruction produite par la présence du sang exhalé et coagulé entre les lèvres de la plaie.

C'est probablement parce que le sang ne s'insinue pas dans le tissu cellulaire du périné après l'opération de la taille, qu'on a vu quelquefois l'urine s'y infiltrer. Cette complication pourrait néanmoins être déterminée après l'urétrotomie comme après la taille, par la présence d'un caillot qui obstruerait le canal dans le premier cas, et la plaie dans le second. Il suffirait de briser ce caillot avec une sonde pour prévenir cet accident.

MÉCANISME DE L'ÉLARGISSEMENT DU CANAL APRÈS L'INCISION.

J'ai démontré, en parlant des causes des rétrécissements, que les plaies longitudinales de l'urètre se réunissant par première intention ne devaient et ne pouvaient jamais produire les rétrécissements du canal. Si on empêche la réunion immédiate et si les deux lèvres de la plaie se cicatrisent isolément, non-seulement on évitera les coarctations, mais encore il est évident qu'un certain élargissement s'ensuivra, élargissement proportionné à l'étendue de la cicatrice interstitielle. Ce qui arrive au canal à l'état sain se produit de la même manière lorsqu'il est affecté de rétrécissement, pourvu toutefois que la plaie intéresse ses parois dans toute leur épaisseur, nécessité dont j'ai pu me convaincre par l'observation et par mes expériences sur les animaux.

Pour concevoir comment l'élargissement du canal succède au traitement des rétrécissements par l'incision, il faut avoir une connaissance exacte de l'organisation de l'urètre, des tissus divisés dans l'opération, et surtout du mode de cicatrisation de la plaie, lorsqu'on s'oppose à sa réunion par première et par seconde intention : il faut avoir observé que ce n'est pas seulement sur chaque lèvre de la plaie, tenue à distance, que s'implante la cicatrice, mais qu'elle en gagne le fond, ou plutôt qu'il s'en forme pour ainsi dire une seconde dans leur intervalle, en dehors du canal, c'est-à-dire à l'extérieur des parois de l'urètre et sur le tissu cellulaire très-lâche voisin de la membrane fibreuse la plus extérieure de ce conduit ; or si l'on est forcé d'admettre qu'entre les lèvres de la division, il peut se souder une cicatrice d'une certaine étendue, n'est-on pas conduit à conclure que cette cicatrice doit, en s'ajoutant aux parois de l'urètre comme une pièce supplémentaire, augmenter la largeur et conséquemment la capacité de ce conduit, bien loin de la diminuer, comme l'ont avancé MM. Velpeau, Civiale, etc., et comme le croient généralement tous les auteurs qui confondent toutes les cicatrices de l'urètre et les accusent de devenir des causes de coarctations, parce qu'ils ont vu les rétrécissements se reproduire opiniâtrément après la scarification. Nous avons vu combien ces opinions sont dénuées de justesse.

Je me suis déjà efforcé d'exposer par quels phénomènes la cicatrice de la scarification permettait au canal de revenir au diamètre qu'il avait avant elle ; il ne me sera pas moins facile de démontrer comment la cicatrice de l'incision en opère l'élargissement permanent, pourvu qu'on empêche la réunion des lèvres de la division. Pour rendre l'explication plus intelligible, il faut supposer à la plaie une grande étendue, lui accorder, par exemple, deux ou trois lignes de profondeur et une largeur de cinq à six fois plus considérable, car, avec des dimensions plus bornées, il serait impossible d'obtenir un écartement suffisant pour obtenir le développement de la cicatrice intermédiaire que nous recherchons. Raisonnons donc dans l'hypothèse d'une plaie de 15 à 18 lignes de longueur intéressant les parois de l'urètre dans toute leur épaisseur, ses deux lèvres qui se touchent habituellement se réuniront donc immédiatement, si on ne les sépare pas, et comme il est facile de le concevoir, leur réunion opérée dans ces circonstances ne changerait rien à la disposition primitive des parois de l'urètre, le canal conserverait donc son étroitesse morbide ; si, au contraire, on empêche leur réunion, si on les sépare et si on les tient écartées, la plaie affecte un autre mode de cicatrisation que je vais décrire.

Lorsqu'on introduit dans l'urètre, au niveau de l'incision qu'on vient d'y pratiquer, soit une grosse sonde, soit un dilatateur, on n'écarte pas seulement, ainsi qu'on se l'imagine, les lèvres de la division par leurs bords libres, de façon à donner à la plaie une forme évasée en forme de V très-ouvert, ou évasée comme il arrive à une plaie ordinaire, mais les tissus sont entraînés dans toute leur épaisseur, et l'interstice est aussi considérable au fond de la plaie qu'à la surface. Cet écartement a la plus grande analogie avec le retrait observé dans les deux portions d'un muscle dont on a opéré la section. On conçoit aisément que cet écartement doit être d'autant plus grand que la plaie est plus longue. Il est favorisé par la couche de tissu cellulaire lamelleuse existant à l'extérieur de l'urètre. C'est en maintenant les lèvres de la plaie ainsi distantes, de manière à empêcher leur réunion, qu'il

---

çons, sur toutes ces circonstances qui modifient si profondément la constitution. Aucun chirurgien ne s'est efforcé, autant que Blandin, de placer les opérés dans le milieu le plus favorable, et d'éviter par des pansements qu'il faisait lui-même toutes les causes qui pouvaient irriter, enflammer les plaies, quelque légères qu'elles fussent. Tous ceux qui ont suivi les visites de l'Hôtel-Dieu ont pu apprécier avec quelle scrupuleuse attention, avec quelle sollicitude bienveillante il surveillait le travail de cicatrisation ; le lendemain même de l'opération, il levait le premier appareil, se défiant toujours des renseignements fournis par les malades. Il enlevait ainsi les pièces de pansement salies par les liquides qui suintent fréquemment des lèvres de la plaie ; si la réunion immédiate s'était opposée à leur écoulement, il détachait avec précaution une bandelette, et introduisant les extrémités d'une pince à pansement dans l'angle inférieur de la solution de continuité, il donnait ainsi issue au liquide accumulé ou infiltré dans l'épaisseur des tissus. Dans d'autres circonstances, il enlevait les agglutinatifs qui avaient déterminé une inflammation intense de la peau et des lymphatiques, il abandonnait alors les avantages d'une réunion par première intention, plutôt que de compromettre la vie du malade par le développement d'une phlegmasie vasculaire dont il redoutait les funestes conséquences ; toutes les fois que les fils ou les épingles d'une suture produisaient des accidents inflammatoires, il les retirait aussi, n'attendant pas l'époque fixée par certaines règles de pratique chirurgicale. Cette conduite de Blandin ne compromettait nullement le succès du travail de cicatrisation, et ne causait au malade aucune douleur ; en suivant cette méthode de pansement, le chirurgien s'était créé bien des fatigues ; mais rien ne lui coûtait quand il s'agissait de donner des soins aux malades qui lui étaient confiés.

Chirurgien du bureau central, Blandin communiquait à la Société anatomique les résultats des opérations qu'il pratiquait à l'hôpital Beaujon, dans le service de son illustre maître le professeur Marjolin.

Ces premiers essais du jeune chirurgien consignés dans nos annales nous indiquent déjà cette détermination rapide, cette sagacité féconde que Blandin devait apporter plus tard dans les opérations chirurgicales.

Le 4 juin 1828, vice-président de notre Société, Blandin inaugura la séance annuelle par la lecture d'un mémoire sur l'amputation partielle du pied. Ce travail, si remarquable par les connaissances anatomiques qu'il renferme, par l'appréciation judicieuse des procédés opératoires, est toujours consulté avec intérêt, par tous ceux qui s'occupent de cette question de pratique chirurgicale. Je regrette, messieurs, d'être forcé de citer ici seulement les conclusions de cet important travail :

« En résumé, dit Blandin, nous croyons pouvoir conclure que les amputations » partielles du pied ont sur l'amputation de la jambe : 1° l'avantage d'être pra- » tiquées plus loin du tronc, par suite, de produire un moindre trouble dans la » circulation et de moins exposer à ces congestions inflammatoires locales, si » souvent mortelles chez les amputés ; 2° qu'enfin elles excluent la nécessité » d'un moyen artificiel pour le soutien du corps ; 3° que l'amputation de Cho- » part est moins grave que celle de Percy, en raison de la moindre étendue des » surfaces synoviales mises à nu et en contact avec l'air ambiant ; 4° qu'il n'est » pas prouvé que la première expose, plus que la seconde, au renversement du

y a production d'une cicatrice commençant sur leurs bords et s'étendant peu à peu dans l'intervalle qui les sépare. Sur ce dernier point, elle s'établit sur le tissu cellulaire lamelleux lui-même, tissu dans lequel on ne trouve jamais de graisse. Tels sont les phénomènes physiques qui président à la formation de la cicatrice qui s'ajoute aux parois de l'urètre pour en accroître la largeur.

Le traitement des rétrécissements, après l'opération que nous venons de décrire est de la plus grande simplicité ; il se borne à remplir deux indications d'une réalisation facile, mais réclamant cependant une attention soutenue et des soins judicieux. Elles consistent à empêcher les lèvres de la plaie de se réunir l'une à l'autre, en leur imprimant un certain écartement de nature à favoriser entre elles la formation de la plus large cicatrice possible.

Le raisonnement m'avait porté à penser que pour arriver sûrement à rétablir l'aire normale du canal, il fallait que cet écartement fût très-considérable ; aussi ai-je eu d'abord recours aux plus grosses sondes et même à un dilatateur. Cependant j'ai eu lieu de me convaincre qu'en agissant ainsi, je dépassais de beaucoup ce qui est rigoureusement nécessaire ; je conseille maintenant avec confiance l'usage des sondes d'un volume ordinaire, pouvant librement parcourir le canal ; leur emploi satisfait à toutes les conditions nécessaires.

Ce n'est pas la seule simplification introduite dans cette partie de ma méthode. Me fondant sur ce que les bords de la division se touchent lorsque le canal est dans l'état de vacuité, j'avais cru à mes débuts que pour obtenir la large cicatrice intermédiaire dont j'ai parlé, il fallait que les bords de la plaie fussent tenus habituellement écartés l'un de l'autre par une sonde laissée à demeure dans le canal ou du moins introduite très-fréquemment, afin d'éviter toute réunion immédiate ; mais l'observation m'a peu à peu démontré que cette précaution était tout à fait superflue, qu'on pouvait parfaitement obtenir la cicatrice cherchée, en séparant une fois par jour seulement les lèvres de la plaie. J'ai donc pu réaliser, en rendant l'usage des sondes inutile, un des plus précieux avantages, car on sait combien de catastrophes sont le corollaire de leur emploi.

Tels sont les moyens que je mets en usage pour obtenir sur les plaies de l'urètre une cicatrice capable d'en augmenter le diamètre. J'ai maintenant à m'occuper de la théorie de la cicatrisation de la plaie, de sa forme, de l'étendue de la cicatrice, de sa nature et de ses propriétés.

Les rétrécissements provoqués chez les chiens que j'ai traités et guéris par mon procédé d'urétrotomie m'ont permis d'apprécier à l'autopsie la forme, l'étendue et la disposition de la cicatrice qui s'établissait sur la plaie ; je crois être en droit, par l'analogie que je lui suppose avec celle qui se forme chez l'homme dans les mêmes circonstances, de donner sur le développement de cette dernière les explications physiques et physiologiques suivantes pour conclure de l'animal à l'homme.

Ayant observé qu'elle se forme en quelque sorte à l'extérieur du canal, qu'elle est large, mince, souple et élastique chez les animaux, je regarde comme probable qu'elle doit posséder les mêmes propriétés chez l'homme, et je me hâte de constater, car c'est le point capital de mes remarques, qu'elle n'est pas rétractile à la manière des cicatrices succédant à la scarification ; d'où je conclus que c'est évidemment à cette différence qu'elle doit d'opérer l'élargissement définitif des rétrécissements.

Quant aux phénomènes vitaux qui président à la cicatrisation de la plaie et impriment à sa cicatrice la souplesse et l'élasticité dont est dépourvue celle qui succède à la scarification, voici comment j'ai cru pouvoir m'en rendre compte.

En comparant les plaies résultant des deux modes de traitement, j'ai observé que celles de l'incision, malgré leur étendue considérable et leur profondeur, arrivaient cependant à la guérison presque sans suppuration, ou tout au moins sans avoir suppuré si abondamment ni si longtemps que celles dont la scarification était l'origine ; cette observation m'a conduit à penser que ces plaies à évolutions rapides devaient se cicatriser sans éprouver d'inflammation.

L'observation attentive m'ayant pleinement confirmé dans cette opinion, j'ai évité autant que possible de les irriter par la présence des sondes : c'est même pour cette raison que j'ai fini par les introduire une fois par jour seulement, moins pour éviter au malade la douleur de leur introduction, que pour ne pas enflammer la plaie.

De cette remarque que la plaie succédant à l'incision ne s'enflamme pas et ne suppure pas à la manière de celle due à la scarification, j'en ai conclu que c'était la raison pour laquelle la cicatrice était mince, souple et élastique dans le premier cas, et épaisse et rétractile dans le second ; en un mot que c'était à la nature ou à la différence d'organisation de cette cicatrice que je devais attribuer l'efficacité de l'une de ces méthodes et l'insuffisance de l'autre ; mais est-il vrai que les plaies de l'urètre après l'incision puissent se cicatriser sans s'enflammer et sans suppurer, malgré l'irritation qu'on y excite en écartant leurs bords ? Je prévois qu'on m'objectera que toutes les plaies de l'urètre dont on empêche la réunion immédiate en écartant leurs bords avec une sonde doivent être irritées par cette manœuvre, s'enflammer et suppurer, et alors la cicatrice de l'incision se trouvant placée dans la même condition que celle succédant à la scarification, doit supporter comme cette dernière, et pourtant on me dira que les mêmes phénomènes présidant à la guérison de ces plaies, leur cicatrice doit avoir la même nature et les mêmes propriétés ; mais ce raisonnement n'est point applicable ; car en admettant que la théorie soit en défaut, le raisonnement doit toujours faire place à l'observation, et être considérée comme erronée si elle n'en est pas la confirmation. C'est ici le cas d'appliquer cette remarque ; en effet, malgré toute probabilité contraire, j'ai constaté dans la totalité des cas soumis à mes investigations, qu'après l'incision la plaie fournissait seulement une sérosité roussâtre, abondante pendant les deux ou trois premiers jours, et devenait bientôt pour ainsi dire sèche, ou si elle suppurait, le pus exhalé n'était ni blanc ni lié, et si peu abondant d'ailleurs que je l'ai rarement vu couler par le canal et tacher le linge du malade. Ces caractères m'ont fait conclure que les incisions produisaient des plaies de nature à ne pas être envahies par l'inflammation.

Ayant au contraire vu après la scarification la plaie rendre le cathétérisme difficile, suppurer abondamment, et enfin fournir un pus blanc, lié et épais, j'en ai tiré cette autre conclusion, qu'elle était vivement irritée et qu'elle ne guérissait pas sans devenir le siége de phénomènes inflammatoires moins intenses.

Ces différences si évidentes démontrent de la façon la plus irréfutable que la cicatrice de ces diverses solutions de continuité ne doit avoir ni la même nature ni les mêmes propriétés, les mêmes phénomènes vitaux ne présidant pas à leur cicatrisation. La non-rétractilité de la cicatrice adjointe au canal ne saurait pour nous faire l'objet d'un doute ; car nous n'avons jamais vu les rétrécissements se reproduire après l'opération, et sa guérison a toujours été d'autant plus prompte et plus certaine que nous avons

---

» talon en arrière, et que la station et la marche soient moins faciles dans l'une » que dans l'autre. »

Ce discours est terminé par un de ces élans du cœur qui se répétèrent si souvent dans la vie de Blandin ; c'est le témoignage de sa vive reconnaissance pour son illustre maître, le professeur Marjolin, qui le comble chaque jour, dit-il, de sa bienveillance et de ses conseils éclairés. Les relations du maître et de l'élève étaient si intimes, que la Providence semble nous avoir frappés du même coup en nous enlevant le professeur jeune encore et en paralysant par une longue et cruelle maladie la parole de celui qui nous enseignait les préceptes de sa longue expérience.

Dans nos annales, nous trouvons des traces nombreuses du passage de Blandin à la Société anatomique. J'ai dû choisir parmi ces nombreux travaux ceux où se révèle surtout cet esprit sévère d'observation du professeur de médecine opératoire, du chirurgien de l'Hôtel-Dieu. J'ai voulu surtout vous montrer que nos bulletins renfermaient les premiers germes de l'intelligence de Blandin, dépôt précieux que nous conserverons avec un soin religieux.

Il m'eût suffi de prononcer dans cette enceinte le nom de Blandin pour exciter en vous des regrets sympathiques. Vous avez tous apprécié le talent de l'opérateur acceptant sans enthousiasme les innovations de son siècle : la lithotritie, les ténotomies sous-cutanées, dont il fit une application si heureuse à l'opération de la fissure à l'anus, les autoplasties, qu'il modifia avec tant d'art et d'habileté ; vous l'avez vu fréquemment créer des procédés nouveaux pour les cas difficiles qui échappent aux principes de la médecine opératoire.

Dans toutes ses découvertes, Blandin puisait sans cesse à cette source féconde, l'anatomie, ces inspirations qui lui faisaient préférer les désarticulations aux amputations dans la continuité, ces inspirations qui lui faisaient, dans son amour de conservation des organes, appliquer au premier métatarsien le procédé que M. Roux avait imaginé pour enlever le premier métacarpien en conservant le doigt. Vous avez tous connu le professeur de clinique empruntant encore à l'anatomie ces connaissances positives qu'il appliquait au traitement des fractures et des luxations.

Je m'arrête, messieurs, cette énumération incomplète des travaux de Blandin est bien inférieure à l'idée que vous vous êtes faite sans doute du professeur de médecine opératoire. Les livres qu'il nous laisse sur l'anatomie topographique, sur l'anatomie descriptive sont des titres suffisants à cette grande célébrité dont jouissait Blandin, lorsque au mois d'avril 1849 la mort vint frapper ce corps épuisé par cette activité intellectuelle, ces émotions, ces fatigues que Blandin s'imposait pour répondre aux exigences de la pratique chirurgicale.

Blandin a rendu des services assez importants pour que sa gloire lui survive après la mort ; les générations à venir trouveront dans ses ouvrages d'utiles enseignements et dans l'histoire de sa vie des exemples nombreux de ce que peuvent le travail et la persévérance. Cette place naguère occupée par le savant professeur sera bientôt remplie : mais, messieurs, au foyer de la famille, il y aura toujours un vide immense que rien ne saurait combler. Pour nous, qui sommes les élèves de Blandin, notre douleur est entretenue, augmentée chaque jour par le souvenir du dévouement, de l'affection d'un maître qui nous est enlevé avant même que nous ayons pu lui donner des preuves de notre amitié, de notre reconnaissance.

mieux réussi à amener la plaie à guérison, sans y susciter de l'inflammation ni suppuration analogue à celle des plaies ulcéreuses. Or avec la rétractilité la récidive est inévitable. En outre nos expériences sur les animaux nous ont permis, à l'autopsie, de nous assurer que cette cicatrice était réellement large, mince et flexible.

Je ferai observer en passant que ce n'est pas chose facile que d'empêcher complétement l'inflammation dans une plaie dont on est obligé d'écarter les bords jusqu'à ce qu'il se soient cicatrisés séparément; aussi ai-je considéré cette partie du traitement comme une des plus délicates et des plus importantes et ai-je mis tous mes soins pour conjurer cet accident redoutable et si fréquent après la scarification.

Nous n'avons pas vu, il est vrai, la cicatrice qui se forme sur les plaies après la scarification; mais ne nous est-il pas permis de croire qu'elle est épaisse et rétractile, puisque l'observation clinique nous apprend que les rétrécissements se reproduisent constamment après l'opération, et n'avons-nous pas démontré que c'était cette propriété seule qui permettait au canal de se resserrer après lui avoir procuré un agrandissement passager ?

Mais en admettant que la différence qui existe dans les propriétés des cicatrices dont nous venons de parler ne résulte pas de la cause à laquelle nous l'avons attribuée, serait-il irrationnel de la faire reposer encore dans la nature du tissu sur lequel les cicatrices se forment? Pourquoi en effet ne pourrait-on pas supposer une nature rétractile à la cicatrice formée après la scarification ? Elle s'établit en effet sur le tissu spongieux qui, s'il n'est pas contractile, est au moins éminemment vasculaire et par conséquent susceptible de s'enflammer avec la plus grande facilité. Par opposition, ne pourrait-on pas admettre que la cicatrice, née dans l'écartement des lèvres de la plaie après l'incision, est mince et élastique, puisqu'elle se forme sur le tissu cellulaire extérieur qui est mince, blanc et lamelleux et conséquemment peu sujet aux accidents inflammatoires?

Je crois entrevoir que cette opinion : que la cicatrice après l'incision se forme de toute pièce aux dépens de quelques-unes des lamelles du tissu cellulaire en rapport avec le fond de la plaie de l'urètre, n'est pas dénuée de vraisemblance. Peut-être que dans ces cas, après avoir contracté des adhérences les unes avec les autres, ces lamelles constituent-elles en entier la cicatrice qui s'offre sous la forme d'une membrane mince, s'étendant de la lèvre externe de l'un des bords de la plaie à la même lèvre du bord opposé. Je laisse à mes confrères à juger la valeur de cette hypothèse. Quant à moi, tout en hésitant à l'adopter comme vraie et à en prendre la responsabilité, je suis cependant loin de la considérer comme privée de toute probabilité.

Les considérations précédentes démontrent que, suivant l'emploi de l'un des deux procédés d'urétrotomie, les cicatrices appelées à élargir le canal ne diffèrent pas par leur forme, leur nature et leurs propriétés, seulement parce que les mêmes phénomènes vitaux n'ont pas signalé la guérison des plaies, mais encore parce que les tissus sur lesquels elles s'établissent sont d'une autre essence. Elles font voir enfin que larges, minces et flexibles après l'incision, au lieu d'être épaisses et éminemment rétractiles, comme après la scarification, elles sont complétement dépourvues de cette dernière propriété, et c'est certainement pour ce motif qu'elles procurent un élargissement définitif au canal, en s'ajoutant à ses parois, tandis que c'est à la rétractilité de la cicatrice que la seconde méthode doit de constituer seulement un mode palliatif du traitement des rétrécissements (1).

La description que nous venons de donner des deux procédés opératoires dont se compose l'urétrotomie, nous a fait apprécier les différences qui caractérisent chacun d'eux, et nous a démontré d'une manière péremptoire l'utilité et l'importance de leur distinction, non-seulement parce que ces deux procédés ont une apparente analogie au point de vue de l'opération, mais encore parce que les particularités qui font apprécier le degré d'élargissement obtenu par chacun d'eux sur les rétrécissements reposent sur des nuances assez difficiles à saisir. Ainsi, quoique dans les deux procédés on pratique l'urétrotomie à peu près de la même manière et avec des instruments ayant une forme analogue, quoique après l'opération on fasse toujours concourir les sondes à la guérison des plaies, il y a cependant une grande différence entre eux, tant sous le rapport des tissus divisés, de l'étendue donnée à l'incision, de l'agrandissement du canal qui en résulte, que sous celui de la manière d'employer les sondes, de l'influence de ces corps étrangers sur la cicatrisation des plaies et sur la nature des cicatrices qui leur succèdent.

La scarification ne diffère pas seulement de l'incision parce que dans ce dernier procédé, outre le tissu anormal, on divise aussi l'urètre dans toute son épaisseur; la distinction fondamentale entre elles git dans cette différence d'une valeur bien plus élevée que si la méthode que je combats constitue seulement un auxiliaire de la dilatation; l'incision est à elle seule une méthode de traitement des rétrécissements; nous avons vu en effet que la scarification avait moins pour but de remédier directement à la coarctation, que celui de faciliter la dilatation de son ouverture par la section de l'anneau fibreux qui étrangle le canal. C'est en invoquant un mode particulier d'exploration inusité, inconnu avant nous, l'introduction des bougies à boule avant et après l'opération, que nous avons pu démontrer l'exactitude de la proposition précédente. La différence du calibre des sondes traduit en effet de la façon la plus fidèle la transformation imprimée au canal par le fait de la scarification. De plus nous avons encore démontré expérimentalement que les sondes introduites aussitôt après l'opération, au lieu de dilater simplement l'ouverture de l'obstacle par l'allongement de ses parois, ont au contraire pour effet immédiat de l'agrandir en déchirant la membrane muqueuse et de donner à la plaie cinq à six fois plus d'étendue qu'elle en avait avant leur emploi, et que c'est seulement après avoir opéré cette déchirure qu'elles peuvent agir sur le tissu spongieux à la façon d'un corps dilatateur.

Nous appelons toute l'attention des praticiens sur ces faits ignorés jusqu'à présent dans la science; ils sont de nature à jeter la plus vive lumière sur la thérapeutique des rétrécissements.

De ces remarques diverses découlent les conséquences : 1° que dans la scarification les plaies ont réellement plus d'étendue qu'on n'est porté à le croire, en considérant le volume de l'instrument tranchant avec lequel on agit sur le rétrécissement, parce qu'elles acquièrent une largeur cinq à six fois plus considérable par la déchirure de la membrane muqueuse; 2° que malgré leur étendue, ces plaies ne donnent cependant pas à l'ouverture du rétrécissement un diamètre proportionné au volume des sondes qu'on peut y introduire; 3° que ces divisions superficielles ne sont douées d'aucune efficacité curative, parce qu'elles ne sont pas suffisamment profondes; 4° que les corps étrangers employés comme des corps dilatants excitent sur les plaies une vive inflammation suivie de suppuration, d'écoulement blennorrhagique et d'autres accidents encore; aussi la cicatrice qui se forme sur les plaies guéries pendant cette période inflammatoire acquiert-elle les qualités rétractiles inhérentes au tissu inodulaire.

Nous avons vu l'incision posséder précisément les propriétés thérapeutiques dont la scarification est dépourvue; en effet, elle constitue à elle seule une méthode de traitement dont l'efficacité sera assurée si le canal sectionné dans toute son épaisseur a mis le tissu cellulaire extérieur à nu, permettant ainsi à une sonde d'être momentanément interposée entre les bords divisés, et de les écarter dans une étendue suffisante pour permettre d'accomplir cette manœuvre sans effort, facilitée qu'elle est d'ailleurs par l'extrême laxité du tissu cellulaire voisin.

Résumant l'esprit de ces observations, je puis donc tirer les conclusions suivantes. Il n'est pas nécessaire d'employer les sondes comme dans la scarification, c'est-à-dire à la façon des corps dilatants. A plus forte raison on n'est pas obligé de tenir ces corps étrangers à demeure dans le canal, comme on l'a cru jusqu'à présent, pour qu'il se forme dans l'intervalle des bords de la plaie une large cicatrice interstitielle; il suffit au contraire de les écarter une fois dans les vingt-quatre heures avec le bout d'une sonde, pour obtenir cet heureux résultat. En se cicatrisant sans s'enflammer et sans suppurer, cette solution de continuité guérit très-promptement et dans les conditions les plus favorables à la formation de la cicatrice supplémentaire qui doit élargir le canal, c'est-à-dire à la formation d'une cicatrice non rétractile qui, en lui conservant sa souplesse et ses dimensions, assure la guérison des rétrécissements et élève ainsi cette opération au rang des méthodes curatives.

RÉSUMÉ.

Notre tâche est terminée. Nous aurions pu pousser plus loin l'examen des caractères distinctifs des deux méthodes à l'étude desquelles nous nous sommes livré concurremment, et en tirer des déductions plus complètes; nous ne l'avons pas fait, l'intelligence, la sagacité, la bienveillance de nos confrères suppléera à ce que notre travail présente d'incomplet. Cependant, avant de clore ce mémoire, nous croyons utile de jeter un dernier coup d'œil sur la route que nous venons de parcourir, et de nous demander si nous étions autorisé à proclamer que nous avions doté la chirurgie d'une méthode nouvelle, que nous avons dévoilé des vérités inconnues. Nous avons la conviction que ce langage exprime la vérité; en effet, mettons dans la balance les deux méthodes, d'une part l'urétrotomie par incision, de l'autre par scarification, et scrutons leur mérite. Que chaque praticien se recueille avant de formuler son jugement et se demande : qu'est-ce que la scarification ? N'est-ce pas une opération sans valeur par elle-même, venant au secours d'une autre méthode d'une efficacité plus problématique encore,

(1) Nous croyons utile de rappeler que la remarque fondamentale de M. Reybard, sur la nécessité des récidives liée à la rétractilité des cicatrices des plaies du tissu cicatriciel, est une application du même principe que nous avons établi dès longtemps à l'occasion des récidives succédant aux sections de brides pratiquées pour remédier aux difformités causées par des coarctations de cicatrices. J. G.

opération nécessitant l'emploi permanent ou du moins très-fréquent des sondes, c'est-à-dire exposant les malades aux plus graves accidents inflammatoires, les mettant sous le coup de maladies nouvelles créées par le prétendu traitement, qui, au lieu de les soustraire à leur mal primitif, greffe des complications redoutables, égalant en gravité la maladie mère, si elles ne la surpassent pas? Qui n'a vu, en effet, l'emploi des sondes accompagné d'inflammations phlegmoneuses du canal, de dépôts urineux, de déchirure de l'urètre, de fistules urinaires, d'orchite, d'hydrocèle, d'altération de la prostate, de catarrhe de la vessie, de cystite, d'ulcération et de perforation de cet organe, etc.? Ce cortége effrayant de dangers forme un sombre tableau qui n'est point chargé à plaisir, de sinistres menaces, tous les praticiens l'ont vu se dérouler, entraînant d'irrémédiables catastrophes. Au moins si les dangers affrontés, la longueur du traitement, la vie sédentaire à laquelle il contraint, c'est-à-dire l'abandon de toute carrière, de toute occupation, les douleurs physiques, les angoisses morales trouvaient un dédommagement dans la certitude de la solidité et de la durée de la guérison! Mais non, rien n'est plus fragile que ces améliorations, quelques jours de répit; juste ce qu'il faut pour faire naître dans l'esprit du malade, l'illusion décevante de son rétablissement, et la victime voit recommencer son supplice. Tel est le sort départi aux personnes atteintes de rétrécissements organiques, traitées par la scarification.

A côté de cette triste constatation de la pauvreté de la chirurgie en ce qui concerne les coarctations urétrales, j'ai tracé les bases d'un système nouveau étayé par vingt années d'études; à des préceptes vagues, irrationnels et inefficaces, je propose de substituer une opération basée sur les plus saines données d'anatomie pathologique. La pensée, il est vrai, a besoin de réflexion avant de l'adopter, car elle choque les théories faites pour les méthodes que je combats; mais les faits confirment les théories et ne sauraient être infirmés par elles, on il faudrait rayer de nos codes cette sentence fondamentale qu'Hoffmann y a écrite: *Ars medica tota in observationibus.*

L'urétrotomie par incision triomphe par où succombe sa rivale: entrée dans le domaine de la science, elle en proscrira le traitement cruel durant des mois et même des années pour n'amener, après des sacrifices inouïs, qu'une amélioration bientôt détruite, après laquelle le malade, replongé dans sa position première, doit parcourir de nouveau et sans plus de fruit ces douloureuses épreuves. Par ma méthode, quelques jours, quelques semaines au plus, après des souffrances en quelque sorte instantanées au moment de l'opération, suffiront à rendre à l'organe malade, non ses tissus normaux, emportés par une influence destructive, ils ont disparu pour toujours, mais ses dimensions normales, ce qui, en pratique, revient au recouvrement de l'intégrité de ses fonctions. Au lieu de corps étrangers fixés à demeure comme dilatateurs et introduits jusque dans la vessie, menaçant sans cesse de rendre les tissus sains plus malades que ceux primitivement affectés, l'urétrotomie par incision admet l'usage des sondes dans le seul but d'empêcher la cicatrisation immédiate de la plaie, elles ne doivent jamais dépasser le niveau du rétrécissement, elles sont retirées aussitôt, et cette manœuvre répétée seulement une fois par jour, laisse au malade exempt des douleurs et des périls occasionnés par le dangereux séjour des bougies dans le canal et la vessie, sinon la possibilité de vaquer librement à ses occupations, du moins la certitude d'une guérison très-prochaine.

Mais un vieil axiome nous le dit: guérir est la suprême loi; si l'urétrotomie par incision n'est point réellement douée de l'efficacité que je lui attribue, mes conclusions ne seraient qu'un mirage décevant et cruel. J'appelle sur cette méthode les investigations les plus sévères; soumise à un examen consciencieux et approfondi, elle sera sanctionnée par le suffrage du corps médical. Je la livre sans crainte à la publicité; les avantages incontestables qu'elle m'a fournis ne failliront pas aux praticiens habiles qui l'adopteront. Œuvre sérieuse, éclose à l'abri du tumulte et des rivalités, mûrie par la réflexion, déduite de principes clairs, précis et rigoureux, je la livre après l'avoir soumise à de longues méditations, confirmée par de solides expériences, après l'avoir vue couronnée de succès inespérés, je la livre, dis-je, avec la sécurité inspirée par la certitude de voir mes résultats confirmés avec le bonheur qu'éprouve tout homme auquel sa conscience fournit le témoignage d'avoir loyalement acquitté sa dette envers l'humanité, en s'efforçant de reculer les bornes de la science appelée le plus directement à la protéger.

Un triste spectacle a été donné depuis plusieurs années pour quelques parties de la chirurgie: à côté de praticiens dignes d'estime pour leurs travaux et leurs personnes, nous avons vu sourdre des individualités peu scrupuleuses, subordonnant systématiquement tout à leurs intérêts personnels, ne craignant point de tronquer la vérité en dénaturant les faits, se servant de la science et de son langage austère pour glorifier leurs œuvres et refouler toute innovation n'émanant pas de leur initiative; aussi l'histoire des connaissances médicales a été exposée avec tant de partialité, qu'elle est à refaire presque en entier sous ce rapport. Mon travail sera classé parmi ceux entrepris dans un but plus élevé; en effet, ne figurant plus dans la phalange militante des praticiens, exempt désormais des rudes labeurs de la profession, à l'abri de l'ambition qui, par ses mauvais conseils, énerve souvent de généreuses organisations, je cherche encore à être utile en rassemblant, dans le repos qui conduit au recueillement et à la méditation, les enseignements fournis par ma longue carrière médicale.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

I. ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

Les numéros d'octobre, novembre et décembre 1849 contiennent les travaux originaux suivants: 1° *Traitement du choléra par la méthode évacuante*; par M. Lavoy. 2° *Recherches sur les causes et la nature du typhus cérébro-spinal (méningite cérébro-spinale épidémique)*; par M. Boudin. (C'est un nouveau et remarquable plaidoyer en faveur de l'opinion de l'identité essentielle du typhus et de la méningite cérébro-spinale, opinion sur laquelle nous nous sommes déjà expliqué plusieurs fois.) 3° *Note relative à quelques analyses du sang, des vomissements et des évacuations alvines et des urines des cholériques*; par M. A. Becquerel. 4° *Sur la véritable nature des nerfs pneumogastriques et les usages de leurs anastomoses*; par M. Longet. 5° *Étude sur l'articulation phalangienne du pouce et la luxation du dernier os de ce doigt*; par M. Jarjavay. 6° *D'une épidémie particulière de suette, survenue concurremment avec celle de choléra, en 1849, à Étampes et dans ses environs*; par M. Bourgeois. 7° *De l'ostéophyte costal pleurétique, ou recherches sur une altération particulière des côtes dans la pleurésie*; par M. Parise. 8° *Recherches anatomiques, physiologiques et pathologiques sur le foie*; par M. Rochoux.

TRAITEMENT DU CHOLÉRA PAR LA MÉTHODE ÉVACUANTE; par le docteur LAVOY (de Belleville).

Encore un plaidoyer en faveur de l'emploi de la méthode évacuante dans le choléra. Inutile de rappeler les motifs scientifiques qui ont déterminé l'auteur dans le choix du traitement; ce sont ceux que nous avons nous-même recommandés plusieurs fois. Mais nous indiquerons au moins le mode suivant lequel ont été employés ici les évacuants, et les résultats obtenus.

M. Lavoy a donné la préférence à l'ipécacuanha en sirop et en poudre mélangés, comme plus propre à provoquer à la fois la diaphorèse et les évacuations. L'administration de ce mélange était suivie d'abondants vomissements qui diminuaient bientôt. Une portion du médicament passant presque toujours dans l'intestin, il en résultait un effet purgatif après lequel les selles devenaient souvent moins fréquentes qu'auparavant. Les matières rejetées à la suite du premier vomitif conservaient leur aspect blanchâtre caractéristique dans le plus grand nombre des cas; mais le second, quand il fallait y recourir, amenait presque toujours des matières un peu modifiées. M. Lavoy dit avoir rarement vu les vomissements persister d'une manière un peu intense après le second vomitif. Ou ils cessaient complétement, ou ce n'étaient plus que des efforts de vomissements revenant par intervalles. Alors venait le tour de l'eau de Sedlitz, sous l'influence de laquelle les garde-robes devenaient plus rares et reprenaient le caractère bilieux d'abord, puis stercoral.

L'auteur ajoute qu'un commencement de réaction se manifestait presque toujours après les premiers vomissements: il la favorisait à l'aide des agents caléfacteurs externes, des boissons chaudes et des stimulants. Mais le symptôme qui lui a paru le plus rapidement influencé par les vomitifs, ce sont les crampes; elles diminuaient ordinairement après le premier vomitif et cessaient complétement après le second.

On voit que ces résultats sont conformes à ceux qui ont été annoncés par les partisans de la méthode évacuante. L'auteur aurait bien fait de terminer par un exposé statistique de ses succès et de ses revers; il s'est contenté de rapporter neuf observations où les bons effets des évacuants apparaissent assez clairement.

Nous ajouterons à ce résumé de ce qui, dans le travail de M. Lavoy, concerne spécialement le choléra, quelques mots sur une observation qu'il a faite à Belleville, et dont nous avons été frappé nous-même à Paris, comme on a pu le voir dans notre dernière *Revue sanitaire*: c'est que, au choléra proprement dit, se sont jointes des affections bilieuses qui exigeaient impérieusement l'emploi des évacuants. « J'ai attaqué franchement,

dif.il, le plus grand nombre de ces affections par les vomitifs et les purgatifs, et je les ai vus céder en général dans l'espace de quelques jours, sans qu'une seule fois des symptômes cholériques se soient développés sous l'influence d'évacuants. » Nous devons seulement faire remarquer que c'est pendant les grandes chaleurs, au mois de juin, que ces affections se sont montrées à M. Lavoy; nous les avions, nous, surtout rencontrées en août et septembre, et c'est pour cette raison que nous n'y avons pas vu, comme lui, un effet évident des grandes chaleurs. Néanmoins, nous ne faisons pas difficulté de reconnaître qu'une température élevée ne soit une condition favorable au développement des affections bilieuses. Nous avons même eu souvent occasion d'en donner la preuve.

NOTE RELATIVE A QUELQUES ANALYSES DU SANG, DES VOMISSEMENTS, DES ÉVACUATIONS ALVINES ET DES URINES DES CHOLÉRIQUES; par le docteur BECQUEREL.

Les faits contenus dans le travail de M. Becquerel, à l'exception de ceux qui concernent les urines, sont consignés dans quatre tableaux. Le premier contient l'analyse de six vomissements recueillis chez des malades différents, tous dans un état très-grave. Tous ces vomissements présentaient les caractères tranchés qu'ils ont dans le choléra, coloration blanchâtre, apparence riziforme, etc. L'analyse chimique a montré que le liquide morbide était constitué par du sérum du sang étendu d'une grande quantité d'eau, au milieu duquel nageait de l'albumine coagulée dont les fragments étaient unis par du mucus, et dans lequel se trouvait en proportion relativement considérable du chlorure de sodium.

Le deuxième tableau renferme l'analyse de quatre évacuations alvines, dont une a été recueillie chez une malade qui avait déjà fourni un vomissement, et a offert avec la matière vomie la plus grande analogie. Du reste, l'analogie entre les matières alvines et celles du vomissement a été remarquable dans les quatre expériences. Les premières consistaient, en effet, en une eau légèrement albumineuse dans laquelle le chlorure de sodium était en quantité notable et au milieu de laquelle nageaient des fragments d'albumine. Ajoutons qu'elles étaient rendues alcalines par la présence de sels ammoniacaux.

Dans le troisième tableau sont rassemblées quatre analyses de sérum du sang recueilli chez des individus déjà arrivés à la période de réaction, mais de réaction commençante. La coagulation du sang tiré de la veine avait pu s'opérer dans trois cas; elle était presque nulle dans le quatrième. On a noté dans les expériences une augmentation considérable de la densité du sérum (1041,5; 1035,1; 1044,2; 1035,1); une diminution de la proportion d'eau; une élévation du chiffre des matériaux solides (111,7; 98,21; 106,3; 113,4, au lieu de 80 à 85 en moyenne); une proportion à peu près normale d'albumine, plutôt un peu faible; une proportion considérable (un tiers au-dessus de l'état normal) de chlorure de sodium; une augmentation de la quantité de matières grasses (4 7, 4, 23); enfin une proportion énorme de matières extractives, en y comprenant les autres sels (31,7; 38; 48; 32,68).

Le quatrième et dernier tableau est relatif à deux analyses de sang: dans la première, faite sur un sang recueilli sept ou huit heures avant la mort sur un homme de 30 ans, déjà froid, cyanosé et qui succomba à des accidents de congestion encéphalique, on trouva la densité du sang considérable, la quantité d'eau notablement diminuée, la fibrine en faible proportion (1,88), les globules, au contraire, en quantité énorme (189,6), l'albumine peu abondante (51,8), le chlorure de sodium et les matières extractives augmentées. Dans la seconde analyse, les résultats ont été analogues, à l'exception d'une augmentation inexplicable de la quantité de fibrine.

En ce qui concerne les urines, M. Becquerel a fait cinq expériences, toutes destinées à rechercher la présence de l'albumine dans le liquide urinaire. En voici le résumé:

1° Chez un jeune homme de 17 ans, atteint d'un choléra auquel il succomba le cinquième jour, et qui fut sondé les deux premiers, on ne put obtenir d'urine. Les troisième, quatrième et cinquième jours, il urina spontanément. L'urine ne contenait pas trace d'albumine.

2° Chez un homme qui succomba à l'hôpital, le sixième jour, dans un état typhoïde, la sonde ne procura pas d'urine le premier jour; les deuxième et troisième, on en obtint un peu; les quatrième, cinquième et sixième, le malade urina spontanément. Aucune trace d'albumine.

3° On n'en trouva pas non plus dans les urines d'un individu atteint de maladie du cœur, et qui fut pris d'un choléra léger sans suppression de la sécrétion urinaire.

4° Chez un homme entré à l'hôpital pour une fièvre intermittente, et qui fut pris d'un choléra foudroyant auquel il succomba en vingt-quatre heures, on obtint avec la sonde une demi-cuillerée à café d'urine. On crut y constater de l'albumine, mais en quantité si faible qu'on conserva même des doutes sur le fait.

5° Enfin, chez un individu amené au bout de huit ou dix heures d'un choléra très-grave, on obtint, les premier, deuxième et troisième jours, avec la sonde, une petite quantité d'urine trouble, acide, qui contenait une très-notable quantité d'albumine. Les quatrième et cinquième jours, il urina spontanément, mais peu; la quantité d'albumine était presque aussi considérable. Le malade guérit. Le sixième jour, il n'y avait plus d'albumine dans le liquide urinaire.

Tous ces résultats chimiques sont importants à enregistrer. Quelques-uns confirment des opinions déjà émises, en même temps qu'elles lèvent des doutes restés dans beaucoup d'esprits: telle est la présence de l'albumine, en quantité relativement assez considérable, dans les matières des déjections. D'autres, sans contrarier directement des assertions antérieurement émises, tendent à en restreindre notablement le sens: par exemple, on voit que M. Becquerel a rencontré aussi de l'albumine dans l'urine, mais beaucoup plus rarement qu'on ne devait s'y attendre d'après les premières recherches publiées sur ce sujet. Nous croyons qu'il est sage, quant à présent, de s'en tenir à une scrupuleuse consignation des faits jusqu'à ce qu'ils soient mieux établis, plus généralement acceptés, et qu'il soit permis de les faire servir avec pleine certitude à l'interprétation des phénomènes symptomatologiques et à la constitution de la physiologie pathologique du choléra.

SUR LA VÉRITABLE NATURE DES NERFS PNEUMOGASTRIQUES ET LES USAGES DE LEURS ANASTOMOSES; par M. LONGET.

Ce travail, inspiré à M. Longet par le désir de prouver que le pneumogastrique est, à son origine, un nerf purement sensitif, a pour but principal de montrer d'où dérivent les filets moteurs qui s'adjoignent à lui durant son trajet.

L'un des motifs qu'on a mis en avant pour soutenir la nature sensitivo-motrice du pneumogastrique est que le seul filet du spinal qui s'accole à lui ne serait point capable de suffire à tous les mouvements que le pneumogastrique commande. Mais d'autres rameaux nerveux viennent, indépendamment de celui-ci, lui communiquer la force motrice. Ils lui arrivent: 1° du facial (rameau de la fosse jugulaire); 2° de la portion verticale de l'hypoglosse; 3° des branches antérieures du premier et du second nerf cervical; 4° d'autres rameaux, *indirects*, qui naissent des branches antérieures cervicales et des cinq ou six premières dorsales: ils traversent d'abord les ganglions cervicaux et dorsaux supérieurs du grand sympathique, et n'entrent qu'après ce trajet dans le pneumogastrique.

Considéré à son origine, au-dessus du ganglion jugulaire supérieur, le pneumogastrique est donc un nerf exclusivement sensitif. L'excitation de ses fibres propres a surtout pour effet de concourir au développement d'impressions en général suivies de mouvements réflexes qui se rapportent à l'accomplissement de la déglutition et de la chymification, de la circulation et de la respiration. Mais ces mouvements réflexes ne sont pas entretenus uniquement par le pneumogastrique. D'autres nerfs, tels que le glosso-pharyngien et le trifacial, peuvent transmettre les impressions qui les suscitent. C'est ainsi que, dans la syncope ou l'asphyxie, on ranime les mouvements respiratoires et circulatoires en jetant de l'eau froide à la face ou en stimulant la pituitaire.

Le but de ces nombreuses origines du principe moteur qui arrive au pneumogastrique pendant son trajet est, selon M. Longet, de soutirer d'une source plus assurée l'influence qu'elles lui envoient, car sans cela, s'il eût, par exemple, tiré son influence motrice d'un seul point de l'encéphale, une lésion survenue dans ce point eût pu anéantir le rôle si important que ce nerf joue dans tous les actes de la vie végétative. Aussi les mouvements organiques du poumon, ceux du cœur et de l'estomac, sur lesquels les fibres primitives du pneumogastrique proprement dit n'ont d'ailleurs aucune action directe, sont-ils influencés, chacun en particulier, par des fibres motrices provenant de nerfs multipliés qui puisent leur force dans des points différents des centres nerveux. Il en est encore ainsi pour les mouvements de déglutition, ainsi que pour la dilatation respiratoire de la glotte, si indispensable à la conservation de la vie.

La branche anastomotique du spinal, qui, à l'exclusion de tout autre nerf, préside (ainsi que M. Longet l'a prouvé, v. GAZ. MÉD., 1841) aux mouvements locaux du larynx, ne représente, pour le pneumogastrique proprement dit, qu'une *racine motrice partielle*; de la même manière que le nerf masticateur n'est pour le trijumeau qu'une partie de sa racine motrice, puisque les trois nerfs moteurs oculaires, le facial et l'hypoglosse qui s'anastomosent bien au delà du ganglion de Gasser avec des divisions du trijumeau sont pour lui autant de racines motrices complémentaires.

Après avoir exposé succinctement l'ensemble des vues de M. Longet sur ce point controversé de physiologie, nous devons rapporter une expérience intéressante, à l'aide de laquelle il établit et détermine la part que le pneumogastrique prend à l'excitation des mouvements réflexes. Les filets linguaux

de ce nerf serviraient, d'après cette expérience, à transmettre au centre nerveux l'impression qui provoque le mouvement réflexe de déglutition. Sur des chiens dont la partie libre de l'épiglotte avait été excisée, M. Longet ayant ouvert la trachée immédiatement au-dessous du larynx et introduit par la glotte, à l'aide d'une pince très-fine, de petits fragments de viande ou de pain humide, a toujours facilement excité la déglutition en les déposant dans l'intervalle des deux replis latéraux glosso-épiglottiques, où se se trouvent que les filets linguaux du laryngé supérieur; au contraire, l'excitation de ces mêmes points avec les extrémités effilées de la pince provoquait la nausée et les efforts du vomissement. Dans l'opinion de M. Longet, les glosso-pharyngiens, les filets pharyngiens du pneumogastrique, et même ceux du trijumeau qui se rendent à la face buccale du voile du palais partagent la même influence avec les filets linguaux du laryngé supérieur. A l'aide d'expériences directes, il s'est convaincu que la resection *isolée*, soit des glosso-pharyngiens, soit des trijumeaux, soit des rameaux internes des laryngés supérieurs, ne supprime pas l'impression périphérique à laquelle succède le mouvement réflexe de déglutition; que, après ces trois resections pratiquées successivement à des hauteurs convenables, ce mouvement devenait difficile, mais non impossible. Il eût peut-être cessé d'une manière absolue sans l'intervention persistante des filets pharyngiens du pneumogastrique, que malheureusement, dans l'expérience, on ne peut songer à isoler des filets pharyngiens du spinal.

ÉTUDE SUR L'ARTICULATION PHALANGIENNE DU POUCE ET LA LUXATION DU DERNIER OS DE CE DOIGT; par M. JARJAVAY.

Les particularités anatomiques, dont l'indication forme le motif et l'objet principal de ce travail, ont été signalées à l'auteur par l'autopsie d'une lésion de ce genre qu'il fut à même de pratiquer. Néanmoins, pour les bien comprendre, il est nécessaire de suivre la marche qu'il a lui-même adoptée, et de les faire précéder par quelques détails d'anatomie normale.

La coulisse fibro-synoviale des tendons fléchisseurs des doigts n'est pas, ainsi qu'on l'appelle, une gaîne ostéo-fibreuse. Loin d'être constituée en arrière par l'os, elle est formée là par une ou plutôt deux bandelettes fibreuses longitudinales, qui s'envoient de l'une à l'autre des fibres transversales plus ou moins fortes. Ces bandelettes longitudinales partent, au pouce, d'une crête placée sur les parties latérales de la phalange, près de l'extrémité métacarpienne, et vont se perdre en partie sur le ligament antérieur ou glénoïdien de l'articulation, en partie sur l'extrémité latérale et postérieure de la phalangette en dehors du ligament latéral qu'elles recouvrent. — Ces bandelettes, que M. Jarjavay nomme ***ligament superficiel antérieur***, sont bien distinctes du ligament antérieur proprement dit. Celui-ci, court, carré, s'insérant près des surfaces articulaires, oppose par une grande résistance à l'extension de la phalangette; tandis que le *superficiel* limite l'extension, et concourt puissamment à empêcher le renversement de la seconde sur la première phalange. Aussi une solution de continuité de ses fibres est-elle indispensable pour que le déplacement en arrière de la phalangette puisse s'effectuer quand ce déplacement est la suite d'une extension forcée, comme cela a lieu dans la grande majorité de ces cas.

Autre particularité anatomique, plus directement connexe au sujet. Deux faisceaux, on le sait, composent les ligaments latéraux externes de l'articulation phalango-phalangettienne du pouce. L'un va au ligament glénoïdien (ligament profond antérieur), ou à l'os sésamoïde qui y est inclus, l'autre à la phalangette. Les fibres du faisceau phalangettien sont obliques en bas et en avant, les antérieures plus obliques que les postérieures: celles du faisceau glénoïdien sont presque verticales. Ces dernières, pendant l'extension de la phalangette, arrêtent l'extension en tirant sur le ligament profond antérieur; de manière qu'elles sont fortement tendues si l'extension est poussée à un certain degré. — Quant au faisceau phalangettien, il n'oppose aucun obstacle à l'extension. Ses fibres restent parallèles entre elles, tant que l'extension et la flexion ne sont pas forcées.

Voici maintenant l'observation qui a donné occasion à l'auteur de préciser ces détails.

OBS. I. — Un homme bien constitué entra, le 7 septembre 1849, à l'Hôtel-Dieu. Étant tombé la veille, de plus que sa hauteur, le pouce de sa main droite porta par son extrémité contre le sol. Il sentit une vive douleur et s'aperçut que l'extrémité du pouce était fortement portée vers le dos de la main. N'ayant pu réussir à le redresser, il vint à l'hôpital.

L'interne de service constata que sur la face dorsale du doigt, le bout supérieur de la phalangette formait une saillie de près d'un centimètre au-dessus du niveau de la phalange. Impossibilité soit des mouvements volontaires, soit des mouvements imprimés. Les tractions ne réussissent pas mieux que la veille.

M. Jarjavay ayant à son tour, le lendemain, reconnu la nature évidente de la lésion, chercha à la réduire de la manière suivante: « Je us saisir, dit-il, le poignet par un aide qui le maintint immobile; plaçant ensuite le pouce de la main droite sur l'extrémité postérieure de la phalangette, en même temps que le bord radial de la première phalange de mon indicateur transversalement dirigée était appliquée sur la face palmaire de la phalange du pouce blessé, j'imprimai aux deux os, qui avaient perdu leurs rapports normaux, un mouvement en sens opposé au moyen d'une pression dirigée non pas perpendiculairement, mais obliquement, c'est-à-dire que j'agis par pression et impulsion à la fois. La force que j'eus à développer nécessita l'assistance de ma main gauche, qui fut appliquée sur ma main droite, le pouce gauche sur le pouce droit, et les quatre derniers doigts de la main gauche embrassant les quatre derniers de la droite qui étaient fléchis. »

Par ce procédé (que nous avons à dessein copié textuellement afin de bien faire comprendre l'ingénieuse et très-simple combinaison de mouvements qui le constitue), la réduction fut obtenue aisément.

Le malheureux, pris du choléra, mourut cinq jours après.

A l'autopsie, on trouva les tendons intacts. Le ligament glénoïdien était séparé de la phalangette; mais il était toujours continu avec le faisceau qui lui correspond dans le ligament latéral. Quand la phalangette était portée dans l'extension, il ne la suivait plus en glissant sous les condyles, mais restait sous eux, laissant un intervalle plus grand entre l'insertion du tendon fléchisseur. Les deux faisceaux du ligament latéral externe étaient désunis; et cette désunion constituait toute la lésion de ce ligament. Le latéral interne était sain.

Dans le mouvement d'où le déplacement résulte, il y a d'abord une rotation de la première phalange sur la seconde; ce mouvement cesse dès que le poids du corps a détaché les ligaments antérieurs de l'articulation, il est alors suivi d'un simple glissement de l'extrémité condylienne de la phalange sur les cavités glénoïdes de la phalangette. Alors aussi se produit la torsion des fibres de la portion phalangettienne du ligament latéral.

Un déplacement consécutif à celui-ci est quelquefois produit par des tentatives de réduction. La phalangette, de perpendiculaire ou oblique que son axe était en premier lieu à celui de la phalange, lui devient alors parallèle.

OBS. II. — C'est ainsi que les choses s'étaient passées chez un jardinier qui, à la suite d'une chute sur le pouce droit, s'était luxé la phalangette. Immédiatement après l'accident, on s'était efforcé de le lui redresser, et l'on y était en effet parvenu. Mais on n'avait fait qu'ajouter un second déplacement à celui qui existait d'abord. Le même procédé, employé par M. Jarjavay six jours après, réussit parfaitement.

Si, dans le premier cas, le ligament latéral externe a seul subi la lésion, c'est, comme le fait remarquer l'auteur, que, dans une chute imminente, on porte toujours la main du côté externe, et que le bord radial du pouce est dans le tiraillement le plus considérable.

Ces recherches font connaître, en même temps qu'un nouvel obstacle à la réduction de ces luxations, un nouveau moyen d'en triompher. Les difficultés signalées anciennement sont le défaut de prise, la compression des tendons par le lacqs extenseur, le gonflement de ces tendons (selon Duverney), le rebord articulaire de la phalangette logé au-dessus des condyles de la phalange, des tentatives déjà faites sans ménagement, l'inflammation des parties ou un violent spasme musculaire, enfin la présence du long fléchisseur du pouce qui, glissant en arrière sur les côtés de la première phalange, se trouve placé entre les deux os.

L'extension, comme on vient de le voir, ne pouvant être portée au delà de ses limites naturelles sans que les fibres des ligaments latéraux ne tendent à se croiser et ne se croisent, en effet, pour se tordre quand la luxation en arrière s'opère, il en résulte qu'un procédé nouveau est indiqué; car l'*extension* augmenterait la torsion de ces fibres; la *flexion* leur tension. L'*impulsion* ne suffirait que quand la phalangette est déplacée à angle droit sur la phalange. La pression et l'impulsion, combinées comme l'a fait M. Jarjavay lèveront les difficultés, même dans le cas où un déplacement consécutif a rendu la phalangette parallèle à la phalange.

DE L'OSTÉOPHYTE COSTAL PLEURÉTIQUE OU RECHERCHES SUR UNE ALTÉRATION PARTICULIÈRE DES CÔTES DANS LA PLEURÉSIE; par le docteur J. PARISE.

M. Parise donne le nom d'*ostéophyte costal pleurétique* à une production osseuse de nouvelle formation, développée à la face interne d'une ou de plusieurs côtes, sous l'influence de l'inflammation de la plèvre. Celle définition que nous empruntons au mémoire implique deux choses: la première, que la pleurésie amène plus ou moins souvent le développement d'une production osseuse à la face interne des côtes; la seconde, que cette production est engendrée directement par l'inflammation pleurale. Tels sont, en effet, les deux points que M. Parise cherche à établir dans son travail.

A l'aide d'observations recueillies sur l'homme et sur les chevaux, il montre d'abord non-seulement la présence d'ostéophytes costaux chez des individus actuellement ou antérieurement pleurétiques, mais les diverses phases par lesquelles passe l'ostéophyte et son mode de développement. Il admet quatre phases, quatre états successifs: 1° l'état liquide, dans lequel

l'ostéophyte futur n'est indiqué que par une couche très-mince d'un liquide visqueux que l'on aperçoit sous le périoste détaché ou facile à détacher de la surface osseuse, et de plus injecté, épaissi et opaque ; 2° l'état demi-osseux dans lequel l'ostéophyte est constitué par une couche épaisse de 1 à 2 millimètres, de couleur jaune sale ou rougeâtre, rouillée après dessiccation, se coupant facilement avec le scapel et même avec l'ongle ; 3° l'état d'ossification complète, donnant à une section transversale de la côte la forme prismatique et triangulaire : l'ostéophyte paraît toujours formé alors de couches superposées ; 4° enfin la fusion intime de l'ostéophyte avec le périoste.

L'étude de cette évolution a conduit naturellement l'auteur à admettre pour les productions osseuses la théorie appliquée par Duhamel et M. Flourens à la généralité du système osseux. Il admet donc qu'elles sont formées par le périoste, qu'elles se développent au milieu d'un *blastème* fourni par cette membrane qu'on a vue en effet au début du travail se gonfler et se détacher de l'os. M. Parise ajoute que l'on peut, avec une forte loupe, apercevoir sur la surface profonde du périoste préalablement tendu et desséché des granulations osseuses. Jamais il n'a pu saisir le passage de l'ostéophyte par l'état cartilagineux, comme cela devrait avoir lieu dans la théorie de Haller.

Quant à la condition pathologique qui amène le développement de la production anormale, M. Parise la voit dans la phlegmasie de la plèvre. Il pense que le travail inflammatoire, en s'étendant par une sorte d'*irradiation* au périoste costal, comme elle s'étend quelquefois de la plèvre au diaphragme, est la cause efficiente de l'ostéophyte. Il faut dire que Larrey, qui avait déjà remarqué l'épaissement anormale des côtes à la suite d'anciens empyèmes résorbés, avait attribué le fait à la réduction de la cavité thoracique, à peu près comme on a expliqué l'augmentation d'épaisseur des parois du crâne à la suite de l'hydrocéphale par la nécessité de combler le vide qui résulte de la résorption du liquide. L'explication de M. Parise nous paraît préférable ; elle paraîtra surtout naturelle si on remarque que le développement de l'ostéophyte se lie ordinairement à la formation de fausses membranes dans le point correspondant.

(*La suite au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 18 FÉVRIER.

APPLICATION DE LA GALVANO-PUNCTURE AU TRAITEMENT DES ANÉVRISMES.

M. PÉTREQUIN, professeur à l'École de médecine de Lyon, lit un mémoire sur ce sujet.

L'auteur, après avoir rappelé les conditions scientifiques de la méthode de la galvano-puncture appliquée au traitement des anévrismes, et signalé les progrès qu'elle a faits depuis son origine, expose en ces termes l'histoire des phénomènes auxquels cette opération donne lieu :

« L'agent qu'on met en jeu dans cette opération a besoin d'être étudié d'une façon toute particulière ; car l'électricité, qui est un corps simple pour les physiciens, n'a plus, aux yeux du médecin, une action simple sur le corps vivant ; ses effets, au contraire, sont très-complexes. L'observation rigoureuse du phénomène m'a conduit à une distinction capitale en pathologie, qui a été la base de la méthode nouvelle dont il s'agit.

» La pile exerce trois actions distinctes :

» 1° Une action *électrique* qui ébranle le système nerveux cérébro-rachidien, énerve le patient et lui fait subir de douloureuses secousses électro-dynamiques ;

» 2° Une action *calorifique* qui produit l'ustion des tissus vivants, cautérise tout ce qu'elle touche, et amènerait des escarres si elle portait avec force sur une certaine surface ;

» 3° Enfin, une action *décomposante* qui réduit les corps hétérogènes, désagrège leurs molécules et sépare leurs éléments, qu'elle précipite sous des formes diverses.

» Il s'agissait de multiplier cette dernière force en même temps qu'on affaiblirait les deux premières. Or nous trouvons que l'action électrique de la pile augmente sous l'empire des multiplicateurs et par les chocs qu'entraîne la production des étincelles ; qu'elle diminue, au contraire, quand on fait agir l'instrument sans multiplicateur, avec un courant continu, sans étincelles, et que le fluide est transmis par des conducteurs isolants.

» L'action *calorifique* se multiplie par l'étendue et la superficie des éléments, comme cela a lieu dans les piles en hélices, et se réduit à son minimum quand les disques voltaïques sont de petites dimensions, et qu'on les fait fonctionner avec des conducteurs isolés sans interrompre le cours du fluide.

» La force *décomposante* enfin augmente pas proportionnellement aux surfaces ; elle est en raison directe du nombre des éléments.

» L'application de ces données à la galvano-puncture a été féconde ; la question se résumait ainsi : multiplier les éléments, leur donner peu de superficie, faire agir le fluide par un courant non interrompu, le transmettre par des conducteurs isolants, telle est la formule scientifique.

» Ces règles une fois bien établies ne permettent plus de confondre l'*électro-puncture* avec la *galvano-puncture*. Ainsi l'électricité qui ne possède que l'action électro-dynamique, sans efficacité dans l'espèce, était insuffisante pour satisfaire aux exigences du problème, et par conséquent la machine électrique et tous les appareils à multiplicateurs si heureusement employés en médecine contre les névroses et les paralysies, se trouvaient exclus de nos expériences, qui avaient pour objet de coaguler le sang. C'est à l'action décomposante de la pile qu'il fallait s'adresser. On comprend maintenant que la couche isolante dont nous venons de démontrer l'utilité dans nos épingles conductrices sert non-seulement à empêcher les déperditions du fluide galvanique, mais encore à prévenir l'ustion et la gangrène des parties molles qu'il traverse. Nous leur avons ajouté des têtes en spirale, modification commode pour accrocher les fils des pôles et favoriser par leur fixation la continuité du courant voltaïque, condition importante pour la réussite complète.

» MANIÈRE DE DIRIGER LES COURANTS. — Il faut changer leur direction sans changer leur nature ; sans cela l'un des pôles viendrait dissoudre ce que l'autre aurait coagulé. Il importe de faire agir le fluide dans divers sens, de manière à produire une multitude de concrétions ou filaments étendus comme la trame d'un filet au milieu de la masse sanguine, et conséquemment de façon à obtenir un certain nombre de caillots qui offrent une charpente suffisante pour le cœgulum général.

» Le sang, dans l'anévrisme, modifié par l'action galvanique, forme dans diverses directions des coagulums qui amènent bientôt la solidification de la masse tout entière, et généralement en douze à vingt minutes l'opération est accomplie. » (Commissaires : MM. Magendie, Becquerel, Velpeau, Rayer.)

MOYENS DE RECONNAÎTRE LA QUANTITÉ ET LA QUALITÉ DU LAIT CHEZ LA FEMME.

M. LAMPÉRIERRE, médecin à Versailles, adresse des recherches sur le lait de la femme, recherches entreprises dans le but de déterminer les moyens de reconnaître la quantité et la qualité de la sécrétion lactée. L'auteur a construit à cet effet un petit appareil qui exécute avec une grande précision tous les actes de la succion par l'enfant. Cet appareil se compose d'une pièce en caoutchouc offrant des lèvres souples, élastiques et contractiles ; de gencives, également souples et susceptibles de se resserrer légèrement par un rapprochement de ses bords, et d'une bouche à parois élastiques qui, dans son mode d'action, exécute les fonctions de la langue et des joues de l'enfant ; le tout adapté à une petite corne de verre.

Avec cet appareil qui évite aux femmes les douleurs du commencement de l'allaitement, l'auteur a recherché sur un grand nombre de nourrices, quelle pouvait être la moyenne de la sécrétion lactée chez la femme. « Je ne crois pas être loin de la vérité, dit-il, en affirmant qu'elle doit s'élever à 50 ou 60 gr. pour chaque sein toutes les deux heures.

Pour arriver d'une manière plus précise à la connaissance des éléments d'un lait de femme, l'auteur se sert du mode d'analyse suivant :

Après avoir extrait d'un seul sein tout le lait qu'il contient, il en reconnaît la densité au moyen du lactodensimètre de Quevenne ; mais avant il a soin de constater, à l'aide d'une éprouvette graduée, la quantité de lait sur laquelle il opère et de ramener la température à celle de l'atmosphère en plaçant l'éprouvette dans un peu d'eau. Cette constatation faite, il verse le lait sur un filtre de papier commun. Après dix minutes, un quart d'heure, mais jamais plus d'une demi-heure, on obtient suffisamment de sérum normal pour en trouver la densité. Or c'est sur la différence de densité qui existe entre le sérum normal du lait et le lait lui-même qu'il fonde la théorie de son opération, chaque degré que le sérum marque en plus correspondant à une quantité de beurre très-bien déterminée.

L'auteur a constamment trouvé le lait alcalin. Sur plus de cent laits qu'il a soumis à cette épreuve, il n'en a jamais rencontré un seul qui fût acide. Il pense pouvoir retirer quelques autres avantages de l'emploi de ce suçoir, notamment pour allonger le mamelon, le protéger contre les gerçures, pour suppléer à la faiblesse de certains enfans. Enfin la quantité de lait que l'on obtient par ce moyen pourra, ajoute-t-il, permettre d'utiliser dorénavant le lait de femme dans un bien plus grand nombre de circonstances qu'on ne l'a fait jusqu'à présent.

Un dernier avantage enfin au point de vue chirurgical, c'est la possibilité d'arrêter promptement les progrès d'un engorgement inflammatoire du sein, en déterminant une surséerétion lactée qui se fait aux dépens de l'inflammation elle-même. (Commissaires, MM. Payen et Lallemand.)

ODONTOÏDES DÉVELOPPÉS DANS L'INTÉRIEUR DES DENTS.

M. DUVAL envoie une deuxième note sur l'anomalie des défenses de l'éléphant. Cette note est particulièrement consacrée à l'histoire des odontoïdes accidentellement développés dans les défenses des éléphants et que l'on a également retrouvés dans les dents de l'homme, du bœuf et du cheval, et à l'exposition des caractères extérieurs propres à en faire reconnaître l'existence.

VACCINE.

M. H. CARNOT communique de nouveaux résultats extraits de l'ANNUAIRE DU BUREAU DES LONGITUDES, tous relatifs à Paris, et qui indiquent, suivant lui, dans la mortalité une marche graduelle qui atteint successivement les divers âges de la

vie féconde, selon l'époque moyenne de leur éloignement de l'origine du siècle, et par conséquent de l'introduction de la vaccine à Paris.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 19 FÉVRIER. — PRÉSIDENCE DE M. BRICHETEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend :

1° Trois lettres du ministre du commerce, avec envoi d'échantillons d'eaux minérales, et demandes en autorisation d'exploitation. (Commission des eaux minérales.)

2° Trois lettres du même ministre, avec envoi de recettes de remèdes et moyens prophylactiques contre le choléra et autres maladies. (Commission des remèdes secrets.)

3° Lettre du même ministre, avec envoi de deux rapports, l'un sur la double épidémie de choléra et de suette qui a régné à Sézanne, dans le département de la Marne, en juin 1849, par M. le docteur Caillat, ancien interne des hôpitaux de Paris ; le second sur trois épidémies graves de suette, de choléra et de dyssenterie qui ont régné dans un grand nombre de communes de l'arrondissement de Compiègne pendant l'année 1849, par le même. (Commission des épidémies.)

4° Une lettre du ministre de l'instruction publique, qui demande l'avis de l'Académie sur un ouvrage de M. le docteur Rivaillé, relatif au traitement du cancer et des affections scrofuleuses.

5° Divers tableaux de vaccinations pour les départements de l'Yonne et du Calvados.

— MM. Delafond, Requin, Nonat, Bouchardat, Jacquemier, Chailly (Honoré) et Depaul, se présentent candidats aux places vacantes.

VALVULES DU COL DE LA VESSIE.

M. Mercier adresse une brochure destinée à faire suite à ses travaux sur les *valvules du col de la vessie*, et dans laquelle il rapporte sept nouvelles observations d'affections de ce genre traitées par l'incision, ce qui porte le nombre de ces opérations à trente et une. Dans ce moment, il compte vingt-sept guérisons ou améliorations, et pas un cas où l'opération ait aggravé la maladie.

Cet envoi est accompagné de la lettre d'un médecin de Bordeaux, qui a été guéri par le même procédé.

DIABÈTE CHEZ LES ANIMAUX, ETC.

M. Leblanc, médecin vétérinaire à Paris, adresse trois observations, l'une sur le diabète des animaux, et en particulier du diabète sucré observé chez une chienne âgée de 6 à 7 ans, nourrie pendant toute la vie avec de la chair de bœuf crue; la deuxième sur une lésion des muscles extenseurs de l'avant-bras, et notamment du muscle huméro-olécrânien externe, qui simule, par quelques-uns de ses symptômes, une fracture de l'humérus chez un cheval; la troisième, relative à un cas d'incurvation antéro-postérieure du bassin chez un chien. (Commissaires : MM. Martin-Solon, Barthélemy et Rayer.)

PHÉNOMÈNES CRITIQUES DES FIÈVRES PERNICIEUSES.

M. Liégey, médecin à Rambervilliers, adresse un travail sur certains phénomènes critiques qu'il a observés dans les fièvres pernicieuses auxquelles le pays qu'il habite a été récemment en proie. Il appelle spécialement l'attention sur certaines crises insolites dont les auteurs n'ont point fait mention, telles que des écoulements muqueux par l'urètre et par le vagin, des éruptions et des ulcérations aux parties génitales, des éruptions cutanées et des engorgements des glandes inguinales, phénomènes ayant une certaine ressemblance avec divers symptômes syphilitiques et s'étant produits chez des enfants et chez des personnes qui n'avaient eu aucune affection vénérienne.

TRACHÉOTOMIE APPLIQUÉE AUX CORPS ÉTRANGERS DES VOIES AÉRIENNES.

M. Fatton, médecin à Vendôme (Loir-et-Cher), adresse un mémoire sur la trachéotomie appliquée aux corps étrangers des voies aériennes, dans le but de faire connaître un exemple de plus du succès de cette opération. (Commissaires : MM. Velpeau, Bégin et Langier.)

— M. Ancelon, médecin en chef de l'hôpital de Dieuze (Meurthe), adresse un mémoire intitulé : Le choléra-morbus épidémique à Chateauvoue (Meurthe), en septembre, octobre, novembre, décembre 1849.

— M. F. Gilles, pharmacien à Paris, adresse une note sur les préparations pharmaceutiques du proto-iodure ferreux inaltérable. (Commiss. : MM. Gibert, Lecanu et Guibourt.)

— M. Germain, médecin de l'hôpital de Salins et des épidémies, adresse des recherches sur les propriétés thérapeutiques des sources minérales salines, et principalement des eaux-mères de la saline de Salins, comme des eaux minérales.

M. le Président annonce que l'Académie se formera en comité secret à quatre heures. Il y aura séance extraordinaire samedi, à l'heure habituelle, pour la suite de la discussion sur les engorgements et les déviations de l'utérus.

REMÈDES SECRETS.

M. H. Gaultier de Claubry lit, au nom de la commission des remèdes secrets, deux rapports officiels sur des demandes en autorisation d'exportation de remèdes secrets.

Conclusion : Il n'y a point lieu d'appliquer les bénéfices de la loi de l'an XI. (Adopté.)

DEUX FILLES JUMELLES RÉUNIES PAR LA POITRINE ET UNE GRANDE PARTIE DU VENTRE JUSQU'AU-DESSOUS DE L'OMBILIC (STERNOPAGES.)

M. Bérard présente deux fœtus, du sexe féminin, réunis par la poitrine. Les deux fœtus ne sont pas précisément réunis face à face; l'épaule droite de l'un est entièrement confondue avec l'épaule gauche de l'autre, de telle sorte que les extrémités externes des clavicules correspondantes semblent se réunir. A partir de là, les deux corps s'écartent un peu, de manière que les autres épaules sont complétement détachées et assez distantes l'une de l'autre. Il résulte de cette disposition qu'on peut considérer ces deux fœtus comme réunis plutôt par le côté que par la face antérieure, ce qui permettra, pour l'intelligence des détails qui vont suivre, de les distinguer, d'après leur position respective par rapport au spectateur, en fœtus droit et fœtus gauche.

Voici pour l'extérieur les dispositions qu'ils présentent :

On y voit deux têtes, entièrement détachées, quatre bras, dont deux, le bras droit du fœtus gauche et le bras gauche du fœtus droit, sont situés en arrière par suite de la fusion des deux épaules correspondantes, et quatre jambes avec deux bassins très-bien conformés.

L'ombilic est unique, ainsi que le cordon ombilical; mais celui-ci se compose de quatre artères ombilicales très-distinctes et de deux veines tellement accolées l'une à l'autre dans certains points, qu'elles semblent au premier abord n'en faire qu'une.

Il y a un thorax unique; mais on y retrouve manifestement les traces de deux thorax primitivement distincts. On y voit en effet deux sternums, l'un situé en avant, l'autre en arrière, et offrant cette particularité remarquable que chacun d'eux se compose de deux pièces, dont l'une appartient à l'un des fœtus, tandis que l'autre appartient à l'autre fœtus. De ces deux sternums, celui qui est situé en arrière et qui correspond au point où l'adhésion est le plus intime est moins bien développé que l'autre; il en est de même des côtes correspondantes, qui sont dirigées beaucoup plus obliquement que les autres.

Le tube digestif est complet et double; seulement il manque une rate à l'un des fœtus, le droit, qui est généralement moins bien partagé que l'autre.

L'appareil urinaire est complet pour les deux fœtus; mais les reins qui correspondent au côté de la fusion sont moins bien développés que ceux du côté libre. Il n'y a qu'une seule cavité thoracique, un seul diaphragme.

La fusion a porté pour les viscères sur les deux viscères qui, dans la vie intra-utérine, usurpent la plus grande partie de ces cavités et sont presque symétriques à cette époque de la vie, le foie et le cœur. (M. Bérard rappelle ici que M. Castel, dans une circonstance analogue, s'était fondé sur l'existence de deux têtes pour diagnostiquer l'existence de deux cœurs, chez Ritta et Christina. — M. Castel fait un signe affirmatif.) Mais ce foie résulte évidemment de la fusion de deux foies. Il y a deux vésicules biliaires et deux sillons antéro-postérieurs contenant chacun sa veine ombilicale.

Quant au cœur (unique) considéré à l'extérieur, voici ses rapports avec les gros vaisseaux. Il fournit pour le fœtus de gauche une artère aorte bien régulière, avec sa courbure et ses divisions normales, une autre artère pulmonaire munie de son canal artériel, qui dépasse en volume les deux branches qui se distribuent aux deux poumons; pour le fœtus de droite, une artère aorte et une artère pulmonaire également bien conformées.

Les origines des deux aortes sont séparées de plus d'un centimètre. Extérieurement on voit une grosse oreillette à laquelle aboutissent les deux veines caves inférieures et les veines ombilicales, une pour chaque fœtus, et qui sortent du foie. A cette oreillette aboutit une veine cave supérieure unique qui, en remontant, se divise en deux branches, l'une qui se rend au fœtus droit, l'autre au gauche (1).

Ce cœur, bien qu'il résulte de la fusion de deux cœurs, ce qui est évidemment indiqué par l'origine des artères aortes, est plus simple à l'intérieur que le cœur d'un fœtus unique. Il se compose d'une seule et vaste oreillette traversée par plusieurs petites oreillettes charnues, et à laquelle aboutissent les deux veines caves inférieures, la veine cave supérieure et les veines pulmonaires, qui sont très-petites, et d'une vaste cavité ventriculaire d'où naît l'aorte du fœtus gauche, et qui communique par un trajet oblique avec un ventricule rudimentaire d'où naît l'aorte du fœtus droit.

Chaque aorte avait ses valvules sygmoïdes; ainsi le grand ventricule, qui à lui seul constituait presque tout le cœur, lançait librement son sang dans l'aorte du fœtus gauche, et ne pouvait le faire parvenir à l'aorte du fœtus droit que par ce petit canal et ce ventricule rudimentaire, d'où naissait l'aorte du fœtus droit.

(1) Nous devons à l'obligeance de M. Bérard la plupart de ces détails, qui n'ont pu être donnés à l'Académie, la dissection des fœtus n'ayant point encore été faite d'une manière complète lors de la présentation.

Il y avait quatre poumons distincts et très-petits.

On ne sait rien sur les circonstances de l'accouchement, qui a dû être très-laborieux, car la colonne vertébrale était fracturée en plusieurs points. Toutefois, il ne paraît pas que les suites en aient été très-fâcheuses pour la mère, car elle est venue elle-même, quelques jours après, stipuler les conditions auxquelles elle consentait à livrer le corps de ses deux enfants à la Faculté.

M. Bérard rappelle à cette occasion la dissection d'un monstre analogue, dont M. Gosselin a publié les détails dans les ARCHIVES DE MÉDECINE, en 1847.

M. P. DUBOIS fait remarquer que si le monstre dont M. Bérard vient d'entretenir l'Académie présente, sous divers rapports, des exceptions à la loi générale des monstruosités de ce genre, cela tient sans doute à ce que les deux fœtus ne sont pas unis précisément face à face, mais presque par les parties latérales.

M. CASTEL : Je me rappelle très-bien les dispositions que présentaient Ritta et Christiana, que M. Bérard vient de rappeler à mon souvenir; mais je ferai remarquer qu'il y a entre ces deux jumelles et le fœtus double qui est sous nos yeux une différence notable. Dans ce cas-ci, la réunion des deux fœtus se fait surtout par les parties supérieures, et les deux têtes sont très-rapprochées, tandis que chez Ritta et Christiana, la réunion avait lieu par la partie moyenne du tronc, et les deux têtes étaient très-écartées. C'est sur cet écartement considérable des deux têtes que j'avais diagnostiqué l'existence de deux cœurs. Cette différence peut avoir influé beaucoup sur la différence que l'on observe entre ces deux cas dans la disposition et le nombre des viscères.

La parole est à M. Cazeaux pour une lecture.

NATURE CHLOROTIQUE DES TROUBLES FONCTIONNELS DES FEMMES ENCEINTES.

M. CAZEAUX lit un travail intitulé : DE LA NATURE CHLOROTIQUE DES TROUBLES FONCTIONNELS QUI, CHEZ LES FEMMES ENCEINTES, SONT GÉNÉRALEMENT ATTRIBUÉS A LA PLÉTHORE.

L'objet principal de ce travail est, ainsi que l'indique son titre, d'établir que les troubles fonctionnels, si communs chez les femmes pendant la durée de la grossesse, tels que céphalalgie, étourdissements, vertiges, tintements d'oreille, dyspnée, palpitations, etc., et qui ont généralement été attribués jusqu'à présent à la pléthore, sont dus le plus fréquemment à la chloro-anémie. On pourrait, dit-il, à la rigueur, distinguer chez les femmes enceintes une pléthore sanguine très-rare, une pléthore séreuse très-commune.

L'auteur étaye cette proposition sur les résultats de l'analyse chimique du sang, sur les symptômes mêmes présentés par les malades et sur les heureux effets qu'on retire d'un traitement tonique.

De l'étude des données chimiques, M. Cazeaux conclut que, pendant la grossesse, les principaux éléments du sang subissent des modifications analogues à celles de la chlorose. Il conclut également de la symptomatologie que les troubles fonctionnels de la grossesse sont les mêmes que ceux de la chlorose. Enfin, une alimentation animale et l'administration des ferrugineux lui ont toujours paru, depuis six ans, aussi utiles contre ces troubles fonctionnels de la grossesse que contre ceux de la chlorose. A moins que ces accidents ne soient très-graves, il ne pratique plus de saignées pour remédier aux palpitations, et il ne les a pas vu encore une seule fois résister plus d'une quinzaine de jours à l'emploi des ferrugineux.

— A quatre heures, l'Académie se forme en comité secret.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

SÉANCE DU 24 NOVEMBRE 1849. — PRÉSIDENCE DE M. VLEMINCKX.

M. le ministre de l'intérieur transmet une ampliation d'un arrêté royal du 27 octobre dernier, sanctionnant les résolutions de l'Académie qui ont accordé le titre de membre honoraire à M. le docteur Jules Guérin, et celui de membre titulaire à M. le docteur Fossion.

M. le ministre de l'intérieur soumet à l'appréciation de l'Académie des communications relatives au traitement du choléra épidémique, qui ont été adressées au gouvernement par MM. les docteurs Joseph Bell, Pettinello, de Trieste et A. Bassi, de Lodi.—Renvoi à l'examen de la deuxième section.

M. le docteur Hairion adresse une lettre dans laquelle il rectifie deux faits relatifs à l'emploi de l'acétate de plomb dans le traitement des affections oculaires, relatés dans une communication de M. Cunier, insérées dans le Bulletin des travaux de la compagnie. Cette lettre est conçue en ces termes :

« Louvain, le 23 novembre 1849.

» Monsieur le président,

» Deux observations relatées dans le mémoire de M. le docteur Cunier, sur l'emploi de l'acétate de plomb dans le traitement de quelques affections oculaires, inséré dans le Bulletin de l'Académie de cette année, n° 9, page 1032, pouvant me compromettre devant l'administration du service de santé, si elles étaient interprétées par l'autorité comme elles l'ont été, même dans cette enceinte, par quelques membres de la compagnie qui ont cru y voir un blâme à mon adresse, j'ai l'honneur de vous faire parvenir la rectification suivante à laquelle je vous prie de vouloir donner toute la publicité qu'accordent les règlements en pareil cas. Il n'a pas été en mon pouvoir, M. le président, de vous transmettre cette rectification plus tôt; j'avais demandé sur ces deux faits des renseignements qui ne me sont pas parvenus, et aujourd'hui encore j'ignore le nom du malade de la première observation. Je prends donc les faits tels qu'ils ont été publiés dans le Bulletin.

» Dans la première observation on ne dit pas précisément que le malade qui en est l'objet ait été pensionné pour les lésions qu'il présentait au moment où il a été soumis au traitement par l'acétate de plomb; mais on peut l'interpréter, et il l'a été effectivement de cette manière; je crois donc devoir déclarer que jamais malade n'est sorti de l'institut atteint de *kératite conique et vasculaire avec granulations énormes fournissant une abondante suppuration*, ni dans un état plus ou moins voisin. J'ai toujours été assez heureux, sinon pour obtenir la guérison de ces graves altérations, du moins pour enlever ce qu'elles peuvent avoir de dangereux. Est-il permis de croire, d'ailleurs, que la commission des pensions, chargée d'ordonner la sortie des malades de l'institut ophthalmique, et d'en déterminer l'état et la position, eût pu se compromettre à ce point? Mais que ce malade, après sa sortie de l'institut, ait contracté une récidive, c'est là un résultat qui doit être assez commun, vu la gravité et la longue durée ordinaire de ces maladies, vu surtout l'incurabilité des altérations organiques (brides et cicatrices des conjonctives palpébrales) qui y donnent lieu ou qui les entretiennent.

» La deuxième observation, suivant les renseignements fournis verbalement par M. le docteur Cunier, est relative à un nommé Desmedt du 5ᵉ régiment de ligne. « Cet homme est sorti de l'institut le 6 mars de cette année, atteint d'*obnubilation des cornées et de grande irritabilité des yeux*; il fut proposé pour la pension provisoire pour un an. Le 6 avril suivant, lorsqu'il se présenta à la visite de M. Buys, il offrit des granulations palpébrales avec kératite vasculaire. Soumis au traitement par l'acétate de plomb, on obtint, en six semaines, non-seulement la guérison de ces dernières altérations, mais encore une diminution dans l'obnubilation qu'il présentait à sa sortie de l'institut. »

» On a donné à ce fait une valeur exagérée, une valeur qu'il n'a pas en réalité. Je ne l'eusse pas relevé néanmoins, s'il n'avait, comme le précédent, donné lieu à des interprétations que je ne puis accepter. Voici, selon moi, sa véritable signification :

» *a*. Il démontre que la méthode de traitement par l'acétate de plomb peut être efficace dans la kératite vasculaire avec granulations et suppuration des conjonctives.

» *b*. Il ne prouve nullement sa supériorité absolue sur les autres modes de traitement. Les guérisons obtenues à l'institut, dans des cas analogues, par ces derniers, se comptent par centaines; et il en est qui n'ont été ni moins rapides, ni moins complètes.

» *c*. La supériorité de cette méthode fût-elle même démontrée, que le résultat obtenu chez Desmedt ne saurait, en aucune manière, servir de prétexte pour jeter le moindre blâme sur ceux qui, à l'époque où ce militaire y fut soumis, ne pouvaient pas le connaître.

» Je bornerai là mes réflexions, me réservant de revenir, lorsqu'il en sera temps, sur certains passages du mémoire de M. Cunier, sur lesquels je diffère d'opinion avec cet habile praticien.

» Dʳ HAIRION, membre adjoint.»

RENOUVELLEMENT ANNUEL DES PRÉSIDENTS ET DES SECRÉTAIRES DES SECTIONS.

M. le président communique les résolutions des sections prises en exécution de l'article 78 du règlement.

Ont été nommés aux fonctions de présidents et de secrétaires pour l'année académique 1849-1850 :

PREMIÈRE SECTION.—Président, M. Fallot ; secrétaire, M. Graux.
DEUXIÈME SECTION.—Président, M. Lebeau ; secrétaire, M. Raikem.
TROISIÈME SECTION.—Président, M. De Meyer ; secrétaire, M. Langlet.
QUATRIÈME SECTION.—Président, M. Vleminckx ; secrétaire, M. Sauveur.
CINQUIÈME SECTION.—Président, M. De Hemptinne ; secrétaire, M. Pasquier.
SIXIÈME SECTION.—Président, M. Brogniez ; secrétaire, M. Thiernesse.

SUR LES MOYENS PRÉVENTIFS DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE ET DU TYPHUS. — Rapport verbal de la commission chargée d'examiner le mémoire de M. CRANINX, sur ce sujet.

(M. TALLOIS, rapporteur.)

Conformément aux conclusions de la commission, l'Académie vote, au scrutin secret, l'impression du travail de M. Craninx dans le recueil de ses mémoires.

COMMENTAIRE INÉDIT DE J.-B. VAN HELMONT SUR LE LIVRE D'HIPPOCRATE περὶ τροφῆς, présenté par M. BROECKX, membre titulaire. — Rapport de la commission chargée de son examen.

(M. MARESKA, rapporteur.)

M. Broeckx a demandé à l'Académie qu'elle voulût faire imprimer, dans le recueil de ses mémoires, un commentaire inédit de J.-B. Van Helmont sur le livre d'Hippocrate intitulé : περὶ τροφῆς.

Une commission, composée de MM. Van Coetsem, Guislain et moi, a été désignée pour examiner cette demande, et c'est l'avis de cette commission que j'ai l'honneur de vous soumettre dans ce rapport.

La première question à examiner était celle de savoir si le commentaire est bien réellement de Van Helmont et s'il est inédit. Dans le mémoire dont M. Broeckx accompagne sa demande, cet honorable collègue raconte comment le

commentaire *de alimento* a pu rester inconnu pendant des siècles et comment il est venu au jour, il y a quelques années. Il affirme ensuite qu'il a comparé le manuscrit aux autres manuscrits de l'auteur, et que, d'après lui, il ne peut y avoir aucun doute sur l'authenticité. En effet, on y retrouve tous les caractères qui distinguent les œuvres du célèbre réformateur, et M. Broeckx a des connaissances trop profondes dans la littérature médicale belge ancienne pour que chacun ne s'empresse d'admettre l'opinion qu'il emet. Il ne peut y avoir aucun doute non plus que le commentaire soit inédit; il n'est mentionné dans aucune édition des œuvres de Van Helmont, et aucun des auteurs qui se sont occupés de l'histoire de la médecine n'en a parlé.

Cette première question résolue, nous avons examiné si la publication du commentaire dont il s'agit pouvait présenter aujourd'hui quelque utilité sous le rapport scientifique et littéraire.

Après avoir parcouru tout le livre avec la plus sérieuse attention, chacun des membres de votre commission est resté convaincu que la publication pure et simple ne pourrait être que d'une utilité très-restreinte. Comme tous les commentaires des médecins savants dits scolastiques, il n'éclaircit aucune des questions que soulèvent les passages douteux ou obscurs du texte grec, et il ne rétablit nulle part ceux qui ont pu être perdus, tronqués ou falsifiés. La publication n'aurait donc d'autre avantage que celui de nous faire connaître la manière dont Van Helmont interprétait l'œuvre d'Hippocrate; mais ces interprétations se ressentent nécessairement des idées philosophiques que l'auteur s'était créées, et ces idées n'inspirent pas, de nos jours, assez d'intérêt pour que beaucoup de médecins, dans le but de les connaître, veuillent se donner la peine de lutter contre les difficultés que présente la lecture des ouvrages de notre illustre compatriote, quand on ne s'est pas initié à son langage par une longue habitude ou par de grands efforts.

En conséquence, la commission est d'avis que pour donner à la publication du commentaire retrouvé un intérêt plus général, l'Académie devrait engager l'honorable M. Broeckx à faire précéder le texte d'une analyse raisonnée, ou tout au moins à placer en regard du texte une traduction française, et nous croyons qu'à cette condition son insertion dans les mémoires de la compagnie pourrait être votée.

M. Broeckx prévient qu'il possède encore deux autres manuscrits inédits du même auteur; probablement la compagnie engagera-t-elle l'honorable membre à les publier dans ses mémoires sous les mêmes conditions. C'est surtout en facilitant la lecture des ouvrages de Van Helmont que l'on atteindra le noble but indiqué par l'honorable M. Broeckx, celui de faire apprécier un compatriote célèbre qui jusqu'ici n'a pas trouvé d'interprète.

TRAITEMENT DE LA COQUELUCHE. — Rapport de la commission chargée d'examiner ce travail de M. le docteur HÉLIN.

(M. FALLOT, rapporteur.)

Un heureux hasard, dit l'auteur, est venu lui relever le secret que d'autres avaient vainement poursuivi, et lui découvrir l'arcane destiné à guérir la coqueluche. Il consiste dans l'administration, aux doses fixées par Wetzeler pour la poudre de racine de belladone, d'une poudre composée de l'extrait de cette plante uni à celui de jusquiame. Depuis 1835, époque de laquelle date cette découverte, et par conséquent depuis quatorze ans, notre honorable confrère, M. le docteur Hélin, de Ronquières, a appliqué ce remède chez tous les sujets atteints de coqueluche, et cela sans l'avoir vu jamais échouer. Une condition du succès était que le médicament, c'est-à-dire l'extrait de belladone (car pour celui de jusquiame aucune semblable recommandation n'est faite), eût été préparé par lui-même: « Je serais fort étonné, dit-il, si un de mes collègues venait me dire que ce traitement lui a fait défaut, lorsque le médicament a été bien préparé. » Il ajoute que plus d'une fois il lui arriva de ne pas réussir, quand il faisait prendre son extrait chez des pharmaciens bien famés, tandis qu'en lui substituant le sien, la guérison était toujours prochaine. Armé de cette conviction, l'honorable praticien donne avec détail son *modus faciendi* qu'il soumet au jugement de la compagnie, et croit le moment d'autant plus opportun que l'Académie va avoir à émettre son opinion sur la pharmacopée belge.

L'usage de la belladone dans le traitement de la coqueluche est déjà ancien. C'est de l'Allemagne, je pense, qu'il nous est venu. Le célèbre Hufeland en fait le plus grand éloge et le regarde presque comme un spécifique. Wetzler et Schaeffer, cités par l'auteur, ont contribué aussi et très-puissamment à en répandre l'emploi. J'ai eu souvent l'occasion de le prescrire et de m'en applaudir, mais je suis loin de l'avoir trouvé infaillible; je ne me souviens pas, à la vérité, de l'avoir donné en combinaison avec la jusquiame, et ne sache pas que d'autres aient recommandé cette alliance, à laquelle notre auteur, malgré la constance des succès qu'il lui attribue, ne paraît pas attacher lui-même une très-haute valeur, puisque, s'étant posé lui-même cette question: « N'aurais-je pas obtenu le même succès par l'extrait de belladone seul? » il répond: Je l'ignore. Je puis ajouter que je l'ignore aussi; mais ce que je sais par une longue expérience, c'est que les complications nombreuses avec lesquelles les coqueluches se présentent, les phlegmasies entre autres, dont elles s'accompagnent si souvent, surtout au début, l'influence marquée qu'exercent sur ses formes les constitutions médicales, ne permettent pas de formuler d'avance un traitement toujours et partout le même, et que dans les indications curatives de cette affection comme dans celles de toute autre maladie épidémique, le médecin doit tenir compte, non-seulement de l'état de ses patients, mais encore de celui de l'atmosphère. Rien ne me serait plus facile que de prouver, en m'appuyant du témoignage des cliniciens les plus respectés, que diverses épidémies de coqueluche ont exigé les médicaments les plus variés et en apparence les plus opposés: et que tantôt les saignées, tantôt les antigastriques, tantôt les antispasmodiques, tantôt les sédatifs, s'en sont montrés, en quelque sorte, les spécifiques. Toutefois ces témoignages ne peuvent infirmer en aucune manière celui de l'honorable confrère dont le travail mo les fait évoquer, et ses succès ne lui en sont pas moins légitimement acquis: seulement ils tendraient à établir que c'est un peu prématurément qu'il leur accorde un brevet d'infaillibilité. Il n'acceptera pas, j'en suis sûr, cette manière de voir, puisque c'est en se fondant sur les résultats de sa médication, qu'il déclare donner gain de cause à ceux qui placent la coqueluche parmi les névroses. Je n'examinerai pas ce qu'il y a de contestable dans cette conséquence et si surtout le très-peu que nous savons de la manière d'agir de nos facteurs thérapeutiques nous autorise à conclure avec certitude à la nature d'une affection par les modifications qu'elle éprouve de leur application; si le *morbi naturam ostendit curatio* mérite le culte que depuis des siècles on lui a voué. Cette question comporte trop de développements pour être traitée d'une manière incidente. La coqueluche est d'ailleurs une maladie trop répandue pour que ceux des membres de cette Académie qui seraient tentés de vérifier les résultats annoncés par l'auteur, n'en trouvent bientôt l'occasion.

En attendant, j'ai l'honneur, messieurs, de vous proposer de voter des remerciements à notre honorable confrère pour sa communication et de la déposer dans nos archives.

Ces conclusions sont adoptées.

SUR L'ACTION THÉRAPEUTIQUE DE LA STACHYS ANATOLICA DANS LE TRAITEMENT DU CHOLÉRA MORBUS ASIATIQUE.

(Rapport fait par M. VAN COETSEM.)

Messieurs,

Par sa lettre du 6 juin dernier, notre honorable collègue et secrétaire, M. Sauveur, m'a adressé un paquet que l'Académie a reçu du gouvernement, dans lequel se trouvait une plante désignée par ces mots: « *Stachys anatolica*, préconisée par les médecins turcs dans le traitement du choléra asiatique. »

La même missive exprimait, au nom de la compagnie, le désir que j'étudiasse les effets de ce médicament dans l'hôpital que je dessers, et que je lui communiquasse ensuite le résultat de mes observations.

Je viens satisfaire aux vœux de l'Académie; mais avant d'entrer en matière, je crois indispensable de donner quelques explications sur la marche que j'ai suivie pour atteindre le but avoué de cette expérimentation, et fournir ainsi tous les renseignements nécessaires, afin de mettre la savante assemblée à même d'apprécier les résultats cliniques dont je vais lui donner communication.

Le paquet cacheté contenant la plante prérappelée portait pour suscription: « *Plante teucrium pollium*, échantillon, » tandis que dans la lettre susmentionnée elle était indiquée sous le nom de *stachys anatolica*. La différence des noms génériques et spécifiques employés pour désigner le même végétal m'avait fait penser un instant qu'il y avait synonymie complète; mais des recherches faites avec soin m'ont convaincu que les genres *stachys* et *teucrium* offrent des caractères botaniques différentiels trop tranchés pour admettre que les noms prétendûment synonymes désignent ici le même genre de plante (1). Ce qui, du reste, me confirma dans l'opinion que je viens d'émettre, ce fut la lecture du compte rendu de la séance du 28 mars 1849 de l'Académie de médecine de Paris. Dans cette séance, M. Fauvel, médecin sanitaire de France à Constantinople, soumet à l'examen de ce corps savant la plante qui a fait l'objet de mes recherches, et la désigne sous les noms de *stachys anatolica*, désignation à laquelle je me suis rallié.

Il résulte des détails relatifs à cette espèce de labiée, fournis par M. le docteur Norah, qu'elle croît spontanément sur les pentes du mont Olympe, et aux environs de Constantinople sur les collines arides situées non loin de la mer.

Le médecin turc déjà cité affirme s'en être servi avec avantage contre le choléra-morbus; il la donne en infusion chaude à raison de quatre grammes pour un litre d'eau. Cette infusion semble jouir de la précieuse propriété médicamenteuse de développer la *réaction*, lorsqu'elle a pu être employée en temps utile; d'ailleurs son usage n'exclut pas l'emploi simultané de moyens externes propres à favoriser son action salutaire. Puis il entre dans d'autres détails concernant le mode d'administration du même remède.

Ayant remarqué que le mode d'administration et le dosage ne sont pas assez clairement expliqués dans l'article invoqué ci-dessus, j'ai cru devoir insister d'une manière plus précise sur ces deux conditions essentielles du traitement, et j'ai tâché d'indiquer plus exactement la mesure intrinsèque des doses. En conséquence, j'ai modifié comme suit l'infusion chaude de *stachys anatolica*.

Ayant ouvert le paquet cacheté, j'y ai trouvé une certaine quantité de la susdite plante, séchée et divisée en petits morceaux; je l'ai fait peser aussi exactement que possible, et il a été constaté que le poids total équivalait à deux drachmes, ou à peu de chose près à huit grammes, poids décimal médicinal.

Cette quantité ainsi mesurée fut divisée en deux parties égales, dont on fit deux infusions séparées chacune d'une drachme pour deux livres d'eau chaude (2); en agissant ainsi, j'ai réduit à peu près à la moitié le volume d'eau indiqué par le médecin turc, et l'action thérapeutique de chaque infusion étant rendue plus active et plus énergique, je l'ai prescrite à différentes doses (3), inférieures à celle proposée par lui.

(1) Linné, SPECIES PLANTAR. Edit. 4e cur. Wildenaw, tomus III.

(2) La livre médicinale de la *Pharmacopée* du royaume des Pays-Bas, publiée officiellement en 1823 ou 12 onces = 375 grammes.

(3) A savoir: une cuiller à bouche de demi-heure en demi-heure, — une demi-tasse à thé d'heure en heure. La demi-tasse dont on s'est servi = de 2 à 3 onces — La cuiller = à 6 gros ou drachmes.

Les cholériques auxquels elle fut administrée la supportèrent assez facilement.

Cette précaution était d'autant plus nécessaire, que, depuis le mois de février passé, j'ai eu de fréquentes occasions d'observer que chez les cholériques soumis au traitement suivi dans l'hôpital civil de Gand, des vomissements opiniâtres avaient souvent contrarié, quelquefois même entravé l'action salutaire des médicaments internes par lesquels on tâchait de combattre la maladie, l'estomac rejetant immédiatement la boisson ingérée en trop grande quantité à la fois.

Tout étant ainsi disposé, j'ai choisi deux malades, un de chaque sexe, atteints de l'épidémie, lesquels, jusqu'au moment de leur entrée à l'hôpital civil, n'avaient reçu aucun secours de l'art médical. L'un de ces cholériques était âgé de 14 ans, d'une constitution lymphatico-sanguine bien développée, garçon de cabine demeurant à bord d'un bateau qui navigue sur les eaux intérieures de la Belgique. Sans être exposé à une grande misère, de Troch ne vivait pas dans les conditions hygiéniques favorables; au moment de son admission, il offrit tous les symptômes du choléra épidémique *confirmé*. En conséquence, l'infusion susdite lui fut administrée par demi-tasses à thé d'heure en heure, et au bout de vingt-quatre heures de traitement la réaction était franchement établie; à mesure qu'elle se développa on diminua graduellement les doses du remède, et enfin on en suspendit l'emploi quand les symptômes cholériques eurent totalement disparu.

Le second cas est une femme non mariée, âgée de soixante et treize ans, née dans une commune de la Flandre orientale, habitant le quartier *sud-est* de notre ville où l'épidémie sévit avec intensité. Depuis cinq à six mois elle avait subi les plus rudes privations; elle devint malade la veille du jour qui précéda celui de son arrivée à l'hôpital; lors de son admission, la maladie était déjà parvenue à l'état algide. Comme dans le cas précédent, l'infusion chaude de *stachys anatolica* est employée à la dose d'une cuillerée de demi-heure en demi-heure, et ce traitement est maintenu jusqu'à ce que la réaction se déclare; puis on diminue graduellement les doses du médicament aussitôt qu'elle est complètement établie.

A l'appui de ce qui précède, je joins au présent compte rendu les observations détaillées des deux cas de choléra susmentionnés.

Tels sont, messieurs, les résultats des observations cliniques que, selon le désir de l'Académie, j'ai faites à l'hôpital civil de Gand.

Certes, il n'est pas entré dans ma pensée de déduire de deux faits cliniques une conclusion générale et définitive concernant l'action thérapeutique de la *stachys anatolica* dans le traitement du choléra asiatique; pour arriver à une conclusion définitive, qui élève cette substance végétale au rang de remède anticholérique, il faut des preuves bien plus nombreuses et plus concluantes; toutefois ces deux faits sont de nature à appeler l'attention des médecins placés dans des conditions favorables pour se livrer à de nouvelles investigations cliniques, qui, il faut bien l'espérer, amèneront peut-être la découverte d'un moyen thérapeutique précieux propre à combattre l'un des plus terribles fléaux qui puisse affliger le genre humain.

J'ai l'honneur de proposer à l'honorable assemblée d'adresser des remercîments à M. le ministre de l'intérieur pour l'importante communication qu'il lui a faite, en le priant de vouloir prendre les mesures nécessaires pour que les médecins belges placés dans des conditions favorables à ce genre de recherches puissent se livrer à de nouvelles expériences cliniques, seul moyen par lequel il est possible de fixer l'opinion sur les propriétés anticholériques de la *stachys anatolica*.

— Les conclusions qui terminent ce rapport sont mises aux voix et adoptées.

CHOLÉRA ÉPIDÉMIQUE. — Rapport sur deux communications de MM. les docteurs DE MARBAIS et VAN BERCHEM, relatives au choléra épidémique.

(M. FALLOT, rapporteur.)

Votre bureau a reçu, pour vous être communiqués, deux travaux relatifs au choléra: l'un de M. le docteur de Marbais (de Mons), concerne la thérapeutique de cette affection; l'autre de notre laborieux collègue, M. le docteur Van Berchem (de Willebroeck), a trait à sa contagiosité. Ils ont paru à votre bureau avoir trop d'actualité pour ne pas être soumis immédiatement à votre examen; c'est pourquoi il m'a chargé de vous en rendre compte dès aujourd'hui.

M. le docteur de Marbais a employé avec un succès bien remarquable dans le choléra qui a régné à Mons, le chlorure d'oxyde de sodium ou hypochlorite de soude liquide au degré de condensation où il constitue l'eau de Labarraque. Dans trente-huit cas de choléra confirmé traités par ce moyen, il a obtenu vingt-cinq guérisons, et n'a eu que treize décès, dont deux sont arrivés avant l'époque où le chlorure avait pu être administré, et un troisième a enlevé un vieillard octogénaire, atteint d'affection cérébrale pendant sa convalescence du choléra, ce qui constitue un total de trois, qu'on peut justice il faut défalquer du nombre des cas traités par l'eau de Labarraque.

La dose du médicament a varié depuis un demi-gros jusqu'à deux gros, dans les vingt-quatre heures, administré dans un véhicule gommeux de quatre onces, et uni, autant qu'on peut en juger par des indications données dans les observations particulières, tantôt au laudanum, tantôt à l'éther.

Je ne m'arrêterai pas aux raisons théoriques qui ont conduit l'auteur à l'emploi de cette substance. Elles sont analogues à celles qui décidèrent M. Toulmouche à essayer celui du chlore; lui-même paraît y attacher peu d'importance, mais je dois appeler toute votre attention sur le parti qu'il en a tiré et les succès qu'il en a obtenus, et qui entre ses mains ne se sont pas démentis. Si quelques confrères, qui, sur sa recommandation, y ont eu recours, ont été moins heureux, il faut l'attribuer, pense-t-il, à ce qu'ils le donnaient à trop faible dose, ou qu'ils se servaient de chlorure de soude médicinal des pharmacies, en général beaucoup moins concentré que l'eau de Labarraque.

En nous faisant son intéressante communication, M. le docteur de Marbais n'a eu en vue que l'intérêt de l'art et le bien de l'humanité. Le ton de conviction dont sa note est empreinte ne laisse aucun doute sur la confiance que lui inspire la substance qu'il préconise. Sans vouloir en fixer catégoriquement la valeur anticholérique, nous devons dire, qu'en présence surtout des insuccès que continuent à rencontrer les médications généralement employées, celle-ci mérite d'être soumise à l'épreuve de l'expérimentation.

J'ai l'honneur de vous proposer de voter des remercîments à l'auteur pour sa communication et de déposer sa note aux archives, où ceux d'entre vous qui voudront la connaître plus amplement que par cette courte analyse, pourront la consulter.

M. LOMBARD: Messieurs, j'appuie les conclusions du rapport. L'auteur m'a fait l'honneur de m'écrire en me faisant connaître les résultats de sa pratique; tous les cas qu'il a traités avec l'oxyde de sodium sont des cas graves. C'est dans la classe malheureuse que tous ces cas se sont présentés; ils étaient tous arrivés à la période algide très-avancée. M. de Marbais a eu la bonté de me donner des détails très-circonstanciés sur ses observations, et il m'a semblé que les résultats qu'il a obtenus sont des plus avantageux. Je crois donc qu'il convient d'appeler l'attention sur la substance employée par ce praticien et qu'il serait utile de faire de nouvelles expériences.

M. FRANÇOIS: Si la valeur du moyen employé par M. de Marbais est tel qu'il l'annonce, je pense qu'il conviendrait de le faire connaître au public médical par l'insertion du mémoire qu'il nous a adressés dans le BULLETIN DE L'ACADÉMIE.

M. LE PRÉSIDENT: A l'occasion de cette proposition de M. François, je dois faire une observation générale. Il faut ou supprimer le mémoire ou supprimer le rapport qui contient l'analyse de celui-ci, et en indique sommairement tout le contenu. Imprimer l'un et l'autre serait évidemment un double emploi.

M. DE HEMPTINNE: Est-ce que les prescriptions sont rapportées bien exactement?

M. FRANÇOIS: Je pense que l'impression du rapport ne suffit pas. Il importe de lire l'auteur lui-même.

M. FALLOT, rapporteur: Je me rallierai très-volontiers à la proposition de M. François. Il n'y a certainement pas d'inconvénient à imprimer en même temps le mémoire et le rapport, mais je n'y vois pas non plus d'avantage. J'ai exprimé, par exemple, dans le rapport, que l'oxyde de sodium a été employé dans des cas de choléra confirmé; or, tous les médecins savent ce que c'est qu'un cas de choléra confirmé; les détails qui se trouvent dans le mémoire ne pourront rien leur apprendre de plus à cet égard.

M. FRANÇOIS: Je pense, messieurs, que vous appellerez bien davantage l'attention du public médical sur un sujet aussi grave, en publiant le mémoire original qui renferme toutes les observations faites par l'auteur. Je sais que le rapport de M. Fallot expose les moyens, mais on passera outre, parce qu'on n'aura pas les faits sous les yeux. Je pense donc qu'il est utile de faire connaître ces faits dont il n'a pas encore été cité d'exemple, et qu'il faut pour cela donner le texte de l'auteur.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

La proposition de M. François est ensuite mise aux voix; elle n'est pas adoptée.

M. FALLOT, rapporteur: Passons à l'examen de la note de notre honorable collègue M. Van Berchem. Pénétré de l'importance de la question de la contagiosité du choléra, il a choisi parmi cent trente-neuf faits de cette maladie observés par lui-même pendant l'épidémie qui a régné dans les communes de Willebroeck et de Blaesveld, vingt-quatre faits qu'il a cru de nature à jeter quelque lumière sur cette question jusqu'ici si obscure et si controversée. Veuillez bien remarquer qu'il ne prétend pas la résoudre, mais seulement apporter son contingent dans les matériaux, du rapprochement et de l'interprétation logique desquels on peut espérer de voir sortir un jour une solution complète.

Rien ne semblerait en apparence plus facile que de se prononcer sur la contagiosité d'une maladie, et cependant il n'y a rien sur quoi les médecins soient moins souvent d'accord; tandis que pour ceux-ci la contagion est flagrante dans une maladie, ceux-là n'y en aperçoivent pas le moindre indice. Il y a tout d'abord une grande raison de ce dissentiment: c'est le vague dont est entourée la notion de contagion; c'est un de ces termes de médecine qui, journellement employés, n'ont pas la même acception pour tous.

Dans d'autres temps déjà un peu éloignés de nous, dans un travail qui m'est commun avec notre honorable collègue M. Varlez, je me suis attaché à préciser le sens du mot contagion, et ai cherché à démontrer que toute maladie transmissible à l'aide d'un principe produit par un individu malade doit être considérée comme contagieuse, sans égard, du reste, au mode et au véhicule de la transmission; j'ai déterminé aussi les lois de cette transmission et démontré qu'elles étaient les mêmes pour les contagions virulentes et pour les contagions miasmiques, pour les maladies contagieuses proprement dites et pour les infectieuses, et qu'il n'existait pas de raison suffisante, par conséquent, pour en faire deux classes dans les tableaux nosologiques. Quelques années plus tard, l'article *Contagion* du DICTIONNAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES, portant la signature de Dupuytren, m'apprit que sur ce point intéressant et controversé de la pathologie, je me trouvais parfaitement d'accord avec cet illustre chirurgien. La condition essentielle et fondamentale de la contagiosité d'une maladie, est donc la présence d'un germe spécifique qui en est le produit. Des circonstances locales, telles que l'altération de l'air, l'encombrement, la disette de vivres, les passions dépressives, etc., peuvent en favoriser la propagation, en

accroître l'activité, mais ne peuvent pas eux-mêmes en être la source. On conçoit tout d'abord combien, dans une foule de circonstances, il est difficile d'assigner un rôle précis à chacun de ces facteurs. Mais toutes les difficultés ne se bornent pas à celle-là ; il en est d'autres inhérentes à la nature même des choses et par là même, jusqu'ici au moins, invincibles. Il est plusieurs maladies qui, quoique épidémiques, c'est-à dire dues à des causes générales, atmosphériques, donnent à l'économie vivante la propriété d'engendrer un principe capable de les reproduire chez ceux qui entrent dans leur sphère d'action ; telles sont les fièvres exanthémateuses, et, suivant plusieurs auteurs dont je partage le sentiment, les fièvres typhoïdes. Or, quand il s'agit de déterminer les voies de propagation d'une maladie s'étendant à un grand nombre d'individus, comment reconnaître tout d'abord ce qui dépend de l'influence épidémique d'avec ce qui est dû au contact? Je connais les moyens indiqués à cet effet, mais, si je ne me trompe, aucun d'eux n'est à l'abri d'objections sérieuses. Quand la propagation est due à l'influence épidémique, elle attaque, dit-on, les malades simultanément, tandis que la contagion ne les atteint que successivement. Ce *critérium*, dont je suis loin de nier la valeur, n'est plus applicable quand les maladies sont à la fois épidémiques et contagieuses. Si un malade transporte l'affection, et la transmet hors du foyer de l'infection, elle est, dit-on, contagieuse. Cette preuve est concluante, sans doute, dans les cas où le théâtre de l'infection peut être exactement limité, qu'il existe, par exemple, une chaîne de montagnes, une étendue de mer entre l'endroit où la maladie a été contractée et celui où elle est importée ; que la marche de l'épidémie est régulière et ses progrès, par conséquent, calculables ; mais dans l'absence de ces barrières, et surtout quand on a affaire à une épidémie dont la marche est aussi irrégulière, aussi vagabonde, les bonds aussi brusques, aussi étendus que ceux du choléra asiatique, quelle confiance pourrait-on y avoir? On invoque encore une autre preuve, elle est du genre négatif : les maladies épidémiques attaquent, dit-on, tous les individus indistinctement, les contagieuses frappent de préférence ceux qui sont en rapport direct avec les malades : donc, toutes les fois que ceux-ci ne sont pas atteints, on peut en conclure que la maladie n'est pas contagieuse. Cette conséquence serait fondée, si, pour subir l'action du principe contagieux, il ne fallait pas une certaine prédisposition, inconnue, à la vérité, dans ses caractères, mais non moins réelle et que l'assuétude tend incessamment à affaiblir ; elle serait rigoureuse, si le triste privilége d'une maladie contagieuse était de n'épargner personne et de frapper sans pitié tous ceux qui y sont exposés ; mais heureusement il n'en est pas ainsi.

Mais, dit-on, rien, de l'aveu de tous les médecins qui ont observé le choléra. n'en favorise autant la propagation que l'encombrement. Cela ne peut s'expliquer que par la présence d'un principe infectueux, qui, par son accumulation, sa concentration, acquiert la puissance de transmettre la maladie ; or qu'est-ce qu'une semblable transmission, sinon la contagion ? L'argument est puissant, j'en conviens, mais il est loin d'être victorieux. Si cette propagation par suite de l'encombrement, dont je reconnais la réalité, était due à ce que les circonstances qui accompagnent partout la viciation de l'air sont toutes débilitantes et que les constitutions affaiblies cèdent plus facilement aux influences épidémiques, qu'aurait-elle de commun avec la contagion ? Or cette propagation du choléra sous l'empire de l'encombrement n'a été remarquée jusqu'ici qu'aux lieux où déjà il sévissait, où les influences cholériques, quelles qu'elles soient quant à leur origine, épidémiques, sidérales, telluriques, cosmiques, exerçaient leur action, et prenaient de préférence pour victimes les constitutions détériorées, affaiblies, épuisées. Remarquez bien qu'elles ont été surtout funestes aux vieillards, qui généralement résistent mieux aux maladies contagieuses que les jeunes gens. Je ne dis pas que c'est la véritable explication du fait, la seule que le raisonnement légitime, loin de là ; je dis seulement qu'elle peut rendre logiquement raison de son existence, et qu'à ce titre elle mérite d'être approfondie.

Ces diverses considérations n'ont pas échappé à l'attention de notre savant collègue ; elles ont, au contraire, fortement préoccupé sa pensée ; mais tout en les reconnaissant en principe, en importance, il ne me semble pas en avoir tenu compte dans l'application.

Il me suffira pour le prouver de vous lire et de commenter en quelques mots celles de ses observations qu'à l'exclusion des autres il a considérées comme *assez concluantes en faveur de la contagiosité du choléra et dignes d'un sérieux examen.*

Il argumente d'une manière générale en faveur de la contagion du choléra de ce fait, que la maladie a sévi dans certaines rues, dans certains groupes de maisons, dans certains voisinages en en laissant d'autres intacts ; mais pendant trente et quelques années que j'ai fait partie de la commission médicale de la province de Namur, j'ai été bien des fois chargé de l'étude officielle de maladies épidémiques ; eh bien ! j'ai remarqué que toutes se comportaient ainsi : elles s'éparpillaient dans les communes, frappant deçà et delà, maltraitant certain quartier, en épargnant d'autres sans que rien rendît compte de cette différence. Voici entre autres un fait qui me vient à la mémoire : une commune rurale d'une médiocre étendue est traversée par un grand chemin. La fièvre typhoïde s'y déclare il y a environ six ans ; ce n'est que dans les habitations placées en deçà de cette route qu'elle fait des victimes, tandis que celles qui sont placées au delà en sont exemptes. Cependant toutes les conditions physiques et morales appréciables sont les mêmes pour tous les habitants et, comme on le pense bien, les communications entre eux ont été incessantes et intimes.

Examinons les principaux faits rapportés par l'auteur. Si je passe les autres sous silence, c'est que lui-même il les a jugés moins favorables à sa thèse que ceux dont je vais avoir l'honneur de vous entretenir.

« Le nommé J. Puylaerd cohabitait avec sa femme, atteinte d'une métro-péritonite grave ; éprouvant lui-même les premières atteintes de la maladie régnante, il se fait transporter dans sa maison paternelle, assez éloignée de celle qu'il habite. Personne, soit dans sa maison paternelle, soit dans le voisinage de celle-ci, ne se trouve en proie à l'épidémie régnante ; il est donc le premier sujet atteint. Sa maladie y fait des progrès, son état devient de plus en plus grave ; sa sœur, qui le soigne, est atteinte et meurt ; deux enfants qui avaient reçu les soins de cette même sœur succombent également au bout de quelques jours ; enfin son frère, habitant également la même maison, est bientôt atteint. Au moment où leur fils malade y fut transporté, ni l'un ni l'autre ne furent atteints par la maladie (12e fait). »

Pour évaluer l'importance de ce fait au point de vue de la contagiosité du choléra, il serait nécessaire de connaître plus exactement que par l'adverbe *assez* quel était l'éloignement des deux habitations. Le fait n'a-t-il pas été recueilli pendant que l'épidémie sévissait dans la commune ? Et les personnes près desquelles Puylaerd se fit transporter n'étaient-elles pas dans les conditions les plus favorables pour en seconder l'influence ?

« Le nommé Eg. Teugels est habitant de la commune de Willebroeck ; son père, qui demeure dans la commune de Blaesveld, y meurt par suite du choléra asiatique ; une terreur panique extraordinaire règne dans cette dernière commune, à tel point qu'aucun habitant ne veut porter le cadavre du père Teugels au cimetière ; son fils, de Willebroeck, sollicité par l'autorité de Blaesveld se rend dans cette commune, et se charge lui-même de remplir cette triste mission ; peu de jours après il aide encore à transporter sa mère, également atteinte de la même maladie, dans une habitation construite en planches, destinée exclusivement pour elle. Dès le lendemain, Eg. Teugels, rentré chez lui, à Willebroeck, est atteint d'une diarrhée aqueuse qu'il néglige pendant quelques jours et qui finit par dégénérer en véritable choléra algide (23e fait). »

Manifestement, messieurs, avant de tomber malade Teugels avait déjà plongé pendant quelque temps dans l'atmosphère infectée de Blaesveld, et il y séjourna dans les conditions les plus propres à en subir l'influence : passions dépressives, indigence, etc. Le choléra n'existait-il pas en même temps à Willebroeck et à Blaesveld, deux communes que plus haut l'auteur nous apprend être limitrophes ?

» Je viens de dire, écrit l'auteur dans le 24e fait, que la mère Teugels, atteinte du choléra, avait été transportée dans une habitation ; cette habitation était située dans un endroit isolé ; aucun cas de choléra n'avait été observé dans le voisinage de cette habitation improvisée ; la fille de cette femme y vint soigner sa mère et éprouva bientôt elle-même les atteintes de la maladie qui avait mis sa mère aux bords de la tombe. »

Nous ignorons d'où venait la fille Teugels quand elle se rendit près de sa mère pour lui donner des soins. N'était-ce pas d'une localité où régnait le choléra ? L'observation ne nous apprend rien à cet égard, et cependant ce renseignement n'était pas sans importance.

« Le nommé C. Moeremans est jardinier de profession et habite la commune de Blaesveld ; le matin de bonne heure il se rend habituellement à Thisselt où il est attaché au service de M. Benoidt, dans le voisinage duquel sévit la maladie ; il passe là toutes les journées pour aller le soir coucher dans son domicile, à Blaesveld. Un soir en rentrant chez lui, il se trouve en butte à une attaque mortelle du choléra asiatique. C'était le premier cas qui se manifestait dans cette commune, et c'était évidemment Moeremans qui l'importait de Thisselt où sévissait déjà, comme nous venons de le dire, la maladie. En moins de huit jours, quatorze personnes du voisinage de Moeremans, sa femme et sa fille, en sont également atteintes (25e fait). »

J'ignore quelle est la distance qui sépare Thisselt de Blaesveld, mais elle ne peut être fort grande, puisque Moeremans la franchissait chaque jour. Or, quand une contrée entière est sous l'influence d'une épidémie, est-on suffisamment fondé à dire que la maladie est importée par un individu par cela seul qu'elle a apparu après son arrivée ?

Voici enfin le 30e fait. « Le garde champêtre Genné, perdant son fils, quitte immédiatement sa maison avec toute sa famille, et va, avec elle, recevoir l'hospitalité au sein d'une autre famille du nom de Vloeybergbs, habitant un endroit de la commune où sévissait la maladie. Après qu'il y eut passé quelques jours, le chef de la famille P. Vloeybergbs est atteint du choléra algide, tandis qu'aucun des membres de la famille Genné n'en éprouve plus les moindres atteintes. »

Aux réflexions que j'ai faites à l'occasion de la 25e observation et qui trouvent également ici leur place, je dois ajouter que la famille Genné aurait importé une maladie dont elle n'était pas elle-même atteinte.

Mon rapport était achevé, quand je reçus du bureau de l'Académie un travail supplétif de notre honorable collègue M. Van de Berchem, contenant neuf nouveaux faits, propres, suivant lui, à prouver la contagiosité du choléra ; huit de ces faits ayant trait à des individus qui ont contracté la maladie aux lieux ou à portée des lieux où elle régnait épidémiquement, ne peuvent, à mon point de vue, être invoqués en faveur de la transmission par contagion. Il en est un seul, où un individu ayant plongé pendant un certain temps dans une atmosphère infectée en fut atteint immédiatement après sa rentrée dans ses foyers (circonstance, comme vous le savez, très-commune) ; dès le surlendemain ses *contubernaux*, qui n'avaient pas quitté leur demeure, en furent atteints. Ce fut le seul exemple de la maladie que la commune offrit.

Voici en quels termes il est rapporté : « Le nommé Vanderwilt habite la commune de Breendonck, où ne s'est encore présenté aucun cas de choléra, pas même une seule cholérine ; il va voir un de ses amis dans la commune de Ruysbroeck, située à une forte lieue de son domicile ; il séjourne quelque temps dans la maison de son ami, envahie en ce moment par le choléra-morbus. Rentré chez lui le soir, il se trouve, dans la nuit, en proie à une attaque de choléra ; le lendemain, son frère est également atteint, et le surlendemain, son père et sa mère subissent le même sort, bien qu'aucun de ces trois derniers ne soit

sorti de la commune depuis plusieurs jours Le frère seul survit à ce triste spectacle. La maladie s'est bornée, dans cette commune, à ce seul ménage. »

Ce fait présente les caractères de la transmission par contagion ; s'il avait été observé hors d'un temps d'épidémie cholérique, si les lieux où ses phases se sont accomplies étaient placés à une plus grande distance l'un de l'autre, et si les conclusions à en tirer en faveur de la contagiosité du choléra n'étaient pas contredites par l'énorme masse des faits négatifs recueillis partout, sa signification dans la question serait plus évidente ; tel qu'il est, cependant, il mérite d'être recueilli, conservé et médité.

Inférera-t-on de ce que je viens de dire que je nie la contagiosité du choléra d'une manière absolue ? Nullement ; je ne puis que répéter ce que j'ai dit dans la discussion qui a eu lieu sur ce point, dans cette enceinte. Elle n'est pas encore suffisamment établie ; j'ajouterai que les faits de transmission soumis à votre jugement par notre honorable et laborieux collègue de Willebronck, ayant été recueillis dans un temps et sur des lieux où la maladie régnait épidémiquement, ne peuvent pas en être considérés comme des preuves.

Je vous propose de lui écrire une lettre de remercîments pour son intéressante communication, de le prier de continuer à nous faire part de ses recherches et de ses observations, d'engager tous les médecins qui en possèdent de relatives à la contagiosité du choléra de vouloir bien nous en gratifier. C'est ainsi, comme le remarque M. Van Berchem, qu'on pourra parvenir à la solution de l'important problème devant lequel et la science et l'administration sont arrêtées.

M. le Président : Quelqu'un demande-t-il la parole sur ces conclusions ?

M. Didot : Veut-on engager une discussion sur la contagiosité du choléra ?

M. Lombard : Ce serait une discussion très-intéressante.

M. Fallot, rapporteur : De quelque manière que la question de contagiosité soit décidée dans cette assemblée, elle ne peut infirmer les conclusions du rapport. Le rapport ne tend pas à conclure que le choléra est contagieux ou qu'il ne l'est pas. Il tend à voter des remercîments à l'auteur de la note et à prier les praticiens de fournir les faits qu'ils sont à même de faire connaître sur cette question.

M. Didot : C'est le moment ou jamais d'entamer une discussion sur la question. Nous sommes pourvus de faits relatifs à la contagiosité ou à la non-contagiosité du choléra. Pourquoi ne pas réunir dès maintenant ces faits en faisceaux ?

M. Lombard : On pourrait adopter les conclusions du rapport et remettre la discussion sur la question de contagiosité à un autre jour.

M. le Président : C'est l'observation que je voulais faire ; bien qu'ayant voté sur les conclusions, on ne considérerait pas la discussion comme close ; on y reviendrait à l'occasion de celle sur le choléra.

L'Académie adopte cette proposition.

Les conclusions du rapport sont ensuite mises aux voix et adoptées.

Observation sur un cas de choléra se substituant a une pneumonie. — Rapport de la commission chargée d'examiner cette observation communiquée par M. le docteur Wasseige.

(M. Graux, rapporteur).

Messieurs,

M. le docteur Wasseige a adressé à l'Académie une observation sur un cas de choléra succédant à une pleuropneumonie. Cette communication a pour but de montrer l'utilité des excitans dans le traitement du choléra asiatique. Voici cette observation résumée :

Une femme âgée de 65 ans souffre depuis plusieurs années d'une bronchite chronique ; elle est d'une faible constitution.

Le 15 juillet dernier, elle est prise d'une pleuropneumonie élevée au deuxième degré. Deux saignées assez copieuses, des ventouses et le kermès minéral sont administrés dans l'espace de trois jours.

Le 18, M. Wasseige est appelé d'une manière pressante auprès de la malade ; il voit, à son grand étonnement, que tous les symptômes de la pneumonie *ont* disparu, et *qu'ils ont fait place à un sentiment de bien-être*, accompagné d'un pouls large, souple, donnant à peine quatre-vingts pulsations par minute, moiteur à la peau, langue humide, etc.

Les signes de l'auscultation coïncidaient avec cette amélioration inattendue.

En présence d'un changement aussi subit, M. Wasseige présage l'invasion prochaine du choléra asiatique et fait part de ses craintes à la famille.

En effet, quelques heures plus tard, la malade présentait tous les symptômes de l'épidémie régnante et la mort eut lieu dans la matinée du 19.

Cette communication, comme nous le dit l'auteur, tend à éclairer le traitement du choléra ; mais savez-vous comment ? En démontrant que le choléra ne peut être que *le produit d'un poison hyposthénisant par excellence du système vasculaire*, puisque, dit-il, le principe de cette maladie, après avoir atteint un individu attaqué de pleuropneumonie, fait disparaître immédiatement une maladie essentiellement inflammatoire ; conséquence, selon l'auteur, qui confirme l'utilité des excitants de toute espèce, comme base du traitement du choléra-morbus.

Cette observation, selon nous, est trop incomplète, pour établir, sans réplique, les rapports de filiation entre la pneumonie et le choléra. Les faits de succession du choléra à une maladie quelconque, sont trop nombreux dans la science, pour que nous ayons à nous en occuper.

Mais sur quoi étaient fondées les prévisions de M. le docteur Wasseige lorsqu'il annonça la prochaine invasion du choléra-morbus ? Était-ce sur la disparition des symptômes de la pleuro-pneumonie, ou bien sur la présence de quelques symptômes déjà existants du choléra asiatique ? Il garde le silence sur ce point.

Toutefois, nous dirons, nous, que ce ne peut être sur une amélioration subite, mais trompeuse qu'il a pu établir son funeste pronostic ; nous avons tous que, dans les maladies aiguës, ces sortes d'améliorations précèdent assez généralement la mort ; et, alors, messieurs, n'est-il pas vrai que tous les symptômes inflammatoires doivent disparaître avec les réactions, en faisant place aux signes d'une mort prochaine, qui a beaucoup d'analogie avec le choléra, bien que nous soyons loin d'infirmer le diagnostic de l'auteur ?

Nous ne voyons pas non plus, messieurs, dans ce rapport, que l'auteur ait le droit d'établir que les excitants de toute espèce, doivent former la base du traitement du choléra-morbus, et tout cela sans réserve, sans principes et sans restrictions.

En conséquence, nous estimons que cette observation ne renferme aucune vue d'une nouvelle utilité, soit pour le traitement, soit pour la science.

La commission vous propose de voter des remercîments à l'auteur.

— M. le Président donne lecture de la proposition suivante, qui a été déposée par M. Pasquier :

« Je demande à l'Académie de vouloir charger son bureau d'administration d'éclairer M. le ministre de l'intérieur sur l'utilité qu'il y aurait de livrer immédiatement à l'impression le manuscrit de la nouvelle pharmacopée belge qui lui a été adressé à la fin du mois de février 1847. »

Cette proposition ayant été prise en considération est mise en discussion.

M. Sauveur présente quelques observations.

La proposition est ensuite adoptée telle qu'elle a été formulée par son auteur.

M. Pasquier a déposé une autre proposition qui est conçue en ces termes :

« Le commerce exploite deux *robs de Laffecteur* qui diffèrent l'un de l'autre par leurs caractères physiques et par leurs propriétés chimiques. L'un d'eux est une drogue sans valeur et sans efficacité, vendue avec tous les excès de la réclame. Il doit y avoir altération dans la composition originelle du remède.

» Afin de protéger la santé publique contre une si funeste exploitation, je demande que l'Académie veuille *revoir* la décision qu'elle a prise, il y a peu de temps, à l'égard de la prohibition qui frappait le rob de Laffecteur. »

Cette proposition est renvoyée à l'examen d'une commission dont la nomination est laissée aux soins du bureau.

Sont désignés pour faire partie de cette commission : MM. Davreux, Chandelon et Pasquier.

ÉLECTIONS.

L'Académie, réunie en comité secret, a procédé, dans cette séance, à la nomination de membres correspondants étrangers. Les candidats proposés étaient :

MM. Fourcault, docteur en médecine, à Paris ;
Albers, professeur à l'Université de Bonn ;
Daremberg, docteur en médecine, à Paris ;
Heyfelder, professeur à l'Université d'Erlangen ;
Jobert (de Lamballe), chirurgien à l'hôpital Saint-Louis, à Paris ;
Monneret, docteur en médecine, à Paris ;
Tanchou, docteur en médecine, à Paris ;
Von Ritgen, inspecteur du service de santé dans le duché de Hesse et professeur à l'Université de Giessen ;
Wutzer, professeur à l'Université de Bonn.

Le dépouillement du scrutin donne le résultat suivant :

Nombre de votants.	24
Majorité absolue.	13

M. Heyfelder obtient.	19 suffrages.
M. Von Ritgen.	19
M. Fourcault.	16
M. Jobert (de Lamballe).	13
M. Albers	12
M. Monneret.	12
M. Tanchou	12
M. Wutzer	12
M. Daremberg	11

En conséquence, MM. Heyfelder, Von Ritgen, Fourcault et Jobert (de Lamballe), qui ont obtenu la majorité absolue des voix, sont nommés membres correspondants étrangers.

Avant de lever la séance, l'Académie décide, sur la proposition de M. Sauveur, que la question relative à l'institution de conseils médicaux de discipline sera portée en tête de l'ordre du jour de la séance prochaine.

La séance est levée à deux heures et quart.

BIBLIOGRAPHIE.

MÉDECINE DU VISAGE ET HYGIÈNE DE LA PEAU; par A. DEBAY. — Un vol. gr. in-18. — Paris, 1850.

Les livres, considérés à un point de vue général, peuvent être rangés dans trois classes : 1° les uns, purement scientifiques et spéciaux, s'adressent exclusivement à une classe restreinte; 2° les autres roulent sur des sujets connus de tous les hommes qui ont reçu une éducation libérale; 3° il en est enfin qui, spéciaux et scientifiques comme les premiers, sembleraient ne pouvoir pas être vulgarisés, mais qu'on parvient à mettre à portée des gens du monde par la clarté de l'exposition, la simplification des théories et le soin de fuir les mots techniques. Ces livres, qui font bénéficier tout le monde des avantages de sciences qui pouvaient lui paraître inaccessibles, ont sans contredit une haute utilité. Mais ils sont peu nombreux à cause des difficultés que rencontre l'écrivain qui se voue à cette tâche ingrate; en effet, naviguant toujours entre deux écueils, il risque de paraître trop léger aux savants, trop technique aux gens du monde; et pour dire notre pensée toute entière, entre Charybde et Scylla le danger n'est quelquefois pas moins grand, car dans cet étroit passage les deux inconvénients se trouvent réunis, il n'y a quelquefois ni science ni agrément, rien en un mot.

Presque toutes les productions de M. Debay ont le caractère des ouvrages que nous avons fait figurer dans notre troisième classe. Ajoutons de suite qu'il n'a pas manqué de bonheur dans cette difficile besogne. Il a eu pour but de mettre à la portée de tout le monde les préceptes médicaux, non pas ceux qui ont trait au diagnostic et à la curation des maladies internes, rôle dans lequel ont échoué tous ceux qui l'ont tenté, mais les préceptes seulement qui s'appliquent aux formes extérieures, à l'hygiène et à la médecine de la beauté. Ici les difficultés sont moindres, la vulgarisation est plus aisée, et le sujet se prête mieux à la forme littéraire indispensable pour attacher le public. Nous ajouterons que les lecteurs sont aussi plus nombreux, la conservation de la beauté intéressant en général tout le monde à un haut degré, et ne rencontrant pas un seul indifférent dans l'une des deux moitiés du genre humain.

Dans ses ouvrages intitulés : HYGIÈNE DE LA BEAUTÉ, HYGIÈNE COMPLÈTE DES CHEVEUX (v. GAZ. MÉD., 1849, p. 215), et dans celui dont nous rendons compte aujourd'hui, M. Debay déclare guerre ouverte à tous les arcanes qui promettent tant et qui tiennent si peu. Or c'est un grand travail que d'entreprendre de détourner le courant qui pousse le public vers les remèdes prompts, mystérieux, extraordinaires pour lui faire aimer la sage lenteur et la simplicité de la thérapeutique rationnelle.

Le chapitre premier est consacré à la peau. Il commence par une description claire et succincte de l'enveloppe tégumentaire, au point de vue de l'anatomie et de la physiologie. L'auteur aborde ensuite l'hygiène de la peau, question qui, de toute nécessité, l'entraîne à dire quelques mots des affections internes et graves que peuvent produire les perturbations survenant dans les fonctions du tégument externe. Dans ce chapitre, destiné surtout aux femmes, on devine que les éphélides, le hâle, les tannes, les verrues, les tumeurs sébacées, les taches de rousseur, ont dû trouver des articles spéciaux. L'auteur indique généralement des moyens simples qui, sans jouir de l'efficacité qu'il leur prête peut-être d'une manière trop décidée, sont néanmoins propres à rendre des services.

Des affections plus sérieuses, la gale, les furoncles, les phlegmons, les coupures, les brûlures, occupent les chapitres suivants. L'auteur a la sagesse, aussi profitable au moins aux patients qu'aux médecins, de conseiller aux premiers d'avoir recours à nous, quand ces affections ont un certain degré de gravité.

On lit à l'article *Brûlure* : « De tous les traitements, voici le meilleur : immédiatement après qu'on s'est brûlé, il faut tremper la partie atteinte dans un verre contenant de l'ammoniaque liquide et l'y laisser plongée pendant une demi-heure. Si le siége de la brûlure ne permet pas l'immersion de la partie, comme le visage, le cou, les bras, la poitrine, etc., on applique dessus des compresses imbibées d'ammoniaque, et on recouvre ces compresses d'un linge sec plié en plusieurs doubles, afin de retarder l'évaporation. La douleur cesse aussitôt que la brûlure est touchée par l'ammoniaque; on retrempe les compresses dans l'ammoniaque chaque fois que la douleur commence à renaître, et cela pendant une heure au moins... »

Un *lapsus*, un oubli peuvent devenir dangereux quand on s'adresse à des gens qui, étrangers à la science, ne peuvent pas rétablir le texte dans son intégrité, tel que l'auteur a eu l'intention de l'écrire. Le passage que nous venons de rapporter, dans lequel M. Debay oublie de dire qu'il faut étendre d'eau l'ammoniaque, est certainement la preuve de ce qui vient d'être avancé. La recette est en effet le moyen de phlycténiser toute la partie, au lieu de guérir la brûlure; et nous craignons fort que M. Debay, qui a tant souci des jolis doigts de ces dames, ne les voie servir contre ses yeux, si son procédé est suivi à la lettre.

Après avoir épuisé ce qui concerne la peau en général, M. Debay passe à la tête en particulier, et la considère organe par organe. Les cheveux l'occupent peu; ils ont été l'objet d'un travail spécial. Quelques mots sur les différents races humaines et sur les angles faciaux se présentent naturellement sous sa plume à propos de la tête et du visage. L'auteur accorde beaucoup d'attention au système de Lavater, qu'il a su exposer, chemin faisant et à propos de chaque partie, avec charme et netteté. L'influence des passions sur la physionomie, les sillons que les mouvements habituels de l'âme tracent sur la figure, ont dû l'arrêter aussi assez longuement, et ici, dans un simple petit livre destiné à donner des conseils pour la conservation de la beauté, il lui a fallu néanmoins pénétrer dans le cœur humain et chercher ses remèdes ou ses prophylactiques dans la pacification des passions mauvaises ou tumultueuses.

M. Debay s'est aussi arrêté à la calliplastie, ou art de modifier les traits que la nature n'a pas formés heureusement. Cet art a été, il y a quelques années à peine, le sujet d'un livre dû à une plume médicale. Il est dans l'enfance encore, et nous ne pensons pas, pour notre part, qu'il parvienne jamais à une robuste maturité. Jusqu'à présent ses préceptes sont plutôt formulés *à priori* que d'après l'expérience.

A propos du nez, les procédés callipIastiques suivants sont formulés : lunettes pince-nez, pour atrophier les nez trop gros, en comprimant l'artère dorsale de cet organe; frictions aromatiques pour développer les nez trop petits, en augmentant leur vitalité et leur nutrition, etc., etc. Et les nez trop courts? On les pincera, on les tirera pour les allonger. A ce sujet, Plutarque nous conte une bien bonne petite histoire : chez les anciens Perses, un long nez était le seul jugé digne de proéminer sur une face royale; aussi une foule d'eunuques étaient-ils toujours près du berceau du jeune prince, occupés à lui pincer et à lui tirer le nez pour lui faire acquérir une majestueuse longueur. Ce culte pour les grands nez, partagé aussi par les Péruviens, est fort consolant pour ceux qui en sont porteurs. Fi des Hottentots, qui, eux, les barbares, aplatissent le nez de leurs enfants!

L'avant-dernier chapitre a pour titre : *De la cosmétique*. Le vulgaire a un peu volé la médecine sur ce sujet : le parfumeur a pris la place de l'homme de l'art, et la peau du consommateur n'a pas eu à se louer de ce larcin commis à notre préjudice. M. Debay regrette, avec raison sans doute, le dommage causé par cette exploitation confiée aujourd'hui à des mains inintelligentes; mais nous pensons que les choses resteront toujours dans le même état, et que les médecins ne se soucieront jamais de faire concurrence aux parfumeurs sur la cosmétique, reléguée définitivement dans la matière indigne de la profession médicale.

Le chapitre XVII et dernier, sous le titre de *Formulaire cosmétique*, contient des recettes que l'auteur substitue avec raison aux arcanes souvent malfaisants que le charlatanisme exploite. Ces préparations sont en général simples et rationnelles, et nous désirons vivement que la séduction exercée par le style et l'exposition de l'auteur engage les gens du monde à substituer ces substances bienfaisantes, ou tout au moins innocentes, aux dangereux secrets dont le mystère et les merveilles, chantés par les prospectus, le fascinent trop souvent.

— MORTALITÉ A LONDRES. — La semaine qui s'est terminée le 2 février a fourni 60 décès de plus que la semaine précédente. Cette différence existe également avec toutes les semaines de la même époque depuis dix ans, la mortalité ayant varié depuis 1840 à 1849 de 780 à 1,478. Cependant si on a égard à l'accroissement de la population, la moyenne sera de 1,126, 32 de plus que le chiffre de cette présente année. Les causes de mortalité qui ont prévalu cette année appartiennent aux affections des organes respiratoires, parmi lesquelles ont sévi principalement la phthisie, la bronchite, la pneumonie et l'asthme. Ces maladies réunies ont fourni cette semaine le chiffre de 384 décès, plus d'un tiers de la totalité. D'une autre part, les maladies épidémiques n'ont fourni que 168 décès, tandis que la moyenne est de 216. Une enfant de 5 ans est morte du choléra asiatique, quatorze heures après que la maladie s'est déclarée. La diarrhée est la seule maladie épidémique qui ait dépassé la moyenne. La fièvre miliaire se tient toujours au même degré. La petite vérole, la scarlatine, la coqueluche et le typhus continuent à décroître.

— On dit que le choléra a enlevé un grand nombre d'esclaves à la Havane.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

CONCOURS POUR LE PRIX D'ARGENTEUIL. — RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTRE. — PROGRAMME.

On connait déjà l'issue du concours pour le prix d'Argenteuil. Après bien des années d'attente, après bien des efforts, des commissions, des discussions, l'Académie a reconnu qu'il n'y avait pas lieu à décerner le prix, ni même à accorder d'encouragements. Ce fait est grave, et mérite qu'on s'y arrête.

On sait que le marquis d'Argenteuil a fondé un prix considérable pour le perfectionnement le plus important apporté aux moyens curatifs des rétrécissements de l'urètre, et subsidiairement au traitement des autres maladies des voies urinaires. On est étonné au premier abord qu'une branche aussi spécialisée de l'art, qui a été l'objet, depuis quelques années, de travaux aussi nombreux et aussi retentissants n'ait produit, aux yeux de l'Académie, rien qui lui parût mériter le prix. L'étonnement sera encore bien plus grand si on ajoute que ce prix a été fondé en 1838; que, suivant le vœu du testateur, il devait être décerné tous les six ans, et qu'il eût pu par conséquent être décerné deux fois depuis sa fondation. A un pareil résultat, il y a des causes qu'il n'est pas inutile de rechercher; c'est le moyen d'empêcher qu'il ne se perpétue.

Les concurrents désappointés et une partie du public, celle qui juge les choses par leur côté malin, ne manqueront pas de s'en prendre à l'Académie. Les premiers sont sans doute convaincus que si on avait examiné leurs idées et leurs procédés de plus près et avec un désir plus impartial de leur rendre justice, on n'aurait pas manqué de les trouver dignes des générosités du testateur. Les seconds ne peuvent s'affranchir de l'idée, — laquelle n'est pas toujours sans fondement, — que les Académies ont une peine infinie à décerner les prix qu'elles proposent, et que, quand elles les décernent, elles obéissent sans le savoir à l'instinct qui les caractérise et qui, dans leurs jugements comme dans leurs élections, les porte si souvent à préférer la médiocrité au vrai mérite. Tout cela est soutenable en thèse générale, et nous ne sommes pas de ceux qui assumerions la responsabilité de toutes les résolutions de l'Académie de médecine en particulier. Cependant, pour le cas présent, nous restons convaincus qu'elle n'est répréhensible en quoique ce soit. Il faut donc chercher ailleurs la raison qui l'a empêché de décerner le prix d'Argenteuil; car nous faisons volontiers cette concession que, dans le cas où un perfectionnement digne du prix lui eût été présenté, il n'est pas sûr qu'elle l'eût couronné, surtout s'il eût bouleversé les idées, renversé les croyances, blessé les intérêts, enfin s'il eût eu les caractères et les inconvénients du véritable progrès. On voit que nous nous plaçons au point de vue le plus parfaitement indépendant et libéral pour apprécier la décision de l'Académie.

Mais si l'Académie n'a aucun reproche à se faire dans cette circonstance, à qui faut-il les adresser? Aux concurrents? Jusqu'à un certain point, sans doute, mais jusqu'à un certain point seulement. En effet, les difficultés qu'il y avait à vaincre ne sont pas telles qu'il fût donné à des hommes, même habiles, de les vaincre. L'état et l'esprit de la science actuelle, à l'égard des rétrécissements de l'urètre, sont les principaux obstacles au progrès qu'a voulu provoquer et encourager le marquis d'Argenteuil. Un esprit puissant eût sans doute pu changer la face de la question, la mettre dans un nouveau jour et lui ouvrir de nouvelles perspectives; mais, envisagée comme elle l'est dans les différents ouvrages qui traitent de la matière, et surtout dominée par le caractère scientifique de l'époque, elle n'avait guère de solution possible. Quelques mots suffiront pour le faire comprendre.

L'art, comme le comprennent les gens du monde, est tout entier dans les moyens de guérir ou de soulager : ils ne voient rien au delà. Ils continuent à le considérer comme il l'était à l'origine de la science, un recueil de formules ou de procédés. Les expressions du legs de M. d'Argenteuil en font foi. Il demande un *perfectionnement aux moyens* curatifs. L'Académie et les concurrents s'en sont trop tenus à la lettre du testateur. Cependant, si l'une l'avait vivifiée de son souffle scientifique, et si les autres avaient compris qu'ils devaient sortir du cercle de l'empirisme tracé par l'homme du monde, nul doute que son but eût été beaucoup mieux et plus facilement atteint. Qu'est-ce, en effet, qu'un progrès dans l'art, on, si l'on veut, un perfectionnement dans les moyens de guérir telle ou telle affection, sinon une conséquence plus précise, mieux appropriée, de la prémisse scientifique mieux posée? Sachez mieux, plus distinctement, plus sûrement ce qu'il y a à faire, et vous le ferez mieux : l'instinct ne reste jamais au-dessous du besoin ; c'est donc à bien connaître le besoin qu'il faut s'attacher d'abord. Or qu'est-ce que la notion scientifique, si ce n'est la détermination des conditions où l'art et ses moyens doivent intervenir? Un nouveau rayon de lumière jeté sur la constitution des rétrécissements, leurs causes, leur mécanisme, eût donc été un véritable progrès dans l'art de les traiter, nous osons dire plus, c'était là le seul progrès utile à réaliser pour le moment. Les moyens d'élargir l'urètre, de le dilater, de le cautériser, de le scarifier, de l'inciser, ne manquent pas : ce qui manque, c'est de savoir où et quand ces moyens conviennent, et jusqu'où ils conviennent, ce qu'ils réclament encore de précision, de sûreté et d'innocuité ; ce qui manque en un mot, c'est la vraie connaissance de leur mode d'action, laquelle ne peut se tirer que d'une connaissance plus parfaite des conditions où ils agissent. Appliquons de plus près ces remarques générales à l'ordre de faits qui nous les suggère.

Les ouvrages qui traitent *ex professo* des maladies de l'urètre exposent, dans un même chapitre, *toutes* les causes vraies ou supposées des rétrécissements ; dans un autre chapitre, ils traitent des divers symptômes, et dans un dernier, ils énumèrent successivement les moyens de les guérir. Qu'est-ce que cette manière de procéder, si ce n'est une histoire empirique et séparée des causes, des symptômes et des méthodes de traitement des rétrécissements de l'urètre? Nous serions taxé d'inexactitude si nous n'ajoutions que, sous le titre fallacieux de : *diverses espèces* de rétrécissements, on ne traitait ensuite de ceux qui siègent à l'orifice extérieur, au devant de la fosse naviculaire, derrière la fosse naviculaire, à la courbure de l'urètre, au col de la vessie, etc., sans s'apercevoir que, sous une apparence d'ordre anatomique, on ne fait que compléter le dénombrement empirique des faits, et consommer leur morcellement arbitraire. Ceux qui ont l'habitude de nos idées n'ont pas besoin de développement pour nous comprendre, et ceux qui n'ont pas pris la peine de les connaître ne sont pas en droit de déclarer obscur ce qu'ils ne sauraient comprendre. Toutefois, pour faire sortir notre critique des généralités où elle s'est tenue jusqu'ici, et ouvrir en quelque façon la voie à des recherches ultérieures, nous allons tracer un cadre qui leur sera comme une espèce de programme.

Feuilleton.

CHRONIQUE MÉDICALE.

Le prix d'Argenteuil. — Les comités secrets. — Désappointement général. — Opinion particulière de la CHRONIQUE. — Zéro à la caisse. — Tribulations du citrate de magnésie. — Plaisante algarade. — Exemption de la patente. — L'ordre du Nicham. — Un drôle de marquis.

Voilà trois ans passés que la CHRONIQUE, avec la perspicacité qui la distingue, conjecturait que la guerre des uropathes, allumée par les écus du marquis d'Argenteuil, durerait bien autant que la guerre de Troie. Pour le coup, nous y voilà ; et même il nous faut, pour compter juste, ajouter à la durée du siége le temps nécessaire au voyage d'Argos à Ilion, aller et retour, y compris ce temps de calme bien connu où *la rame inutile fatigua vainement une mer immobile*. Le concours pour le prix d'Argenteuil est ouvert en effet depuis 1838. Mais, hélas! et voilà ce que la CHRONIQUE, perspicace, comme nous avons dit, n'avait pas prévu, les Grecs du concours n'ont guère été plus heureux que les Troyens. Si ceux-ci ont été purement et simplement éliminés, savez-vous ce qu'ont gagné les cinq ou six vainqueurs désignés par la commission? Des mentions honorables! Une mention honorable à Ulysse, à Achille, à Pyrrhus! Il nous semble, sauf erreur, qu'il n'y a rien de pareil dans Homère. Nous n'avons souvenir, en fait de gratifications, que de belles esclaves, de sensibles veuves, de chevaux fougueux et d'armes étincelantes. Assurément, nous ne prétendons pas que les compétiteurs du prix d'Argenteuil aient jamais ambitionné choses pareilles, à l'exception peut-être de chevaux qui ne feraient pas mal à plusieurs, en y ajoutant même une voiture. Mais entre des présents homériques et un simple compliment, quelque flatteur qu'il soit, la différence est un peu forte, et nous serions fort étonnés si tout le monde en dehors l'Académie, particulièrement les concurrents, n'était pas de notre avis.

Nous consignons ici, tel qu'il nous a été rapporté, le résultat définitif de la délibération qui a occupé trois comités secrets. Nous avions grand désir d'en apprendre davantage ; mais si grande est la discrétion de ces messieurs, même envers leurs amis, qu'il est impossible de montrer moins de confiance à la membrane du tympan d'un honnête homme. On saura donc que le petit récit auquel nous allons nous livrer est le résultat d'une combinaison laborieuse de notre esprit bâtie avec des bruits en l'air, des conjectures sur un mot, un clin d'œil, un hochement de tête, une expression de physionomie, un rien enfin, et nous prions instamment le lecteur de le tenir pour un franc commérage.

Nous supposons donc que, dans lesdits comités secrets, l'Académie s'est divisée en deux camps. Les uns voulaient qu'on distribuât le prix, mais partagé, affirmant que si aucun candidat ne s'était placé hors ligne, plusieurs avaient rendu à la pratique des affections urétro-vésicales des services incontestables ; que certaines maladies contre lesquelles on échouait à l'époque du legs, mieux connues aujourd'hui dans leurs conditions étiologiques et anatomiques, étaient

La première chose à exécuter, selon nous, serait de faire une anatomie de l'urètre, non pas comme elle existe dans nos traités de l'anatomie du cadavre, mais une anatomie de l'urètre comme il est sur le vivant, une anatomie physiologique.

Viendraient ensuite l'étude des causes extérieures, *distincte* des causes organiques des rétrécissements, et la détermination du mécanisme physiologique au moyen duquel les premières se résolvent dans les secondes. Cette partie conduirait à la véritable anatomie pathologique des rétrécissements, celle qui apprend, non pas les apparences extérieures, mortes, de la lésion, mais son mode d'évolution, ses changements successifs, son siége immédiat et la nature particulière de sa constitution.

Cette double étude préliminaire constituerait la base scientifique de la vraie nosologie des rétrécissements urétraux.

Appliquant les principes généraux fournis par la physiologie pathologique et l'étiologie générale des coarctations urétrales, considérées comme nous venons de le faire, il s'agirait d'en établir, décrire et caractériser les espèces différentes, non plus d'après leur *siége*, mais d'après leur *nature* véritablement différentielle, c'est-à-dire celle de leurs *causes essentielles*, lesquelles conduisent implicitement à la notion du siége, puisqu'elles le décident.

Passant au traitement, il s'agirait moins d'énumérer, de décrire, de perfectionner les méthodes, ou même d'en inventer de nouvelles, que de spécifier les conditions de nature et de temps, de degrés, de leur emploi. Cette analyse philosophique serait nécessairement précédée de l'étude physiologique et expérimentale de l'action des différents moyens, considérés dans leurs rapports avec la nature des obstacles à vaincre, et de leur action immédiate et consécutive sur ces obstacles.

Si un travail conçu d'après ce programme n'avait pas immédiatement pour effet de rationaliser l'art, il aurait au moins l'avantage de le purger de toutes ces méthodes empiriques, basardeuses, dont le moindre inconvénient est de faire payer leur bienfait possible par l'arbitraire certain de leurs applications; il aurait surtout l'avantage de fournir à la science les démonstrations sérieuses dont elle a manqué jusqu'ici, et aux malades les garanties qu'ils sont en droit de lui demander.

MALADIES VÉNÉRIENNES.

STATISTIQUE ANALYTIQUE DE CENT SOIXANTE-SIX OBSERVATIONS DE SYPHILIS SECONDAIRE, RECUEILLIES A L'HÔPITAL DE LOCK PENDANT LES ANNÉES 1838 ET 1839; SUIVIE DE REMARQUES; par M. HENRI LEE. (LONDON JOURNAL OF MEDICINE, septembre 1849.) — Traduit et annoté par M. DIDAY.

Je me suis efforcé, dans le travail suivant, d'éclairer certains points relatifs à l'histoire de la syphilis, dans les cas où le traitement des accidents primitifs n'a pu réussir à prévenir le développement des symptômes secondaires. Dans ce but, j'ai recueilli et noté, aussi exactement que les circonstances me l'ont permis, toutes les observations d'affections secondaires qui se sont présentées à l'hôpital de Lock durant la plus grande partie des années 1838 et 1839. En analysant ces cas et en signalant les différentes causes probables qui ont fait échouer le traitement des phénomènes primitifs et la fréquence comparative de la syphilis à la suite de l'administration ou de l'omission du mercure, quelques résultats pratiques importants se dessineront, je l'espère, aux yeux du lecteur.

Pour tenir compte de cette double influence, il est nécessaire de comparer entre elles des classes de faits qui soient semblables.

Or, afin d'y parvenir, j'ai divisé ces observations en celles où l'induration caractéristique existait et celles où elle n'a pas été constatée. Chaque catégorie comprend en sous-ordre les cas traités sans mercure et ceux où ce métal a été administré. Ce dernier relevé ne porte que sur des hommes, parce que les affections primitives peuvent être connues chez eux avec plus de certitude dans leurs antécédents.

Dans les cas de chancre induré, le bubon a existé 61 fois sur 100 lorsqu'on a donné du mercure, et 41 fois sur 100 quand on s'est abstenu d'employer ce médicament. La conclusion à tirer de ceci est que si le mercure est administré inefficacement, de manière à ne pas déraciner le mal de la constitution, il favorise la formation du bubon. On voit donc que le même remède qui provoque l'absorption de l'induration spécifique, dispose à la transmission du virus par les absorbants. Le but de l'épanchement de lymphe autour de l'ulcère et son mode de traitement deviennent ainsi d'un intérêt pratique eu égard à l'absorption du poison vénérien; et ce qui a lieu sous ce rapport est parfaitement analogue à ce qui se passe en d'autres parties du corps. Lorsque l'effusion de lymphe circonscrit une plaie accidentelle, on sait combien les vaisseaux absorbants deviennent rarement enflammés. Je conclus de ceci que l'effusion de lymphe autour des ulcères vénériens est un essai de la nature pour limiter les progrès de la maladie (1), et que lorsqu'on empêche cette effusion, ou quand elle ne s'effectue point, le poison trouve une voie de pénétration par les absorbants plus fréquemment que dans d'autres circonstances. Ainsi l'absence de bubon a été constatée 53 fois sur 100 dans les cas de chancre induré traité sans mercure, et 26 fois seulement sur 100, dans le chancre non induré et traité sans mercure.

Les circonstances qui favorisent l'effusion de lymphe au pourtour des ulcères vénériens sont les mêmes que celles qui accompagnent le plus souvent l'éruption papuleuse. La proportion dans laquelle cette forme d'éruption a été notée après les chancres indurés, non influencés par le traitement, est de 47 pour 100, tandis qu'elle n'arrive que 17 fois sur 100 après les chancres non indurés. L'influence du mercure a paru évidente, car l'éruption papuleuse, quand ce remède a été donné, n'a pas éclaté la moitié aussi souvent à la suite des chancres indurés que lorsque le malade a fait un traitement mercuriel.

La fréquence relative des diverses formes d'éruption peut être établie de la manière suivante : la papuleuse et la squammeuse s'observent beau-

(1) Si c'est, en réalité, un essai de la nature, il faut avouer qu'elle n'aurait guère sujet de se féliciter du résultat, puisque la syphilis constitutionnelle, qui est une preuve indéniable d'absorption, s'observe à la suite de tous les chancres indurés. Il paraît du reste que M. Lee n'appelle bubon que les engorgements suppurés ou tout au moins enflammés; sans cela il ne noterait pas l'absence de bubon 53 fois sur 100 chancres indurés, quand il est reconnu de tout syphilographe, depuis les travaux de Ricord, que l'induration des glandes inguinales accompagne constamment le chancre induré. Dans ce sens, il y a donc toujours bubon quand il y a induration.

guéries presque à coup sûr; et que ces extensions de la thérapeutique étaient déjà passées dans la pratique des chirurgiens, dans celles même de plusieurs juges du concours. Les autres opinaient pour que tous les travaux fussent déclarés ou insuffisants en eux-mêmes ou dépourvus d'invention, et c'est pour mitiger la crudité de la résolution qu'ils proposaient d'octroyer des mentions honorables. Dans le débat qui s'est engagé, les partisans de cette opinion n'ont pas passé d'une main très-délicate les plaies de certains candidats; pure habitude de chirurgiens familiarisés avec le cautère actuel, le bistouri et les moules. Nous avons dit que c'est le second système qui a prévalu. Quant à adjuger le prix intégral à un seul candidat, personne ne l'a proposé, que nous sachions.

La CHRONIQUE a déjà eu l'occasion de dire son avis sur la question (1846, p. 888). Ce que personne n'a trouvé proposable, elle l'a trouvé obligatoire. Certaines dispositions du testament d'Argenteuil, les termes formels, attestent manifestement chez le testateur l'intention que le prix ne soit pas morcelé. Il accorde la longue période de six ans pour assurer davantage l'invention d'un perfectionnement notable *dans les moyens curatifs des rétrécissements de l'urètre*. Et comme il peut arriver néanmoins que ce perfectionnement ne se produise pas, l'emploi des fonds est spécifié d'avance; ils iront à *l'auteur du perfectionnement le plus important apporté au traitement des autres maladies des voies urinaires*. Le Code civil n'est pas moins impératif; il dispose, dans son article 900, qu'*il n'y a de conditions impossibles dans les donations entre-vifs ou par testament que les conditions contraires aux lois et aux mœurs*; et cette disposition, il l'étend ailleurs aux donations faites *au profit des établissements d'utilité publique*, comme est, nous le présumons, l'Académie nationale de médecine.

Ajoutons que le jurisconsulte distingué, auquel la commission du prix avait demandé avis sur cette difficulté légale, l'a résolue dans le même sens que nous; à ses yeux l'insuffisance des travaux ne pouvait être invoquée à l'appui du partage.

Voilà donc le principe. Il peut se faire qu'il offre des difficultés d'application, qu'il expose à des rémunérations exagérées, intempestives; nous sommes, pour tout dire, enclins à le penser. Seulement, à la différence de la majorité de l'Académie, nous n'en concluons qu'une chose, l'utilité qu'il pourrait y avoir à reviser la matière de façon à mieux concilier le respect de la loi et des vœux du testateur avec les intérêts de la justice et les susceptibilités fort naturelles de la dignité scientifique.

Mais à quoi bon tant de paroles? Nous dissertons depuis une heure, et nous oublions une circonstance en vertu de laquelle les partisans de la mention honorable, que nous nous mêlons de morigéner, se trouvent avoir fait précisément la chose du monde la plus sensée, et aussi la plus spirituelle. Une mention honorable, cela ne se palpe pas chez le caissier, et c'est en ce moment un précieux avantage pour l'Académie. On parle de distribuer les fonds d'Argenteuil. Il n'y a qu'un malheur : c'est qu'il n'y a pas de fonds d'Argenteuil. Grand Dieu! et où sont-ils passés? Les aurait-on donnés à l'inventeur d'un remède contre le cho éra? Ce n'est pas probable. M. Burdin les aurait-il empruntés pour acquitter le prix promis à la première somnambule qui lirait dans une boîte fermée? Nous vous garantissons qu'il n'en est rien. Non, les fonds sont tout simplement compromis dans une faillite. Placés chez un banquier en déconfiture, on ne sait

coup plus fréquemment après des chancres auxquels on n'a opposé qu'un traitement local; la pustuleuse et la tuberculeuse apparaissent après l'administration du mercure. On a longtemps soupçonné que le genre d'éruption qui survient suit des lois déterminées et bien définies, quoique les recherches pathologiques n'aient pas réussi jusqu'à présent à préciser les circonstances capables d'influencer ce résultat. Le fait suivant, vraiment inattendu, révèle clairement l'existence de cette loi, bien qu'il ne dévoile que très-imparfaitement le mystère qui préside aux causes mêmes du phénomène. On voit, par la section du tableau concernant les chancres indurés traités au mercure, que l'éruption papuleuse est dans la même proportion par rapport à la pustuleuse que la squammeuse l'est à la tuberculeuse.

La régularité avec laquelle ces chiffres se présentent d'eux-mêmes est telle que si l'on donne les trois premiers d'entre eux, une simple *règle de trois* indiquera très-exactement le quatrième terme. Ainsi voilà ce que fournissent, sous ce rapport, le calcul et l'observation :

Papules.		Squammes.		Pustules.		Tubercules. Par l'observation.		Par le calcul.
7	:	4	::	11	:	6	|	6,28

L'ingénieuse hypothèse sontenue par quelques chirurgiens éminents que l'espèce de l'ulcère primitif influe sur l'éruption secondaire, doit être regardée comme ayant été basée sur l'observation, malgré de nombreuses exceptions et malgré les divergences des médecins sur la manière de l'expliquer. Les faits mentionnés ci-dessus montrent qu'une connexion semblable existe entre les espèces particulières de chancre et les espèces particulières de symptômes secondaires; mais elles apprennent indubitablement que ceux-ci sont les effets communs des mêmes causes. Elles font voir que les mêmes conditions de l'organisme qui engendrent promptement la lymphe autour d'un chancre produisent aussi tôt la lymphe par laquelle se trouvent constituées les lésions de la syphilis secondaire. Elles établissent enfin que le mode de traitement de l'affection primitive a un effet très-marqué sur la forme sous laquelle la syphilis constitutionnelle se présente; de sorte qu'un chirurgien qui est dans l'usage de traiter d'une certaine façon quelques espèces de chancres peut directement devenir la cause de production d'un genre spécial d éruption à la suite de ces chancres (1).

En cherchant à tirer du tableau qui va suivre des conclusions relativement à l'action du mercure, il ne faut pas oublier qu'il est composé exclusivement de cas dans lesquels le traitement n'a pas empêché la maladie d'envahir toute l'économie. Et nous voyons que, dans de telles circonstances, le mercure non-seulement produit un mauvais effet sur la constitution, mais encore agit d'une manière fâcheuse sur l'affection locale. En tenant compte de la durée moyenne du chancre, telle qu'elle est relatée dans le premier tableau, nous trouvons que le résultat est en faveur du traitement non mercuriel. Nous pouvons ainsi suivre les effets préjudiciables du mercure (quand il est donné en vain) à chaque période de la maladie, et la grande question se présente par conséquent d'elle-même : « Comment peut-on déterminer si le mercure produit ses bons ou ses mauvais résultats? Quand peut-on espérer qu'il agira comme un remède contre la maladie? Quand doit-on craindre qu'il devienne un poison pour l'économie ? »

Les circonstances suivantes, notées dans les observations dont il s'agit, sont quelques-unes des principales de celles qui se rencontrent pendant le traitement des affections primitives, et qui empêchent le mercure de produire son action légitime et sur la constitution et sur la maladie.

Sur 32 des 166 cas, trois semaines ont été la plus longue période de temps pendant laquelle le mercure fut continué (1),

Dans 19 cas, le mercure ne produisit pas d'effet marqué sur l'économie.

Dans 11 cas, ses effets furent violents ou plus grands qu'il n'était désirable (2).

Dans 4, les patients furent exposés pendant leur traitement au froid ou aux variations de température.

Dans 2, les intestins furent dérangés durant l'administration du mercure.

Dans 3, le traitement subit des interruptions.

Dans 10, le mercure fut pris irrégulièrement.

Dans 7, on ne commença le mercure que longtemps après l'apparition du chancre (3).

Dans un enfin, l'éruption syphilitique apparut trois semaines après le début du traitement; l'action syphilitique avait par conséquent envahi l'organisme avant que l'effet du mercure se fût opéré.

(1) L'exemple que l'auteur choisit est, en effet, très-capable de faire juger du sort que mérite cette nouvelle réhabilitation de la théorie surannée de Carmichaël. Mais la preuve, selon nous, déposerait dans un sens entièrement contraire à celui que M. Lee lui prête. Il est rare qu'un médecin d'hôpital ne suive pas par système ou par routine, un même traitement pour tous les chancres. D'après l'hypothèse de M. Lee, il ne devrait par conséquent observer sur les maladies constitutionnelles qui se développent à l'hôpital qu'une ou deux espèces de symptômes secondaires. Or nous pouvons affirmer qu'il n'en est rien, et que les différences, sous ce rapport, tiennent bien plus à la période de l'affection constitutionnelle qu'aux caractères et au traitement du chancre primitif.

(1) Ce renseignement, ainsi donné vaguement par un partisan du mercure, pourrait conduire le lecteur à de fausses conséquences, s'il n'était complété. D'après le tableau même de M. Lee, nous voyons que sur 166 malades affectés d'accidents secondaires, 83, c'est-à-dire la moitié, avaient pris du mercure pendant la durée du chancre. Or de ces 83, 32 à la vérité n'avaient pas continué le traitement au delà de trois semaines. Mais il faut remarquer (ce que M. Lee semble omettre à dessein de faire ressortir) :

1° Que sur ces 32, 15 avaient fait le traitement pendant les trois semaines complètes;

2° Que sur les 83 (dont ces 32 font partie), 38 avaient pris du mercure beaucoup plus longtemps, savoir : 8 durant un mois, 5 durant 35 jours; 8, de 40 à 42 jours; 7, 50 jours; 4, deux mois; 3, deux mois et demi; 1, trois mois; 1, quatre mois, et 1 davantage encore. Voici donc 38 individus dont le traitement mercuriel avait été suffisamment prolongé pendant l'évolution du chancre primitif, et qui cependant ont présenté des accidents constitutionnels.

(2) Ces deux classes d'exclusion laissent par trop percer le parti pris de trouver n'importe où des motifs pour expliquer comment le mercure n'a pu prévenir la vérole constitutionnelle.

(3) La remarque précédente est encore applicable à toutes ces dernières restrictions. Il est bien positif que d'aussi légères infractions ne peuvent empêcher le mercure de produire son effet; et par le fait, on voit qu'il opère tous les jours la guérison des accidents secondaires, même alors que les malades prennent froid, ont du dévoiement, un peu de salivation, etc. Si donc il n'a point prévenu la vérole constitutionnelle, ce n'est pas qu'il ait été mal donné ou mal supporté : c'est simplement parce qu'il ne possède en aucune manière cette puissance dont on s'obstine si gratuitement à le douer. — Il faut remarquer en outre que plusieurs de ces causes d'exclusion s'appliquent nécessairement au même individu; car s'il en était autrement, si chacune des catégories précédentes concernait des malades différents, on peut voir, en faisant l'addition, que cela produirait 89 mercurialisés durant le chancre, tandis que le tableau de M. Lee n'en compte que 81.

---

trop encore ce qu'on pourra en retirer. Et le fâcheux de l'affaire, c'est que ce mode de placement avait été interdit par le donataire, homme avisé, comme on peut voir; de telle sorte que si le prix avait été accordé, c'est l'Académie qui aurait pu être actionnée en justice par son lauréat! Et voila pourquoi nous trouvions tout à l'heure spirituelle et sensée l'invention des mentions honorables.

— Qui l'eût dit, que la limonade au citrate de magnésie se ferait un jour traîner devant les tribunaux? On assure que la médecine Leroy, quand il lui advient pareille mésaventure, se trouve souvent en présence de juges dont elle a l'habitude d'émouvoir les entrailles... en sa faveur, et qui naturellement ne lui veulent pas de mal. La médecine Leroy est pourtant une affreuse drogue, amère et nauséabonde. Quelle devra donc être la tendresse des magistrats pour ce doux, ce blanc, cet appétissant citrate, dont pas un sans doute n'ignore les agréments! Mais il ne faut pas trop s'y fier; la justice est incorruptible, un peu plus même que la limonade purgative, et si la conscience parle, serviteur. C'est comme remède secret que ladite limonade a maille à partir avec M. le procureur de la république. L'inventeur, poursuivi, en vertu de la loi de germinal an XI sur l'annonce et la vente des remèdes non inscrits au Codex, est venu demander à l'Académie protection pour sa philanthropie et son commerce opprimés. Il ne s'agissait pas moins que d'un certificat d'innocence à délivrer. M. Robinet s'en est acquitté avec un dévouement confraternel; puis, agrandissant la question, conformément d'ailleurs à la demande du ministre de l'intérieur, il a proposé un moyen de lever la difficulté inhérente à la définition du remède secret, définition d'après laquelle un remède connu, publié, entré dans la pratique universelle, est réputé secret par la loi tant qu'il n'est pas inscrit au Codex. Ce moyen consiste à publier immédiatement une formule officielle de tout nouveau remède trouvé bon par l'Académie, et de provoquer, en ce qui le concerne et par voie de décret, une autorisation spéciale du président de la république.

Il importe, un membre l'a fait remarquer avec raison, de séparer ici deux questions bien distinctes; la question de principe et la question particulière. Nous sommes de ceux qui trouvent bon que tout inventeur, pharmacien ou autre, tire de sa découverte des avantages personnels; nous admettons encore que la définition du remède secret aurait de sérieux inconvénients, si l'exercice de la pharmacie n'était réglé que par la loi de germinal; mais cette loi a été complétée par des décrets impériaux, en 1805, en 1810, et il y aurait à voir si ces décrets ne suffisent pas, notamment le dernier, à sauvegarder les intérêts des inventeurs. Comme la question doit revenir prochainement devant l'Académie, par suite du renvoi des conclusions à la commission, nous nous dispenserons de l'examiner aujourd'hui. Nous le répétons seulement, nous sommes pour toute disposition qui assurerait à toute découverte un bénéfice légitime. Mais nous estimons en même temps que l'ingérence de l'Académie dans les conflits particuliers ne saurait être trop réservée. La découverte d'un remède — sans vouloir apprécier ici le mérite de celle qui est en cause — ne confère pas absolument le droit de l'exploiter par toutes voies et moyens, *per fas et nefas*. S'il arrivait, par exemple, que la vente du remède fût accompagnée de prospectus où la médecine tînt plus de place que la pharmacie, où l'on portât des indications thérapeutiques fausses et arbitraires, où la crédulité publique fût trompée par l'appât de guérisons impossibles, ne serait-il pas fâcheux que tout cela pût se faire sous le

Ces cas, ajoutés aux 75 dans lesquels le mercure ne fut pas administré pendant la maladie primitive, n'en laissent que deux où la principale cause de l'insuccès du traitement du chancre primitif ne peut être signalé ; et même, dans ces deux cas, l'inefficacité du traitement mercuriel n'est rien moins que démontrée. Dans l'un, en effet, le patient dit qu'il avait pris 4 pilules par jour durant quatre mois ; dans l'autre, quatorze mois s'étaient écoulés entre l'époque de l'emploi du mercure et le jour où le malade fut reçu à l'hôpital.

Lorsque, sur un si grand nombre de cas de syphilis constitutionnelle, nous trouvons une si minime proportion de sujets qui aient été entièrement soumis à un traitement mercuriel convenable, nous sommes, ce semble, autorisé à conclure qu'après un traitement suivi régulièrement, la maladie persiste bien rarement. On peut donc soutenir, en principe, que lorsqu'une influence mercurielle douce a été continuée environ un mois peu de temps après l'invasion du chancre, et qu'elle n'a été contrariée par aucune des causes énumérées ci-dessus, les cas où des symptômes secondaires se manifestent ensuite sont très-rares. Des exceptions se présentent dans la pratique ; mais si l'on tient compte des causes qui ont pu les produire, elles tendent plutôt à confirmer qu'à invalider la règle. La plus fréquente cause d'insuccès, après celle qui consiste dans une administration de durée insuffisante, est probablement l'oubli de régler les doses du remède d'après ses effets ; car il est beaucoup de médecins qui cherchent dans la quantité de métal donnée, et non dans l'influence qu'il exerce sur l'organisme, le *criterium* de l'action qu'ils se proposent de mettre en jeu (1).

M. Pearson donne comme résultat de son expérience, basée sur près de vingt mille cas, qu'on peut se fier au mercure pour guérir la syphilis lorsqu'on n'a que cette maladie à combattre ; et c'est pour moi une grande satisfaction que de voir les résultats de la présente statistique confirmés par une telle autorité. La conclusion à laquelle m'ont conduit les considérations précédentes est que le mercure agit défavorablement quand il n'est pas donné en quantité ou d'une manière convenable, mais que, dans le cas contraire, on doit y avoir foi pour la cure de la syphilis.

	Bubon.	Pas de bubon.	Pas d'indication de bubon.	Éruption papuleuse.	Éruption pustuleuse.	Éruption squammeuse.	Éruption tuberculeuse.	Taches cuivrées.	Ulcères du gosier.	Lésion du gosier sans mention d'ulcères.	Pas d'histoire de l'ulcère primitif.	Ulcère avec induration caractéristique.	Ulcère non caractérisé.	
Dans ces 166 cas il y a eu.	78	55	33	41	15	60	30	19	63	17	20	67	79	(2)
Dans 31 de ces cas, observés sur des hommes, où le chancre primitif était induré et fut traité par le mercure.	19	11	1	7	4	11	6	4	14	5				
Dans 17 de ces cas (hommes) où le chancre n'est pas donné comme induré et fut traité par le mercure.	7	9	1	8	2	5	2	2	5	2				
Dans 21 de ces cas (hommes) où le chancre n'est pas donné comme induré et fut traité par le mercure.	8	5	8	4	3	3	5	4	8	0				
Dans 19 de ces cas, où le chancre n'est pas donné comme induré, et fut traité sans mercure.	10	5	4	3	1	10	1	1	10	2				
Ainsi, sur 48 cas (hommes) présentant l'induration caractéristique, il y a eu.	26	20	2	15	6	16	8	6	19	7				
Sur 40 cas où l'on n'a pas noté d'induration.	18	10	12	7	4	13	6	5	18	2				
Dans 52 cas où l'ulcère primitif fut traité par le mercure.	27	16	9	11	7	14	11	8	22	5				
Dans 36 cas où l'ulcère primitif fut traité sans mercure.	17	14	5	11	3	15	3	3	15	4				

(1) Même en faisant toutes les défalcations que M. Lee énonce, *et qui ne nous semblent rien moins que justifiées*, nous trouvons encore, comme il le dit, des exceptions à cette règle de la vertu préservatrice du mercure. Leur nombre est même assez considérable, puisqu'il ne s'élève pas pour ces malades à moins de 18. Voilà donc 18 individus, ayant commencé l'usage du mercure peu de temps après le début du chancre, l'ayant continué plus d'un mois, en ayant convenablement, c'est-à-dire ni trop ni trop peu ressenti l'influence, n'ayant mis dans son emploi ni irrégularité ni intermittence. C'est une classe d'élite ; et s'ils sont frappés de vérole, vous devez *à priori* renoncer à excuser le mercure, puisque aucune des fins de non-recevoir que vous venez de prodiguer ne trouverait ici son application. Et cependant ils ont subi, nonobstant le prétendu prophylactique, l'intoxication constitutionnelle ! Et ses effets n'ont été chez eux ni retardés d'un jour ni amoindris pour le nombre ou pour l'étendue, ou pour la gravité des lésions ! Est-ce bien là, je le demande, le cas de dire que l'exception confirme la règle ?

(2) Ces trois derniers chiffres n'expriment ni d'une manière exacte, ni d'une

patronage, même très-indirect, de l'Académie ? Et, en thèse générale, nous l'engageons fort, si elle croit devoir proposer à l'autorité une mesure avantageuse pour les inventeurs de remèdes, de profiter de l'occasion pour stipuler quelque bonne disposition restrictive concernant l'abus des privilèges.

Hasarder de telles remarques, c'est faire preuve, nous sommes bien nise qu'on s'en aperçoive, d'un courage magnanime. On a pu voir, le jour du rapport, qu'il ne faisait pas bon se piquer à messieurs les pharmaciens. Un membre, enfant d'Esculape, connu par une jalousie féroce à l'endroit de la dignité professionnelle, s'était permis une timide observation sur le danger des privilèges pharmaceutiques ; il peut dire s'il a été rembarré de la bonne manière, lui et le corps médical tout entier. Un pharmacien nous a fait savoir que nous n'étions pas trop blancs, et que, s'il lui plaisait d'*analyser* toutes les taches de notre robe doctorale, il en découvrirait de belles ! Heureusement les médecins de la compagnie étaient, pour le moment, en charmante humeur. On s'est contenté de rire.

— Mais les pharmaciens ont beau dire : si noirs que nous soyons, le gouvernement nous porte dans son cœur. La preuve, c'est qu'il ne peut se décider à nous imposer la patente. C'est du moins l'avis de la commission du budget. Nous serons imposés de concert avec les autres professions libérales, sur un tableau spécial et séparé, sans assimilation aux autres professions. L'impôt sera évalué au quinzième des valeurs locatives. Il y aurait bien quelque chose à dire sur cette nouvelle forme d'impôt, qui cesse d'être proportionnel et devient progressif pour une certaine classe de citoyens ; mais nous sommes bons princes, et nous reconnaissons très-volontiers qu'elle est infiniment moins inique et moins vexatoire que la patente. Le caractère de la patente est d'être assise sur une recette réalisée ; c'est une sorte d'impôt du gain. Appliquée au médecin, à l'avocat, elle repose souvent sur une illusion. Le marchand qui achète une boutique acquiert en même temps l'achalandage ; il a une recette assurée et immédiate. Le prix de sa boutique, il le retrouve en se retirant des affaires. Fonde-t-il de toutes pièces sa maison ? il a un double avantage, celui de n'avoir rien déboursé et celui de vendre ce qu'il n'a pas payé. La position de médecin est toute différente. Sa boutique à lui, c'est son diplôme, lequel ne comporte pas le moindre client, et ne procure pas de quoi vivre avant plusieurs années. Ce diplôme, il l'a payé très-cher, et qui plus est, il l'a payé à l'État. Qu'il exerce ou non, qu'il demeure ou se retire, l'État ne lui rend rien, et, s'il cherche à se dédommager par la vente de sa clientèle, la loi ne reconnaît pas le marché. Voilà l'équité de la patente appliquée aux médecins. En les imposant au quinzième de la valeur locative, on les gratifie d'une charge exceptionnelle, mais dans des conditions telles qu'ils peuvent la réduire à volonté, en abaissant le prix de leur loyer. Ce n'est pas toujours facile ni indifférent au point de vue professionnel ; ce ne sera pas même beaucoup plus économique, à égalité de logement, que le système de la patente ; mais il y aura néanmoins une ressource ouverte au praticien commençant. Ajoutons que la nouvelle forme d'impôt est plus conforme que l'ancienne à la dignité des professions libérales.

— Il y a une différence entre la forme et le fond, l'apparence et la réalité, les qualités et la substance, le titre de membre de l'ordre du Nicham et la décoration du Nicham. Voilà ce que deux professeurs de l'École de médecine viennent, dit-on, d'éprouver à leurs dépens ; nous l'affirmons du moins pour l'un d'eux. M. Rostan réunissait, l'autre jour, à sa table une guirlande de sommités

Appendice. — Un autre résultat des recherches de M. Lee mérite d'être signalé, bien qu'il ne l'ait point énoncé d'une manière formelle. Sur 123 de ses 166 malades, on a pu savoir indubitablement combien de temps après l'invasion du chancre primitif les premiers symptômes constitutionnels se sont manifestés.

Or, sur 117 de ces 123 cas, les symptômes constitutionnels ont apparu dans les six mois expirés à partir du début du chancre, et dans un espace de temps qui, calculé en moyenne, donne pour chacun d'eux onze semaines.

Sur les 6 malades dont les accidents constitutionnels ont tardé au delà de ce terme à se déclarer, 2 les ont eus au bout de neuf mois; 2 au bout de dix; 1 à douze; le dernier à dix-huit mois.

Donc la règle, émise par M. Ricord, que les premiers accidents secondaires se manifestent dans les six mois écoulés depuis le moment de l'infection, se trouve démontrée vraie pour l'immense majorité des cas.

Si l'on entre dans les détails, on trouve que, sur les 123 sujets, 81 ont eu les phénomènes constitutionnels dans les trois premiers mois du chancre, et 42 du troisième au sixième mois.

— Un autre fait assez significatif est le suivant. Chez 102 de ces malades actuellement atteints de syphilis constitutionnelle, on a pu avoir des renseignements positifs sur le traitement fait par eux à l'époque des accidents primitifs. De ces 102, 60 n'avaient point pris de mercure; et 42 en avaient pris, tous plus de quinze jours, et durant un temps qui, terme moyen, a été de plus de six semaines. Or, l'espace écoulé entre le début du chancre et la manifestation des symptômes secondaires a été en moyenne, pour la première catégorie, de douze semaines et une fraction de 583; pour la seconde catégorie, il a été de 14,381. Le mercure n'aurait donc retardé l'évolution de la maladie que de onze à douze jours. C'est si peu qu'on trouvera, je crois, plus logique d'attribuer cette différence à quelques circonstances fortuites et indépendantes du traitement.

— Le mercure, donné pendant le chancre *induré*, empêche-t-il les accidents secondaires d'apparaître? C'est là une question que je serais assez porté à résoudre par la négative. Les résultats de M. Lee, confirmant ceux de ma propre expérience, montrent en effet des cas nombreux de syphilis secondaire survenue chez des individus qui avaient été soumis au mercure pour un chancre induré.

Il y a plus: le médicament administré à cette période, ne *retarde* même pas sensiblement la manifestation constitutionnelle. Sur 21 sujets ayant pris du mercure pour le chancre induré (l'ayant continué tous plus de trois semaines, et chacun, terme moyen, quarante-cinq jours), les symptômes secondaires se sont déclarés après treize semaines; tandis que sur 27, également affectés de chancre induré, mais qui ne l'avaient pas traité par le mercure, les symptômes secondaires sont venus après onze semaines. Cette différence sera, bien certainement, jugée insignifiante; mais, dût-elle même être considérée comme produite par le mercure, elle ne mériterait assurément pas qu'on s'exposât, en vue d'un si mince avantage, aux inconvénients sérieux d'un traitement mercuriel fait à cette période de la maladie.

façon complète ce qui a eu rapport au chancre induré pour ces malades. En effet, si, comme je l'ai fait, on compulse attentivement l'histoire de ces 166 individus (que nous n'avons pu transcrire ici faute d'espace), on verra :

1° Qu'il y a 70 — et non pas 67 — chancres indurés.

2° Que dans 58 cas, en effet, il n'est pas indiqué si le chancre était induré ou non. Mais le soin que M. Lee met à mentionner l'induration quand elle existait, ainsi qu'à signaler dans une classe spéciale les cas où l'histoire du chancre primitif n'est pas arrivée à sa connaissance, fait bien présumer que la plupart de ces 58 n'étaient pas indurés.

3° Que, pour 6 de ces individus, il est formellement spécifié dans le texte (ce dont l'auteur n'a pas tenu compte dans son résumé général) que le chancre primitif n'était *nullement induré*.

Il ressort de cette analyse que le chancre induré est l'origine la plus fréquente de la syphilis constitutionnelle, mais que le non induré peut aussi, quoique moins souvent, lui donner naissance.

Une autre conséquence intéressante, et que l'auteur a négligé de mettre en lumière, a rapport à la fréquence comparative des chancres indurés dans l'un et l'autre sexe. L'école de M. Ricord nie (mais elle est la seule à nier) que l'induration se rencontre plus ordinairement chez l'homme que chez la femme. Or, dans le relevé de M. Lee,

Sur 71 chancres observés chez des femmes, 19 étaient indurés;
Sur 95 chancres observés chez des hommes, 51 étaient indurés;

ce qui donne : pour la femme, l'induration est au chancre simple dans la proportion de 1 à 3,736; pour l'homme, dans la proportion de 1 à 1,862.

En d'autres termes, la femme ne l'offre que dans un peu plus du quart des cas; l'homme y est sujet dans plus de la moitié.

Et cependant, on sait que la syphilis constitutionnelle n'est pas plus rare dans un sexe que dans l'autre. Donc, évidemment le chancre induré n'en est pas, seul, le point de départ.

CHIRURGIE PRATIQUE.

NOTE SUR UN NOUVEAU MOYEN DE GUÉRIR LA RÉTROVERSION DE L'UTÉRUS; par M. Amussat (1).

Malgré ce que j'avais dit à l'Académie dans la séance du 6 novembre dernier sur la possibilité de redresser d'une manière permanente l'utérus en état de rétroversion, on n'a tenu aucun compte de mon assertion basée sur des faits, puisqu'on a affirmé que nous ne possédions aucun moyen d'obtenir la guérison permanente des déviations de l'utérus. Je viens aujourd'hui démontrer par le raisonnement et surtout par des faits la réalité de ce que j'ai avancé. En donnant à ma pensée plus de développement, je serai peut-être mieux compris.

Faire adhérer le col au vagin par la cautérisation de deux surfaces opposées, en détruisant la muqueuse, tel est le but que je me suis proposé.

Cette opération est des plus simples, et ne détermine que peu ou point de douleurs.

Comme effet primitif, les deux muqueuses du col et du vagin sont détruites, et comme effet consécutif, il s'établit des adhérences entre ces

(1) La discussion sur les maladies de l'utérus ayant été close dans la séance du 23, avant que M. Amussat, qui était inscrit, ait pu prendre la parole, nous croyons cependant devoir reproduire la note qu'il devait lire sur un des points les plus importants du débat.

artistiques, littéraires et scientifiques. Un message arrive de la part de M. l'ambassadeur de Turquie, portant (si ce ne sont les termes, c'est le sens): « Monsieur, j'ai l'honneur de vous informer que S. M. le sultan a daigné *vous accorder la décoration de l'ordre du Nichum, etc.* » La décoration étant connue pour une des plus riches du monde, chacun de se pencher pour la voir; mais hélas! pas la plus petite parcelle de diamant dans le message! La *décoration* était une figure, une figure orientale, pour signifier le titre, le parchemin. Le désappointement n'a pas été faible. M. Rostan a déclaré qu'il allait adresser ses réclamations à la Porte, et il est probable qu'il se fait en ce moment un échange de notes entre les deux cabinets, nous parlons du cabinet turc et du cabinet de M. Rostan.

— Qui ne connaît le marquis de ***, un petit homme un peu courbé, face légèrement enluminée, cheveux gris, chapeau passablement défoncé, habit bleu à queue, pantalon bleu, gilet bleu, le tout râpé à plaisir, employant douze heures par jour à errer par les rues, les deux mains dans ses poches, la tête penchée en avant, en butte aux taquineries des gamins et des cochers de fiacre? Ce singulier personnage, jouissant d'une certaine fortune, consulte journellement tous les praticiens en renom de Paris, pour une foule de maladies imaginaires. L'anecdote suivante, dont nous affirmons l'authenticité, donnera une idée du degré auquel est poussée cette manie. Un chirurgien des hôpitaux *faisait*, comme on dit, *le cabinet* de deux collègues absents ou malades. A dix heures du matin, notre marquis se présente rue du Regard; au lieu du maître de céans, il trouve son suppléant, et le consulte pour une cataracte à venir. A midi, il est quai Voltaire; le maître est encore absent, et le suppléant, n'est autre que celui qu'il vient de quitter; n'importe, il le consulte cette fois pour une pierre possible. Au sortir de là, savez-vous chez qui il se rend? Chez le chirurgien même qui était sa fatalité depuis le matin. Il avait conçu quelques scrupules sur le résultat des deux premières consultations, et venait pour les lever. Il ne faut pas oublier d'ajouter, pour être juste envers lui, qu'il ne demandait rien *gratis*.

— Monument a Larrey. — On achève en ce moment, dans la cour de l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, devant l'aile gauche des bâtiments qui règnent des deux côtés du portail de l'église, le piédestal qui doit supporter la statue en bronze de l'illustre chirurgien Larrey. Ce piédestal, de marbre blanc, est d'une forme élégante, quoique d'une apparence un peu grêle; il est supporté par un soubassement de granit gris. Dans chacune de ses quatre faces seront encastrés des bas-reliefs de bronze, dont les sujets seront empruntés aux traits principaux de la vie de l'homme illustre dont le dévouement à la science fut égal à celui qu'il portait à l'humanité.

La statue de Larrey doit être solennellement inaugurée dans le courant du mois d'avril prochain.

— L'Académie des sciences tiendra, lundi prochain 4 mars, sa séance publique annuelle. M. Flourens y lira l'Éloge de M. Benjamin Delessert, l'un des dix associés libres de l'Académie.

deux parties. De plus, la paroi postérieure du vagin étant raccourcie, le col, qui y adhère, ne peut plus être entraîné en avant; l'équilibre se rétablit, c'est-à-dire que le fond de l'utérus tend à reprendre sa situation normale.

Avant tout, je dois rappeler les termes dont je me suis servi à l'Académie dans la séance du 6 novembre dernier pour faire connaître mes idées. (Voir BULLETIN DE L'ACADÉMIE, 15 novembre 1849, page 146.)

« Malgré les travaux des modernes sur ce sujet (la rétroversion et l'antéversion de l'utérus) et les moyens nombreux qui ont été proposés pour remédier à ces deux genres de déplacements, on est encore très-peu avancé. Un seul moyen m'a réussi contre la rétroversion dans l'état de vacuité de l'utérus, c'est la cautérisation de la face postérieure du col pour le faire adhérer à la paroi supérieure du vagin et obtenir le redressement de l'organe. »

Je maintiens cette proposition qui est déjà établie sur un assez grand nombre de faits et quelques-uns de nos confrères ici présents ont constaté, sur plusieurs de mes malades, le résultat que je viens d'énoncer, c'est-à-dire que des femmes affectées de rétroversion de l'utérus et qui avaient été traitées sans succès par tous les moyens ordinaires (ceintures, éponges, pessaires de toute espèce, etc.), ont été guéries par le moyen que j'ai indiqué.

Ces faits répondent à M. Paul Dubois, qui a dit dans la seconde partie de son résumé, BULLETIN DE L'ACADÉMIE, page 395 :

« Les inflexions de l'utérus constituent presque toujours des *états pathologiques incurables*, et, à mon avis, les ressources de la thérapeutique à leur égard sont impuissantes ou dangereuses. »

Un principe d'anatomie pathologique, sur lequel on s'est appuyé pour combattre ma proposition, c'est que les muqueuses ne peuvent pas adhérer ensemble par un simple travail inflammatoire : cela est incontestable ; mais si j'obtiens le résultat que je viens d'indiquer, c'est que par la cautérisation de deux muqueuses opposées et contiguës, je produis une ulcération légère d'où résultent, par le travail de cicatrisation des adhérences solides et permanentes entre les deux surfaces de la muqueuse du col et du vagin.

L'inefficacité des moyens nombreux et variés qui ont été imaginés pour remédier à la rétroversion de la matrice dans l'état de vacuité, l'impuissance de la chirurgie bien constatée, m'avaient déterminé depuis longtemps à chercher les moyens de guérir cette infirmité rebelle et souvent insupportable.

Enfin le hasard ou plutôt l'observation de la nature m'a conduit au moyen d'obtenir le redressement permanent de l'utérus en état de rétroversion. Je dis l'observation de la nature, parce que j'ai constaté plusieurs fois des adhérences et des brides qui s'étaient formées entre l'utérus et le vagin à la suite d'inflammations ou d'ulcérations spontanées, ou par le séjour longtemps prolongé de pessaires qui avaient déterminé l'ulcération du vagin et du col, ou enfin à la suite de cautérisations de la lèvre postérieure.

Je me rappelle, entre autres faits, les deux suivants :

OBS. I. — Madame ... était affectée depuis longtemps d'une rétroversion avec ulcération du col. Après la guérison de cette ulcération survenue à la suite de fortes cautérisations qui avaient surtout porté sur la lèvre postérieure et la paroi correspondante du vagin, je reconnus des brides à la face postérieure du col et du vagin, et je constatai, à mon grand étonnement, que le col était redressé, que madame ..., à laquelle je voulais appliquer un pessaire, n'en avait plus besoin. Enfin, elle avait été guérie de sa double maladie par le seul effet de la cautérisation pratiquée pour détruire l'ulcération et nullement pour remédier au déplacement de l'utérus.

OBS. II. — Une dame anglaise, qui avait un abaissement de la matrice, ou plutôt une rétroversion, ce qui me paraît plus probable d'après les symptômes, fut guérie fortuitement par l'adhérence du col à la paroi postérieure du vagin. On constate, en effet, une bride entre ces deux parties, bride qui s'est formée consécutivement à l'application d'éponges imbibées d'extrait de saturne.

Ces deux faits et plusieurs autres du même genre ont éveillé mon attention et m'ont fait espérer qu'en imitant la nature je parviendrais, dans les cas de rétroversion, à faire adhérer ensemble le col et le vagin par une ou plusieurs cautérisations.

Les faits suivants confirment la proposition que j'ai établie.

RÉTROVERSION DE L'UTÉRUS DANS L'ÉTAT DE VACUITÉ; ÉROSIONS EXTÉRIEURES ET INTÉRIEURES DU COL; ANTÉCÉDENTS DE FAMILLE RELATIVEMENT AU CANCER; CAUTÉRISATION DIRECTE DES ÉROSIONS ET CAUTÉRISATION DE LA FACE POSTÉRIEURE DU COL ET DU VAGIN; ADHÉRENCES ENTRE CETTE PARTIE ET LA PAROI CORRESPONDANTE DU VAGIN; CESSATION DE TOUS LES ACCIDENTS LOCAUX ET GÉNÉRAUX.

OBS. III. — Madame C..., âgée de 41 ans, d'un tempérament nerveux et lymphatique, mariée à 25 ans, a éprouvé vers l'âge de la puberté les symptômes ordinaires de la chlorose; elle a fait une fausse couche à quatre mois, à la suite d'une forte commotion morale, et elle a eu une seconde grossesse qui est arrivée à terme. A la suite de l'accouchement, on s'est aperçu qu'il existait un écartement très-prononcé de la ligne blanche. La mère de madame C... est morte d'un cancer de l'estomac, et sa sœur a été opérée d'un cancer du sein qui a déjà récidivé.

Depuis longtemps madame C... éprouvait de la difficulté à digérer, des maux de cœur fréquents, des palpitations; elle avait aussi beaucoup de pertes blanches, des douleurs dans les cuisses, dans les aines, des maux de reins qui ne lui permettaient pas de marcher sans en éprouver de suite une très-grande fatigue. La menstruation a toujours été régulière et assez abondante.

Traitée d'abord en province, puis à Paris, où son état avait été considéré par un médecin distingué comme étant produit surtout par une dyspepsie, elle continuait à éprouver les symptômes que nous avons énumérés lorsqu'elle vint nous consulter, le 9 juin 1848.

Je constatai par le toucher vaginal que le col était abaissé, placé en avant du côté du pubis et assez entr'ouvert pour permettre facilement l'introduction de la première phalange du doigt indicateur. Le fond de l'utérus était gros, sensible et porté en arrière. Par le spéculum je vis que le col était gros, rouge et le siége d'érosions peu profondes, s'étendant dans la cavité de cette partie.

Il s'agissait donc, comme on le voit, d'une rétroversion de l'utérus compliquée d'engorgement du col et du corps de cet organe et d'érosions intérieures et extérieures du col.

Je commençai par appliquer dans le vagin des éponges fines; elles furent supportées sans trop de gêne et elles permirent à madame C... de marcher avec moins de difficultés. Néanmoins, dans l'espoir d'activer la guérison, je remplaçai bientôt les éponges par un pessaire.

Deux mois environ après l'usage de tous ces moyens qui avaient déjà produit quelque amélioration, mais qui laissaient subsister la rétroversion, je cautérisai les érosions à plusieurs reprises, et afin de redresser le col, je le cautérisai plusieurs fois à sa partie postérieure ainsi que la partie correspondante du vagin, pour obtenir par un travail inflammatoire et ulcératif la formation de brides ou d'adhérences dans ces points.

Par ce moyen, il s'est formé des brides dans le cul-de-sac postérieur du col, brides qui retiennent cette partie et l'empêchent de se porter du côté du pubis.

La marche est devenue facile; les fonctions de l'estomac se sont considérablement améliorées. Enfin madame C.... n'éprouve plus aucun des accidents dont elle se plaignait lorsque je l'examinai pour la première fois.

Le 12 novembre 1849, j'ai revu madame C... avec le docteur Amédée Latour, qui a constaté le résultat obtenu par la cautérisation, c'est-à-dire des brides qui se sont formées entre le col et la partie postérieure du vagin et qui retiennent l'utérus vers ce point.

Ce fait est très-remarquable sous plusieurs rapports :

1° Il prouve que l'état local, c'est-à-dire le déplacement de l'utérus et les érosions du col, avaient profondément modifié l'état général, et amené du côté des fonctions digestives des désordres graves. En effet, tous les accidents ont cessé lorsque la guérison du déplacement et des érosions a été obtenue.

2° Il prouve que, par la cautérisation directe avec le caustique solidifié de potasse et de chaux, les érosions ont entièrement disparu, ainsi que l'écoulement vaginal.

3° Il prouve que la soudure ou l'adhérence du col à la paroi postérieure du vagin, survenue consécutivement à la cautérisation pratiquée dans ces points, a remédié infiniment mieux à la rétroversion que tous les moyens médicaux et mécaniques auxquels on avait eu recours jusqu'alors.

4° Enfin ce fait confirme mes idées sur la possibilité d'arrêter dans leur marche et leur développement les *affections cancéreuses du col de l'utérus*, lorsqu'on emploie un caustique puissant comme celui de potasse et de chaux solidifié, dont les bons effets se confirment journellement dans la pratique. Dans ce cas, des antécédents de famille devaient faire craindre le développement de cette maladie, puisque déjà il existait des érosions du col. Mais comme je dois m'occuper prochainement de ce point d'une manière spéciale, je m'arrête dans les réflexions étendues dont ce seul fait pourrait être le sujet au point de vue de la curabilité des affections cancéreuses commençantes dont j'ai déjà parlé dans la discussion.

RÉTROVERSION DE L'UTÉRUS DANS L'ÉTAT DE VACUITÉ, ACCOMPAGNÉE DE SYMPTÔMES GRAVES ET D'HYSTÉRIE; TRAITEMENT PALLIATIF IMPUISSANT; CAUTÉRISATION DE LA LÈVRE POSTÉRIEURE DU COL ET DE LA PARTIE CORRESPONDANTE DU VAGIN; ADHÉRENCES SOLIDES ENTRE CES DEUX PARTIES; CESSATION DES ACCIDENTS; GUÉRISON.

OBS. IV. — Madame G...., âgée de 30 ans, éprouvait depuis six ans une série d'accidents qu'on avait considérés comme étant produits par une *affection nerveuse* et traités en conséquence sans aucun succès. Il lui semblait parfois que ses entrailles voulaient sortir de son corps; elle éprouvait à chaque instant des défaillances, et tout ce qui l'impressionnait désagréablement lui causait aussitôt des envies de vomir. L'estomac était très-souvent distendu par des gaz; l'appétit nul ou bizarre; ce qui paraissait bon aujourd'hui était trouvé détestable le lendemain, etc. La moindre pression de la région épigastrique était insupportable, et madame G... ne pouvait conserver sa robe agrafée. La nuit, le drap de son lit lui semblait trop lourd.

A la suite de la moindre marche, une lassitude extrême se faisait sentir, et madame G... se tenait presque toute la journée étendue sur un canapé.

La menstruation était douloureuse et souvent retardée de deux et même trois mois.

Divers traitements avaient été suivis, et aucun soulagement n'en était résulté.

Le 13 juillet 1847, madame G... vient me consulter pour la première fois. Je constate par le toucher une rétroversion de l'utérus qui explique la plupart des symptômes que je viens de décrire.

Le col est sain, mais un peu volumineux.

Je conseille des cataplasmes dans le vagin pendant la nuit et une éponge pendant le jour, ainsi qu'une ceinture hypogastrique. Sous l'influence de ces moyens employés jusqu'au 23 octobre, les accidents nerveux deviennent moins forts et moins fréquents. La marche est un peu plus facile, mais l'estomac accomplit toujours difficilement ses fonctions; à cette époque, le col est abaissé, porté en avant et entr'ouvert; il ne présente aucune altération. Je fais pratiquer des frictions sur la région épigastrique avec de l'huile de croton-tiglium, je conseille des bains sulfureux, un vésicatoire sur la région épigastrique, et plus tard des douches dans le vagin et dans le rectum.

Le 1er décembre, les règles ayant de la difficulté à couler, ainsi que cela arrive presque constamment à chaque époque menstruelle, madame G... prend des fumigations d'eau chaude et se met des sinapismes aux cuisses.

Elle éprouve souvent encore des étouffements et des spasmes hystériques.

Le 22 décembre, madame G.... quitte Paris et n'y revient que le 10 août suivant (1848). La rétroversion est plus forte qu'elle ne l'était au mois de décembre dernier, bien que madame G... ait pris des bains de mer et porté pendant longtemps une ceinture. des éponges et un pessaire. Nous convenons de reprendre l'usage de ces moyens, et en cas d'insuccès, de recourir à la cautérisation de la partie postérieure du col. Mais après avoir fait part de mes idées à madame G..., elle désire que ce dernier moyen soit employé de suite à l'exclusion des autres.

Le 12, je pratique avec le caustique de potasse et de chaux solidifié, une cautérisation en arrière du col; quelques jours après, il se manifeste déjà un changement très-favorable dans les fonctions digestives. Madame G... peut manger sans dégoût, regarder des figures ou des choses qui lui étaient désagréables, sans en éprouver des maux de cœur comme autrefois. Les défaillances cessent aussi de jour en jour.

Le 27 septembre suivant, l'utérus est réduit de volume; je fais en arrière du col une seconde cautérisation avec le même moyen.

Le 11 novembre 1848, madame G... se trouve très-soulagée depuis quelque temps. Je constate, à l'aide du toucher et du spéculum, une bride demi-circulaire sous le col; cependant je crois devoir pratiquer une troisième cautérisation dans le même sens. A partir de cette cautérisation, madame G... a pu remettre son corset qui lui était insupportable depuis longtemps, et l'amélioration a fait des progrès rapides.

Le 23 janvier 1850, madame G... n'éprouve plus, depuis un an passé, les gonflements d'estomac qu'elle avait autrefois et qui lui étaient insupportables; elle marche facilement et pendant longtemps sans se fatiguer. Elle est enfin dans un état de bien-être qu'elle ne connaissait plus depuis près de six ans.

Je constate par le toucher que le col est adhérent à la paroi postérieure du vagin. Dans ce point, existe une bride de plus d'un centimètre de long, bride sur les côtés de laquelle se trouve un cul-de-sac.

Par le spéculum je vois que le col est entr'ouvert, légèrement rouge dans quelques-uns de ses points, surtout vers la lèvre postérieure, et je vérifie ce que le toucher vient de me faire reconnaître, c'est-à-dire la bride et le cul-de-sac.

Le 14 février 1850, la guérison ne s'est pas démentie.

Madame G... nous écrit ce qui suit:

« Depuis plus d'un an que la troisième et dernière cautérisation a été pratiquée, tous les symptômes de la maladie ont entièrement disparu; je marche et fais de longues courses, je mange toutes espèces de choses, même des fruits, qui me faisaient toujours mal autrefois; je suis redevenue à peu près ce que j'étais il y a six ans, etc. »

M. le docteur Mélier, notre honorable collègue, a constaté par le toucher la bride que nous venons de décrire.

J'aurais pu citer beaucoup d'autres faits analogues; mais j'ai préféré choisir ceux qui ont été observés par quelques-uns de nos collègues, ceux surtout qui datent déjà de plusieurs années et ne laissent, par conséquent, aucun doute sur la permanence de la guérison.

Les faits plus récents et non moins concluants se trouveront relatés dans un mémoire que je me propose de publier prochainement sur la rétroversion de l'utérus dans l'état de vacuité, et qui fera suite à celui que j'ai publié en 1843, sur ce genre de déplacement dans l'état de grossesse.

Je ne décrirai pas longuement ici le procédé de cautérisation pratiqué dans le but de faire adhérer ensemble le col et le vagin, je dirai seulement qu'il suffit d'appliquer le caustique de potasse et de chaux solidifié sur la lèvre postérieure seulement, d'essuyer très-légèrement et de placer en avant du col quelques tampons de linge, afin de déterminer le contact de cette partie avec la paroi postérieure du vagin. Alors le caustique qui n'a pas été absorbé par la lèvre postérieure du col, agit encore avec assez de force pour ulcérer légèrement le vagin et permettre la formation d'adhérences entre ces deux parties.

Dans quelques cas, j'ai fait la cautérisation transcurrente du cul-de-sac vaginal ou de la paroi postérieure du vagin dans la crainte que l'excédant de caustique, appliqué sur la lèvre postérieure, ne fût insuffisant pour agir avec assez de force sur le vagin. Mais comme la rétroversion est souvent accompagnée d'engorgement du col et du corps de l'utérus, et que d'ailleurs le déplacement peut être entretenu par l'engorgement, il suffit dans ces cas de cautériser la lèvre postérieure du col pour obtenir en même temps et le dégorgement et le redressement de l'organe.

Si plus tard la guérison était moins complète que par des adhérences établies entre la lèvre postérieure et la paroi correspondante du vagin, et s'il existait encore des symptômes indiquant un déplacement, il faudrait poursuivre le traitement et le compléter par la cautérisation de la lèvre postérieure du col et de la paroi correspondante du vagin afin d'obtenir le redressement permanent de l'utérus par des adhérences solides.

Quelques personnes ont pensé que ces adhérences ou brides pouvaient déranger les fonctions de l'utérus. Je n'ai rien observé de semblable, au contraire, je n'ai constaté que des avantages. Ainsi, des femmes affectées de rétroversion et qui n'avaient jamais eu d'enfants, sont devenues enceintes peu de temps après la guérison du déplacement de l'utérus par des adhérences entre le col et le vagin; la grossesse est arrivée à terme sans le moindre accident. On comprend, en effet, que dans cette circonstance, l'enclavement de l'utérus était devenu impossible, ce qui ajoute encore aux avantages de la guérison de la rétroversion. Enfin, j'ai constaté souvent que la menstruation en général difficile dans les cas de rétroversion, reprenait son cours régulier et facile après le redressement de l'utérus par le moyen dont j'ai déjà parlé si souvent.

En résumé, d'après les faits que j'ai cités et d'après beaucoup d'autres que je possède, je crois pouvoir dire que la possibilité de redresser d'une manière permanente l'utérus en état de rétroversion est un fait acquis à la science et à la pratique.

Le moyen d'obtenir ce résultat qu'on avait jusqu'à présent vainement cherché à atteindre, consiste à faire adhérer ensemble la partie postérieure du col et la paroi correspondante du vagin en détruisant la muqueuse par la cautérisation superficielle avec le caustique solidifié de potasse et de chaux.

Plus tard, je publierai les résultats que j'ai obtenus pour l'antéversion, les latéro-flexions, la chute et l'inversion de l'utérus.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

II. REVUE MÉDICALE.

Les numéros de novembre et décembre 1849 contiennent les travaux originaux suivants: 1° *Le choléra au pénitencier de Tours en juillet 1849*; par M. Huot. 2° *De l'admission des indigents des campagnes aux hôpitaux*; par M. Verger. 3° *Du service médical des indigents des campagnes*; par les docteurs Chauvin et Verger. 4° *Quelques symptômes des affections du cœur*; par M. Baron. 5° *Recherches sur les causes de la phthisie pulmonaire, et sur les moyens de la prévenir*; par M. Turck.

QUELQUES SYMPTÔMES DES AFFECTIONS DU COEUR; par le docteur BARON.

Ayant reconnu, pendant son internat à l'hôpital Saint-Louis, que beaucoup de malades envoyés à cet établissement pour y être traités de *douleurs* présentaient en même temps les signes d'une maladie fonctionnelle ou organique du centre circulatoire, M. Baron se mit à rechercher s'il n'y aurait pas un rapport direct entre les deux ordres d'affections, et, en cas d'affirmative, si les maladies du cœur et des gros vaisseaux ne se lieraient pas en outre à des symptômes nerveux autres que les douleurs et siégeant en différentes parties du corps. Et en effet, sa conjecture a été vérifiée par l'expérience en ce qui concerne les *crampes*, les *frémissements*, les *engourdissements*, *l'augmentation de la contraction musculaire*, les *inquiétudes* et les *pulsations*.

Voici les particularités propres à chacun de ces symptômes.

Les *douleurs*, différentes des vraies douleurs rhumatismales, dont tout le monde connaît d'ailleurs la relation avec les affections du cœur, ont des caractères variables: ce sont des élancements, un sentiment de brûlure, une sensation comparable à celle que ferait éprouver un coup de lardoir ou l'introduction d'un instrument acéré dans les tissus, des picotements, des tiraillements, un sentiment d'arrachement, de brisure ou seulement d

lassitude; chez un malade il y avait exaltation de la sensibilité cutanée. Ces divers genres de douleur ont des siéges de prédilection : ainsi les *élancements* se font sentir aux genoux, à la partie postérieure et externe des cuisses, aux parties postérieure et antérieure des jambes, à la région lombaire, aux épaules, à la région antérieure du thorax, sur les parties latérales du cou, dans le ventre, au niveau des articulations des membres. La sensation de *brûlure* se développe surtout soit au niveau des articulations des membres, soit au niveau de leur partie moyenne; les douleurs *térébrantes* aux aines, sur le trajet des cordons, au niveau de l'urètre; les *picotements* à la plante des pieds; la *brisure* aux articulations des membres, surtout aux genoux; les *tiraillements* sur la continuité des membres inférieurs.

Les *crampes* se font sentir le plus souvent dans les membres inférieurs; moins fréquemment aux membres supérieurs, à la région du maxillaire inférieur; parfois au cou, au niveau des joues, au dos, à la région antérieure du tronc, ou sur le trajet de l'urètre.

Les *frémissements* sont surtout accusés aux membres inférieurs, vers les articulations tibio-tarsiennes, ainsi qu'aux régions sternale et précordiale. Une sensation du même genre, assez commune, est celle d'un liquide froid circulant dans les membres.

C'est ordinairement aux membres inférieurs ou supérieurs, ou aux quatre membres à la fois, que les sujets rapportent les *engourdissements*.

Les *augmentations de contractilité* se traduisent par des contractures non douloureuses, de la roideur dans les membres, quelquefois des secousses dans les membres.

Les *inquiétudes*, caractérisées par un besoin irrésistible de mouvoir certaines parties du corps, sont fréquentes; elles occupent principalement les membres, surtout les inférieurs.

Enfin un assez bon nombre accusent des *pulsations* aux genoux, aux mollets, aux épaules, aux parties latérales du cou, aux tempes, aux environs des oreilles, au dos.

De ces différents symptômes, qui tantôt se présentent isolément, tantôt se succèdent ou se combinent de diverses façons, les uns sont provoqués ou aggravés par la marche : tels sont les élancements ou les douleurs; d'autres, comme les engourdissements, le sont par le repos. Ces phénomènes se sont offerts à M. Baron dans toutes les conditions sociales, chez des jeunes gens, des adultes et des vieillards, un peu plus fréquemment chez les femmes que chez les hommes. Ils ont coïncidé souvent avec des affections organiques du cœur, mais souvent aussi avec de simples palpitations. Tantôt ils avaient précédé la maladie du centre circulatoire; tantôt ils s'étaient développés en même temps qu'elle; d'autres fois enfin ils n'avaient apparu que consécutivement.

A quelle cause rapporter ces accidents? L'auteur fait remarquer que M. Littré, dans le DICTIONNAIRE DE MÉDECINE, mentionne l'engourdissement dans les affections du cœur, et l'attribue à la congestion encéphalique; puis il se demande pourquoi, s'il en est ainsi, l'engourdissement n'augmente pas avec la maladie du cœur et diminue même quelquefois vers la fin, et il finit par conjecturer que les symptômes décrits plus haut pourraient bien dépendre d'une congestion de la moelle. Avant d'en venir à l'examen de cette question étiologique, il est bon d'être d'abord fixé sur l'existence et la valeur séméiologique des symptômes en question.

Or, nous le déclarons tout de suite, ils existent réellement dans les affections du cœur, et bien qu'on ne puisse les supposer, vu leur fréquence, ignorés des praticiens, les traités de pathologie oublient à peu près complétement de les mentionner. Mais il faut ajouter qu'on les retrouve dans bien d'autres maladies où le centre circulatoire n'est pas intéressé. Quoi de plus commun, par exemple, que les différentes formes de douleurs dans les affections intestinales chroniques? que les crampes, les *inquiétudes*, les frémissements, la sensation de froid dans une foule d'affections nerveuses? Voilà une circonstance dont il importe manifestement de tenir grand compte dans l'interprétation étiologique; car dès qu'il est bien avéré que ces symptômes peuvent s'offrir dans un grand nombre d'états pathologiques, le problème de leur origine se complique, et l'on se trouve placé entre ces deux alternatives : ou, ils reconnaissent une cause unique qui se retrouve dans toutes les affections où on les rencontre, ou ils peuvent procéder de causes diverses en rapport avec la diversité des affections qui les engendrent. Eh bien! il nous paraît évident que la condition étiologique (nous parlons de la condition matérielle) à laquelle on peut les rapporter ne saurait être la même dans toutes les maladies où ils se présentent, et que si cette condition unique existait, ce ne serait pas une congestion de l'encéphale ou de la moelle; car rien n'autorise à étendre cette supposition aux maladies qui ne consistent pas dans un trouble de la circulation. On n'est pas beaucoup plus disposé à accepter l'explication, même pour ce qui concerne uniquement les maladies du cœur; car il paraît bien vraisemblable, au premier abord, que les symptômes nerveux, assez différents les uns des autres, qui accompagnent ces maladies, n'émanent pas de la même cause matérielle. Que les engourdissements soient *ordinairement* produits par une congestion de la moelle, consécutive elle-même à un embarras de la circulation centrale, on le conçoit; qu'il en soit de même, *dans certains cas*, pour les douleurs ou les *inquiétudes*, on peut l'admettre encore; mais quand on sait dans combien de circonstances diverses se produisent ces derniers phénomènes, il n'est pas possible d'en faire abstraction complète, même quand il s'agit de déterminer uniquement l'influence des maladies du cœur. Si l'on voulait mettre une autre explication générale à la place de celle de M. Baron, on ne serait pas embarrassé. On pourrait invoquer soit l'impression d'un sang modifié dans sa composition sur les nerfs, soit le trouble de la circulation capillaire. Et même, à ce sujet, nous devons dire que, pour rendre pleine justice à M. Littré, il faut reconnaître qu'il n'a pas seulement indiqué les engourdissements et leur liaison avec les congestions encéphaliques, mais qu'il a encore insisté sur les *douleurs vives et irrégulières* (des membres), et qu'il rapporte en général les symptômes généraux des maladies du cœur (y compris ces douleurs) *à un trouble de la circulation*. (DICTIONN. DE MÉD., t. VIII, p. 235.)

Quoi qu'il en soit, le mémoire de M. Baron, dans sa partie pratique et substantielle, a le mérite d'appeler l'attention sur un ordre de faits peu étudié; et quant à la partie théorique, il est juste de faire observer qu'il la présente avec une extrême réserve, et sans y attacher une importance exagérée.

RECHERCHES SUR LES CAUSES DE LA PHTHISIE PULMONAIRE; par le docteur TURCK.

C'est une véritable théorie, une théorie chimique de la phthisie pulmonaire, qu'expose ici M. Turck, déjà connu par des travaux de la même nature sur la goutte. En voici la pensée fondamentale; on va voir qu'elle se relie aux questions les plus générales de la physiologie.

La vie animale, dit-il, à part ce qui tient à la génération, est le résultat de deux ordres de fonctions bien distinctes : les premières sont destinées à fournir de l'électricité : ce sont les fonctions de nutrition; les autres à dépenser cette électricité : ce sont les fonctions de relation. Dans les grands animaux, les fonctions qui dégagent l'électricité sont multiples. Les aliments forment d'abord, dans l'estomac, le chyme au moyen de la salive et du suc gastrique. Dans les intestins, c'est le suc pancréatique et la bile qui interviennent pour produire le chyle. Cette substance est bientôt portée dans le poumon, où elle se convertit en sang. Le sang prend là un excès d'oxygène en dissolution et l'entraîne aux extrémités du système artériel, où il se combine avec lui pour former de l'acide carbonique, de l'ammoniaque et de l'eau. Une partie de l'acide carbonique est combinée d'abord avec l'ammoniaque; une autre est entraînée en dissolution jusqu'aux poumons, où elle s'exhale dans l'atmosphère. Tous ces phénomènes, en se produisant, donnent lieu à la formation d'électricité; celle-ci augmente encore quand l'ammoniaque et les acides du sang se séparent plus ou moins complètement dans les sécréteurs de différents ordres.

Ces divers appareils sont placés dans le tissu cellulaire qui est *isolant*; mais ils communiquent entre eux et avec le cerveau au moyen des vaisseaux et des nerfs isolés eux-mêmes, et jouant le rôle de conducteurs humides. Enfin le cerveau a des communications semblables avec les organes des sensations et ceux du mouvement.

En étudiant maintenant l'étiologie de la phthisie pulmonaire, à la lumière de cette théorie, M. Turck a cru reconnaître que toutes les causes productrices de cette maladie aboutissaient à un effet unique, l'*amoindrissement prolongé de la respiration*. De là tout un système de prophylactique et de thérapeutique qui ne ressemble en rien à celui des autres auteurs. On en peut juger par les exemples suivants.

Pour la respiration complète, pour suppléer à ce qui lui manque chez certaines personnes, que faut-il? Conserver autant que possible dans le sang l'ammoniaque qui s'y forme, et en augmenter la quantité; car l'ammoniaque est ici le principe *utile*, et la preuve, c'est que l'acide carbonique est rejeté par la respiration. On satisfait à cette indication en respirant un air pur, circulant librement; en se promenant le long de grandes masses de végétation, le matin, au soleil, quand l'oxygène se dégage des plantes; en répandant de l'ammoniaque dans les appartements. Il faut aussi éviter les aliments végétaux, parce que l'ammoniaque formé dans le sang, s'il vient à rencontrer dans l'organe de l'hématose du sucre ou de la fécule, se combine avec elle pour refaire des matières azotées, et qu'ainsi il y a moins d'ammoniaque en circulation. Aussi le sang des carnivores est-il plus alcalin que celui des herbivores. C'est d'après les mêmes principes que l'auteur conseille d'activer les sécrétions acides et de faire entrer des alcalins dans le sang au moyen de la digestion, par exemple des sels végétaux à base de potasse, de soude ou d'ammoniaque.

Ces citations suffisent pour montrer ce qu'il y a d'ingénieux dans la théorie de M. Turck; il y manque la consécration d'expériences sévères et ré-

pétées. Quelques-unes des considérations sur lesquelles il s'appuie manquent d'exactitude : ainsi il invoque quelque part, en faveur de ses idées, la prédilection de la phthisie pour la jeunesse (depuis l'âge de 2 ans, dit-il, jusqu'aux limites de la jeunesse). Or il est avéré que l'âge privilégié de la phthisie est entre 20 et 40 ans. Il regarde comme avantageuse l'élimination des acides par les sueurs, et on ne voit pas que les sueurs énormes des phthisiques servent à autre chose qu'à les épuiser. Quoi qu'il en soit, nous avons cru devoir relater avec soin les idées d'un médecin distingué, sur une maladie qui fait aujourd'hui le désespoir du savant autant que du praticien.

III. JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES.

Les numéros d'octobre, novembre et décembre 1849 renferment les articles originaux suivants : 1° *De la méthode amovo-inamovible*; par M. Seutin. 2° *Des maladies endémiques de l'Algérie*; par M. Espanet. 3° *Du soufre sublimé contre le choléra*; par M. Lorié. 4° *De la méthode de traitement des fièvres intermittentes*, du docteur Boudin. 5° *Des indications respectives des opiacés et des évacuants en temps de choléra*. 6° *Potion de Durande; nouveau moyen de diagnostic des calculs biliaires*; par M. Martin-Solon. 7° *De la médication stimulante dirigée principalement sur la peau contre le choléra*; par M. Wernicki. 8° *Frictions d'huile de térébenthine dans les fièvres intermittentes*; par M. Maillier. 9° *Lettre sur les propriétés thérapeutiques de la belladone*; par M. Debreyne.

TRAITEMENT DES FIÈVRES INTERMITTENTES PAR L'ACIDE ARSÉNIEUX.

Cette note anonyme contient le résumé suivant d'expériences faites à l'hôpital militaire de Versailles, par M. Boudin, résumé favorable, comme on va voir, à l'emploi du mode de traitement préconisé par ce médecin. La forme sous laquelle a été administré l'acide arsénieux est la suivante : 25 milligrammes d'acide pour 25 grammes d'eau, avec 50 grammes de vin rouge ou blanc, à prendre en une ou plusieurs fois. Il est bon de rappeler que M. Boudin administre un vomitif au début et soumet le malade à une forte alimentation.

Du 1er janvier 1843 au 1er janvier 1846, 574 individus ont été admis à l'hôpital pour des fièvres intermittentes ; 142 qui n'avaient que des fièvres légères et dont la constitution n'était pas sensiblement altérée n'ont reçu que des vomitifs ou des soins hygiéniques. Les autres ont été traités par le sulfate de quinine (en dehors du service de M. Boudin) ou par l'acide arsénieux et les vomitifs.

Malades n'ayant pris ni quinine ni arsenic, 142 ; 8 récidives, soit 5,6 sur 100. — Traités par le sulfate de quinine, 111; 14 récidives, soit 12,5 sur 100. — Traités par l'acide arsénieux, 341; 10 récidives, soit 3,2 sur 100. — Traités par arsenic et quinine associés, 10 après récidive.

La note ajoute que plus du tiers des malades qui ont pris l'arsenic avaient été traités antérieurement par le sulfate de quinine. La durée moyenne du séjour à l'hôpital a été de trente jours pour les malades soumis à la médication quinique, et de 22 pour ceux qui ont pris l'arsenic.

Quoi qu'on puisse alléguer contre des résultats ainsi présentés en bloc, sans distinctions de cas autres que celle relative au degré du mal, il serait bien à désirer que l'arsenic fût expérimenté en grand dans la médecine civile. La médecine militaire, par ses représentan's les plus distingués, en a dit assez de bien pour qu'il soit permis au moins de l'essayer. Des expériences prudemment conduites ne seraient pas préjudiciables aux malades, et elles pourraient leur devenir utiles, ainsi qu'à la science.

POTION DE DURANDE; par M. MARTIN-SOLON.

La célèbre potion de Durande contre les calculs biliaires est composée de 10 grammes d'essence de térébenthine et de 15 grammes d'éther sulfurique. M. Martin-Solon vient d'en faire un essai fort heureux, en réduisant toutefois la dose d'éther, dans le but de la rendre plus laxative, chez un individu qui offrait tous les signes physiques de calculs dans la vésicule biliaire. Le sujet en prenait chaque matin deux cuillerées à café; il fut mis en outre à l'usage de trois pilules savonneuses par jour. Dès le lendemain eut lieu l'évacuation de cinq calculs biliaires. Les jours suivants, les selles n'amenèrent plus que des détritus de calculs. Quinze à vingt jours plus tard, le malade quitta l'hôpital dans un très-bon état de santé.

Voulant se rendre compte de l'action de la potion de Durande, M. Martin-Solon choisit trois des calculs du même malade, de volume et de poids à peu près semblables, et les mit, chacun à part, dans une petite éprouvette. Sur l'un, il versa de la mixture prescrite plus haut; sur le second, de l'éther; sur le troisième, de l'essence de térébenthine. Au bout de vingt-quatre heures d'immersion, le calcul plongé dans la mixture était en bouillie; celui qui était plongé dans l'éther était beaucoup moins ramolli; le troisième avait seulement ses molécules désagrégées.

La potion de Durande est un remède oublié aujourd'hui, du moins en France. Il suffira peut-être du récit qui précède pour engager les thérapentistes à l'expérimenter de nouveau. Nous les y engageons pour notre part.

IV. BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE.

(Octobre, novembre et décembre 1849.)

SUR L'HÉMORRHAGIE OMBILICALE APRÈS LA CHUTE DU CORDON ET SUR SON TRAITEMENT; procédé de M. P. DUBOIS.

A quelque époque que l'hémorrhagie survienne après la chute du cordon, on la voit parfois persister malgré l'emploi des moyens les plus rationnels. Les astringents styptiques, les agents compressifs échouent ordinairement; la cautérisation, qui, pour réussir, devrait être énergique et profonde, serait par cela même contre-indiquée.

Voici un procédé qui a suffi à M. P. Dubois pour se rendre maître du sang dans les cas les plus graves : c'est la ligature en masse du tubercule ombilical.

Il l'exécute de la manière suivante :

L'enfant est couché sur le dos, avec un oreiller sous les reins pour faire saillir l'abdomen. L'opérateur commence par introduire horizontalement de gauche à droite une épingle à bec de lièvre qui traverse les téguments à la base de l'ombilic; à l'aide d'une anse de fil passée au-dessous de cette épingle, il soulève les téguments; puis une autre épingle est introduite perpendiculairement à la première et au-dessous d'elle. Il fait ensuite plusieurs 8 de chiffre autour de chaque épingle, et, pour compléter la ligature, il entoure également de fil ciré la base de l'ombilic. L'hémorrhagie s'arrête immédiatement. Si, quelques heures après, on voit suinter un peu de sang par les angles de la plaie le long des épingles, il suffit de faire deux nœuds sur la peau qui entoure l'épingle pour voir le suintement s'arrêter. Peut-être réussirait-on tout aussi bien avec une couche de collodion sur la ligature et sur les piqûres. On peut enlever les épingles vers le quatrième ou le cinquième jour; mais il faut attendre que l'escarre se détache d'elle-même, et ne rien faire pour en hâter la chute.

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR LES LUXATIONS DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE; PROCÉDÉ NOUVEAU DE RÉDUCTION; par M. NÉLATON.

L'accord qui régnait entre les anciens auteurs classiques sur le mécanisme de ces luxations et la nature du déplacement qui les constitue, a été singulièrement troublé par les recherches modernes. On sait, en effet, que le condyle occupe, dans un abaissement tout à fait normal de la mâchoire, positivement la même place qu'on lui assignait autrefois comme indiquant une luxation bien caractérisée.

L'obstacle qu'on supposait au retour du condyle dans sa cavité n'est donc pas réel. Mais, en son absence, à quelle cause faut-il rapporter la difficulté qu'on éprouve à replacer l'os luxé? C'est ce point que le nouveau travail de M. Nélaton a pour but d'éclaircir.

L'apophyse coronoïde vient, quand la bouche est fermée, se loger dans l'excavation temporo-zygomatique. En avant, cette excavation est bornée par l'articulation du maxillaire supérieur avec l'os malaire. Or, à la partie inférieure de la suture qui résulte de la réunion de ces deux os, il existe un tubercule, variable selon les sujets, mais ordinairement assez saillant, limité en dedans par une échancrure formée par le bord mousse de l'apophyse malaire du maxillaire supérieur, et souvent en dehors par une petite fossette allongée, dont il sera question tout à l'heure.

Eh bien! si le déplacement après la luxation est permanent, ce n'est pas à cause de la saillie de la racine transverse de l'apophyse zygomatique, ni à cause de la contraction ou de la tension des muscles; c'est seulement parce que le sommet de l'apophyse coronoïde vient arcbouter contre l'angle inférieur et antérieur de l'os malaire, et se loger dans la petite fossette dont nous parlions il n'y a qu'un instant.

Ce n'est donc pas sur le condyle de l'os maxillaire qu'il fallait fixer l'attention pour trouver la cause qui rend le déplacement permanent, mais sur l'apophyse coronoïde et l'os malaire, puisque c'est dans la rencontre de ces deux os que réside presque tout entière la difficulté de réduire.

Dans la luxation d'un seul côté, le sommet de l'apophyse coronoïde vient se placer au-dessus du tubercule malaire. Le condyle du côté opposé reste dans la cavité glénoïde, où il n'éprouve qu'un mouvement de torsion.

M. Nélaton a pu constater la justesse de ces données dans le cas suivant : Une dame de 35 ans s'était luxé la mâchoire en bâillant. Appelé le lendemain, et après plusieurs tentatives déjà répétées inutilement, selon

l'ancien procédé, par deux confrères, M. Nélaton trouva les joues, les tempes, les lèvres œdématiées par les pressions exercées. Bouche entr'ouverte; arcades dentaires écartées d'un centimètre, les dents incisives du bas étant sur un plan antérieur à celles d'en haut. Il est impossible de rapprocher les mâchoires, mais on peut porter leur écartement jusqu'à 2 centimètres.

Ayant introduit dans la bouche le doigt indicateur de la main droite, M. Nélaton le porta sur le bord antérieur de l'angle de la mâchoire, de façon que la face palmaire du doigt, en suivant la saillie osseuse, parvînt jusqu'au sommet de l'apophyse coronoïde. Il put ainsi se convaincre que ce sommet était manifestement placé au devant de l'os de la pommette.

Ceci bien constaté, il fallait d'abord déterminer le relâchement des muscles de la mâchoire. On y parvint en engageant la malade à ouvrir la bouche. Le chirurgien profita de ce moment pour exercer une pression légère sur le sommet de l'apophyse coronoïde, laquelle s'enfuit en arrière et reprit sa place dans la fosse zygomatique. La malade rapprocha immédiatement les mâchoires et se trouva guérie.

Il était arrivé quelques jours auparavant à M. Nélaton de réduire, à l'hôpital, une luxation de la mâchoire, rien qu'en cherchant à constater la présence de l'apophyse coronoïde sur le bord de l'éminence malaire.

Le même chirurgien a, plus récemment, réduit une luxation de ce genre, contre laquelle l'ancien procédé essayé à plusieurs reprises avait échoué. Il a, cette fois, simplifié et perfectionné en même temps le *modus agendi*, en se plaçant derrière la tête du malade et se servant de l'extrémité des doigts indicateurs pour presser sur le bord antérieur des apophyses coronoïdes le plus haut possible, tandis qu'avec les pouces il prenait un point d'appui sur les régions mastoïdiennes.

Outre ces faits péremptoires, M. Nélaton a communiqué l'autopsie d'un malade atteint de luxation de la mâchoire et qui succomba à une pneumonie quatre jours après la réduction. Après la mort, on put très-facilement reproduire le déplacement de la mâchoire inférieure, et se convaincre par la dissection que l'apophyse coronoïde appuyait effectivement sur l'os de la pommette et constituait ainsi le principal obstacle à la réduction.

Les succès aussi nombreux qu'authentiques de l'ancien procédé sembleraient, au premier coup d'œil, militer contre l'explication de M. Nélaton. Mais l'objection n'est qu'apparente; car il est évident que si ce procédé a réussi, c'est parce qu'il réalisait (moins simplement et moins efficacement, à la vérité, que celui de M. Nélaton) l'acte de dégagement de l'apophyse coronoïde qui est le point capital à obtenir.

(*La fin au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 25 FÉVRIER.

L'Académie a procédé, dans cette séance, à la nomination d'un académicien libre, en remplacement de M. Francœur.

La commission chargée de préparer la liste de candidature a présenté la liste suivante: en première ligne, M. Minard; en deuxième ligne *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Bussy, Dubois (d'Amiens), Vallée.

Voici quels ont été les résultats du scrutin.

Nombre des votants, 60.

M. Bussy a obtenu	32 voix.
M. Minard	12
M. Vallée	11
M. Dubois (d'Amiens)	5

M. Bussy ayant obtenu la majorité, a été proclamé académicien libre.

VITESSE DE PROPAGATION DE L'AGENT NERVEUX DANS LES NERFS RACHIDIENS.

M. Helmholtz, professeur de physiologie à Kœnigsberg, adresse une note sur la vitesse de propagation de l'agent nerveux dans les nerfs rachidiens.

L'auteur a trouvé qu'il faut à l'irritation nerveuse, pour arriver du plexus sciatique au muscle gastrocnémien d'une grenouille, un espace de temps qu'il a cherché à évaluer au moyen d'une expérience dont voici le dispositif tel qu'il le décrit lui-même:

« Je fais entrer le plexus sciatique dans le circuit induit d'une double hélice à induction galvanique. Le muscle est disposé de manière à soulever, par sa contraction, un certain poids qui, pendant le repos du muscle, appuie par une pointe de platine sur une plaque dorée. Au moment où le circuit inducteur de la double hélice est interrompu, un courant instantané franchit le plexus sciatique et fournit l'irritation nerveuse. Mais, à l'aide d'un mécanisme particulier, il se fait qu'au même instant un autre circuit galvanique est établi à travers un galvanomètre, le poids suspendu au muscle et la pointe de platine en contact avec la plaque dorée. Ce nouveau circuit reste fermé jusqu'à ce que le muscle, en vertu de l'irritation du nerf, ait acquis la tension convenable pour enlever le poids, et pour opérer, par là même, la séparation de la pointe et de la surface métallique sur laquelle elle repose. La durée du courant admis à circuler dans ce circuit sera donc égale à la totalité du temps qui s'écoule entre l'irritation du nerf et l'action du muscle.

» C'est cette durée qu'il s'agit d'abord d'apprécier. Cela se fait aisément à l'aide de l'impulsion que le courant, dans son passage, imprime au barreau aimanté du galvanomètre. En ayant égard à l'instantanéité du courant, la grandeur de l'impulsion est prise comme mesure directe de sa durée. Connaissant alors la durée d'une oscillation du barreau aimanté et la grandeur de la déviation produite par le courant continu, on en peut tirer la durée d'un courant qui a produit une impulsion donnée.

» Les mesures ont été faites au moyen du miroir et du télescope. »

En opérant ainsi, M. Helmholtz est arrivé aux résultats suivants:

La distance entre les points irrités du nerf étant de 50 à 60 millimètres, l'irritation nerveuse a mis à parcourir cet espace 0,0014 à 0,0020 de seconde (60 millimètres parcourus en 0,0014 de seconde reviendraient à peu près à 43 mètres par seconde, 50 millimètres, ou environ 0,0020 à 25 mètres.

L'auteur a constaté en outre qu'à des températures basses correspondaient de moindres vitesses de propagation de l'agent nerveux.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE EXTRAORDINAIRE DU 23 FÉVRIER. — PRÉSIDENCE DE M. BRICHETEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

L'ordre du jour est la suite de la discussion sur les engorgements et les déviations de l'utérus.

ENGORGEMENTS ET DÉVIATIONS DE L'UTÉRUS.

M. Huguier revient sur la dernière argumentation de M. Velpeau, qui, de concessions en concessions, en est venu, dit-il, jusqu'à se trouver à peu près d'accord avec ceux de ses collègues avec lesquels il était le plus en dissidence. M. Velpeau admet, en effet, des engorgements secondaires ou consécutifs à d'autres affections. Or ces engorgements consécutifs n'exigent-ils pas, de même qu'une foule d'autres maladies chirurgicales également consécutives, des moyens de traitement particuliers? Et du moment qu'ils ont leurs indications thérapeutiques spéciales, n'exigent-ils pas, au même titre, qu'on les étudie et qu'on les envisage à part? Là est toute la question. M. Velpeau ne conteste pas cette conséquence, il y a donc accord presque complet à cet égard.

Mais là où cesse l'accord, c'est lorsqu'il s'agit d'engorgements essentiels. M. Velpeau ne veut, à aucun titre, les admettre. C'est sur ce point que revient M. Huguier, qui rappelle la définition qu'il a déjà donnée dans sa précédente argumentation des engorgements essentiels de la matrice, et qui insiste de nouveau sur leurs caractères et leurs signes diagnostiques.

Du reste, dit-il en terminant, les engorgements de l'utérus fussent-ils tous symptomatiques, du moment où ils demandent à être guéris et où pour les guérir il faut avoir recours à un ensemble particulier de moyens thérapeutiques, toute la question est résolue.

M. Récamier annonce qu'il se propose, dans cette séance, d'entretenir l'Académie d'une autre série de maladies de l'utérus, des productions anormales dont cet organe peut être le siége et des moyens de les constater.

Après un court préambule sur l'utilité du cathétérisme de l'utérus et sur les divers moyens de l'exercer, M. Récamier lit une longue série d'observations qui fournissent toutes des preuves à l'appui de ces trois points qu'il s'est proposé d'établir: l'existence de tuméfactions utérines, l'utilité de la compression dans le traitement de ces tuméfactions et la facilité avec laquelle la matrice supporte l'action des divers agents externes dont l'application peut être utile à la guérison des maladies qui l'affectent.

M. Dubois (d'Amiens) monte à la tribune et lit, pour M. Hervez de Chégoin, ce qui suit:

M. Dubois (d'Amiens) lit pour M. Hervez de Chégoin ce qui suit:

RÉPONSE A QUELQUES OBJECTIONS DE M. P. DUBOIS; par M. Hervez de Chégoin, rapporteur.

M. P. Dubois était membre de la commission nommée pour faire un rapport sur le mémoire de M. Baud; cependant, et selon l'usage, ce rapport a été l'œuvre d'un seul, et M. P. Dubois n'était point solidaire des opinions que j'ai pu y consigner.

M. P. Dubois, en effet, n'a point partagé ces opinions; non-seulement il ne les a point partagées, mais il les a combattues, les unes par le doute, les autres en mettant à leur place des opinions diamétralement opposées, malgré les faits que j'ai cités, malgré les témoignages que j'ai apportés.

Cette dissidence, du reste, ne m'est point exclusive, et si je n'étais juge et partie, je dirais que je n'ai pas été le seul à remarquer la tendance de notre honorable collègue à une opposition presque générale; peut-être ajouterais-je qu'il a reproché à la discussion des oublis dont elle n'est point coupable, et que, dans

quelques idées qu'il a soutenues, il ne s'est point souvenu lui-même qu'elles avaient été émises et défendues par d'autres longtemps auparavant.

En laissant passer sans réponse le résumé de M. P. Dubois, qui semble clore la discussion, ce serait faire tacitement l'abandon de mes opinions, reconnaître la prééminence de celles de M. P. Dubois, avouant ainsi l'erreur bien grande dans laquelle je marchais depuis si longtemps, *interprétant mal* les faits, comme il le dit lui-même, appliquant *banalement*, comme il le dit encore, des moyens inutiles ou dangereux, n'en *comprenant* point le mécanisme, qu'il explique en démontrant, dit-il, l'impossibilité des résultats, et consentant enfin, sans défense, à remplacer une expérience, assez longue déjà, par des théories, par des suppositions que n'a pu sanctionner l'expérimentation répétée par lui-même des moyens qu'il blâme si hautement.

Telle n'est point mon intention, telle n'est point non plus la conversion opérée en moi par le résumé de M. P. Dubois Je dirai même avec une forme opposée à mes habitudes : *Il n'y a point de milieu : il faut que la vérité soit d'un côté et l'erreur de l'autre ;* car la dissidence est complète, et je suis forcé de me demander pourquoi M. P. Dubois a pensé que de simples oppositions théoriques feraient taire des faits bien multipliés déjà, évidents, palpables et constatés par des hommes compétents et attentifs ; pourquoi M. P. Dubois persévère dans un scepticisme qui avait cours autrefois, il est vrai, dans les plus grandes hauteurs de la science.

Tels étaient, en effet, il y a vingt ans, les doutes du père de notre honorable collègue ; mais témoin de la vérité qu'il a touchée du doigt, il l'a reconnue loyalement. J'espère qu'un jour aussi l'occasion se présentera de la mettre sous les yeux de M. P. Dubois, et qu'avec non moins de loyauté qu'Antoine Dubois, il conviendra que je n'ai rien exagéré, que j'ai agi *rationnellement* et non *banalement*, et que le mémoire sur les déplacements de la matrice, inséré en 1833 dans le recueil de l'Académie, n'est point une erreur, n'est point une déception.

Pour ne point fatiguer l'Académie par des détails qu'elle connaît déjà, pour me soustraire moi-même à l'éloignement que nous éprouvons à *redémontrer* ce qu'on croit avoir suffisamment démontré, à prouver ce qu'on croit ne plus avoir besoin de preuves, je me bornerai à formuler brièvement, mais nettement et positivement, les opinions et conclusions que le résumé de M. P. Dubois m'oblige à rappeler ici.

Contrairement à l'opinion de M. P. Dubois, les rétroversions de la matrice ne sont point *incurables*.

Non-seulement, contre son opinion encore, leur *réduction complète* est possible, mais plus d'une fois cette réduction a été *exagérée*, transformée en *antéversion*, ramenée elle-même à une position naturelle par une modification du moyen contentif.

Pour arriver à cette *réduction complète*, il n'est pas nécessaire, comme le croit M. P. Dubois, de distendre douloureusement et dangereusement la paroi postérieure du vagin. Les craintes qu'il exprime sont la preuve incontestable qu'il n'a pas mis en œuvre, avec les conditions convenables du moins, les moyens qu'il blâme et qu'il repousse.

La réduction ne se fait pas subitement par l'application immédiate de l'instrument qui doit rester en place, mais lentement, dans l'espace de huit à dix jours, par un autre d'un petit diamètre, et qui chemine progressivement.

Il n'est pas même nécessaire, pour obtenir cette réduction complète, que la matrice soit poussée artificiellement jusqu'à son axe pour reprendre sa position naturelle ; il ne lui faut souvent qu'un peu d'aide pour y retourner elle-même. J'ai tant de fois été surpris de la facilité de ce retour dans les cas où je m'attendais à de grandes difficultés, que je ne désespère point avant d'avoir essayé.

Il y a lieu de croire que les ligaments ronds, impuissants à un certain degré de déviation, retrouvent une force suffisante à un degré moindre. C'est un fait qui m'a frappé quand la matrice a été réduite quelque temps, et qu'on la laisse retomber en retirant l'instrument, avec quelle promptitude quelquefois elle retourne à sa place. Il suffit ou de la soulever légèrement avec le doigt par son fond d'*arrière* en *avant*, ou d'appuyer d'*avant* en *arrière* sur son col revenu sous le pubis, pour la sentir céder et fuir en quelque sorte, en laissant *vide* la cavité du sacrum, dans laquelle elle était plongée.

C'est ce *vide* qu'est destiné à remplir le pessaire qui doit rester en place, et M. P. Dubois est dans l'erreur quand il croit que le pessaire exerce une compression constante sur le corps de la matrice, sans laquelle compression la réduction ne pourrait se maintenir. C'est la théorie qui dit cela ; mais l'expérience apprend que l'organe et l'instrument sont placés *dos à dos* perpendiculairement tous les deux, et que, dans cette position, la matrice, soutenue comme naturellement et par ses ligaments et par les parties voisines, qui ont repris elles-mêmes leur place naturelle, n'appuie que légèrement ou pas du tout sur le moyen contentif, et que, dans les cas qui se rencontrent quelquefois où elle a encore tendance à s'incliner en arrière, elle *rencontre seulement* l'obstacle qui la retient, mais qui n'exerce sur elle aucune pression.

Il faut bien que ce contact de la matrice et du pessaire ne soit point douloureux, puisque le premier conseil que je donne aux malades, c'est de leur dire : *si vous le sentez, retirez-le ; vous ne devez point le sentir.* Les malades, en effet, n'ont pas la conscience d'un corps étranger, et vont souvent, avec le doigt, s'assurer s'il n'est pas tombé.

Il tient bien cependant moins par ses dimensions considérables que par sa forme ; ces dimensions cependant sont appropriées moins à celles du vagin qu'à l'écartement des branches descendantes du pubis, sur lesquelles il repose par un rebord horizontal et arrondi. Sa hauteur, de 2 pouces et demi ordinairement, est la preuve qu'il ne distend pas le vagin.

Quant à la nécessité, sous plusieurs points de vue, de pouvoir l'ôter et le replacer facilement, que M. P. Dubois se rassure encore ; après un court apprentissage sur la manière de le présenter à l'entrée du vagin, en pressant en arrière, et sur le mouvement qu'il doit subir intérieurement, les femmes acquièrent en peu de temps une si grande habileté pour cette manœuvre, qu'en moins de temps qu'il n'en faut pour le dire, il est réintroduit, il est, qu'on me passe l'expression, littéralement *escamoté*. Pour cela, elles s'accroupissent, passent la main sous la cuisse, et dans un instant il a pénétré et a repris la place qu'il doit avoir. Ce sont les malades qui *m'ont appris* cette manière. L'expérience nous vient de tous les côtés. Il est rare que la théorie soit aussi habile.

Prétendre néanmoins, après ce que je viens de dire, qu'il n'y aura *jamais* de cas difficiles, incertains, par des complications quelconques, il faudrait n'avoir pas beaucoup vu pour tenir un pareil langage ; mais les exceptions ne détruisent point la règle, et je puis dire que cette règle est générale. On ne renonce point à la réduction des luxations, parce que quelques-unes, même récentes, sont irréductibles, comme l'ont vu, dans une circonstance toute nouvelle, deux de nos collègues auxquels assurément rien ne manque en expérience comme en ingéniosité.

Contrairement aussi à l'opinion de M. P. Dubois, les *antéversions* sont encore plus facilement et plus promptement réductibles que les rétroversions. Ce n'est point non plus par le mécanisme qu'il a expliqué que s'opère cette réduction ; ce n'est point en pressant sur le corps de l'organe, d'*avant en arrière*, à travers la vessie, qu'on le ramène à sa position naturelle, mais, au contraire, par un *mouvement* d'*arrière en avant*, qui se passe sur la face postérieure du col, embrassée dans toute sa hauteur, par une large surface, qui laisse constamment libre les deux lèvres, plus offensibles que les autres points.

Cette réduction est souvent immédiate, et les inflexions de l'instrument lui permettent de tenir en place sans un volume considérable, variable cependant aussi selon les femmes. Il n'est pas circulaire, mais cylindrique, ce qui le rapproche un peu de la forme du vagin. Les malades le placent et le retirent non moins facilement que le pessaire à rétroversion. Il a une tige pour s'opposer à la tendance de la matrice à retourner à sa position vicieuse. Sans tige, il bascule avec elle et se trouve entraîné sur la paroi postérieure du vagin.

Dans cette déviation comme dans l'autre, il se rencontre des femmes dont la membrane muqueuse s'irrite, fournit un écoulement qui doit faire retirer l'instrument. Les malades sont renseignées à cet égard sur la couleur jaune ou rougeâtre de cet écoulement et sur la conduite qu'elles ont à tenir. Cet inconvénient, du reste, est commun à tous les pessaires ; plus encore à ceux que M. P. Dubois préfère aux pessaires circulaires à creux de M. Desormeaux, qui supportent la matrice par son orifice, la région la plus irritable de l'organe.

En général cependant ce contre-temps est moins fréquent qu'on pourrait le supposer. On est ordinairement surpris du peu de sensibilité d'un tissu qu'on a toujours la crainte de blesser.

Je suis encore obligé de ne point adopter la prédilection de M. P. Dubois pour les supports extérieurs auxquels il conseille d'adapter le pessaire. J'en ai présenté, il y a quelques mois, à l'Académie, à l'occasion d'un rapport sur les ceintures, et que j'avais fait construire il y a quinze ans. Mais c'était comme Dionis, en montrant les cautères actuels pour engager à ne point s'en servir. On en a présenté de pareils il y a deux ans, ignorant sans doute ceux dont je viens de parler, j'y ai renoncé, parce que les mouvements du tronc viennent aboutir à la matrice qui s'en trouve fatiguée.

Il est tout simple qu'en parcourant la même voie on rencontre les mêmes idées ; mais en voyant et en expérimentant beaucoup, on modifie beaucoup aussi, et il arrive souvent qu'on élimine à la fin ce qui nous avait le plus séduit au commencement. J'ai fait moi-même une centaine de pessaires au moins en cire, en liége, en gomme élastique, avant d'arriver aux deux formes auxquelles je me suis arrêté définitivement pour la rétroversion et l'antéversion. Elles sont si simples qu'elles ne doivent pas supposer de grandes recherches pour les avoir imaginées ; c'est qu'il n'y a rien de si facile à faire, rien de si facile à trouver, que ce qui est tout fait, tout trouvé.

M. P. Dubois ne se sert de pessaires que pour les abaissements de la matrice. Il convient de leurs avantages. C'est convenir qu'un moyen contentif intérieur est utile, et que s'il a des inconvénients, son utilité l'emporte encore sur les inconvénients. Il blâme ceux qu'on oppose aux autres déplacements, parce qu'il croit ces déplacements incurables. Mais s'il ne leur a point appliqué des instruments particuliers comme il en applique à la forme la plus commune, pourquoi mettre plus qu'en doute les résultats de ceux qui ont médité sur ce sujet ? Il ne m'en coûte pas de profiter de l'expérience des autres, et je me sers souvent des pessaires à cuvette qui ne sont point de mon invention, dans les cas qui les réclament.

Je me retrouve encore en dissidence avec M. P. Dubois sous le rapport des *symptômes* des déviations de la matrice.

Loin de croire, comme lui, à leur innocuité, je les regarde, au contraire, comme la source d'accidents, sinon graves, au moins pénibles, et qui sont souvent méconnus parce qu'ils ne se font point sentir dans la région de l'organe malade, et que la douleur n'est point leur caractère particulier. On n'a pas même l'idée de porter son attention de ce côté quand on n'a pas eu l'occasion de voir disparaître ces accidents par la réduction de cet organe, qui ne fait point souffrir par lui-même dans ces circonstances, mais par des sympathies, par des compressions, par des tiraillements dans des parties plus ou moins éloignées. Combien de gastralgies, de spasmes, d'états nerveux quelconques, de douleurs de reins, de faiblesse des membres inférieurs et d'impossibilité complète de marcher, sont dus aux déviations de la matrice !

Je fais grâce à l'Académie de tous les faits que j'ai déjà rapportés ; mais quand une femme, par exemple, assure qu'elle verrait son enfant dans le feu sans pouvoir le secourir, que cette femme a une *rétroversion de la matrice*, et

qu'avec la présence d'un moyen qui fait disparaître cette rétroversion, cette femme marche et se tient debout du matin au soir, comme une autre, je ne vois pas quel doute on peut élever sur le rapport entre le mal et le remède. Il y a sans doute aussi des exceptions, et j'ai rapporté des faits dans lesquels des femmes, avec une matrice complétement sortie du vagin, marchaient sans difficulté et jouissaient de la meilleure santé. Mais il y a également des malades qui ont des hernies volumineuses sans accidents et presque sans gêne, ce qui n'empêche pas qu'en général les hernies réclament des moyens contentifs.

Le résumé de M. P. Dubois n'a donc rien changé à mes convictions, parce qu'elles n'étaient point le résultat de simples théories, mais d'une expérience appuyée sur des faits dont l'interprétation ne peut pas être vicieuse, puisque l'épreuve et la contre-épreuve ont été bien des fois répétées.

Voulant donner ma réponse, en ce qui me regarde personnellement, aux objections sur les déplacements de la matrice, je n'insisterai pas sur d'autres points du résumé de M. P. Dubois; je dirai seulement que les névralgies de la matrice n'ont pas été oubliées, comme il le reproche à la discussion; que le rapport s'en est occupé d'une manière particulière, en signalant leur influence sur certains écoulements auxquels elles impriment un caractère d'âcreté remarquable, que j'ai comparé à celui d'autres sécrétions extérieures altérées aussi par des névralgies facilement appréciables dans leurs résultats.

Je dirai encore que les transformations des phlegmasies utérines en cancers, admises par M. Duparc, ont été combattues dans le rapport que j'ai fait sur son ouvrage à la Société de médecine de la ville de Paris, établissant la différence réelle entre le vrai cancer et l'apparence trompeuse de l'hypertrophie des tissus charnus de quelques organes intérieurs, du rectum, du colon, du pylore, de l'estomac lui-même, que M. Duparc présentait comme des preuves de cette transformation, parce que, disait-il, c'était dans ces régions, que le cancer affecte de préférence, que se développent aussi le plus souvent les inflammations;

Que dans un autre travail sur le cancer, présenté à l'Académie il y a quelques années, j'ai combattu encore la transformation des polypes en cancers, admise par un grand chirurgien, en plaçant dans la portion de tissu utérin qui recouvre ces productions accidentelles la dégénérescence qui coïncide quelquefois avec eux;

Que les engorgements de la matrice ne peuvent être une chose douteuse; que les déplacements dont je viens de m'occuper sont une preuve de leur réalité, puisque rien n'est plus ordinaire que de prendre pour des tumeurs volumineuses et accidentelles la saillie quelquefois considérable que forme la matrice déviée en arrière dans la cavité du sacrum, et qui disparaissent avec la réduction de cet organe;

Que la consistance un peu pâteuse de ces fausses tumeurs, leur surface légèment inégale et leur sensibilité obtuse constituent le caractère de ces véritables engorgements passifs qui résultent de l'*accumulation* dans les vaisseaux quelconques et dans le tissu cellulaire interstitiel des liquides quelconques aussi qu'ils contiennent habituellement, mais en moindre quantité;

Que cet engorgement ne ressemble en rien à cette autre cause d'augmentation de volume de la matrice dans son corps ou dans son col, quand son activité vitale et sa contractilité ont été mises en jeu par des causes particulières, comme, selon les remarques de M. Louis, le tissu charnu de l'estomac double et triple de volume, par les contractions de cet organe, dans les maladies qui rendent difficile le passage des aliments par la voie ordinaire, comme les fibres charnues du cœur augmentent de nombre et de volume, jusqu'à oblitérer presque ses cavités;

Qu'il n'est pas besoin d'insister sur ces différences d'augmentation de volume, qui n'ont de commun que la forme, et dont l'essence est complétement distincte, qu'*engorgement* et *hypertrophie* diffèrent; que le col de la matrice peut être *essentiellement* aussi le siége d'engorgements dans le sens que nous venons de dire; que ces engorgements, que l'on peut comparer à ces jambes convalescentes de contusions ou de fractures qui donnent lieu à des sensations si pénibles de fourmillements, de distension et de chaleur dans la position verticale, qu'une compression méthodique fait cesser ou atténue beaucoup, sont aussi modifiés heureusement par le seul mode de compression qu'on puisse leur opposer, l'application d'un cône creux dans lequel on voit le col tuméfié, souvent bleuâtre, s'effiler et reprendre sa couleur naturelle.

SÉANCE DU 26 FÉVRIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le ministre du commerce informe l'Académie qu'il est dans l'intention de faire étudier la question relative aux remèdes secrets au point de vue administratif, et de la soumettre ensuite aux délibérations de l'Académie. Il l'invite en conséquence à suspendre toute délibération relative aux préparations de citrate de magnésie, sur lesquelles il lui avait demandé son avis, la solution de cette question particulière devant se rattacher naturellement à la solution de la question générale.

Le même ministre transmet un mémoire qui lui a été adressé par M. Dumas (d'Alais), sur un système général de fontaines naturelles.

M. Clot-Bey informe l'Académie que, depuis qu'il a cessé ses fonctions d'inspecteur général du service de santé d'Égypte, il a fixé sa résidence à Marseille; il se met à la disposition de l'Académie pour toutes les questions médicales ou autres concernant l'Égypte, qui pourraient réclamer son concours.

L'Académie reçoit des lettres de candidature de MM. Leblanc, pour la section de médecine vétérinaire; Nélaton et Maisonneuve, pour la section de pathologie externe; Sandras et Martinet, pour la section de pathologie interne.

M. Reboulleau, médecin à Constantine (Algérie), adresse une note sur l'emploi du suc gastrique artificiel et de la diastase à l'intérieur, comme moyens hygiéniques et thérapeutiques.

M. Pellarin adresse une nouvelle note sur la contagion du choléra, dans laquelle il apporte quelques modifications à ses premières conclusions.

M. Roussignan, de Césarée (Arménie), adresse un mémoire intitulé : Choix d'une doctrine médicale.

Ce travail est consacré au développement des doctrines médicales d'Aretée de Cappadoce.

L'auteur, quittant Paris pour aller exercer la médecine en Cappadoce, son pays, sollicite le titre de membre correspondant de l'Académie. (Commissaires : MM. Piorry et Bouillaud.)

L'ordre du jour appelle la nomination d'un membre qui devra être adjoint à la section d'accouchements, actuellement incomplète, afin de la porter au nombre voulu, pour qu'elle puisse délibérer sur la prochaine candidature.

Le scrutin a pour résultat la nomination de M. P. Dubois.

La parole est à M. Depaul pour une lecture.

DE LA DISTENSION DE LA VESSIE PAR RÉTENTION D'URINE CHEZ L'ENFANT, PENDANT LA VIE FOETALE, ÉTUDIÉE SURTOUT COMME CAUSE DE DYSTOCIE.

M. Depaul, candidat à la section d'accouchements, lit, sous ce titre, un mémoire qu'il résume dans les conclusions suivantes :

1° La sécrétion urinaire s'établit à une époque peu avancée de la vie fœtale.

2° Quand un vice de conformation ou un obstacle quelconque s'oppose à l'excrétion de l'urine, qui ne peut être versée à cette période de la vie que dans la cavité de l'amnios, ce liquide s'accumule dans la vessie, qui peut alors acquérir des dimensions tellement considérables, que l'accouchement spontané est impossible même avec un bassin parfaitement conformé, et quoique la grossesse n'ait pas parcouru toutes ses périodes.

3° Les difficultés qui peuvent résulter d'une semblable disposition sont telles, qu'on a pu, dans plusieurs cas, arracher la tête et les membres sans surmonter l'obstacle.

4° Toutes les fois que l'examen anatomique des parties a été rigoureusement fait, il a été facile de constater qu'avec le développement du réservoir urinaire coïncidait l'hypertrophie de ses parois, et en particulier de la tunique musculaire, circonstance qui, jointe à beaucoup d'autres, me permettra de démontrer, dans un autre travail, que la vessie ne joue pas seulement le rôle de réservoir passif, mais qu'elle fait, pendant la plus grande partie de la grossesse, des efforts souvent renouvelés pour se débarrasser du liquide qu'elle reçoit.

5° Si l'étude des faits qui précèdent permet d'établir qu'il est à peu près impossible de reconnaître pendant la grossesse un semblable vice de conformation, je ne doute pas qu'on ne puisse arriver aux plus grandes probabilités, sinon à la certitude, pendant le travail.

6° Tout en tenant compte des phénomènes insolites observés pendant la gestation et qui ont une certaine valeur, quoiqu'ils puissent se rattacher à des états pathologiques divers, il est incontestable que la main introduite dans l'utérus peut seule faire reconnaître le véritable état des choses, ou du moins permettre d'apprécier avec certitude qu'une collection de liquide existe dans la cavité abdominale de l'enfant.

7° La rareté de l'ascite simple portée à ce degré extrême sera déjà une présomption qui conduira à admettre une distension de la vessie et si l'exploration des organes génitaux permettait de constater certains vices de conformation dont il a été question, je pense qu'on pourrait hardiment se prononcer pour une rétention d'urine.

8° Dans l'une ou l'autre hypothèse, la conduite à tenir devra être la même. Quand les tractions que permet la prudence seront restées sans résultat, c'est à l'évacuation du liquide qu'il faudra songer ; c'est de tous les moyens que l'art peut employer le plus simple dans son application, et celui qui entre des mains exercées expose le moins la santé de la mère.

9° Puisqu'il est démontré que les altérations des organes urinaires dont il est question ne compromettent pas nécessairement la viabilité des enfants, il est rigoureusement indiqué de pratiquer la ponction avec tout le soin que comporte cette opération quand on l'a fait intervenir chez l'adulte. L'insertion abdominale du cordon ombilical sera un guide sûr pour le choix du point le plus favorable.

10° Il n'est pas impossible qu'en procédant ainsi on puisse, après la naissance, par une nouvelle opération, rétablir les voies naturelles nécessaires à l'excrétion de l'urine, et conserver à la vie des enfants qui, sans ces précautions, eussent été sacrifiés.

(Commissaires : MM. Devilliers, Bérard et P. Dubois.)

Il est quatre heures, l'Académie se forme en comité secret pour la suite de ses délibérations sur le prix d'Argenteuil.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

LETTRE SUR LES RAPPORTS DU GONFLEMENT DE LA RATE AVEC LES FIÈVRES D'ACCÈS.

En lisant dans votre estimable journal du 12 janvier le discours de M. Piorry à l'Académie de médecine, nous avons remarqué le paragraphe suivant : « Excusez-moi, messieurs, si je m'étends sur cette question ; » c'est pour moi un devoir de conscience de le faire. L'étude des rapports » des splénopathies avec les fièvres d'accès intéresse éminemment la pra- » tique, et par conséquent l'humanité. Quatre personnes des colonies algé- » riennes abandonnent leurs propriétés données par l'État, et auxquelles » elles tenaient beaucoup, reviennent en France parce qu'elles sont ma- » lades, et que l'on n'a su ni constater ni guérir d'énormes splénoma- » crosies. Ces personnes entrent dans notre service ; en huit jours les tu- » meurs spléniques se dissipent sous l'influence du quinine à haute dose, » et la fièvre guérit. Si l'on eût agi de la même façon en Afrique, ces braves » gens y fussent restés, et n'auraient pas perdu leurs biens actuels et leurs » moyens d'existence. »

Il est fort possible que quatre colons aient quitté leurs propriétés auxquelles ils tenaient beaucoup, et soient revenus en France parce qu'ils étaient malades ; il n'y a rien de bien remarquable à cela : tous les jours des soldats qui ne peuvent pas se rétablir en Afrique obtiennent des congés de convalescence pour aller en France ; peut-être serait-il bon que pareille mesure fût prise à l'égard des colons. Mais de ce que ces quatre colons ont quitté l'Afrique et sont entrés dans les salles de la Pitié, s'ensuit-il que l'on n'a su ni constater ni guérir d'énormes *splénomacrosies?* Évidemment non. L'expression *gonflement* de la rate, l'expression aussi vulgaire d'*engorgement* des viscères abdominaux, est prononcée à chaque instant en Afrique. Ce qui plus est, ce gonflement, cet engorgement, cette augmentation de volume est constaté par tous les médecins sur le vivant, et cela avec le plessimètre de M. Piorry, et sur le cadavre au moyen de la balance et du ruban métrique. Ce moyen d'exploration est donc parfaitement connu, et cela depuis longtemps en Afrique ; seulement, après avoir constaté la chose, on ne se sert pas des mots *splénopathie, splénomacrosie*, etc..

Si donc nous ne pouvons pas admettre que l'on n'a pas su constater d'énormes *splénomacrosies*, nous admettons très-bien que l'on n'a pas su les guérir, *malgré* l'administration du sulfate de quinine à haute dose, telle qu'on est obligé de le donner si souvent en Afrique, et cela non pas pour combattre la tumeur splénique qui se présente *le plus souvent* dans les fièvres paludéennes, mais bien pour combattre cette fièvre, la tumeur splénique dépendant pour nous d'une cause générale, au même titre que la tumeur hépathique, les épanchements séreux et les accès si variés dans leurs formes, etc., etc. La moins douteuse de ces causes est celle qui réside dans les exhalaisons marécageuses, et il est évident que cette cause est d'autant plus intense et plus réfractaire au traitement qu'elle frappe sur des individus récemment embarqués, non habitués aux travaux de la terre, et défrichant des terrains vierges dans un pays soumis aux influences marécageuses. Aussi beaucoup de colons se trouvant dans ces conditions succombent, tandis que ceux dont la constitution n'est pas trop détériorée par ces fièvres parviennent à se rétablir, soit en restant dans le pays, parce que peu à peu la cause diminue d'intensité, soit en quittant le foyer d'infection, comme l'ont fait les quatre colons.

D'après ce que nous venons de dire, il nous paraît inutile de réfuter la dernière partie du paragraphe que nous critiquons. En effet, quoi de plus simple qu'une fièvre persistant en Afrique et se dissipant à Paris, tout en agissant de la même façon en Afrique, et tout en donnant le sulfate de quinine à plus haute dose qu'à Paris ? S'il y a un reproche à faire (si toutefois c'est un reproche) aux officiers de santé de l'armée d'Afrique, ce serait, non pas de ne pas donner assez de quinine, mais bien d'en donner beaucoup.

Tout en accordant une grande importance à l'état de la rate, nous ne croyons pas que *l'étude des rapports des splénopathies avec les fièvres d'accès intéresse éminemment la pratique et par conséquent l'humanité*. Ce qui intéresse, selon nous, serait de pouvoir bien nous rendre compte des diverses influences morbifiques capables de produire des accès de fièvre, de faire le meilleur emploi possible des moyens hygiéniques, de trouver un traitement efficace et peu coûteux, et enfin de découvrir la nature et le siége de la maladie qui nous échappent. Malgré la tumeur de la rate, malgré son ramollissement qui est encore beaucoup plus remarquable que l'augmentation de volume, nous ne pouvons pas admettre la localisation des fièvres intermittentes.

Tout ce que nous croyons pouvoir dire, c'est que les fièvres paludéennes sont des maladies générales participant aux caractères des grandes maladies *endémo-épidémiques*. Nous pensons que dans les maladies d'Afrique on doit tenir grand compte de l'état général de l'économie et de la nature des maladies, tout en ne négligeant pas le diagnostic local.

Permettez, monsieur le rédacteur, qu'à l'occasion de cette lettre, je vous rapporte à peu près les termes extraits de mon rapport du premier trimestre 1849 adressé à MM. les officiers de santé en chef de l'armée d'Afrique. Il s'agissait dans ce rapport d'une épidémie de pneumonie qui a régné à Milianah pendant le mois de mars. Nous disions alors : « En nous rappelant les services que nous avons vu rendre au sulfate de quinine dans certaines constitutions médicales épidémiques, nous regrettons de ne pas avoir fait un plus grand usage de ce médicament ; mais nous trouvant aux prises avec des pneumonies, nous avons suivi le traitement employé dans ces cas.

Si cette constitution se prolongeait ou se représentait de nouveau, nous emploierions le sulfate de quinine. En effet, les constitutions médicales doivent avoir une influence immense sur le mode d'action, sur l'emploi de certains médicaments, et sur la manière dont les causes de maladies agissent. Ainsi, de même qu'une cause donnée de maladies agira ou n'agira pas suivant le lieu, le temps, suivant l'idiosyncrasie, suivant le génie épidémique, qui, d'après les judicieuses remarques de MM. Trousseau et Pidoux, n'est autre chose qu'une idiosyncrasie collective, que tantôt elle ne fera qu'effleurer l'économie, tandis que d'autres fois elle agira avec la plus grande intensité ; de même aussi une maladie identique relativement à ses symptômes les plus saillants sera modifiée diversement selon le génie épidémique qui aura donné lieu à cette maladie.

Ne peut-on pas admettre qu'en Afrique, la cause des maladies produisant des fièvres tuméfie, congestionne, ramollit dans certains cas les viscères abdominaux, tandis que d'autres fois cette même cause se porte plus particulièrement sur le parenchyme pulmonaire, que l'on a alors tous les symptômes de la pneumonie, et que la première indication, l'indication capitale, urgente, est de dégorger les poumons ? Eh bien ! puisque nous avons vu dans l'épidémie actuelle les moyens les plus rationnels échouer, il nous semble que le sulfate de quinine, qui fait diminuer le volume de la rate, doit aussi faire diminuer le volume du poumon, etc.

Agréez, etc.

LETTRE SUR LES AFFECTIONS DE L'UTÉRUS, en réponse à la communication de M. HERVEZ DE CHÉGOIN, lue à l'Académie de médecine (1) ; par M. PAUL DUBOIS.

Monsieur et très-honoré confrère,

Retenu à la Faculté comme membre du jury du concours pour la chaire de médecine opératoire, je n'ai pas assisté à la séance de l'Académie de médecine dans laquelle a été close la discussion relative aux maladies de l'utérus. Cette circonstance m'a mis dans l'impossibilité de répondre immédiatement à une note qui a été lue au nom de M. Hervez de Chégoin, avant la clôture de la discussion, et dans laquelle mon collègue a combattu quelques-unes des opinions que j'avais récemment émises. Je viens réclamer, monsieur et honoré confrère, la publicité de votre estimable journal pour réparer en quelques mots une omission qui n'a pas dépendu de ma volonté.

J'ai dit que, dans l'étude des affections de l'utérus, on prête à tort à la plupart des déplacements de cet organe une influence qu'ils n'exercent pas en réalité ; que les douleurs, la sensation d'une pesanteur incommode et pénible dans le bassin, les tiraillements dans les régions lombo-sacrée ou inguinales, les difficultés de la marche et de la station, etc., etc., ne doivent pas être considérés *ordinairement* comme les résultats d'une déviation, d'une chute, ou d'une inflexion de l'utérus, même quand ces déplacements ou cette déformation existent ; j'ai dit enfin qu'ils doivent être attribués plutôt à quelque autre affection concomitante, utérine ou autre, et à laquelle on ne fait pas la part qui lui est due dans la production de ces malaises.

Je n'ai pas prétendu néanmoins que tout déplacement de l'utérus est

(1) Voir plus haut, p. 164.

exempt de souffrances et doit être négligé, mais j'ai dit et je soutiens qu'il en est le plus souvent ainsi, que les cas innoffensifs sont la règle, et que les autres sont l'exception.

Conséquent avec cette idée, j'ai ajouté que la préoccupation trop commune des effets fâcheux que l'on croit être produits par les déplacements de l'utérus, conduisait à un emploi inopportun et nuisible des pessaires.

Mon collègue M. Hervez professe une opinion contraire à la mienne; pour lui les cas inoffensifs de déviation utérine sont l'exception, les autres sont la règle, et il croit que les pessaires sont beaucoup plus souvent applicables et plus efficaces que je ne le pense.

Il ne me serait pas difficile, je le présume du moins, de réfuter une grande partie des arguments et des considérations qu'il a fait valoir contre mon opinion et en faveur de la sienne, mais il me faudrait rentrer dans une discussion épuisée, et je n'en ai nullement l'intention. Il me suffit d'avoir appelé l'attention de mes confrères sur une opinion et une pratique qui ne me paraissent pas justifiée par l'examen attentif des faits. J'ai exposé ma doctrine; il m'était trop facile de la fonder sur l'expérience, pour que j'aie eu la singulière fantaisie de l'édifier sur des idées théoriques, comme paraît l'insinuer mon collègue.

C'est au public médical à décider maintenant entre les opinions de M. Hervez et les miennes.

Veuillez agréer, etc.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS DE DÉCEMBRE 1849; par M. SEGOND, secrétaire.

I. — ANATOMIE.

1° SUR LE DÉVELOPPEMENT DES ÉLÉMENTS ANATOMIQUES EN GÉNÉRAL, ET CELUI DES VÉSICULES ADIPEUSES EN PARTICULIER; par M. CH. ROBIN.

La première partie de cette communication se résume par le tableau synoptique suivant, qui fait ressortir les relations qui existent entre les *cellules*, qui sont les éléments anatomiques les plus simples, les moins *animaux*, c'est-à-dire possédant au plus haut degré les propriétés vitales végétatives, et ne possédant que celles-là :

DÉVELOPPEMENT DES ÉLÉMENTS ANATOMIQUES.

I. DANS L'ŒUF : Éléments des tissus transitoires ou CELLULES EMBRYONNAIRES, se formant par segmentation du vitellus, d'où résulte la naissance de l'embryon, et *se terminant:*

A. CHEZ LES VÉGÉTAUX : Toutes, par métamorphose directe, en éléments des tissus définitifs, et persistant ainsi, *à l'état de cellule*, pendant toute la durée de l'être.

B. CHEZ LES ANIMAUX :
- *a.* Celles de la couche superficielle du feuillet séreux du blastoderme seulement se métamorphosent, à la manière des cellules végétales, en éléments des produits (cellules de l'amnios, cellules épithéliales, etc).
- *b.* Toutes les autres *cellules embryonnaires* se terminent par DISSOLUTION.

II. DANS LES TISSUS DE L'ÊTRE DÉFORMÉ : Éléments des tissus qui persistent pendant toute la vie de l'individu : d'où résulte l'*accroissement* de celui-ci. ILS NAISSENT :

A. CHEZ LES VÉGÉTAUX : A l'état de *cellules*, se *formant* de toutes pièces ou par gemmation (1), et se métamorphosent comme chez l'embryon. Ils se *terminent* à la mort de l'être, ou par résorption pendant la vie.

B. CHEZ LES ANIMAUX :
- *a.* Les éléments des *produits* (épithéliums, etc.), naissent à l'état de cellules se formant de toutes pièces, et se métamorphosant directement en *corne*, *ongles* et autres produits, par une métamorphose analogue à celle des cellules embryonnaires animales correspondantes, et comme toutes les cellules végétales. Ils se terminent par dessiccation, et ils tombent seulement à la mort.
- *b.* Les éléments des *tissus* fondamentaux (muscles, derme, etc.), ou *tissus proprement dits*, naissent par formation de toutes pièces, sans passer par l'état de cellule ni se métamorphoser. Ils naissent dans le blastème résultant de la dissolution des cellules embryonnaires, ou dans celui que laissent exhaler les vaisseaux. Ils *se terminent* à la mort ou par résorption (atrophie). Ce mode de formation de toutes pièces, par *substitution* aux cellules embryonnaires, est propre au règne animal.

(1) La formation des cellules par cloisonnement d'une cellule qui le partage ainsi en deux est une multiplication d'une cellule aux dépens d'une cellule existant déjà, une REPRODUCTION; elle ne peut être rangée parmi les autres modes de formation ci-dessus; car il ne se forme ainsi jamais qu'une cellule semblable à celle dont elle dérive, et cette cellule présente les mêmes propriétés que celle dont elle dérive. Elle ne se métamorphose jamais autrement qu'elle.

Quant au développement des vésicules adipeuses, elles ne se forment pas par métamorphose des cellules embryonnaires; elles ne prennent, au contraire, la forme de vésicule que dans la dernière période de leur développement. Au lieu d'être leur premier état d'évolution, c'est, au contraire, le dernier. Elles commencent par être formées de trois ou quatre gouttelettes huileuses, ayant 0^{m},005 ou environ, groupées l'une à côté de l'autre. Le volume de chacun de ces groupes augmente peu à peu par formation de nouvelles gouttelettes à côté des premières. Ce n'est qu'à l'époque où cet amas atteint le volume d'une vésicule adipeuse (0^{m},040 ou 0^{m},050) que se forme une membrane autour des gouttelettes, qui peu à peu se réunissent toutes en une seule masse liquide huileuse. Jusqu'alors il n'y avait pas trace de membrane. Elles commencent à apparaître vers le cinquantième ou soixantième jour; mais la durée de la formation de chaque cellule n'est pas connue. Ainsi le mode de formation générale des vésicules adipeuses n'est pas analogue à celui des cellules proprement dites. Cette formation commence longtemps après la disparition des cellules embryonnaires, et elle ne diffère pas du mode de formation général des autres éléments des tissus proprement dits, ou tissus constituants.

2° SUR LA DISPOSITION SPÉCIALE DES FAISCEAUX ET DES COUCHES MUSCULAIRES DU CŒCUM CHEZ LE LAPIN ET LE LIÈVRE; par M. BROWN-SÉQUARD.

Il est peu d'organes qui présentent plus de différences, même entre des animaux très-voisins, que le cœcum : ainsi, chez les cochons d'Inde, par exemple, cet organe ressemble à celui de l'homme, quant à ses couches musculaires, tandis que, chez les lapins et les lièvres, ses faisceaux charnus sont disposés d'une manière toute spéciale. Au lieu d'avoir trois faisceaux longitudinaux et une tunique complète de fibres transversales, le cœcum du lapin possède les trois dispositions suivantes de fibres musculaires :

1° Il existe un faisceau charnu qui entoure le cœcum dans les deux tiers de son étendue. Ce faisceau, qui est en spirale, déborde à l'intérieur du cœcum, où il est contenu entre deux lames de la muqueuse, qui forment, chez les animaux du genre *lepus*, une valvule en spirale dont l'existence est connue, tandis que celle du faisceau musculaire n'est mentionnée nulle part. Quand le cœcum est distendu, on trouve cette valvule spiroïde se tenant perpendiculaire sur sa face interne. Chez un lapin d'environ 3 mois, dont l'intestin grêle avait 3 mètres 2 décimètres de longueur et le gros intestin 1 mètre 4 décimètres, le cœcum avait 5 décimètres, en y comprenant l'appendice si richement glanduleuse qui le termine. La valvule spiroïde avait 1 centimètre de largeur au voisinage de l'origine du cœcum, et le faisceau musculaire spiroïde y occupait la moitié de cette largeur. La valvule et le faisceau charnu diminuent peu à peu de largeur, à partir de cette extrémité jusqu'au voisinage de l'appendice. Le repli valvulaire cesse d'exister avant le faisceau charnu, qui, réduit à l'état de filament de plus en plus mince, se divise en trois ou quatre filets qui se terminent, en s'amincissant, à 1 ou 2 centimètres de l'appendice. Les tours de spire sont au nombre de vingt-cinq environ; ils sont à peu près tous à une égale distance l'un de l'autre.

2° Il existe une couche de fibres longitudinales formant une membrane dont l'épaisseur va en diminuant de l'origine du cœcum, où elle est assez considérable, jusqu'à l'appendice. Une partie de ces fibres se continue avec celles de l'appendice.

3° La couche musculaire précédente est séparée de la muqueuse et du faisceau musculaire spiroïde par des fibres circulaires ou transversales, dont le nombre est peu considérable, surtout auprès de l'origine du cœcum.

Dans l'appendice, où l'on trouve un si grand nombre de glandes, il n'y a guère de fibres musculaires. Presque toutes celles qu'on y trouve sont longitudinales. Chez le lièvre (*lepus timidus*, L.), l'organisation du cœcum est semblable à celle de cet organe chez le lapin (*Lepus cuniculus*, L.).

II. — PHYSIOLOGIE.

1° EXPULSION DE LA MUQUEUSE UTÉRINE A L'ÉPOQUE DES RÈGLES; par M. FOLLIN.

M. Follin lit une note sur une muqueuse utérine expulsée par une jeune fille à

l'époque de ses règ'es. M. Follin réserve pour un mémoire particulier sur cette intéressante question les documents dont il a accompagné son observation.

2° THÉORIE DE L'HÉMATOSE; par M. VERNEUIL.

M. Verneuil dépose une note pour prendre date. Il se propose de faire des recherches pour savoir si l'on ne pourrait point appliquer à la théorie de l'hématose dans le poumon la découverte de M. Bernard sur la production du sucre dans le foie.

On sait que le sucre est un des rares réactifs qui jouissent de la propriété de rendre la couleur vermeille aux globules noirs du sang veineux; il partage entre autres cette propriété avec l'oxygène, les dissolutions salines concentrées à base alcaline, fait sur lequel Stevens a fondé sa théorie, attaquable sur plusieurs points.

Quelques expériences prouvent sans conteste l'influence du sucre sur les globules; aussi peut-on se demander si la présence de ce corps, versé si près du lieu où le sang change de couleur, n'est pas là pour jouer dans le phénomène un rôle important.

Il rapproche encore l'un de l'autre ces deux faits, dont l'un appartient à M. Bernard, tandis que l'autre appartient depuis longtemps à la science, à savoir que la section des deux nerfs pneumogastriques, qui, comme on le sait, fait toujours périr les animaux au bout d'un temps assez court, par suite de lésions très-graves des poumons, que cette même section abolit dans le foie la faculté de sécréter le glucose.

3° DE LA TRANSMISSION DES IMPRESSIONS SENSITIVES PAR LA MOELLE ÉPINIÈRE; par M. BROWN-SEQUARD.

« Il y a quatre ans, j'ai annoncé dans ma thèse inaugurale (1) avoir trouvé comme Schœps, Van Deen et Stilling, et contrairement aux assertions de Kürschner, de M. Longet et d'autres physiologistes, que la section d'une moitié latérale de la moelle épinière ne détruit pas la sensibilité des parties qui reçoivent leurs nerfs du bout de moelle, ainsi séparé du cerveau. Depuis cette époque, soit dans mes cours, soit en particulier dans le but d'étudier toutes les circonstances du phénomène, soit enfin pour satisfaire la curiosité de beaucoup de personnes, j'ai eu l'occasion de faire cette expérience plus de soixante fois. Voici ce que j'ai vu :

» 1° Aussitôt après avoir coupé une moitié latérale de la moelle sur un mammifère, à la région dorsale, la sensibilité paraît très-diminuée, dans le membre postérieur du côté de la section. La sensibilité manque complétement dans l'autre membre postérieur. Quelquefois j'ai trouvé la sensibilité intacte ou à peu près dans le membre postérieur correspondant au côté de la section, tandis que l'autre membre postérieur était ou insensible ou très-peu sensible.

» 2° Au bout de cinq à dix minutes de repos après l'opération, on trouve toujours le membre postérieur correspondant au côté de la section très-sensible, et dans beaucoup de cas, nous pourrions dire dans la plupart, ce membre paraît notablement plus sensible qu'à l'état normal. Ce fait est assurément très-curieux; mais il en existe un autre bien plus imprévu : le membre postérieur du côté opposé à la section est insensible ou très-peu sensible.

» Il suit donc de ces faits que la section d'une moitié latérale de la moelle épinière, loin de faire perdre la sensibilité aux parties situées en arrière de la section et du même côté, les rend hyperesthétiques, tandis qu'elle produit une anesthésie plus ou moins complète dans l'autre côté du corps, en arrière de la section.

» Il y a dix-huit mois, nous avons montré à la Société de Biologie un cochon d'Inde vigoureux sur lequel nous avions coupé une moitié latérale de la moelle, au niveau de la onzième vertèbre dorsale. Toutes les personnes présentes purent constater que la sensibilité du membre postérieur, du côté de la section, était très-grande. L'animal fut remis à M. Rayer, qui en fit faire l'autopsie par notre regrettable collègue feu M. Désir. A la séance suivante, M. Désir montra à la Société la portion de moelle sur laquelle la section avait été faite, et l'on put reconnaître qu'elle était à l'endroit indiqué, et comprenait véritablement la moitié de moelle désignée.

» Dans la séance du 1er décembre 1849, nous avons montré un cochon d'Inde sur lequel la moitié latérale *droite* de la moelle avait été coupée, sous les yeux de quelques membres de la Société. La section existait à la hauteur de la dixième vertèbre dorsale ; l'animal avait perdu beaucoup de sang. L'opération, faite dans une demi-obscurité, avait été longue et très-douloureuse. Dans de telles circonstances, il arrive ordinairement que l'on trouve les deux membres postérieurs paralysés du mouvement volontaire et de la sensibilité pendant quelque temps après l'opération : c'est ce qui eut lieu dans ce cas. Mais au bout de cinq ou six minutes, le mouvement volontaire revint dans le membre postérieur *gauche*, et la sensibilité dans le membre postérieur *droit*. Environ douze minutes après l'opération, la sensibilité était extrême dans le membre postérieur *droit* et nulle dans le membre postérieur *gauche*. L'autopsie fut alors faite, séance tenante, par M. Cl. Bernard, et la Société reconnut que la moitié latérale *droite* de la moelle était coupée transversalement à la hauteur indiquée.

(1) RECH. ET EXPÉR. SUR LA PHYSIOL. DE LA MOELLE ÉPIN., p. 22 et 26. — Paris, 3 janvier 1846.

» Schœps, Van Deen et Stilling avaient parfaitement vu que le membre postérieur du même côté où l'on fait la section d'une moitié latérale de la moelle, ne perd pas sa sensibilité. A ce fait nous ajoutons ceux qui suivent :

» 1° En général cette section amène une diminution momentanée de la sensibilité du membre postérieur correspondant.

» 2° Au bout d'un certain temps (de trois à quinze minutes) après cette section, la sensibilité du membre postérieur correspondant paraît notablement augmentée.

» 3° Le membre postérieur du côté opposé à celui où la section est faite perd complétement ou en grande partie sa sensibilité.

» La moelle épinière paraît donc avoir, au moins en partie, une action croisée, quant à la transmission des impressions sensitives. Ceci est si vrai que si, après avoir coupé une moitié latérale de la moelle sur un mammifère, on vient à couper l'autre moitié, à quelques centimètres de distance de la première section, on trouve les deux membres postérieurs insensibles ou très-peu sensibles. Nous ne pouvons pas examiner ici les questions que soulèvent ces expériences; nous en ferons l'objet d'un mémoire étendu. Néanmoins nous croyons nécessaire de dire que si la transmission des impressions sensitives se fait en partie par les cordons postérieurs de la moelle, elle se fait surtout par d'autres parties de ce centre nerveux. En effet, non seulement la sensibilité ne se perd nulle part après la section des cordons postérieurs, mais encore elle est notablement augmentée dans les parties du corps qui devraient être insensibles, d'après la théorie erronée que des physiologistes systématiques persistent à soutenir, malgré les preuves qu'on leur a opposées et malgré la rétractation de Ch. Bell.

4° SUR LA COAGULABILITÉ DU SANG DES BATRACIENS EN HIVER; par M. BROWN-SÉQUARD.

« Ce n'est pas sans étonnement que j'ai vu survivre pendant plusieurs mois des grenouilles auxquelles j'avais enlevé la moitié du ventricule cardiaque. Après l'ablation d'une partie plus ou moins considérable du ventricule, on voit d'abord les lèvres de la plaie se rapprocher un peu, par suite de la contraction musculaire. Le sang coule en abondance, mais bientôt sa coagulation commence : une couche sanguine solidifiée se montre sur toute la surface de la section ventriculaire et la plaie se trouve ainsi promptement oblitérée. Souvent, au bout de quelques minutes, l'hémorrhagie a cessé. C'est dans les saisons froides seulement que cette expérience m'a réussi; ce qui tient, je pense, à ce que les batraciens résistent beaucoup mieux aux hémorrhagies à une basse qu'à une haute température. Les battements du cœur, ainsi mutilé, continuent d'avoir lieu, et l'on reconnaît très-aisément que la circulation s'opère régulièrement pendant des mois entiers. On sait, d'après les recherches de Spallanzani et de M. Edwards, que les grenouilles ne peuvent survivre plus d'un jour quand on leur a enlevé le principal instrument de la circulation ; notre expérience diffère essentiellement de celles de ces biologistes. Dans le fait que nous rapportons, ce qui reste des parois ventriculaires donne passage au sang et lui communique une impulsion suffisante pour que la circulation ait lieu. Nous ferons remarquer que la coagulation du sang des batraciens, en hiver, dans l'expérience en question, ainsi que dans toute autre espèce d'hémorragie, se fait assez vite et en assez grande quantité pour qu'on ne puisse admettre, comme expression d'une vérité physiologique générale, l'opinion récemment émise par un éloquent professeur du Val-de-Grâce, savoir que le froid diminue notablement la quantité de fibrine du sang, et conséquemment sa coagulabilité. »

A la suite de cette communication, M. Brown-Séquard montre à la Société deux grenouilles sur lesquelles on voit le ventricule diminué de moitié et battant cependant avec énergie; la plaie est cicatrisée. L'auteur dit que ces animaux ont subi, il y a quinze jours, l'ablation d'une partie du cœur. Ces grenouilles sont parfaitement vivantes, et paraissent même être très-vigoureuses.

A l'occasion de cette communication, M. de Quatrefages rapporte avoir vu sur des grenouilles, après l'ablation d'une partie du cœur, l'hémorragie s'arrêter par suite de la formation d'un caillot.

5° DE L'INFLUENCE DU SYSTÈME NERVEUX, DU GALVANISME, DU REPOS ET DE L'ACTION SUR LA NUTRITION DES MUSCLES; par le même.

L'atrophie qui survient dans les membres paralysés, consécutivement à la section des nerfs, est-elle due au défaut de l'action nerveuse ou bien à une autre cause? J. Reid rapporte à ce sujet l'expérience suivante : Il coupa les racines des nerfs des deux membres postérieurs sur des grenouilles, et il fit passer chaque jour, le long de ces deux membres, un faible courant galvanique. Au bout de deux mois il trouva que les membres galvanisés avaient conservé leur volume, et que la contraction musculaire y avait lieu avec énergie, tandis que les autres membres étaient atrophiés de moitié et que leurs muscles se contractaient faiblement. J. Reid pense que ce n'est pas parce que la nutrition des muscles a directement besoin pour s'opérer de l'action nerveuse que les muscles s'atrophient après la section de leurs nerfs, mais que c'est l'état de repos, d'inaction des muscles qui produit le trouble de leur nutrition. On serait fondé à croire qu'il a raison si son expérience avait été faite sur des mammifères. Pratiquée sur des batraciens, elle prête le flanc à la critique. En effet, comme chez ces derniers animaux, les nerfs des membres postérieurs, après la section de leurs racines, n'en conservent pas moins, en général, leur faculté d'agir sur les muscles; on pourrait dire que le galvanisme n'a maintenu les muscles dans leur état normal de nutrition qu'en excitant l'action de leurs nerfs. Il fallait donc, pour se mettre à l'abri de cette objection, opérer sur des

animaux dont les nerfs coupés ont perdu toute faculté d'agir sur les muscles. Dans ce but, nous avons expérimenté sur des mammifères, animaux sur lesquels le nerf sciatique coupé perd, au bout de quelques jours, ainsi que l'ont découvert Haighton et Astley Cooper, sa faculté d'agir sur les muscles. Nous avons réséqué les deux nerfs sciatiques sur plusieurs lapins; chaque jour, après l'opération, nous avons fait passer par une des deux jambes de chaque animal un courant galvanique. Au bout de six semaines, nous avons reconnu que les membres dont les muscles avaient été mis en action chaque jour étaient à l'état normal, tandis que les autres étaient notablement atrophiés et leurs muscles fort peu contractiles.

Nous avons voulu aller plus loin, et nous avons fait l'expérience très-significative que voici : Deux mois après avoir reséqué un des nerfs sciatiques sur des lapins, nous avons constaté une notable atrophie des membres paralysés et une diminution considérable de leur contractilité. Nous commençâmes alors à galvaniser ces membres, et nous continuâmes à le faire journellement pendant six semaines. Déjà, au bout d'un mois, ces membres paraissaient redevenus aussi gros que les membres postérieurs sur lesquels le nerf sciatique n'avait pas été coupé.

Au bout de six semaines, nous trouvâmes, après avoir tué ces animaux et avoir mis à nu les muscles des jambes, la contractilité également forte dans le côté paralysé et le côté intact chez chaque animal; elle y dura le même temps, et la rigidité cadavérique y survint simultanément. En pesant les deux jambes comparativement pour chacun des individus, nous trouvâmes qu'elles avaient sensiblement le même poids.

Les membres paralysés déjà atrophiés peuvent donc regagner leur volume normal et leur degré ordinaire de contractilité, malgré l'absence de l'action nerveuse. Mais s'ensuit-il que le galvanisme maintienne ou régénère l'organisation normale uniquement parce qu'il met les muscles en action? Nous n'oserions pas l'affirmer. Au contraire, nous croyons très-possible qu'en outre de cette manière d'agir, le galvanisme doit aussi activer directement les changements chimiques qui constituent la nutrition. Peut-être serait-on très-fondé à soutenir que dans ces expériences l'agent galvanique, si semblable à tant d'égards à l'agent nerveux, s'y substitue d'une manière complète et remplit exactement toutes les fonctions des nerfs musculaires. Quoi qu'il en soit, les contractions musculaires, excitées par le galvanisme, sont si propres à faire grossir les muscles, que dans un cas d'atrophie des muscles du membre inférieur chez un jeune homme, vigoureux d'ailleurs, il y a eu dans l'espace de six jours, sous l'influence d'une galvanisation extrêmement énergique, une augmentation de 2 centimètres et demi au mollet et de 5 centimètres à la partie supérieure de la cuisse. La circonférence du mollet, qui était de 28 centimètres et demi, atteignit 31 centimètres; celle de la cuisse, qui était de 37 centimètres, arriva à 42 centimètres. Le galvanisme, appliqué chaque jour après ce changement si rapide, continua de déterminer l'augmentation de volume du membre, mais avec beaucoup moins de rapidité, et il arriva, d'autant moins que le volume du membre approchait de celui de l'autre membre inférieur qui était sain. Au bout de six semaines de traitement par le galvanisme appliqué pendant une heure chaque jour, il ne paraissait plus y avoir de traces de paralysie, et tous les mouvements eussent sans doute été possibles, s'il n'avait existé une tumeur de l'articulation du genou qui avait causé la paralysie et qui persistait. Le mollet avait presque le même volume que celui de l'autre membre; il avait gagné près de 4 centimètres en circonférence, la cuisse, à sa partie supérieure, avait gagné, aussi en circonférence, environ 10 centimètres.

Si les muscles peuvent être maintenus ou ramenés à l'état normal par une galvanisation répétée chaque jour, nous croyons qu'il serait très-utile d'employer cet agent d'excitation dans des cas de paralysie où, jusqu'ici, l'on n'en avait pas fait usage dans le but particulier que je vais indiquer. Dans des cas d'hémiplégie ou de paraplégie dues à une lésion des centres nerveux, susceptible de guérison, comme l'hémorrhagie cérébrale, par exemple; dans des cas aussi de lésion des troncs nerveux pouvant se terminer par une régénération nerveuse, il pourrait arriver que le système nerveux ne retrouvât son pouvoir d'agir sur les muscles que lorsque ceux-ci seraient déjà tellement atrophiés que l'innervation motrice fût impuissante à y déterminer des contractions. On conçoit que si dans de pareils cas on avait employé le galvanisme, non pas pour combattre la cause de la paralysie, mais pour empêcher les muscles de s'atrophier, ils se seraient trouvés prêts à obéir à l'innervation motrice, le jour où celle-ci serait redevenue possible.

Nous devons dire en terminant qu'il faut multiplier les expériences sur les lapins, pour pouvoir obtenir les résultats signalés ci-dessus: la resection du nerf sciatique amène chez beaucoup de ces animaux une inflammation et surtout une suppuration si considérables qu'il devient impossible de faire sur eux les expériences que nous avons indiquées.

De tout ce qui précède, il suit :

1° Que les muscles paralysés peuvent conserver leur contractilité et ne pas s'atrophier, si on les soumet journellement à l'action du galvanisme;

2° Que les muscles atrophiés, ayant déjà notablement perdu de leur contractilité, peuvent, sous l'influence de la galvanisation, revenir à leur état normal, quant au volume et à la contractilité, malgré l'absence persistante et complète de l'action nerveuse;

3° Que le galvanisme peut remplacer complétement l'action nerveuse, soit pour maintenir, soit pour rétablir la nutrition des muscles;

4° Qu'il serait important, dans beaucoup d'hémiplégies et d'autres paralysies, de maintenir les muscles à l'état normal, par des galvanisations fréquentes, non pas pour combattre la cause de la paralysie, mais pour que les muscles demeurassent prêts à obéir à l'innervation motrice le jour où celle-ci viendrait à se rétablir.

III. — EXPLORATION PATHOLOGIQUE.

1° ANOMALIES ARTÉRIELLES; par M. VERNEUIL.

M. Verneuil présente une anomalie de distribution artérielle dans les reins. Le rein droit présente trois artères :

1° Une médiane principale qui représente l'artère rénale ordinaire;

2° Une inférieure moins considérable qui se rend à la partie inférieure du rein;

3° Une supérieure plus petite que les précédentes qui se rend au sommet du rein.

Ces trois artères sont parallèles, rectilignes, ne s'anastomosent point, et naissent de l'aorte à angle droit,

Une veine accompagne chaque artère; les trois veines se jettent isolément dans la veine cave.

Du côté gauche le système vasculaire présente la disposition normale; une branche assez volumineuse se détache directement de l'aorte pour se rendre à l'atmosphère adipeuse du rein et s'anastomoser avec les capsulaires.

Les autres artères abdominales sont à l'état normal.

2° CONFORMATION ANORMALE DU CŒUR; par M. CL. BERNARD.

M. Cl. Bernard présente un cœur qui offre la disposition suivante : l'orifice auriculo-ventriculaire droit se dirige fortement en dedans et regarde l'orifice de l'artère pulmonaire dont il est séparé par une partie de la valvule tricuspide. Le cœur présente en outre une hypertrophie qui est très-prononcée dans les deux cavités droites et qui nous paraît ne pas être étrangère à la disposition des orifices. Pendant la vie l'individu auquel appartenait ce cœur n'avait manifesté aucun symptôme particulier qui ait attiré l'attention sur la circulation ou sur l'organe central de cette fonction.

3° OBSERVATION SUR UN CAS DE CYCLOCÉPHALIE CHEZ UN FŒTUS DE COCHON; par MM. CHAUSSAT et DAVAINE.

Nous venons exposer à la Société le résultat de l'examen que nous avons fait, d'un monstre du genre cyclocéphale que M. Rayer a mis à notre disposition.

L'animal qui présentait cette monstruosité est un cochon femelle, qui nous a paru être à terme. Tous les organes, excepté ceux de la tête, étaient à l'état normal. Les oreilles paraissaient bien conformées et placées normalement. — La tête ne représentait pas un groin prolongé, mais sa forme approchait d'un sphéroïde. Le front, saillant, n'offrait point le vestige d'une trompe. La face présentait sur les côtés quelques rides profondes, et sur la ligne médiane une orbite unique où l'on remarquait une arcade surcilière simple, des paupières rudimentaires, séparées par quatre angles, dont les externes étaient aigués, tandis que le supérieur et l'inférieur étaient élargis. — Au centre un œil unique, à deux cornées confluentes; sous cet œil un repli semi-lunaire et transversal de la conjonctive ressemblait parfaitement à une paupière inférieure.

L'orbite était séparée de la bouche par la saillie perpendiculaire de la lèvre et de la mâchoire supérieure; il n'existait aucune apparence de fosses nasales. La mâchoire supérieure, bien moins développée qu'à l'état normal, ne présentait pas en avant une dent médiane comme on l'observe ordinairement dans les cyclocéphales à cette époque de la vie fœtale; les apophyses palatines n'étaient pas réunies. — La mâchoire inférieure était également peu developpée, la symphyse se recourbait en arc vers la mâchoire supérieure qu'elle dépassait un peu. La langue, normale, sortait de la bouche, dont la cavité était trop petite pour la contenir par suite de l'atrophie des mâchoires. La voûte palatine présentait une double fissure dont l'apparence n'était pas ordinaire, à cause de l'absence des fosses nasales; dans la rainure que laissait l'écartement des apophyses palatines existait une saillie longitudinale formée par un rudiment de vomer recouvert par la membrane muqueuse. Il n'y avait pas de voile du palais.

ENCÉPHALE. — Les os de la voûte du crâne ayant été enlevés, nous avons trouvé sous la dure-mère une membrane vasculaire, dont les vaisseaux étaient gorgés de sang. Cette membrane, partout en contact avec la dure-mère, avait tous les caractères de la pie-mère; elle formait une poche remplie d'un liquide transparent, qui ne se coagulait pas par la chaleur; ce liquide s'étant écoulé, nous permit de constater l'absence des hémisphères cérébraux. Il n'y avait pas non plus de faux du cerveau ni de tente du cervelet. — L'encéphale, examiné en place, présentait d'arrière en avant le bulbe rachidien, le cervelet, moins développé peut être qu'à l'état normal, les tubercules quadrijumeaux. — Au-devant de ces éminences la substance cérébrale paraissait comme coupée à pic; de la portion inférieure de cette section partait une lame mince moins large que la protubérance qui recouvrait la selle turcique jusqu'au trou optique, ou elle se terminait. De chaque côté de cette lamelle on voyait flotter quelques replis minces et transparents de la pie-mère et les nerfs de la troisième paire trop longs pour leur trajet dans le crâne. On apercevait encore la portion intracrânienne des quatrième, cinquième, sixième et septième paires de nerfs; le cerveau enlevé et vu en dessous présentait le bulbe rachidien et la protubérance et en avant la lamelle dont nous avons parlé qui, naissant de la portion du cerveau sous-jacente aux tubercules quadrijumeaux, se dirigeait en bas, formant avec la protubérance un sillon profond puis en avant, jusqu'au trou optique. Cette lamelle paraissait constituée, près de la protubérance, par la partie inférieure et interne des

pédoncules cérébraux, donnant naissance aux nerfs de la troisième paire, plus en avant par le *corpus cinereum* d'où partait une tige très-courte qui se continuait avec la glande pituitaire, dont nous avons parfaitement constaté l'existence, enfin par un nerf optique dans lequel on ne pouvait reconnaître ni chiasma, ni même deux nerfs accolés. — Il n'y avait point d'autres vestiges des hémisphères cérébraux; il n'y avait point non plus de nerfs olfactifs; tous les autres nerfs existaient; ceux qui se rendaient à l'orbite étaient plus ou moins atrophiés.

L'œil, entouré par des muscles pâles et atrophiés, était lui-même très-altéré. Son diamètre transversal était le plus grand; on y reconnaissait deux cornées d'apparence vasculaire jointes par leur bord en huit de chiffre. La sclérotique altérée dans sa texture, amincie, adhérait en arrière à la dure-mère, qui présentait en ce point un trou optique; par cette disposition le nerf optique ne faisait aucun trajet hors de la cavité de l'œil. La face interne de la sclérotique était fortement teinte en rouge; sa cavité contenait un liquide louche et quelques concrétions rouges de la grosseur d'une tête d'épingle; deux cristallins adhérents à l'iris, dont l'un plus petit que l'autre. Les adhérences de l'iris à la cornée ne permettaient pas de distinguer ses formes.

Le crâne, à part la forme saillante du front, ne nous a pas paru plus grand ou plus petit que ne le comportaient la grosseur et le développement du fœtus. Les os, qui le composaient, étaient minces, bien ossifiés et ne laissaient pas d'intervalles membraneux entre leurs bords. Le frontal était unique; l'ethmoïde n'existait pas, ainsi que la petite aile du sphénoïde; le reste du crâne s'éloignait peu de l'état normal.

L'orbite était remarquable par son peu de profondeur; elle était formée en haut et en arrière par le frontal, en bas par le maxillaire supérieur et les bulbes de deux grosses molaires en dehors par les jugaux.

Par l'absence de la petite aile du sphénoïde, l'orbite n'était séparée du crâne que par la dure-mère, qui, d'une part, se dédoublait pour se continuer avec le périoste de l'orbite, et de l'autre adhérait très-fortement avec la sclérotique, autour du trou optique.

Nous avons constaté dans le cerveau et dans l'œil des lésions sur lesquelles nous croyons devoir nous arrêter un instant. La moelle allongée présentait dans toute son épaisseur et dans l'étendue d'un centimètre environ, une teinte rouge très-prononcée, dont les limites étaient bien tranchées; le cervelet offrait aussi, à sa face supérieure, cette même coloration pénétrant profondément dans sa substance qui était très faible en ce point. Dans la pie-mère adjacente, on remarquait de petites concrétions rougeâtres; enfin, entre la dure-mère et le temporal droit, existait une couche de matière rouge qui colorait fortement ces parties. L'intérieur de l'œil contenait aussi des concrétions de même couleur et de la grosseur d'une tête d'épingle; examinées au microscope, la matière rouge et les concrétions paraissaient composées de corpuscules en petit nombre, ayant l'apparence de corpuscules sanguins plus ou moins altérés et de cristaux légèrement rouges, dont la forme se rapprochait de celle d'un grain de riz ou d'avoine. Ces cristaux étaient insolubles dans l'alcool bouillant, la potasse caustique en solution concentrée et l'acide nitrique qui les décolorait.

L'œil, outre ces concrétions, présentait des altérations de texture, telles que l'opacité et l'apparence vasculaire de la cornée, les adhérences de l'iris et des cristallins, et qui sont le résultat ordinaire de l'inflammation de cet organe.

Deux théories sur la cause de plusieurs monstruosités et de la cyclo-céphalie en particulier divisent aujourd'hui les savants qui se sont occupés de tératologie. Les uns expliquent ces anomalies par un arrêt de formation ou de développement correspondant à un état normal de la vie embryonnaire; les autres y voient une lésion produite par une hydrocéphalie antérieure.

Pour que la cyclocéphalie trouve son explication dans un arrêt de développement, il faut que l'état du cerveau, par exemple, réponde à l'une des phases de l'évolution de cet organe. Or, dans l'observation dont nous venons de lire les détails à la Société, nous ne trouvons point d'hémisphères rudimentaires, qui nous représenteraient un arrêt de leur développement, ni une absence complète de ces organes, qui nous représenteraient un arrêt de formation. Mais nous trouvons une portion du plancher du troisième ventricule et le nerf optique qui sont produits par la vésicule antérieure, comme les hémisphères.

Si donc il y avait eu arrêt de développement de la vésicule antérieure avant la formation des hémisphères, le tuber cinereum et le nerf optique n'auraient pu se développer. Si, au contraire, l'arrêt avait eu lieu après la formation de ces hémisphères, on devrait en trouver quelques rudiments reconnaissables. Or nous ne pouvons regarder comme des hémisphères rudimentaires les lamelles que nous avons décrites; c'est une portion, un lambeau bien développé de ces hémisphères facile à déterminer, et qui a dû nécessairement suivre les phases de leur évolution.

J'ajouterai que, dans l'hypothèse d'un arrêt de développement, la pie-mère aurait dû nécessairement subir le même arrêt que la pulpe cérébrale. Il est impossible, en effet, de concevoir que cette membrane se sépare du cerveau sans une cause pathologique, lorsque cet organe cesse simplement de se développer.

En résumé, la théorie de l'arrêt de développement, correspondant à un état normal, n'est pas applicable à ce cas de cyclocéphalie.

La seconde théorie, qui cherche la cause de la cyclocéphalie dans une hydrocéphalie des premiers temps de l'évolution, rend beaucoup mieux compte de la monstruosité que nous avons sous les yeux. Nous trouvons, en effet, un amas de sérosité remplaçant un organe qu'il a pu distendre et atrophier. Cependant, sans chercher des objections dans les anomalies des organes situés hors de la cavité crânienne, qu'une hydropisie n'explique pas d'une manière très-satisfaisante, il faut le dire, nous trouvons dans le cerveau même quelques raisons de douter que l'hydrocéphalie ait été, dans ce cas, la cause de la monstruosité.

Si l'on considère les dimensions de la cavité du crâne qui ne sont pas exagérées, la nature du liquide, qui n'est autre que le liquide encéphalo-rachidien, les rapports des os, qui forment une voûte continue sans intervalles membraneux; si l'on considère enfin que, dans les hydrocéphalies très-volumineuses, la pulpe cérébrale se retrouve encore, quoique très-amincie et en quelque sorte membraneuse, on devra admettre que, s'il y a eu hydrocéphalie, elle avait depuis longtemps cessé ses progrès, et qu'elle a dû exister aux premiers temps de l'embryon. Dans ce cas, pourquoi le *corpus cinereum*, dont la consistance est très-molle, et les nerfs optiques n'auraient-ils pas été annexés, atrophiés, comme le reste des hémisphères? Le cervelet lui-même, dont l'évolution est plus tardive, n'aurait-il pas subi la même atrophie?

Peut-être trouverait-on une solution plus satisfaisante en cherchant la cause de ces anomalies dans une altération pathologique d'une autre nature, dans un épanchement de sang, par exemple, ou dans une inflammation, qui, survenant dans un organe pulpeux, demi-liquide, le désorganise et le détruit, tandis que la pie-mère, plus avancée dans son organisation, d'un tissu plus consistant, résiste plus ou moins à la destruction, et se développe ensuite indépendamment de l'organe qui a disparu. Sans vouloir discuter ici cette opinion, nous rappellerons seulement les traces nombreuses d'un épanchement de sang ancien dans l'encéphale et dans l'œil, et dans cet organe même, l'opacité des deux cornées, les adhérences de l'iris et du cristallin, etc., désordres consécutifs à une inflammation déjà ancienne, qui viennent jusqu'à un certain point appuyer cette théorie, que je me propose de discuter une autre fois avec quelque développement.

4° Anévrisme disséquant de l'aorte; par M. Follin.

M. Follin montre un anévrisme disséquant de l'aorte trouvé sur une vieille femme disséquée dans les pavillons de l'École pratique. La cavité du péricarde était distendue par du sang noir en caillots. Après avoir enlevé ces caillots et cherché le point d'où provenait ce sang, il trouva qu'à l'origine de la crosse aortique, dans la partie renfermée dans le péricarde, il existait une bosse de la grosseur d'un petit œuf de poule, d'un brun noirâtre, molle, qui lui parut formée par du sang épanché sous la membrane celluleuse de l'artère. Au point le plus saillant de ce renflement anormal, on trouvait une petite déchirure à bords irréguliers, par laquelle sans doute le sang avait pénétré dans le péricarde.

L'aorte, ouverte au point opposé à cette saillie, montra dans sa convexité une déchirure transversale d'un centimètre de largeur environ, qui faisait communiquer l'intérieur de l'artère avec l'anévrisme disséquant.

L'anévrisme disséquant n'embrassait pas complétement la circonférence de l'artère; il ne s'étendait point au delà de la portion péricardique de l'aorte. Cette artère, du reste, saine au niveau de ses valvules, offrait seulement quelques plaques laiteuses dans son épaisseur.

Cet anévrisme disséquant est remarquable à deux points de vue : 1° parce qu'il existe en un point de l'artère qui n'est point altéré dans sa structure d'une manière notable; 2° parce qu'il a été accompagné d'une rupture qui, amenant dans le péricarde une énorme quantité de sang, a dû produire une mort subite.

Tumeurs tuberculeuses chez un lapin; par M. Follin.

M. Follin montre en outre un lapin sur lequel, pendant la vie, il a constaté la présence de quatre tumeurs du volume d'un œuf situées en dehors et en dedans de l'omoplate droite et au niveau de la région lombaire.— Ces tumeurs, assez dures pendant la vie, consistaient en des kystes distendus par une masse semi-liquide, jaunâtre, très-filante, tout à fait semblable à certaine matière tuberculeuse ramollie; une enveloppe assez épaisse formait la paroi du kyste.

Ces dépôts n'existaient qu'à l'extérieur, et l'un d'eux, placé sous l'omoplate droite, l'avait considérablement soulevée.

L'examen des viscères fait avec soin n'a fait voir aucune altération dans le foie ni dans les poumons; quelques cysticerques existaient seulement dans la cavité abdominale, ce qui est très-fréquent chez ces animaux.

L'examen microscopique de la matière jaune contenue dans ces kystes, a montré qu'elle était constituée uniquement par de petits globules, à bords irrégulièrement arrondis, contenant à leur intérieur quelques granules que l'acide acétique rendait transparents sans nullement faire disparaître les globules.

Ces globules sont très-petits; ils ont environ 0,006 m.

Leur forme comme leur volume leur donnent une grande analogie avec les globules tuberculeux. M. Follin pense donc que ces kystes étaient des kystes contenant de la matière tuberculeuse ramollie.

A ce sujet, M. Brown-Séquard fait remarquer que ces tumeurs se sont développées extrêmement vite. En moins d'un mois elles ont acquis le volume d'un œuf de poule, et l'une d'elles même le volume d'un œuf de dinde.

6° Tumeur observée sur la salmo-ferra; par M. Mayor (de Genève).

La Ferra que je soumets à votre examen présente une tumeur remarquable par son volume, relativement à la taille de l'animal; cette tumeur est située sur le côté droit du dos, tout auprès de la nageoire dorsale; elle est très-circonscrite et mobile. Il est évident qu'elle s'est développée lentement. Est-elle survenue spontanément ou à la suite de quelque blessure? Cette dernière hypothèse me paraît probable, car les ennemis de ce poisson, la truite et le brochet, le saisissent souvent par le travers du corps, et toujours le blessent dans la région où est située la tumeur.

Mon fils et M. le professeur Robin ont examiné au microscope des lamelles de cette tumeur et y ont reconnu un tissu libreux.

La dissection m'a démontré qu'elle était située entre la couche musculaire et la peau qui se dilatait et s'amincissait à mesure qu'elle se rapprochait du sommet de la tumeur.

Je pense qu'il ne faut pas confondre cette tumeur avec celles dont parle M. Jorine dans son ouvrage sur les poissons du lac de Genève, ni avec de petits tubercules que souvent on rencontre en grand nombre chacun sous une écaille qu'ils soulèvent, ce qui donne à la peau du poisson une apparence chagrinée. Ces premières sont des kystes, et les dernières sont évidemment une affection de l'épiderme.

J'ai aussi l'honneur de vous présenter le dessin d'un cancer que j'ai rencontré sur la mâchoire d'un ombre chevalier; il était ulcéré, l'os maxillaire était altéré et présentait un grand nombre de lamelles pénétrant dans la tumeur.

7° DESTRUCTION DU PANCRÉAS PENDANT LA VIE; par M. Cl. Bernard.

M. Cl. Bernard rend compte à la Société de l'autopsie d'un chien chez lequel il avait établi une fistule pancréatique, et qui est mort dans un état de profonde émaciation.

Le fait important sur lequel M. Cl. Bernard attire l'attention de la Société est la disparition complète du pancréas.

Ayant établi une trop large communication entre le duodénum et le canal pancréatique, M. Cl. Bernard pense que la bile, pénétrant le pancréas et se mêlant au suc pancréatique, a pu opérer la digestion de cet organe.

MALADIES DES ANIMAUX A L'ÉTAT SAUVAGE; par M. Rayer.

Pour le physiologiste, l'étude des maladies des animaux à l'état sauvage et de liberté offre un intérêt réel qui, serait plus généralement compris, si les observations sur ce sujet étaient plus nombreuses. M. Rayer montre les organes de la respiration d'un *lapin de garenne* tué à la chasse, et qui était dans un grand état de maigreur. La plèvre, du côté gauche, contenait une quantité considérable d'un liquide purulent, et elle était couverte de fausses membranes dans les portions médiastine et diaphragmatique. Il y avait dans le poumon correspondant plusieurs petites cavernes dont les parois étaient contiguës; d'autres parties du poumon étaient dures, grisâtres, et avaient l'aspect du tissu pulmonaire infiltré de tubercules; le poumon droit et les autres organes étaient sains; il n'existait aucune trace de blessure à l'extérieur du corps. L'ancienneté de l'affection semblait d'ailleurs démontrée par l'excessive maigreur de l'animal.

A cette occasion, M. Rayer rappelle quelques observations sur les maladies des mammifères qui vivent à l'état sauvage, les cas de rage observés sur des *loups* et des *renards*, les observations de Ramel sur une singulière épizootie qui frappa en 1776 et en 1780 les loups et les renards dans la contrée de Bone, en Afrique, et l'épizootie qui enleva un grand nombre de *cerfs* dans la forêt de Saint-Germain, et dont il est fait mention dans les mémoires de la Société royale de médecine de Paris.

NOTE SUR L'HYDROPISIE PRODUITE ARTIFICIELLEMENT CHEZ LES ANIMAUX; par M. Lebret.

La nature intime de l'hydropisie est encore un sujet d'incertitude pour les nosologistes, soit que l'on considère cette altération au point de vue général, soit que nous voulions discerner ses origines particulières. Toutefois, en dehors des idées systématiques, il semble utile de chercher si les opinions reçues s'appuient également sur une rigoureuse appréciation des faits. C'est ainsi que l'on met partout au rang des causes de l'hydropisie la présence d'une excessive quantité d'eau dans le sang, et à ce propos tous les auteurs citent les expériences de statique animale de Hales. Ce physiologiste fait assez autorité dans la science pour qu'on doive vérifier ses observations et leurs résultats. Cette note a pour but de consigner l'examen que nous en avons fait, laissant à d'autres le soin d'en tirer des inductions pratiques.

A l'instar de Hales, nous avons ouvert la carotide gauche sur un chien de petite taille, et à l'aide d'une seringue nous injectâmes successivement par ce vaisseau six centilitres d'eau à 40° centig.; l'animal était mort en moins d'un quart d'heure; le sang revenait par la jugulaire ouverte du même côté, extrêmement délayé d'eau. Nous n'avons pas remarqué les envies de vomir dont parle Hales; de l'écume sortait par le museau; les muscles présentaient un frémissement notable. A l'ouverture faite immédiatement, nous trouvâmes le foie distendu, réellement gorgé de sang aqueux qui s'écoulait en nappe abondante sous le scalpel; toute plasticité était enlevée à ce sang mêlé d'eau. Dans la rate, du liquide de même nature, en moindre quantité. Les poumons, peu colorés en rouge, laissèrent exprimer aussi, dans les coupes qu'on pratiquait, du sang fort délayé. Le cœur, devenu volumineux, était rempli de sang, avec ses distinctions habituelles, à droite et à gauche; aucune trace d'infiltration dans les glandes salivaires, ni dans le tissu cellulaire, soit sous-cutané, soit interstitiel, ni dans les cavités séreuses de la poitrine et du ventre. M. Bernard a bien voulu confirmer cette expérience par sa propre observation; comme nous, il a vu l'animal succomber peu de minutes après qu'on avait commencé à lui injecter de l'eau par la carotide, et si l'on produisait ensuite un épanchement considérable d'eau dans les cavités séreuses ou dans les tissus, ce n'était qu'en poussant une grande masse de liquide dans le cadavre, et en déterminant des phénomènes réellement mécaniques. De même que nous l'avons tenté plus tard, notre collègue a injecté un litre d'eau par la veine jugulaire d'un chien, de médiocre volume; dans ce cas, la mort est assez lente et ne survient qu'avec quelques signes de compression cérébrale; les globes oculaires s'amplifient notablement; de l'écume sort par la gueule et les narines; la tête du chien tombe sur la poitrine; il survient quelques mouvements convulsifs et l'animal succombe. Alors aussi, en examinant le cerveau, on voit les ventricules de cet organe démesurément distendues par l'eau, en même temps que l'on constate l'engorgement des poumons, du foie, comme ci-dessus. D'ailleurs, les séreuses, le tissu cellulaire n'offrent point trace d'infiltration, si l'on ne dépasse pas la quantité d'eau énoncée. Ajoutons que du sang pris sur un chien expérimenté de la sorte a présenté, sous le microscope, cet aspect crénelé, altération bien connue que l'eau fait toujours subir aux globules sanguins par son contact.

Le fait expérimental étant bien établi, à savoir : 1° que l'injection d'une grande quantité d'eau par la carotide d'un chien le tue presque immédiatement, et que si on la prolonge on n'agit plus que sur un cadavre; 2° que tant que l'animal est vivant ou mort depuis peu de temps, on ne produit, dans notre expérience, qu'un engorgement de certains viscères et non une infiltration générale ou même partielle des tissus; nous rapprochons immédiatement ces observations de celles de M. Lacauchie. Sous le titre d'*Hydrotomie*, cet auteur d'un intéressant mémoire a démontré l'utilité des injections d'eau appliquées à l'étude des organes. Il laisse tomber l'eau d'une hauteur de 3 à 4 mètres, le plus souvent en injectant par les artères, sur le cadavre; nous remarquerons que Hales employait souvent des tubes de 9 pieds de haut. Dans ce mode de préparation, une partie du liquide injecté revient par les vaisseaux béants; une autre portion traverse facilement toutes les membranes tégumentaires, pour suinter à leur surface et s'infiltre dans le tissu cellulaire. M. Lacauchie obtient ainsi, on le sait, la décoloration des parenchymes et la dissociation de leurs éléments, toutes circonstances analogues à celles que Hales signalait dans son expérience; enfin il a pu étudier par cette méthode, pour la mettre à profit, la perméabilité des tissus qui s'accroît sensiblement sous l'influence même du passage prolongé de l'eau.

Il suffit d'avoir exposé cet examen comparatif de l'expérience de Hales pour démontrer qu'on a eu tort d'y chercher une explication du phénomène de l'hydropisie, de celle du moins qui est attribuée à l'altération du sang. La discussion reste encore en suspens sur beaucoup de points de l'étiologie des épanchements séreux; des faits contradictoires, partiels ou généralisés, ont empêché les opinions d'arriver à un accord désirable. Est-il nécessaire de citer ces cas fréquents d'hydrohémie, ue s'accompagnant jamais de suffusions séreuses, à moins qu'il n'existe quelque complication? Et les lésions de sécrétion, dont le rapport avec l'état soit général, soit organique est si difficile à établir? Nous ne pensons pas que dans le phénomène d'exosmose, dont cette note est le sujet, on trouve aucun autre fait qu'une imbibition des tissus dans l'état cadavérique; rien, en un mot, qui rattache expérimentalement l'épanchement à la nature des lésions morbides, et par conséquent aucune base importante de la théorie générale de l'hydropisie.

IV. — CHIMIE ORGANIQUE.

DE LA PRÉSENCE DE L'ACIDE HIPPURIQUE DANS LE SANG; par MM. Verdeil et Dollfus.

M. Dollfus et moi avons entrepris des recherches chimiques et physiologiques sur le sang, chaque fois que nous aurons obtenu quelques résultats nouveaux, nous en entretiendrons la Société. Nous venons de constater la présence de l'acide hippurique dans le sang de bœuf; cette substance n'avait été trouvée jusqu'à présent que dans l'urine des herbivores et dans celle de l'homme, nulle part ailleurs elle ne s'était présentée à l'observation des chimistes. Les caractères si tranchés qui distinguent l'acide hippurique nous ont fait reconnaître son existence dans le sang; la forme des cristaux, son peu de solubilité dans l'eau froide, la manière de se fondre à une température un peu supérieure à 100°, en répandant l'odeur aromatique de la résine de benjoin.

Les cristaux, vus au microscope, présentaient des prismes à quatre pans terminés par des sommets dièdres. M. Robin a bien voulu, de son côté, les examiner, et a confirmé notre opinion. Nous avons opéré sur différentes portions de sang venant de différents animaux pour être bien certains que la présence de l'acide hippurique n'était pas due à une cause accidentelle.

Nous n'entretiendrons pas la Société de l'histoire du procédé que nous avons mis en pratique pour extraire cet acide hippurique de la masse du sang. Dans toutes recherches, même chimiques, il faut distinguer le résultat, qui lui seul est scientifique, du procédé qui est purement de l'art; il n'y a d'important pour la physiologie que le résultat du travail, une énumération des procédés que nous avons employés serait tout à fait déplacée maintenant et n'aurait aucun intérêt. Ce procédé se rattachant au travail général que nous publierons plus tard sur le sang, y trouvera sa place et comme faisant partie de la méthode qui dirige nos travaux, deviendra par cela même un résultat scientifique. Le sang possède donc maintenant un principe, un élément de plus, nous croyons que cela peut avoir une importance pathologique; car plus on aura de point de comparaison avec le sang normal, plus il sera facile de trouver des variations dans le sang pathologique, car pourquoi les analyses pathologiques du sang ont-elles eu un résultat presque nul, c'est parce qu'on ne pouvait trouver de variations qu'entre les quantités de fibrine, d'albumine, d'eau et de corpuscules sanguins, tandis que le sang doit contenir une grande quantité de substances qui pourront être déterminées; il est vrai que l'on doit commencer à étudier ces substances sur de grandes quantités de sang; mais en perfectionnant les procédés, on pourra, comme nous l'avons fait pour l'acide hippurique, décom-

vrir ces substances dans de très-petites quantités de sang, voire même dans une saignée.

L'acide hippurique se rencontre, comme nous l'avons dit, dans l'urine des animaux herbivores et de l'homme, et comme nous venons de le découvrir aussi dans le sang. L'absence de ce corps dans l'urine des carnivores a fait penser qu'il était produit par les aliments végétaux et qu'il n'était pas comme on l'admet pour l'urine et l'acide urique un produit de la transformation des tissus existants; cependant on a trouvé la quantité de cet acide hippurique augmentée dans l'urine de certains malades qui ne prennent cependant presque point de nourriture: on l'a aussi trouvé dans l'urine de tortues qui n'avaient pas mangé depuis plus de six semaines. De plus, l'acide hippurique contient de l'azote; ces faits indiqueraient que l'acide hippurique est bien comme l'urine un produit de la transformation des tissus. L'acide benzoïque a la singulière propriété de se transformer dans l'organisme en acide hippurique, c'est-à-dire que lorsqu'on avale une certaine quantité d'acide benzoïque, on trouve dans son urine une grande quantité d'acide hippurique. On ne peut ainsi rien décider sur le rôle de cette substance dans l'organisme; de nouvelles recherches sont indispensables, car la présence de l'acide hippurique, dans le sang, vient de donner à ce corps une importance nouvelle.

BIBLIOGRAPHIE.

DE LA FORME GRAVE DE L'ICTÈRE ESSENTIEL; par le docteur OZANAM. (Thèse inaugurale, 1849.)

DE L'ALBUMINURIE CHEZ LES FEMMES ENCEINTES; par le docteur HIPPOLYTE BLOT. (Thèse inaugurale, 1849.)

On doit accueillir avec un empressement particulier les thèses des jeunes aspirants au doctorat qui se donnent pour sujet de recherches une question mal connue, soit par excès de nouveauté, soit par excès d'ancienneté (car ce second motif n'est pas rare par le temps d'*érudition* qui court), et qui les poursuivent d'études longues, laborieuses, approfondies. Assez d'autres se tirent d'affaire à meilleur compte au moyen de coupures faites dans les livres classiques. Une thèse sérieuse est surtout obligatoire pour les internes des hôpitaux, jeunes gens d'un esprit distingué, déjà avancés dans la carrière scientifique et vivant au milieu d'une mine inépuisable de faits. A ces différents titres, l'obligation était particulièrement impérieuse pour MM. Ozanam et Blot, deux fois lauréats l'un et l'autre; le premier, des hôpitaux de Paris et de l'École de médecine de Lyon; le second, des hôpitaux de Paris et de la maison d'accouchement.

— La maladie étudiée par M. Ozanam, l'ictère grave essentiel, est loin d'être inconnue des praticiens, comme il a soin de le reconnaître lui-même. On en trouve des descriptions dans les auteurs anciens; certaines épidémies en ont fourni des exemples à Huxham, Monro et d'autres. On en trouve de temps à autre des observations détaillées dans les journaux ou les livres allemands, anglais et même français. Mais le point sur lequel règne la plus grande confusion, c'est la détermination du caractère nosologique de la maladie. Certains auteurs ne savent trop que faire de cette espèce d'ictère. « On trouve, écrivent les auteurs du COMPENDIUM, dans les anciens traités de pathologie, un grand nombre de cas d'ictère s'accompagnant de phénomènes ataxiques et de tous les signes qui annoncent la putridité. Il est difficile de dire précisément quelle est la nature (les auteurs entendent ici l'*espèce*) des maladies ainsi désignées. » La plupart de ceux qui, hors des pays chauds, ont observé et décrit l'ictère grave essentiel l'ont considéré comme une fièvre jaune dépaysée. Nous dirons tout à l'heure ce qu'il faut penser de ce rapprochement. Rassemblons, pour le moment, les traits essentiels de la maladie, tels que les expose avec beaucoup de vérité M. Ozanam.

L'ictère grave peut débuter d'une manière bénigne et ne diffère pas à ce moment de la forme commune; la jaunisse arrive du troisième au sixième jour. Mais tout à coup, soit dès l'apparition de la jaunisse, soit beaucoup plus tard, comme du seizième au vingt-troisième jour, la scène change et l'affection prend la forme grave. Dans certains cas, la forme grave se montre au début, manifestée par des frissons, des syncopes répétées, du délire, des hémorrhagies abondantes, des crampes, une gastralgie insupportable, etc.

De quelque façon que la maladie ait débuté, elle entre dans une période que l'auteur appelle d'*excitation* et qui commence d'une façon inattendue. Le sujet est saisi d'un nouveau frisson. Le pouls prend, pour quelques heures, une fréquence plus grande, la peau devient chaude, il se développe un appareil fébrile plus ou moins prononcé; mais bientôt le pouls tombe, devient plus lent qu'à l'état normal et irrégulier, puis parcourt des alternatives répétées d'accélération et de ralentissement. Cardialgie violente s'irradiant vers la région précordiale et l'hypocondre droit, rarement vers le gauche. Étouffements: défaillances; hoquet; vomissements d'abord aqueux, puis bilieux; anorexie, parfois pourtant sensation trompeuse de faim; ventre ordinairement tendu et ballonné, d'autres fois souple et naturel; selles bilieuses, diarrhéiques, rarement grises et décolorées; l'auteur a observé quatre fois une constipation opiniâtre; urines brunes; épistaxis abondantes; souvent taches de roséoles ou de prurigos, ou de miliaires; délire simple ou porté jusqu'à la fureur; agitation excessive; dans quelques cas, mouvements convulsifs; au délire succède le coma, et l'alternative se répète chez quelques individus un certain nombre de fois.

Cette apparition du coma marque le commencement de la *période de collapsus*. Tantôt le sujet, calme, semble succomber à un besoin invincible de sommeil; tantôt il s'agite et pousse des gémissements, bien qu'il ne voie ni n'entende. La langue, humide et blanche, se charge d'une couche de mucus; la soif, qui était vive d'abord, s'apaise; dépression extrême des forces; évacuations involontaires, ou parfois rétention des urines et des matières fécales; pupille presque toujours dilatée et se montrant souvent comme premier phénomène de paralysie; aggravation des hémorrhagies; hématémèse; selles sanglantes; extravasations sanguines dans la profondeur des tissus; taches de purpura; épanchements dans la membrane interne des ventricules cérébraux, sous le péritoine; congestion pulmonaire. Plus tard, paralysie croissante, résolution de tous les membres; quelquefois hémiplégie faciale; chez certains sujets, mouvements convulsifs par intervalles. Le pouls devient régulier, puis s'accélère de plus en plus jusqu'à la mort. Celle-ci est souvent hâtée par une complication, telle qu'une apoplexie pulmonaire ou une épistaxis incoercible.

La marche et la durée de la maladie ne peuvent être fixées d'une manière précise. Sur 13 observations, la maladie s'est terminée 2 fois le deuxième jour, 1 fois le troisième, 1 fois le dixième, 6 fois du treizième au quinzième, 3 fois du vingt et unième au vingt-quatrième.

Quant à la gravité, elle est telle que, sur 16 malades dont l'histoire a été relevée, il en est mort 14.

L'ipécacuanha constitue le remède principal contre cette affection.

L'*anatomie pathologique* a donné les résultats suivants. Sur 10 cas, l'organe hépatique a été trouvé normal 5 *fois*; 3 fois un peu mou et d'une teinte ictérique générale ou partielle; 1 fois gorgé de bile; 1 fois légèrement congestionné. Rien de notable dans les canaux biliaires; pas d'obstacle au cours de la bile. L'estomac renferme tantôt de la bile pure, tantôt un liquide sanguinolent. Sugillations, pointillé rouge de la muqueuse, parfois infiltration sanguine d'une grande étendue. Dans quelques cas, véritables réseaux vasculaires de quelques centimètres d'étendue. Dans le duodénum, 13 fois sur 14, on n'a trouvé ni congestion, ni inflammation, ni aucun obstacle au niveau de l'orifice des canaux biliaires, et, dans le dernier cas l'injection de la muqueuse ne pouvait amener la moindre obstruction. Dans le reste du duodénum, mêmes lésions que dans l'estomac. Rien dans les intestins, pas de développement des glandes de Brunner et de Peyer. Engouement pulmonaire. Flaccidité du cœur, cerveau quelquefois absolument sain, alors même qu'il avait existé un délire violent et du coma; quelquefois hémorrhagies cérébrale ou autre. Extravasations sanguines dans le tissu cellulaire, etc.

Tels sont les éléments pathologiques essentiels de l'ictère grave. L'auteur prend soin de montrer en quoi ils diffèrent de ceux de la fièvre jaune. Les différences, en effet, sont notables. La fièvre jaune est plus souvent grave dès son début; elle se manifeste tout d'abord par une chaleur brûlante, l'injection générale de la peau, la rougeur des yeux, le larmoiement. La période d'agitation est plus constante; elle ne s'accompagne pas ordinairement de délire. Les hémorrhagies sont universelles. Il y a plutôt ce qu'on a appelé *ictéritie* que jaunisse véritable, si ce n'est à la fin. La deuxième période est caractérisée par l'anéantissement des forces, mais avec conservation des facultés individuelles, tandis que la seconde période de l'ictère, qui commence plus tard, est caractérisée par le coma ou la somnolence, et quelquefois des convulsions. Les éruptions de roséoles appartiennent plus spécialement à l'ictère. Toutes ces différences, nous le répétons, sont réelles, et suffisent pour ne pas confondre l'ictère et la fièvre jaune. Néanmoins il y aurait un autre inconvénient et un autre vice d'appréciation à méconnaître la parenté qui unit les deux maladies. Sans confondre la roséole et la rougeole, la varioloïde et la variole, on ne peut s'empêcher d'y voir deux formes d'une même affection, deux manifestations d'un même principe essentiel. L'analogie entre l'ictère grave et la fièvre jaune, pour être un peu moins évidente et, nous le croyons aussi, moins étroite, ne doit pourtant pas être méconnue. Elle se traduit par la réunion de deux grands caractères communs: d'une part la forme bilieuse, d'autre part un état du sang encore mal déterminé, mais qui, dans les deux cas, dispose aux hémorrhagies, aux congestions passives des viscères. Maintenant, que la marche de l'une des affections diffère un peu de celle de l'autre, qu'il y

ait plus souvent délire ici que là, que la période d'excitation soit plus accentuée dans l'ictère que dans la fièvre jaune, etc., ce sont là des caractères secondaires propres à fonder des variétés et non des espèces.

Il y aurait encore un autre rapprochement à faire, et qui nous conduirait à des remarques analogues : il y aurait à déterminer les ressemblances et les différences qui peuvent exister entre l'ictère grave essentiel et l'affection appelée *fièvre rémittente bilieuse, fièvre bilieuse des pays chauds*. Là aussi il y a de la cardialgie, de l'ictère, des vomissements bilieux, une diarrhée bilieuse ou parfois de la constipation, du délire, du coma, dans quelques cas des hémorrhagies; seulement la fièvre bilieuse des pays chauds est ordinairement rémittente. C'est un caractère différentiel important; mais il ne faut pas oublier qu'elle affecte quelquefois la marche continue, et alors l'analogie devient très-étroite entre elle et l'ictère grave, que nous venons de décrire. Une classification philosophique des fièvres, ce serait encore, à l'heure qu'il est, un beau sujet d'étude et un grand service à rendre à la science.

— La thèse de M. Blot touche à une question plus neuve, plus actuelle, comme on dit, bien que déjà explorée par bon nombre d'observateurs : il s'agit de l'*albuminurie chez les femmes enceintes*. L'auteur commence par mettre en évidence l'impropriété du mot *néphrite albumineuse* étendu à tous les cas de passage de l'albumine dans les urines. Et en effet, les conditions qui semblent présider à cette déviation, depuis qu'elles se sont multipliées sous l'investigation moderne, sortent tout à fait du cercle étroit tracé par une première dénomination. M. Blot apporte d'ailleurs un témoignage irréfragable contre les prétentions de la néphrite albumineuse. Sur six autopsies de femmes albumineuses, il a trouvé trois fois les reins à l'état normal. Dans les trois autres cas, il a noté les altérations assignées par M. Rayer au troisième degré de la maladie de Bright : volume et poids des reins à peu près normaux ou un peu augmentés; teint pâle, assez uniforme, d'un blanc rosé, légèrement jaunâtre, de la substance corticale, à l'extérieur aussi bien qu'à l'intérieur ; légère hypertrophie de cette substance, surtout entre les cônes de la substance tubuleuse; légère injection de la membrane muqueuse des calices et du bassinet; adhérence anormale de la membrane fibreuse à la substance corticale.

Nous parlions à l'instant des conditions propres à engendrer l'albuminurie. Voici comment elles sont appréciées par l'auteur, en ce qui concerne les femmes enceintes. Il croit que l'afflux sanguin qui se manifeste pendant la grossesse du côté des organes génito-urinaires peut amener une *congestion active* des reins, et que ce peut être là une cause d'albuminurie. A plus forte raison admet-il l'influence de la *congestion passive* produite, pendant la grossesse, par la gêne de la circulation veineuse, et, pendant l'accouchement, par les efforts d'expulsion. Il accorde enfin la même influence à une *irritation nerveuse* (sans doute de l'appareil rénal), à la *néphrite albumineuse* et à plusieurs autres affections qu'on a vues coïncider ailleurs que chez les femmes enceintes avec la présence de l'albumine dans les urines: telles sont la scarlatine, le purpura, la phlegmasie de la vessie, des calices, du bassinet, le choléra, etc. On reconnaît, dans cette énumération, le désir de donner une interprétation formelle aux faits d'albuminurie très-réels, nous le croyons avec l'auteur contrairement à l'opinion de médecins recommandables, dans lesquels on ne trouve aucune altération matérielle du côté des reins et de leurs annexes. On remarquera la supposition d'une congestion rénale actuellement disparue, supposition plus vraisemblable que démontrée; on remarquera surtout celle plus hasardée encore d'une *irritation nerveuse*. M. Cl. Bernard a bien rendu des animaux albuminuriques en irritant mécaniquement les pneumo-gastriques; mais qui sait par quel mode d'action? Et ne doit-on pas même voir dans ce fait singulier l'indice que le passage de l'albumine du sang par les urines reconnaît souvent d'autres causes, des causes plus générales, que ne l'est une irritation ou une congestion des reins? L'auteur semble dire que, dans la grossesse, l'influx nerveux peut être augmenté ou troublé dans les reins par suite des relations de ces organes avec l'utérus ; mais quelle relation y a-t-il entre le nerf pneumo-gastrique et les mêmes organes, quelles relations aussi directes que celles qu'on lui connaît avec le poumon, avec l'estomac? Tout est donc encore incertitude et ténèbres à cet égard, et le moment n'est pas encore arrivé où il sera possible d'indiquer le mécanisme de toutes ces altérations des liquides qu'on recherche aujourd'hui avec un si louable empressement. Nous croyons, en tout cas, même après avoir pris connaissance des observations *à l'appui* que l'auteur recommande spécialement au lecteur, qu'il n'est pas encore démontré que « dans les cas ordinaires de gestation, il n'existe pas d'albumine dans l'urine sans lésion matérielle ou fonctionnelle des voies urinaires. » (P. 12.) Et quand l'auteur ajoute que, dans la plupart des cas, l'anomalie de sécrétion tient *à un simple trouble physiologique*, s'il veut rappeler par là son *irritation nerveuse*, nous ne sommes pas disposé encore à y souscrire; et s'il n'entend qu'un trouble de sécrétion, il substitue, ce nous semble, un mot à une difficulté ; car il est certain que la sécrétion de l'urine est troublée dans l'albuminurie.

Quoi qu'il en soit, c'est là, d'après les recherches de l'auteur, une altération bien commune chez les femmes enceintes et en travail ; il l'a rencontrée 41 fois sur 205. Cette proportion est précieuse à enregistrer, parce que pour certains auteurs l'albuminurie chez les femmes grosses était un fait exceptionnel, tandis que d'autres la regardaient comme à peu près constante.

M. Blot s'est proposé encore, dans son travail, l'examen des deux points essentiels, à savoir, les rapports de l'albuminurie avec l'éclampsie et son influence sur l'hémorrhagie utérine après l'accouchement.

C'est une question controversée que celle de savoir s'il existe une relation directe entre l'albuminurie et l'éclampsie. MM. Lever et Stuart Cooper sont pour la négative ; MM. Simpson, Cahen, Miquel (d'Amboise) et d'autres sont pour l'affirmative. Le fait est que, dans l'éclampsie, l'urine contient de l'albumine ; M. Blot dit ne connaître pas d'exception à cette règle. Mais il s'en faut que toutes les femmes albuminuriques soient vouées à l'éclampsie. Sur 48 femmes albuminuriques, 7 seulement ont été éclamptiques ; et chez ces dernières, la quantité d'albumine n'était pas plus considérable que chez les autres. La conclusion de l'auteur est *que l'albuminurie doit être considérée comme un signe qui doit faire craindre l'éclampsie*, mais qu'il n'est pas démontré que la première soit cause de la seconde. C'est, en effet, la seule conclusion raisonnable en l'état actuel de la science.

A s'en rapporter aux seules observations de l'auteur, l'hémorrhagie utérine après l'accouchement serait assez fréquente chez les albuminuriques, puisque sur 41 femmes placées dans cette condition, les hémorrhagies utérines ont eu lieu 12 fois. M. Blot fait remarquer que des hémorrhagies de diverses parties ont été assez souvent notées par différents auteurs chez des albuminuriques en dehors de l'état de grossesse ; il cite particulièrement ses observations empruntées à MM. Devilliers, Cahen, Becquerel. Il note de plus qu'un des sujets de ses propres observations, femme grosse et albuminurique, a été prise d'hémorragie méningée ; et de cet assemblage de faits, il tire cette déduction que l'abaissement du chiffre de l'albumine dans le sang chez les albuminuriques pourrait bien, en diminuant la plasticité du sang, prédisposer aux hémorrhagies. Ce qu'on peut dire quant à présent, c'est que la condition ordinaire des hémorrhagies passives, la diminution ou l'altération de la fibrine, n'existe pas dans l'albuminurie, et que la maladie de Bright où cette altération de l'urine est si constante ne prédispose pas, que nous sachions, aux hémorrhagies. Toutefois nous pensons qu'on ne doit se prononcer sur ce point qu'avec une grande réserve ; l'augmentation proportionnelle de l'eau dans le sérum, résultat du passage de l'albumine dans l'urine, peut constituer une disposition favorable à la prolongation d'une hémorrhagie quand la voie est une fois ouverte et qu'une certaine quantité de sang a été déjà répandue; comme on voit, chez les enfants, les piqûres de sangsues donner lieu à des hémorrhagies difficiles à arrêter quand il a coulé déjà assez de sang pour rendre celui qui reste plus liquide. C'est une simple conjecture que nous émettons.

VARIÉTÉS.

Mortalité a Londres. — La santé publique, comparativement à des époques antérieures, est dans un état favorable. Déjà la semaine qui a précédé celle-ci, nous avions noté une diminution sensible dans la mortalité. Elle avait fourni 19 décès de moins que la semaine précédente, et 159 de moins que la moyenne ordinaire de janvier. Dans les semaines correspondantes des dix années écoulées, la moyenne avait été de 1,041, portée ensuite à 1,136, vu l'accroissement de la population; la diminution dans la mortalité est donc de 198. Maladies épidémiques, 144; la moyenne était de 209. Phthisie, 113; moyenne, 115 à 170. Affections des organes respiratoires, non compris la coqueluche, 199 (les années précédentes, elle avait varié de 115 à 330. Petite vérole, 0, tiers de la moyenne. Scarlatine, 13 au lieu de 34. Coqueluche, 31 au lieu de 40. Typhus, 29 au lieu de 36. La rougeole s'est maintenue au chiffre ordinaire. La bronchite et l'asthme ont fourni 110 décès au lieu de 100. La pneumonie, 70 au lieu de 90. La diarrhée, 18 au lieu de 11.

Longévité. — Il vient de mourir aux États-Unis une femme nommée Laurine Thowors, âgée de 133 ans. Elle avait été mère de six filles et d'un garçon. Le plus jeune de ses enfants a 80 ans.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

SÉANCE ANNUELLE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES. — PRIX MONTYON. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — NOMENCLATURE MÉDICALE.

La séance annuelle de l'Académie des sciences qui vient d'avoir lieu comble un arriéré de trois années : 1846, 1847 et 1848. On pourrait croire qu'un retard aussi considérable, motivé jusqu'à un certain point par les événements politiques, aurait laissé en arrière bien des travaux, bien des progrès à signaler et à récompenser. Il n'en est cependant pas ainsi, du moins s'il faut s'en rapporter au programme des prix décernés pour ces trois années. A part un prix bien légitimement accordé aux auteurs de la découverte de l'éthérisation (1), l'Académie s'est bornée à récompenser un certain nombre de médecins dont on trouvera la liste au compte rendu de la séance. Nous n'aimons pas à remetre en question ce qui a été décidé par l'illustre aréopage, et encore moins à troubler les satisfactions de ceux qu'elle a honorés de ses suffrages. Cependant on nous permettra quelques remarques générales dans l'intérêt de la science et des savants.

On sait que l'Académie des sciences a été nantie, par les libéralités du vénérable Montyon, de sommes considérables, s'élevant à plus de 50,000 fr. pour chaque année, lesquelles ont été affectées par le testateur lui-même à rémunérer dignement tous les progrès en hygiène publique (amélioration des arts insalubres), en physiologie, en médecine et en chirurgie. Soit que les sujets manquent, soit que l'Académie se fasse scrupule de n'exercer son mandat qu'à très-bon escient, toujours est-il qu'il ne lui est jamais arrivé de donner tout ce qu'elle avait de disponible. Si les économies de chaque année devaient grossir les récompenses des années suivantes, il n'y aurait trop rien à dire à cela ; mais on peut sans indiscrétion rappeler que bien des sommes ont eu des destinations qui n'avaient pas été prévues par le donateur. L'Académie en sait sans doute plus que nous sur la parfaite convenance et la rigoureuse équité de ces changements d'affectation. Cependant nous nous permettrons d'exprimer le regret que, dans les circonstances, très-rares si l'on veut, où il y aurait lieu de récompenser noblement un grand progrès dans l'art de guérir, l'Académie se prive ainsi de la possibilité de remplir complétement les vues du testateur. N'est-ce pas ce qui vient d'arriver à l'occasion de la découverte de l'éthérisation? Y a-t-il quelque chose de plus sûr, de mieux établi, que cette précieuse conquête? n'est-ce pas, dans la plus rigoureuse acception du mot, un des progrès dans l'art de traiter les maladies pour lesquels le vénérable Montyon avait fondé plusieurs prix de 10,000 fr.? Et cependant l'Académie n'a rien trouvé de mieux à offrir à chacun des deux auteurs de la méthode anesthésique qu'une somme de 2,500 fr. Cela ne nous paraît pas digne de la munificence du testateur, et encore moins de ses illustres exécuteurs testamentaires. L'Académie a naguère accordé deux prix de 6,000 francs, pour l'opération du strabisme, dont la théorie et l'application étaient loin encore d'être irréprochables ; et, pour une découverte qui a retenti dans les deux mondes, qui est toute pleine de révélations scientifiques, elle ne va pas jusqu'à la moitié de ces deux sommes. Nous le répétons : nous avons vu, et nous ne sommes sans doute pas les seuls, cette parcimonie avec autant de douleur que de surprise. Mieux eût valu cent fois restreindre d'autres largesses d'un motif un peu plus équivoque, que de heurter à ce point la notoriété la mieux établie. Nous le disons hardiment, ces sortes de compromis sont au détriment de la justice et de la considération de l'Académie. Quant à la manière dont elle a motivé le partage du prix, entre MM. Jackson et Morton, on ne saurait trop y applaudir. Elle a très-judicieusement fait la part de l'inventeur et de l'applicateur. Son arrêt, il faut l'espérer, mettra fin à la polémique irritante qui n'a pas été sans obscurcir quelque peu l'éclat de leur brillante découverte.

On connaît l'opinion de la GAZETTE MÉDICALE sur ces distributions que l'Académie fait chaque année sous le titre de *récompenses* ou d'*encouragements*. Si ces distributions n'avaient l'inconvénient de tomber un peu au hasard, il ne faudrait pas trop s'en plaindre, car il est rare que les Académies pèchent par trop de largesses. Mais il arrive aussi que, sous le prétexte de récompenser des travaux estimables, on encourage le plagiat, on consacre la spoliation de tiers à l'écart, et l'on introduit ainsi dans l'histoire de la science et de l'art des jugements qui faussent l'opinion et entravent la marche des idées. Il ne nous serait pas difficile, en ce qui nous concerne, de sortir de ces généralités. Mais il est inutile de donner à des redressements historiques, qui auront leur place ailleurs, l'apparence de récriminations intéressées. Nous laissons donc à l'Académie la responsabilité de ses décisions, non sans faire remarquer une dernière fois qu'il eût été conforme au vœu du testateur d'honorer plus dignement la vraie découverte, et de se montrer plus difficile à l'égard de ce qui n'en offre aucun des caractères.

— Avec l'opiniâtreté de conviction et l'ardeur qui lui sont propres, M. Piorry avait offert à l'Académie de porter devant elle et de soumettre à une discussion approfondie la question de la nomenclature. L'Académie ne s'y étant pas opposée, M. Piorry est venu lire, dans la dernière séance, avec une simplicité de ton qui a été remarquée, un exposé succinct des raisons qui appellent, suivant lui, une réforme de la langue médicale et militent en faveur de celle qu'il a proposée. L'Académie nous a bien l'air de n'avoir voulu que se montrer courtoise à l'égard de l'honorable M. Piorry, en ne lui refusant pas le plaisir de se faire entendre ; il ne nous a pas paru du moins qu'elle fût pour le moment empressée d'engager un débat sérieux. Si M. Rochoux avait été absent, par malheur, le combat aurait fini aussitôt, faute de combattants, ou plutôt n'aurait pas commencé. Encore M. Rochoux, s'attachant à une proposition assez inattendue de son adversaire : « L'âme est la source de l'organisation, » s'est-il obstiné à exiger préliminairement une démonstration de l'existence de l'âme, assurant qu'il n'irait pas plus avant s'il n'obtenait pas satisfaction sur ce point. Et comme la satisfaction n'est pas venue, il a tenu rigueur. M. Piorry, il faut le reconnaître, a tiré un excellent parti des dispositions pacifiques de ses collègues ; il a déclaré tout net que, puisque personne ne venait contredire ses idées, il les tenait pour excellentes et tout à fait du goût de l'Académie. Quoi qu'on puisse penser à cet égard, nous demandons la permission de les soumettre à notre humble appréciation.

(1) Le prix de physiologie et le prix Manni consacrent, dans un ordre d'idées différentes, deux progrès véritables ; mais ils n'ont qu'un rapport indirect avec les véritables prix Montyon : les prix de médecine et de chirurgie.

Feuilleton.

LETTRES D'ITALIE.

N° VI.

LES HÔPITAUX MILITAIRES DE ROME.

A M. Michel Lévy, médecin en chef et premier professeur à l'hôpital militaire de perfectionnement du Val-de-Grâce.

Rome, 13 janvier 1850.

Lors de notre entrée à Rome, dans les premiers jours de juillet, le corps expéditionnaire n'était pas surchargé d'un grand nombre de malades. A l'aide du système des évacuations successives, on avait pu diriger presque tous les blessés sur Civita-Vecchia, sur la Corse et sur la France ; et, d'autre part, les fiévreux, qui s'étaient maintenus, pendant le siége, à un chiffre très-modéré, ainsi que nous le verrons dans une prochaine lettre, avaient aussi profité des convois pour quitter le centre des opérations de guerre. De la sorte il ne fut pas difficile de trouver place pour tous nos malades dans l'*archiospedale del San-Spirito in Sassia*, c'est-à-dire dans le grand hôpital de Saint-Esprit. L'autorité française traita immédiatement avec l'administration, et nos militaires, fiévreux, blessés, vénériens, furent admis moyennant 20 *baïocchi* ou 1 franc par jour. Ce marché n'était pas trop onéreux pour nous, et nous donnait l'immense avantage de trouver de suite toutes les ressources nécessaires au traitement de nos malades. Il se trouvait également avantageux pour l'administration de Saint-Esprit, car elle ne recevait autrefois, pour chaque soldat, que la moitié de cette somme fournie par le trésor romain, lorsque les troupes du pape n'avaient pas encore d'hôpital spécial.

Nous avons eu à notre disposition, de juillet 1849 à janvier 1850, 800 lits qui, dans les premiers temps, ont presque toujours été entièrement occupés. Le service médical, confié d'abord à M. Lasserre, médecin adjoint, n'a pas tardé à passer dans les mains des médecins du pays ; les blessés et les vénériens ont toujours été traités par des officiers de santé de l'armée. Les chirurgiens militaires étaient devenus exubérants depuis la prise de Rome, mais les médecins ne pouvaient suffire à tous les besoins.

Ces secours étrangers et l'occupation d'un local dont l'administration échappait à notre surveillance ont été longtemps nécessaires, à cause de la double insuffisance du personnel de santé militaire et des établissements improvisés en hôpitaux. Mais, à la fin de septembre, un certain nombre de médecins de l'armée étant venus renforcer le noyau primitif, de nouvelles salles ayant été

« Une science, a dit Condillac, n'est autre chose qu'une langue bien faite. » On pourrait dire plus exactement que la langue d'une science n'est bien faite que quand la science l'est elle-même. A ce compte la langue pathologique actuellement usitée est loin d'être parfaite. N'ayant pas une idée claire et certaine de la *nature* des maladies, nos définitions qui, pour être bonnes, devraient être entièrement conformes à l'idée vraie, sont nécessairement défectueuses. Pour tout dire même, nous sommes presque toujours obligés de substituer à la définition de la chose (*definitio rei*) la définition du mot (*definitio nominis*). Ainsi, après avoir noté un ensemble de phénomènes morbides ordinairement réunis ou diversement combinés chez le même individu, nous le marquons d'un signe de convention, rappelant autant que possible le caractère de la maladie : nous l'appelons, par exemple, hystérie, fièvre intermittente, fièvre pernicieuse, fièvre bilieuse, état saburral, etc. Que ces expressions ne soient pas toutes heureuses, qu'elles ne caractérisent pas nettement l'état pathologique, qu'elles portent même parfois l'empreinte d'idées théoriques ou fausses ou incertaines, ce n'est pas, à nos yeux, un inconvénient bien grave, si l'on s'entend parfaitement sur le sens à leur attribuer. Assurément, et nous sommes les premiers à le proclamer, si l'on savait au juste ce que c'est essentiellement que l'état saburral ou l'hystérie, il serait mieux de leur imposer des dénominations appropriées à leur nature : ce serait la perfection idéale ; mais, ignorants comme nous sommes, il faut bien agir en ignorants et s'arranger de mots convenus, sans se montrer trop difficiles sur leur degré d'appropriation aux choses qu'elles doivent exprimer.

On fait une grande objection : les tableaux morbides auxquels s'appliquent les mots de la langue médicale sont tellement vagues, tellement changeants, qu'on n'en rencontre pas deux types semblables au lit des malades. Cela peut être vrai ; mais à qui la faute ? à la science ou aux savants ? On raisonne ici sous l'empire d'une idée fausse ; on assimile la médecine aux sciences physiques. La différence est pourtant palpable. L'objet des sciences physiques, la matière, est toujours identique à elle-même ; elle est soumise à des lois fixes et immuables. Au contraire, rien de plus mobile que l'objet de la science médicale ; rien de plus variable que la nature humaine. La chimie examine combien d'oxygène absorbent les divers métaux à une température donnée, et elle a aussitôt la règle d'une classification ; elle étudie les proportions suivant lesquelles un corps peut s'unir à un autre corps, et, comme ces proportions sont fixes, il lui est facile d'y puiser le principe d'une nomenclature. Mais quand il s'agit pour elle de donner purement et simplement un nom à un corps simple ou composé, elle ne se pique pas de plus de rigueur que nous, s'inquiétant peu d'une dénomination arbitraire, pourvu que la signification ne le soit pas. Elle compte, par exemple, beaucoup d'*alcalis*, voire même des alcalis *végétaux*, bien que le mot ne s'applique étymologiquement qu'à la soude. Et qu'importe ? Tout le monde néanmoins ne sait-il pas bien ce que c'est qu'un alcali ? Eh bien ! nous en sommes précisément là en médecine, du moins pour une grande partie de la pathologie. A la cause présumée d'une certaine forme de douleurs erratiques, nous donnons le nom de *goutte*, sans trop y tenir, mais avec la conviction qu'on ne gagnerait rien à en changer ; à une autre forme, le nom de *rhumatisme* ; à certaines manifestations nerveuses, le nom d'hystérie, d'épilepsie, de catalepsie, etc. Nous savons bien que tous les goutteux, tous les hystériques, tous les rhumatisants, ne se ressemblent pas ; mais qu'y faire ?

Ce qu'il faut faire, répond M. Piorry, c'est adopter ma nomenclature. L'honorable académicien en effet se tire de peine commodément, et le moyen est même si facile que, s'il était en même temps logique, la science serait impardonnable de n'y avoir pas songé depuis longtemps. Pour avoir raison du nœud de la difficulté, M. Piorry propose de le trancher ; il se débarrasse de la solution en supprimant le problème. Voilà le mal. Ce ne sont pas les mots grecs que nous reprochons à sa nomenclature. M. Piorry a eu dix raisons, qu'il a énumérées, d'employer le grec ; une seule nous aurait suffi, c'est que le grec entre ses mains eût toujours rendu l'idée avec exactitude et précision. Ce que nous lui reprochons, c'est, comme nous avons dit, d'apporter à l'état de choses actuel un remède illusoire. Que fait-il en réalité ? Il remplace la *maladie* par des états organo-pathologiques, c'est-à-dire que, faisant abstraction complète de tout lien de subordination entre les différents phénomènes dont l'assemblage constitue l'unité morbide, il considère isolément chaque phénomène et lui assigne un nom, à peu près comme si on s'imaginait de nier l'existence d'une table, parce qu'elle comprend plusieurs parties distinctes. On connaît l'ensemble de symptômes si compliqués, mais si caractéristiques, appelé communément *hystérie* ; il disparaît absolument dans la nomenclature de M. Piorry. Nous avons sous les yeux son TRAITÉ DE DIAGNOSTIC ; dans un paragraphe, vous trouverez les symptômes de la *métralgie* ; dans un autre, à cent lieues du premier, on vous dira que les douleurs utérines se prolongent quelquefois aux nerfs de l'abdomen et donnent lieu à la sensation d'une boule ; dans un troisième, à l'occasion des maladies de l'encéphale, que certains accidents nerveux, mouvements spasmodiques, cris, etc., accompagnent quelquefois la métralgie. C'est au lecteur maintenant à rassembler pièces et morceaux s'il veut se former un tableau de ce tout, cohérent et indivis, qui constitue l'hystérie. Ainsi des fièvres, ainsi de la goutte, ainsi du rhumatisme. M. Piorry appelle cela *sa doctrine* ; pour nous, c'est la négation absolue de toute doctrine et de toute philosophie médicale.

Mais au moins, puisque les dénominations de M. Piorry ont surtout pour but de remédier à la confusion de la terminologie actuelle, et aussi, comme il le répète volontiers, de soustraire le langage médical à l'esprit de système, ont-elles à quelque degré ces avantages ? Hélas ! non ; et sur beaucoup de points, la nouvelle nomenclature expose plus à la confusion, accorde plus à la théorie, que l'ancienne. On en pourrait citer maint exemple. Quand nous appelons *fièvre intermittente* une série d'accès fébriles, revenant à des époques plus ou moins régulières, nous nous bornons à exprimer un fait : personne ne se trompe sur le sens du mot *fièvre*, employé conventionnellement pour exprimer un assemblage de phénomènes bien connu, et le mot *intermittente* est des plus clairs et des plus précis. Que fait M. Piorry, quand il substitue à la dénomination ordinaire celle de *splénomacrosie* ? Il remplace l'expression d'un fait par celle d'une théorie, et, pour comble de malheur, par une théorie manifestement fausse. Ajoutez que, la théorie fût-elle vraie, la dénomination de *spléno-macrosie* deviendrait encore une cause de confusion, en ne donnant pas le moyen de distinguer les tuméfactions de la rate qui résultent d'une infection paludéenne et engendrent les accès, de celles qui sont dues à toute autre cause, ou qui, étant dues également à l'action miasmatique, ne produisent pas actuellement d'accès intermittents. La dénomination d'*entérite typhohémique*, ou de *typhohémie entérique*, ou de *septico-hémie*, substituée à celle de *fièvre typhoïde*, pourrait donner lieu aux mêmes remarques. Une fièvre typhoïde est celle qui a des analogies avec le typhus, et ce dernier mot n'exprime qu'un fait, à savoir la stupeur, qui est un des traits caractéristiques

---

ouvertes, enfin le chiffre des malades ayant commencé à décroître d'une manière progressive et soutenue, en octobre, on a pu prévoir dès lors qu'il serait possible d'évacuer prochainement l'hôpital Saint-Esprit. La négligence de l'hygiène, l'insalubrité du site et l'encombrement rendaient cette évacuation urgente. Elle commença vers la fin de décembre, et, le 15 janvier 1850, l'armée française n'avait plus à Rome que des hôpitaux régis par son administration et dirigés par ses officiers de santé.

Certains hôpitaux de Rome sont assis dans des localités si malsaines que le nombre des fièvres gagnées dans les salles mêmes s'élève à un chiffre très-considérable. Instruits par cet exemple et libres à peu près du choix de l'emplacement, nous avons évité les lieux bas voisins du Tibre, et notre attention s'est portée sur le Quirinal, la plus saine des collines romaines. Or l'arête du Quirinal est précisément formée par une foule de couvents qui faisaient bien notre affaire. Il ne s'agissait que de les rendre libres. Pour tout autre vainqueur que nous, c'était la chose du monde la plus facile et la plus expéditive ; mais nous ne sommes plus au temps de notre grand père Brennus, et jamais on n'a vu des maîtres aussi polis et courtois, aussi respectueux et soumis que les Français à Rome. Il n'est pas question de cela, me direz-vous ; soit. Le fait, le voici : Nous nous sommes à la fin emparés des couvents. Certains moines avaient fui ; d'autres, trop au large, s'étaient resserrés dans une aile ; enfin, il faut bien le dire, nous avons eu la hardiesse extrême de faire sortir malgré eux quelques cénobites qui avaient, du reste, de quoi se loger commodément ailleurs. Ajoutons qu'ils rentrent aujourd'hui un peu malgré nous, témoin ce qui se passe à Saint-Dominique, notre meilleur hôpital, que les nobles religieuses commencent à nous arracher pièce par pièce.

Les couvents que nous avons transformés en hôpitaux militaires sont : Saint-Dominique, Saint-André, Sainte-Thérèse, Saint-Bernard. La distribution intérieure, appropriée à la vie monastique, ne l'est guère à l'installation d'un hôpital ; mais il a bien fallu accepter ces nécessités contre lesquelles nous ne pouvions rien. Ces bâtiments consistent surtout en de vastes couloirs, quelquefois en véritables cloîtres, rarement à jour comme nos vieux cloîtres gothiques, mais percés le plus souvent dans le centre des ailes. Sur une paroi ou même sur l'un et l'autre flanc, s'ouvrent une foule de cellules de grandeur variable. Ces cloîtres sont frais l'été, mais ils manquent d'air, et l'odeur qui y règne prévient peu en faveur de leur salubrité. L'hiver, ils sont très-froids, et l'air s'y engouffre sous forme d'un courant glacial et rapide, quand on ouvre une fenêtre à leur extrémité pour leur donner un peu d'air. Les cellules sont au contraire trop chaudes pendant l'été ; l'hiver elles présentent de bonnes conditions. Les cellules de Sainte-Thérèse ne contiennent qu'un ou deux lits, celles de Saint-Dominique peuvent en recevoir trois, et celles de Saint-André le double au moins. On s'est fortement élevé en France, dans ces derniers temps, contre les trop vastes salles d'hôpital ; ici le défaut contraire se fait sentir. Le service est trop fractionné, la surveillance devient difficile, et les soins sont moins promptement administrés.

Le rez-de-chaussée de ces couvents est la partie qui convient le mieux à l'organisation hospitalière. Les réfectoires, les garde-robes, les parloirs, les salles d'assemblée, ont des dimensions fort convenables dans tous les sens. Nous avons aussi trouvé dans les cuisines une installation qui nous a sauvés de

de la maladie. La *typhohémie* (qui rigoureusement veut dire *stupeur du sang*) signifie pour M. Piorry un empoisonnement du sang. Qu'est-ce que cela, sinon une théorie? Et la variole? Rien de moins ambitieux que ce mot. La nouvelle nomenclature le remplace par celui de *dermite typhohémique*. Il y a donc encore ici intoxication? C'est possible. Mais si quelqu'un s'avisait d'en douter, que deviendraient les prétentions conciliatrices de la nomenclature?

En voilà assez sur ce chapitre. Si l'Académie y revient, nous y reviendrons; ce serait pour nous une occasion de montrer que la nomenclature n'est pas seulement vicieuse en principe, qu'elle l'est jusque dans son mécanisme. Nous en avons déjà dit quelques mots, d'ailleurs, dans un de nos derniers numéros.

DIAGNOSTIC.

REMARQUES SUR UNE EXPÉRIENCE OPTIQUE, SERVANT A APPRÉCIER LES POUVOIRS COMPARATIFS DES YEUX, ET INDIQUANT LE PREMIER DEGRÉ DES CHANGEMENTS MORBIDES QUI SURVIENNENT DANS LA VISION; par M. J.-D. MACDONALD. (Traduit du mémoire anglais publié dans le MEDICAL TIMES, 1er septembre 1849.)

C'est un fait encore peu connu que lorsqu'on répand une couche de poussière sur la surface d'un miroir, chaque molécule et sa réflexion se comportent l'une par rapport à l'autre, de telle manière qu'une ligne passant par ces deux points sera, dans tous les cas, comme le rayon d'un cercle dont le centre est à la pupille de l'œil de l'observateur qui regarde dans la glace. Ainsi se trouve produite une apparence de rayons qui semblent émaner de ce point. Ceci paraîtra d'abord trivial; mais on va voir que le médecin peut y trouver un critérium précieux pour apprécier la force ou capacité visuelle relative de chaque œil, comparativement à celui du côté opposé, ce qui était jusqu'ici resté l'un des *desiderata* de la chirurgie ophthalmique.

Si l'œil droit est éclairé par une bougie, tandis que le gauche reste dans l'ombre, l'expérimentateur, en regardant dans un miroir préparé comme il est dit ci-dessus, verra que l'émission des rayons procède de la pupille de ce dernier œil. Le phénomène ne dépend point de la position de l'œil.

Si l'on place la bougie du côté de l'autre œil (du gauche), les circonstances physiques sont altérées, et le résultat est justement l'inverse du cas précédent.

Mais si l'on met deux bougies, une de chaque côté de la tête de l'observateur, les lignes formées par les molécules de poussière et par leur réflexion sembleront irradier de chacun des yeux comme centres, ou partir de chaque côté et se diriger mutuellement en travers vers l'œil opposé.

Comme explication de ces faits, je pense que lorsqu'une cause quelconque empêche l'un des yeux de remplir parfaitement ses fonctions (comme le fait, par exemple, la lumière dans les deux premières expériences), celui des organes qui n'est pas affecté paraît avoir la prééminence; ceci se manifeste par le rayonnement des particules, qui semble s'effectuer de cette pupille vers le miroir, et l'emporter sur le rayonnement de l'autre œil. Par suite de la sympathie qui existe entre le nerf optique et l'iris, quand un fort rayon de lumière tombe sur cette dernière membrane, la pupille diminue de largeur de manière à régler la quantité de lumière qui va frapper le nerf, d'après la sensibilité de celui-ci. Lorsqu'un œil reçoit cette influence, son pouvoir est considérablement amoindri; car pendant qu'il est tourné vers l'image dans la glace, l'iris ne peut admettre un degré suffisant de lumière tombant de ce point sur la rétine, puisqu'il a un stimulant beaucoup plus fort, l'action de la lumière. Cet état de choses est tout à fait renversé dans l'œil qui est à l'ombre, parce que l'iris se trouve alors à l'abri d'une lumière intense, et que son office s'est borné à permettre l'entrée d'autant de rayons provenant des grains de poussière et de leur réflexion, que la délicatesse du nerf optique en peut supporter, ce qui explique parfaitement la force de l'impression surpassant celle de l'œil affaibli.

Lorsqu'on emploie deux bougies, comme dans la troisième expérience, les deux yeux sont également influencés, puisqu'ils reçoivent une semblable quantité de lumière. Ils sont donc pareillement accommodés (*cœteris paribus*) pour remplir leurs fonctions respectives, de telle sorte que les lignes paraissent nécessairement irradier de chacun des yeux.

Maintenant, l'application pratique de ces expériences (si elles sont bien conduites) est que la moindre inégalité dans les pouvoirs d'un œil comparativement à ceux de l'autre œil est découverte instantanément par le chirurgien; le premier degré de la cataracte ou de l'amaurose ne peut lui échapper. En effet, si les deux yeux sont situés semblablement devant une lumière qui tombe également sur chacun d'eux, le patient distinguera lui-même de quel côté la vision est défectueuse, indépendamment de toute autre preuve en rapport avec les explications ci-dessus.

Il existe une relation très-étroite entre la coordination des mouvements musculaires du globe de l'œil et la fonction de l'adaptation aux distances. Il y a aussi une connexion intime entre cette dernière fonction et la condition de la rétine. Ainsi, si la rétine de l'un des yeux est dans un état de débilité, le changement adaptatif n'aura pas lieu également dans les deux yeux; et, comme résultat nécessaire, la coordination des actions musculaires qui effectue si merveilleusement les mouvements synergiques des globes oculaires se trouve dérangée; et le strabisme survient et s'explique par cette circonstance. Si donc, par suite de la faiblesse de l'une des rétines (qu'elle soit malade, comme cela est le plus fréquent, ou par toute autre cause), il y a tendance à loucher, on peut, grâce à l'expérience précédente, découvrir l'œil qui a cette disposition, car il prend, pendant qu'on l'y sonme, sa position ordinaire. M. Macdonald a fait avec succès cette expérience chez un individu qui était sujet à loucher par suite de la concentration prolongée des yeux sur un plan, ainsi que cela a lieu en lisant. Il y avait défaut de coordination entre le mouvement musculaire des globes oculaires et le pouvoir d'adaptation aux distances; il y avait aussi manque de balance dans le ton des deux organes. En regardant dans un miroir, comme il a été dit plus haut, avec une quantité de lumière distribuée également à chaque œil, il observa que les rayons émergents de l'œil gauche croisaient et oblitéraient ceux partant de l'œil droit, ce qui lui fit reconnaître que ce dernier était l'organe affecté.

---

travaux longs et coûteux. Les vastes marmites, destinées à nourrir un grand nombre de religieux, ont assez de capacité pour suffire à tous les besoins des hommes hospitalisés. Enfin des lavoirs, des buanderies, des séchoirs, des eaux courantes se sont aussi rencontrés fort à propos.

Outre des cours assez spacieuses, les couvents du Quirinal possèdent de beaux et vastes jardins, divisés en carrés par des bordures de buis hautes et épaisses, ombragés par de magnifiques orangers, égayés par le murmure des fontaines et des eaux jaillissantes se jouant dans des bassins de marbre. C'est à donner envie de se faire religieux.

Non-seulement les malades trouvent dans ces jardins une promenade au grand air; mais la verdure, les fleurs et les fruits, les bruits de l'eau, ont en outre quelque chose qui les charme, les occupe et les attache. Il ne faut rien négliger quand il s'agit de prévenir la nostalgie toujours prête à se glisser dans le cœur du soldat éloigné de sa patrie, lorsque la maladie affaiblit son moral et que la souffrance lui fait sentir plus vivement qu'il est loin des doux soins de la famille.

Le couvent de Saint-Dominique constitue notre meilleur établissement hospitalier. Nous consacrerons quelques mots à sa description. Il est situé vis-à-vis la villa Aldobrandini Borghèse, sur l'un des points culminants du Monte Cavallo ou Quirinal. Sa cour principale, ornée d'une belle fontaine, est entourées de galerie soutenues par des pilastres et s'ouvrant sur le parvis central. Au premier, quatre grandes galeries se joignent à angle droit et permettent de faire le tour de l'établissement; 90 portes sont percées sur l'une et l'autre paroi de ce cloître intérieur. Ce sont les ouvertures de 90 cellules, dont les unes prennent jour sur la cour intérieure et principale, les autres sur les cours extérieures. Ces cellules ne peuvent en général contenir que trois lits chacune. Le développement des quatre galeries n'a pas moins de 350 pas; elles ont 6 ou 7 pas de largeur sur une vingtaine de pieds d'élévation. Au deuxième étage existent d'autres cellules plus petites donnant dans des corridors étroits qui s'ouvrent, comme des tribunes, dans les cloîtres du premier.

Les salles du rez-de-chaussée sont belles et spacieuses; on se proposait de les réserver pour les cholériques, à l'époque où 9 décès dans nos hôpitaux militaires de Civita-Vecchia nous avaient fait craindre l'invasion de l'épidémie.

Au troisième s'ouvrent les beaux appartements de la noble abbesse, tout chatoyants de fresques et de dorures, et dominant Rome aux confins de la vieille cité et de la ville récente. Les officiers malades occupent ce local, et plus d'un bassin détérioré par une maladie criminelle outrage le velours des fauteuils où s'asseyaient les nobles et chastes religieuses.

Il faut bien, honoré et affectionné chef, que je vous dise aussi un mot de la *cucina* et de la *pasticciera* de ces dames; vous à qui nulle fine observation n'échappe, vous m'en voudriez trop de laisser passer celle-ci. Quel beau tournebroche il y a dans la grande cuisine! Il constitue à lui seul une véritable usine. Il est mis en mouvement par une roue à auges sur laquelle tombe un courant d'eau projeté avec force par un tuyau de plomb. La *pasticciera*, pâtisserie, n'est pas non plus une des pièces les moins importantes de l'établissement; elle contient trois grands fours dont les gueules chaudes ont vomi bien des fois d'excellentes friandises. Mais, ô profanation! sur les tables de marbre où se roulait le feuilleté, pourrissent aujourd'hui de hideux débris. La *pasticciera* est

L'avantage de ce moyen de diagnostic paraîtra évident au chirurgien ophthalmique, s'il considère que, faute d'une distinction suffisante, on a souvent opéré de strabisme l'œil sain.

THÉRAPEUTIQUE.

IODOGNOSIE, OU MONOGRAPHIE CHIMIQUE, PHARMACEUTIQUE ET MÉDICALE DES IODIQUES; par DORVAULT (1).

ACTION DES IODIQUES DANS LES DIVERSES MALADIES OU ILS SONT EMPLOYÉS.

369. Nous avons établi précédemment d'une manière générale que l'action dynamique des iodiques était une action fluidifiante sur les fluides humoraux. Il ne faut pas donner à cette dernière proposition un autre sens que celui que nous lui donnons réellement. Par action fluidifiante sur les humeurs, nous n'entendons point dire que les iodiques déterminent snr ces fluides à l'état physiologique une liquéfaction plus grande, mais seulement qu'ils fluidifient les coagulums produits sous une influence morbide. Nons sommes disposé à croire que les iodiques ne changent point la consistance de ces fluides sains et vivants; qu'ils ne fluidifient le sang normal hors de l'économie que parce que ce fluide perd de son homogénéité en sortant de la veine. Peut-être donc eussions-nous été plus correct et n'eussions-nous pas donné lieu aux fausses interprétations qui ont été faites sur notre manière de voir, en dénommant anticoagulante au lieu de fluidifiante l'action dynamique des iodiques.

Faisons encore remarquer, dans le même but, que nous ne faisons pas du mot coagulation le synonyme de plastification, puisqu'au contraire nous considérons la coagulation des humeurs comme nn défaut de force on de cohésion entre leurs éléments constitutifs. La coagulation humorale, ou simplement la tendance à la production de ce phénomène, peut donner lieu ou à une plasticité apparente plus grande, mais seulement apparente, ou à une fluidité plus manifeste, selon son intensité, sa forme, etc., sans pour cela que la quantité des éléments protéiques qui donnent au sang normal la plasticité qui lui est propre soit nécessairement plus grande dans le premier que dans le second cas. Le sang, qui, reçu liquide dans la palette, se prend au bout de quelques minutes en une seule masse cohérente, puis se sépare en sérum et en cruor, et le lait qui, de la fluidité qu'on lui connaît, acquiert, en devenant caillé ou acide, une consistance de gelée, n'ont évidemment pas une constitution plus riche, une homogénéité plus grande, bien au contraire, que dans leur état de fluidité naturelle.

Dans certaines maladies, le scorbut, le purpura, par exemple, où l'on pourrait attribuer l'appauvrissement du sang à la diminution de la proportion de fibrine, il n'en est rien, puisqu'au contraire les expériences de MM. Becquerel et Rodier, celles de M. Frick, etc., ont démontré qu'elle était généralement en plus forte proportion que dans le sang normal. C'est donc, outre le changement de proportions par suite sans doute de transformations d'un principe en un autre, une dissociation des éléments protéiques des fluides humoraux et surtout du sang, qu'il faut voir dans les affections que nous venons de citer. Cette dissociation, en déterminant la contraction de la fibrine, la réduisant à l'état de grumeaux perceptibles ou non aux sens, met à nu la partie séreuse du sang, et le fait paraître ainsi, dans certains cas, plus pauvre en fibrine, tandis que dans d'autres, par une disposition différente, elle le fait paraître plus plastique. Eh bien! il est pour nous indubitable que, dans les cachexies scrofuleuse, syphilitique, etc., il existe une dissociation des éléments des fluides humoraux, et que le mode d'action des iodiques est de rétablir leur homogénéité.

370. Il suffit donc, d'après notre opinion, pour qu'une maladie soit curable par les iodiques, qu'elle soit le résultat d'une action morbifique coagulante sur nos fluides. C'est, en effet, ce qui existe manifestement dans le goître, qui consiste en une véritable gélatinisation tuberculeuse de la lymphe du corps thyroïde; c'est ce qui existe non moins manifestement encore dans la scrofule, qui n'est autre chose qu'une tuberculisation générale de tous les fluides de l'économie, et qui dit tuberculisation dit coagulation.

Nous ne sommes pas, d'ailleurs, les premiers qui ayons eu l'idée de la coagulation humorale dans la cachexie scrofuleuse. Bordeu, ce que nous ignorions alors que notre travail était déjà soumis au jury de la Société de médecine de Lyon, Borden, disons-nous, l'a eue avant nous, et certes personne ne révoquera en doute son éminent savoir et sa haute sagacité. Le célèbre médecin béarnais attribue cette coagulation à une acidité qui accompagnerait la scrofule. Ainsi, indépendamment du passage relatif à l'usage des eaux minérales, que nous avons rapporté (329), et dans lequel la coagulation du sang est mentionnée, en voici d'autres qui prouvent même l'insistance qu'il mettait dans cette opinion : « Le mercure et les eaux minérales s'opposent à l'*acrimonie acide* qui existe dans le sang des écrouelleux : les eaux l'embaument, et le mercure lui donne une tournure bilieuse, ainsi que l'odeur fétide de ceux qui salivent le fait voir. » « ... Le penchant qu'ont dans cette maladie les humeurs à s'aigrir..... » « Si la scrofule affecte plus spécialement l'enfance, c'est qu'à cet âge les humeurs ont plus de tendance à devenir *acides.* » Hufeland pense que c'est une *acrimonie* spécifique de la lymphe; Charmetton, un état d'*acidité* et d'épaississement de la lymphe; Peyrilhe, un *principe acide* qui coagule la lymphe; Baumes, une *oxygénation* des sucs albumineux, etc., etc.

Nous n'ignorons pas que beaucoup d'auteurs de nos jours rejettent ces données comme des vieilleries indignes même d'arrêter leurs critiques; mais nous ne les en appelons pas moins en témoignage, non pas à raison des causes que leurs auteurs assignent au défaut d'homogénéité des liquides animaux, mais pour le fait en lui-même. Et on nous permettra de faire remarquer à ce sujet que depuis quelques années on a assez d'exemples que les anciens n'avaient pas toujours tort; que même s'il est des modernes qui les dédaignent, beaucoup d'autres pâturent *in petto* à leurs dépens. Nous considérons donc la coagulation, ou, si l'on aime mieux, la dissociation des éléments des humeurs dans la scrofule, comme démontrée, qu'elle provienne d'un principe acide ou d'une autre cause.

Mais en est-il de même dans les affections syphilitiques où nous avons vu les iodiques faire merveille? Ainsi que nous l'avons fait préjuger, nous répondons sans hésiter : Oui, le virus syphilitique étant pour nous un prin-

(1) Voir les articles publiés de cette monographie dans les numéros 46, 47, 49, 50 et 52 de l'année 1849 et le nº 1 de cette année.

---

un amphithéâtre. Si ces dames le savent jamais, quelle désolation! Cet affreux souvenir leur inspirera bien pour deux jours la haine de la pâtisserie.

J'ai à vous conter maintenant des choses fort tristes. Il fallait bien nous dérider un peu auparavant.

Ce n'est pas le tout d'avoir quatre murs nus, surmontés d'un toit, pour former un hôpital : médecins, administrateurs, médicaments, matériel, voilà bien des choses nécessaires encore. Nos misères vont commencer.

D'abord les officiers de santé militaires étaient en beaucoup trop petit nombre. Mon collègue Beylot a eu, à Civita-Vecchia, jusqu'à 450 malades. Parmi ces 450, 150 arrivaient de Rome en masse; c'était donc 150 sujets à inscrire, 150 affections à diagnostiquer, 150 prescriptions à formuler, sans préjudice de 300 autres malades qui réclamaient aussi leur part de soins. En vérité, c'est trop demander à un seul homme. On ne saurait se faire une idée du tumulte, des embarras, des difficultés sans nombre qui ont accompagné l'installation de nos hôpitaux; pas de personnel, pas de matériel, aucune ressource, et pourtant il fallait fonctionner, le temps pressait. Dans ce désordre inévitable, on ne pouvait pas toujours inscrire ses malades, et le médecin manquait de point de repère pour lui rappeler à chaque visite l'affection de chacun des hommes qu'il voyait. La partie administrative n'était pas moins en souffrance; les corps ne connaissaient pas toujours le nombre de malades qu'ils avaient à l'hôpital, et une foule d'hommes ont été portés sortants par l'administration des hôpitaux, sans avoir figuré sur ses registres parmi les entrants. A Rome, chaque médecin avait communément de 200 à 300 malades. Le service était d'une excessive difficulté. Aussi pouvons-nous dire à juste titre que si les chirurgiens ont eu leur champ de bataille à l'affaire du 30 avril et pendant le siége, les médecins ont également eu le leur au sein de l'endémo-épidémie. Et puisque, dans les premières circonstances, bien des noms, liés aux événements, se sont présentés sous notre plume, nous ne pouvons pas non plus taire ici ceux de MM. Finot, Donzel, Martenet, Mayer, Dussourd, Mollard, Beylot, Garnier, Lasserre et Tabonreau.

Dans l'origine de l'installation de nos hôpitaux improvisés, les malades n'ont quelquefois trouvé que de la paille jetée par terre, puis bientôt des paillasses que l'on confectionnait en toute hâte. Des tréteaux, des lits de fer, des couvertures et des draps n'ont pas tardé à compléter le couchage. Mais, pendant plus de quatre mois, au moment de l'apogée de l'endémo-épidémie, on a manqué de matelas. Au commencement de novembre, j'avais encore quelques hommes atteints de fièvre rémittente grave, couchés sur des matelas, dont un simple drap les séparait. A peu près jusqu'à cette époque, les hôpitaux n'ont possédé de matelas que pour un tiers des hommes. Les chemises se trouvaient aussi en nombre trop restreint, de sorte que certains malades dont la chemise était trempée de sueur devaient rester nus dans leur lit. Les draps manquaient également, et l'on attendait trop souvent, pour changer un moribond qui allait sous lui, que les draps étendus dans la cour fussent suffisamment secs.

Malgré notre vif désir de ne pas faire d'opposition, nous devons à la vérité de dire que les mises en réquisition avaient été faites avec la plus blâmable timidité. Dans les casernes, c'était bien pis encore : un sac de campement rempli de paille, une couverture ou même une demi-couverture, composaient tout le couchage du soldat. Dans les corps de garde, sous le portail des églises et des palais, il a long-

cipe morbide éminemment coagulant. Nous le répétons, l'action des iodiques est la même contre la syphilis que contre la scrofule. N'avnns-nous pas, pour appuyer notre dire, l'npinion admise aujourd'hui par les syphiliographes les plus éminents, que les accidents tertiaires de la syphilis ont la plus grande analogie avec certaines formes scrofuleuses? Les praticiens ordinaires n'ont-ils pas, en effet, eu toute occasion de reconnaître que, dans sa dernière période, la syphilis perd sa physionomie spéciale et vire à la scrofule? La scrofule de l'enfant n'est-elle pas souvent la réponse à la syphilis constitutionnelle du père (*a*)?

Il découle de ces considérations que toute affection qui présente le cachet d'une action coagulante comporte à un degré plus ou moins évident l'emploi des iodiques. C'est en ayant égard à ce principe que l'on peut espérer obtenir des succès dans l'application des iodiques aux maladies cutanées.

372. Selon nous, toutes les fois qu'on aura pris à temps, qu'on ne leur aura pas permis de s'organiser, de se membraniser complétement, les altérations humorales seront efficacement combattues par les iodiques. Nous expliquons ainsi leurs succès dans les tumeurs blanches, les affections squirrbeuses et carcinomateuses, qui toutes nnt pour début un dépôt albumineux.

Selon nous encore, toute lésion pathologique caractérisée par une tumeur est le résultat d'une coagulation humorale. Un ulcère, quelle que soit sa nature, est une érémacausie occasionnée par la même cause ; la circulation éprouvant, par suite de cette action, un arrêt local nu général, les tissus en contact se tuméfient, s'altèrent, et si la nature ne vient pas par un effort qui lui est propre, ou si la thérapeutique ne vient pas changer l'état des choses, l'érémacansie se développe. Nous faisons reposer sur ce principe l'emploi des iodiques dans la phthisie, la carie osseuse, la leucorrhée, les ulceres divers.

Dans les différentes hydropisies, les épanchements séreux divers où ils réussissent, l'efficacité des iodiques nous semble reposer sur le rétablissement de la circulation générale troublée par la dissociation et l'appauvrissement des éléments organiques des fluides. Nous donnons la même explication pour la chlorose, le rétablissement des menstrues.

Un praticien belge dont le nom nous échappe, ayant eu beaucoup à se louer de l'iodure de potassium dans des cas d'hydropisie ascite où la digitale seulement n'avait pu établir la diurèse, donne sur l'action de ce sel l'explication suivante qui diffère sensiblement de la nôtre, puisque d'après elle les iodiques n'auraient qu'une action accessoire dans les hydropisies. Ainsi les cures qu'il a obtenues sont pour lui la preuve que l'absorption des engorgements par l'action de l'iodure n'avait rendu à la digitale toute sa puissance qu'après avoir libéré la veine-porte, et y avoir rétabli la circulation sanguine et les absorptions.

373. Dans les maladies métalliques, les données chimico-physiologiques rendent parfaitement compte de l'action des iodiques.

Si dans un liquide albumineux on verse un soluté de bichlorure de mercure, il se produit à l'instant même un coagulum qui se précipite peu à peu au fond du vase.

Tout autre sel de mercure produirait le même résultat.

Ce coagulum, insoluble dans les dissolvants ordinaires, se dissont dans les solutés de chlorures, de bromures ou d'iodures alcalins; il se dissout surtout facilement dans un soluté d'iodure de potassium (*a*).

En effet, si l'on traite ce coagulum encore humide par un soluté d'iodure de potassium, il se produit tout d'abord une coloration jaune rougeâtre d'iodure mercurique, mais qui disparaît par une nouvelle addition du soluté ioduré, en même temps que le coagulum lui-même et on obtient un liquide parfaitement limpide et incolore. En employant de suite assez d'iodure potassique, la coloration orangée ne se produit pas. Le produit qui se forme dans ce cas est surtout de l'iodhydrargyrate d'iodure de potassium.

De l'insolubilité du coagulum mercuriel dans les dissolvants ordinaires et de sa facile solubilité, au contraire, dans un soluté d'iodure de potassium, résultent des indications thérapeutiques importantes, dont une toute nouvelle.

C'est sur la propriété que possède l'albumine de former avec les sels mercuriels un coagulum insoluble dans les liquides de l'économie, qu'est fondé l'emploi déjà ancien de l'eau albumineuse dans les empoisonnements aigus par ces composés, et notamment par le sublimé corrosif.

Supposons en effet qu'un sel de mercure ait été ingéré à dose manifestement toxique; en administrant le plus tôt possible (après avoir provoqué toutefois le vomissement) au patient de l'eau albumineuse, il se produira au sein de l'économie, entre l'albumine et le sel mercuriel, la même combinaison que dans notre éprouvette et conséquemment l'intoxication sera enrayée. Ce fait n'est plus hypothétique.

Mais si, au lieu d'une forte dose de poison, on suppose au contraire l'ingestion de doses thérapeutiques faibles, l'absorption de simples vapeurs mercurielles, mais ingestions ou absorptions journalières et longtemps continuées, le composé mercuriel, en raison de son affinité pour les éléments proteiques de l'organisme, se combinera peu à peu avec eux en donnant naissance à des produits anormaux. Ces produits, en séjournant au sein de l'économie, troubleront le rhythme fonctionnel, en un mot donneront lieu aux différentes formes de la cachexie mercurielle, à laquelle sont sujets les syphilitiques soumis à un traitement mercuriel long et mal dirigé, les nu-

(*a*) M. Lepelletier (de la Sarthe), d'accord du reste avec Richerand, retournant cette opinion, professe que ce n'est pas la syphilis, mais le traitement mercuriel opposé à cette affection, qui rend scrofuleux, opinion qui ne nous paraît pas soutenable aujourd'hui. Cependant nous ne prétendons pas dire que le mercurialisme ne puisse être, comme la syphilis, rangé parmi les causes prochaines de la scrofule, mais seulement qu'il n'y a pas que les syphilitiques qui font usage du mercure qui deviennent scrofuleux.

Des praticiens professent aussi l'opinion que l'iodure de potassium ne guérit pas la syphilis, mais bien la cachexie mercurielle, suite du traitement par le mercure auquel les syphilitiques ont été soumis. Quelques-uns mêmes partant de cette idée vont jusqu'à proposer, dans des affections diverses graves et rebelles à l'action directe des agents thérapeutiques, de déterminer la saturation mercurielle, afin d'en avoir raison ensuite par la médication iodique. L'expérience clinique peut seule faire connaître la valeur de cette dernière théorie. Quant à la première proposition, nous ferons remarquer qu'il existe un assez grand nombre de cas de syphilis tertiaire guéris d'emblée par les iodiques.

(*a*) Voir notre travail intitulé: ACTION DES SELS DE MERCURE SUR QUELQUES FLUIDES ALBUMINEUX (JOUR. DES CONN. MED. ET DE PHARMACOL., 1844-45).

---

temps passé la nuit couché sur la dalle froide, exposé à l'humidité du sol et aux brouillards chargés d'effluves pernicieux.

Vers le milieu d'octobre, le choléra s'étant déclaré à Civita-Vecchia, M. l'inspecteur Alquié et les trois officiers de santé en chef, MM. Faure-Villar, Lacauchie et Rollin, renouvelèrent leurs instances d'une manière si pressante, en laissant entrevoir qu'un tel état de choses pourrait amener les plus grands malheurs, en cas d'invasion du fléau, que la municipalité romaine fut mise en demeure de fournir 2,000 matelas et autant de couvertures, dont moitié fut destinée aux hôpitaux, moitié aux casernes. A la fin de novembre, chaque homme avait enfin son matelas dans les hôpitaux militaires du Quirinal.

Sur ces entrefaites, l'hiver arriva, et il fallut songer à chauffer les salles, en y établissant des fourneaux. Ce fut une affaire d'État. La glace couvrait déjà les ruisseaux des rues, et l'on n'avait pas encore de poêles. L'hiver de 1849 à 1850 fut malheureusement le plus rude qu'on ait observé à Rome depuis dix ans. Du 21 décembre au 6 janvier, il gela tous les jours, et les Romains jouirent du spectacle, nouveau pour eux, de la ville éternelle couverte d'une couche de 6 pouces de neige, qui demeura plusieurs jours sur la terre en beaucoup d'endroits. Au milieu de ce grand froid, l'hôpital Sainte-Thérèse n'était pas encore chauffé. Saint-Dominique était censé l'être, car un poêle était placé à chaque angle des grands cloîtres, pour chauffer 90 chambres et un développement de galeries de 350 pas. Ajoutons que ces fourneaux donnaient plus de fumée que de chaleur, et que, le plus souvent, ils n'allaient pas tous les quatre à la fois. Heureusement que l'idée qu'on est chauffé réchauffe un peu l'homme de bonne volonté. Mais les nombreuses bronchites produites par le froid et par la fumée rappelaient bientôt le médecin à la triste réalité.

On a manqué à peu près complétement d'effets d'habillement spéciaux. L'homme qui a froid la nuit s'enveloppe la tête avec un pan de son drap. Le cavalier n'a que sa veste, le fantassin sa capote pour se couvrir, s'il veut se promener, et souvent le soulier ferré ou la grosse botte refusent d'admettre les pieds infiltrés à la suite de vieilles fièvres intermittentes. Voilà donc le malade condamné à garder le lit, et, s'il veut aller aux lieux, à marcher nu-pieds sur les dalles, car, comme on le sait, le soldat n'a pas de chaussettes, et les hôpitaux n'en possédaient que fort peu. C'était réellement fort triste. Dans ces derniers temps, on a pu distraire du matériel envoyé dans la prévision du choléra, un nombre suffisant de chaussettes et même des chemises de flanelle pour les hommes dont la peau a besoin d'excitation et de protection.

Eh bien ! au moment de sa plus grande détresse, le soldat ne se trouvait pas encore trop mal ; il ne se plaignait presque pas. Rien au monde n'est bon comme le soldat; il est content quand on fait la moindre chose pour lui. Il a compris qu'en campagne on ne peut pas l'entourer de tout le bien-être qu'il trouve en France. Nous, médecin, nous avons été probablement un peu sévère pour l'administration, un peu exigeant envers l'autorité, en nous plaignant toujours, en demandant sans cesse; mais l'expérience nous a appris qu'il faut beaucoup crier pour être un peu entendu.

Hélas! le médecin militaire est trop souvent le seul à plaider la cause du soldat; l'administration des hôpitaux est loin de le seconder. L'heureux consensus qu'on suppose entre ces deux corps n'est qu'un vain rêve; ils vivent au contraire dans un perpétuel antagonisme, le médecin cherchant avant tout l'intérêt du

vriers des industries où l'on travaille le mercure, et notamment les ouvriers des mines d'où l'on extrait ce métal.

Dans ce cas, c'est un traitement diamétralement opposé à celui qui convient au premier qu'il s'agit de prescrire. Dans l'empoisonnement aigu, il faut mettre immédiatement l'économie à l'abri de l'action désorganisatrice du poison, en lui faisant contracter une combinaison insoluble dans les liquides humoraux, au moyen d'une substance albumineuse apportée du dehors; dans l'empoisonnement lent, le poison étant tout combiné aux dépens des matières albumineuses et fibrineuses de l'organisme avec lesquelles il s'est fixé, organisé en quelque sorte, c'est par la dissolution, au contraire, qu'il faut agir.

L'iodure de potassium ayant éminemment la propriété de dissoudre les albuminates mercuriels, qualité à laquelle il faut joindre celle de jouir d'une innocuité assez prononcée et d'être promptement expulsé de l'économie, l'iodure de potassium, disons-nous, convient merveilleusement pour remplir cette indication.

Cependant il faut faire observer que si le poison était accumulé en forte proportion dans les organes, il pourrait y avoir danger à produire tout à coup la dissolution. Ainsi nous avons l'exemple d'un malade qui, passant du jour au lendemain d'un traitement par la liqueur de Van Swieten à un traitement par l'iodure de potassium, fut pris de coliques violentes. Des doses de l'iodure dissolvant établies d'après cette considération pareront au danger que nous signalons plutôt par simple précaution que parce que nous le croyons sérieusement à redouter. En effet, dans les intoxications chroniques, il nous paraît hors de doute que la quantité du composé albumino-mercuriel que des doses thérapeutiques journalières d'iodure peuvent dissoudre à la fois est si faible, que ce danger ne peut exister que fort exceptionnellement.

Les considérations chimiques et physiologiques dans lesquelles nous venons d'entrer expliquent parfaitement bien pourquoi les praticiens ont pu obtenir sans s'en rendre compte les meilleurs résultats des iodiques dans le mercurialisme.

Comment se fait-il donc qu'un praticien distingué de Lyon, le docteur Rodet (mém. cité), ait pu reconnaître une incompatibilité thérapeutique entre les mercuriaux et l'iodure de potassium?

M. Rodet appuie son opinion, outre les considérations qui seront indiquées à l'article relatif aux contre-indications, sur ce qu'il se formerait au sein de l'économie entre les iodiques et le mercure des composés chimiques d'une dangereuse activité. C'est là, ce nous semble, une crainte exagérée. En admettant non-seulement qu'il y ait formation de sels doubles, mais même que l'iode quitte la totalité de l'alcali qui lui est combiné pour se porter sur le mercure, le composé qui en résulte ne peut être plus dangereux que le composé mercuriel primitif: le bi-iodure de mercure n'est pas plus actif que le bi-chlorure, et le proto-iodure que le calomel (a). L'administration de l'iodure de potassium, après les mercuriaux, doit donc être interprétée d'une manière toute opposée; l'iodure potassique, en favorisant la dissolution, et par suite l'expulsion des albuminates mercuriels, que les mercuriaux ont de la tendance à former au sein de l'économie, doit combattre heureusement, non-seulement la syphilis, mais aussi les accidents produits par les mercuriaux.

Tel est le point où nous avions amené, toutefois par induction théorique seulement, car ce travail date de 1844 et 1847, le traitement de l'intoxication mercurielle chronique, lorsque nous avons eu connaissance, pour la première fois, des travaux de MM. Nat. Guillot et Melsens. Ces physiologistes procédant expérimentalement, ont démontré la justesse de nos prévisions, et ont en outre considérablement agrandi la question, puisque, comme nous l'allons voir par les conclusions du mémoire qu'ils viennent de communiquer à l'Académie des sciences, ces auteurs préconisent aussi l'iodure de potassium dans le traitement des affections saturnines (a).

« La médication proposée par nous, disent-ils, est basée sur une vue que nous exprimons de la manière suivante: « Rendre solubles les composés » métalliques que l'économie pouvait garder, en les associant à un corps » que l'économie élimine avec la plus grande facilité. »

» Nous avons réalisé ce point de vue: 1° à l'aide de la propriété que possèdent tous les composés insolubles formés par les sels de mercure et les matières qu'on rencontre dans l'économie, de se dissoudre dans l'iodure de potassium; 2° en nous fondant sur la facilité et la rapidité avec laquelle l'économie se débarrasse de l'iodure de potassium, nous avons admis par analogie que les composés de plomb gardés par l'économie seraient très-probablement dissous et éliminés par l'iodure de potassium.

» Nous donnons, dans notre mémoire, quelques cas de guérisons parfaitement constatés sur des malades atteints d'affections saturnines; tous les malades que nous avons eu occasion de traiter par l'iodure de potassium ont été guéris.

» Nous donnons la preuve que l'acide sulfurique ou les sulfates ne peuvent être considérés que comme agents curatifs des maladies saturnines.

» Quand on administre simultanément du sulfate de plomb et de l'iodure de potassium à un chien, il ne présente aucun phénomène morbide pendant le temps nécessaire pour amener la mort chez un chien qui prend le sel de plomb seul.

» Nous prouvons que si l'on administre brusquement une forte dose d'iodure de potassium à un chien qui est affecté d'une maladie due à l'administration du sulfate, du carbonate ou de l'iodure de plomb, on le tue très-rapidement; que si, au contraire, on commence par administrer de petites quantités d'iodure de potassium à la fois, et qu'on augmente graduellement l'administration de ce sel, l'animal guérit en très-peu de temps.

» Nous faisons voir que les doses d'iodure de potassium qui tuent un chien malade par le plomb n'ont aucune action sur des chiens sains.

(a) Cependant le proto-iodure, cela est un fait, en contact avec l'iodure de potassium, est transformé en mercure métallique et en bi-iodure de mercure, lequel se combine à l'iodure de potassium en excès, et constitue de l'*iodhydrargyrate d'iodure de potassium*, dont l'action dynamique est bien supérieure à celle du proto-iodure. On pourrait donc nous objecter, d'après ces considérations, que, dans le cas où le patient aurait été traité par le proto-iodure de mercure, nous lui ferions courir des dangers par l'emploi de l'iodure de potassium. Mais nous répéterons ici que la dissolution journalière que peut produire l'iodure de potassium doit être si faible qu'il ne doit y avoir rien à redouter, si ce n'est idiosyncrasiquement, de la formation des produits actifs.

(a) ANNALES DE CHIMIE ET DE PHYSIQUE, juin 1849.

---

soldat, l'administration considérant celui-ci comme un numéro, une chose, un colis secondaire, et donnant le rôle principal au matériel. Cet état de choses si déplorable durera tant que la médecine n'aura pas le contrôle direct de l'administration.

Les infirmiers militaires, pour la régénération desquels la GAZETTE MÉDICALE a déjà pris la parole (1849, p. 435, 455), se livrent trop souvent aux plus déplorables désordres. Ils pratiquent en grand le commerce de vivres avec les malades, et le médecin n'est sûr d'aucune prescription. Les abus sont incroyables. Vingt fois peut-être, dans mon hôpital, les infirmiers ont caché à l'avance des seaux d'eau chaude derrière les portes ou sous les lits, et, quand passait la distribution, les ont versés pour allonger la sauce des panades ou des légumes; se trouvant ainsi nécessairement en bénéfice après la distribution, ils ont tenu un marché public auquel accouraient surtout les hommes à la diète. Ce fait laissera pressentir les autres et dira assez haut combien est insuffisante la surveillance administrative.

Parmi les *desiderata* qui subsistent encore aujourd'hui, malgré les améliorations successivement introduites, nous citerons les salles de bains. Les hôpitaux du Quirinal, contenant environ 1,500 lits, ne possèdent que 5 baignoires, dont 2 à Saint-Dominique et 4 à Saint-André. Aucun appareil à fumigation n'existe dans ces établissements. Le médecin, si souvent paralysé dans ses efforts, comme praticien, l'est également comme homme d'étude. Ainsi, après huit mois de séjour en Italie, nous n'avons pas une boîte à autopsie, pas un rachitome, pas un entérotome. La difficulté des recherches est triplée.

Les hôpitaux du Quirinal contiennent à peu près 1,500 lits, avons-nous dit; en voici la répartition:

Saint-Dominique	570
Saint-André	530
Sainte-Therèse	250
Saint-Bernard	132
	1,482

A cela, ajoutez 100 lits que nous avons occupés provisoirement à la Trinité des Pèlerins, et 800 à Saint-Esprit, et vous arriverez au chiffre de 2,382 lits dont l'armée française pouvait disposer à Rome. Le 15 janvier, Saint-Dominique, Saint-André et Sainte-Thérèse étaient seuls occupés; on y comptait 078 hommes en tout, tandis qu'au commencement d'octobre, nous avions 2,100 malades dans les hôpitaux de Rome.

Civita-Vecchia peut avoir à sa disposition environ 600 lits, et nous possédons, en moyenne, à peu près 100 lits dans chacun des hôpitaux ou hôpitaux-ambulances de Viterbe, Tivoli, Albano, Montalto, enfin 350 aux dépôts de convalescents de Frascati. Ces différents nombres ajoutés à notre chiffre de 2,382, nous donnent un total de 3,732 lits pour notre armée, c'est-à-dire plus de 10 pour 100 hommes d'effectif. On peut conséquemment répondre à presque toutes les éventualités, car, hors des circonstances tout à fait extraordinaires, le nombre des malades varie, dans l'armée, de 5 à 10 pour 100.

« Nous y constatons plusieurs cas de guérisons complètes sur des malades atteints de tremblement par suite du travail au mercure. L'un d'eux a été complètement guéri, sans cesser de travailler au contact des poisons. On a retiré du mercure de son urine; on a pu constater qu'il s'y trouvait à l'état d'iodure.

» Nous faisons voir dans quels cas l'administration de l'iodure de potassium peut devenir très-dangereuse. »

Comme on le voit, les expériences de ces messieurs ont plutôt porté sur les affections saturnines que sur les affections mercurielles, ce qu'il faut sans doute attribuer à ce que celles-là sont plus fréquentes à Paris que les véritables intoxications mercurielles chroniques; car, selon nous, l'iodure potassique doit être plus efficace contre celles-ci que contre celles-là.

On sait en effet aujourd'hui que l'iodure double de plomb et de potassium, fort soluble dans une très-petite quantité d'eau, se dédouble sous l'influence d'une plus grande quantité de ce fluide (ce qui est le cas qui doit se présenter avec les fluides humoraux), et que l'iodure de plomb une fois séparé ne se redissout plus que fort difficilement dans l'iodure potassique, même en soluté concentré. D'autre part, le coagulum albuminosoplombique ne nous paraît s'y dissoudre que fort imparfaitement.

Il est évident que nous ne concluons pas de là que l'iodure potassique ne peut guérir l'empoisonnement plombique, car nous savons très-bien que les résultats cliniques ne répondent pas toujours catégoriquement aux prévisions chimiques; nous avons seulement voulu appeler l'attention des expérimentateurs sur ces considérations, afin de bien savoir à quoi s'en tenir sur l'extension de la nouvelle médication des maladies métalliques lentes. De même que nous venons dire ce que nous avons pensé dès l'établissement de ce mode de traitement, afin que l'on voie ce qui revient à MM. Guillot et Melsens, et ce qui nous revient à nous-même.

Le traitement ioduré n'a encore été proposé, comme on le voit, que pour les empoisonnements par le mercure et le plomb. L'induction théorique indique qu'il conviendrait encore dans l'intoxication par accumulation lente de quelques autres métaux, et en particulier de l'*arsenic*.

374. L'emploi interne des iodiques contre le rhumatisme, et surtout la goutte, peut s'expliquer par ce fait que, dans ces affections où les sécrétions et surtout les excrétions sont acides, les éléments protéiques des fluides humoraux et même des solides doivent subir une coagulation, ce que démontre du reste la tuméfaction qui accompagne souvent ces états pathologiques, et que l'iode détruit. Il faudrait même supposer que, dans la goutte, on obtiendrait des effets plus complets si cette affection ne résidait que dans cette action coagulante. Nous n'osons pas dire que les iodiques agissent chimiquement sur les sédiments calcaires, qui sont l'un des accidents les plus fâcheux et les plus caractéristiques de la goutte; nous ne connaissons pas d'expériences directes sur ce point. Cependant M. Lassaigne a démontré que les halosels alcalins étaient de puissants agents de transport des phosphates et carbonates calcaires du sol dans les végétaux.

L'emploi des iodiques a été suivi de succès dans quelques cas de glucosurie, affection souvent liée aux affections tuberculeuses, un fort prédisposante à ces maladies. On sait que, dans cette affection, les sécrétions sont également acides; il faut même expliquer par cette particularité la transformation de la fécule en glucose, et aussi les succès qui ont été obtenus par la médication alcaline. Nous expliquons donc l'emploi des iodiques dans cette maladie de la même manière que dans la goutte. On nous permettra ici une hypothèse : c'est qu'il est à supposer que si, dans le traitement du diabète et dans celui de la goutte, on unissait la médication iodique à la médication alcaline, les succès seraient bien plus nombreux que par ces médications isolées.

Quant à expliquer le mode d'action des iodiques dans les autres maladies que nous avons mentionnées, dans les névroses, par exemple, cela nous semble difficile, à moins qu'on ne leur reconnaisse pour cause ou pour complication la scrofule ou la syphilis.

275. Il résulte des considérations dans lesquelles nous sommes entré que l'emploi des iodiques contre la plupart des affections dans lesquelles ils sont préconisés aujourd'hui, notamment dans trois, que nous classerons ainsi :

Syphilis,
Goître,
Scrofule,

s'explique par leur action chimico-dynamique.

376. Il en résulte en outre que l'on peut jusqu'à un certain point prévoir les affections où ils sont encore applicables. Ainsi on peut conjecturer qu'ils seraient utilement employés dans la variole, dans l'albuminurie, l'inappétence, certains états atoniques, dans la résorption du pus. Il est en effet reconnu que l'injection de différents pus dans les veines détermine souvent la mort par coagulation du sang.

S'il était démontré que le phénomène le plus grave du choléra asiatique fût la coagulation du sang, ainsi qu'on est généralement porté à le croire, l'iodure potassique à haute dose *intus* et *extus* ne serait-il pas indiqué dans cette terrible maladie? Si cette hypothèse doit être un jour érigée en fait, que ne l'a-t-elle été plus tôt!

L'emploi des iodiques, combiné avec celui de l'hyposulfite de soude, nous semble constituer un moyen certain de faire disparaître la coloration bistrée de la peau chez les individus qui ont été soumis à un traitement par l'azotate d'argent, etc.

Dans ses applications chirurgicales, l'iode est un cathérétique d'une action spéciale très-superficielle, ce qui explique l'immunité de son emploi dans des cas où tout irritant d'une autre nature déterminerait les accidents les plus graves.

(La suite au prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

(Suite et fin.)

V. REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE.

Les numéros d'octobre, novembre et décembre 1849, contiennent les travaux originaux suivants : 1° *De l'érythème cholérique, et particulièrement de son importance pour le pronostic du choléra;* par M. Legoupils. 2° *Mémoire sur les causes et le mode de développement des hernies crurales;* par M. Malgaigne. 3° *Considérations sur les effets de*

Nous avons nommé le dépôt de convalescents de Frascati. C'est une création due à M. l'inspecteur Alquié, qui a produit tous les résultats que son auteur en espérait.

Au cœur de l'été, à l'apogée de l'épidémie, les hôpitaux regorgeaient, de nombreux malades encombraient les casernes, et les hommes qui sortaient de l'hôpital éprouvaient presque immédiatement des rechutes qui les y faisaient rentrer. On comprend que, plongés continuellement dans le milieu miasmatique, ils étaient d'autant plus vite repris que, dans leur économie déjà imprégnée, une faible dose de poison suffisait pour faire déborder la mesure.

Il n'y avait qu'un remède à cet état de choses : le changement de climat. Or, aux portes de Rome, à cinq lieues seulement de la ville, s'élève le pâté montagneux d'Albano, dont les rampes se parent de riches cultures et d'ombrages, parmi lesquels blanchissent des villes et de somptueuses villas. Sur ces montagnes, notamment au centre et au nord, règne un tout autre ciel qu'à Rome; Frascati, par exemple, ne connaît pas l'air empoisonné de la plaine. L'*aria fina* le baigne de ses ondes salutaires; le teint jaune du Transtévérin y retrouve ses roses; les fièvres y meurent en accès de plus en plus éloignés, si l'on vient à temps demander la santé à ce climat bienfaisant.

A deux milles de Frascati, en allant vers Albano, on trouve le couvent de Grotta Ferrata, si fameux par la célèbre fresque du Dominicain représentant la guérison d'un enfant possédé du démon. Ce couvent a pu recevoir 225 lits, presque sans gêner les moines. De l'autre côté de la ville, à dix minutes seulement de celle-ci, en se dirigeant vers Monte Dragone, on rencontre Villa-Taverna, domaine des princes Borghèse; 125 lits furent placés dans le casin de cette propriété. Ces lits n'ont jamais eu de matelas, mais seulement une paillasse, une couverture et des draps.

La promenade libre dut bientôt être interdite aux convalescents, le cabaret et la maraude dans les vignes amenant une foule de rechutes de fièvre et de diarrhée. Tout le jour, ils pouvaient prendre l'air dans les cours, mais les promenades à la campagne se faisaient à heures fixes, sous la surveillance de sous-officiers dont la besogne, assez semblable à celle des chiens de bergers, consistait à éloigner le troupeau des vignes qui tentaient son appétit.

Malgré ces précautions, les rechutes étaient toujours fréquentes, chez des hommes profondément modifiés par le miasme paludéen. Comme Grotta Ferrata et Villa Taverna n'offraient pas les ressources nécessaires pour les soigner, on établit un hôpital-ambulance de 100 lits à Monte Alto, dans les bâtiments, alors abandonnés, de ce fameux collége de la propagande de la foi, dont le but est de former des missionnaires en donnant une instruction spéciale à des jeunes gens de tous les pays du monde.

Cet hôpital a toujours laissé beaucoup à désirer; pendant bien longtemps, on y a manqué de matelas, et pourtant des hommes bien gravement atteints y étaient reçus, à telle enseigne que la mortalité y a été presque double du chiffre proportionnel des autres hôpitaux.

Frascati et ses villas sont habités pendant les ardeurs caniculaires, et presque délaissés aux approches de l'hiver; aussi tout y est disposé pour se soustraire à la chaleur, presque rien pour se garantir du froid. En conséquence, l'évacuation du dépôt de convalescents devint nécessaire à la fin de l'automne, d'autant plus que l'hiver est plus rigoureux sur les montagnes qu'à Rome, et que, pendant la

la vaccination pratiquée au milieu d'une épidémie de petite vérole, et sur la nécessité d'assurer par une loi le service des vaccinations; par M. Lombard. 4° *Observations sur la luxation de la mâchoire et sur un nouveau procédé de réduction;* par M. Nélaton. (Voy. Gaz. Méd., p. 163.) 5° *Emploi du collodion dans l'opération du bec-de-lièvre;* par M. Lesueur. 6° *De l'hydropisie de l'amnios;* par M. Oulmont. 7° *Lettre sur la fréquence des antéflexions et des rétroflexions;* par M. Deville. 8° *Note et observations sur un procédé nouveau et très-simple pour extraire de nos tissus certains corps étrangers ayant une forme particulière, comme des crochets, des hameçons;* par M. Boinet.

De l'érythème cholérique; par M. Le Goupils, interne des hôpitaux.

Il importe d'établir entre les éruptions cutanées qui se lient au choléra une distinction tirée de l'époque de leur apparition. Il y a des éruptions qui succèdent au choléra plutôt qu'elles ne l'accompagnent; elles se montrent pendant la convalescence, quand le sujet a échappé successivement à la période d'algidité, à celle de réaction et aux accidents typhoïques qui la remplacent souvent. Elles consistent ordinairement en des furoncles plus ou moins nombreux, et paraissent résulter du besoin d'élimination de certaines particules du sang mortifiées ou altérées. Nous avons signalé cette éruption lors de la dernière épidémie. Celle dont traite M. Le Goupils a un autre caractère; nous verrons plus loin si elle a une autre signification pathologique. Elle se montre ordinairement pendant la période de réaction, vers sa fin, et semble avoir des rapports étroits avec le mouvement réactionnel lui-même, qui tend à reporter les humeurs vers sa périphérie. Cet ordre d'éruptions a été plus d'une fois signalé. Lepecq de la Clôture a noté des éruptions *pustuleuses;* Koehler, des éruptions comparables à l'*herpes zoster* ou à l'*erythema tuberosum;* Heysselden et Romberg, une sorte de *roséole;* Prchal, une sorte de variole. La Gazette Médicale a inséré, en 1832, un travail de M. Duplay où, après avoir rappelé l'état de la science sur ce point, il donne en détail sept exemples d'éruption cholérique, qu'il dit ressembler tantôt à l'érythème papuleux, tantôt (si elle est abondante) à la roséole. Dans une note publiée à la suite du mémoire de M. Duplay, Alibert a signalé une autre forme caractérisée par de petites élevures rouges, la forme *miliaire*, et indiqué en même temps les auteurs qui l'avaient déjà observée. Dans son ouvrage sur les maladies de la peau, M. Rayer a consacré un chapitre à la *roséole cholérique.* Plusieurs observateurs enfin, MM. Barth, Piedagnel, Léger, Depaul, etc., ont rencontré en 1849 l'exanthème dont il s'agit.

C'est à l'aide de l'observation de Lepecq, des sept de M. Duplay, et de huit autres nouvellement recueillies dans les hôpitaux, que M. Le Goupils a tracé l'histoire de l'éruption qu'il appelle *érythémateuse*.

Elle termine ordinairement, comme nous avons dit, la période de réaction. Nous sommes à cet égard d'accord avec l'auteur. Néanmoins nous devons faire remarquer qu'Alibert a vu la forme miliaire « tantôt *dans les premiers jours de l'invasion du choléra*, tantôt vers la fin, *souvent même après la solution complète de la maladie.* » L'éruption n'est pas annoncée d'ordinaire par des symptômes précurseurs. Dans les observations jusqu'ici publiées, la sécrétion urinaire et l'émission naturelle des urines se sont constamment rétablies avant l'éruption.

La *période d'éruption* dure trois, quatre et cinq jours; toutes les parties du corps peuvent en être le siége. Le plus souvent elle envahit d'abord les mains, les avant-bras, le bras, le cou, la face, puis va se propageant sur la poitrine, le ventre, le dos, les fesses et les membres inférieurs. Elle est caractérisée à son début par des taches d'un rouge très-clair, susceptibles de se foncer plus tard, diversement configurées, plus ou moins régulièrement circulaires, de dimensions variables, discrètes ou certains points, confluentes en d'autres. D'abord peu ou point proéminentes, elles peuvent, après un ou deux jours, former des reliefs qui varient selon les régions, les taches et les individus. Dans les intervalles qui séparent les taches, la peau conserve sa teinte naturelle. Chez une femme, le visage était tellement envahi qu'elle paraissait porter un érysipèle, d'autant mieux que la tuméfaction était considérable. L'auteur ajoute que, chez un malade, l'éruption était papuleuse, légèrement acuminée, avec une aréole d'une teinte rosée peu prononcée; chez une autre, survenue au dix-huitième jour seulement de l'affection, elle avait également la forme papuleuse, mais très-acuminée et avec une aréole d'un rouge vif. Cette forme est sans doute la même qui avait été signalée par Alibert.

L'éruption se complique assez souvent de conjonctivite, d'angine, de gonflement des amygdales, parfois de diphthérite. Chez une femme, on a observé un écoulement fétide par le vagin; chez un homme, un orgelet.

La *période de desquammation* peut manquer en tout ou en partie. La chute de l'épiderme est rarement aussi générale que l'éruption; elle se fait par écailles furfuracées ou par plaques plus ou moins larges.

Deux conditions semblent favoriser la production de l'exanthème cholérique : un âge peu avancé et le sexe féminin. Sur treize observations recueillies dans des hôpitaux d'adultes, huit étaient relatives à des individus de 20 à 30 ans. Sur seize cas, deux hommes et *quatorze* femmes. Quelque circonscrits que soient ces éléments d'appréciation, ils méritent d'être notés.

Deux questions se présentent maintenant. A quelle espèce d'exanthème rapporter l'éruption? Quelle qu'en soit la forme, l'éruption est-elle critique?

M. Le Goupils rejette l'expression de *roséole* admise par M. Rayer pour adopter celle d'*érythème*, à cause de l'analogie très-grande qu'il a cru remarquer et qui existe en effet entre l'éruption cholérique et l'érythème dit papuleux. Mais il y a une remarque préliminaire à présenter. Il est évident que si l'on cherche parmi les exanthèmes connus une forme qui représente exactement *toutes* les éruptions cholériques, on n'en trouvera pas. L'éruption est, dans quelques cas, tout à fait semblable à la roséole, et nous persistons à croire, avec M. Duplay, avec M. Rayer, que c'est le cas le plus commun. Dans d'autres, elle a plus d'analogie avec l'érythème; dans d'autres encore, ce n'est ni une roséole ni un érythème, mais une réunion de papules miliaires ou même de pustules, comme dans l'observation de Lepecq. Vouloir les rapporter toutes à un type commun, c'est comme si l'on voulait appeler d'un seul nom toutes les formes d'*éruptions sudorales* qui, comme l'a très-bien montré M. Duclos dans un intéressant travail (Gaz. Méd., 1847, p. 400), peuvent être ou exanthémateuses, ou vésiculeuses, ou pustuleuses, ou papuleuses, exactement comme les éruptions cholériques.

Ces dernières éruptions ont-elles le caractère d'une crise ? A ne consul-

---

saison froide, le séjour dans cette dernière villa n'a rien de dangereux. Enfin, une autre considération engageait à évacuer Frascati : de nombreuses places étaient vides dans les hôpitaux de Rome, et un ordre du général en chef, prescrivant d'envoyer en France tous les hommes qui ne pouvaient pas se remettre, sauvegardait contre l'encombrement et faisait un devoir d'appliquer la mesure à beaucoup des convalescents de Frascati. Le dépôt fut supprimé en décembre 1849.

F. J.

— Par arrêté du ministre de l'instruction publique et des cultes, M. le professeur Richard (de Nancy), a été nommé directeur de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Lyon.

— M. le docteur Wertheim, connu par ses travaux sur l'hydrothérapie, mode de traitement introduit par lui à l'hôpital de Saint-Louis, auquel la médaille d'honneur a été décernée pour le dévouement dont il a fait preuve pendant l'épidémie du choléra, vient de recevoir de la reine d'Espagne la croix de chevalier de l'ordre royal d'Isabelle.

— M. le docteur de Puisaye, ancien interne des hôpitaux, vient d'être nommé par M. le ministre de l'agriculture et du commerce, médecin inspecteur adjoint des bains d'Enghien, en remplacement de M. le docteur Donné, démissionnaire.

— Personnel médical en Prusse. — Durant l'année 1848, il y avait en Prusse 3,515 docteurs en médecine; 2,910 étaient en même temps docteurs en chirurgie, 2,875 accoucheurs et 118 ophthalmologistes. Les médecins fonctionnaires de l'État s'élevaient au nombre de 969, et les médecins militaires au nombre de 320.

Comme chirurgiens de première classe, on en comptait 957, parmi lesquels il y avait 696 accoucheurs, 293 chirurgiens experts devant les tribunaux, 336 fonctionnaires de l'État et 143 chirurgiens militaires.

Comme chirurgiens de seconde classe, le nombre se portait à 1,161; 112 étaient diplômés pour pratiquer dans les villes et 242 pour exercer dans les campagnes. 296 se livraient à l'art des accouchements; 116 étaient experts devant les tribunaux; 246 étaient fonctionnaires civils, 70 chirurgiens militaires, et 1 avait le diplôme exclusif d'ophthalmologiste.

On comptait 79 dentistes, 1,455 pharmaciens, 1,001 vétérinaires et 1,150 sages-femmes.

La seule ville de Berlin renfermait, en l'année 1848, 392 docteurs, 28 chirurgiens de première classe, 49 chirurgiens de seconde classe, 38 dentistes, 36 pharmaciens, 31 vétérinaires et 19 sages-femmes.

ter que les faits, il est certain que la mortalité a été très-faible chez les cholériques qui ont offert l'éruption. En joignant aux observations dont s'est principalement servi M. Le Goupils d'autres faits rapportés par MM. Barth et Behier, on a un total de 20 cas, sur lesquels 3 décès seulement. Mais ce résultat ne lève pas la difficulté scientifique. Le sujet guérit-il parce qu'un mouvement pathologique se détermine vers la peau, ou le mouvement se détermine-t-il parce que le sujet tend à guérir? En d'autres termes, le mouvement fluxionnaire vers la périphérie est-il une *cause* d'amélioration, ou l'*effet* du rétablissement de la circulation? Cette circonstance que l'éruption se montre presque toujours à la fin de la période de réaction, incline involontairement l'esprit vers l'idée qu'elle est simplement le résultat d'une fluxion sanguine exagérée succédant à une gêne considérable de la circulation capillaire. On se rend compte d'une façon commode de la formation de taches rouges sur la peau par la difficulté que le sang, vivement poussé vers les capillaires, doit éprouver à les traverser en raison de son état poisseux; et si ces taches sont plus fréquentes chez les personnes peu âgées et chez les femmes, on peut l'expliquer par ce que la réaction est également plus fréquente chez elles. Mais en poussant l'observation plus avant en remarquant que l'éruption peut se présenter presque au début du choléra ou après la solution complète de la maladie, qu'Alibert l'a même observée, durant l'épidémie, chez des sujets non cholériques, on est forcé de reconnaître qu'elle ne reconnaît pas pour cause unique le développement d'un mouvement réactionuel; seulement il faut ajouter que ces faits ne s'accordent pas mieux avec l'idée d'une crise. On pourrait tout aussi bien soutenir, et peut-être avec plus de raison, que les cholériques et même certains individus simplement soumis à l'influence épidémique, présentent des conditions de circulation générale ou un état anormal (probablement toxique) du sang, qui les expose à des éruptions éliminatrices, et que ces éruptions succèdent le plus souvent à un mouvement de réaction, parce que ce mouvement a pour résultat de rappeler la circulation dans le tissu cutané. Les éruptions exanthémateuses observées dans le cours du choléra seraient donc foncièrement de même nature que celles qui surviennent quelquefois pendant la convalescence; et si ces dernières sont plus fréquemment de nature suppurative, c'est que le sang qui les fournit se trouve dans des conditions plus profondes d'altération. Voilà du moins ce qu'on peut conjecturer dans l'état actuel de la science, et les auteurs qui, comme M. Le Goupils, voient dans la roséole ou l'érythème cholérique un phénomène critique indubitable, ne nous paraissent pas y regarder d'assez près.

CONSIDÉRATIONS SUR LES EFFETS DE LA VACCINATION PRATIQUÉE AU MILIEU D'UNE ÉPIDÉMIE DE PETITE VÉROLE; par le docteur LOMBARD.

On sait les dissidences qui existent encore touchant l'influence de la vaccine sur la variole, et, par suite, sur l'utilité des vaccinations en temps de variole épidémique. Nous devons reconnaître que la plupart des documents que nous avons enregistrés dans nos comptes rendus des journaux sont favorables à la doctrine de l'influence. Nous avons analysé l'année dernière (GAZ. MÉD., 1849, p. 387) un travail du docteur Verger, écrit dans ce sens, et qui avait pour titre : ÉPIDÉMIE DE VARIOLE ARRÊTÉE EN QUINZE JOURS PAR UNE VACCINATION EN MASSE. Celui dont nous avons à nous occuper en ce moment est encore de même nature. Il s'agit de vaccinations nombreuses pratiquées dans le département de l'Ariége, où la variole règne depuis plusieurs années et au moment où elle sévissait avec violence. Le résultat a été vraiment remarquable. Cent vingt vaccinations ont été pratiquées dans une période de six semaines sur de jeunes sujets : *aucun n'a été frappé* de variole, tandis que l'épidémie décimait les autres enfants. L'auteur reste même convaincu, en considérant la durée ordinairement assez longue de l'incubation variolique, que la maladie éruptive a été souvent étouffée, pour ainsi dire, en germe, par la vaccine. On sait que, suivant M. Gaultbier de Claubry (rapport à l'Académie de médecine, 1841), la vaccine imprime *une modification favorable*, même à la variole *arrivée à une époque avancée de son évolution*. M. Verger, dans le travail rappelé plus haut, n'était pas aussi explicite à cet égard, et plusieurs des sujets qu'il avait vaccinés pendant la période d'incubation avaient été fort maltraités.

M. Lombard a remarqué, pendant la durée de l'épidémie, que, chez les sujets vaccinés antérieurement, l'intensité de la variole était en rapport avec la longueur du temps écoulé depuis la vaccination. Ainsi les enfants ont été réfractaires à l'influence épidémique, les adolescents ont eu peu de boutons de variole modifiée, les adultes en ont eu plus que les adolescents. L'auteur, d'accord en cela avec la grande majorité des médecins, croit donc à l'utilité des revaccinations.

Ajoutons qu'il profite de l'occasion pour proposer à l'autorité un certain nombre de dispositions fort sévères, destinées à assurer la pratique des vaccinations et des revaccinations.

EMPLOI DU COLLODION DANS L'OPÉRATION DU BEC-DE-LIÈVRE; par M. LESUEUR.

Après avoir fait l'opération et pratiqué la suture entortillée comme à l'ordinaire, voici la manière dont il applique le bandage destiné à maintenir la coaptation :

A un décimètre environ de l'une des extrémités d'une bande d'un mètre de longueur sur trois centimètres de largeur, il fait deux boutonnières parallèles et régulièrement espacées, qui partagent, en cette partie, la bande en trois bandelettes égales d'une longueur de 6 centimètres.

A l'extrémité d'une seconde bande semblable à la première, il pratiqua une fente d'une longueur de 16 centimètres. Les deux chefs qui en résultaient furent passés chacun dans chaque boutonnière de la première bande; puis leurs bords formés par la bande médiane furent rajustés et cousus dans une longueur de 10 centimètres, à partir de leur extrémité libre.

Pour l'application de ce bandage, le bout le plus court de chaque bande, à partir du croisement, fut enduit fortement de collodion et promptement appliqué sur la joue de chaque côté, parallèlement et au niveau d'une ligne qui prolongerait la ligne de la bouche du masséter, pour prendre son insertion sur la partie de la joue la plus susceptible de déplacement.

Ces deux bouts étant ainsi bien solidement collés, M. Lesueur tira, en même temps, en sens opposé et dans une direction bien parallèle aux bords des lèvres, les deux longs bouts de bande restés libres, et les fixa sur le bonnet de l'opéré.

A l'aide de cette traction, on rapproche autant qu'on le désire les joues en avant, et on peut les y maintenir plus de temps qu'il n'en faut aux parties divisées pour se souder définitivement. Ainsi, chez le malade auquel il fit l'application de ce procédé, l'auteur enleva les aiguilles trois jours après l'opération. Le huitième jour, il décolla l'appareil contentif sans aucune difficulté. La réunion était parfaite et la difformité effacée presque sans laisser de trace.

NOTE ET OBSERVATIONS SUR UN PROCÉDÉ NOUVEAU ET TRÈS-SIMPLE POUR EXTRAIRE DE NOS TISSUS CERTAINS CORPS ÉTRANGERS AYANT UNE FORME PARTICULIÈRE, COMME DES CROCHETS, DES HAMEÇONS, ETC.; par M. BOINET.

M. Boinet apporte, dans la présente communication, deux exemples nouveaux de succès dus à un procédé qu'il a déjà employé heureusement pour les corps étrangers pointus, retenus dans l'urètre. Ce procédé, on le sait, consiste à presser le corps étranger de manière à faire traverser à sa pointe les parois urétrales. Une fois qu'il a paru à l'extérieur, on l'extrait sans difficulté; et le malade en est quitte pour une piqûre simple, qui guérit en peu de jours.

L'auteur a suivi la même conduite chez deux femmes qui s'étaient enfoncé dans la paume de la main un instrument à faire du crochet (espèce d'aiguille, munie comme l'hameçon d'une arête renversée, qui se trouve près de son extrémité.) L'instrument était fiché par sa pointe dans la paume de la main, et ne pouvait être extrait. M. Boinet en fit sortir l'extrémité à une petite distance de la première plaie; puis il brisa la partie crochue de l'instrument avec une pince à disséquer, et parvint alors sans peine à le retirer par la première plaie.

VI. ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES.

DE L'INFLUENCE DE L'ÉRYSIPÈLE DE LA FACE ET DU CUIR CHEVELU SUR LA PRODUCTION DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE; par le docteur BAILLARGER.

Après avoir rappelé que presque toutes les causes déterminantes de la paralysie générale agissent en provoquant des congestions encéphaliques (suppressions d'écoulements sanguins, excès de boissons, excès vénériens, épilepsie, commotions morales chez des sujets pléthoriques), l'auteur fait remarquer que, parmi ces causes, on a oublié de compter, ou à peine mentionné, l'érysipèle de la face et du cuir chevelu; et en preuve d'un rapport étiologique entre l'affection érysipélateuse et la paralysie générale, il rapporte succinctement trois observations. Dans la première, il y avait eu cinq érysipèles dans les trois années qui ont précédé l'entrée à l'hôpital; on ne dit pas s'ils ont été tous les cinq antérieurs aux premiers symptômes de l'affection cérébrale, affaiblissement de la mémoire, envie de briller, etc. Dans les deux autres cas, il n'y eut qu'un seul érysipèle; il précéda le début de la paralysie d'un an chez un malade, et d'un mois à peine chez l'autre. Il faut ajouter que tous deux avaient conservé depuis l'érysipèle une céphalalgie persistante, sur laquelle M. Baillarger appelle, avec raison, l'attention comme pouvant être, d'une manière générale, l'indice de dés-

ordres plus graves chez des sujets prédisposés aux congestions et à la paralysie.

Celle prédisposition, M. Baillarger remarque lui-même qu'elle existait chez les sujets de ses trois observations. Le premier se plaignait d'être géné par le sang qui, disait-il, lui portait à la tête; de plus, et ceci est important, il y avait dix ans déjà qu'on s'était aperçu d'un changement dans son caractère et ses habitudes. Le second avait *depuis longtemps* la tête faible, et son père était *bizarre et braque*. Le troisième *avait toujours fait des excès de boissons*. La conséquence de tout cela, c'est que l'érysipèle de la face n'a pu agir qu'à titre de cause occasionnelle, à peu près comme un coup sur le genou détermine une tumeur blanche chez un sujet scrofuleux. C'est sans doute aussi la manière de voir de M. Baillarger, bien qu'il ne s'exprime pas à cet égard en termes aussi explicites. Les érysipèles, dit-il, au sujet du premier malade, ont sans doute *contribué* à provoquer la paralysie, parce qu'il est difficile qu'une inflammation si souvent répétée *n'augmente pas* l'afflux du sang au cerveau. Nous allons même un peu plus loin, et nous nous demandons si, dans ces cas, l'érysipèle de la face n'est pas lui-même une conséquence indirecte de la prédisposition aux congestions encéphaliques et des excès de boissons. C'est une question qu'on peut poser.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE ANNUELLE DU 4 MARS. — PRÉSIDENCE DE M. POUILLET.

Programme des sujets de prix proposés.

GRAND PRIX DES SCIENCES PHYSIQUES, A DÉCERNER EN 1853.

(Commissaires : MM. FLOURENS, DE JUSSIEU, MILNE-EDWARDS AD. BRONGNIART, ÉLIE DE BEAUMONT, rapporteur.)

« Étudier les lois de la distribution des corps organisés fossiles dans les différents terrains sédimentaires, suivant leur ordre de superposition. Discuter » la question de leur apparition et de leur disparition successive ou simultanée. » Rechercher la nature des rapports qui existent entre l'état actuel du règne » organique et ses états antérieurs. »

L'Académie désirerait que la question fût traitée dans toute sa généralité; mais elle pourrait couronner un travail comprenant un des grands embranchements ou même seulement une des classes du règne animal, et dans lequel l'auteur apporterait des vues à la fois neuves et précises, fondées sur des observations personnelles et embrassant essentiellement toute la durée des périodes géologiques.

Le prix consistera en une médaille d'or de la valeur de 3,000 francs. Les mémoires devront être remis au secrétariat de l'Académie avant le 1er janvier 1853.

GRAND PRIX DES SCIENCES PHYSIQUES, PROPOSÉ EN 1847 POUR 1849 (1).

(Commissaires : MM. SERRES, MILNE-EDWARDS, ISID. GEOFFROY-SAINT-HILAIRE, AD. BRONGNIART, et FLOURENS, rapporteur.)

L'Académie a proposé, pour le grand prix des sciences naturelles de l'année 1849, la question suivante :

« Établir, par l'étude suivie du développement de l'embryon dans trois espèces, prises chacune dans un des trois premiers embranchements du règne » animal, les vertébrés, les mollusques et les articulés, des bases sûres pour » l'embryologie comparée. »

L'Académie ne désigne au choix des concurrents aucune espèce donnée; elle n'exclut pas même celles sur lesquelles il a pu déjà être fait des travaux utiles, à condition pourtant que les auteurs auront vu et vérifié par eux-mêmes tout ce qu'ils diront.

Le grand objet qu'elle propose aux efforts des zoologistes et des anatomistes est la détermination positive de ce qu'il peut y avoir de semblable ou de dissemblable dans le développement comparé des *vertébrés*, des *mollusques* et des *articulés*.

L'Académie appelle des travaux sérieux, exacts, sur lesquels la science puisse compter. Elle laisse le champ libre aux doctrines; mais elle demande des résultats certains, et la discussion approfondie de ces résultats.

Les concurrents regarderont sans doute comme un point essentiel d'accompagner leurs descriptions de dessins qui permettent de suivre avec précision les principales circonstances des faits.

(1) Concours qui ne doit être jugé qu'en 1850.

PRIX DE PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE, FONDÉ PAR M. DE MONTYON.

Feu M. de Montyon ayant offert une somme à l'Académie des sciences, avec l'intention que le revenu en fût affecté à un prix de physiologie expérimentale à décerner chaque année, et le roi ayant autorisé cette fondation par une ordonnance en date du 22 juillet 1818,

L'Académie annonce qu'elle adjugera une médaille d'or de la valeur de *huit cent quatre-vingt-quinze francs* à l'ouvrage, imprimé ou manuscrit, qui lui paraîtra avoir le plus contribué aux progrès de la physiologie expérimentale.

Le prix sera décerné dans la prochaine séance publique.

Les ouvrages ou mémoires présentés par les auteurs doivent être envoyés au secrétariat de l'Institut avant le 1er avril de chaque année.

PRIX CUVIER.

La commission des souscripteurs pour la statue de Georges Cuvier ayant offert à l'Académie une somme résultant des fonds de la souscription restés libres, avec l'intention que le produit en fût affecté à un prix qui porterait le nom de PRIX CUVIER, et qui serait décerné tous les trois ans à l'ouvrage le plus remarquable, soit sur le règne animal, soit sur la géologie, et le gouvernement ayant autorisé cette fondation par une ordonnance en date du 9 août 1839.

L'Académie annonce qu'elle décernera, dans la séance publique de 1851, un prix (sous le nom de *prix Cuvier*) à l'ouvrage qui sera jugé le plus remarquable entre tous ceux qui auront paru depuis la mort de ce grand naturaliste, soit sur le règne animal, soit sur la géologie.

La valeur de ce prix sera de 1,500 fr.

Le concours sera clos le 1er janvier 1850.

A partir de l'année 1851, le *prix Cuvier* sera décerné tous les trois ans.

Prix décernés pour les années 1846, 1847, 1848.

RAPPORT SUR LE GRAND PRIX DES SCIENCES NATURELLES POUR L'ANNÉE 1847.

(Commissaires : MM. DECAISNE, AD. BRONGNIART, GAUDICHAUD, RICHARD, DE JUSSIEU, rapporteur.)

L'Académie avait adopté pour sujet du grand prix des sciences naturelles : « L'étude des mouvements des corps reproducteurs ou spores des algues zoo» sporées et des corps renfermés dans les anthéridies des cryptogames, telles » que charas, mousses, hépatiques et fucacées. »

L'Académie accorde le grand prix à M. Gustave Thuret, et applique une somme de 2,000 fr., pris sur les fonds restés libres du prix Montyon, pour un deuxième prix, qu'elle décerne à MM. Derbès et Solier (de Marseille).

PRIX DE PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

RAPPORT SUR LE PRIX DE L'ANNÉE 1846.

(Commissaires : MM. FLOURENS, RAYER, MAGENDIE, SERRES, MILNE-EDWARDS, rapporteur.)

Le nombre des mémoires présentés au concours pour le prix de physiologie expérimentale, pendant l'année 1846, a été peu considérable, et la commission n'a cru devoir accorder une mention qu'à deux de ces pièces.

La première est un travail de M. Sappey sur l'appareil respiratoire des oiseaux. Ce sujet avait été traité par Harvey, Perrault et Hunter; mais les observations de ces grands anatomistes avaient été trop négligées par les auteurs plus modernes, et il existait beaucoup d'obscurité dans l'histoire des réservoirs aériens des oiseaux, lorsque MM. Owen, Natalis Guillot et Sappey en ont fait l'objet d'études nouvelles, et sont venus rectifier plusieurs idées inexactes, introduites dans la science depuis le commencement de ce siècle. La commission n'avait à s'occuper que des recherches de M. Sappey. Ce jeune anatomiste a décrit avec beaucoup de méthode le système compliqué de cellules et de poches qui se trouvent en communication avec les poumons des oiseaux, ainsi que le mode de distribution des rameaux bronchiques, et la disposition des faisceaux charnus, qui, dans cette classe d'animaux, représentent les derniers vestiges du diaphragme des mammifères. Mais la partie la plus neuve de son travail est relative au mode de renouvellement de l'air dans les différents réservoirs destinés à contenir ce fluide. M. Sappey a fait connaître quelques autres détails intéressants, et ses recherches forment un utile complément aux travaux de ses devanciers.

Le second mémoire sur lequel nous devons appeler l'attention de l'Académie a déjà été l'objet d'un rapport favorable présenté par nos savants collègues, MM. Duméril, Flourens et Valenciennes, dans la séance du 17 août 1846 : c'est le travail de M. Coste relatif à l'instinct que les épinoches déploient dans la construction de leur nid. Ce fait intéressant avait déjà été observé par M. Lecoq. M. Coste en a étudié avec beaucoup de soin tous les détails, et il a enrichi de la sorte l'ichthyologie de plusieurs faits curieux. L'histoire des mœurs des animaux est une branche de la zoologie que les naturalistes ne doivent pas négliger, et nous espérons que l'approbation donnée au travail de M. Coste pourra contribuer à diriger l'attention des observateurs sur les questions de ce genre.

En résumé, la commission, tout en s'abstenant de décerner le prix de physiologie expérimentale, accorde une mention honorable :

1° A. M. Sappey, pour ses recherches sur l'appareil respiratoire des oiseaux;

2° A M. Coste, pour ses observations sur la nidification des épinoches.

PRIX DE PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

RAPPORT SUR LES PRIX DES ANNÉES 1847 ET 1848.

(Commissaires : MM. Flourens, Rayer, Milne-Edwards, Serres, et Magendie, rapporteur.

Le prix de physiologie expérimentale a été décerné, pour l'année 1848, à un de ces travaux comme il s'en fait et comme il ne peut s'en faire que très-rarement. C'est que la physiologie expérimentale ne saurait toujours marcher isolée; elle a souvent besoin du concours des autres sciences, et particulièrement de celui des sciences physiques.

Le mémoire couronné contient la découverte aussi importante qu'inattendue de la fonction du pancréas dans l'acte si compliqué et encore si peu connu de la digestion.

Jusqu'ici on n'avait, il faut l'avouer, que des données vagues ou erronées sur les usages du pancréas. Une analogie de structure anatomique, plus apparente que réelle, avait fait considérer cet organe comme la *glande salivaire abdominale*, bien que l'un de vos commissaires ait naguère constaté que le fluide pancréatique a des propriétés physiques et chimiques très-différentes de celles de la salive.

Le mémoire couronné met hors de doute que le liquide sécrété par le pancréas possède la fonction spéciale, très-distincte de l'usage de la salive, de *dissoudre* la graisse des aliments, et en général toutes les substances *grasses neutres*, ou plus exactement végétales et animales. Le liquide pancréatique est doué de cette propriété, à ce point que si, par une cause quelconque, sa sécrétion est suspendue, les matières grasses introduites dans l'estomac avec les aliments traversent le canal intestinal sans y éprouver la moindre altération.

L'auteur du mémoire ne s'est pas borné à établir ce fait capital, qui jette une si vive clarté sur la théorie de la digestion; il en donne l'explication, et cette explication renferme elle-même un fait d'un haut intérêt physiologique. On sait que les chimistes, depuis quelques années, ont dirigé leurs études sur diverses substances qui, mises en contact avec certains corps, déterminent des réactions singulières : telle est la *diastase;* telles sont la plupart des matières animales; tel est le ferment du suc gastrique, etc., etc. Bien que ce genre de phénomènes *catalytiques*, selon l'expression de Berzélius, n'ait pas encore son explication, cependant les résultats de cette réaction n'en sont pas moins certains et constants.

Le mémoire démontre de la manière la plus satisfaisante que la dissolution des matières grasses par le suc pancréatique se fait à l'aide de ce mystérieux mécanisme, et que son agent unique est un ferment propre à la sécrétion du pancréas. Cette matière nouvelle, qui a pour caractère spécial d'émulsionner très-rapidement toute espèce de corps gras, peut être facilement obtenue pure, et conservée quelque temps sans qu'elle perde rien de sa propriété émulsive.

L'auteur de ce travail remarquable, dont votre rapporteur n'a pu vous donner qu'une esquisse très-incomplète, est M. le docteur Bernard, déjà lauréat de l'Académie pour d'autres recherches très-intéressantes de physiologie expérimentale.

Pour l'année 1847, la commission n'a pas cru devoir décerner le prix; mais elle a accordé une mention honorable aux recherches expérimentales de M. Brown-Séquard sur les fonctions du système nerveux, et particulièrement sur le mouvement de l'iris dans les animaux vertébrés, ainsi que pour les observations curieuses qu'il a faites sur les usages de la moelle allongée et de la moelle épinière.

PRIX RELATIFS AUX ARTS INSALUBRES.

RAPPORT SUR LE CONCOURS DES ANNÉES 1847 ET 1848.

(Commissaires : MM. Dumas, Rayer, Chevreul, Payen, et Combes, rapporteur.)

La commission propose à l'Académie d'accorder à M. Leclaire, entrepreneur de peinture en bâtiments, un prix de 2,500 fr. :

1° Pour avoir rendu possible, depuis l'année 1844, l'emploi économique du blanc de zinc dans la peinture en bâtiments, à l'exclusion de la céruse et de tout siccatif à base de plomb, d'abord en préparant en grand le blanc de zinc pour son usage particulier et pour le commerce, ensuite en préparant un siccatif économique, l'huile manganésée, qui permet d'employer la peinture au blanc de zinc, comme on emploie la peinture à la céruse avec un siccatif d'huile litharginée;

2° Pour avoir démontré par des travaux en grand, exécutés pour le compte du gouvernement et de particuliers, le bon usage de la peinture au blanc de zinc (1).

(1) Rapport fait à M. le ministre des travaux publics, le 20 décembre 1848, par une commission composée de MM. Caristie, Courlier, Leplay, Ebelmen et Rivot.

Il est évident pour la commission que la préparation et l'emploi des produits à base d'oxyde de zinc n'ont pas sur la santé des ouvriers l'influence fâcheuse des produits correspondants à base d'oxyde de plomb.

La commission propose de décerner un prix de 2,500 fr. sur la fondation Montyon à M. Rocher, pour avoir introduit dans la marine de France des appareils perfectionnés, réalisant tous les avantages d'une distillation, et fournissant ainsi aux marins et passagers une quantité d'eau douce et salubre, suffisante à tous les besoins.

La commission croit devoir mentionner les travaux de MM. Eugène Pihet, ingénieur-mécanicien à Paris, et Jules Peugeot, de la maison Peugeot Japy et compagnie, d'Hérimoncourt (Doubs) : le premier pour avoir introduit dans des ateliers d'aiguiserie, où sont employés des ouvriers en grand nombre, des appareils ventilateurs destinés à entraîner les poussières malfaisantes produites par l'aiguisage à sec des pièces de fer, d'acier ou d'autres métaux sur des meules de grès, et à rendre par suite la profession d'aiguiseur moins insalubre.

PRIX DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

RAPPORT SUR LES PRIX DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE POUR L'ANNÉE 1846.

(Commissaires : MM. Serres, Duméril, Magendie, Roux, Rayer, Andral, Velpeau, Flourens et Lallemand, rapporteur.)

La commission des prix de médecine et de chirurgie avait, pour l'année 1846, à examiner vingt-six ouvrages ou manuscrits sur les diverses branches de l'art de guérir. Parmi ces travaux, elle en a distingué huit qui lui ont paru mériter les encouragements de l'Académie, à des degrés et pour des motifs différents. En première ligne :

1° Elle a placé l'ouvrage du docteur Lebert intitulé : Recherches cliniques expérimentales et microscopiques sur l'inflammation, la tuberculisation, les tumeurs, etc. (2 vol. in-8° avec un atlas). L'auteur a surtout le mérite de s'être livré, l'un des premiers en France, à des recherches microscopiques de quelque étendue sur les diverses productions morbides.

Si le génie de Bichat a créé l'anatomie générale; si Dupuytren, Laennec, Broussais et leurs élèves ont fondé l'école française de l'anatomie pathologique, observée à l'œil nu, nous avons été devancés par nos voisins dans l'application du microscope à l'étude intime des tissus de l'homme à l'état normal et surtout à l'état pathologique. En effet, dès 1846, Treviranus présentait déjà sous une face nouvelle l'anatomie générale, en réduisant, par le microscope, les tissus qu'on regardait comme simples à leurs véritables éléments. Viennent ensuite les recherches entreprises par Kraus, par Lanth et autres, sur le tissu cellulaire; en 1830, le traité de Müller sur la structure des glandes; en 1834, les observations de Berrès sur les vaisseaux capillaires; enfin, en 1839, parut le travail de Shwam sur la cellule à noyau, donnée par lui comme la base de toute formation végétale et animale; c'était la généralisation hardie des observations et des idées successivement introduites dans la science par Prévot et Dumas, Milne-Edwards, Dutrochet, Raspail, Brown, Schleiden, Purkinje, Valentin, Wagner, etc.

Quant à l'anatomie pathologique, dès 1838 Müller avait déjà fait paraître, sur les *tumeurs*, un ouvrage dans lequel il cherche à distinguer ces produits, à les classer au moyen de caractères puisés surtout dans leur étude microscopique. C'est là, par exemple, que se trouve décrite pour la première fois la *cellule cancéreuse*. Postérieurement, Gluge publiait à Minden ses Recherches sur l'inflammation et faisait connaître, sous le nom de *globules granuleux*, une forme toute spéciale de corpuscules qui se produisent dans cet état morbide, disposition dont le microscope seul peut fournir les caractères distinctifs. En 1843, Vogel faisait paraître ses Icones anatomiæ pathologicæ, où se trouvent représentées beaucoup d'altérations de nos tissus, étudiées principalement à l'aide du microscope. Gruby s'est aussi livré à des recherches importantes sur plusieurs points d'anatomie pathologique examinés au microscope, particulièrement sur le développement des parasites.

M. Lebert, en reprenant ces travaux, a fait de chacun d'eux une révision minutieuse; il les a contrôlés par ses propres observations; il les a développés ou corrigés, et les figures qu'il donne des mêmes objets sont, en général, meilleures ou plus fidèles que celles de ses prédécesseurs.

En étudiant la matière tuberculeuse avec un grossissement de cinq cents fois et au delà, il y a découvert des *corpuscules* particuliers, qui se distinguent de tous les autres en ce qu'ils sont parsemés de *granules* et sans noyaux. En assignant à ces *corpuscules* des caractères propres, il a séparé les tubercules de tous les autres produits pathologiques. Les descriptions et les figures de M. Lebert ont été trouvées si fidèles par les auteurs qui sont venus après lui qu'elles ont été généralement adoptées, même par ceux qui, dans des publications précédentes, avaient décrit et figuré le tubercule autrement. Enfin plusieurs membres de votre commission ont eu l'occasion de reconnaître, dans la matière tuberculeuse et seulement dans cette matière, les corpuscules décrits et représentés par M. Lebert.

Quant à la cellule cancéreuse, indiquée par Müller, décrite plus complétement et bien représentée par Vogel, dans son type fondamental et dans ses variétés, la cellule cancéreuse a été reproduite par M. Lebert dans des planches d'une remarquable exactitude et d'une grande netteté. A cette occasion, l'auteur s'est engagé dans une série de recherches qu'il a poursuivies avec persévérance et qui l'ont conduit à penser que beaucoup de tumeurs qui ont leur siége à la peau ou sur des membranes muqueuses, ne sont que des *pseudo-*

cancers, quoique leur aspect extérieur les fasse ordinairement envisager comme de véritables affections cancéreuses. M. Lebert se fonde sur ce que le microscope n'y découvre pas la cellule qui caractérise ce produit morbide, mais d'autres éléments, tels que des cellules épidermiques ou bien épithéliales, du tissu dermique hypertrophié, des follicules altérés, des papilles modifiées dans leur forme et dans leur texture. Suivant l'auteur, ces *pseudo-cancers*, après avoir été enlevés, peuvent bien récidiver dans les tissus qui leur avaient donné naissance, mais ils ne sont jamais suivis d'une infection générale, d'une cachexie cancéreuse. Tout en reconnaissant que le plus grand nombre des tumeurs considérées comme cancéreuses offrent au microscope une cellule particulière, la commission pense que l'absence de cette cellule dans certaines tumeurs d'apparence cancéreuse et sujettes à récidive n'autorise pas à les séparer du cancer ; cependant elle croit devoir ajouter que M. Lebert a rendu service à la pathologie en démontrant, à l'aide du microscope, une différence de structure intime dans ces tumeurs dites cancéreuses.

On trouve encore, dans l'ouvrage de M. Lebert, des détails intéressants et peu connus sur les tumeurs mélaniques et les tissus érectiles. Il a fait connaître aussi, sous le nom de tissu *fibro-plastique*, un tissu anormal qui constitue essentiellement certaines tumeurs formées de tissu fibreux et de tissu cellulaire, en voie d'organisation, à l'état *embryonal*. Enfin M. Lebert a suivi très minutieusement les changements qui s'opèrent dans les vaisseaux des parties enflammées. A l'aide du micromètre, il a déterminé rigoureusement l'augmentation que ces vaisseaux subissent dans leur diamètre, et cela dans les différents tissus de l'économie. Il a souvent étudié, avec plus de soin qu'on ne l'avait fait avant lui, les divers produits de l'inflammation, spécialement le pus et les dépôts fibrineux.

Pour tous ces motifs, votre commission vous propose de décerner une récompense à M. Lebert.

2° Il est des maladies rares dans certains pays, très communes et même endémiques dans d'autres, dont l'observation n'offre pas moins de difficultés au pathologiste que d'intérêt à l'administration publique. Parmi ces maladies, il en est une, la *pellagre*, dont une nouvelle étude offrait en France, dans ces derniers temps, un intérêt tout particulier. On avait signalé l'existence de cette maladie dans plusieurs de nos départements du Midi ; plus tard, quelques cas, considérés comme des exemples de pellagre sporadique, avaient été observés d'abord à l'hôpital Saint-Louis (service de M. Gibert), puis à l'hôpital de la Charité (service de M. Rayer). Il importait d'apprécier ces faits au point de vue de la science et de l'hygiène publique.

M. Théophile Roussel, après avoir observé à l'hôpital Saint-Louis plusieurs cas considérés comme des exemples de pellagre, s'est rendu en Italie pour y étudier sous toutes les formes cette grave et singulière maladie, dans les contrées où elle règne d'une manière endémique. Fort de ses nouvelles recherches, d'autant plus importantes pour lui qu'elles constituaient une sorte de criterium pour juger les cas de pellagre observés en France, M. Théophile Roussel s'est rendu dans nos provinces méridionales et a constaté que les cas, heureusement assez rares, que l'on avait signalés sous le nom de *pellagre*, appartenaient bien réellement à cette maladie. Dans un premier travail, s'appuyant sur des documents que personne en France n'avait connus ou utilisés, il s'était attaché à démontrer que le *mal de la rosa* des Espagnols et la pellagre des Italiens étaient une seule et même maladie. Pour acquérir une preuve plus complète de l'identité de ces deux affections, il s'est rendu en Espagne, afin d'observer le mal de la rosa sur les lieux mêmes où Cazal l'avait rencontré et décrit le premier. Les résultats de ce nouveau voyage scientifique ont pleinement confirmé, pour M. Roussel, l'identité du mal de la rosa et de la pellagre proprement dite, et les observations consignées dans son mémoire ne paraissent laisser aucun doute à cet égard.

La commission, reconnaissant l'importance des recherches auxquelles M. T. Roussel s'est livré, rendant justice à la persévérance dont il a fait preuve dans ses études et dans ses voyages, entrepris pour la solution d'une question difficile, a l'honneur de proposer à l'Académie d'accorder une récompense à ce jeune médecin distingué.

3° L'ouvrage du docteur Pravaz (Traité théorique et pratique des luxations congéniales du fémur) est le fruit de recherches longues, pénibles et dispendieuses, qui témoignent d'autant de persévérance que de sagacité. L'auteur ajoute des faits nouveaux et bien observés à ceux qu'avaient publiés Verduc, Kerkring, Chaussier, Paletta, etc. Il complète le remarquable mémoire de Dupuytren sur ce sujet, ainsi que les travaux ultérieurs de Breschet, de Sandifort le fils, de Wrolik, etc.; il résume les discussions anatomiques, physiologiques et pratiques soulevées par MM. Guérin, Bouvier, Sédillot et Parise; il apprécie les tentatives de traitement faites par MM. Duval et Lafond, surtout par M. Humbert. Enfin à ces données de ses prédécesseurs, il a joint l'application de moyens mécaniques fort ingénieux et très-variés pour opérer lentement la réduction des luxations congéniales et pour obtenir la consolidation de la guérison.

Sous ces divers rapports, rien d'aussi complet n'avait encore été publié sur les luxations congéniales du fémur, et la science est bien certainement redevable à l'auteur d'un véritable progrès. S'il avait pu donner à ses observations de guérison le même degré de précision et de rigueur qu'à tout le reste, son œuvre ne laisserait que bien peu de chose à désirer. Mais comment avoir la certitude que la tête du fémur a bien réellement repris sa position dans la cavité cotyloïde et s'y est *recreusé* sa place? L'expérience du passé semble indiquer que la *dissection* des parties peut seule mettre à l'abri de toute illusion à cet égard. Sans doute, il n'a pas dépendu de l'auteur d'acquérir cette preuve *complète*, et probablement elle se fera longtemps attendre; car ces traitements sont peu communs, et les occasions d'en observer les résultats après la mort sont encore plus rares; mais cette lacune laisse encore quelques doutes dans les convictions de votre commission sur la réalité des réductions annoncées.

Cependant, comme il résulte incontestablement, des observations du docteur Pravaz, que de graves difformités, produites par des luxations congéniales, ont été considérablement diminuées et d'une manière permanente par les procédés employés par l'auteur, votre commission pense que de pareils succès sont très-importants pour l'humanité, et vous propose de décerner une récompense à M. Pravaz.

4° Le travail de M. Roger, intitulé : De la température chez les enfants a l'état physiologique et pathologique, repose sur près de mille expériences thermométriques faites avec soin et dans les conditions les plus variées.

En voici les principaux résultats :

Au moment de la naissance, la température de l'enfant est de 40°, c'est-à-dire égale à celle du milieu dans lequel il vivait; mais elle descend bientôt à 35°, en moyenne. Dans les années suivantes, elle varie entre 36° et 38°.

L'auteur a constaté ce fait important, que la fièvre typhoïde est la maladie dans laquelle la température des enfants est plus élevée et d'une manière plus continue, de 42°,5 à 41°, lors même que la circulation est le moins accélérée; tandis que dans la pneumonie elle n'est, en moyenne, que de 39,9, et qu'elle varie dans les fièvres éruptives, suivant les périodes de la maladie, et d'une manière uniforme. Dans les méningites, au contraire, M. Roger a trouvé les plus grandes différences de température, suivant les individus plutôt que suivant la gravité de la maladie; et ces différences ne s'expliquent pas d'une manière satisfaisante par l'âge des enfants, ni par l'intensité de la phlegmasie, ni par sa nature *simple* ou *granuleuse*, ni par ses diverses périodes. — Bien plus, la température est ordinairement moins élevée dans la période moyenne qu'au début et vers la fin, tandis qu'on observe le contraire dans toutes les autres inflammations.

Dans les maladies apyrétiques, telles que l'anémie, les différentes hydropisies, le rachitisme, etc., la diminution des forces n'entraîne pas, chez les enfants, une diminution de température au-dessous de la moyenne physiologique de cet âge. D'un autre côté, elle n'augmente pas dans les convulsions, dans la chorée, malgré l'accroissement de l'action musculaire.

Il n'y a qu'une maladie de l'enfance dans laquelle l'auteur de ces recherches ait constaté une diminution de température plus considérable que dans aucune affection : c'est l'endurcissement du tissu cellulaire. Chez dix-neuf enfants, le thermomètre marquait sous l'aisselle 33° ; chez sept autres, il descendit plus bas que 26°; chez deux autres enfin, il descendit à 23°, et même à 22°, c'est-à-dire à 15° au-dessous de la température ordinaire. Ce refroidissement progressif se manifeste dès que l'endurcissement commence, quelquefois même il le précède, et toujours il est proportionné au degré de la maladie. Ce refroidissement avait bien été signalé avant M. Roger; mais il est le premier qui l'ait constaté d'une manière aussi précise et dans ses divers degrés.

Toutes ces recherches étant faites dans un excellent esprit, et avec la rigueur qu'il est désirable d'introduire, autant que possible, dans les études physiologiques et pathologiques, votre commission vous propose d'accorder une récompense à M. Roger.

5° M. Bourguignon s'est occupé de la gale, de sa cause, de ses effets et de son traitement. Un pareil sujet, traité déjà si souvent, ne paraît pas susceptible de présenter un intérêt nouveau ; c'est cependant l'effet que produit la lecture de ce travail, dont il est difficile de se faire une idée d'après son titre.

L'auteur apprécie d'abord très-exactement les recherches de ses devanciers sur l'*acarus scabiei*, cause unique de tous les symptômes et de la contagion; il reproduit les figures diverses qui en ont été données, et fait voir que la plupart sont incomplètes ou inexactes. Pour arriver à des notions plus précises sur sa marche, ses effets, sa propagation, il est parvenu à porter le microscope sur toutes les parties du corps, en éclairant le foyer d'une manière telle, que l'observation pût avoir lieu la nuit comme le jour, car c'est la nuit surtout que l'insecte agit et se déplace. L'auteur n'a jamais rencontré de mâle parmi les nombreux individus qu'il a soumis à ses recherches microscopiques. Quant aux œufs, il les suit depuis le moment où leurs premiers rudiments peuvent être appréciés à travers les parois transparentes de l'abdomen, jusqu'à leur éclosion, et la dernière transformation de la larve. Là encore se trouvent des renseignements d'autant plus précieux pour l'ovologie, que toutes les figures sont exécutées avec une grande netteté sous des grossissements considérables. Il faut en dire autant de tous les dessins qui ont rapport au développement ultérieur de l'animal et aux plus petits détails de sa structure.

Pour se rendre compte de la précision et de la variété de ces recherches, il faut savoir que l'auteur est parvenu à soumettre les œufs de l'acarus à l'incubation artificielle; qu'il s'est résigné volontairement à donner sur lui-même asile au parasite, afin de pouvoir en suivre sans interruption les habitudes, la marche progressive et les divers effets; il faut savoir enfin qu'il a consacré plus de deux ans à ces études, et cela dans l'établissement de Paris qui lui présentait le plus de ressources. Ces investigations ont éclairé l'auteur sur le mode de transmission de l'insecte, sur ses effets constants ou accidentels, réels ou supposés, sur sa marche, ses progrès, ses habitudes, etc., ainsi que sur les meilleurs moyens de s'en préserver ou de le détruire. C'est à l'aide de ces données positives qu'il a comparé les divers moyens thérapeutiques mis en usage contre la gale, et qu'il en a jugé les avantages et les inconvénients.

Sous tous ces rapports, le travail de M. Bourguignon paraît à votre commission digne de récompense.

6° Le mémoire de M. Pétrequin sur la guérison des anévrismes à l'aide de l'électro-puncture, présente sans contredit le plus grand intérêt; car ce serait un immense bienfait pour l'humanité que de pouvoir obtenir, par un moyen si simple, la guérison d'une affection si grave, même à son début. Mais les occa-

sions ne se sont pas encore présentées à vos commissaires de confirmer, par de nouveaux faits, l'exactitude des observations de l'auteur, et ils croient ne devoir rien préjuger à cet égard, tout en se promettant de ne pas perdre de vue cette importante question.

Votre commission réserve donc le travail de M. Pétreqnin pour un examen ultérieur.

7° M. Morean (de Tours) a présenté, dans un ouvrage remarquablement écrit, les résultats de ses observations sur les hallucinations produites par le hachych, et il les a comparés à celles qui sont dues à différentes préparations opiacées, à la jusquiame, à la belladone, et quelquefois aux alcooliques. En augmentant graduellement les doses de hachych, auxquelles il se soumettait lui-même, il a pu conserver d'abord la conscience entière de ses illusions d'optique et d'acoustique; il a pu suivre successivement la série des idées qui s'y rattachaient, jusqu'à ce que l'erreur devînt complète. Ensuite, à mesure que l'action du hachych diminuait, il a pu voir comment ses jugements se rectifiaient, comment il rentrait peu à peu en possession complète de sa raison. Ces effets, qu'il pouvait reproduire à volonté, lui ont permis de juger par lui-même comment, sous l'influence d'autres agents, les hallucinations commencent, deviennent complètes, diminuent et disparaissent; comment elles servent de base à de nouvelles idées, plus ou moins bizarres, plus ou moins fixes, et aux actes extravagants qui en sont la conséquence. De là, il est conduit aux hallucinations *spontanées* plus ou moins durables, et aux aberrations mentales qui rentrent dans le domaine des vésanies, tristes résultats d'autres excitations cérébrales, trop vives ou trop prolongées!

Malheureusement les faits relatifs à l'emploi thérapeutique du hachych ne sont pas assez nombreux, assez concluants pour qu'on en puisse tirer des conséquences pratiques incontestables. Aussi, malgré l'intérêt que présente l'ouvrage au point de vue scientifique, et même comme étude philosophique, votre commission se borne-t-elle à vous proposer une mention honorable pour M. Morean.

8° Elle croit également de son devoir de mentionner le mémoire de M. Colson, sur les avantages de la suture comme moyen de réunion immédiate, après l'extirpation des tumeurs du sein et de l'aisselle; non que cette opinion soit nouvelle, car elle est généralement admise en Amérique, en Angleterre, et, depuis Delpech, à Montpellier; mais les quinze observations rapportées par M. Colson à l'appui de cette pratique sont de nature à rappeler l'attention des chirurgiens sur des ressources que plusieurs ont trop négligées jusqu'à présent.

En résumé, la commission des prix Montyon, pour la section de médecine et de chirurgie, propose à l'Académie de décerner :

A M. Lebert, une récompense de. . . . 1,800 fr.
A M. Roussel, une de. 1,500
A M. Pravas, une de. 1,500
A M. Roger, une de. 1,200
A M. Bourguignon, une de 1,200

Elle réserve, pour un examen ultérieur, le travail de M. Pétreqnin;
Et propose une mention honorable à M. Morean et à M. Colson.

RAPPORT SUR LES PRIX DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE POUR LES ANNÉES 1847 ET 1848.

(Commissaires : MM. VELPEAU, RAYER, SERRES, MAGENDIE, DUMÉRIL, ANDRAL, FLOURENS, LALLEMAND, ROUX, rapporteur.)

La commission, dont je suis en ce moment l'organe auprès de l'Académie, a été formée il y a déjà deux ans. Composée de MM. Duméril, Flourens, Rayer, Magendie, Serres, Andral, Velpeau, Lallemand et moi, elle est restée ce qu'elle était primitivement, tout à fait libre conséquemment de remplir avec zèle et sans retard, autant que cela pouvait dépendre d'elle, la mission que vous lui aviez confiée. Mais la même commission qui avait été chargée de l'examen et de l'appréciation des travaux envoyés et admis au concours pour 1847, a dû fonctionner ensuite pour ceux de 1848. C'est une double tâche que nous avons eue à remplir, et dont le temps est venu de vous exposer les résultats : c'est en quelque sorte un double rapport que nous avons à faire à l'Académie.

Plus encore que dans tous les concours précédents, le travail propre de la commission a été long et difficile. Elle y a consacré un grand nombre de séances, indépendamment de ce que chaque membre a eu à faire en particulier. Comment n'en eût-il pas été ainsi, pour l'examen et l'appréciation d'ouvrages plus ou moins étendus, ou d'objets scientifiques, dont le nombre s'élevait à plus de cinquante? Mais la commission le reconnaît tout d'abord, après la satisfaction d'avoir rempli ses devoirs envers l'Académie, un vrai plaisir lui était réservé, c'est celui d'avoir distingué plusieurs travaux bien dignes des récompenses que nous allons avoir à vous proposer.

L'un d'eux, toutefois, domine ou prime les autres; et c'est sur celui-ci que nous appelons en premier lieu l'attention de l'Académie. Il ne s'agit pas d'un travail étendu et compliqué, qui aurait exigé de longs labeurs, de grandes méditations et des efforts renouvelés d'intelligence : c'est seulement un fait d'une haute importance mis en lumière, une pensée féconde en conséquences et en applications. Ce fait et cette pensée ont ensemble le caractère d'une véritable découverte, qui a saisi et vivement impressionné tous les esprits, et qui, partie du Nouveau Monde, a bientôt eu le retentissement le plus général. Elle intéresse l'humanité tout entière. Déjà des milliers d'hommes en ont éprouvé les bienfaits : elle profitera aux générations qui nous suivront; car il est à jamais dans la destinée de l'homme d'être exposé à des maux de tous genres qui ont pour cortége inévitable la douleur; il est dans sa nature d'appréhender les souffrances, de se révolter à la pensée qu'elles vont bientôt l'assaillir, surtout quand il faut qu'il s'y soumette volontairement, et de désirer se soustraire aux sensations pénibles avec autant et plus d'empressement qu'il n'en met à rechercher le plaisir. Il est peu probable d'ailleurs que la médecine et la chirurgie, malgré tous leurs efforts et tous les progrès dont elles sont encore susceptibles, arrivent au point que les ressources dont elles disposent se dépouillent jamais de ce qu'elles ont qui nous répugne, et quelques-unes plus particulièrement de ce qu'elles ont par elles-mêmes de cruel et de dangereux.

Ce sont surtout les opérations chirurgicales qui ont ce triste et fâcheux caractère; et c'est un éclatant service rendu à la science et à l'humanité, d'avoir fait connaître un moyen à peu près infaillible, ou qui du moins réussit dans la généralité des cas, de rendre l'homme momentanément insensible à la douleur, d'anéantir chez lui pour quelques minutes ou même pour un temps plus long, une seule fois, ou successivement à plusieurs reprises, la conscience des impressions extérieures, le sentiment du moi, sans doute en portant atteinte au principe de la vie, mais en ne causant qu'une perturbation momentanée, fugace, après laquelle toutes les fonctions rentrent dans leur rhythme naturel. Que si l'on a eu à enregistrer quelques exemples d'une issue funeste de l'anesthésie ainsi produite artificiellement, il a fallu en accuser, tantôt l'emploi de procédés défectueux, tantôt l'inhabileté ou l'imprévoyance de l'expérimentateur, ou de la part de la victime une malheureuse idiosyncrasie particulière, une de ces anomalies constitutionnelles qui prédisposent aux événements les plus inattendus et les plus improbables d'après les lois connues de l'économie de l'homme et des animaux : et hâtons-nous d'ajouter que les cas bien avérés, trop déplorables assurément, des funestes effets des agents anesthésiques chez l'homme, sont jusqu'à présent en nombre infiniment minime, en égard au nombre prodigieux des expérimentations qui ont été faites. Il n'y a pas d'exagération à dire que, depuis un peu plus de trois ans seulement que les inhalations d'éther ou de chloroforme ont été introduites dans la pratique de la médecine et de la chirurgie comme moyen anesthésique, cent mille individus au moins, en Amérique d'abord et de la part des chirurgiens américains, qui ont eu la gloire de l'initiative, puis dans les diverses parties du globe, ont dû y être soumis; et sur ce nombre on n'a pas plus de douze ou quinze malheurs à déplorer. A raison des circonstances dans lesquelles ils sont placés, quelques-uns des membres de votre commission, deux particulièrement ont été dans le cas de payer un large tribut à la science pour ce qui concerne l'emploi des moyens anesthésiques. Leur seule expérience a déjà quelque chose d'imposant. Depuis la fin de 1846 (c'est à cette époque que remontent les premiers faits observés et recueillis, en Amérique, à Boston, par MM. Jackson et Morton, et qui ne tardèrent pas à être connus en France); depuis cette époque, dis-je, M. Velpeau et moi avons dû pratiquer, chacun des deux en particulier, l'éthérisation proprement dite d'abord, puis la chloroformisation, cinq ou six cents fois au moins : mille ou douze cents individus, ou plus peut-être, ont été anesthésiés par nos mains ou sous nos yeux, pour être soumis à des opérations chirurgicales plus ou moins graves, et nous n'avons encore vu, ni l'un ni l'autre, l'anesthésie produire la mort instantanément; nous n'avons encore jamais eu, ni l'un ni l'autre, l'âme brisée par la vue d'un tel événement; et nous doutons, l'un et l'autre, que l'anesthésie, dirigée avec prudence et avec méthode, ait en jamais une influence mauvaise sur les suites de nos opérations : sans oser l'affirmer, et sans pouvoir démontrer qu'il en a été ainsi, nous lui attribuerions plutôt une influence favorable.

La question de l'anesthésie produite par les inhalations d'éther ou par celles du chloroforme (et peut-être découvrira-t-on d'autres agents anesthésiques ayant la même puissance, et possédant même une innocuité encore plus grande), cette question, disons-nous, intéresse à un haut degré à la fois la physiologie, la chirurgie et la médecine proprement dite. Elle touche à cette dernière, qui a déjà tiré quelque parti des moyens anesthésiques dans la thérapeutique de certaines maladies, notamment dans celles dont la douleur est le principal symptôme. Avec l'éther ou le chloroforme la chirurgie a perdu beaucoup de ce qu'elle avait de cruel : ses procédés sont moins effrayants; elle n'a plus à lutter contre l'extrême pusillanimité de quelques individus. La physiologie ayant eu à étudier le véritable caractère et le siége de l'action produite sur les organes centraux du système nerveux par l'éther ou par le chloroforme, ses investigations, auxquelles notre honorable secrétaire perpétuel, M. Flourens, a pris une si grande part, n'ont pas été sans fruit pour l'analyse des fonctions du cerveau. Il se peut que de nouveaux et d'importants résultats nous soient encore réservés. La physiologie n'a d'ailleurs été le point de départ de tout ce qui s'est dit et de tout ce qui a été fait relativement à l'éther et au chloroforme. L'anesthésie produite par le premier de ces agents, et observée fortuitement, est le grand fait physiologique d'où sont découlées tant et de si belles applications pratiques.

Envisagée sous ce triple point de vue, la question de l'anesthésie devait faire naître beaucoup de travaux : la science possède, en effet, déjà plusieurs ouvrages importants sur ce sujet. Malgré tout l'intérêt que ces ouvrages présentent, malgré les lumières qu'on y trouve répandues, il s'en faut que la matière y soit épuisée; et le moment est venu peut-être où il conviendrait que, prenant l'initiative, l'Académie provoquât un de ces grands travaux qu'elle peut couronner et récompenser en son propre nom, et d'une manière digne d'elle. L'anesthésie, considérée en elle-même et sous le rapport de ses applications, soit comme moyen thérapeutique, soit comme moyen préservatif de la douleur dans les opérations chirurgicales, quel plus beau sujet d'étude, d'expériences et d'observations cliniques! Que de questions importantes s'y rattachent, qui sont encore à résoudre! Notre tâche n'est pas de faire un examen, même rapide, de ces questions : la commission n'a point à tracer le programme d'un sujet de prix mis au concours; elle dépose seulement sa pensée dans le sein de l'Académie. Elle n'a

considéré que la découverte primitive, que le fait générateur de tous ceux qui se produisent incessamment sous nos yeux, en laissant l'Académie libre, pour d'autres temps et dans d'autres circonstances, de dispenser des éloges et des récompenses aux travaux par lesquels cette découverte aura été perfectionnée. Peut-être en devra-t-elle à M. Simpson (d'Édimbourg), s'il se confirme, comme cela paraît évident, que le chloroforme est vraiment préférable à l'éther comme moyen anesthésique, en reconnaissant toutefois que les premières expériences sur les animaux avec le chloroforme appartiennent à M. Flourens.

Mais la découverte elle-même a reçu la sanction du temps et de l'expérience. Après trois ans et plus écoulés depuis qu'elle s'est fait jour dans la science et que le monde a profité de ses bienfaits, l'Académie ne doit plus tarder à lui donner sa haute approbation; elle doit la proclamer et l'honorer comme un des plus beaux faits scientifiques de notre époque, qui rentre bien assurément dans la catégorie de ceux qui ont été prévus par la généreuse philanthropie de M. de Montyon.

Vous le savez, messieurs, car ce débat a déjà retenti dans le sein de l'Académie, deux hommes qui habitent la même ville, Boston, ont attaché leur nom, mais à deux titres différents, à ce fait important de l'anesthésie par l'inhalation des vapeurs éthérées et de l'application de ce moyen à la pratique médicale et chirurgicale: l'un est M. Jackson, professeur de chimie; l'autre M. Morton, chirurgien dentiste. Ainsi que cela n'arrive que trop souvent en semblable circonstance, une discussion de priorité s'est élevée entre eux. Cependant la commission a dû prendre un parti sur des faits et des événements qui se sont produits loin de nous. Tous les documents ont passé sous ses yeux; elle en a fait l'examen le plus attentif et le plus consciencieux; et de cet examen est résultée pour elle cette conviction qu'il y a dans la découverte de l'éthérisation deux choses distinctes qui sont nées successivement, dont l'une appartient à M. Jackson et l'autre à M. Morton. M. Jackson avait remarqué que quelques individus, pour être restés pendant un certain temps exposés à l'action des vapeurs éthérées, avaient été momentanément privés de toute sensibilité. C'est le fait physiologique. M. Jackson l'a vérifié sur lui-même. Plus tard M. Morton réussit plusieurs fois à pratiquer sans douleur l'évulsion d'une dent à des personnes préalablement soumises à l'inhalation de vapeurs éthérées; de plus, il obtient que quelques chirurgiens des grands hôpitaux de Boston aient recours au même moyen dans la pratique des grandes opérations. Voilà l'anesthésie utilisée, appliquée; la découverte reçoit ainsi son complément. M. Jackson et M. Morton ont été nécessaires l'un à l'autre: sans les instances, la préoccupation et le courage, pour ne pas dire l'audace de celui-ci, l'observation faite par M. Jackson aurait pu rester longtemps inappliquée; et sans le fait observé par M. Jackson, la pensée de M. Morton aurait pu être stérile et sans effet.

Après donc y avoir mûrement réfléchi, la commission a pensé qu'il y avait deux parts distinctes à faire dans cette brillante découverte de l'éthérisation, et qu'à chacune des deux séparément devait être accordé un prix particulier. En conséquence elle propose à l'Académie de décerner un prix de 2,500 fr. à M. Jackson pour ses observations et ses expériences sur les effets anesthésiques produits par l'inhalation de l'éther; un autre de 2,500 fr. pareillement à M. Morton pour avoir introduit cette méthode dans la pratique chirurgicale, d'après les indications de M. Jackson.

Après ce qui concerne l'éthérisation, un grand travail, qui a trait à la chirurgie expérimentale, à la chirurgie éclairée à la fois par les recherches d'anatomie pathologique et par les expériences sur les animaux, une œuvre qui a coûté à son auteur plusieurs années d'études sérieuses et d'investigations minutieuses, et par laquelle ont été résolues diverses questions d'une grande utilité pratique, restées jusqu'à présent indécises, a fixé d'une manière particulière l'attention de la commission, c'est un ouvrage ayant pour titre: EXPÉRIENCES ET OBSERVATIONS SUR LES CHANGEMENTS PATHOLOGIQUES QUI SURVIENNENT DANS LES ARTÈRES APRÈS LA LIGATURE ET LA TORSION. Cet ouvrage a été publié en Italie. Son auteur, M. Porta, est un des successeurs de Scarpa et l'un des professeurs les plus distingués de l'Université de Pavie. Nonobstant les belles études faites sur les vaisseaux sanguins, principalement au point de vue des lésions ou des maladies dont ils sont susceptibles, sur ces lésions ou ces maladies elles-mêmes, sur les diverses manières d'intercepter le cours du sang dans les artères, sur les modifications, ou instantanées ou consécutives, que la circulation éprouve, dans telle ou telle autre partie du corps, à la suite de l'application d'une ligature sur un tronc artériel; nonobstant, disons-nous, les belles études de Jones, de Travers, d'Astley Cooper, de Barry, de Scarpa, de Béclard, de M. Manec, de M. Amussat, beaucoup de points importants étaient encore environnés d'une certaine obscurité, qui elle-même répandait de l'incertitude et de l'hésitation sur la pratique de la chirurgie. Ainsi par quel mécanisme s'accomplit l'oblitération d'une artère embrassée par une ligature? Ce mécanisme est-il le même ou diffère-t-il, au contraire, dans les diverses manières dont on peut faire agir une ligature? Quel est celui de cette oblitération après la torsion? Laquelle de la torsion ou de la ligature laisse moins à appréhender des hémorrhagies consécutives? Que devient une ligature abandonnée dans la plaie qui a servi à la pratiquer? Quels changements surviennent dans les artères liées et dans leurs branches collatérales pour le rétablissement de la circulation? N'y a-t-il jamais que dilatation des vaisseaux normaux? Se peut-il, au contraire, que la puissance de la nature aille jusqu'à la formation de nouveaux vaisseaux? etc., etc., etc.

Eh bien! toutes ces questions ont été abordées par M. Porta: il les a, pour la plupart, ou résolues ou singulièrement élucidées. Nous avons surtout remarqué dans son travail la constatation du fait, déjà indiqué toutefois, de la production de vaisseaux nouveaux autour d'une artère considérable après la ligature, pour le rétablissement de la circulation collatérale; ce qui paraît avoir lieu plus particulièrement autour de l'artère carotide primitive; puis la démonstration de la possibilité qu'un anévrisme se reproduise après une guérison apparente, et cela par le fait d'une circulation collatérale très-active après l'interception du cours du sang dans l'artère principale qui était le siége de cet anévrisme; puis une description des plus soignées de cette circulation collatérale, quant à son mécanisme, après la ligature de chacune des principales artères du corps; puis encore le résultat de recherches expérimentales sur la circulation dans l'encéphale par les seules artères vertébrales, ou par les carotides seulement.

On est presque étonné du nombre prodigieux d'observations anatomiques faites sur l'homme, après les opérations d'anévrismes, que M. Porta a réunies pour la composition de son travail; du nombre plus considérable encore d'expériences sur les animaux dont il a fait servir les résultats au but qu'il s'était proposé. La science moderne compte réellement bien peu d'œuvres qui aient une aussi grande valeur et qui soient aussi susceptibles d'applications utiles. C'est un de ces travaux sérieux, d'un intérêt durable, que l'Académie doit encourager: nous proposons pour M. Porta une récompense de 2,000 fr.

Les progrès de l'industrie, les changements qui surviennent dans ses procédés, sont-ils favorables de tous points, et l'homme n'a-t-il jamais à en souffrir? On le croirait au premier abord, et cependant il n'en est pas toujours ainsi. Oui sans doute beaucoup de perfectionnements ont été introduits dans certains arts, qui tendent à les rendre moins insalubres et à protéger autant que possible la santé publique. Mais à côté de ce résultat, sur lequel ont tant influé nos sociétés modernes, on a vu certains accidents ou certaines maladies se montrer plus fréquemment qu'à d'autres époques; et, ce qu'il y a de plus remarquable, on a vu naître des maladies nouvelles ou des formes nouvelles de maladies. C'est ainsi que l'art de préparer les allumettes phosphoriques, qui a pris une si grande extension, est devenu la source d'une maladie des os maxillaires, tant supérieurs qu'inférieurs, qui atteint dans une proportion assez considérable les individus employés dans les manufactures à la préparation de ces allumettes. Cette maladie, alors même qu'elle ne compromet pas la vie, entraîne au moins la perte des os qui en deviennent le siége. Ce n'est peut-être essentiellement qu'une nécrose, mais une nécrose qui, dans ses débuts, dans sa marche, dans la manière dont elle parcourt ses diverses périodes, a quelque chose d'assez remarquable, et qui ressort du caractère même de la cause qui l'a produite. C'est en Allemagne que ce singulier effet des émanations phosphoriques sur l'homme a été observé en premier lieu, et que les premières descriptions en ont été données; et le rapporteur de votre commission, dans une des excursions rapides qu'il lui a été donné de faire, en avait recueilli quelques beaux exemples à Nuremberg, à Erlangen, lorsqu'on ne connaissait presque rien encore en France à cet égard. L'éveil avait été donné par M. Dietz, praticien fort habile, qui jouit d'une grande réputation dans la première de ces deux villes, et par M. Heyfelder, professeur de clinique chirurgicale à l'Université d'Erlangen; et bientôt on nota cette circonstance assez curieuse que l'intoxication phosphorique atteignait plus facilement les femmes que les hommes, et plus facilement aussi les femmes jeunes que les femmes plus avancées en âge. Un tel ordre de faits méritait bien d'être étudié dans tous ses détails et sous tous les points de vue. Il l'a été avec un grand soin, et l'exposition en est présentée de la manière la plus complète dans un travail spécial de deux médecins de Nuremberg, MM. Bibra et Gheist, qui ont rendu le double service: 1° d'avoir fait connaître, au point de vue médical et chirurgical, certains désordres de l'organisme, qui n'avaient point encore été décrits aussi complétement; 2° d'avoir mis l'industrie en demeure de conjurer, s'il est possible, les *dangers attachés dans certaines manufactures à l'emploi de matières phosphoriques*. La commission a pensé que l'Académie devait accorder comme encouragement une somme de 1,000 francs aux auteurs d'un travail aussi important au point de vue de la science, et qui peut conduire à des mesures utiles pour la santé d'une classe très-nombreuse d'ouvriers.

Voici maintenant des travaux d'un autre genre, d'un autre caractère.

Déjà, dans son dernier rapport, la commission des prix de médecine et de chirurgie, en rendant compte d'un ouvrage de M. Lebert, a eu occasion de citer M. Mandl parmi les hommes qui, depuis quelques années, se sont livrés avec le plus de zèle aux études microscopiques. Cette année, la commission a eu à examiner l'ouvrage d'ANATOMIE MICROSCOPIQUE que ce médecin vient de terminer, ouvrage qui se compose à la fois d'un texte plein d'intérêt et de planches où sont représentés les différents tissus élémentaires et les divers liquides du corps de l'homme, tels qu'on les observe au microscope. M. Mandl a eu l'heureuse idée de reproduire, les unes à côté des autres, les diverses figures qui ont été données d'un même tissu ou d'un même liquide par les différents micrographes qui se sont succédé depuis Malpighi et Leuwenhoeck jusqu'à nos jours, et il y a joint le résultat de ses observations personnelles. Dans un moment où les médecins, jaloux des progrès de la science, s'occupent avec succès d'étudier, par le microscope, les altérations des solides et des liquides du corps des animaux, ils trouveront un grand secours dans l'ouvrage de M. Mandl, qui leur évitera bien des tâtonnements, bien des recherches et bien des erreurs, en leur montrant l'état normal dans toutes ses variétés et dans toutes les représentations qui en ont été données. L'ouvrage de M. Mandl est du nombre de ceux qui méritent d'être encouragés par l'Académie. Il exercera à coup sûr une heureuse influence sur les recherches pathologiques, en les facilitant; et, sous ce rapport surtout, votre commission l'a cru digne d'un encouragement de 1,000 fr.

Dans un nouveau travail, présenté à l'Académie, MM. les docteurs Becquerel et Rodier ont continué, avec une louable persévérance, leurs *recherches sur la composition du sang dans l'état de santé et dans l'état de maladie*. Dans ce nouveau travail, les variations de composition du sérum les ont surtout occupés. Ils ont déterminé, avec beaucoup plus de soin qu'on ne l'avait fait avant eux, les différences de quantités d'albumine que ce sérum contient dans les diverses maladies. Ils ont démontré que sa diminution est un fait constant dans certains états morbides, tandis que son augmentation est beaucoup plus rare,

se présente en quelque sorte accidentellement, et n'appartient spécialement à aucune maladie. Ils ont aussi étudié quelle était, à l'état physiologique, la densité du sérum, et dans quelles limites l'état de maladie pouvait changer cette densité. La commission croit qu'il est convenable de décerner un encouragement de 1,000 fr. au travail de MM. Becquerel et Rodier, tant à cause des faits intéressants qu'il contient, qu'à cause de l'excellent esprit qui a présidé à l'exécution.

On connaissait l'*hystérie*; mais un travail, un long ouvrage de M. Landouzy, a incontestablement concouru à répandre la lumière sur plus d'un point resté encore obscur, de l'histoire de cette maladie. Les diverses perturbations de la sensibilité qui l'accompagnaient y sont mieux décrites qu'elles ne l'avaient été jusqu'alors; et nulle part on ne trouve tracé d'une manière aussi fidèle et aussi complète le tableau des diverses douleurs qui appartiennent à l'hystérie, et qui servent à la caractériser. L'ouvrage fait mieux connaître aussi cette paralysie singulière que l'hystérie produit, et qui, d'après la description qu'en a donnée M. Landouzy, sera moins confondue qu'elle ne l'avait été jusqu'à lui, avec les paralysies dépendantes d'une altération des centres nerveux. M. Landouzy a aussi démontré que, dans un plus grand nombre de cas qu'on ne l'avait cru, les phénomènes hystériques sont sous la dépendance d'un état de souffrance de l'appareil générateur. Pour établir les principes généraux contenus dans son ouvrage, l'auteur s'est livré à une patiente analyse de trois cent quatre-vingt-dix observations, dont vingt-huit lui appartiennent, et dont les trois cent soixante-deux autres ont été empruntées à cent soixante-huit écrivains de tous les temps et de tous les lieux : de telle sorte que chacune des assertions émises dans ce livre trouve sa démonstration dans les nombreux faits particuliers rassemblés par l'auteur, et qui constituent comme la partie expérimentale de son travail. Sous ces différents rapports, la commission a jugé l'ouvrage de M. Landouzy digne d'un encouragement de 1,000 fr.

Un encouragement de la même valeur lui a semblé aussi devoir être accordé au Traité de la fièvre typhoïde de M. le docteur de Larroque. Cet ouvrage ne renferme sans doute, relativement à la description de la fièvre typhoïde, que ce qu'on peut trouver ailleurs. Les vues théoriques en sont peut-être même quelque peu contestables; mais M. de Larroque a rendu à la pratique médicale un éminent service par les observations auxquelles il s'est livré sur l'emploi de la méthode évacuante, dans le traitement de la fièvre typhoïde. Les faits qu'il a publiés à cet égard ont contribué à éclairer plus d'une question importante de thérapeutique, et à ramener les médecins à l'emploi d'une médication utile, dont une doctrine qui a dominé pendant plusieurs années avait singulièrement exagéré les inconvénients.

Quelques autres travaux enfin, après ceux pour lesquels nous désirons que l'Académie veuille bien accéder à nos vœux en les proclamant dignes d'un prix, d'une récompense ou d'un encouragement, ont paru à la commission mériter l'honneur d'une mention honorable. La commission propose de l'accorder :

1° A M. Legendre, pour un ouvrage *sur quelques points de la pathologie de l'enfance*, ouvrage qui contient particulièrement des recherches intéressantes sur la méningite aiguë des enfants, sur la pneumonie lobulaire, sur les altérations de l'intestin dans la diarrhée des jeunes sujets, et enfin sur la dégénérescence graisseuse du foie, qui, d'après l'auteur, se présente souvent à cette première époque de la vie sans que les poumons soient tuberculeux;

2° A M. Isidore Bourdon, pour ses Mémoires sur la peste et les quarantaines;

3° A M. Audouard, pour ses Nouvelles recherches sur l'origine de la fièvre jaune;

4° A M. Blandet et à MM. Bois de Loury et Chevallier, pour leurs travaux divers *sur les maladies des ouvriers qui sont exposés par leur état aux émanations cuivreuses et aux émanations arsenicales*.

Enfin la commission croit devoir signaler l'intéressant ouvrage de M. Renouard sur l'*histoire de la médecine*.

PRIX FONDÉ PAR M. MANNI,

SUR LA QUESTION DES MORTS APPARENTES, ET SUR LES MOYENS DE REMÉDIER AUX ACCIDENTS FUNESTES QUI EN SONT SOUVENT LES CONSÉQUENCES.

Ce prix, d'une valeur de 1,500 fr., a été décerné à M. le docteur Bouchut, comme auteur du meilleur mémoire qui ait été adressé à l'Académie depuis 1837, époque à laquelle le concours pour ce prix a été ouvert.

Après la proclamation des prix, M. Velpeau a lu une notice sur l'éthérisation, et M. Flourens a prononcé l'éloge historique de M. Benjamin Delessert.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 5 MARS. — PRÉSIDENCE DE M. BRICHETEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend :

1° Une lettre du ministre de l'agriculture et du commerce transmettant un mémoire rédigé par M. le docteur Baud, ancien chirurgien en chef de l'hôpital civil d'Alger et aujourd'hui médecin à Bourganeuf (Creuse), sur un nouveau sel qu'il a composé pour la guérison des fièvres. (Comm. : MM. Bricheteau, Orfila et Bousquet.)

2° Lettre du même ministre, demandant l'avis de l'Académie sur un échantillon d'eaux provenant de dessèchements pratiqués par le système des rigoles souterraines. (Comm. de l'Annuaire des eaux de la France.)

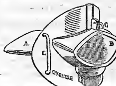
3° Lettre du même ministre, avec envoi d'un exemplaire des Études chimiques sur les cours d'eau, considérés au point de vue de l'agriculture et de l'hygiène, etc., par MM. Bobierre et Morède, pour être soumis à la même commission.

MM. Boudin, Dronsard et Henri Boulet se portent candidats aux places vacantes.

MM. Becquerel et Rodier adressent un mémoire intitulé : De l'anémie par diminution de proportion de l'albumine du sang, et des hydropisies qui en sont la conséquence. Ce mémoire sera publié textuellement.

M. Villers, médecin de première classe de la marine, médecin du bagne de Toulon, adresse un mémoire qui renferme les détails ainsi que l'appréciation, au point de vue scientifique, d'un homicide qui vient d'être récemment commis au bagne de Toulon. (Comm. : MM. Ferrus, Falret et Baillarger.)

ALIMENTATION DES ALIÉNÉS.



M. Charrière présente à l'Académie, au nom de M. Billod, médecin de l'asile des aliénés de Blois, un appareil construit par lui d'après les indications de ce praticien, et destiné à l'alimentation forcée des aliénés.

On est assez généralement d'accord sur les inconvénients que présente l'emploi des sondes œsophagiennes; l'appareil présenté par M. Charrière, en même temps qu'il est d'une extrême simplicité, semble écarter tous ces inconvénients. Il se compose d'un morceau de bois de forme elliptique ou d'une plaque métallique, percée d'un trou rond fig. B, qui représente une sorte de bouche. Sur la lèvre inférieure s'applique et s'appuie une gouttière en acier fig. A, légèrement recourbée transversalement, et arrondie par le bout. La face postérieure du morceau de bois ou plaque est disposée de manière à se mouler sur le pourtour de la bouche et à la clore exactement, tandis que la gouttière métallique déprime la langue. L'ouverture ovalaire est munie d'une soupape, s'ouvrant de dehors en dedans lorsque l'on introduit une cuiller, et se refermant aussitôt, de manière à s'opposer au rejet des aliments. Le malade, contenu par la camisole, la tête un peu renversée en arrière et fortement appuyée par un aide contre sa poitrine, le médecin glisse entre les mâchoires la gouttière linguale, manœuvre toujours très facile à exécuter, quelle que soit la résistance qu'opposent les sujets. Un aide maintient l'appareil en place, au moyen de trois doigts, ou d'un lien fixé par les deux anses C, C., et l'opérateur introduit dans la bouche, au moyen d'une cuiller, l'aliment, soit tout à fait liquide, soit d'une très-médiocre consistance. A chaque cuillerée, on doit serrer un peu les narines du malade.

M. le docteur Billod a eu déjà plusieurs fois l'occasion de se servir de cet appareil chez des aliénés qui, au bout de quelques séances, convaincus de l'inutilité de leur résistance, ont consenti à manger seuls. Il pense que, outre cette indication, cet instrument dont l'application ne présente aucun danger, pourra être mis en usage dans la pratique civile, pour l'administration, par exemple pour de certains médicaments dans les maladies des enfants, dont la résistance obstinée fait souvent le désespoir du médecin.

CHAÎNES GALVANO-ÉLECTRIQUES.

M. Poiseuille lit un rapport officiel sur des chaînes galvano-électriques du sieur Goldberger (de Berlin), que l'Académie l'a chargé d'examiner, et qui, suivant cet industriel, jouiraient de la vertu de combattre les douleurs nerveuses et rhumatismales.

Le rapporteur propose de répondre au ministre que ces appareils ne peuvent être l'objet d'un rapport de l'Académie. (Adopté.)

CANDIDATURE.

M. Grisolle fait un rapport verbal, au nom de la section de pathologie médicale, sur la question de savoir à quel chiffre devra être porté le nombre des candidats sur la liste de présentation. La section a décidé, vu le nombre des compétiteurs et l'importance de leurs travaux, de porter ce nombre à six. (L'Académie adopte.)

APPLICATION DU FORCEPS DANS LES ACCOUCHEMENTS PAR LA FACE.

M. Danyau, chirurgien professeur adjoint à l'hospice de la Maternité, lit un mémoire sur un mode particulier d'application du forceps dans les présentations de la face : il s'agit des présentations dans lesquelles la face est placée en travers dans le bassin, présentations qui offrent de grands obstacles à l'application du forceps, qu'on ne réussit pas toujours à placer dans une situation suffisamment oblique pour saisir les deux côtés de la face, surtout quand le menton est dirigé obliquement en arrière (position mento-iliaque droite ou gauche postérieure). Il faut, dans ce cas, suivant l'auteur, adopter un procédé le plus conforme

possible au procédé que suit quelquefois la nature en pareil cas, et aussi plus généralement praticable, et qui ait pour résultat d'opérer la rotation du menton en avant, sous l'arcade pubienne. Pour atteindre ce but, M. Danyau donne la préférence à un procédé imaginé par M. Champion (de Bar-le-Duc), qui consiste à tourner le bord concave du forceps en sens contraire de l'usage, de manière que la concavité des bords soit dirigée vers le front pour arriver à tourner le menton, et à le dégager sous l'arcade pubienne. (Comm. : MM. Devilliers, Bérard et P. Dubois.)

M. Piorry a la parole pour une communication.

NOMENCLATURE MÉDICALE.

M. Piorry, après quelques considérations historiques préliminaires sur l'origine et le caractère des nomenclatures médicales anciennes et sur les doctrines qu'elles représentent, formule les propositions suivantes, qui sont l'expression abrégée des doctrines qu'il défend :

L'âme est le point de départ de l'organisation ; c'est son influence qui détermine soit l'organisation, soit les phénomènes vitaux et variés qui ont été rattachés au principe vital, aux propriétés, aux forces vitales, etc.

L'âme, le principe vital, les propriétés vitales, ne peuvent être malades ; les organes seuls sont susceptibles de maladie.

La thérapie peut influer sur les organes ; mais des moyens moraux pourront seuls avoir une action sur l'âme.

Il ne peut y avoir de lésion fonctionnelle sans altération momentanée ou persistance dans les organes solides ou liquides. La lésion d'un organe, sa cause simple et directe, ses effets immédiats, constituent la seule idée vraie que l'on puisse se faire de la maladie. La lésion bien spécifiée, survenue sous l'influence d'une cause et déterminant un effet fixe et absolu, peut être considérée comme un élément, une unité, que nous appelons un état pathologique ou monorganie.

Si l'on considérait de cette sorte la maladie, son existence unitaire pourrait être admise ; mais par *maladie* on n'entend en général que des séries de lésions survenues chez des sujets divers sous l'influence de causes variées, produisant des effets multiples, souvent dissemblables.

Prise dans ce dernier sens, la *maladie* ne peut être logiquement admise ; ses formes, ses espèces, ses variétés, ses degrés, etc., ne sont autre chose que des états pathologiques et souvent nombreux, qui coïncident dans certains cas, et qui, dans d'autres, se succèdent ou se lient entre eux,

Les collections symptomatiques dites maladies sont complétement arbitraires, et varient suivant les opinions de chaque médecin. La fièvre typhoïde, les fièvres de toutes sortes, le rhumatisme, les scrofules, etc., ne sont chacun que des réunions d'états pathologiques qui, n'étant fixées ni sous le rapport : 1° des lésions observées ; 2° du nombre de ces lésions et des organes affectés ; 3° des causes de ces souffrances organiques, ne peuvent être étiologiquement et pathologiquement considérées comme des éléments unitaires auxquels la statistique soit applicable.

Le traitement des maladies, telles qu'on les admet, ne peut pas davantage être admis sur des règles fixes et sur des données positives. Le doute, l'indécision, le scepticisme médical, présideront toujours à la thérapeutique fondée sur de telles bases. La détermination des cas où convient telle médication repose soit sur la connaissance exacte des états pathologiques, simples et unitaires existant soit sur l'appréciation des causes qui ont présidé au développement de ces lésions, soit sur les relations physiologiques et pathogéniques développées entre les diverses souffrances organiques dont les malades sont atteints.

Il faut accorder la pratique avec la théorie ; et puisqu'en clinique on fait de l'organo-pathologisme et non du nosologisme, il faut, en pathologie, étudier, non pas les maladies, mais les états organo-pathologiques, soit dans leurs causes et leurs effets, soit dans leur simplicité et leur corrélation.

Pour se rappeler toujours les organes malades et la manière dont ils peuvent l'être, il est utile de chercher à oublier autant que possible l'idée de la maladie exprimée par un nom.

Puisqu'il faut oublier les entités morbides, il convient de ne plus se servir des noms qui les représentent ; puisque les états pathologiques sont importants à connaître, puisque leur étude forme les fondements d'une saine pratique, on est dans la nécessité de les nommer. Or, comme la plupart d'entre eux ne le sont pas, il est indispensable de créer des mots nouveaux. Ceux-ci ne seront pas et ne peuvent être les synonymes des appellations qui désignaient les maladies. Et, dans mes doctrines, il ne s'agit pas de refaire les mots anciens pour en fabriquer de nouveaux, mais de substituer aux idées hypothétiques et erronées des faits véritables représentés par des expressions justes, et, autant que possible, correctes.

La nomenclature ou onomisme pathologique est donc la conséquence de la doctrine organo-pathologique.

M. Piorry termine cette exposition de ses principes en expliquant le mécanisme de sa nomenclature.

M. Rochoux : Aristote comptait trois âmes, ni plus ni moins : la végétative, la sensitive, la rationnelle, qui, chacune, avaient leur rôle dans l'économie. A l'exemple de Stahl, M. Piorry n'admet que l'âme rationnelle pour grand moteur de la machine humaine, soit à l'état sain, soit à l'état morbide. Il s'ensuit qu'il est dans l'obligation de prouver scientifiquement l'existence du principe auquel il accorde une si grande action. Or la tâche, à ce point de vue, est si difficile que jusqu'à présent personne n'a encore pu fournir un argument, une raison, une apparence de motif dont on pût conclure qu'il existe chez l'homme un principe quelconque en dehors de l'organisation. Et, puisque la pathologie et par suite la nomenclature de notre savant collègue ont pour point de départ l'action de l'âme, je n'examinerai son système que quand il sera parvenu à démontrer l'existence du principe qui en fait la base. A cet égard, je dois faire remarquer que tous les médecins qui ont su embrasser l'ensemble de la science, Fernel, Jennert, Etmuller, etc., ont tous commencé par discuter à fond les divers systèmes de philosophie naturelle qui pouvaient servir d'appui aux opinions qu'ils cherchaient à accréditer. Les anciens avaient procédé de la même manière.

Ainsi, l'auteur du livre des *Flatibus*, celui du livre des *Humibus*, Asclépiades, etc., ont établi des principes de physiologie philosophique qui servaient de lien à leurs productions médicales. Bichat n'a pas suivi une autre méthode en fondant pour un temps bien court l'hypothèse des propriétés vitales au moyen desquelles il croyait renouveler dans leurs fondements la physiologie et la médecine. M. Piorry doit donc faire de même pour son âme ; sans cela je n'ai plus rien à dire, sinon qu'Hoffmann, homme vraiment religieux et d'une haute portée d'esprit, admettait l'existence de l'âme, mais ne lui faisait jouer aucun rôle dans la production des phénomènes physiologiques ou pathologiques, qu'il rattachait tous à l'organisme. Cependant, contradictoirement à ce principe, il croyait à l'existence de causes morales, accordant ainsi à l'âme une portion du rôle qu'il lui avait d'abord refusé.

M. Piorry : Je regrette que M. Rochoux n'ait pas cru devoir attaquer ce qui dans ma doctrine domine principalement, la pathologie, et qu'il s'adresse au contraire à une question dont je ne parle qu'à la fin de mon ouvrage. Ce n'est pas cependant que je refuse la discussion sur le terrain où il la porte ; je crois avoir de bonnes raisons à lui donner en faveur de l'existence de l'âme ; mais je ne crois pas que l'Académie soit disposée à entamer une discussion sur ce sujet ; je la consulte d'ailleurs, et, si je me trompe, je suis disposé à commencer la discussion. (De tous côtés : Non ! non !)

Personne ne demandant la parole pour faire des objections à la partie médicale du mémoire de M. Piorry, cet académicien déclare qu'il inférera de ce silence qu'on n'a aucune raison sérieuse à opposer à une doctrine qu'il a cependant tant de peine à faire adopter et que beaucoup de gens condamnent sans la connaître.

M. Gaultier de Claubry lit, en son nom et au nom de MM. Guibourt et Chevallier, un rapport sur un mémoire de M. Gobley, ayant pour titre : Recherches chimiques sur les oeufs de carpe.

M. le rapporteur conclut en proposant à l'Académie de donner son approbation au mémoire de M. Gobley, et de l'engager à poursuivre ses recherches sur ce sujet. (Adopté.)

KYSTE OVARIQUE.

M. Depaul, au nom de M. Jobert (de Lamballe), forcé de s'absenter, présente la pièce suivante :

M. le docteur Besnier (de Lamballe), mon confrère et mon ami, m'a prié de présenter à l'Académie une pièce d'anatomie pathologique qui me paraît mériter l'attention de la compagnie. J'ai vu la malade et j'ai visité la pièce à Lamballe.

Cette préparation se compose de deux choses distinctes : 1° d'une membrane indépendante de la tumeur et qui n'a avec elle des rapports que par quelques adhérences ; 2° d'un kyste dont les parois sont dures et épaisses. Il représente une véritable poche irrégulièrement bosselée à sa surface externe, et lisse à l'intérieur. La cavité de ce sac contient des poils en masse qui ressemblent à de la bourre, des dents, des plaques osseuses et un os long.

La membrane, qui n'a que des moyens d'union avec la tumeur, est formée par l'épiploon, reconnaissable à sa conformation et à sa structure.

Ce kyste me paraît appartenir au kyste ovarique qui sera trouvé, dans l'excavation du bassin, accolé aux parois du vagin. Il a gêné l'accouchement au point de forcer le médecin à appliquer le forceps pour extraire l'enfant, qui était arrêté dans l'excavation du bassin par cet obstacle. Après l'accouchement, notre confrère a appliqué sur le pédicule de la tumeur une ligature, et a fait ensuite la section de celui-ci au-dessus de la constriction.

La malade a éprouvé quelques signes de péritonite, mais ils ont bientôt disparu, et lorsque je l'ai examinée elle était tout à fait hors de danger.

L'examen de la malade m'a permis de constater, tout à fait en haut et dans le cul-de-sac vaginal, une solution de continuité comblée probablement par une substance intermédiaire.

On pourrait se demander ici si un fœtus avait cessé de se développer, ou bien si toutes ces parties osseuses se seraient développées sous une influence morbide particulière. Je ne me permettrai pas de résoudre une question semblable, très-controversée et que jusqu'à présent on a si diversement expliquée.

La séance est levée à cinq heures.

ADDITION A LA SÉANCE DU 26 FÉVRIER. — COMITÉ SECRET.

DÉCISION DE L'ACADÉMIE.

La commission avait proposé de ne pas donner le prix d'Argenteuil et de mentionner très-honorablement et par ordre alphabétique : M. Béniqué, pour les règles prudentes qu'il a proposée pour la dilatation des rétrécissements urétraux ; M. Guillon, pour ses bougies en baleine, et pour la pratique de l'incision des rétrécissements durs et non dilatables ; M. Leroy-d'Étiolles, pour l'en-

semble des instruments qu'il a inventés et appliqués au traitement des divers rétrécissements prostatiques et urétraux; M. Mercier, pour ses recherches anatomiques sur les valvules du col de la vessie et la précision de l'incision à laquelle il les soumet; M. Perrere, pour l'originalité de sa sonde dilatante; M. Reybard, pour la profonde dissertation qu'il a écrite sur les rétrécissements de l'urètre, les recherches et les expériences d'un haut intérêt qu'il a faites sur ce sujet, et qui serviront probablement un jour à en perfectionner le traitement.

L'Académie a adopté ces propositions; quant au conseil d'administration, il a décidé, dans sa séance de ce jour, que les fonds provenant du premier prix seront réservés pour augmenter d'autant, non pas seulement le second prix, ce qui en augmenterait démesurément les proportions; mais les second, troisième, et peut-être le quatrième, de telle sorte qu'il y aura moins d'inégalité dans les premières rémunérations.

Les programmes feront connaître successivement la valeur de ces prix; mais, dans tous les cas, et quels que soient les délais, les sommes léguées par M. d'Argenteuil seront intégralement remises aux futurs lauréats.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ THÉORIQUE ET PRATIQUE DE LA MÉTHODE ANESTHÉSIQUE APPLIQUÉE A LA CHIRURGIE ET AUX DIFFÉRENTES BRANCHES DE L'ART DE GUÉRIR; par M. BOUISSON. — 1 vol. in-8°.—Paris, chez J.-B. Baillière, rue Hautefeuille, 19. — 1850.

« Voilà enfin, me disait notre aimable académicien R., à propos du livre de M. Bouisson, voilà enfin, dans cette question si embrouillée de l'éthérisation, un homme d'esprit, qui a du bon sens, et qui consent à en faire usage! » Quoique bref, le jugement est flatteur; mais il n'exprime cependant qu'en partie les qualités heureuses par lesquelles l'ouvrage du professeur de Montpellier se distingue des travaux publiés sur le même sujet. Assez bien placé pour pouvoir contrôler cliniquement toutes les idées à mesure qu'elles se faisaient jour, l'auteur avait de bonne heure marqué sa place parmi ceux qui ont contribué, en France, à fixer la valeur et à perfectionner les moyens de la méthode anesthésique. Mais trop indépendant pour se ranger sous un drapeau, trop judicieux pour en arborer un de couleur tranchée, notre confrère prend la vérité partout où elle se montre, sans acception d'école, sans considération d'autorités, moins jaloux de formuler un système bien coordonné que d'offrir un fidèle reflet de l'état de la science, tel qu'il existe aujourd'hui sur ce point, avec ses incertitudes et ses lacunes. C'est cette bonne foi qui séduit tout d'abord à la lecture des pages que nous allons analyser. L'érudition profonde qu'on y remarque en double encore le prix; car elle est un sûr garant qu'aucun des éléments de la comparaison n'a été omis. Enfin la préoccupation vitaliste, si souvent exclusive et phraseuse dans la Cos moderne, n'usurpe ici qu'un rang bien partagé; et ses droits, ainsi qu'il arrive de toutes les prétentions, pour être moins chaleureusement plaidés, n'en sont admis que plus volontiers.

La méthode irréprochable qui règne d'un bout à l'autre de ce livre a singulièrement facilité à l'auteur la tâche ardue de mentionner sans nublis ni redites les points de vue si variés sous lesquels on a envisagé les anesthésiques. Nous ne saurions mieux faire nous-même que de suivre son plan, en nous bornant cependant aux grandes divisions et aux idées capitales. Homme d'invention autant que critique habile, M. Bouisson a laissé peu de questions, dans son sujet, sans y ajouter un tribut original. Nous aurons soin de rappeler, chemin faisant, les données nouvelles dont la science lui est redevable; car la part discrète qu'il leur assigne dans son ouvrage n'est point une raison pour que nous imitions à cet égard sa réserve modeste.

En suspendant la sensibilité, la nouvelle méthode a pour but principal de supprimer la douleur. Ce n'était donc pas un hors-d'œuvre de rechercher d'abord ce qu'est la douleur, sous le rapport spécial de la médecine opératoire, quelles sont ses sources, ses variétés, quelle influence elle exerce sur l'état ultérieur du patient, etc. M. Bouisson a traité la matière en chirurgien physiologiste, sans tomber dans la boursouflure du rhéteur, et en côtoyant à distance le nébuleux domaine de la métaphysique. Ces détails, dont chaque médecin trouvera dans sa propre expérience de quoi confirmer l'exactitude, seront lus avec intérêt. On puisera, par exemple, d'utiles renseignements dans la classification suivante, qu'il établit entre les diverses sortes des craintes réveillées par l'idée de la douleur :

Malades pusillanimes par ignorance;
Les pusillanimes par caractère;
Malades indifférents ou insensibles;
Malades résignés;
Malades réellement courageux;
Malades qui n'ont qu'un faux courage.

On comprend, en effet, que la nécessité de l'éthérisation, la manière de la proposer, de l'appliquer, ne sauraient être assujetties aux mêmes conditions chez des natures aussi différentes que celles-ci.

Après un chapitre sur les antidotes de la douleur anciennement employés, chapitre bien écrit, mais plus prolixe peut-être que ne le comportait le sujet, nous arrivons à la découverte de l'éthérisation. Quoiqu'il ne fasse ici que raconter, et raconter une histoire bien connue aujourd'hui de tous ceux qu'elle intéresse, l'auteur parvient encore à rendre attachant ce passage si rebattu; il lui a suffi pour cela du ton simple que n'ont presque jamais su garder les prôneurs de l'invention américaine. M. Bouisson la recommande, non par d'emphatiques éloges, mais par l'exposé synoptique des services presque infinis que toutes les parties de la médecine en retirent ou en attendent; car tels sont ses bienfaits que l'imagination les gâterait en les voulant embellir. Là où la réalité est déjà du merveilleux, le style figuré compromet la cause plus qu'il ne la sert, et provoque souvent, à la place de l'enthousiasme, l'incrédulité ou le doute.

Chimiquement étudiés, l'éther et le chloroforme prêtent encore à des notions que le chirurgien même a besoin de posséder. M. Bouisson, voulant que son livre pût seul lui servir de guide dans tout ce qui concerne l'anesthésie artificielle, a donné à cette partie un développement bien suffisant. Il y a aussi compris diverses substances, comme l'aldéhyde, le formométhylal, le sulfure de carbone, etc., agents vantés dans le même but que les anesthésiques principaux, et qui, pour n'occuper jusqu'ici qu'un rang secondaire, n'en méritent pas moins d'être recommandés à l'attention du praticien.

Vient à son tour l'importante question des appareils à inhalation, que la substitution du chloroforme avait fait négliger un instant, mais qui a repris toute sa valeur depuis la restauration de l'éther dans une partie de son ancien empire. M. Bouisson divise les appareils inventés en *mécaniques*, *sacciformes* et *perméables*, selon que le liquide est versé dans une machine construite à dessein, dans une simple vessie, ou sur un corps qui s'en imbibe, tel qu'un linge ou une éponge.

A propos des appareils, nous ne nous sentons guère le courage de reprocher à l'auteur de ne pas avoir décrit chacun d'eux en particulier. Un pareil labeur eût assez inutilement usurpé le volume presque entier. Mais il est cependant positif que le mode de description *en masse*, qu'il a dû préférer, l'exposait plus facilement à des omissions involontaires. Ainsi, malgré l'attention qu'il met à noter toutes les parties véritablement utiles, nous avons vainement cherché, dans ce nombre immense de détails mécaniques, la *soupape extérieure*, ajoutée par M. Pomiès. Cet indice précieux et vigilant, qui, tout en concentrant la vapeur anesthésique, avertit à chaque instant l'opérateur du degré de perfection avec lequel fonctionne l'appareil, méritait certes dans ce livre la place que tous les fabricants se sont empressés de lui accorder.

Un excellent procédé de dosage appartient à l'auteur; son indication détaillée complète fructueusement les préceptes de l'administration des anesthésiques, préceptes qui embrassent également l'introduction par l'estomac, et celle plus récemment tentée par le rectum.

Mais ces règles, quelque minutieux qu'en soit ici l'énoncé dogmatique, peuvent-elles aller au-devant des mille difficultés de l'application? suffisent-elles pour ôter toute appréhension à l'élève qui va devenir praticien? Non, sans doute; M. Bouisson l'a bien compris. Afin de compléter l'initiation, il a eu l'heureuse pensée d'ajouter pour ainsi dire l'enseignement clinique à l'exposition *ex professo* dont nous venons de parler. Dans un certain nombre d'observations, rapportées avec leurs moindres circonstances, il fait ressortir tout ce qu'une description générale eût été incapable d'embrasser, les irrégularités de l'inhalation, sa rapidité d'apparition et sa durée variables, ses différences selon une foule de conditions, les effets divers, les mécomptes qui attendent l'opérateur, le moyen de les prévenir ou de les corriger, tous les inconvénients qui, sans mériter le nom d'accidents, inquiètent ou fatiguent néanmoins celui qui ne s'y attendrait pas. Placées là pour instruire, non pour prouver, ces observations ont pu être choisies sans rien perdre de leur valeur. On s'aperçoit aisément, en les parcourant et en lisant les réflexions qui les accompagnent, que rien n'a été omis pour éclairer les premiers pas du commençant. Les cas les plus variés, mais en même temps les plus ordinaires de l'anesthésie artificielle, sont groupés de manière à ne laisser dans l'ombre aucun des points sur lesquels il a besoin d'être fixé.

L'influence des inhalations sur l'organisme est de deux sortes : l'une, immédiate, locale, résultant de l'impression que la muqueuse pulmonaire reçoit des vapeurs qui viennent la frapper; l'autre, consécutive, générale, agent immédiat des troubles de l'intelligence, de la sensibilité et de la myo-

tilité. Toutes deux sont utiles à connaître; mais la première n'a qu'une importance bien minime comparativement à la seconde. Aussi M. Bouisson, sans la passer sous silence, ne lui accorde-t-il que peu d'attention. Que sont, en effet, quelques picotements, une toux passagère, le spasme de la glotte, à côté des désordres profonds que va subir la faculté de penser et l'aptitude à sentir? C'est pour l'explication de ces derniers phénomènes qu'il fallait réserver toutes les ressources de l'induction et de l'expérience; car jamais problème plus difficile ne vint défier la puissance de l'esprit humain.

M. Bouisson distingue avec raison, dans l'influence de l'éther, l'action qu'elle exerce, soit sur les fonctions de la vie animale, soit sur celles de la vie organique. Cette division, qui a d'ailleurs l'avantage de suivre l'évolution naturelle des phénomènes, est on ne peut plus propre à faire tirer immédiatement de la considération physiologique toutes les conséquences qu'elle peut fournir à la pratique. Multipliant à dessein les points de vue, afin de porter la lumière dans les moindres recoins de cet obscur mystère, il pressent tantôt les fonctions d'après le changement de l'organe, tantôt ce dernier d'après les modifications apparentes qu'a subies la fonction. Ainsi, après avoir successivement examiné la manière dont se révèle la perte de la sensibilité, puis de la myotilité, enfin de l'intelligence, il prend chacune des parties du système nerveux et cherche à déterminer tour à tour en quoi l'action de chacune d'elles contribue, une fois l'éthérisation obtenue, à rendre compte de l'abolition de telle ou telle faculté.

Les vivisections qui ont jeté tant de jour sur cette question ont conduit à des formules tranchées, sur la valeur desquelles M. Bouisson a cru convenable de présenter quelques réserves. En voyant des animaux éthérisés perdre successivement l'intelligence, puis l'équilibre, ensuite le sentiment, un peu plus tard le mouvement, et enfin la respiration et la vie, on avait pensé pouvoir conclure que les parties de l'encéphale considérées comme siége ou source de ces diverses manifestations physiologiques, avaient été frappées dans l'ordre correspondant à la cessation de ces fonctions. Mais, dit M. Bouisson, la science n'est pas encore fixée, tant s'en faut, sur le rapport qui existe entre tel phénomène vital et tel segment de la masse cérébro-spinale. En remontant ainsi de la fonction à l'organe, on n'eût pas dû oublier qu'une explication basée sur cette prétendue relation aurait, avant tout, dû commencer par en établir la réalité. — En second lieu, l'éther ou le chloroforme, introduits dans l'organisme par voie d'absorption, se mêlent avec le sang et abordent simultanément les diverses portions du cerveau. Il n'est donc pas plus possible de classer ces différents effets par ordre chronologique que de les localiser.

Le fond de ces reproches est, selon nous, parfaitement justifié. Nous croyons même pouvoir assurer que les auteurs que M. Bouisson critique ici en reconnaissent comme lui l'exactitude. Mais s'il est indubitable que toutes les parties de l'encéphale sont affectées en même temps, il est hors de contestation aussi qu'elles ne le sont pas toutes *au même degré*, en même temps. Sur ce point, à son tour, nous ne croyons pas nous tromper en attendant de M. Bouisson une concession semblable. Le tout est de s'entendre d'avance sur les mots; car, dire que les lobes cérébraux sont éthérisés avant la moelle, celle-ci avant la moelle allongée, etc., c'est seulement exprimer en termes figurés que certaines de ces parties ont ressenti plus tôt et plus complétement que d'autres l'action stupéfiante de l'éther. N'y voyons donc qu'un artifice de langage, et point une hérésie physiologique; mais rappelons-nous bien, avec M. Bouisson, de ne pas transporter aux choses ce qui doit rester dans les mots.

Une des questions les plus controversées a fourni au professeur de Montpellier l'occasion de montrer son habileté à saisir et éclairer les actes les plus subtils de la psychologie pathologique. Les sujets éthérisés qui paraissent souffrir pendant les opérations, et qui déclarent ensuite n'avoir rien senti, ont-ils souffert réellement? M. Bouisson affirme qu'ils n'ont pas ressenti de douleur. Comment, dit-il, l'auraient-ils oublié? On peut bien perdre le souvenir d'un songe ordinaire, celui d'impressions peu profondes; mais la souffrance laisse une trace que le réveil n'efface pas aussi aisément. — En second lieu, continue-t-il, l'exercice complet de la sensibilité chez l'homme aboutit à un acte de l'*intelligence*; la perception de la sensation implique l'identité de l'être sentant et *intelligent*. Or l'éther suspendant l'*action* de l'âme, il résulte de l'état de torpeur où elle se trouve l'impossibilité de percevoir la douleur.

Nous avons souligné ces quelques mots dans le texte, afin de montrer plus aisément les causes qui ont amené M. Bouisson à une interprétation, selon nous, défectueuse du phénomène. Ce n'est pas sans raison et ce n'est pas sans but que les philosophes séparent la *sensation* de *l'idée*. Dans celle-ci, l'âme est active; dans la première, elle reste passive. Toute sensation perçue ne réveille pas l'esprit, n'aboutit pas à un acte de l'intelligence, pour parler comme M. Bouisson. Si, à l'occasion de cette perception, l'esprit forme une idée, alors son action a été mise en jeu, alors les facultés intellectuelles ont véritablement fonctionné. Mais cet état n'est point nécessaire à la perception entière de la sensation; et ce qui est vrai de la sensation ordinaire l'est bien plus encore de la douleur, qui n'a besoin d'aucune participation active de la part de l'âme pour arriver jusqu'à elle.

Cette distinction, partout admise en métaphysique, renverse, ce nous semble, contre M. Bouisson, les arguments qu'il appelait à son aide. Oui l'intelligence dort, oui la conscience est suspendue durant l'éthérisation. Mais toute passive qu'elle est alors, tout incapable d'initiative qu'elle se montre, l'âme ne peut se défendre de recevoir: et, comme il suffit de recevoir pour sentir, elle peut sentir et surtout souffrir.

Il n'y a guère lieu de répondre à cette autre allégation, que le sujet qui se réveille peut oublier des rêves, mais n'oublierait pas la douleur. Ceci peut être vrai du sommeil ordinaire; mais la torpeur profonde qui résulte de l'éther doit elle être comparée à cet état? Le collapsus radical de l'anesthésie ne peut-il pas dissimuler le souvenir de sensations qu'un sommeil naturel eût conservé?

N'admettant pas que l'individu éthérisé ait souffert, M. Bouisson devait expliquer pourquoi on le voit cependant s'agiter et crier comme s'il endurait les plus vives tortures. Les mouvements réflexes donnent, selon lui, une explication suffisante de ces phénomènes contradictoires, de cette fausse symptomatologie de la douleur. Cet ordre de mouvements n'est aboli qu'après les autres par l'éther. Or, tant qu'il persiste, « la sensation purement vitale que l'opération détermine se traduit en mouvements instinctifs et non délibérés; la conscience reste étrangère à la perception de la douleur aussi bien que la volonté est étrangère aux cris ou aux mouvements qui s'accomplissent. L'impression se restreint dans le domaine de la vie, elle ne s'élève pas jusqu'à celui de l'intelligence. »

Nous convenons que parfois les choses se passent réellement ainsi. Ce pouvoir de la *véritable* moelle, comme dit Marshall Hall, peut effectivement réfléchir des nerfs sensitifs aux muscles une excitation susceptible de faire contracter ceux-ci sans que l'impression, dans ce trajet, soit devenue sensation. Mais, dans une foule de cas, une pareille interprétation resterait évidemment insuffisante. Ce n'est plus un membre qui se contracte, un trait du visage qui grimace, un cri inarticulé qui s'échappe pendant le sommeil éthéré. Il n'est pas de chirurgien qui n'ait entendu des patients, dans cet état, lui dire: « Laissez-moi! » ou: « N'allez-vous pas finir? » ou bien encore: « Vous m'aviez pourtant dit que cela ne me ferait point de mal! » Et ces plaintes correspondent justement aux temps de l'opération les plus sensibles, redoublent et s'apaisent à mesure que le couteau s'enfonce ou suspend sa marche. Et notez qu'ils sont ensuite les premiers à dire, au réveil, qu'ils n'ont rien senti. M. Bouisson, qui a sans doute observé de ces exemples, peut-il sérieusement soutenir que c'était là un simple effet excito-moteur? En ce cas, l'*homme reflexe* n'aurait rien à envier aux facultés de l'homme intelligent. Et il ne s'agirait plus alors que de s'entendre sur les mots.

M. Bouisson, du reste, avoue lui-même implicitement un peu plus loin que, *vitaliter aut animaliter*, les sujets ainsi éprouvés ont réellement souffert; car il énonce formellement que, « dans l'état actuel de la pratique chirurgicale, il n'est pas permis de borner ses efforts à ce résultat. Généralement, dit-il, on doit étendre l'action des agents anesthésiques jusqu'à l'extinction des mouvements réflexes. »

En défendant, avec Blandin et M. Longet, ce point délicat de physiologie psychique, nous regretterions beaucoup qu'on nous prêtât la pensée de croire que la souffrance est aussi vivement ressentie par le sujet éthérisé que dans l'état de veille. Non, alors même qu'il l'exprime le plus fortement, cette douleur sur laquelle l'intelligence ne peut agir reste bien au-dessous de celle qu'il aurait subie sans le secours de l'anesthésie. L'esprit n'est plus là pour la faire craindre; la réflexion ne lui dit plus qu'elle va se renouveler et continuer pendant tel laps de temps; à mesure qu'elle se répète, la mémoire ne vient pas s'effrayer par le souvenir du mal passé; la conscience ne double plus sa peine par cette sorte de perception de la perception, qui lui est propre: le raisonnement ne lui présente pas les conséquences fâcheuses de ce qu'il endure. En un mot, la douleur est semblable à celle que produit un coup inattendu; et chaque temps de l'opération ne provoque que ce mode de sensibilité, bien inférieur, comme chacun le sait, à celui qui résulte d'une blessure qu'on a eu le temps de prévoir et de craindre.

Ceci nous conduit naturellement à examiner comment M. Bouisson a classé les effets produits par l'inhalation anesthésique sur les fonctions de l'organisme. Nous savons déjà et nous avons approuvé les raisons pour lesquelles il repousse la localisation anatomique des vivisecteurs. Il condamne tout aussi justement la division qui porterait sur l'ordre dans lequel la sensibilité, puis l'intelligence, puis la motilité, se suspendent. Ce sont là des vues trop exclusives pour des phénomènes qui jamais ne se produisent avec ce caractère d'isolement et de succession. Car « en même temps, dit-il, que la sensibilité se trouble, l'intelligence éprouve aussi des perturbations, tantôt isochrones à celles de la faculté de sentir, tantôt primitives ou con-

sécutives; le système musculaire éprouve à son tour les effets des vapeurs introduites dans l'organisme; et bien que les organes de la vie nutritive ne traduisent encore qu'à un faible degré l'action qui est exercée sur eux, il est impossible de la méconnaître. »

Cet *emboîtement* incontestable des influences produites sur chaque appareil organique créait des difficultés extrêmement sérieuses pour une bonne classification. M. Bouisson nous paraît les avoir surmontées, avec un bonheur complet. L'éthérisation, dans son évolution régulière, est divisée par lui en deux grandes périodes, celle de l'éthérisme animal et celle de l'éthérisme organique. Puis analysant les manifestations de toute espèce qui se produisent simultanément ou graduellement dans chacune de ces phases, il y marque encore trois sous-divisions, savoir :

1° Pour la période d'éthérisme animal,

Premier temps : Excitation générale.
Deuxième temps : Suppression de la sensibilité et de l'intelligence.
Troisième temps : Abolition des mouvements volontaires et réflexes.

2° Pour la période d'éthérisme organique,

Premier temps : Abaissement de la chaleur animale.
Deuxième temps : Extinction des mouvements respiratoires et de l'hématose.
Troisième temps : Paralysie du cœur.

Cette méthode de classement, outre l'avantage d'une fidélité scrupuleuse, a le grand mérite de fournir immédiatement à la pratique des données dont elle tirera le plus utile parti. D'un coup d'œil, le chirurgien y trouve les indications propres à le diriger. En effet, l'éthérisation transportée dans le champ de l'application n'offre à l'observateur que la première moitié de ce tableau. Dès que la période d'éthérisme organique est atteinte, l'administration des anesthésiques est et doit être suspendue : alors la torpeur éthérique, quelques instants soutenue et stationnaire, se prolonge sans s'aggraver et pendant une durée compatible avec le retour de toutes les facultés vitales. — Les premiers traits de la dernière moitié suffisent pour donner une alarme salutaire, et serviraient à faire conjurer le danger, déjà imminent à ce moment.

Qu'est-ce donc enfin que l'éthérisme? Peut-on prendre une idée de sa nature, en le comparant à d'autres états connus, à l'ivresse, au narcotisme, à l'asphyxie? M. Bouisson établit sans peine une séparation absolue entre l'influence de l'éther et ces analogies trompeuses. L'ivresse se produit et se dissipe très-lentement. Au contraire de l'éther, les alcooliques agissent sur la faculté locomotrice bien avant d'émousser la sensibilité. Ils n'amènent jamais, même au plus haut degré de leur action, une anesthésie aussi complète que les inhalations. Les individus qui ont passé par l'un et l'autre état savent parfaitement en indiquer la différence.

Quant au narcotisme, il ne donne pas ce sommeil profond et continu que l'éther et surtout le chloroforme déterminent si facilement. Celui qui est soumis à l'action toxique de l'opium paraît fortement assoupi, mais souvent il se réveille pour se rendormir quelques moments après. Les stimulants extérieurs, les questions adressées à haute voix, obtiennent, sinon une réponse, du moins quelque indice annonçant que l'attention a été suscitée un instant. Ajoutez à cela les congestions cérébrales, la fièvre, la persistance des effets comateux, et vous aurez un sûr moyen de prévenir toute confusion entre les deux conditions pathologiques.

Pour l'asphyxie, la similitude est d'autant plus frappante que quelquefois elle complique ou termine une éthérisation trop profonde ou mal dirigée. M. Bouisson explique très-clairement comment elle peut survenir, soit d'abord par spasme de la glotte, plus tard par insuffisance de pénétration de l'air respirable, ou par la paralysie des pneumo-gastriques, enfin comme phénomène ultime de la torpeur du système nerveux. Mais la céphalalgie, les congestions viscérales, le sommeil apoplectique, le trouble de l'hématose, qui succèdent à l'inspiration de l'acide carbonique, ne ressemblent en rien à l'éthérisme. Celui-ci se distingue au contraire par son innocuité ; car quand l'inhalation s'est faite avec les précautions voulues, la respiration est libre, le sang ne devient pas noir, aucune congestion veineuse n'a lieu vers la tête ; et cependant le sommeil est radical, l'insensibilité complète.

Il serait encore plus irrationnel de vouloir, comme certains l'ont essayé, expliquer les effets de l'éther par une action directe, chimique ou physique, qu'on lui attribue sur les molécules nerveuses.

De ce parallèle habilement conduit, mais où l'habileté ne fait qu'ajouter à la force des arguments, M. Bouisson conclut, et selon nous en toute raison, que « l'action de l'éther est une action primitivement dynamique, qui impressionne les forces propres de la vie comme une sensation impressionne l'âme ; et c'est à l'altération de ces forces et du principe qui les résume qu'il faut tout rapporter ; cette impression est spécifique, c'est-à-dire qu'elle n'est réductible en aucune autre, et elle se révèle par des caractères propres.... Rien ne prouve mieux la nature dynamique de l'éthérisme que cette annulation subite et complète de l'intelligence, de la sensibilité et de la plupart des manifestations vitales, que cette fugacité qui écarte nécessairement toute idée d'altération matérielle.... Le mot *éthérisme* doit donc devenir synonyme d'une intoxication particulière, hostile à la vie quand le développement de ses effets est complet, mais qui offre un secours inappréciable à la pratique de l'art quand ses effets sont contenus dans les limites convenables. »

Le chapitre des contre-indications et celui des précautions à prendre avant l'inhalation anesthésique ont reçu un développement tout à fait en rapport avec leur importance extrême. Un oubli peut donner la mort; on ne le sait que trop par expérience. Aussi ne faut-il jamais négliger, avant l'opération, le triple examen des dangers qui naissent de l'état du malade, des contre-indications dont l'opération elle-même peut devenir la source, enfin des soins préliminaires à observer. Parmi ces derniers, M. Bouisson place avec raison le décubitus horizontal, qui écarte la chance de syncope. L'art lui est très-redevable pour cette remarque, dont les chirurgiens feront bien de tenir compte à l'avenir.

Quant aux conditions particulières au patient, on peut dire d'une façon générale qu'un affaiblissement prononcé, une susceptibilité nerveuse excessive, des affections avancées du cœur ou des poumons, doivent faire proscrire l'intervention des anesthésiques.

Toute opération ne demande pas l'éthérisation ; quelques-unes même la repoussent. M. Bouisson range ces dernières en cinq classes : 1° opérations très-courtes et peu douloureuses ; 2° opérations qui exigent une participation active du malade ; 3° opérations où la sensibilité est de guide au chirurgien ; 4° opérations dans lesquelles la douleur est le but ; 5° opérations faites dans des cas où il existe des causes préalables de torpeur ou d'insensibilité. A ces cinq catégories, dont la première sera tout à l'heure, de notre part, l'objet d'une réserve spéciale, nous proposerions d'en ajouter une comprenant les opérations dont l'exécution pourrait être gênée par des contractions musculaires désordonnées et imprévues.

Les suites des opérations pratiquées durant le sommeil éthéré sont-elles plus graves? Cette objection, l'une des premières que rencontra la méthode américaine, n'est pas tellement tombée en désuétude qu'il fût inutile d'y répondre ici. M. Bouisson l'a fait de la manière la plus péremptoire en rapportant un tableau de 92 opérations— parmi lesquelles 13 grandes amputations — accomplies avec l'éther ou le chloroforme, et qui n'ont fourni que quatre morts. L'anesthésie aurait donc exercé une heureuse influence sur la sûreté de l'opération non moins que contre la manifestation de la douleur. Mais malgré l'appui de quelques autres statistiques semblables, cette conclusion ne nous semble pas encore, à notre grand regret, acquise à la science d'une manière définitive et générale.

Quelle part convient-il de faire aux deux agents anesthésiques? Faut-il en bannir un, et lequel? doit-on les conserver chacun pour tels cas déterminés?... Question encore irritante, et que les flots de chloroforme versés pour l'éclaircir n'ont rien moins qu'adoucie. Un moment on la crut résolue par le jugement de l'Académie de médecine ; mais tant et de si subites morts en ont depuis lors appelé de cette sentence, que l'Académie elle-même, si une occasion lui en était maintenant offerte, n'hésiterait sans doute pas à déclarer, comme M. Bouisson, son arrêt *prématuré*. Notre auteur ne condamne ni le chloroforme ni l'éther; il veut utiliser, à propos les vertus de chacun d'eux.

Dans le parallèle, d'ailleurs fort lucidement tracé, qu'il établit entre eux, ce que le lecteur va chercher, ce n'est (M. Bouisson le comprendra bien) ni si l'un est plus agréable que l'autre, si le réveil est plus ou moins gai, l'administration longue ou expéditive, etc. : toute la question consiste dans le danger attaché à leur emploi. M. Bouisson ne dissimule en rien la portée de cette considération ; il pose même ses prémisses avec une loyauté qui nous faisait présager, nous allions dire espérer, de tout autres conclusions. Distinguant avec soin les sinistres dus au chloroforme de ceux attribués à l'éther, il énonce nettement que la grande, la significative différence entre eux ne tient pas au nombre — bien qu'il soit de beaucoup supérieur — des décès par le chloroforme, mais à la *soudaineté* de la mort qu'il produit; que, malgré les conditions qui ont pu augmenter le danger pour la *plupart* de ses victimes, ces conditions sont insuffisantes pour dissimuler la *dangereuse activité* du chloroforme. Il écarte, bien entendu, l'asphyxie, donnée ailleurs comme explication de ces revers. Nous avons déjà dit que M. Bouisson est à la fois un homme d'esprit et de sens.

Après de semblables paroles, peut-être semblait-il logique de proposer l'abandon de l'agent qu'on signale comme le plus périlleux. M. Bouisson se contente de réclamer la préférence pour l'éther dans trois circonstances : 1° pour les opérations longues et graves à l'exécution desquelles est nécessaire une anesthésie soutenue ; 2° chez les sujets débilités antérieurement

à l'opération ; 3° enfin pendant les périodes extrêmes de la vie, la première enfance, la vieillesse avancée, et chez des femmes hystériques ou très-nerveuses.

Cette option repose-t-elle sur des considérants bien inattaquables? Nous ne le pensons pas, et M. Bouisson reconnaîtra lui-même l'espèce de contradiction où, à son insu, il s'est laissé entraîner en voulant faire de la conciliation. Ainsi il désapprouve le chloroforme pour les opérations très-courtes et peu douloureuses. Mais pourquoi ? Parce que « il y aurait disproportion entre le moyen et le but. Si l'on se rappelle, continue-t-il, que parmi les cas de mort cités sous l'influence du chloroforme, il en est trois qui se sont produits à l'occasion de l'arrachement d'une dent, on conviendra que l'immunité de la douleur serait trop chèrement achetée par la seule idée de la possibilité d'un danger. » (P. 412.) La même pensée revient sans cesse sous sa plume. S'il repousse l'anesthésie des accouchements naturels, c'est qu'il ne faut pas « s'exposer à faire courir aux femmes en couches les accidents qui peuvent dépendre des anesthésiques eux-mêmes, accidents qui, pour être très-rares, n'en doivent pas moins entrer en ligne de compte aux yeux du praticien. » (P. 486.) Et notez bien qu'il renonce lui-même à expliquer tous les revers par l'oubli des précautions nécessaires ; car « les accidents mortels, dit-il, tiennent *pour la plupart* à ce que les règles mal connues de la méthode n'ont pas été convenablement appliquées. » (P. 551.) Et ailleurs : « C'est par unités, dont *quelques-unes* sont sujettes à discussion, que se complent les preuves de ces dangers. » (P. 553.)

Ces citations contiennent, ce nous semble, l'aveu on ne peut plus explicite des chances fatales, impossibles à détourner avec certitude, qui pèsent sur les chloroformisés. En vain M. Bouisson pense-t-il neutraliser l'effet de cette concession en disant que *tous les remèdes actifs ont un nécrologe bien autrement chargé*. La comparaison n'est pas soutenable. Ces médicaments s'administrent pour conjurer un péril de mort plus ou moins sérieux, plus ou moins prochain. Sans cela, ils seraient essentiellement contre-indiqués; et le médecin encourrait, en les prescrivant, une pesante responsabilité. Avec le chloroforme, on n'a d'autre objet que de soulager. Et c'est pour un si minime avantage que l'on va exposer sciemment l'existence! Comment assimiler ces deux cas? L'un recherche le *tutum*, l'autre ne se propose que le *jucundé* ; et tous deux poursuivent un but si inégal avec des chances presque également mortelles! — Posée en ces termes, la question ne peut tarder à recevoir une solution différente. Déjà le règne jadis exclusif du chloroforme commence à pâlir. Déjà nous pouvons annoncer que, dans les hôpitaux de Lyon, à l'exception de M. Bouchacourt, tous les chirurgiens en sont revenus à l'éther et n'emploient aujourd'hui que lui. La réforme, soutenue par les effrayants exemples qu'enregistre la presse, ne s'arrêtera pas là. Rien n'est contagieux comme la peur; et bientôt, nous l'espérons, tout médecin vraiment philanthrope aura peur pour ses malades! — Nous adressons nommément cet appel à M. Bouisson. La franchise de son argumentation nous autorise à lui poser ce dilemme : ou niez (et vous n'oseriez le faire) que le chloroforme ait parfois tué, malgré toutes les précautions prises, toutes les contre-indications rationnelles observées; ou abandonnez-un agent dont l'éther a tous les avantages, et dont rien ne saurait prévenir ni détruire les dangers.

L'application de l'éther aux accouchements occupe dans cet ouvrage une place qui pourra paraître démesurée. Mais il était du devoir de l'auteur d'étudier la question d'autant plus amplement qu'elle est moins résolue actuellement parmi nous. Loin d'imiter la libéralité que les chirurgiens anglais mettent à prodiguer le sommeil dans tous les cas de parturition normale, l'opinion assez généralement répandue et suivie en France est de le réserver pour les circonstances où des manœuvres laborieuses deviennent nécessaires. Peut-être les motifs de cette distinction sont-ils plus spécieux que solides; peut-être y aurait-il lieu de rechercher si la souffrance vraiment énorme de l'accouchement doit être seule exceptée du bienfait de la découverte de Jackson, en raison de certaines idées sur la cause finale de cette douleur! Mais ce sujet, trop important d'ailleurs pour le peu d'espace qui nous reste, reviendra sans doute prochainement se présenter à la discussion.

Nous ne pouvons non plus que mentionner ce que l'auteur dit de l'emploi des agents anesthésiques dans la thérapeutique médicale. Signalons cependant du moins, vers la fin de ce chapitre, d'intéressantes et pratiques remarques sur le traitement de l'orchite (ou épididymite blennorrhagique) par l'application locale du chloroforme. Ce topique, convenablement placé et renouvelé, enlève plus rapidement qu'aucun autre la douleur, quelquefois atroce, qui accompagne cette maladie. Les observations de M. Bouisson à ce sujet sont si précises, si affirmatives, qu'elles engageront sans doute les médecins à chercher dans la même méthode les mêmes succès qu'il a obtenus. Nous l'avons fait, quant à nous, et avec les meilleurs résultats pour nos malades.

Un autre ordre de considérations, à peine soulevées jusqu'ici, a fourni le texte d'une section extrêmement bien remplie et que de nouvelles recherches féconderont sans doute, grâce à l'initiative de M. Bouisson. Déjà il avait, le premier, établi l'utilité dont le sommeil artificiel pourrait être pour le diagnostic des maladies simulées. Elargissant aujourd'hui le cercle de cette étude, il complète l'histoire médico-légale de l'éthérisation. L'énoncé des questions suivantes, que nous devons nous borner à transcrire, fera voir comment il a compris la portée et l'extension de ce point de vue qui lui appartient à plus d'un titre : De l'irresponsabilité des individus éthérisés. La suppression ou la substitution de part ne seraient-elles pas favorisées par l'anesthésie? Les agents anesthésiques peuvent-ils causer la mort, et ne doivent-ils pas par conséquent être assujettis, pour leur vente, à certains règlements? Peut-on éthériser un malade pendant le sommeil naturel, sans qu'il s'en aperçoive? Peut-on faire périr des individus faibles, des enfants par exemple, en les forçant à respirer des vapeurs anesthésiques? Peut-on distinguer sur un cadavre si la mort a été produite par l'éther ou le chloroforme ?

Trop souvent obligé de nous restreindre à l'énumération des diverses parties du cadre, nous n'avons pu, dans cette insuffisante analyse, montrer que bien imparfaitement comment il a été rempli. Le nom et le talent de M. Bouisson sont heureusement assez connus pour atténuer nos regrets à cet égard. A la maturité de vues qui distingue le praticien expérimenté, il unit à la fois la patiente érudition du bibliographe et la conception élevée du psychologue habitué à sonder les plus intimes mystères de l'organisme vivant. Nul sujet ne pouvait mieux que celui-ci, par sa nature complexe, mettre en évidence les estimables qualités de notre confrère. Aussi s'est-il trouvé, peut-être à son insu, avoir écrit un ouvrage également digne de plaire aux classes les plus diverses de lecteurs. L'homme du monde qui voudra s'initier aux merveilles de la nouvelle découverte en trouvera dans ces pages l'inventaire sans exagération, sans emphase; et ce style clair, attachant, pittoresque quoique toujours sévère, lui rendra certes la vérité aussi attrayante qu'un roman. Le philosophe, à son tour, voudra connaître et employer, d'après les conseils de l'auteur, le réactif précieux que l'éther fournit pour étudier en les dissociant les facultés de l'intelligence humaine. Enfin les médecins, pour qui ce livre a été composé, en auront bientôt fait par leur sympathique empressement le TRAITÉ CLASSIQUE par excellence de la méthode américaine.

P. DIDAY.

— MORTALITÉ A LONDRES. — Le chiffre de la mortalité qui avait été de 1,094 la dernière semaine de janvier a sensiblement diminué depuis lors. La semaine terminée samedi 23 février n'a fourni que 911 décès, tandis que les années précédentes (de 1840 à 1849) le nombre avait varié de 961 à 1,253, ce qui avait fourni la moyenne de 1,068 élevée ensuite au chiffre de 1,165 à cause de l'accroissement de la population. L'amélioration s'est surtout fait sentir dans les maladies qui affectent les organes respiratoires ; il est bon de remarquer que depuis le 24 janvier la température a été de 8° plus élevée qu'elle n'avait été dans cette saison depuis sept ans. Les quatre dernières semaines la consomption a fourni le chiffre de décès suivants: 137, 135, 113, 94; la bronchite, 126, 84, 88, 79; l'asthme, 33, 12, 22, 21; la pneumonie, 75, 69, 76, 51. On a remarqué une légère augmentation dans les maladies épidémiques.

— Une importante question de médecine légale vient d'être soulevée par le procureur-général d'une de nos cours d'appel du Midi. Il a consulté M. le ministre de la justice sur la question de savoir s'il devait empêcher l'opération de la transfusion du sang qu'un médecin de la localité a pratiquée déjà plusieurs fois sans sauver les malades, mais dans des cas désespérés.

— ÉPIDÉMIES. — La *miliaire* fait en ce moment des ravages à Vedis, en Biscaye. Cinq personnes ont été emportées en un seul jour et en quelques heures, au milieu de symptômes cérébraux.

— La péripneumonie contagieuse des bêtes à cornes s'est déclarée, dit-on, à l'Institut de Versailles sur des bœufs et des vaches venus de la Bretagne, du Limousin, d'Aubrac, de la Nièvre. Il y a eu déjà plusieurs animaux vendus au boucher, et d'autres sont en traitement.

— Le docteur D. B. Gutierrez a été renommé doyen de la Faculté de médecine de Madrid, dont il est l'un des plus dignes et des plus anciens professeurs.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

TRAITEMENT DE LA CARIE VERTÉBRALE ET DES ABCÈS PAR CONGESTION. — OPÉRATION DE THORACENTÈSE.

Il semble, à première vue, que les Facultés de médecine soient instituées pour enseigner les principes et les applications acquis à la science ; les sociétés savantes, pour tenir compte, dans leurs discussions, de ces principes et de ces applications. Il paraît que malheureusement il n'en est pas toujours ainsi. Dans les unes comme dans les autres, on raisonne parfois sur les sujets les plus nouveaux comme l'eussent fait nos pères, au grand détriment non-seulement de la science, de l'enseignement et des hommes de travail et de conscience dont on méconnaît les services, mais encore et surtout des malades qu'on prive ainsi du bénéfice des innovations utiles. Nous pourrions citer beaucoup d'exemples de cette fâcheuse tendance ; nous nous bornerons à en indiquer deux, que nous emprunterons, l'un à un cours de clinique chirurgicale, l'autre à la *Société médicale des hôpitaux de Paris.*

Suivant le professeur du cours dont nous parlons, il n'y aurait rien à faire contre les excurvations tuberculeuses du rachis avec abcès par congestion. Que prétendrait-on en effet ? « Si on traite l'abcès, on s'attaque à l'ombre du mal. Si on l'ouvre, ou bien ce sera pour le vider, et cela ne peut être utile que lorsqu'il produit de la gêne ou de la douleur, ou bien ce sera pour le guérir ; mais *c'est un but impossible à atteindre*, parce que la source n'est pas tarie. Si on ne l'ouvre pas, il croît en volume, la peau devient tendue et luisante ; elle s'enflamme, et l'abcès s'ouvre de lui-même... Le chirurgien n'a pas grand succès, *même quand il a recours à la méthode sous-cutanée*. Il n'y aurait donc plus qu'un moyen : ce serait d'attaquer le mal dans sa source. Eh bien ! *on l'a fait avec aussi peu de succès.* On a appliqué au niveau des vertèbres malades des cautères, des moxas ; on a donné à l'intérieur les toniques, les iodures, l'huile de foie de morue, sans obtenir de brillants résultats (1). » Comme conséquence bien naturelle de ce *Credo* scientifique, M. le professeur Velpeau, après avoir pesé mûrement ce qu'on pourrait faire pour l'individu (porteur d'une carie vertébrale avec abcès à l'aine) qui a fait le sujet de la leçon, s'arrête à l'idée... *de lui conseiller de sortir de l'hôpital.*

De telles déclarations seraient précieuses à enregistrer pour ceux qui pourraient avoir la prétention d'avoir introduit quelque perfectionnement dans les méthodes et les procédés relatifs au traitement de la carie vertébrale et des abcès qui en sont la suite. Mais ce qui nous préoccupe surtout, et ce qui est pénible à remarquer, c'est cette obstination à rester dans un fatalisme aveugle et stérile, malgré les démentis avérés de l'expérience. Ainsi il est constaté aujourd'hui qu'on peut sans le moindre accident, par les procédés de la méthode sous-cutanée, soustraire ces quantités énormes de pus qui, descendues de la colonne vertébrale, s'accumulent dans le bassin et les parties voisines, et y constituent, indépendamment des effets locaux, une source permanente d'infection ; on sait cela, et on ne vide pas ces collections purulentes ! Un rapport signé des noms les plus honorables de la médecine et de la chirurgie constate que sur six cas d'excurvation tuberculeuse, traités comme ils doivent l'être, trois ont été guéris tout à la fois de la maladie osseuse et des abcès consécutifs ; que sur les trois autres, deux n'ont pas achevé le traitement et un a obtenu une amélioration notable. Cela est connu, publié, et on ne juge pas à propos d'essayer seulement un traitement quelconque de la carie vertébrale ! De sorte qu'on ne traite pas l'abcès parce que ce n'est qu'une complication, et on ne traite pas l'affection principale parce qu'on ne l'a pas encore vu guérir. Que la guérison n'ait pas en lieu entre les mains et par les moyens particuliers du savant professeur, c'est ce que nous n'avons pas le droit de contester ; mais peut-on nier qu'elle ait été obtenue par d'autres, et dans une forte proportion ? Nous espérons que non. Ce n'est pas nous qui le disons d'ailleurs : ce sont des juges aussi éclairés qu'impartiaux. Nous serions heureux qu'on voulût bien, avant de prononcer des sentences si décourageantes, prendre une connaissance plus approfondie de l'état actuel de la pratique chirurgicale et essayer de nouveau. Il ne pourrait en résulter, en tout cas, de bien grands malheurs.

Ce sont des remarques analogues que nous suggère la discussion qui a eu lieu récemment au sein de la *Société médicale des hôpitaux de Paris.* M. le professeur Trousseau avait fait part à la Société d'un cas de thoracentèse pratiquée pour un épanchement purement séreux, et qui fut suivie, pendant l'opération même, de toux violente, puis, le lendemain, de point de côté et d'accès d'étouffement plusieurs fois répétés. Le malade succomba dans la soirée. M. Trousseau fut d'autant plus surpris de ce fâcheux résultat, qu'il avait pratiqué souvent la même opération pour des hydrothorax non purulents, comme était celui du malade en question, et toujours avec succès. Il consultait donc la Société sur le point de savoir à quelle cause la mort devait être rapportée. Les circonstances du fait, telles que nous les trouvons dans la Gazette des hôpitaux, ne sont pas assez détaillées pour nous permettre d'énoncer à cet égard un avis motivé ; ce que nous pouvons dire seulement, c'est que nous penchons, avec M. Piedagnel, vers une blessure de la surface pulmonaire. Mais ce fait a servi de texte à une discussion dans laquelle ont été émises, sur les résultats et les conditions de succès de la thoracentèse, des assertions qu'il nous est impossible de ne pas relever.

Un membre qui a pratiqué une trentaine de fois, dit-il, de 1830 à 1840, la paracentèse du thorax pour des épanchements dont il ne spécifie pas la nature, mais dont une partie sans doute étaient purulents, puisqu'ils s'accompagnaient de *fistules pleuro-bronchiques*, ce membre affirme que cette méthode de traitement ne lui a jamais donné que de mauvais résultats. Nous ne relevons, pour notre part, aucune difficulté de le croire ; car il ajoute : « *Je n'ai, du reste, jamais pris de précautions pour empêcher l'air de pénétrer dans la poitrine*, la pesanteur de l'air qui pénètre le poumon suffisant pour déplisser cet organe. » (Gaz. des hôp., 9 mars 1850.) On peut induire de cette déclaration que, dans l'opinion de M. Gendrin (car c'est de lui qu'il s'agit), l'entrée de l'air dans la poitrine après la paracentèse aurait de graves inconvénients ; car s'il ne s'est pas prémuni contre cette éventualité, c'est uniquement parce que les conditions physiques de l'expérience y pourvoient elles-mêmes. Si donc on démontre que c'est là une grosse erreur, et que l'ouverture directe du thorax a pour conséquence inévitable l'introduction de l'air dans la cage thoracique, on aura donné à M. Gendrin une raison pour lui suffisante de la mauvaise issue

(1) Gazette des hôpitaux, 9 mars 1850.

Feuilleton.

DES MESURES SANITAIRES A PRENDRE POUR EMPÊCHER LES HOMMES DE TRANSMETTRE LA SYPHILIS.

L'extinction de la syphilis s'appelait, il y a quelques années à peine, un rêve, une séduisante, mais illusoire utopie. Grâce aux efforts simultanément poursuivis dans plusieurs voies diverses, mais convergentes, le moment approche où ce rêve va commencer à prendre les couleurs d'une palpable réalité. La raison seule ne fait-elle pas pressentir un tel résultat ? Maladie virulente, la syphilis a un foyer ; donc on peut l'y emprisonner ! — Maladie contagieuse, elle a des agents de transmission ; donc on peut les intercepter ! — Maladie unique dans une existence d'homme (1), elle rappelle par là l'attribut le plus essentiel d'une autre affection virulente, la variole. On peut donc, sans trop de présomption, espérer que la découverte d'un *vaccin* spécial viendra tôt ou tard compléter l'analogie entre elles.

En attendant cette découverte, la société a-t-elle profité de tous les moyens qui étaient à sa disposition pour dompter le fléau ? Nous ne le pensons pas. De remarquables travaux, une puissante impulsion donnée à la jurisprudence administrative, ont contribué sans doute à ralentir sa marche ; mais malgré l'institution des visites de prostituées, malgré les soins pris pour les assujettir à un traitement curatif complet, malgré le rigoureux système de pénalité adopté contre les récalcitrantes et les insoumises, malgré les judicieux perfectionnements indiqués pour cette police médicale par les Parent-Duchâtelet, les Anglès, Vleminckx, Pasquier, Potton, Talbot, etc., le résultat a-t-il été atteint ? Est-il du moins près de l'être ? Les hôpitaux de vénériens voient-ils se ralentir à leur porte l'affluence de ceux qui y sollicitent une place ? Les praticiens ont-ils moins d'occasions d'observer, les auteurs de décrire la maladie dans toutes ses hideuses variétés ? Ce n'est pas à Lyon où a dû se créer un dispensaire spécial ; ce n'est pas en face de l'Antiquaille, récemment agrandie d'un tiers, que de semblables questions pourraient se résoudre par une consolante affirmative, et l'expérience journalière nous apprend que si le virus a effectivement perdu, sous l'influence d'un traitement plus rationnel, un peu de sa puissance délétère, le *nombre* des cas de transmission n'a pas diminué, tant s'en faut, dans la même proportion que leur *gravité*.

Pourquoi donc cet affligeant contraste ? Pourquoi, en face d'efforts si persévérants, si dévoués, si anciens, le résultat se résout il en un *statu quo* qui malheureusement semble être l'état définitif ? Pourquoi ?... La réponse est fa-

(1) Je n'entends attribuer cette propriété, bien démontrée aujourd'hui par M. Ricord, qu'à la syphilis générale, dite constitutionnelle.

sne de ses opérations. Eh bien ! on est étonné d'avoir à fournir une démonstration de ce genre. Il est évident que, immédiatement après la perforation directe du thorax et l'évacuation du liquide, le poumon, en le supposant aussi sain, aussi perméable qu'on voudra, cessera d'être appliqué contre la paroi costale, comme il arrive aux animaux qu'on asphyxie de cette manière en leur ouvrant les deux côtés de la poitrine. Dans cette condition, chaque double mouvement d'inspiration et d'expiration n'aura d'autre résultat que d'appeler dans la cage pectorale ou d'en expulser une certaine quantité de fluide atmosphérique ; et ce renouvellement sera toujours incomplet, parce qu'il ne portera que très-indirectement sur la portion d'air comprise entre la surface du poumon affaissé et celle de la cavité pectorale à l'état d'expiration. Voilà ce qui arriverait, avons-nous dit, avec des poumons perméables; mais l'état qu'ils offrent d'ordinaire dans les épanchements chroniques et purulents est plus favorable encore, s'il est possible, à l'entrée et à la stagnation de l'air dans la poitrine. Tout le monde sait qu'ils sont alors enveloppés d'une sorte de coque pseudo-membraneuse, peu extensible; que, de plus, ils sont engonés, œdémateux, obstrués par des mucosités bronchiques, peu aptes par conséquent à se dilater alors même que la pression de l'air extérieur n'y mettrait pas obstacle.

Il est donc certain que l'absence de toutes précautions de la part de M. Gendrin, dans les opérations de thoracentèse, a eu pour conséquence nécessaire l'introduction de fluide atmosphérique dans la plèvre ; et, comme ces opérations lui ont *toujours* donné de mauvais résultats, elles constituent au fond une expérience très-favorable aux principes de la méthode sous-cutanée. Maintenant voici la contre-épreuve. La thoracentèse, pratiquée suivant les vrais principes de la méthode et suivant des procédés susceptibles de réaliser rigoureusement ces principes; la thoracentèse, en un mot, dans laquelle la plèvre est soustraite complètement à l'entrée de l'air, n'a *jamais* donné lieu à aucun accident (nous ne parlons pas des accidents liés à la manœuvre, comme celui dont M. Trousseau a entretenu la société). Nous l'avons pratiquée chez un assez grand nombre d'individus, jusqu'à six ou sept fois chez le même sujet, et jamais il n'en est résulté ni inflammation de la plèvre, ni altération du pus resté dans la cavité ou ultérieurement reproduit. Et l'on ne concevrait pas en vérité pourquoi et comment de semblables accidents pourraient se développer. Après l'opération, la poitrine se trouve exactement dans les mêmes conditions qu'avant, moins une certaine quantité de liquide écoulé; elle est aussi hermétiquement fermée à l'air extérieur ; elle n'apporte donc aucun obstacle à l'ampliation du poumon après l'évacuation du liquide ; elle n'a donné accès à aucune cause de viciation du pus; elle n'a pas subi d'autre violence que la légère ponction du feuillet pariétal de la plèvre, ponction elle-même sous-cutanée et, comme telle, parfaitement innocente. Ajoutons que la thoracentèse sous-cutanée non-seulement permet seule l'ampliation consécutive du poumon, mais qu'elle offre un moyen de n'opérer que graduellement cette ampliation en vidant la poitrine en plusieurs fois et en s'arrêtant au degré voulu. On prévient ainsi beaucoup d'accidents qui résulteraient dans certains cas de la soustraction subite d'une grande quantité de liquide.

Que M. Gendrin veuille bien réfléchir sur ces considérations, et nous espérons qu'il ne les trouvera pas superflues.

ANATOMIE.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR L'ANATOMIE COMPARÉE; mémoire présenté à la Société de biologie (janvier 1850) par M. le docteur L.-A. SEGOND, secrétaire de la Société, bibliothécaire à l'École de médecine.

Le nouveau mémoire que je publie aujourd'hui est le dernier complément que j'ai cru devoir ajouter au plan général de l'anatomie théorique de l'homme, exposé à la Société de biologie en juillet 1849 ; je l'ai annoncé dans mon précédent travail sur l'anatomie anormale, et je pense que le profond intérêt qui s'attache aujourd'hui, en anatomie, aux études comparatives, justifiera les développements que je vais donner.

J'ai entrepris le travail suivant dans le but de fonder solidement mes convictions, d'une part, sur la marche la plus rationnelle qu'on doit imprimer aujourd'hui à l'anatomie comparée dans sa culture générale; d'autre part, sur la manière dont il convient d'appliquer l'anatomie comparée à la démonstration du type humain. Dans ces nouvelles recherches, comme dans les précédentes, je me placerai au point de vue historique, afin d'arriver à une détermination exacte des progrès effectués jusqu'à ce jour et des perfectionnements les plus désirables qu'on peut concevoir, sous l'influence préalable d'une saine philosophie.

Le procédé comparatif appliqué à l'anatomie de l'homme comprend la comparaison suivant les différentes parties d'un même organisme, suivant l'âge, le sexe, les races, et suivant les degrés de la hiérarchie des êtres organisés ; c'est particulièrement sur cette dernière partie du procédé que va porter l'examen suivant.

En parcourant le petit nombre des travaux historiques exécutés sur l'anatomie comparée, il est facile d'y noter, relativement à l'origine de ce procédé, un mode d'appréciation essentiellement vicieux, qui consiste en ce que, d'un côté, on confond les simples matériaux sur lesquels s'exerce la comparaison avec la comparaison elle-même, et d'un autre côté, on a la singulière prétention d'attribuer à tel ou tel individu la création du procédé comparatif. Si du moment où on a disséqué des animaux, on avait fait par cela même des comparaisons, nous appellerions, avec Marc-Aurèle Severin, l'anatomie comparée *zootomia democritea*. Mais Démocrite, pas plus qu'Anaxagore, Alcméon ou d'autres, n'ont fait de l'anatomie comparée, et nous pouvons assurer qu'aujourd'hui on peut en dire autant d'un grand nombre de zootomistes. Quant aux attributions individuelles de création ou d'invention, il faut reconnaître qu'on n'invente pas plus la comparaison qu'on ne crée la contemplation directe. La comparaison est un procédé d'observation de l'esprit humain, plus complexe que l'expérimentation ou la contemplation directe, et dont l'emploi dépend du degré d'avancement de l'humanité considéré dans son ensemble, ou plutôt comme un seul être. Il faut donc renoncer à trouver les fondateurs de l'anatomie comparée, et ne considérer les principaux types qui se rattachent à ce mouvement scientifique que comme les plus dignes représentants du degré de perfection auquel était arrivée la faculté générale de comparaison, et reconnaître que les conditions individuelles, quoique indispensables, y étaient néanmoins subordonnées aux conditions générales de l'espèce.

---

cile; nous l'empruntons, quoique par lui appliquée dans un tout autre sens, à un homme souverain juge en ces matières, à Parent-Duchâtelet. Se borner, pour l'extinction de la syphilis, aux mesures actuellement suivies, n'est-ce pas, en effet, ainsi qu'il le dit, « agir comme un homme qui, gêné par un courant d'eau qui ravagerait ses propriétés, se contenterait de moyens palliatifs, tous pénibles et ruineux, sans songer à remonter à la source de ce courant pour lui donner un autre direction ou le tarir par un moyen quelconque? »

Remonter à la source !... c'est bien là effectivement ce qu'ont prétendu faire tous les philanthropes dont le nom se rattache par des titres divers à cette grande question. Mais en parcourant la série des travaux conçus dans ce but, une lacune profonde frappe d'étonnement l'observateur en même temps qu'elle lui révèle le secret de l'inutilité de tant d'efforts. Des deux sources où s'alimente le torrent destructeur, une seule a préoccupé leur sollicitude ; et la seconde, coulant depuis des siècles sans obstacle, perpétue d'autant plus aisément les mêmes désastres qu'on s'est accoutumé à en respecter l'origine, à considérer son lieu d'émergence presque comme inviolable. Abandonnons ces figures, puisque, aussi bien, ce ne fut jamais mieux le cas de parler pour être bien compris : en astreignant les filles publiques à de scrupuleuses et fréquentes inspections, en cas de maladie, à un traitement assez prolongé pour être réellement curatif, l'administration, et, on peut le dire aussi, la médecine, n'ont jamais songé à prendre de pareilles sûretés contre certaines classes d'hommes qui, par leurs mœurs, leur caractère, leurs habitudes, sont des agents pour le moins aussi actifs de transmission du virus. Les conséquences de cette omission, à quelque cause qu'elle tienne, ont été telles qu'on les eût pu prévoir. Sans cesse purifié, mais sans cesse infecté, le corps social a jusqu'ici consumé ses forces défensives dans une lutte d'avance frappée d'impuissance, et ce mal, qui, suivant les paroles de notre regrettable confrère Terme, *empoisonne la génération présente et ne livre à l'avenir qu'une race flétrie et dégénérée*, a pu presque librement imprimer ses souillures et multiplier ses victimes !

L'idée de poursuivre dans l'un de ses deux foyers le germe de la syphilis a dû se présenter si naturellement, si opiniâtrément à l'esprit de quiconque a un seul instant médité ce sujet, qu'il devient intéressant de chercher à pénétrer le motif qui a empêché tout essai dans cette voie. Plusieurs causes expliquent ce résultat. Un sentiment de respect pour la liberté individuelle est sans contredit la première de toutes. La difficulté de l'application a certainement aussi contribué à arrêter les plus hardis novateurs. Peut-être, d'ailleurs, quelques-uns ont-ils pu penser que le fléau n'en serait pas moins sûrement attaqué lors même qu'on se bornerait à l'attendre là où en définitive on est toujours certain de le rencontrer, au lieu d'aller aventureusement à sa recherche. Enfin devons-nous entièrement passer sous silence cette opinion vulgaire qui attribue l'origine des maladies vénériennes au sexe féminin ? Ne convient il pas non plus, tandis que nous cherchons à deviner la raison de l'immunité acquise aux hommes en matière de mesures sanitaires, de rappeler que ces mesures émanent des hommes ? Mais les femmes, en qui la police affecte de représenter la syphilis exclusivement réfugiée, ne pourraient-elles pas, tout aussi justement que le lion de la fable, répondre à ces partiales allégations : Si nos lionnes savaient peindre !

Plusieurs de ces considérations méritent une attention sérieuse ; mais aucune, on peut le dire d'avance, n'est de nature à entraver la réforme que je propose.

C'est dans le grand Aristote qu'on trouve les premiers grands résultats du procédé comparatif appliqué à l'étude des corps vivants. Aristote fait véritablement de la comparaison sur la plus large base qu'il fût possible d'établir avec les recherches de ses devanciers ou de ses contemporains; et quelle que soit la puissance mentale de ce chef de la philosophie ancienne, on ne saurait douter qu'il ait opéré sur une grande quantité de matériaux. Du reste, les nombreuses observations citées par Aristote et empruntées à Syennesis de Chypre, à Diogène d'Apollonie, à Polybe, etc., lèvent toute incertitude à cet égard.

L'Histoire des animaux peut être considérée comme un premier essai sur la solution du problème de l'organisation. En effet, Aristote n'a décrit spécialement que le type humain, et lorsque après il s'engage dans l'étude des animaux, ce ne sont point les individualités qu'il cherche à caractériser, ce sont les organes; et, chose remarquable, dans ses études générales sur les parties extérieures et intérieures, les vues d'ensemble sont toujours rapprochées du type humain considéré comme mesure. La seule disposition qui nuise au caractère philosophique de ce monument scientifique, c'est que la notion abstraite de l'appareil n'est pas constamment tirée de la considération de l'ensemble des animaux; car, outre la division entre les animaux qui ont du sang et ceux qui n'en ont pas (c'est-à-dire qui n'ont pas de sang rouge), Aristote limite ces appréciations à des groupes encore plus restreints. Néanmoins à chaque instant des vues d'ensemble se placent à côté de vues plus particulières, et même, dans le deuxième partie du livre IV, Aristote expose, relativement aux organes des sens, des idées générales tirées de l'ensemble de la série zoologique. On ne peut donc pas douter qu'il n'ait dignement senti une manière de procéder qui n'a pu se systématiser que nos jours.

Sans avoir recours à de nouvelles citations, il doit rester établi, pour tous les esprits qui ont suffisamment étudié l'œuvre d'Aristote, que l'Histoire des animaux manifeste deux tendances très-remarquables directement relatives aux questions que nous avons posées au commencement de ce mémoire: d'une part, l'application de l'ensemble des données zoologiques à la démonstration du type humain; d'autre part, l'étude abstraite de l'organisme dominant l'étude des individualités. Ainsi considéré, cet ouvrage constitue à l'égard des précurseurs d'Aristote la systématisation la plus philosophique qu'on pût concevoir. Après cette admirable généralisation, on ne pouvait que s'engager dans la voie largement ouverte, et ce n'était que par de longues séries de nouvelles recherches qu'on pouvait arriver à construire un second édifice. Le commencement de ce nouveau travail se manifeste énergiquement à l'école d'Alexandrie, et les œuvres de Gallien nous ont conservé de nombreux témoignages sur les découvertes ultérieures à la grande élaboration d'Aristote. Mais il faut arriver aux temps modernes pour suivre avec intérêt cette nouvelle accumulation de faits dont la coordination rationnelle ne pouvait s'effectuer que dans notre siècle. Un des événements qui devaient le plus influencer les progrès de l'anatomie comparée est la révolution anatomique opérée par Vésale. Dans la nouvelle élaboration, comme dans celle d'Aristote, il était important de fixer l'attention sur le type le plus complexe de la hiérarchie zoologique, afin d'établir nettement le terme principal de la comparaison. Cette influence n'a pas été suffisamment sentie par la généralité des historiens; il est néanmoins évident qu'une telle reconstitution de l'anatomie humaine devait avoir sur les recherches comparatives une action aussi progressive que celle qu'on accorde communément à la zoologie et à la physiologie. Sans nous arrêter ici à une indication, même sommaire, des découvertes particulières effectuées dans le seizième et le dix-huitième siècle, nous arriverons aux auteurs qui ont précédé de plus près le mouvement philosophique du dix-huitième siècle, et nous nous contenterons de renvoyer, pour l'ensemble de ces premiers faits, aux collections de Blaës et de Valentin, qui, sous la division en *animaux terrestres, aériens, aquatiques*, recueillirent des séries de descriptions individuelles. Mais la principale source d'érudition à laquelle il faut puiser pour le seizième et le dix-septième siècle et pour la première moitié du dix-huitième, est le grand ouvrage de Haller, dans lequel la partie physiologique de l'anatomie comparée est si dignement appréciée, et où l'on peut déjà, sous la judicieuse direction des vues de Haller, faire un excellent choix de matériaux. En précisant davantage l'ordre de recherches d'où devaient naturellement surgir les premières idées d'une nouvelle systématisation, je désignerai particulièrement Claude Perrault, Daubenton et John Hunter, dont les travaux servirent de fondement aux conceptions générales de Vicq-d'Azyr. Le premier, doué d'une grande variété de connaissances, comprit qu'avec les matériaux de son siècle, il était impossible de songer à un travail d'ensemble; aussi se résigna-t-il à recueillir des faits. Néanmoins, dans les cinquante animaux environ dont il a donné la description, il compare les animaux les plus analogues, le hérisson et le porc-épic, le loir et la marmotte. Mais dans Daubenton les descriptions prennent un nouveau caractère, très-propre à en développer les applications. Dans les 182 espèces de quadrupèdes étudiées dans les quinze premiers volumes de l'Histoire des animaux, les détails descriptifs sont assujettis à un plan uniforme, et à propos de chaque espèce, Daubenton ne manque pas, quand il le peut, de décrire le mâle, la femelle et l'embryon. Il est un point sur lequel je suis personnellement intéressé à appeler l'attention: c'est que Daubenton, considérant avec raison les viscères comme la partie fondamentale de l'animal, en a fait l'objet principal de ses recherches, et tout ce qui a rapport à la situation, à la figure, aux dimensions et proportions des organes, est à la hauteur de nos meilleures recherches anatomiques actuelles. John Hunter ne s'est pas tenu, comme Claude Perrault et Daubenton, à l'étude des vertébrés, et dans les 500 espèces environ qu'il a anatomisées, on compte, d'après les manuscrits étudiés par Richard Owen, 42 mollusques et 60 espèces d'animaux articulés.

Hunter n'a pas été un simple collecteur de faits, et les nombreux essais de classification qu'il a voulu fonder sur le système nerveux, les organes génitaux, le cœur, le poumon, démontrent assez la tendance philosophique de ses recherches; ses travaux de physiologie manifestent en outre un sentiment bien net de l'importance du point de vue comparatif. On peut placer comme type accessoire, à côté de Hunter, Pierre Camper, dont l'habile crayon a si bien rendu les analogies de forme des vertèbrés, et qui, par ses recherches d'ostéologie comparée, a jeté tant de jour sur la nature d'un grand nombre de fossiles. Après ces efforts caractéristiques, joints aux travaux particuliers de Douglas, Hovius, Bidloo, Artedi, etc., etc., des vues générales sur l'organisation devaient spontanément se présenter à tous les bons esprits, au moins pour la série des animaux vertébrés. L'un des hommes qui les ont le mieux manifestées est sans contredit Vicq-d'Azyr, qui donna d'abord un remarquable développement à la comparaison, suivant les parties d'un même organisme, et qui, relativement à l'ensemble des animaux, posa d'excellentes bases de comparaison en consacrant la subordination de la vie animale à la vie végétative. J'ai montré néanmoins, dans mon premier travail sur la méthode, que Vicq-d'Azyr, dans son plan,

---

Très-facilement praticable, ainsi qu'il sera bientôt démontré, ses résultats dédommageraient promptement la société des quelques efforts nécessaires pour l'établir. Remarquez combien le rôle d'initiative, dévolu à l'homme dans les relations amoureuses, doit multiplier les cas de transmission syphilitique, contre laquelle une notable partie de l'autre sexe reste par conséquent presque sans défense. Remarquez combien de jeunes gens se marient, porteurs d'une syphilis non traitée ou mal éteinte, empoisonnent leurs enfants en même temps qu'ils les engendrent; crime bien rare de la part de la mère, ou du moins par sa faute. Remarquez surtout combien l'examen des organes de l'homme peut être rapide et complet, en comparaison des visites si minutieuses, et partant si souvent illusoires, qu'exige la constatation du même état de santé chez la femme. Ayant une fois prise sur cet élément de propagation, la surveillance administrative agirait à la fois sur les deux foyers où la maladie se renouvelle depuis son origine, et pourrait enfin espérer de réaliser par son extinction ce grand *desideratum* de la philosophie et de la médecine.

Réprimer la transmission de la syphilis, qui se fait de l'homme à la femme, en d'autres termes, indiquer les mesures sanitaires à prendre pour empêcher les hommes de transmettre la syphilis, tel est donc le sujet qui va nous occuper. Il comprend trois indications bien distinctes, quoiqu'elles soient également importantes et simultanément applicables: 1° reconnaître au sein de la société les hommes atteints de syphilis; 2° les assujettir à suivre un traitement complet; 3° tant qu'ils en demeurent affectés, leur rendre impossible tout acte d'où pourrait résulter la transmission de la maladie. A ces trois indications correspondent naturellement trois ordres de moyens d'exécution. Nous allons examiner successivement, pour chaque catégorie, ceux dont la société dispose, en y ajoutant ceux dont nous lui conseillerions de s'armer désormais pour mieux remplir le but.

§ I. — Reconnaître au sein de la société les hommes atteints de syphilis.

Les visites mensuelles auxquelles les militaires sont assujettis peuvent passer pour une première réalisation de cette partie du problème; car leur but est principalement de découvrir les maladies contagieuses que les soldats, voudraient tenir cachées, comme la gale, la blennorrhagie, la syphilis. Mais la discipline, qui rend ces investigations si faciles et si fructueuses, ne saurait être remplacée dans l'ordre civil par aucun moyen de contrainte équivalent.

Ce n'est pas que déjà quelques efforts n'aient été tentés à cet exemple. En 1816, M. Anglès, préfet de police de Paris, conçut la pensée d'assujettir à une visite et d'obliger, en cas de maladie, à se faire soigner dans une infirmerie, tous les vagabonds et mauvais sujets qui encombrent la capitale. Mais une commission, nommée pour examiner cette proposition, la rejeta d'après les considérations suivantes. Le droit qu'on s'arrogerait de visiter les individus en question, dit-elle, est absolument arbitraire; et s'ils refusaient, la police serait hors d'état de les y contraindre. En second lieu, même en la supposant possible, cette visite n'aurait de résultat efficace qu'à l'égard des gens qui, prévenus de quelque délit, devraient ensuite être détenus; car on pourrait alors les traiter durant leur reclusion. Mais quant à ceux, en beaucoup plus grand nombre,

d'anatomie, s'était malheureusement écarté des vues judicieuses que renferme son exposition générale. Quoi qu'il en soit, Vicq-d'Azyr, relativement à la partie supérieure de la hiérarchie zoologique, a influencé autant qu'il pouvait le faire le mouvement philosophique moderne de l'anatomie comparée. Pour que les conceptions devinssent de plus en plus systématiques, il était nécessaire d'embrasser l'étude des animaux sans vertèbres. Les travaux de Hunter n'avaient pas eu une suffisante publicité; mais après ceux de Swammerdam, Réaumur, Adanson, Bonnet, Étienne-Louis Geoffroy, Othon-Frédéric Muller, etc., on pouvait étendre la comparaison à l'ensemble des animaux.

Le terrain étant suffisamment préparé pour un nouvel édifice, il ne s'agissait plus que de rencontrer certaines conditions individuelles. On peut assurer que si la vie de Vicq-d'Azyr n'avait pas été si déplorablement abrégée par la maladie, il aurait sans doute accompli très-dignement cette vaste opération; mais c'est Georges Cuvier qui, après lui, se trouva le plus favorablement placé pour cette édification. La situation qui s'est présentée pour Cuvier a trop de rapports avec les conditions au milieu desquelles Aristote a écrit son HISTOIRE DES ANIMAUX pour qu'un grand nombre d'écrivains n'aient pas naturellement établi une comparaison entre le savant moderne et le chef de la philosophie ancienne; le talent même de coordination de Cuvier a conduit les critiques à ce parallèle honorable. Mais si, d'une part, on doit admirer la coordination de Cuvier relativement à l'ensemble des travaux modernes sur la science de l'organisation; d'autre part, il serait illusoire de chercher à établir un rapprochement philosophique entre lui et le type éminent de l'antiquité. On ne saurait même contester que beaucoup de contemporains ou même des prédécesseurs de Cuvier n'eussent rempli des conditions mentales plus élevées; et personne aujourd'hui ne doute que Vicq-d'Azyr, Meckel, Lamarck, Oken, Geoffroy Saint-Hilaire, de Blainville, n'aient eu une plus grande portée philosophique. Sans amoindrir davantage un type sur lequel les bons esprits sont actuellement fixés, je ferai un court examen du plan de l'anatomie comparée de Cuvier, et pour éviter une succession d'analyses sur les auteurs qui ont écrit après lui, j'embrasserai dans une seule appréciation parallèle les anatomies comparées de Cuvier, Meckel, Carus, Stanniux et Siebold et les opérations partielles de Lamarck, Geoffroy Saint-Hilaire et de Blainville. Ces ouvrages doivent être appréciés d'abord quant à leur méthode générale, ensuite quant au degré d'avancement dans l'esprit de comparaison.

Une première critique applicable à l'ensemble de ces essais, c'est qu'aucun d'eux ne s'appuie sur la véritable base de toute anatomie, l'étude des éléments et des tissus organiques. Je ne puis mieux faire que de citer à cet égard l'énergique remarque faite, il y a douze ans, par M. Auguste Comte, dans son SYSTÈME DE PHILOSOPHIE POSITIVE : « Quelle peut être la rationalité générale de l'anatomie comparée, même étendue à l'ensemble systématique de la hiérarchie organique, lorsqu'on persiste aujourd'hui à la réduire, comme on a dû le faire autrefois, à la seule étude des appareils, sans lui donner pour base l'étude préalable de ces vrais éléments anatomiques? » (T. III, p. 495.) Meckel, tout en reconnaissant l'importance de cette étude, n'a rien fait pour combler la lacune regrettable laissée par Cuvier, et s'est contenté de baser l'étude des appareils sur des considérations générales relatives aux lois de formation, sujet plus en harmonie avec les tendances métaphysiques de cet auteur. M. de Blainville a reconnu la nécessité d'une telle base; mais le court résumé placé dans le tome I[er], sur l'*organisation des animaux*, a été sans efficacité même à titre de simple indication. Le fondement général de l'anatomie comparée, à part quelques travaux particuliers, reste donc à faire dans son ensemble. Si actuellement j'arrive à considérer le plan de description des organes et des appareils, j'y trouve au plus haut degré le défaut capital que je crois avoir fait sentir relativement à l'anatomie humaine. Mais ici les résultats sont si fâcheux quant au but de ces ouvrages, qu'il est indispensable de revenir sur la réforme capitale que j'ai proposée dans mon premier travail.

Lorsque plus tard j'aborderai l'étude des rapports de l'homme avec le monde extérieur, je me propose de faire sortir du *principe de généralité* les applications les plus fécondes; une courte remarque va montrer, relativement au sujet qui m'occupe, toute la portée d'une telle considération.

L'anatomie comparée, comme son nom l'indique, se proposant d'établir des rapports entre tous les êtres organisés afin d'en tirer les lois de l'organisation, il est tout naturel de penser qu'en entrant dans l'étude des appareils il sera rationnel de commencer par ceux qui sont les plus généraux dans la hiérarchie zoologique et qui tout d'abord permettront de faire saisir ce qu'il y a de plus fondamental dans l'organisation. Il est, en outre, évident qu'en procédant ainsi on entrera de plain pied sur le terrain de la comparaison, car les rapports et analogies à évaluer ressortiront de l'ensemble des êtres organisés. Or que fait-on depuis Cuvier? on commence par l'étude du squelette. On comprend que Cuvier, qui, avec ses idées sur la prédominance des organes de la vie animale, a en la naïveté de concevoir *l'existence momentanée d'un animal réduit aux appareils des sensations et de la locomotion*, ait pu commencer par l'étude des os; mais Cuvier n'aurait pas dû trouver des imitateurs, Meckel qui, bien mieux que Cuvier, a eu le sentiment des généralités, a senti, en commençant la comparaison par le squelette, la nécessité de l'envisager dans toute la série zoologique et de donner ainsi à cette étude une généralité qui n'est certainement qu'apparente; car il est impossible d'espérer qu'un jour on arrivera à tirer des principes généraux d'organisation, en rapprochant le squelette des zoophites, des échinodermes ou des annélides de celui des vertébrés. Cuvier, en séparant l'étude des vertébrés du reste de la hiérarchie zoologique, n'a pas suivi une marche aussi philosophique que Meckel, mais il a évité par là la confusion naturelle dans laquelle devait tomber Meckel en voulant poursuivre dans toute la série sous une même dénomination des éléments tout à fait différents. Je dois citer ici une exception très-remarquable à l'égard de la méthode dans l'étude des appareils; elle m'est fournie par le PRÉCIS D'ANATOMIE COMPARÉE de M. Hollard qui, adoptant les vues générales de M. de Blainville sur la généralité des organes du mouvement de composition, a commencé par l'appareil de la digestion sans imiter M. de Blainville lui-même qui, à propos des organes et appareils communs aux deux facultés de composition et de décomposition, débute par les organes des sens. Du reste, cette généralité des organes de la digestion a été parfaitement sentie par Lamarck dans son introduction aux *animaux sans vertèbres*. Carus imite Meckel; seulement il étudie le squelette après le système nerveux, mais il aboutit aux mêmes confusions. Stanniux et Siebold ont fait un excellent manuel d'anatomie des animaux. Mais les nombreuses divisions de l'ouvrage ne permettent en aucune manière de lui donner une place dans la philosophie de la science. Ils imitent Cuvier et Meckel pour le plan d'étude des appareils.

Ces diverses appréciations relatives à la méthode, nous permettent aujourd'hui de concevoir pour l'anatomie comparée un nouveau plan fondamental sans lequel elle ne saurait prendre un essor progressif. En effet, il

---

qui, innocents d'ailleurs, seraient reconnus malades, on manquerait entièrement de moyens pour les forcer à subir les deux ou trois mois de séjour à l'hôpital que leur guérison nécessiterait.

Ces motifs sont inattaquables sans doute, et cependant la conclusion défavorable des commissions ne nous paraît rien moins que fondée. Leur argumentation, si décisive en apparence, repose sur une confusion évidente. Assurément, ce serait la plus insupportable des tyrannies que d'imposer de force à un citoyen, même en vagabondage, même taré de réputation, une séquestration de plusieurs mois, par cela seul qu'on l'aurait trouvé malade. L'intérêt de la société et l'approbation tacite des honnêtes gens n'absoudraient que bien incomplètement le magistrat qui se permettrait une pareille licence; et d'ailleurs cette visite obligatoire ne pouvant s'exercer que sur la partie de la population qui a de fréquents rapports avec la police, la grande majorité des personnes atteintes de syphilis y échapperait nécessairement.

Aussi condamnons-nous sans restriction cette mesure; car, ainsi conçue, elle ne servirait qu'à compromettre l'autorité, en vue d'un résultat forcément imparfait et qu'on ne serait pas même sûr de réaliser. Mais si la société ne peut sans danger essayer d'exercer impérativement une pareille contrainte, elle a mille moyens aussi puissants que légitimes d'arriver indirectement au même but. Ce qu'elle juge trop embarrassant ou trop arbitraire d'imposer comme un devoir, ne trouve-t-elle pas tous les jours moyen de l'obtenir en refusant, dans de certaines limites, sa protection à ceux qui lui refuseraient obéissance? C'est ainsi, par exemple, qu'on assure l'exécution des déclarations de naissance, en faisant de la présentation de cet acte une formalité indispensable pour être admis à l'accomplissement de presque toutes les fonctions de la vie civile; c'est ainsi encore que nul ne peut contracter mariage qu'après avoir prouvé qu'il a satisfait à la loi de la conscription. Lorsqu'il s'agit de la santé publique, nous voyons les exigences devenir plus sévères encore. Le certificat de vaccine ou de petite vérole est indispensable pour entrer dans une administration ou dans une maison d'éducation quelconque. De même, on ne force aucun père de famille à faire traiter ses enfants de la gale ou de la teigne; mais ils s'empressent de le faire d'eux-mêmes, lorsque, en les présentant aux salles d'asile, aux écoles publiques, ils apprennent qu'on ne les y recevra que guéris.

Ces exemples préparent, ce me semble, la solution de la question qui nous préoccupe. Si de telles précautions paraissent licites pour la gale, simple incommodité locale, pour la teigne, qui ne se transmet point par hérédité, pour la variole, qui peut tuer, mais ne flétrit pas les races, pourquoi hésiterait-on à les mettre en vigueur contre la syphilis dont la propagation, cent fois plus multipliée et plus insidieuse, exerce en même temps ses ravages et sur les individus et sur les générations. Il n'est pas besoin de loi: une simple instruction ministérielle suffirait; et les écoles, la magistrature, les administrations, en un mot toutes les institutions et les fonctions de l'État, fermées à qui ne produirait pas d'abord une *patente nette* de syphilis, seraient un avertissement significatif pour l'incurie de la plupart des malades.

Jusqu'ici rien ne paraît plus conforme au droit strict, à l'usage établi, aux convenances sociales régnantes; c'est donc un premier pas que rien n'entraverait, et qu'on peut regarder comme accompli dès que l'autorité voudra s'en oc-

devient aujourd'hui indispensable de fonder cette étude sur la considération préalable de la comparaison des éléments des tissus et des systèmes, tandis que l'étude des appareils doit être subordonnée dans sa marche au principe de généralité et d'indépendance réciproque, c'est-à-dire que les organes de la vie végétative seront étudiés avant ceux de la vie animale.

Je termine maintenant cette appréciation en examinant la véritable portée philosophique de ces ouvrages relativement aux principes d'organisation qu'ils ont servi à constituer. On peut, sans être taxé d'une grande sévérité, établir aujourd'hui que, dans beaucoup de ces ouvrages, on ne trouve que de la zootomie coordonnée, et très-peu de comparaisons. Celui qui semble avoir eu le sentiment le plus énergique des analogies n'a pu avoir qu'une influence secondaire sur l'anatomie comparative; car les premières lois zoologiques, parfaitement démontrées pour la partie supérieure de la série, se sont trouvées pour la plupart réfutées par les autres parties de la hiérarchie organique. Oken, d'un esprit plus étendu que Geoffroy Saint-Hilaire, a malheureusement porté dans l'étude de la comparaison un esprit métaphysique désastreux. Aujourd'hui il est possible de concevoir que, sous l'influence de la nouvelle méthode, dont je viens de donner les bases, on arrivera plus positivement à établir les lois fondamentales de l'organisation. Chercher les lois particulières à une portion de la série, c'est violer le principe de généralité, et s'exposer à rapprocher des faits complexes et spéciaux. Ce n'est qu'en constituant successivement, dans l'ensemble des êtres organisés, les éléments anatomiques, les organes et les appareils, et en soumettant cette étude au principe de généralité, qu'on arrivera à saisir de véritables lois. Mais il y a plus : aujourd'hui qu'une saine théorie historique permet de considérer l'humanité comme un seul être, dont les évolutions successives sont comparables à celles de l'individu, je dirai que dorénavant une loi d'organisation ne sera vraiment fondamentale que tout autant qu'elle s'appliquera aux individus et à l'espèce. On dit, par exemple, que l'un des faits généraux de la hiérarchie zoologique est la complication croissante des appareils, à mesure qu'on marche des types inférieurs vers les types supérieurs; quand on se place au point de vue physiologique, on arrive à mieux caractériser ce fait en disant que les organes et les fonctions se séparent et se spécialisent d'autant plus qu'on s'élève à des individus plus supérieurs. Or cette vue est entièrement applicable à l'être humanité, dont les membres, quoique intimement solidaires, constituent un organisme dont les organes et les fonctions sont entièrement séparés, tandis qu'ils concourent à une vie d'ensemble dont l'étude, fondée de nos jours par M. Auguste Comte, sous le nom de *sociologie*, procède d'une manière aussi positive que la biologie. Cette nouvelle manière de considérer les lois fondamentales de la biologie déterminera, j'en suis sûr, tous les bons esprits à suivre aujourd'hui la seule marche qui puisse faire éviter des considérations trop spéciales, dont le caractère scientifique dépend de l'établissement des principes les plus généraux.

Bien que, par l'objet de ce mémoire, je sois dispensé d'examiner les classifications zoologiques suivies par les auteurs d'anatomie comparée, je ferai néanmoins ici une observation générale qui se rattache au principe que je défends. La biotaxie actuelle, à part les vues plus progressives dues à M. de Blainville, est dominée aujourd'hui par des principes qui n'ont pas une suffisante généralité. On conçoit très-bien que, pour les organismes supérieurs, les organes de la vie animale puissent donner matière à des classifications très-naturelles; mais que, pour établir des coupes fondamentales, on se base sur autre chose que les organes de la vie végétative, c'est ce que l'observation la plus grossière de l'ensemble des animaux ne saurait comporter. Les vains efforts continués depuis Cuvier pour baser la biotaxie sur la considération du système nerveux resteront stériles, quoi qu'on fasse, relativement aux classes inférieures des animaux. Pour établir de grandes divisions naturelles, ce n'est pas sur des organismes spéciaux qu'il faut se baser, mais bien sur ce qu'il y a de plus général comme organisation. Je suis donc convaincu qu'il s'opérera, à l'égard des appareils de nutrition et de génération, un mouvement d'élaboration aussi énergique qu'il l'a été jusqu'à ce jour pour les organes de la vie animale, et que de l'étude approfondie de ces appareils surgiront les principes de la division fondamentale des animaux. Quand on considère, en biotaxie, les perfectionnements remarquables qui ont été basés sur la considération de certaines parties accessoires du tube intestinal, on peut regarder comme suffisamment fondée une semblable espérance relativement aux notions que pourra fournir la comparaison des parties essentielles de ces appareils.

Tels sont les développements que j'ai cru devoir donner sur la partie la plus importante du procédé comparatif. On a pu voir dans la partie historique que deux périodes très-bien caractérisées se sont présentées depuis ses premières évolutions jusqu'à nos jours. Dans chacune de ses périodes, le développement s'est opéré par une succession de vues de détails de plus en plus homogènes, et aboutissant à une systémation, représentée, pour la première période, par Aristote, pour la seconde, par les ouvrages de notre siècle.

Je crois avoir fait comprendre finalement que, pour accomplir une nouvelle révolution, il fallait réformer la méthode, et la baser sur une saine appréciation des phases déjà parcourues. J'ai déterminé de cette manière, aussi sûrement qu'on peut le faire aujourd'hui, la marche qu'on doit imprimer à la culture de l'anatomie comparée. Quant à l'application de ce procédé à la démonstration du type humain, elle ressort complètement de cet examen. La notion d'un appareil étant établie d'après l'étude comparative dont je viens de donner la base, il sera facile d'en saisir la signification, à quelque degré de la série zoologique qu'on l'examine.

Enfin, au sujet des lois zoologiques, j'ai essayé de faire sentir l'inanité de toute conception tirée de la série animale considérée isolément, et la nécessité de rattacher cette étude à la sociologie, but final de toutes les sciences.

THÉRAPEUTIQUE.

IODOGNOSIE, OU MONOGRAPHIE CHIMIQUE, PHARMACEUTIQUE ET MÉDICALE DES IODIQUES ; par DORVAULT (1).

MODE D'ACTION DES IODIQUES DANS LES DIVERSES MALADIES OU ILS SONT EMPLOYÉS.

Avant de passer à un autre chapitre, nous apporterons encore quelques considérations physiologiques et chimiques à l'appui de notre manière de voir sur l'action des iodiques.

(1) Voir les articles publiés de cette monographie dans les numéros 46, 47, 49, 50 et 52 de l'année 1849 et les n°s 1 et 10 de cette année.

---

cuper. Et son influence sur la santé générale sera d'autant plus grande que la mesure atteindrait non-seulement les employés, mais les postulants, classe si nombreuse par ce temps de *fonctionomanie*, où, comme l'a dit un spirituel représentant, dès qu'il naît un enfant, la première question que la famille s'adresse sur son berceau est celle-ci : *Que demanderons-nous pour lui?* — Toutefois, je ne me contenterais pas de cette demi réforme. Si plein pouvoir m'était octroyé de réglementer la matière, je voudrais multiplier autour des vénériens les prohibitions de ce genre : pour contracter mariage, pour acheter une charge, recueillir une succession, porter une plainte en justice, déposer à la caisse d'épargne, voter comme électeur, recevoir les secours publics à titre d'indigent, prendre un passe-port, obtenir un permis de chasse, etc., etc., etc., le certificat de santé *spéciale* serait rigoureusement exigé; si bien que nul ne pourrait se flatter d'échapper longtemps à ce réseau serré autour des négligents ou des coupables, et qu'ils trouveraient à chaque pas sur leur route. Ils crieraient à l'oppression, sans doute ; mais l'opinion publique serait bien forte contre ces plaintes sans écho!

J'attends des objections; mais je n'en prévois pas de valables. Vainement voudrait-on signaler là un attentat à la liberté : car personne ne serait contraint; seulement la société userait de son droit, en refusant l'appui de ses institutions à ceux qui, étant avertis, s'obstineraient à s'en rendre indignes. D'ailleurs la restriction qu'on semble ici mettre à la liberté individuelle est celle-là même que dicte la loi naturelle, c'est-à-dire la limite au delà de laquelle la liberté d'un homme devient incompatible avec la sûreté de ses voisins.

La maladie est si répandue, dira quelqu'un, qu'en déclarant incapables tous ceux qui en sont victimes, vous allez immédiatement entraver tous les services publics. — Ne désespérons pas à ce point des mœurs contemporaines et du pouvoir de l'art médical! L'incapacité ne serait que temporaire, puisqu'elle ne se prolongerait que pendant un traitement dont la durée, très-souvent beaucoup plus courte, ne dépasse presque jamais trois ou quatre mois. — Du reste, les affections blennorrhagiques n'étant point une cause d'interdiction, il n'y en aurait pas autant à porter que se le figurent les gens du monde qui, sous le nom de maladies vénériennes, confondent ordinairement ces affections avec la syphilis.

D'un autre côté, en cas d'urgence, le certificat de santé pourrait être suppléé par une attestation de médecin, prouvant que si le malade n'est pas guéri, il suit du moins actuellement un traitement. Seulement, le signataire devrait rappeler la date de l'affection, et, en regard, l'époque à laquelle il a commencé à donner ses soins; cela afin qu'un malade, insouciant jusque-là, ne pût pas éluder les règlements au moyen d'une visite unique, faite au médecin dans le seul but d'obtenir l'attestation exigée.

L'assujettissement que je propose n'implique d'ailleurs ni séquestration, ni traitement forcé. Dans la classe aisée, le client conserverait son médecin habituel. Seulement, grâce à ce nouveau mobile, il deviendrait peut-être plus docile et plus assidu à poursuivre la guérison. — Quant à l'indigent, les secours hospitaliers lui resteraient, comme par le passé. Mais il importerait, en ce cas, de les organiser d'abord dans de plus larges et surtout plus accessibles proportions; de manière que des soins gratuits fussent assurés immédiatement à tous, et que l'autorité ne s'exposât pas à subir le reproche d'imposer le traite-

377. Les analyses suivantes de sang de syphilitiques, que nous devons à l'obligeance de M. Grassi, pharmacien en chef de l'hôpital des Vénériens de Paris, où elles ont été faites, viennent appuyer notre opinion et lui ajouter une nouvelle face :

SALLE 4, LIT 12. — CHANCRE INDURÉ.

Première saignée :

Eau	796,6
Fibrine	3,0
Albumine	104,5
Globules	95,9
	1000,0

Deuxième saignée après trente jours de traitement par l'iodure potassique :

Eau	774,2
Fibrine	3,3
Albumine	113,5
Globules	109,0
	1000,0

SALLE 2, LIT 10. — CHANCRE INDURÉ.

Première saignée :

Eau	797
Fibrine	3
Albumine	106
Globules	94
	1000

Deuxième saignée après dix jours de traitement :

Eau	794,6
Fibrine	3,5
Albumine	95,2
Globules	106,7
	1000,0

Troisième saignée, trente jours après la deuxième :

Eau	784,0
Fibrine	3,5
Albumine	84,0
Globules	128,5
	1000,0

SALLE 2, LIT 13. — CHANCRE INDURÉ.

Première saignée :

Eau	797,3
Fibrine	2,4
Albumine	129,0
Globules	70,4
	1000,0

Deuxième saignée après vingt jours de traitement :

Eau	768,6
Fibrine	2,4
Albumine	87,0
Globules	142,0
	1000,0

SALLE 1, LIT 9. — CHANCRE INDURÉ.

Première saignée :

Eau	789,5
Fibrine	4,7
Albumine	115,4
Globules	90,4
	1000,0

Deuxième saignée après dix-neuf jours de traitement :

Eau	768,7
Fibrine	3 8
Albumine	121,0
Globules	106,5
	1000,0

Troisième saignée vingt-huit jours après la deuxième :

Eau	796,9
Fibrine	3,5
Albumine	68,0
Globules	131,6
	1000,0

SALLE 4, LIT 1. — TUBERCULES DE LA FACE.

Première saignée :

Eau	790,8
Fibrine	3,4
Albumine	104,8
Globules	101,0
	1000,0

Deuxième saignée après onze jours de traitement :

Eau	788,4
Fibrine	2,8
Albumine	61,8
Globules	147,0
	1000,0

SALLE 1, LIT 27. — CHANCRE INDURÉ; ROSÉOLE.

Première saignée :

Eau	734,2
Fibrine	2,6
Albumine	129,0
Globules	134,2
	1000,0

Deuxième saignée après traitement :

Eau	765,6
Fibrine	3,6
Albumine	89,4
Globules	141,4
	1000,0

ment d'une main en le refusant de l'autre.

§ II. — ASSUJETTIR LES HOMMES ATTEINTS DE SYPHILIS A SUIVRE UN TRAITEMENT COMPLET.

Les médecins sont aujourd'hui à peu près d'accord sur la durée que doit avoir un traitement antisyphilitique complet : nous passerons donc sous silence ce côté, tout scientifique, de la question, pour rechercher comment on peut astreindre les malades à continuer les remèdes pendant le temps jugé nécessaire. En ville, où d'ailleurs toute coercition serait impossible, le praticien, avec un peu d'adresse, réussit le plus souvent à conduire ses clients jusqu'à l'époque voulue. Mais à l'hôpital, ils s'impatientent, languissent enfermés, et se croyant ou affectant de se croire guéris dès qu'il n'y a plus de symptômes apparents, presque tous demandent, exigent alors leur sortie avant le terme requis pour une cure aussi radicale que possible, et le mal ne manque pas de récidiver ensuite tôt ou tard. Cet abus est aussi général qu'il est grave : cependant peu d'efforts ont été tentés pour l'extirper. M. Anglès seul, dans les premières années de la restauration, proposa à l'administration des hôpitaux de Paris que les vénériens reçus dans un hospice « y fussent consignés et ne pussent pas sortir (ce sont ses paroles) avant d'avoir pris la dose entière de médicaments, réputée nécessaire pour une cure radicale. » Comme si, s'écrie Parent-Duchâtelet en citant ce projet, comme si *l'on était libre de disposer ainsi de la liberté des individus et de leur faire subir de force des traitements qui leur répugnent!....*

On s'en tint, vraisemblablement, à cette appréciation, car l'idée n'eut pas d'autre suite. Ce vice radical persista donc, et tous les médecins spéciaux en ont sans doute constaté la pernicieuse influence. Quant à moi, depuis mon entrée à l'Antiquaille, je pus apprécier son étendue. Aussi, après y avoir mûrement réfléchi, je crus devoir signaler, par une lettre en date du 23 décembre 1845, à l'administration de l'hospice, les conséquences fâcheuses de ces sorties prématurées, et j'indiquai en même temps divers moyens propres à y remédier. L'autorité municipale, saisie par l'administration de l'objet de ma demande, montra, par la promptitude avec laquelle elle y fit droit, qu'elle en comprenait toute l'importance. En effet, dans une lettre, en date du 27 décembre de la même année, le maire, M. Clément Reyre, informa l'administration « qu'il avait résolu que les malades en général traités à l'Antiquaille, vénériens, galeux et autres, hommes et femmes, ne seraient rendus à la liberté que parfaitement guéris et sur un ordre émané de la mairie. »

Pour l'exécution de cette décision, on prit les mesures suivantes :

1° Au billet d'admission, autrefois conçu en ces termes : *Nous maire de Lyon, invitons M. l'économe de l'Antiquaille à recevoir le nommé ***, vénérien*, on ajouta : *à recevoir* ET RETENIR JUSQU'A PARFAITE GUÉRISON LE NOMMÉ, etc...

2° Les malades étant eux-mêmes les porteurs de ce billet ne pouvaient guère prétexter leur ignorance de l'ordre qui les concernait; mais, pour prévenir plus sûrement encore le cas où ils auraient nié en avoir eu connaissance, on chargea l'employé de l'hospice préposé à leur admission de ne les recevoir qu'après les avoir avertis qu'ils resteraient jusqu'à guérison, et qu'après qu'ils auraient consenti à cette condition.

378. Ces analyses font ressortir plusieurs faits intéressants de physiologie. D'autres analyses de sang provenant de malades atteints d'accidents syphilitiques primitifs que nous ne rapportons pas dans la crainte de donner trop de longueur à cette partie, établissent que dans ce sang, comme dans celui de la plupart des maladies inflammatoires, la proportion de globules est accrue, tandis que dans les analyses ci-dessus relatives à des accidents de syphilis constitutionnelle le chiffre des globules est inférieur au chiffre normal et dans quelques-unes d'une manière extraordinaire. La proportion d'albumine, au contraire, augmente assez régulièrement dans un sens inverse. L'iodure de potassium est administré; à partir de ce moment chaque saignée fait reconnaître une augmentation notable de globules, un retour vers la proportion normale de cette partie essentielle du sang, et, au contraire, une diminution progressive dans la quantité d'albumine. Quelle est la véritable interprétation de ces faits? Peut être serait-il prudent de ne la pas rechercher. Cependant nous hasarderons les hypothèses suivantes auxquelles nous n'attachons pas plus d'importance qu'il ne convient: à mesure que la syphilis se constitue dans l'économie, le fluide nourricier perdant de sa force voit peu à peu la proportion de ses globules diminuer par suite de leur résolution en albumine; le traitement iodique survenant, sous son influence les fluides sont d'abord homogénéifiés; de ce premier effet résulte une excitation réparatrice à la faveur de laquelle une partie de l'albumine reforme des globules.

Si l'on pouvait s'appuyer sur les résultats obtenus par quelques expérimentateurs, il serait facile d'expliquer la prééminence des iodiques sur les mercuriaux dans le traitement de la syphilis tertiaire, et au contraire la supériorité de ceux-ci sur ceux-là dans les accidents primitifs. En effet, les mercuriaux feraient tomber le chiffre des globules, d'où il suit qu'ils sont mieux indiqués dans les accidents primitifs ou secondaires avec symptômes inflammatoires, cas dans lesquels les globules sont en excès, que les iodiques qui augmentent la proportion de ces derniers, et lesquels par conséquent sont préférables dans les accidents tertiaires.

379. M. Nicbolson a reconnu que le sang des scrofules était constamment altéré. Voici le résultat de l'analyse du sang de 12 scrofuleux.

Numéros d'ordre.	Sur 1,000 parties — Globules.	Fibrine.	Substances dissoutes dans le sérum.	Eau.
1	101	3	79,5	816,5
2	98	2,8	79	820,2
3	98	2,4	79,1	820,5
4	97	3	79	821
5	96,5	2,5	78	823
6	80	2,3	78,7	839
7	79	2	79	840
8	79	2	80	839
9	63,5	1,2	80	855,3
10	64	1,8	79	855,2
11	65,5	1,7	78,5	851,3
12	64	2	79	855

Si l'on admet les chiffres proposés par MM. Andral et Gavarret comme types de l'état normal: globules, 127; fibrine, 3; substances dissontes dans le sérum, 80; eau, 790, on voit que dans la scrofule comme dans la syphilis la principale modification porte sur les globules, puisque chez plusieurs individus ils étaient diminués de moitié. Le chiffre de la fibrine est également bien bas. Quant à la fibrine soluble ou albumine (nous avons dit plus haut qu'aujourd'hui les chimistes considèrent la fibrine et l'albumine comme les deux états d'un même corps, c'est-à-dire un dimorphisme) et aux autres matériaux dissous dans le sérum, ils ne subissent aucun changement notable. Il y a donc sur ce point différence avec la syphilis.

Une remarque générale découle du tableau ci-dessus, c'est que la diminution de fibrine et des globules et l'augmentation d'eau marchent concurremment et proportionnellement.

La diminution du chiffre des globules sans augmentation d'albumine, contrairement à ce qui a lieu dans la syphilis, s'explique peut-être par le passage d'une certaine quantité de cette substance altérée dans les urines. En effet, M. Becquerel (séméiotique des urines) en a constaté la présence dans les urines de jeunes filles atteintes de cachexie scrofuleuse, urines se rapprochant d'ailleurs de celles des anémiques.

Nous livrons ces appréciations, nous le répétons, pour ce qu'elles valent; car nous reconnaissons que les analyses du sang de scrofuleux et de syphilitiques ne sont pas encore assez nombreuses pour les asseoir fermement. Cette multiplication des expériences chimiques offre d'ailleurs une sérieuse difficulté par ce fait que les cachectiques scrofuleux et syphilitiques n'ont jamais trop de sang.

Le microscope, selon M. Nicholson, s'accorde avec l'analyse chimique pour accuser dans les globules du sang scrofuleux une altération profonde. Ainsi ils sont rares, pâles, irréguliers. D'autre part, la conclusion des recherches microscopiques déjà anciennes de M. Dubois (d'Amiens) sur le même sang, est qu'il n'a pas d'homogénéité: le caillot est peu cohérent, les globules sont déformés, etc.

Mais ces données de l'étude microscopique du sang sont trop incomplètes pour qu'on puisse en tirer des inductions certaines. Cependant cette méthode d'investigation conduirait, selon nous, à des résultats plus instructifs que l'analyse chimique; car c'est bien plus par l'état physique intime que par le poids des éléments isolés du sang qu'il serait facile de reconnaître les altérations de ce fluide. Mais soit défaut d'instrument convenable, soit défaut de la méthode, on ne peut encore arriver à rien de positif par la microscopie. Nous avons voulu tenter des expériences par cette voie; nous dûmes bientôt y renoncer, tant les données que nous acquérions étaient vagues et capricieuses. Supposant que cela pouvait dépendre du défaut d'habitude dans ce genre d'expérimentation, nous nous adressâmes au docteur Lebert, dont le talent en microscopie est connu; il ne nous engagea pas à poursuivre, attendu que lui-même n'avait obtenu aucun résultat certain, et la preuve, c'est que, dans l'ouvrage qu'il vient de publier sur la scrofule, il n'a rien pu consigner sur l'état physique intime du sang dans cette maladie. Nous ne doutons pas cependant qu'on ne parvienne à trouver une méthode certaine d'investigation sur le sang à l'aide du microscope: c'est une question que nous posons aux travailleurs.

381. Voici une observation relative à une production pathologique expulsée spontanément de la cavité utérine, et dont nous avons été chargé de faire l'examen chimique, par notre ami le docteur E. Deschamps.

La malade qui a rendu cette tumeur est une dame de 66 ans, mère de plusieurs enfants. Environ deux mois avant l'expulsion, cette dame, dont la santé semble altérée depuis longtemps, s'était plainte à son médecin de douleurs qui semblaient intéresser l'état physiologique de la cavité utérine;

3° Par surcroît de précaution, j'eus toujours soin, à ma première visite, de leur faire connaître approximativement la durée du traitement nécessaire à leur affection, et d'obtenir de nouveau d'eux la promesse de le suivre jusqu'au bout.

4° Les employés de l'hospice reçurent l'injonction de ne laisser sortir les vénériens que sur un ordre envoyé par la mairie, d'après le certificat de guérison signé du chirurgien-major.

5° Ceux qui exigeaient leur sortie avant guérison, et sans justifier d'un motif sérieux, étaient prévenus qu'en cas de récidive du mal, ils ne seraient pas reçus à l'hospice; et l'on prenait note de leur nom, afin de les refuser en effet, à moins de maladie très-urgente, s'ils se présentaient de nouveau. (Ceci se pratique également à l'hôpital des vénériens de Paris.)

Armé de ces diverses mesures, j'ai, pendant plus de deux ans, obtenu une amélioration réelle quant à la solidité des guérisons. Soit par persuasion, soit au nom des engagements pris par eux-mêmes, soit en les retenant malgré eux (dans les cas rares où je crus utile de résister, pour l'exemple, à une mauvaise volonté évidente), je parvins presque toujours à garder les malades jusqu'au terme du traitement. Grâce à l'appui si éclairé du pouvoir municipal, Lyon peut donc se féliciter d'avoir donné le premier l'exemple de cette importante réforme. — Si, depuis le mois de février, l'effervescence des premiers moments de désordre dut faire cesser son exécution, cette suspension temporaire n'en a que mieux démontré l'utilité; et depuis trois mois, elle a été rétablie à l'Antiquaille.

J'ai dû m'étendre d'autant plus longuement sur ces dispositions qu'elles contiennent, à mon sens, tout ce que la médecine peut et doit ici demander à l'autorité supérieure. Sans doute, malgré ces prohibitions, et en dépit même de l'engagement qu'il a pris lors de son entrée, le malade reste libre de sortir, s'il le veut absolument. L'abdication faite par lui de sa liberté est nulle de plein droit aux yeux de la loi, de même que les vœux des religieux; et l'administration qui le retiendrait alors de force, malgré ses protestations, s'exposerait à voir intenter contre elle une *action en séquestration*, dont l'issue ne serait pas douteuse. — En principe donc, pour s'exercer sans opposition, ce droit de tenir un malade enfermé jusqu'à guérison devrait être consacré par une loi sanitaire toute spéciale, comme celle qui régit les lazarets.

Toutefois, en faisant remarquer cette lacune dans la législation, je suis loin de demander qu'elle soit comblée. Une loi, si elle intervenait en ces termes, aurait, au contraire, sur la santé publique la plus pernicieuse influence. Du moment où ils sauraient qu'on a le droit *légal* de les y garder malgré eux, l'hôpital deviendrait, aux yeux des malades, une prison, où ils n'iraient plus qu'à l'extrémité; et jusque-là le mal qu'ils s'obstineraient à traiter à domicile pourrait étendre impunément ses ravages. — Dans leur intérêt, dans celui de la société, il importe donc de les maintenir pendant leur séjour à l'hôpital dans un sage milieu entre l'idée d'une liberté absolue et celle d'une reclusion forcée; car l'un ou l'autre parti aurait à un degré égal l'inconvénient de rendre plus rare le bienfait d'un traitement complet. Aussi, bien loin de réclamer du pouvoir de nouveaux moyens coercitifs, un médecin prudent n'usera qu'avec réserve des facilités que les précédentes mesures lui donnent pour forcer les récalcitrants à ne pas sortir. Il se rappellera que trop de contrainte discréditerait l'hôpital, et pour

mais sans qu'il fût possible d'asseoir un diagnostic certain. L'emploi interne et externe de calmants avait en partie fait tomber les douleurs, quand la malade fut prise presque tout à coup de douleurs assez vives, qui furent suivies de l'expulsion de la tumeur en question. La malade, après s'être remise pendant quelques jours de cette secousse, est aujourd'hui dans un état qui fait entrevoir une terminaison fatale prochaine.

Cette tumeur est de la grosseur de la moitié du poing; sa forme est ovoïde et son poids de 65 grammes. Une déchirure qui occupe la base de cet ovoïde fait reconnaître facilement que c'est par ce point qu'elle s'insérait à la membrane utérine, tandis que le reste de la surface, et c'en est au moins les trois quarts, parfaitement lisse et intact, démontre qu'elle était libre par ses autres points. Extérieurement sa couleur est fauve, et son aspect est celui du poumon; elle doit cette coloration à la pellicule mince, lisse, luisante, qui l'enveloppe. Cette pellicule, qui se réduit facilement en pulpe, est simplement membranoïde; car l'œil nu ou armé de la loupe n'y fait reconnaître aucune trace d'un réseau vasculaire. La substance intérieure a la couleur rosée de la chair fraîche. Sa texture est fibroso-grumeleuse, sa consistance celle de la chair, mais seulement en apparence; car elle s'écrase sous les doigts à la manière de fromage gras et ferme. Elle est homogène, cependant présentant çà et là dans sa masse de rares petits centres plus avancés en organisation, c'est-à-dire des parties ayant l'apparence membraneuse. Elle cède facilement et nettement à la traction, se coupe aisément aussi à la spatule, mais en donnant cette impression (croquante) que la main perçoit lorsqu'on coupe un corps tendineux. La tumeur présente d'ailleurs sur un de ses côtés, et se confondant avec elle, plusieurs petites tumeurs mamelonnées de même nature et aspect qu'elle.

Elle a une odeur animalisée faible. Sa pesanteur spécifique est plus forte que celle de l'eau. Elle est neutre aux papiers réactifs. Sans entrer dans les détails de l'analyse. Voici sa composition :

Albumine soluble	0,75
Fibrine (albumine insoluble)	19,05
Chlorures alcalins. } Sulfates id. } Sels de fer de chaux et de magnésie. }	0,20
Eau	80,00
Matière grasse	Traces.
	100,00

On voit par ces chiffres qu'en ne tenant compte que des matériaux solides de la tumeur, la fibrine est à elle seule pour les neuf dixièmes. C'est donc là un exemple des plus saillants de *tumeur fibrineuse.*

Comment une pareille accumulation de fibrine a-t-elle pu s'opérer? Se sera-t-elle produite dans la poche pathologique même et en même temps qu'elle, ou bien le sang, en traversant le point malade, décomposé par l'action morbifique, y aurait-il laissé déposer sa fibrine? C'est là un point difficile à éclaircir. Mais qu'il se soit produit d'une manière ou d'une autre, il nous paraît être le fait d'une coagulation humorale. On voit de suite la conséquence que nous voulons tirer de cette appréciation : c'est que l'affection qui a déterminé la production de la tumeur réclamait à un haut degré, surtout dans la période d'initiation, la médication iodique. Mais comment saisir ce point initial de la maladie, quand le mal, arrivé à son summum de développement, n'est reconnu que par l'expulsion de ses produits? C'est donc ici le diagnostic qui manque, et non le remède.

Nous croyons pouvoir établir, en effet, que l'iodure potassique, qui, ainsi que nous l'avons reconnu, hors de l'économie, dissout la substance de la tumeur qui nous occupe, administré au début, en ramenant l'homogénéité dans les fluides disposés à laisser séparer leurs éléments protéiques, ont empêché la concrétion de prendre naissance. Nous chercherons même à établir que la concrétion effectuée en partie, mais non arrivée au point où nous venons de l'étudier, on eût eu encore des chances de succès dans l'administration de l'iodure potassique. N'avons-nous pas vu en effet, dans le cours de ce travail, des exemples de tumeurs volumineuses résorbées sous cette influence? Une fois la force réparatrice ramenée et la résorption commencée, l'activité organique a bientôt par elle-même fait justice des produits qu'une action morbifique avait formés, et de la cure desquels on était en droit de désespérer avant l'emploi de la médication propre à rétablir l'homogénéité des fluides, et par suite à produire la détente réparatrice dont nous venons de parler.

382. M. Osswald (ARCH. DER PHARM., t. XCVI), a analysé un goître provenant d'une femme de 70 ans; la substance en était molle, homogène, traversée de lamelles fibreuses d'un brun rouge, incolore elle-même, grasse au toucher. Lorsqu'on l'exprimait dans du papier, elle était cristalline et brillante. Par la chaleur modérée, elle perdit 80 p. 100 de son poids et se fonça en couleur. Son analyse donna pour la matière sèche les proportions suivantes :

Cholestérine	40,0
Graisse soluble dans l'éther	30,0
Albumine et fibrine	28,0
Phosphate de chaux	0,5

Voici l'analyse d'une tumeur, par Kopp. Cette tumeur, située dans la région iliaque externe, consistait en un liquide pulpeux gris sale, renfermant des plaques blanchâtres peu consistantes, composées de cellules d'épithélium dont les intervalles renfermaient des cristaux microscopiques de cholestérine. Pendant la dessiccation, cette tumeur répandait une odeur de fromage. 100 parties ont donné :

Caséine insoluble, tissu cellulaire, matière fibreuse.	13,25
Caséine soluble	2,77
Albumine soluble	5,45
Cholestérine	7,35
Graisse saponifiable	2,53
Eau	65,80
Phosphate de chaux, de soude. } Traces de sel marin et de phosphate de magnésie. }	2,54

Valentin a rencontré dans un kyste méliceris :

Albumine coagulée	52,49
Élaïne et oléate de soude	28,50
Cholestérine	3,12
Stéarine	1,96
Albumine liquide alcaline	9,17
Chaux, potasse, magnésie	0,92

Hecht a trouvé le tubercule cru composé de :

Fibrine, 30; albumine, 23; gélatine, 27; eau et perte, 27.

---

un malade mené de force à bonne fin, en éloignerait cent autres, destinés dès lors à devenir la pâture du charlatanisme.

Aussi l'administration devra-t-elle appliquer tous ses soins à rendre le séjour de l'hôpital plus supportable, je dirai même plus agréable aux malades, afin qu'ils y demeurent volontiers; car, au fond, ils savent parfaitement que si personne n'a droit, personne non plus n'a intérêt à les y retenir, et qu'on n'agit ainsi que pour leur propre bien. Parmi ceux qui paraissent actuellement les plus rebelles, bon nombre souscriraient donc à y demeurer le temps nécessaire, si l'habitation leur en était moins incommode. — Parlant surtout d'après mon expérience à l'Antiquaille, j'indiquerai sommairement les règles les plus urgentes à établir dans ce but :

1° Que les malades aient, tous les huit ou quinze jours, quelques heures de sortie, ou même plus souvent en cas de besoin bien constaté. — Cette privation leur est actuellement d'autant plus pénible qu'ils voient à côté d'eux les payants, atteints du même mal et suivant le même traitement qu'eux, n'y être point soumis. — Pour les assujettir à rentrer, on aurait d'abord la menace de leur refuser à l'avenir l'admission en cas de retour du mal, puis la faculté de leur faire déposer un objet de quelque valeur, comme cela se pratique à la Charité pour obliger les parents des enfants vaccinés à les ramener sous huitaine.

2° Améliorer autant que possible le régime alimentaire, les objets de literie, le chauffage, les conditions d'aération, etc., toujours d'après cette idée qu'en le faisant, on travaillerait et pour eux, et surtout pour la société, si gravement compromise par leur sortie avant guérison.

3° Établir une salle spéciale *de convalescents* où la nourriture meilleure, quelques promenades, un peu plus de liberté, la faculté de recevoir plus fréquemment des visites du dehors, concourraient à faire supporter plus patiemment à ceux qui y seraient admis le supplément de séjour nécessaire à leur entière guérison.

4° Exclure du nombre des gens de service ceux qui se montreraient grossiers ou méprisants envers les malades; même précaution vis-à-vis de ceux qui, ne voyant dans la syphilis que la juste expiation d'un péché, dans les pansements des vénériens qu'une indécence, se laisseraient, par une vertu hors de place, entraîner à imiter cet exemple. (J'ai eu le bonheur de trouver à l'Antiquaille, dans le frère préposé en chef à la direction de mon service, un exemple irréprochable de la manière dont une tolérance éclairée peut ici se concilier avec les sentiments les plus religieux.)

5° Presque tous les malades se croient guéris, et veulent sortir dès qu'ils n'ont plus de symptômes apparents. Il sera donc souvent de leur intérêt de ne pas les en débarrasser trop vite. Je n'ai jamais manqué, par exemple, de laisser durer six semaines ou deux mois des tubercules muqueux que j'eusse aisément guéris en huit jours, lorsque je lisais dans les yeux d'un malade incrédule, insouciant ou stupide, qu'il n'attendait que leur disparition pour m'échapper.

6° Au cas de sortie nécessitée par des affaires urgentes, le malade ne quitterait pas l'hôpital sans qu'on eût pris devant lui une note détaillée sur l'espèce, les caractères, l'ancienneté de son affection, et sur les remèdes employés. — J'ai souvent observé combien cette simple précaution enchaîne celui qui en est l'objet à revenir auprès du même médecin. La consultation gratuite lui serait ouverte pour continuer le traitement; on pourrait même, chez ceux où la cure

Lassaigne y a en outre rencontré du phosphate calcaire.

Selon un autre chimiste, la matière tuberculeuse à l'état cru est en partie formée de caséine insoluble qui, dans les tubercules ramollis, devient soluble à la faveur de l'alcali qui s'y développe.

Les croûtes qui se forment sur les boutons de la petite vérole sont formées, selon Lassaigne, de :

Albumine, 78; graisse, 2; ext. de viande, 18; sels, 2.

Preuss (de Berlin) attribue la composition suivante à des tubercules extraits des poumons d'un enfant mort de phthisie. 100 parties de ces tubercules séchés à 100° ont fourni :

Cholestérine soluble dans l'alcool bouillant		4,94
Oléate de soude soluble dans l'eau et l'alcool à froid		13,50
Matière particulière Sel marin Lactate et sulfate de soude	le tout soluble dans l'eau et l'alcool à froid.	8,46
Caséine Sel marin Sulfate et phosphate de soude	le tout soluble dans l'eau, insoluble dans l'alcool.	7,90
Caséine insoluble, oxyde de fer, phosphate de chaux, carbonate de chaux, magnésie, soufre		65,11
		99,91

M. F. Boudet (J. de Phar., t. VI, p. 335), a reconnu que le tubercule pulmonaire à l'état de crudité donne de la gélatine par l'action prolongée de l'eau bouillante, et qu'il cède à l'eau froide; de l'albumine, de la caséine, et qu'il se réduit à une substance qui offre les caractères de la fibrine. L'alcool, à son tour, extrait de la matière tuberculeuse : des acides oléique et margarique, de la graisse neutre, de l'acide lactique libre, du lactate de soude, des matières extractives de l'acide cérébrique, et une proportion de cholestérine formant à peu près le vingtième de la masse supposée sèche.

Le même chimiste a trouvé le *foie gras* composé de :

Eau	55,15
Matière animale séchée à 100°	13,32
Graisse formée d'oléine et de margarine, et légèrement acide	30,20
Cholestérine	1,33
	100,00

Selon M. Andral, la dégénérescence graisseuse du foie est une altération qui se rencontre presque exclusivement chez les individus dont les poumons contiennent des tubercules.

381. Plusieurs des analyses ci-dessus présentent de la cholestérine et d'autres matières grasses au nombre des composants des tumeurs et liquides pathologiques qui en sont l'objet. Nous ferons à ce propos une dernière hypothèse. M. Blondeau, professeur de physique du collège de Rhodez, dans un travail original (J. de Pharm., t. XII, p. 337) sur les fermentations, a établi que, sous l'influence de certains ferments, les matières neutres azotées, telles que la fibrine, l'albumine, la caséine, ne participant plus à la vie animale, sont susceptibles de se transformer en corps gras. Les matières grasses des produits pathologiques dont nous venons de présenter la composition n'auraient-elles pas cette origine? ne seraient-elles pas le résultat d'une *fermentation adipeuse*, d'un dépôt originairement caséeux ou albumineux?

Cette hypothèse n'aurait qu'un médiocre intérêt, si nous ne cherchions pas à en tirer les conséquences pratiques. Les substances albumineuses sont solubles dans les composés alcalins de l'iode, tandis que les corps gras ne le sont pas, ou du moins ne nous paraissent devoir être résorbés que fort difficilement sous leur influence. Ne s'ensuit-il pas, notre hypothèse supposée valable, que si l'on se hâte d'employer ces composés aussitôt l'apparition du mal, et mieux dès son imminence si on pouvait la saisir, excepté pour la syphilis, qui semble exiger une certaine gravité, on a beaucoup plus de chance de succès qu'en agissant autrement?

CHOIX DU MÉDICAMENT IODIQUE.

382. Toutes les maladies que nous venons de passer en revue peuvent être traitées avantageusement soit par l'iode, soit par les iodures alcalins, soit encore par ces derniers, auxquels on adjoint une plus ou moins grande quantité du premier de manière à former des iodures iodurés. Rappelons que c'est l'iode métalloïde lui-même qui a fondé sa propre réputation; qu'ensuite sont venus successivement d'abord l'iodure de potassium ioduré, puis l'iodure de potassium neutre. Nous avons donc à nous poser cette question dont la solution nous semble digne de l'attention des praticiens : à laquelle des préparations iodiques, l'iode lui-même compris, doit-on donner la préférence dans le traitement interne des affections qui réclament la médication iodique?

383. L'iode métalloïde a l'inconvénient d'irriter fortement, même à petites doses, la muqueuse du tube digestif témoin les accidents sans nombre qui résultèrent de son emploi inconsidéré peu après les connaissances des travaux de Coindet, et qui faillirent même compromettre sa réputation en le faisant classer parmi les poisons les plus dangereux. Sous le rapport pharmacotechnique, il offre également de grands inconvénients : ainsi, il ne se prête qu'à un très-petit nombre de formes pharmaceutiques; insoluble dans l'eau (il ne s'y dissout que dans la proportion de 1/7000), ce n'est qu'à l'aide de l'alcool qu'on peut l'administrer à l'intérieur; encore arrive-t-il qu'en traversant la bouche il y trouve des liquides aqueux, lesquels précipitent l'iode, qui n'arrive dans l'estomac qu'après avoir tapissé pendant plus ou moins longtemps les parois du pharynx et les avoir irritées. Avec l'éther qui dissout aussi et même plus facilement l'iode, les inconvénients sont encore plus manifestes qu'avec l'alcool. L'huile, il est vrai, pourrait lui servir d'excipient; mais c'est un excipient peu goûté des malades.

C'est pour remédier à ces inconvénients que l'on a proposé plus tard de rendre l'iode soluble à l'aide de l'iodure de potassium, et, chose digne de remarque, seulement à cet effet, car d'abord les praticiens qui lui associè-

(1) Avant on employait dans le même but le sel marin dont l'action dissolvante est bien moindre.

---

radicale paraîtrait fort importante à obtenir, les y attirer par l'appât d'une petite prime. — Ce système, qui dernièrement m'a bien réussi pour des recherches pathologiques que je tenais à rendre complètes, me semble mériter de ma part une recommandation toute spéciale.

§ III. — TANT QU'UN HOMME EST AFFECTÉ DE SYPHILIS, LUI RENDRE IMPOSSIBLE TOUT ACTE D'OÙ POURRAIT RÉSULTER LA TRANSMISSION DE SA MALADIE.

La syphilis se propage par génération ou par contact.

On comprend qu'à l'égard du premier mode, la société ne peut faire plus que de refuser, comme nous l'avons déjà dit, l'autorisation de contracter le mariage civil à quiconque ne produirait pas un certificat *spécial* et *récent* de santé. — Le voudra-t-elle faire? — Par un arrêté du 27 octobre 1847, M. Cunin-Gridaine, ministre du commerce, a prescrit des mesures spéciales pour « éloigner de la production les étalons tarés, défectueux ou atteints de maladies héréditaires. » Saluons avec reconnaissance ce précédent favorable à nos vœux, et espérons que, les intérêts de la race chevaline maintenant réglés, on songera peut-être enfin à ceux de l'espèce humaine!

Quant à la transmission par contact, à voir l'infinie et capricieuse variété qui, de nos jours, préside aux relations sexuelles, on pourrait désespérer de parvenir, à l'aide de règlements de police, à les rendre exemptes de contagion syphilitique. Le problème cependant n'est rien moins qu'insoluble; il suffit de l'aborder de face et sans fausse pruderie, s'inspirant de la pureté du but, pour fouler les préjugés et braver les scrupules méticuleux qui toujours encombrent les abords de pareilles questions.

Séparons d'abord des affections vraiment syphilitiques la blennorrhagie, maladie toute locale qui peut naître de la seule malpropreté, visite les ménages les plus vertueux et ne compromet en rien la santé de leurs enfants à venir.

Cette élimination faite, il est positif que la propagation de la syphilis proprement dite est renfermée dans certaines limites, plus étroites qu'on ne le pense. Un homme qui en a les symptômes et qui ne peut ignorer qu'il les a, s'il est poussé par l'aiguillon de la chair, ne va presque jamais s'attaquer à une femme honnête. Dix-neuf fois sur vingt, c'est à une prostituée qu'il s'adressera, soit à cause du mépris qu'elle lui inspire, soit que la supposant déjà infectée, il la croie incapable de recevoir une contamination nouvelle. — Or la syphilis primitive est la seule à craindre pour cette espèce de femme; car c'est la seule qui se communique par contact. Quant à la constitutionnelle, elle ne pourrait infecter que l'enfant qui naîtrait de pareilles liaisons. Mais comme les prostituées conçoivent rarement, mènent plus rarement leur grossesse à terme, comme enfin, d'après les calculs de Parent-Duchâtelet, tous ou presque tous ces enfants meurent avant la fin de la première année, il n'y a guère lieu, dans l'établissement de mesures sanitaires, de faire entrer en ligne de compte ce petit nombre d'existences déjà si fatalement vouées à la mort.

Au résumé donc, pour remplir notre troisième condition, il suffit à peu près de rendre les maisons de tolérance inabordables à tout homme actuellement porteur de *symptômes primitifs*, c'est-à-dire de lésions qui sont très-aisément reconnaissables par qui que ce soit. — C'est assez dire que, sans les juger inutiles, nous ne regardons point comme suffisants les *préservatifs* de toute espèce, consacrés par l'usage ou que le charlatanisme cherche à accréditer.

rent l'iodure de potassium dans ce but, ne comptaient nullement sur l'action propre de ce sel (1). Ce fut un perfectionnement très-grand, mais non complet; car si l'iode peut être dosé plus régulièrement, revêtir un plus grand nombre de formes, il conserve et voit même augmenter sa propriété irritante, corrosive, même pour peu que la proportion soit élevée, action que n'a pas une combinaison neutre.

C'est encore dans l'intention de se soustraire aux inconvénients attachés à l'emploi de l'iode métalloïde que Buchanan avait proposé l'emploi de l'iodure d'amidon, que d'autres proposèrent l'iodure de fer ou d'autres iodures; mais ici on commençait à s'éloigner du but.

Nous arrivons à l'iodure de potassium neutre, et par extension aux autres iodures alcalins et aux iodures terreux qui tous peuvent suppléer avantageusement l'iode dans la médication de son nom. Puisqu'il en est ainsi, lequel de ces sels convient-il de préférer? Si nous considérons que de tous ces iodures celui de potassium est le plus riche en iode, puisqu'il en contient 76/100, qu'il est celui dont la préparation est la plus facile et dont la conservation demande le moins de soins, nous lui donnerons assurément la préférence.

384. Pour résumer en quelques mots les motifs de notre préférence pour l'iodure de potassium sur les autres iodiques, préférence du reste qu'un grand nombre de médecin lui accordent déjà, mais que nous voulons plus générale encore, nous dirons que si l'on considère: 1° qu'il est du petit nombre des substances qui se prêtent avec facilité à tous les modes d'emploi, aux convenances, aux habitudes, au goût, aux caprices même des malades; 2° qu'on peut l'administrer jusqu'à 10 grammes et plus d'un seul coup sans accidents; 3° qu'il ne produit ni la dyspnée ni l'amaigrissement qu'occasionne l'iode sur certaines idiosyncrasies; 4° la régularité et l'intensité de leur action; 5° la facilité avec laquelle on l'associe à d'autres agents thérapeutiques destinés à assurer son action; 6° que l'iode lui-même n'agit, ne pénètre dans les profondeurs de l'économie qu'à l'état d'iodure alcalin, et cela au détriment de la composition normale de nos humeurs; si l'on considère tous ces avantages, disons-nous, on admettra facilement avec nous que l'iodure de potassium doit seul dorénavant constituer la médication iodique interne.

Un praticien des plus expérimenté, feu le docteur Guersant père, fortement prévenu contre l'iode, alors qu'il n'était employé qu'à l'état métalloïdique, s'y reconcilia pleinement du moment où il se mit à l'employer à l'état d'iodure de potassium. Nous en dirons autant du docteur Lagneau.

385. Corrigeons cependant ce que notre dernière proposition peut avoir de trop absolu; ne cachons pas la vérité sous la vanité d'une idée systématique ou le plaisir de faire de la nouveauté. Nous avons vu l'iodure de potassium ioduré, bien que nous en ayons dit d'une manière générale, réussir là où l'iodure potassique laissait le mal stagner, et ces exemples se sont surtout montrés chez les scrofuleux. Faut-il en attribuer la cause à ce que l'iode dissous à la faveur de l'iodure est retenu plus longtemps dans l'économie que l'iodure lui-même, ainsi qu'un auteur l'a prétendu dernièrement? Telle n'est pas notre opinion, car ce serait admettre que l'iode produit son action dynamique principale à l'état d'élément; or c'est ce que nous n'admettons pas. Mais nous croyons avoir l'explication de cette particularité en ce que chez beaucoup de scrofuleux l'apathie est si grande, si générale, que l'économie a besoin d'être fortement stimulée pour devenir apte à recevoir l'action du remède, absolument, qu'on nous permette cette comparaison, comme un aliment pour être digéré par un estomac paresseux a besoin d'être relevé par un condiment; or l'iode non combiné est un excitant énergique. Telle nous paraît être, nous le répétons, la cause en vertu de laquelle l'iodure ioduré du potassium et l'iode lui-même, si l'on veut, l'emportent dans ces circonstances exceptionnelles sur l'iodure de potassium neutre, et tel est aussi le motif de la préférence accordée par le docteur Lugol à ceux-là sur celui-ci.

Ajoutons encore, pour compléter notre parallèle, qu'à notre avis il y a entre l'action thérapeutique de l'iode métalloïde et celle de l'iodure de potassium la même différence qu'entre le mercure métallique et le sublimé corrosif, ou qu'entre le soufre et les sulfures alcalins.

386. Quant aux autres composés chimiques de l'iode que nous n'avons point encore mentionnés, l'*acide iodique* et les *iodates*, d'après les quelques médecins qui les ont expérimentés, paraissent loin d'avoir une action thérapeutique aussi marquée que l'iode et les iodures alcalins. L'*acide iodhydrique*, lui, paraît avoir une action iodique prononcée; mais sa conservation et son administration présentent des difficultés. D'ailleurs, s'il offre quelque avantage sur l'iode, il est inférieur à l'iodure potassique, puisqu'il doit se combiner avec les alcalis de l'économie pour exercer son action médicatrice. Il n'y a donc aucun motif qui puisse le faire rechercher. L'*iodoforme* ou *carbure d'iode* est le composé chimique d'iode qui renferme la plus forte proportion de ce corps, puisqu'il en contient plus des neuf dixièmes. Malgré cela, nous n'avons pas connaissance que son action iodique dépasse et même égale celle de l'iodure de potassium. C'est d'ailleurs un produit cher. Faisons néanmoins remarquer, en terminant, que ces divers composés de l'iode n'ont point été jusqu'à présent suffisamment expérimentés, soit dans les mêmes cas que les autres iodiques, soit pour remplir de nouvelles indications, pour que l'on puisse asseoir un jugement définitif à leur égard.

(*La suite prochainement.*)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

HISTOIRE D'UNE PUSTULE MALIGNE ET DE SES EFFETS SECONDAIRES CHEZ UNE FEMME ENCEINTE; communiquée par le docteur PAPILLAUD.

OBS. X..., négresse de 25 à 30 ans, d'une bonne constitution, enceinte de six mois environ, ayant déjà eu plusieurs enfants à terme et bien constitués, s'aperçut de l'existence d'un bouton, accompagné de prurit et de gonflement sur la lèvre supérieure, à droite, immédiatement après le sillon médian, aux confins de la muqueuse et de la peau. Bientôt le gonflement envahit la face entière, le cou et la partie supérieure de la poitrine. Le médecin qui soignait cette femme, méconnaissant la nature de la maladie, se borna à faire faire des applications de sangsues sur les régions tuméfiées, à prescrire des lotions émollientes pour topiques et des purgatifs à l'intérieur.

Ce médecin s'étant absenté, nous pria de le remplacer auprès de cette malade; nous la vîmes pour la première fois environ au septième jour, à dater de l'invasion de la maladie, la pustule apparaissait déprimée au milieu d'un large bourrelet charbonneux, le pouls était à 120, la respiration à demi interceptée par le gonflement du cou. La circulation peu énergique, la faiblesse générale, la peau inondée de sueur, et enfin la déglution possible seulement pour les liquides.

M. Ricord avait souvent, dans ses cliniques, émis le vœu qu'un médecin fût attaché à chacun de ces établissements, afin de visiter ceux qui en forment la clientèle, et de leur refuser l'entrée dans le cas où ils seraient reconnus malades; mais, fût-elle même réalisable, une pareille mesure manquerait essentiellement le but: vexatoire pour les femmes, humiliante pour les hommes, si on ne parvenait à l'éluder, elle aurait bientôt pour résultat l'abandon de ces maisons, que malheureusement la société, dans son organisation actuelle, a intérêt à maintenir ouvertes et en activité.

L'inspection sera-t-elle pratiquée par les dames de maison? Mais comment les obliger à s'en charger, à la faire exacte, sincère? La difficulté est immense. Inaccessibles à tout mobile honorable, ces femmes ne sont touchées ni par les considérations de la morale la plus vulgaire ni par le soin de la santé de leurs filles. A qui pourra payer, jamais il ne leur arrivera de refuser l'entrée. Toute surveillance serait ici illusoire; car ou ces inspections se feront secrètement, et alors visiteuse et visité s'en dispenseraient l'un l'autre à l'envi, ou la police sera là pour en assurer l'exécution, et nous retombons, en ce cas, dans tous les inconvénients, signalés plus haut, d'une trop grande publicité.

J'en rougis presque pour elles; mais l'expérience de tous prouve qu'on n'a de prise sur ces malheureuses que par l'intermédiaire des penchants les plus bas. Or, s'il est un besoin inné chez toutes les dames de maison, c'est, Parent-Duchâtelet l'a dit, « le respect et la déférence qu'elles exigent de leurs subordonnées. » S'il est chez celles-ci un sentiment universel et invincible, c'est, toujours d'après Parent, « la haine et le mépris profond qu'elles ont pour leurs maîtresses. » Il m'a semblé qu'il y avait, dans la fange de ces honteux instincts, quelque chose à utiliser pour le philanthrope; qu'on pouvait trouver dans cet antagonisme même les éléments du seul contrôle capable de rendre moins illusoires les *visites d'hommes* que je propose. Voici de quelle manière l'on pourrait procéder.

Un règlement de police obligerait les maîtresses de maison à examiner tout homme se présentant chez elles. Cette exploration, qui n'aurait besoin de porter que sur un seul organe, se ferait rapidement et sans témoins. Si l'individu était trouvé sain, il lui serait délivré une carte, sur laquelle serait inscrite la date du jour, et l'on y mentionnerait en outre une particularité individuelle distinctive, n'appartenant qu'à lui et facile à relever en un instant (comme, par exemple, l'indication de sa taille et la mesure d'un de ses poignets, cette dernière exactement évaluée en millimètres). Cette carte donnerait *seule* droit de pénétrer dans l'intérieur de l'établissement, et toute fille saurait qu'elle peut se refuser à celui qui ne la présenterait pas, ou qui en montrerait une dont elle vérifierait que les indications ne s'appliquent pas à lui.

Je ne prétends point livrer ce projet comme immédiatement réalisable sans modifications; il me semble cependant, tel qu'il vient d'être présenté, offrir assez de garanties soit à la société, soit aux diverses personnes qu'il intéresse.

Les hommes qui fréquentent ces lieux, qui ont le courage d'en dépasser le seuil, ne reculeraient pas devant une visite secrète; redouteraient-ils l'humiliation d'être refusés? Mais ils l'éviteront aisément en n'y allant pas dès qu'ils se sentent malades. La carte ne peut les compromettre, puisqu'elle reste entre leurs mains, et qu'on n'y inscrit pas leur nom.—D'ailleurs, qui oserait réclamer le premier con-

Nous nous hâtâmes de scarifier profondément, et dans tous les sens la pustule et son bourrelet, et de cautériser ces scarifications avec l'acide azotique. Une hémorrhagie en nappe venant peut-être de l'artère labiale intéressée dans ces incisions dura pendant près de deux heures. Sur la surface cautérisée, nous fîmes appliquer un cataplasme et plus tard des compresses imbibées d'alcool camphré étendu d'eau; enfin des lotions semblables furent faites sur toute l'étendue de la tuméfaction. Le lendemain, deuxième application d'acide nitrique, et la malade fut mise à l'usage interne du camphre et d'une infusion légère de quinquina. Les symptômes généraux s'amendèrent graduellement, la tuméfaction diminua, un travail d'élimination commença autour des tissus mortifiés par une suppuration de bonne nature; enfin, après une huitaine de jours, nous trouvâmes cette malade assez bien pour cesser nos visites.

Cinq jours s'étaient à peine passés que notre confrère, qui continuait de soigner cette malade, remarqua que le bas-ventre avait tout à coup considérablement augmenté de volume et qu'il était le siége d'une douleur continue.

Trois jours après l'accouchement eut lieu; le fœtus, excessivement petit et maigre, ne paraissait pas avoir atteint l'âge de 7 mois; l'accouchement fut lent, mais naturel, la femme perdit peu de sang.

Le quatrième jour, après cet accouchement, nous fûmes rappelé près de la malade; le pouls était devenu fébrile et donnait de nouveau 120 à la minute, l'utérus volumineux et dur s'élevait en une boule parfaitement distincte et palpable jusqu'auprès de l'ombilic; cette boule était excessivement douloureuse au toucher, tout écoulement lochial avait cessé, ou, pour parler plus rigoureusement, il ne s'en était pas établi, les seins étaient vides, il y avait constipation opiniâtre depuis l'accouchement. Deux saignées et deux applications de sangsues, de 30 chaque, furent faites en 48 heures, un laxatif salin rétablit les évacuations alvines, des cataplasmes sinapisés furent posés deux fois par jour sur les mamelles; le troisième jour troisième application de 20 autres sangsues. Dès ce moment la fièvre se calma, le ventre s'affaissa et devint souple et indolent, et la sécrétion laiteuse s'établit. Nous primes congé une deuxième fois de cette malade et nous la laissâmes en convalescence.

Quatre jours ne s'étaient pas écoulés que nous fûmes mandé de nouveau; le ventre venait une seconde fois de se tuméfier avec des douleurs plus aiguës que les premières, la patiente présentait le décubitus dorsal, les pupilles dilatées, la respiration anxieuse et précipitée, le pouls à 132; les deux tiers supérieurs de l'abdomen sont sonores à la percussion; le tiers inférieur donne un son mat, mais on n'y trouve pas, comme précédemment, le globe utérin distinct et anormalement développé, il y a un flux intestinal avec épreintes et ténesmes, les matières sont aquo-albumineuses. Une saignée, et deux applications de sangsues, de 15 chaque, furent faites en 48 heures, l'opium fut donné à l'intérieur. La saignée fournit une énorme proportion de sérum pour un coagulum très-petit et très-rouge. Cet aspect du sang et le degré de pâleur des muqueuses, nous firent juger que la mesure extrême des saignées avait été atteinte et que désormais il y fallait renoncer.

A partir de ce moment, nous employâmes les onctions mercurielles avec la pommade double à la dose de 30 grammes par jour jusqu'à la salivation. Pendant ce temps, nous pûmes suivre jour par jour les progrès d'un épanchement abdominal qui s'éleva graduellement jusqu'au niveau de l'ombilic, puis observer la marche inverse que suivit cette suffusion en se résorbant. Le flux intestinal ne fut que modéré et non supprimé par l'opium ingéré par l'estomac ou par le rectum, bien que la dose en fût portée quelquefois jusqu'à 10 centigr., et nous ne regardâmes point cette circonstance comme fâcheuse.

A un certain degré de l'épanchement abdominal, les genoux et les mollets devinrent douloureux et les extrémités inférieures s'infiltrèrent; la peau se mortifia et s'ulcéra au niveau du sacrum, des grands trochanters et des crêtes iliaques; pendant plusieurs jours le délire fut continuel, la prostration excessive et la suffocation imminente; ce dernier symptôme paraissait être hors de proportion avec la quantité de l'épanchement.

Nous suivîmes invariablement le traitement par les onctions mercurielles, donnant à l'intérieur l'opium d'abord, puis l'infusion de quinquina et quelques diurétiques, tels que le nitrate de potasse et l'oxymel scillitique. Des indications accidentelles que nous crûmes saisir, nous firent prescrire une fois le sulfate de quinine, une autre fois le seigle ergoté, sans que nous en retirassions aucun résultat apparent.

Pendant quinze jours que dura cette maladie, il y eut à trois reprises une aggravation de tous les symptômes qui nous fit pronostiquer la mort comme inévitable. Mais heureusement ce pronostic ne se vérifia pas, et nous vîmes diminuer graduellement jusqu'à disparaître tout à fait, la suffusion, le flux intestinal et le mouvement fébrile.

Une fois la convalescence établie, l'écoulement lochial apparut. Quant à la plaie de la lèvre, elle avait toujours marché vers la guérison; l'escarre formée par la pustule cautérisée s'était détachée laissant une cicatrice profonde, mais peu étendue. La salivation mercurielle avait été très-modérée; une fois établie, on avait cessé les onctions et employé des gargarismes émollients d'abord, astringents plus tard. Le lait s'était tari dès le commencement de la dernière période de la maladie.

Cette observation nous a paru doublement intéressante, d'abord sous le rapport de l'influence que peut avoir une pustule maligne, même quand elle se termine heureusement sur l'état de gestation, et ensuite à cause de la marche qu'ont suivie les accidents utéropéritonéaux.

Nous voyons en premier lieu l'affection locale négligée par un traitement impropre se généraliser dans tout l'organisme, mais cependant la désorganisation du foyer septique par le caustique arriver encore à temps pour sauver le sujet d'une infection plus profonde et peut-être mortelle; car assurément, si cette femme eût été dans l'état de vacuité et dans les conditions normales de la santé, sa maladie se terminait à la première partie de notre observation et n'allait pas plus loin. Mais il se trouva qu'un organe était en ce moment chez elle le siége d'une vitalité anormale exagérée, et ce fut sur lui que se concentrèrent les forces morbides lancées dans l'organisme par un foyer désormais éteint. L'utérus s'enflamma et sa phlogose détermina l'avortement; l'expulsion de l'œuf et le dégorgement qui en est la conséquence, suspendirent quelque temps la marche de la maladie qui reprit son cours après ce peu de répit. La phlegmasie utérine, enrayée par un traitement énergique, ne le fut cependant pas si complétement que, de la muqueuse et du tissu de l'utérus, elle ne passât sourdement à l'enveloppe séreuse où elle reprit une nouvelle acuité, péril plus grand par lui-même que ceux qui avaient précédé et redoublé encore par le fait de venir à leur suite.

Enfin, il nous semble que cette observation enseigne encore que *métro-péritonite* ne représente pas deux mots irrévocablement accolés l'un à l'autre quand il s'agit des phlegmasies puerpérales; que la métrite et la péritonite peuvent exister isolément ou successivement aussi bien que simultanément, et que leur existence n'entraîne pas toujours à leur suite l'appareil morbide connu sous le nom de fièvre puerpérale, et réciproquement que la fièvre puerpérale doit pouvoir exister sans la phlegmasie double ou simple du péritoine et de l'utérus.

Nous terminerons par une remarque sur la rareté de la pustule maligne dans la province de Rio-Grande du Sud, bien que toutes les causes qui peuvent la développer chez l'homme semblent s'y trouver réunies. Ce pays renferme une innombrable quantité de bétail; son commerce d'exportation, qui consiste en cuirs et en viande séchée, nécessite un maniement continuel des peaux, de la chair et autres débris d'animaux. Non-seulement la viande et les peaux, mais aussi les crins, les cornes, les sabots, sont ex-

---

tre une telle mesure, en faveur de laquelle l'opinion publique se prononcerait sans doute énergiquement?

Le droit de refuser toute carte non en règle, conférée aux filles la faculté de se soustraire à l'infection, et celle, plus précieuse peut-être pour elles, de contrôler jusqu'à un certain point les actes de leurs maîtresses! C'est assez dire avec quel scrupule elles voudront s'acquitter de la partie de surveillance que le projet leur attribue.

De leur côté, les dames de maison seront, par la seule crainte de ce contrôle, retenues de se laisser aller à une tolérance trop grande. Délivrer une carte de santé à un malade, les exposerait non-seulement à de bruyantes récriminations de la part de leur population féminine, mais encore à l'amende ou à la fermeture de l'établissement si une plainte était déposée à la police.—Naturellement cette plainte devra, pour être valable, être faite dès le lendemain, soutenue par le témoignage de l'homme lui-même et appuyée de la présentation de sa carte; aussi aura-t-elle sans doute très-rarement lieu. Mais les maîtresses, appréhendant toujours qu'une fille ne s'entende avec quelqu'un pour leur rendre ce mauvais service, n'en seront que plus attentives à noter exactement sur la carte le signe distinctif de celui à qui elles la délivrent; car, en marquant une mention vague et capable de s'appliquer à d'autres individus, elles demeureraient sans défense, au cas où une fille malintentionnée trouverait moyen de prendre cette carte et ferait avec elle soutenir une plainte par un autre homme malade, et à qui ce signalement fautif se trouverait convenir.

Quant aux prostituées libres, non en maison, le bienfait de semblables mesures s'étendrait bientôt indirectement à elles; car leur adoption générale dans les établissements patentés les autoriserait à assujettir elles-mêmes à une visite tous les individus de santé suspecte qui viendraient les rechercher.

H. Diday,
Ex-chirurgien en chef de l'Antiquaille de Lyon.

— Mortalité à Londres. — La semaine terminée le 2 mars n'a fourni que 896 décès, chiffre bien inférieur à celui des années précédentes dans la même saison. Voici la marche descendante de la mortalité pendant le mois qui vient de s'écouler : 1,094, 938, 911, 896. A pareille époque, de 1840 à 1849, la mortalité n'a jamais été moins bas que 916, et plus souvent elle s'est élevée à 1,000. L'année passée, à l'approche du choléra, elle avait atteint 1,138. Dans les huit principales épidémies, à l'exception de la diarrhée, il y a eu une décroissance marquée. 18 personnes ont été victimes de cette dernière maladie (les deux tiers des enfants). Ce chiffre ne diffère pas beaucoup de la moyenne; mais il est plus fort que celui des dix semaines qui ont précédé. Un enfant de 8 ans est mort en dix-sept heures du choléra anglais. 93 femmes sont mortes de consomption, la moyenne étant de 136. D'autres maladies des voies respiratoires ont fourni 176 décès.

ploités. Outre cela, ce bétail fouroit une immense quantité de cadavres entiers et de débris de cadavres qui se putréfient à l'air libre. Ne sont-ce pas là les conditions les plus favorables au développement et à la transmission de la pustule maligne? Cependant, depuis plus de cinq ans que nous pratiquons la médecine ici, il n'y a que cinq cas qui soient venus à notre connaissance, et ils ont eu lieu tous dans l'espace d'un mois; enfin, outre ces cinq exemples, nous n'avons encore jamais rencontré les cicatrices qui suivent cette affection quand, abandonnée à elle-même, elle se termine par guérison.

DE L'INFLUENCE DES PLAIES PÉNÉTRANTES DU THORAX SUR L'AFFAISSEMENT DU POUMON; par M. MEYNIER.

Monsieur le rédacteur,

Je viens de trouver dans votre avant-dernier numéro, au compte rendu des séances de la Société de biologie, la note suivante de M. Brown-Séquard (1) :

« En faisant cette expérience (l'ouverture de la poitrine de plusieurs lapins par la section d'une des côtes), il m'est arrivé *deux fois* de voir le poumon « faire » hernie par la plaie du thorax, à chaque *inspiration*; je voyais alors la portion » herniée du poumon se dilater et tendre à s'échapper davantage de la poitrine. »

Comme il est inutile à mon objet et à ce débat de rapporter ici l'article au bas duquel cette note existe, je le passerai sous silence. D'ailleurs, les abonnés de votre estimable journal pourront y retrouver le mémoire auquel je fais allusion.

Si vous voulez bien vous rappeler l'observation si intéressante de plaie pénétrante de la poitrine, *sans affaissement du poumon*, que j'ai eu l'honneur de vous adresser jadis, et que vous avez accueillie dans le n° 51, 18 décembre 1847, vous comprendrez l'intérêt que m'a offert la note de M. Brown.

A cette époque, dans les réflexions ajoutées à mon travail par la rédaction de la GAZETTE, j'étais traité avec assez de sévérité pour qu'il me fût difficile de me résigner au silence. Mais « l'homme propose et Dieu dispose. » Le redoublement hibernal de la besogne médicale d'abord, puis la révolution de février et les sollicitudes tout autres qu'elle a données à chacun, m'ont bien forcé de différer ma réponse!

Aujourd'hui l'occasion est trop belle pour que je la laisse échapper.

Voici bien l'expérience que la GAZETTE invoquait alors, l'expérience qu'elle me reprochait de n'avoir pas exécutée, quoique le hasard l'eût fournie, lui, assez complètement! Et cette expérience est faite, itérativement faite, par un des membres les plus éclairés, les plus actifs d'une association parisienne! Cette fois, c'est dans la capitale, par un médecin de la capitale, que la chose a été constatée!

La lecture, même superficielle de mon observation, ne pouvait laisser place au moindre doute, et surtout à la comparaison avec celle de M. Cruveilhier. L'hiatus du thorax de ma blessée était « capable de laisser passer une pomme de moyenne grosseur » (numéro cité, page 1010, col. 2, lig. 24 et 25). Il n'y avait donc pas d'interception, même momentanée, de l'entrée de l'air. Cette circonstance *que le poumon ne s'affaissait nullement*, était, par conséquent, aisée à vérifier, à contrôler à volonté. Cela était en contradiction avec les auteurs, avec Bichat, si l'on veut : tant pis pour les auteurs, tant pis pour Bichat! C'est bien en ce temps qu'il est permis de *jurer in verba magistri!*

Dans le cas que j'ai relaté, *le poumon ne s'affaissait pas*. Dans les vivisections de M. Séquard, c'était bien plus curieux encore : LE POUMON FAISAIT HERNIE! Qui avait raison, en 1847, de dire que tout cela était à reviser?

Agréez, etc.

RÉPONSE. — Nous n'éprouvons aucun embarras à publier la lettre de notre honorable confrère. Elle ne modifie en rien nos opinions précédemment émises, parce que les faits particuliers qu'il leur oppose ne contrarient en aucune façon les lois physiologiques générales sur lesquelles nous nous fondons. Rappelons-les une et les autres.

On sait, depuis les expériences de Bichat, répétées un grand nombre de fois, qu'un animal auquel on a ouvert les parois de la poitrine ne tarde pas à périr d'asphyxie, si les plaies thoraciques sont restées béantes, c'est-à-dire en libre communication avec l'air extérieur. Quel est le mécanisme de cette asphyxie? La colonne d'air extérieur venant faire équilibre à la colonne intérieure, le poumon, tout entier dominé par sa force élastique, cesse de se dilater et par conséquent de recevoir l'oxygène nécessaire à l'hématose. Voilà le fait général, voilà le fait habituel. A ce fait cent fois vérifié, M. Meynier oppose le fait exceptionnel qu'il a constaté, étayé de l'observation incidente de M. Brown-Séquard. Dans ces deux cas, le poumon faisait hernie à travers la plaie thoracique. Que répondions-nous en 1847 à M. Meynier? Nous lui disions : « Le fait relaté par M. Meynier n'a pas toute la portée que cet honorable confrère lui suppose; ce n'est pas même une exception à une règle, mais, selon toute apparence, un fait *autre*, produit sous l'empire de *conditions différentes* de celles qui ont conduit à établir la loi certaine du retrait du poumon à la suite des plaies pénétrantes, et nous ajouterons *béantes* de la poitrine. » Nous maintenons ces réflexions. Nous admettons donc le fait de M. Meynier, comme celui constaté par M. Brown-Séquard; ce que nous n'admettons pas, c'est l'induction que notre confrère en tire contre la réalité du fait général observé par Bichat et reproduit par un grand nombre d'expérimentateurs.

Nous avons engagé notre très-habile collègue M. Brown-Séquard à rechercher et préciser les circonstances dans lesquelles le fait observé par lui se produit; nous ferons le même appel à notre savant confrère M. Meynier. Le problème qu'ils ont soulevé est digne de toute leur attention; nous serons heureux d'en publier la solution lorsqu'ils l'auront trouvée.

(1) Nous avons reçu cette lettre il y a déjà quelques semaines : le défaut d'espace est la seule cause qui en a retardé la publication. (N. DU R.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

I. JOURNAL FUR KINDERKRANKHEITEN.

Les cahiers d'octobre, novembre et décembre 1847 renferment les travaux originaux suivants : 1° *Sur la méningite pseudo-membroneuse*; par le docteur Merbach. (Histoire nosologique de cette affection chez les enfants.) 2° *Sur les affections de la moelle de l'épine chez les enfants*; par le docteur Helfft. (Dans ce travail, l'auteur appelle l'attention des praticiens sur les difficultés du diagnostic des affections de la moelle, dans l'enfance, et sur la distinction qu'il faut établir entre la méningite spinale et la myélite; il relate plusieurs observations d'inflammation de la moelle épinière avec ramollissement.) 3° *Recherches sur l'inflammation de l'oreille interne et sur les affections cérébrales qui l'accompagnent, chez les enfants*; par le docteur Helfft. 4° *Sur deux formes de mastite chez les enfants*; par le docteur Stümcke. (Court exposé des signes et du traitement de l'engorgement des glandes mammaires, soit chez les nouveau-nés, soit à l'âge de la puberté.)

RECHERCHES SUR L'INFLAMMATION DE L'OREILLE INTERNE; par le docteur HELFFT.

Tous les médecins savent que les maladies de l'oreille interne donnent souvent lieu à des phlegmasies cérébrales. Tantôt celles-ci se développent sous l'influence de la même cause qui a déterminé l'affection osseuse du rocher (l'affection tuberculeuse), tantôt la phlegmasie de l'oreille interne est primitive et entraîne à sa suite celle des enveloppes du cerveau. Il est donc important de reconnaître l'otite interne, afin d'en prévenir, s'il est possible, les suites.

Voici le tableau que l'auteur trace de cette maladie.

Les inflammations de l'oreille interne surviennent le plus souvent avant la première dentition; il n'est pas rare de les voir éclater chez les très-jeunes enfants. Le plus ordinairement la maladie est précédée de prodromes qui durent quelques heures, ou même un ou deux jours. L'enfant crie sans discontinuer, surtout quand on le remue, éprouve des secousses au moindre bruit, refuse le sein, quoiqu'il boive à la cuiller. L'enfant est abattu, il appuie sa tête sur l'épaule de sa mère, ou, quand il est couché, il la tourne de côté et d'autre en l'enfonçant dans l'oreiller. Avec un peu d'attention, on voit que c'est toujours sur le même côté de la tête que l'enfant cherche à se reposer. Le petit malade est agité quand on le porte; il est plus tranquille quand il est couché et tombe immédiatement dans la somnolence; au moindre bruit il se réveille en poussant un cri aigu, et il se calme difficilement. Quelquefois l'oreille externe est rouge, le petit malade y porte la main. Ordinairement, la plus forte douleur ne dure que quelques heures; il survient alors par l'oreille un écoulement abondant de pus fétide, suivi de soulagement. D'autres fois, l'amélioration n'est que passagère, les douleurs reviennent à des intervalles plus ou moins éloignés, et entraînent d'autres désordres dans les fonctions végétatives.

Chez les très-petits enfants, des cris aigus poussés de temps à autre, avec intégrité complète des organes de la poitrine et de l'abdomen, doivent faire supposer au médecin que la maladie siége dans la boîte cérébrale. L'absence de vomissements et le peu de réaction fébrile écartent l'idée d'une véritable inflammation cérébrale. Quelquefois la pression sur le tragus détermine une vive douleur, ce qui facilite le diagnostic.

Outre la phlegmasie du cerveau et des méninges, les maladies des os du crâne déterminent souvent une phlébite des sinus de la dure-mère, affection plus commune chez les enfants que chez les adultes, à cause de la fréquence des affections tuberculeuses du rocher dans le jeune âge.

II. NEUE MEDICINISCH-CHIRURGISCHE ZEITUNG.

COMMENT SE FORME LE CORPUSCULE FIBRINEUX, ET QUELLE PART PREND-IL A LA FORMATION DES TISSUS PRIMITIFS? par HERM. HORN.

Suivant l'auteur, les corpuscules fibrineux de 1/140 à 1/180 de ligne se partagent en deux ou trois corpuscules sanguins qu'il appelle corpuscules de globuline. Pour s'en assurer, dit-il, il suffit de traiter le sang par l'acide nitrique concentré; cet acide maintient séparés les uns des autres les globules fibrineux et les rend très-sensibles; on voit ordinairement chez plusieurs un commencement de division.

Ces corpuscules abondent dans le sang après les repas, pendant la grossesse, dans les organismes vigoureux, les chevaux, par exemple; ils deviennent aussi très-abondants après les saignées repétées, parce que l'organisme se hâte en quelque sorte de réparer les pertes qu'il a faites en corpuscules de globuline. Mais, d'un autre côté, le sang est encore riche en corpuscules fibrineux dans les constitutions affaiblies, quand il y a ralentissement dans le travail de transformation de ces corpuscules en corpuscules sanguins. Ici le sang se rapproche de la lymphe par ses caractères. C'est ce qu'on voit chez les sujets scrofuleux ou chlorotiques, dans la fièvre puerpérale, chez les tuberculeux, dans la pneumonie et chez les individus qui travaillent dans des lieux obscurs ou dans des ateliers encombrés d'ouvriers. On comprend que la grande quantité de ces corpuscules prédispose à des troubles circulatoires, à cause de leur volume.

Pour étudier ces corpuscules dans leur développement, il convient d'examiner le sang de la veine porte ou le contenu du canal thoracique et des glandes mésaraïques. En général, plus ils sont près de leur origine, c'est-à-dire plus ils sont rapprochés de l'origine du chyle, plus ils sont granuleux; plus tard les granulations se fondent entre elles et les corpuscules s'aplatissent de plus en plus, jusqu'à ce qu'ils soient transformés en corpuscules sanguins. C'est dans la lymphe des glandes mésaraïques et du canal thoracique qu'on rencontre les corpuscules les plus granuleux, et déjà on les voit se diviser en deux ou trois corpuscules plus petits; ces derniers ont la grosseur des corpuscules sanguins, mais ils s'en distinguent parce qu'ils ne sont pas, comme ceux-ci, solubles dans l'acide acétique.

Si l'on examine la lymphe quand elle contient encore beaucoup de chyle, on y distingue une quantité considérable de molécules de 1/1000 à 1/4000 de ligne; ce sont les granules élémentaires dont la réunion forme les corpuscules granuleux; et en effet, ils diminuent à mesure qu'on examine de la lymphe plus avancée dans son développement.

L'auteur admet que ces molécules sont déjà formées dans l'intestin et passent à travers les parois de ce tube dans les vaisseaux chylifères et lymphatiques. Il s'appuie sur les expériences d'Œsterlen, qui a retrouvé des molécules de charbon dans les tissus d'animaux nourris pendant plusieurs jours avec cette substance. Ce sont ces mêmes molécules qui fournissent la matière des exsudations et concourent ainsi à la formation de tissus nouveaux.

QUEL EST LE RÔLE DU COEUR DANS LA CIRCULATION, ET D'OÙ PROVIENT SON MOUVEMENT RHYTHMIQUE SPONTANÉ? par M. H. HORN.

Si l'on examine en même temps, à l'aide de deux microscopes, la circulation dans la membrane natatoire des deux pattes d'une même grenouille, on voit que, dans certaines circonstances, le mouvement circulatoire n'est pas le même des deux côtés, ce qui prouve que le cœur n'est pas la seule cause de ce mouvement. Si, par exemple, on pince un doigt des pattes de devant, la circulation se ralentit dans les deux membranes; elle s'arrête, oscille et devient quelquefois rétrograde; elle se fait surtout plus lentement du côté qui correspond à la lésion; en même temps les capillaires sont dilatés.

Si l'on coupe le nerf sciatique d'un côté, on voit d'abord une accélération du mouvement circulatoire du côté correspondant et un ralentissement du côté opposé. Un peu plus tard, c'est l'inverse qui a lieu: ce qui montre l'influence de l'action nerveuse sur la circulation.

Si on lie rapidement le cœur, on voit le mouvement s'arrêter, puis devenir centripète dans les artères comme dans les veines; les capillaires sont en même temps dilatés. L'auteur en conclut que le cœur a pour mission de contre-balancer le mouvement centripète du sang, et de changer cette direction en mouvement centrifuge. (Cette explication nous paraît forcée, et en tout cas très-obscure. Le mouvement de recul du sang des artères s'explique naturellement par le vide qui se fait à l'origine du tronc artériel, immédiatement après la dernière contraction du ventricule. On ne comprend pas pourquoi le mouvement du sang serait primitivement centripète.)

L'action des gaz sur le sang influe d'une manière remarquable sur la direction du courant. Si l'on fait inspirer à une grenouille de l'acide carbonique, le mouvement du sang dans les capillaires est exclusivement centripète; ce mouvement devient centrifuge, au contraire, et il se fait très-rapidement sous l'influence d'une inspiration de gaz oxygène. L'acide carbonique favorise donc le mouvement centripète, tandis que l'oxygène favorise et active le mouvement centrifuge. Or la masse du sang veineux est plus considérable que celle du sang artériel, et comme le sang veineux est plus riche en acide carbonique, la tendance centripète est plus prononcée; le cœur est donc nécessaire pour rétablir l'équilibre.

On sait qu'un cœur de grenouille, séparé du corps, continue à battre très-longtemps (six à vingt-quatre heures), suivant l'auteur. Si l'on plonge ce cœur dans du chloroforme, tout mouvement cesse bientôt; les muscles se raccourcissent davantage, et se contractent encore sous l'influence d'un courant galvanique. Les vapeurs d'éther arrêtent aussi les mouvements du cœur au bout d'une demi-heure, d'une heure ou quelquefois seulement de six heures. Il suit de là que le mouvement du cœur est déterminé par l'innervation, et que les muscles conservent leur innervation plus longtemps que les nerfs; on voit aussi par là que la cause de l'action du cœur ne réside pas dans ses muscles.

SUR L'AUGMENTATION DE LA FIBRINE DU SANG DANS LES FIÈVRES; par M. H. HORN.

On sait que la lymphe se coagule faiblement, et que le coagulum obtenu se comporte comme un tritoxyde de fibrine; nous savons aussi que la fibrine se change en globuline. Ce changement commence déjà dans la lymphe même, et se fait dans une plus grande proportion à mesure que l'on s'approche davantage de l'endroit où la lymphe est versée dans le sang. Si la marche de la lymphe est accélérée, il en arrive une plus grande quantité dans le sang dans un temps donné. Or, dans les fièvres, le mouvement circulatoire général étant accéléré, celui de la lymphe se fera aussi plus rapidement. Le sang recevra donc une grande quantité de corpuscules fibrineux à un degré très-peu avancé de développement. Ces corpuscules, à cause de leur volume, devront obstruer les capillaires et donner lieu à des exsudations. On s'explique donc de cette manière l'augmentation du chiffre de la fibrine et la tendance du sang à s'épancher à travers les tissus.

III. MEDICINISCHES CORRESPONDENZ-BLATT BAYERISCHER AERZTE.

SUR L'EXCISION DE PETITES PORTIONS DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR, SANS PRODUIRE DE SOLUTION DE CONTINUITÉ DE L'OS; par le docteur J. TEXTOR.

Voici les divisions adoptées par l'auteur dans ses cours; elles se rapportent aux divers cas d'opérations qui se présentent:

1° ABLATION D'UNE PORTION DE LA SURFACE EXTÉRIEURE DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR. — Cette opération ne peut être pratiquée que pour des affections très-superficielles de l'os. Astley Cooper, Græfe, Moulinié (de Bordeaux) (1837), Pétrequin, à Lyon (1841), l'ont pratiquée avec succès pour des cas de carie, d'exostose, d'épulis.

2° RESECTION D'UNE PORTION DE TOUTE L'ÉPAISSEUR DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR, OU CEPENDANT LES BORDS SUPÉRIEUR ET INFÉRIEUR DE L'OS RESTENT INTACTS; PERFORATION DU CORPS DE L'OS. — Cette opération, qui ne peut être faite qu'avec l'ostéotome de Berthard Heine, a complétement réussi au professeur Textor (1832 et 1841) pour des cas de carie. Nous rapporterons plus bas ces deux faits.

3° EXCISION DES BORDS LIBRES.

A. RESECTION DU BORD SUPÉRIEUR DE L'ARCADE ALVÉOLAIRE.

a. Resection partielle. — Cette opération a déjà été souvent pratiquée pour des cas d'épulis, au lieu de les attaquer, comme autrefois, par le fer rouge. Le procédé ordinaire consiste à enlever une portion d'os en forme de V, en pratiquant avec une petite scie, à travers l'os, deux sections à partir du bord libre, qui tombent l'une sur l'autre à angle plus ou moins aigu; on circonscrit ainsi toutes les parties malades. Ces triangles osseux s'excisent le mieux et le plus promptement avec la pince à esquilles de M. Velpeau, parce que le bord supérieur du maxillaire inférieur renferme une masse osseuse plus spongieuse, plus molle que le bord supérieur. Si le mal est très-étendu, il semble préférable de pratiquer trois sections, au

lieu de deux; car souvent on enlève une portion d'os saine assez considérable.

On a rapporté dix-sept cas de guérison de ce genre; ils sont tirés de la pratique de MM. Crampton, Martin, à Lubeck, Wuzer, à Munster et Halle, Velpeau (trois cas), Textor (trois cas), Jæger, Walther, Lallemand, Pétrequin (deux cas) et A. Bérard,

Le professeur Pilha (de Prague), qui a aussi pratiqué cette opération avec succès, caractérise ainsi les avantages de ce procédé : « Dans ces excisions partielles du maxillaire inférieur, on n'a qu'une plaie simple de l'os, tandis que, dans la resection complète de tout l'os, on a une fracture compliquée, avec perte de substance. »

b. Resection du bord supérieur. — L'ablation de tout le bord alvéolaire ne paraît avoir été pratiquée qu'une seule fois, par le docteur Regnoli (de Pise). Vu le peu d'épaisseur de l'os, on pourrait l'entreprendre avec un ostéotome, et si les désordres n'étaient pas très-considérables, on pourrait la pratiquer en tenant la bouche fortement ouverte, sans intéresser les lèvres ou les joues.

B. RESECTION DU BORD INFÉRIEUR.

a. Resection de tout le bord inférieur. — Cette opération est très-rare; Walther l'a pratiquée en 1833 avec succès, pour une exostose éburnée du bord inférieur du maxillaire inférieur, chez un sujet âgé de 20 ans, et atteint de phthisie. Vu l'état de faiblesse du sujet, l'opération dut être pratiquée en deux temps, avec un intervalle de vingt et un jours.

Une incision courbe, qui suit le bord inférieur de l'os, et commençant à l'angle droit du maxillaire inférieur pour finir à l'angle gauche, permet, après avoir séparé les parties molles de la surface externe de l'os, de reséquer avec l'ostéotome tout le bord supérieur du maxillaire inférieur. L'opération est plus facile comme l'a fait Walther, si l'on divise l'os à son milieu par une section perpendiculaire.

L'avantage de cette opération est de conserver au malade toutes ses dents, en même temps que tous les mouvements et la direction du maxillaire inférieur.

b. Resection d'une partie du bord inférieur. — Cette opération est très-rare. On se contente ordinairement d'une excision droite, dirigée le long du bord de l'os, lorsque la portion à enlever n'est pas très-considérable. Dans ce dernier cas, on ferait sur le milieu de l'incision transversale une incision perpendiculaire de manière à produire une incision en ⊥, dont les deux lambeaux, détachés sur les côtés, laisseront à la scie plus d'espace qu'une simple incision transversale; on bien encore on pourrait faire des incisions perpendiculaires aux extrémités de l'incision transversale, de manière à obtenir des lambeaux qui, rejetés en haut, permettront de saisir la portion à reséquer.

Cette subdivision comprend encore l'*ablation de l'angle de la mâchoire inférieure*, pratiquée en 1817 par Langenbeck pour une tumeur graisseuse de la grosseur du poing. Une incision cruciale ayant mis la tumeur à nu, les lambeaux furent détachés, et enfin l'angle de la mâchoire fut reséqué obliquement par rapport à la direction du corps de l'os. Beck, à Fribourg en Brisgau (1838), a également pratiqué cette opération.

Quant à la *resection de la portion moyenne du bord inférieur de la mâchoire inférieure*, elle a été pratiquée deux fois : une fois par M. Velpeau en 1837, une autre fois par l'auteur en 1846.

Lorsqu'on opère pour des excroissances osseuses, pour de petites tumeurs, la peau étant saine, ou pour une carie, il suffira, dans le plus grand grand nombre des cas, d'une incision dirigée dans le sens du bord inférieur de l'os; mais si les tumeurs étaient considérables, on devra préférer une incision en ⊥, dont la branche perpendiculaire commencerait seulement au-dessous du bord des lèvres. Lorsque les téguments doivent être enlevés, on pourra pratiquer une incision myrtiforme, aux extrémités de laquelle on fera tomber des incisions droites dans la direction du bord de l'os, comme l'a fait l'auteur, et il obtint une incision ainsi figurée. On se règle d'ailleurs toujours sur chaque cas en particulier.

RESECTION DE L'ARTICULATION DE LA PREMIÈRE PHALANGE PRATIQUÉE AVEC SUCCÈS ; par le même.

Le docteur Rœder, dans sa dissertation inaugurale (sur les resections des parties osseuses de la main, Wurtzbourg, 1847), n'a pu rassembler que trente faits de ce genre, dont dix-sept appartiennent aux Allemands, huit aux Français, cinq aux Anglais, un aux Russes. On doit y ajouter le fait suivant :

OBS. — Un homme âgé de 37 ans entra à la clinique chirurgicale de Wurtzbourg pour un gonflement de l'indicateur gauche, occasionné, au dire du malade, par des déchirures de broussailles, qu'il a négligées. Le doigt était très-enflé, surtout dans les deux articulations supérieures. La dernière phalange était rouge, très-sensible. Une large ouverture fistuleuse, fournissant une suppuration de mauvaise nature, existait à la partie dorsale de l'articulation de la première phalange. Entre l'extrémité inférieure de la première phalange et l'extrémité articulaire supérieure de la seconde phalange, la sonde pénétrait jusqu'aux os, qu'on trouvait rugueux. Les tendons des extenseurs, mis à nu, ramollis, jaunâtres, s'exfoliaient de plus en plus; en conséquence l'opération suivante fut pratiquée le 13 février 1847.

Une incision transversale fut pratiquée par l'ouverture fistuleuse sur le dos de l'articulation, depuis la partie externe jusqu'à la partie interne. Ce qui restait des tendons fut divisé. Les parties molles furent détachées vers en haut de la surface articulaire de la première phalange, et celle-ci fut reséquée avec la scie à chaîne. Après cela une incision longitudinale d'environ 6 lignes fut pratiquée sur le dos de la seconde phalange; les parties molles furent séparées de l'os, et la tête articulaire de l'extrémité supérieure de la seconde phalange, complètement cariée, fut enlevée avec la scie à guichet de Raimbaud, d'arrière en avant, c'est-à-dire du côté de la flexion.

L'hémorrhagie, très-peu abondante pendant l'opération, s'arrêta d'elle-même, et ne reparut plus.

La plaie fut réunie avec des bandelettes agglutinatives, et pour soutenir le doigt, on appliqua, en avant et en arrière, deux plaques de carton, maintenues par une bande.

Environ trois semaines après l'opération, on pot saisir de côté ces attelles et panser seulement à plat. Au bout de quatre semaines, la cicatrisation était complète.

DE LA RESECTION DU GRAND TROCHANTER ; par le même.

Une observation de Tenon (sur une opération de trépan au fémur, Paris, 1798); deux cas appartenant à M. Velpeau (MÉMOIRE POUR SERVIR A L'HISTOIRE DES RESECTIONS DU MEMBRE INFÉRIEUR, par Pétrequin (de Lyon), GAZ. MÉD., 1837, n° 3; Velpeau, MÉD. OPÉR.); le cas que nous allons rapporter, et qui s'est passé en 1843; enfin un autre fait analogue, mentionné dans un journal de médecine autrichien (OESTERRICH. MEDIC. WOCHENSCHRIFT, 6 mars 1847, nécrose du trochanter droit chez un homme de 24 ans; les parties malades furent enlevées au moyen du marteau et du maillet), telles sont les seules resections du grand trochanter, toutes couronnées de succès, que publie la science.

Voici le fait observé à la clinique chirurgicale de Wurtzbourg.

OBS. — Le malade avait déjà fait, quelques années auparavant, à l'âge de 16 ans, un séjour à l'hôpital pour un gonflement inflammatoire de la cuisse gauche qui avait cédé à plusieurs incisions pratiquées dans le membre affecté. Depuis lors il avait repris son travail.

En examinant le malade, on trouve à la partie externe de la cuisse gauche, à la hauteur du grand trochanter, trois ouvertures fistuleuses qui vont jusqu'à l'os, et qui livrent passage à du pus. Les douleurs sont nulles; la marche n'est ni gênée ni difficile; la suppuration n'est pas trop abondante.

Une application de la liqueur caustique de Belloste n'ayant amené, après trois semaines de son emploi continu, aucun résultat, l'opération fut proposée au malade et exécutée par le docteur Jules Textor, le 21 juin 1843.

Les trois ouvertures fistuleuses furent réunies en une seule par des incisions qui pénétrèrent de suite jusqu'à l'os, de manière à présenter à peu près la forme d'un Y. Les lambeaux furent ramenés de côté, le périoste détaché, et maintenu aussi de côté. Alors la partie malade de l'os fut circonscrite avec l'ostéotome par quatre incisions d'inégale longueur, deux à angle droit et deux transversales. Ces incisions pénétrèrent à 4, 5 et 6 lignes de profondeur dans la substance du grand trochanter. Le trapézoïde résultant de ces incisions fut alors divisé en quatre parties par une incision cruciale au moyen de l'ostéotome, afin d'en rendre l'extraction plus facile. Ces fragments furent alors soulevés et tirés au dehors avec le levier à brisures de Heine; puis on reséqua et on enleva un fragment large de 3 lignes, long de 9 lignes, de l'extrémité du trochanter, qui d'ailleurs fut épargnée et conservée, ainsi que les parties molles qui la recouvraient. La surface osseuse, mise à nu, fut égalisée avec un bec à perroquet; bien nettoyés du sang qui s'y trouvait, les lambeaux furent rapprochés et réunis par un simple bandage contentif. L'écoulement sanguin avait été peu abondant; aucun vaisseau n'avait dû être lié.

Le septième jour, il survint une hémorrhagie consécutive qui fut arrêtée par la compression et un mélange de gomme Kino introduit dans la plaie.

Le 8 avril, le malade quitta l'hôpital complétement guéri, pouvant très-bien marcher à l'aide d'un bâton.

Quelques mois plus tard, le malade revint pour se montrer. Sa santé était florissante; on ne remarquait aucune difformité dans sa marche, à moins d'un examen très-attentif. Alors on remarquait qu'il n'appuyait pas parfois aussi solidement pendant la marche le pied gauche que le pied droit. Une petite fistule donne seule encore un peu de pus. Le malade a enlevé deux linges autour de la cuisse, ce qui, dit-il, lui rend la marche plus facile.

Le professeur Bernard Heine, ravi trop tôt à la science, avait reséqué

chez des chiens l'extrémité supérieure du fémur; il avait enlevé la tête du fémur, le col et les deux trochanters. Au bout de cinq mois et demi, il avait trouvé une tête plus ou moins complète, le grand et le petit trochanters complétement développés.

La resection du grand trochanter peut donc être considérée comme une opération peu dangereuse. La position superficielle de cette éminence osseuse permet de n'intéresser aucune partie importante. Tous les sujets opérés ont été guéris et ont pu se servir de leur jambe. Le malade de Ténon a guéri au bout d'une année. Des deux malades opérés par M. Velpeau, l'un a guéri dans trois mois, l'autre dans six mois. Le malade opéré par M. Textor a guéri en neuf mois. Si la guérison complète se fait longtemps attendre, cependant la plus grande partie de la plaie, et surtout la plaie osseuse, guérit rapidement par suppuration et par granulation. Déjà, quelques semaines après l'opération, s'il ne survient aucune complication, le malade peut faire quelques essais de station et de marche.

SUR LE CANCER DU MÉDIASTIN; par le docteur FRÉDÉRIC PFAFF.

Le cancer est devenu de nos jours une maladie très-fréquente et remarquable surtout par la diversité des tissus qu'elle est susceptible d'affecter. Il semblerait au premier abord que les membranes séreuses, à cause de leur structure, devraient en être exemptes, et cependant ces membranes elles-mêmes peuvent devenir le siége de tumeurs véritablement cancéreuses. Le plus souvent ces dépôts cancéreux dans les séreuses sont secondaires, il est excessivement rare qu'ils soient primitifs.

Sous le rapport de la fréquence relative des cancers, les séreuses paraissent être entre elles comme les viscères qu'elles enveloppent; le cancer attaque plus fréquemment la séreuse de l'abomen que celle des poumons, comme aussi cette maladie envahit plus souvent les viscères abdominaux que les organes thoraciques.

Le cancer du médiastin doit compter au nombre des plus rares, surtout celui du médiastin antérieur. Le docteur Pfaff analyse les observations des auteurs qui, depuis Morgagni, ont eu l'occasion de rencontrer cette maladie. Après cet historique, il relate avec détail l'observation suivante recueillie à la clinique du professeur Canstatt.

OBS. — Conrad Dobler, 29 ans, vigoureux, sans disposition héréditaire, mais ayant habituellement une conduite déréglée, tomba du haut d'une voiture de foin environ dix semaines avant son entrée à l'hôpital. Depuis ce moment, il ressentit continuellement des douleurs dans la poitrine. Quinze jours p'us tard, à la suite d'un refroidissement, il fut pris de toux et de fièvre, sans être obligé pourtant de garder le lit. Cependant le mal fit des progrès. La toux et la dyspnée augmentèrent; il y eut des crachements de sang, œdème de la moitié supérieure du corps et enfin des jambes. Cinq saignées du bras pratiquées successivement n'avaient amené aucun soulagement.

Voici l'état du malade à son entrée à la clinique :

Œdème considérable de la face, du cou, des bras et du thorax; gonflement des veines de ces régions; abdomen et pieds à l'état naturel; respiration abdominale; son mat, un peu métallique sous la clavicule droite, s'étendant en ligne droite jusqu'au mamelon, se prolongeant à un pouce au-dessus du sternum et se continuant obliquement de côté et en bas. Sur le dos, la percussion donne partout un son clair et plein. Sous la clavicule droite, on entend une respiration bronchiale et de la bronchophonie dans une étendue de 5 pouces carrés jusqu'au sternum et jusqu'à la troisième côte; en arrière, des râles muqueux abondants et forts. Choc du cœur à peine sensible, bruits du cœur difficiles à entendre; point de bruits particuliers dans les veines ni dans les artères. L'abdomen est mou et ne renferme aucune tumeur. Pouls petit, facile à comprimer; 80 pulsations. Dyspnée, angoisses, douleur et sensation de pression dans le milieu et au côté droit de la poitrine (cette douleur augmente dans les inspirations profondes); toux fatigante avec crachats spumeux, peu abondants, mêlés quelquefois de sang; vertiges, bourdonnements d'oreille, surtout pendant la toux.

Un traitement mercuriel énergique, un moxa sur le sternum, de l'iode à l'intérieur et à l'extérieur n'amenèrent aucun soulagement. Loin de là, le son mat ne tarda pas à se faire entendre sur tous les points de la poitrine. L'œdème fit des progrès effrayants, au point que le malade ne pouvait plus ouvrir les yeux; la déglutition devint difficile, comme si un obstacle s'opposait à la descente des matières. Cet homme mourut quinze jours après son entrée à l'hôpital.

AUTOPSIE. — A l'ouverture du thorax, on trouva une tumeur volumineuse, inégale, bosselée, de couleur brune et rouge bleuâtre, qui occupait la moitié antérieure du thorax, s'étendait en haut jusqu'à la glande thyroïde et les deux clavicules et recouvrait presque entièrement le poumon droit. Elle remplissait tout le médiastin antérieur et comprimait fortement le poumon gauche qui était refoulé en arrière et sur les côtés. Le cœur, refoulé en bas et à gauche, avait pris une position transversale et sa pointe était relevée. La tumeur est partout isolée du tissu pulmonaire, ce dont on s'assure clairement par une incision transversale. Le poumon droit est comprimé et couvert en une mince lamelle; le lobe inférieur seulement est encore un peu perméable à l'air. Dans la portion non comprimée du poumon droit et surtout du poumon gauche, on trouve une grande quantité de petites tumeurs encéphaloïdes circonscrites de la grosseur d'un pois à celle d'une fève; plusieurs de ces tumeurs sont comme pédiculées et font saillie à la surface du poumon; leur tissu est le même que celui de la grande tumeur. La trachée-artère est comprimée et rétrécie dans la portion que la tumeur recouvre.

La tumeur est de 12 pouces en largeur, 10 en longueur et 8 à 9 en épaisseur. Le lobe qui se prolonge dans la cavité pleurale gauche présente de la fluctuation, mais il ne fournit à l'incision qu'une petite quantité de substance médullaire sanguinolente.

La pseudoplasma tout entier est un véritable cancer encéphaloïde; la surface de section ressemble à de la substance cérébrale parsemée de points sanguinolents et offrant des nuances très-variées de blanc, jaune, rouge et noir; cependant le jaune et le blanc prédominent. Sous le microscope, on distingue une grande quantité de cellules remplies de granulations et de forme très-variée, rondes, ovales, irrégulières, condiformes, avec des masses granuleuses dans leurs intervalles. La plupart des glandes bronchiques n'étaient pas envahies par l'affection cancéreuse. Nous passons sous silence les lésions insignifiantes de quelques autres organes.

L'encéphaloïde du médiastin a été évidemment l'affection primitive; la forme même des petites tumeurs des poumons indiquait leur origine secondaire; car le cancer primitif du poumon se présente sous la forme d'une infiltration de substance médullaire qui n'est pas nettement séparée du reste du tissu.

Dans les réflexions qui suivent cette observation, l'auteur fait remarquer la rapidité avec laquelle s'est développée cette énorme tumeur; il est impossible de décider si la prédisposition existait et si la chute n'a été que la cause déterminante; cependant il est très-probable que longtemps déjà avant l'accident le médiastin était malade.

L'auteur s'attache ensuite à discuter les signes diagnostiques de cette affection que l'on a pu, dans le cas particulier, reconnaître pendant la vie, à cause du siége de l'œdème et des signes fournis par la percussion et l'auscultation, mais qu'il est absolument impossible de découvrir à son origine.

SUR L'ACTION DU NITRATE DE STRYCHNINE (STRYCHNINUM NITRICUM) EMPLOYÉ A L'EXTÉRIEUR ET A L'INTÉRIEUR DANS LES PARALYSIES.

L'auteur a employé le nitrate de strychnine, tantôt par la méthode endermique seule, tantôt en combinant l'usage interne de ce médicament avec l'usage externe endermique dans les cas suivants :

1° Dans une paralysie, après commotion de la moelle par une chute sur le dos (méthode endermique). Quatorze jours après l'accident, sur les bras et sur les cuisses on dénude une surface de 2 lig. de largeur, on la saupoudre deux fois par jour avec un quart de grain de nitrate de strychnine; deux minutes après contractions douloureuses dans les extrémités. Au bout de huit jours 1 grain et demi par dose et 3 grains par jour. Les tiraillements augmentent. Au bout de quinze jours 2 grains par dose, 4 par jour. Contractions violentes, contractions des extrémités, qu'il fallut étendre avec force pour soulager le malade. Le vingt-troisième jour, pour la première fois, l'urine recommença à couler librement. Depuis quatre années cette guérison ne s'est pas démentie.

2° Dans une hémiplégie, occasionnée par un accident semblable (méthode endermique), succès complet. Huit jours après l'accident, on dénuda un espace de 2 lig. de largeur à côté de l'apophyse transverse de la première vertèbre dorsale, et on saupoudra deux fois par jour avec un demi-grain. Chaque fois il survint des mouvements convulsifs dans le bras droit. Au bout de trois semaines, la mobilité était revenue dans le cou et dans le bras droit.

3° Dans une hémiplégie de tout le côté gauche après une apoplexie, usage interne, avec méthode endermique, résultat incomplet. Quatorze jours après l'attaque d'apoplexie, un espace de 2 lignes de largeur, est dénudé, sur la première vertèbre dorsale, comme point de sortie du plexus brachial, et derrière le trochanter gauche, deux fois par jour on y saupoudre un demi-grain. On était arrivé à 2 grains et demi par jour sans résultat, alors on employa des potions spiritueuses et ammoniacales, et l'usage du nitrate de strychnine à l'intérieur (nitrate de strychnine 2 grains, conserve de roses, 1 drachme, M. F. pil. xxx), quatre fois par jour une pilule. Aucun résultat; on continue les pilules et on ajoute la méthode endermique. On arriva à 4 grains par jour à l'extérieur et 1 grain en pilules. La motilité revint, on fit prendre 9 pilules par jour, mais on réduisit l'emploi à l'extérieur à 1 grain, pendant un mois; les extrémités inférieures reprirent beaucoup plus tôt que les extrémités supérieures leurs mouvements;

4° Hémiplégie du côté gauche chez une phthisique, aucun résultat. Pendant trois semaines emploi endermique jusqu'à 10 grains par jour, sans résultat; l'auteur se demande s'il n'existait pas des tubercules dans la moelle.

5° Dans une hémiplégie du bras gauche après une fièvre muqueuse (mé-

thode endermique), sans aucun résultat, 3 grains par jour pendant trois semaines.

6° Dans une hémiplégie de tout le côté gauche, après une apoplexie nerveuse, avec succès. A l'extérieur, pendant trois semaines, 3 à 4 grains par jour; secousses, mais aucune motilité ne revient: alors on donna des pilules de nitrate de strychnine, et l'ol. arnic. æther., l'amélioration fut rapide et la guérison complète.

Voici les remarques dont l'auteur fait suivre ces diverses observations. La méthode endermique n'est plus efficace dès qu'il se produit des granulations charnues sur les parties mises à nu où l'on saupoudre le nitrate de strychnine; il faut alors produire une nouvelle dénudation. Le sexe féminin paraît plus sensible à l'action de la strychnine.

La strychnine paraît agir avec plus d'effet contre les paralysies qui résultent d'une commotion de la moelle que dans les cas où elles proviennent d'une apoplexie cérébrale, et dans ces dernières la strychnine est encore plus efficace que dans les paralysies par suite d'une métastase ou que dans les paralysies qui dénotent le commencement d'une cachexie générale. L'amélioration obtenue par la strychnine reste stationnaire, arrivée à un certain degré, et, malgré des doses plus fortes, on n'arrive pas plus loin. Lorsqu'il est survenu des contractures spasmodiques, on a toujours soulagé les malades, en étendant les parties douloureuses, et en les maintenant quelque temps dans l'extension.

On n'a observé aucun effet nuisible de la strychnine.

ANALYSE D'UN PHLÉBOLITHE; par le professeur SCHLOSSBERGER.

Cette concrétion, de la grosseur d'une fève de haricot, avait été trouvée par le docteur Klein, dans la veine vésicale droite, sur un jeune homme de 22 ans; elle était entièrement libre dans l'intérieur de la veine.

La pierre était ronde, composée de couches concentriques peu distinctes, avec une petite cavité au centre. Les différentes couches étaient d'un blanc jaunâtre, cassantes; on ne pouvait distinguer extérieurement aucune pellicule membraneuse.

L'analyse fut faite par le professeur Schlossberger, suivant la méthode de Bibra, pour l'analyse des os; en voici le résultat:

Phosphate calcique. . .	50,1
Phosphate magnésique.	13,7
Carbonate calcique. . .	8,3
Matière organique . . .	20,4
Eau.	6,1
Perte	1,4
	100,0

La composition de ce phlébolithe se rapproche de celle des os par la quantité des deux sels de chaux, mais elle s'en éloigne, comme on voit, par la grande proportion du phosphate de magnésie, proportion que l'on a souvent rencontrée dans d'autres concrétions, telles que celles des voies urinaires, de l'intestin, etc.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 11 MARS.

APPAREIL DESTINÉ A OBVIER A L'ISSUE DES URINES A LA SUITE DE L'OPÉRATION DE LA TAILLE PAR LE HAUT APPAREIL.

M. HEURTELOUP fait part à l'Académie d'un moyen qu'il a imaginé pour obvier aux accidents qui résultent souvent de l'opération de la taille par le haut appareil, tel que l'issue des urines par la plaie faite à la vessie et son épanchement dans les tissus. Ce moyen consiste à introduire par l'ouverture faite à l'organe un tube en caoutchouc, à l'extrémité duquel on peut développer par l'insufflation un petit ballon, lequel, tiré de dedans en dehors avec modération, doit fermer l'ouverture.

NOUVELLE MÉTHODE DE TRAITEMENT DES INFLAMMATIONS CUTANÉES.

M. ROBERT-LATOUR adresse une note sur une nouvelle méthode de traitement des inflammations qui se développent à la surface du corps. L'auteur, considérant l'inflammation comme le résultat d'une augmentation de calorique animal, a pensé que, pour dompter un travail inflammatoire, il devait suffire de posséder un moyen d'arrêter la production du calorique animal dans la région qui en serait le siége. Ce moyen, M. Robert-Latour l'a emprunté aux expériences de M. le docteur Fourcault, qui a signalé l'action immédiate de l'air sur la peau comme la condition absolue de la calorification. Depuis plusieurs années qu'il a attaqué toutes les inflammations extérieures par un enduit imperméable destiné à soustraire la partie malade au contact de l'air, il assure n'avoir jamais manqué d'arrêter promptement le développement, soit du phlegmon, soit du furoncle, soit de l'érysipèle, soit de l'inflammation qui complique fréquemment l'eczéma, les pustules de la variole, l'herpès zostère, ou enfin de l'engorgement inflammatoire des ganglions sous-cutanés.

Pour obtenir ces heureux résultats, M. Robert-Latour s'est longtemps servi d'une solution concentrée de gomme, solution qu'il étendait sur toute la partie malade, qu'il recouvrait ensuite de poudre d'amidon en suffisante quantité pour former une couche plastique absolument imperméable à l'air. Aujourd'hui il se sert pour cet usage du collodion. Il rapporte à l'appui deux observations d'érysipèles qui ont promptement cédé à l'emploi de ce moyen.

— M. LIÉGEY, médecin à Rambervilliers (Vosges), adresse un mémoire intitulé: DU DÉLIRE ET DE L'HYPOCONDRIE FÉBRILES, affections que l'auteur considère comme se rattachant à la classe des fièvres pernicieuses.

— M. MAGNE communique une observation de guérison radicale de la tumeur et de la fistule du sac lacrymal, au moyen de la cautérisation par le beurre d'antimoine.

— M. LÉGAL (de Dieppe) envoie une observation détaillée de morve aiguë chez l'homme, communiquée par un cheval morveux.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 14 MARS. — PRÉSIDENCE DE M. BRICHETEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le ministre de l'instruction publique informe l'Académie que M. le docteur Gouraud demande à être autorisé à remplir une mission scientifique en Allemagne. Le but principal de cette mission serait l'étude de l'hydrothérapie. Le ministre, conformément à une nouvelle mesure générale adoptée pour toutes les demandes de ce genre, consulte l'Académie sur l'opportunité de la demande de M. Gouraud. (Renvoyé à une commission composée de MM. Girardin, Gibert et Guénean de Mussy.)

Le ministre de l'agriculture et du commerce transmet à l'Académie des observations présentées par M. le docteur Anzony sur les eaux minérales de Craosac. (Commission des eaux minérales.)

MAGNÉTISME FRANÇAIS.

Un M. BÉROT ou BÉRIOT envoie un dépôt cacheté contenant une note sur une nouvelle méthode de magnétiser à laquelle il donne le nom de *magnétisme français*.

L'auteur demande que cette note soit déposée aux archives de l'Académie.

Vu le caractère peu scientifique de cette note, le conseil a pensé qu'il n'y avait pas lieu d'accepter le dépôt.

Sur la réclamation de quelques membres, M. le secrétaire perpétuel rappelle la décision qui a été prise dans le temps par l'Académie, sur la proposition de Double, décision d'après laquelle toute communication sur le magnétisme animal serait considérée comme non avenue, ainsi que cela se pratique à l'Académie des sciences pour tout ce qui concerne le mouvement perpétuel ou la quadrature du cercle.

L'ordre du jour, demandé par plusieurs membres, est mis aux voix et adopté; par conséquent le dépôt n'est point accepté.

MATIW, PLANTE AYANT LA PROPRIÉTÉ DE GUÉRIR TOUTES LES PLAIES.

M. ANDRÉ SAUTDENCEZ, de la légation de Bolivie, envoie un échantillon d'une plante nommée *matiw*, qui jouit, suivant lui, de propriétés médicales précieuses, notamment pour la guérison de toute espèce de plaie. (Commissaires: MM. Roux et Mérat.)

FONCTIONS DES MUSCLES DE LA FACE ÉTUDIÉES A L'AIDE DE LA GALVANISATION LOCALISÉE.

M. DUCHENNE (de Boulogne) adresse, sous le titre de RECHERCHES ÉLECTRO-PHYSIOLOGIQUES, une note dont l'objet principal est l'étude à l'aide de la galvanisation localisée des fonctions des muscles de la face.

Voici les conclusions qui résument ce travail:

1° Les faisceaux musculaires connus sous la dénomination de muscles myrtiformes (pinnal transverse et pinnal radié de M. Cruveilhier), et qui de la fossette incisive se rendent à l'aile du nez et à la sous-cloison, forment trois muscles distincts, dont l'un est abaisseur de l'aile du nez et les deux autres

dilatateurs de la narine. L'un de ces derniers, le dilatateur externe, soutient par sa tonicité l'aile du nez, qui s'affaisserait sans elle.

2° Le peaucier du dos du nez (transversal du nez) plisse la peau du dos du nez. Il soutient la charpente cartilagineuse de cet organe par sa tonicité. Il élève quelquefois l'aile du nez, jamais il ne la dilate.

Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Louget et Bérard.

— M. Heurteloup envoie une note sur un appareil destiné à remédier à quelques-uns des accidents de la taille par le haut appareil. (Voyez ci-dessus le compte rendu de l'Académie des sciences.)

— M. Robert-Latour adresse une note sur l'emploi du collodion pour guérir les inflammations cutanées (voir ci-dessus. — Comm., MM. Dubois (d'Amiens), Bérard et Poiseuille.)

— M. Lechaptois (de Bolbec) adresse une notice sur l'épidémie de choléra qui a régné en 1849 à Lillebonne. (Comm. du choléra.)

— MM. Monneret et Fleury envoient un exemplaire du Compendium de médecine pour le concours du prix Itard.

— M. Cazeaux se porte candidat à la place vacante dans la section d'accouchements.

— M. Piorry (à l'occasion du procès-verbal) demande si l'Académie est disposée à ouvrir une discussion sur sa dernière communication, il interpelle particulièrement M. Bousquet, qui, dans la précédente séance, a proposé l'ajournement.

M. Bousquet : Si la discussion doit avoir lieu, je demande à être inscrit.

M. le Président : La discussion sera ouverte après l'impression de la note de M. Piorry.

— M. le Président annonce à l'Académie que le bureau a assisté aux funérailles de Marjolin. M. Dubois (d'Amiens) y a pris la parole au nom de l'Académie.

MM. Roux et Dubois, sur l'invitation du bureau et des membres de l'Académie, donnent lecture des discours qu'ils ont prononcés sur la tombe de Marjolin. Ces discours sont accueillis par les applaudissements de l'assemblée.

PATHOGÉNIE DES MALADIES DU FOIE.

M. Beau, candidat pour la section de pathologie médicale, lit un travail intitulé : Considérations pathogéniques sur le foie.

L'auteur s'est proposé de rechercher comment agissent certaines causes pour produire l'inflammation du foie. Pour atteindre ce but, il s'appuie sur les notions physiologiques; il étudie l'action des *ingesta* irritants, tels que les alcooliques, les acides, les aliments salés, épicés, etc., qui sont regardés à juste raison, suivant lui, comme ayant une grande influence sur la production des inflammations hépatiques. Il arrive à cette conclusion finale, que toutes les causes pathogéniques agissent en arrivant au foie par le courant de la veine porte.

DES SULFURES D'ARSENIC CONSIDÉRÉS COMME DÉPILATOIRES.

M. Boudet, candidat pour la section de pharmacie, lit un travail intitulé : Observations sur les sulfures d'arsenic considérés comme dépilatoires. Ce travail est terminé par les conclusions suivantes :

1° Un agent inoffensif, le sulfure de sodium, peut être substitué avec avantage aux sulfures d'arsenic dans la plupart de leurs usages.

2° Dans l'intérêt de l'hygiène et de la sécurité publiques, le commerce et l'emploi des sulfures d'arsenic artificiels peuvent être interdits, au moins en ce qui concerne la mégisserie et les préparations dépilatoires, et il pourra bientôt aussi sans doute être proscrit des fabriques d'indigo où il ne doit agir, comme dans la mégisserie, que par les sulfures alcalins auxquels il donne naissance.

3° La poudre dépilatoire ou sulfure de calcium peut remplacer avec avantage tous les dépilatoires arsenicaux, et en raison de son innocuité recevoir des applications beaucoup plus nombreuses que les préparations qu'elle doit remplacer.

Il est cinq heures moins un quart, la séance est levée.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

SÉANCE DU 29 DÉCEMBRE 1849 — PRÉSIDENCE DE M. VLEMINCKX.

MM. les docteurs Von Rittgen, Heyfelder et Jobert (de Lamballe), remercient l'Académie de leur nomination en qualité de membres correspondants étrangers.

— M. Philipps, membre adjoint, transmet, pour être mises sous les yeux des membres de la compagnie, des sondes et des bougies en gutta-percha.

« Les avantages que ces sondes et ces bougies présentent sur celles dites en gomme élastiques, méritent, dit-il, de fixer l'attention des chirurgiens; elles ont le poli et la flexibilité des sondes en gomme, et ne s'écaillent pas par la chaleur du canal. On peut immédiatement leur donner les courbures les plus variées en les plongeant dans l'eau chauffée à 30 degrés. Par ce moyen, on modifie également leur extrémité, qu'on rend plus ou moins conique ou arrondie, on qu'on contourne en spirale en l'enroulant sur un stylet. On peut aussi faire des conducteurs très déliés qui permettent d'introduire dans la vessie une sonde ouverte aux deux bouts, moyen précieux dans les cas de rétention d'urine, produits par des rétrécissements très-étroits. Enfin leur prix très-modique les met à la portée de tous les malades. »

Des remerciements sont adressés à M. Philipps.

— M. le président annonce que l'Académie a perdu, depuis sa dernière séance, un de ses membres titulaires, M. le docteur Langlet, enlevé subitement à la science et à ses collègues. Une députation, composée de MM. Vleminckx, Tallois, Stas, Marinus et Thiernesse, a été désignée par le bureau, pour représenter la compagnie aux funérailles de ce membre.

M. le président donne ensuite lecture de l'allocution qu'il a prononcée sur la tombe de M. Langlet.

L'Académie, déférant à une demande de M. Cunier, l'admet à donner quelques explications en réponse à la lettre de M. le docteur Hairion, dont il a été fait lecture dans la dernière séance, et qui a été insérée dans le Bulletin :

M. Cunier s'exprime en ces termes :

« Je n'étais pas présent, lors de la dernière séance, au moment où il a été donné lecture de la lettre de M. Hairion, insérée dans le numéro du Bulletin qui vient d'être distribué; je me suis ainsi trouvé dans l'impossibilité de donner immédiatement les explications que cette lettre a évidemment pour but de provoquer.

» Je commencerai par déclarer que j'accepte les explications de M. Hairion. Je n'avais nullement à m'occuper de la question de savoir si les lésions que portait le premier malade avaient ou n'avaient pas, au moment de sa sortie de l'hôpital militaire de Louvain, les caractères qu'elles offraient lorsqu'il s'est présenté chez M. Buys; toutefois, dans le but de satisfaire M. Hairion, j'ai récemment interrogé le malade en présence de M. Buys; je suis même allé consulter au département de la guerre le procès-verbal de la commission des pensions. J'ai ainsi pu m'assurer de toute l'exactitude de ce que vous a écrit notre collègue de Louvain.

» Pour ce qui est de la seconde guérison, je renverrai à l'appréciation que j'en ai faite; j'y ai formellement exprimé que l'on ne devait pas en exagérer la portée pratique.

» Je pourrais borner là mes explications; mais je dois vous faire observer, messieurs, que l'honorable M. Hairion a absolument perdu de vue que si j'ai parlé des deux faits sur lesquels roule sa lettre, c'est à cause de la place importante qu'ils occupent dans l'histoire de la méthode de M. Buys. Le retentissement qu'ils ont eu a fait tomber les hésitations, a forcé les incrédules à vérifier. Je pouvais d'autant moins me dispenser de citer ces faits qu'ils étaient, si je peux m'exprimer ainsi, tombés dans le domaine public; ils m'avaient été rapportés par un très-grand nombre de personnes, dont la version concordait de tous points avec celle qui m'avait été donnée, dès l'abord, par un homme qui occupe une position qui devait l'avoir mis en possession des renseignements les plus exacts. J'ajouterai que je savais pertinemment que les deux cures avaient été jugées assez notables pour être signalées au département de la guerre. J'étais donc suffisamment informé; et vous voudrez bien faire la remarque, messieurs, que la réclamation de M. Hairion ne détruit pas le fond de ma narration; elle ne porte que sur la forme, et, je le répète, je regrette au plus haut point que notre collègue se soit laissé aller à y voir ce que d'autres lui ont dit y exister.

» M. Hairion annonce, en terminant sa lettre, qu'il reviendra, *lorsqu'il en » sera temps, sur certains passages de mon mémoire, sur lesquels il diffère » d'opinion avec moi.* »

» J'appelle de tous mes vœux le moment où il saisira l'Académie d'une communication sur un sujet aussi important que la thérapeutique des granulations propres à notre ophthalmie militaire, aujourd'hui si répandue dans la population de notre pays. La discussion qui surgira ne manquera pas, j'espère, d'être profitable à la science pratique, et par conséquent au trésor, qui a de si lourdes charges à supporter, et aux malheureux en proie à cette désolante affection. Les enseignements que l'expérience a révélés à M. Hairion seront accueillis par moi comme un véritable bienfait; je lui serai d'ailleurs très-reconnaissant de faire qu'il me soit permis d'exposer les résultats de ce que j'ai observé depuis neuf mois sur une vaste échelle, et de revenir sur quelques-unes des conclusions par lesquelles j'ai terminé mon mémoire sur l'emploi de l'acétate de plomb neutre dans le traitement de quelques affections oculaires. »

ÉCHANTILLON DE DEUX ESPÈCES DE FEUTRE, DÉSIGNÉES SOUS LE NOM DE PILINE ET SPONGIO-PILINE IMPERMÉABLES, ET EMPLOYÉES COMME TOPIQUE; communiqué par M. Malwick, chirurgien à Londres. — Rapport de la troisième section.

(M. de Meyer, rapporteur.)

M. Malwick, chirurgien anglais, a soumis à l'appréciation de l'Académie deux échantillons d'un tissu qu'il appelle, l'un *imperméable spongio-piline*, l'autre *imperméable piline* : la première est destinée à remplacer les cataplasmes et autres épithèmes à appliquer sur les parties malades; l'autre doit servir à conserver la chaleur aux parties, comme dans les maladies de poitrine et les articulations affectées de douleurs rhumatismales.

Parmi les nombreux avantages que l'auteur attribue à son épithème, avan-

tages que, dans toutes circonstances, il dénie aux cataplasmes, nous croyons qu'on peut lui accorder celui d'être d'une application beaucoup plus facile, de ne pas se dessécher comme le cataplasme, et de ne répandre aucune odeur.

Nous avons eu occasion de voir appliquer avec avantage, chez un de nos collègues, l'*imperméable spongio-piline* imprégné d'une solution d'extrait de belladone et d'eau-de-vie camphrée sur une articulation affectée de rhumatisme. D'après nous cependant, la nouvelle invention ne remplacera jamais le cataplasme quand on ne demande à celui-ci qu'une action purement émolliente.

Il est incontestable que le feutre dont il s'agit doit atteindre le but que l'auteur se propose, celui de conserver la chaleur aux parties; mais n'a-t-il pas l'inconvénient d'en empêcher la transpiration?

Sans admettre, avec l'auteur, tous les avantages qu'il accorde à son invention, nous croyons, messieurs, qu'elle peut quelquefois être utile. En conséquence nous avons l'honneur de vous proposer de voter des remercîments à M. Markwick, et de lui demander en même temps qu'il veuille bien nous faire parvenir quelques aunes de piline et de spongio-piline, pour mettre les membres de l'Académie à même d'en faire l'essai.

Ces conclusions sont adoptées.

RAPPORT DE LA COMMISSION CHARGÉE D'EXAMINER LES TRAVAUX SCIENTIFIQUES PRÉSENTÉS PAR M. LE DOCTEUR CAZENEUVE.

(M. DE MERSSEMAN, rapporteur.)

Messieurs,

La commission à laquelle vous avez confié l'examen de l'appréciation des écrits de M. le docteur Cazeneuve (de Lille) a jugé que l'importance de ces travaux est de nature à satisfaire aux exigences de l'art. 62 de notre règlement et m'a chargé de vous faire un rapport sur les publications de ce praticien.

Le premier ouvrage de M. Cazeneuve est un traité sur l'*endocardite aiguë*. Dans l'exposition et la description de cette maladie si longtemps inconnue et dont la connaissance est une conquête récente de la science médicale, l'auteur fait preuve de la justesse et de la profondeur de sa manière d'observer. Il ajoute une série importante de faits cliniques qui lui appartiennent à ceux que l'on avait déjà consignés. Ces observations, écrites avec précision et avec des détails qui trahissent déjà le praticien de distinction, ont surtout le mérite d'apporter une part assez importante aux moyens de diagnostiquer les phlegmasies du parenchyme du cœur.

Les RECHERCHES SUR LA COÏNCIDENCE DE L'ENDOCARDITE ET DE LA PÉRICARDITE AVEC LE RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU forment son deuxième ouvrage. C'est le corollaire de la première publication. Ce travail est fait avec talent: la coïncidence des deux affections confirmée à toute évidence et appuyée sur des observations qui sont propres à l'auteur, établit un des points les plus importants de la pratique médicale, surtout dans nos climats où les affections rhumatismales sont si nombreuses et où il est si nécessaire de saisir les diverses nuances d'une maladie, parfois si dangereuse, par cela seul qu'on en a méconnu la nature.

Dans son ESSAI SUR LE DIAGNOSTIC DE LA PNEUMONIE CHEZ LES VIEILLARDS, M. Cazeneuve donne de nouvelles preuves de son excellent esprit d'observation. Cette esquisse, éminemment pratique, prouve un principe qui excite malheureusement trop de défiance de nos jours et démontre combien les émissions sanguines faites avec prudence sont utiles, même à un âge fort avancé, pour combattre les phlegmasies du poumon.

Le MÉMOIRE SUR LES PERFORATIONS INTESTINALES QUI SURVIENNENT DANS LE COURS DE L'ENTÉRITE FOLLICULEUSE est une étude approfondie d'un des plus graves accidents qui puissent survenir dans la pratique. M. Cazeneuve, en observateur judicieux, décrit avec les plus complets détails les symptômes qui caractérisent cet accident, les suites inévitables qu'il entraîne après lui, les causes qui le produisent, les moyens de l'éviter, et, quand il existe, les remèdes malheureusement trop peu efficaces qu'on peut lui opposer. Les faits que l'auteur a recueillis dans sa clinique sont nombreux, intéressants, concluants, bien écrits, et ne laissent rien à désir.

M. Cazeneuve, dans son mémoire remarquable sur *la guérison et le traitement de la phthisie pulmonaire*, décrit plusieurs autopsies faites sous ses yeux, et qui prouvent, sans permettre le doute, la cicatrisation d'ulcères des poumons et par conséquent la guérison de la phthisie. Un grand nombre de cas survenus dans sa pratique lui ont donné l'occasion de s'assurer de la manière la plus positive, d'une part, de l'existence de cavernes dans les poumons, d'autre part, de la guérison de ces mêmes cavernes. Cet ouvrage est tracé de main de maître; il contient des indications utiles, des aperçus intéressants, des idées pratiques nombreuses; il est écrit d'un ton extrêmement persuasif et consolant, et néanmoins en le parcourant, quoique l'on admette avec l'auteur et avec ceux qui l'ont reconnue avant lui, la possibilité de guérir la phthisie, on se prend à regretter que la réalité de cette guérison se présente si rarement et que le médecin soit si souvent réduit, malgré l'emploi intelligent de tous les moyens préconisés, à être le spectateur des ravages d'un mal qui fait tant de victimes.

Le RAPPORT SUR LES OPÉRATIONS DU CONSEIL DE RÉVISION PENDANT L'ANNÉE 1841 est un travail d'une haute importance et d'une grande utilité. L'auteur y donne d'abord une description topographique du département du Nord; il attache à chaque localité ses influences bonnes ou mauvaises; il classe, d'après ces influences, les affections propres à chaque lieu, et arrive à cette conclusion aussi désolante qu'inexorable: les villes les plus industrielles sont celles où existe le plus grand nombre de détériorations organiques. L'œil de l'observateur poursuit la cause de ce triste fait et la trouve dans les demeures insalubres des ouvriers, dans l'excès et le genre de travail, dans l'abus qu'on fait du travail des enfants, dans l'immoralité, dans la prostitution, et lorsque le médecin indique les moyens de remédier à ces plaies sociales, son style s'élève à cette noble éloquence qui part du cœur et qui est toujours l'indice d'une belle âme.

M. Cazeneuve ne se borne pas à faire de stériles aspirations pour l'amélioration de la classe ouvrière; il trouve un délassement à ses études médicales en s'occupant des sciences agricoles: vice-président de la Société des sciences, de l'agriculture et des arts de Lille, il a fait à l'Académie hommage de deux opuscules écrits en cette qualité: un rapport sur les avantages de semis en ligne, etc., et un discours prononcé en séance publique de la société susdite, le 10 septembre 1848.

Praticien distingué et savant, chef d'un des grands hôpitaux de la France, chargé d'un enseignement important, écrivain correct et élégant, philanthrope intelligent et zélé, M. le docteur Cazeneuve fait partie de cette phalange de travailleurs scientifiques dont l'avenir est si brillant. C'est vous dire assez, messieurs, que nous croyons faire à la fois un acte de justice et agir dans l'intérêt de l'Académie en vous proposant d'inscrire M. Cazeneuve au nombre des candidats pour l'obtention du titre de correspondant étranger.

M. LOMBARD: J'appuie très-volontiers les conclusions du rapport. Si je demande la parole, c'est pour réclamer au sujet de l'endocardite et de la péricardite. Il semble, d'après ce que je viens d'entendre, que nous devons à M. Cazeneuve la connaissance de ces maladies.

M. DE MERSSEMAN: Non, du tout.

M. LOMBARD: Vous avez présenté M. Cazeneuve comme ayant beaucoup ajouté à l'égard de l'endocardite et de la péricardite. Je dois réclamer en faveur de M. Louis et de M. Bouillaud, qui certes ont achevé, complété l'histoire de ces deux maladies.

Je ferai la même réclamation en faveur de M. Forget relativement aux perforations intestinales; et à propos de la phthisie, j'en ferai de plus pressantes encore: il avait déjà annoncé la guérison de la phthisie, la guérison des cavernes, la cicatrisation des poumons et indiqué le mode de guérison. Depuis lors, d'autres ont écrit sur le même sujet, et pour notre compte nous aurions quelques faits à indiquer.

Si, messieurs, on ne prétend pas que M. Cazeneuve a beaucoup ajouté à tous ces faits connus dans la science, je n'ai rien à dire, et quant aux conclusions je les adopte volontiers.

M. DE MERSSEMAN: Je demande pour toute réponse que M. le président veuille bien donner une nouvelle lecture des termes de mon rapport.

M. le président fait cette lecture.

Les conclusions de la commission sont mises aux voix et adoptées.

(M. Vleminckx cède le fauteuil à M. Fallot.)

RAPPORT VERBAL DE LA QUATRIÈME SECTION SUR L'OUVRAGE DE M. LE DOCTEUR JANSSENS FILS, INTITULÉ: TOPOGRAPHIE MÉDICALE DE L'ARRONDISSEMENT ADMINISTRATIF D'OSTENDE.

(M. VLEMINCKX, rapporteur.)

Messieurs,

La quatrième section, à laquelle le travail de M. Janssens a été renvoyé, a décidé qu'il ne vous serait point fait de rapport. La section s'est trouvée en présence de l'art. 64 du règlement, qui est ainsi conçu:

« Il ne peut être demandé de rapport sur des travaux soumis au jugement d'autres corps savants nationaux, ou déjà jugés, à moins que l'Académie n'en décide autrement. »

La section pense qu'il y aurait quelque danger à se prononcer sur un mémoire que déjà une autre société savante a couronné. Il se pourrait que l'opinion que l'Académie exprimerait ne fût point conforme à celle de la société qui aurait couronné le mémoire, et qu'il naquît ainsi un conflit entre deux corps savants, conflit pénible pour les membres qui composent ces corps et nuisible à la science elle-même.

En conséquence, la section m'a chargé de vous proposer de déposer honorablement le travail de M. Janssens dans les archives de l'Académie.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

(M. Vleminckx remplace M. Fallot au fauteuil.)

RAPPORT DE LA COMMISSION CHARGÉE D'EXAMINER LA QUESTION RELATIVE A L'INSTITUTION DE CONSEILS MÉDICAUX DE DISCIPLINE (1).

Messieurs,

L'Académie nous a chargés d'examiner la question suivante:

« Quels sont les avantages ou les inconvénients que présenterait la création de conseils médicaux de discipline? »

(1) La commission était composée de MM. LOMBARD, RAIKEM, et DE LAVACHERIE, rapporteur.

Votre commission est d'avis que l'institution de ces conseils ne saurait offrir aucun avantage, ni pour ceux qui exercent l'art de guérir, ni pour ceux qui ont recours à cet art.

Les lois médicales existantes suffisent largement pour réprimer tous les abus; en effet, toute infraction à ces lois et aux réglements sur l'exercice de l'art de guérir est déférée aux commissions médicales qui ont le droit d'informer et de saisir les magistrats compétents de tous les délits constatés en pareille matière.

Les crimes dont se rendraient coupables des gens de l'art (et fort heureusement de tels crimes constituent une rare exception) ressortissent à la justice commune. Quant aux écarts de la vie privée, il n'appartient à personne de les scruter.

Quelle que soit celle des deux institutions, ou un conseil de discipline nommé par élection, ou bien une commission médicale par nomination directe du gouvernement qui ait la mission de veiller à l'exécution des lois et des réglements, il n'en résulterait pas plus d'avantage ni pour celui qui se serait rendu coupable d'un délit, ni pour celui qui aurait été victime d'une faute ou d'un crime.

Si la substitution des conseils de discipline aux commissions médicales n'offre aucun avantage, en revanche elle présenterait de graves inconvénients, dont le principal serait de paralyser l'action des autorités judiciaires et administratives, au point d'empêcher, dans certains cas, l'exécution des lois et réglements.

En conséquence, votre commission estime que la création de conseils médicaux de discipline ne serait d'aucune utilité, et pourrait donner lieu à de nombreux abus.

Après une discussion lumineuse, à laquelle ont pris part M. Fallot, en faveur des conseils de discipline, et MM. Marinus, Didot, Vleminckx, Lombard, Seutin, contre cette institution, les conclusions de la commission ont été mises aux voix et adoptées.

Après le vote de l'Académie, sur la proposition de son président, M. Vleminckx, à émis le vœu que le gouvernement procédât à la révision de l'arrêté de 1808. Ce vœu, déjà émis dès 1844, se résumait dans les propositions suivantes :

« L'Académie, vu la lettre de M. le ministre de l'intérieur, en date du 8 février 1844, demandant l'avis de la compagnie sur l'avenir des commissions médicales provinciales, décide :

» 1° Qu'il n'y a pas lieu de modifier les trois premiers articles de la loi du 12 mars 1818;

» 2° Qu'il est néanmoins dans l'intérêt général de supprimer les commissions locales actuelles, et de ne plus en laisser créer d'autres, excepté dans des circonstances extraordinaires, sur lesquelles la compagnie serait appelée à émettre son avis;

» 3° Que ces commissions pourront, au gré des administrations communales, être converties en conseils de salubrité, qu'il est au pouvoir de ces administrations d'instituer;

» 4° Que les vaccinateurs salariés, dont l'institution a été demandée par l'Académie, dans la séance du 25 février 1844, doivent être chargés en même temps des fonctions de médecins cantonaux, aux conditions à arrêter de commun accord entre le gouvernement et les provinces, et d'après un règlement dont les dispositions seraient préalablement soumises à la compagnie;

» 5° Que les dernières modifications à apporter au paragraphe B de l'art. 4 de la loi du 12 mars 1818 ont été arrêtées par l'Académie, dans les séances du 28 février, 1er et 28 mars, et 26 juin 1842, et qu'il est désirable que ces modifications soient soumises au plus tôt à la sanction de la législature;

»6° Enfin, qu'il sera nécessaire de soumettre à une révision toutes les dispositions de l'arrêté du 31 mars 1818, ainsi que les instructions rendues sous la même date, dès que la législature se sera prononcée sur les propositions dont il est question au paragraphe précédent. »

Eh bien! la législature s'est prononcée sur plusieurs de ces demandes. Le moment est donc venu de reviser l'arrêté loi du 31 mai 1818.

La proposition de M. Vleminckx est mise aux voix et adoptée.

— La fin de la séance est remplie par la suite de la discussion sur l'homœopathie soulevée à l'occasion du choléra-morbus.

Après une argumentation des plus spirituelles et des plus savantes de M. Verbeyen, et quelques courtes remarques de MM. Varlez, Seutin, Carlier, Lombard, Lebeau, l'Académie décide que la discussion sera continuée à la prochaine séance.

BIBLIOGRAPHIE.

DÉCOUVERTE DES CAUSES DES ÉPIZOOTIES ET DES ÉPIDÉMIES; CAUSES ET DISTINCTION DE DEUX GENRES DE CHARBON; MODUS FACIENDI DE LA CONTAGION DE CES DIVERSES MALADIES; par L.-E. PLASSE, médecin-vétérinaire.— Poitiers, chez Létang, libraire.

Le titre de cet ouvrage est déjà passablement alltrayant. Il annonce, comme on peut voir, la solution d'un des plus grands problèmes qui puissent s'offrir à la méditation des savants. L'auteur a soin de stimuler encore notablement la curiosité par la foi robuste qu'il manifeste dès les premières pages dans l'évidence de sa découverte et par l'espèce d'enthousiasme avec lequel il la célèbre. « Une expérience de trente années, dit-il, me permet *de démontrer* que, par des moyens simples et économiques, *je peux préserver la société* des fièvres typhoïdes, du charbon gangréneux, de la morve, du farcin, et de toutes ces maladies hideuses qui, chaque jour, frappent les hommes et les animaux les plus vigoureux. » Et il s'écrie là-dessus : « C'est à la médecine vétérinaire qu'il était réservé d'arriver *à ces grandes découvertes.* » Il y a même un passage où intervient Christophe Colomb. Cette sorte de surexcitation du démon scientifique chez M. Plasse trouve sa raison, sans doute, dans certaines dispositions de tempérament à lui propres et qu'il n'a pas cru devoir cacher au lecteur. Son imagination, fait-il remarquer, est extraordinairement *active.* Quand il l'a exercée sur *des sujets importants*, il lui faut *détendre son esprit* en cherchant la solution de *questions moins ardues*, par exemple le moyen d'extraire les dents molaires du cheval. Aussi le croit-on facilement quand il ajoute que, lorsqu'il fut nommé, en 1821, médecin-vétérinaire du département des Deux-Sèvres, *il était déjà plein de confiance en lui-même.*

Ces citations ne sont peut-être pas inutiles. En montrant l'ardeur avec laquelle l'auteur a entrepris son œuvre, l'importance qu'il y attache, elles ne découvrent qu'un sentiment respectable; car l'enthousiasme scientifique est assez rare pour qu'on n'en rie pas, et la confiance en soi-même est une condition de succès. D'un autre côté, en laissant deviner les dispositions d'esprit qui ont présidé à la confection de l'œuvre, elles pourront lui servir de commentaires et guider la critique dans son impartiale appréciation.

Voici d'abord l'exposé des faits. M. Plasse croit avoir découvert que toutes les fièvres de mauvais caractère, chez l'homme ou chez les animaux, fièvre typhoïde, fièvre charbonneuse, morve, farcin, reconnaissent une seule et même cause, à savoir, *la présence de champignons microscopiques dans les aliments.* Relativement au charbon, l'auteur distingue néanmoins deux espèces : l'une *gangréneuse* et contagieuse, qui est de la nature des maladies typhoïdes et également engendrée par les champignons ; l'autre *virulente*, non contagieuse, si ce n'est par inoculation, et due à l'influence de certains terrains sur les fourrages et les pacages.

L'apparition des cryptogames dans les substances alimentaires est toujours due à l'humidité, et cela dans des circonstances très-variées. Par un froid prolongé, elles ne peuvent se développer ; mais la température vient-elle à s'élever, on les voit naître principalement dans les localités mal éclairées et humides. L'élévation de température seule, même prolongée, ne développe pas de cryptogames, si l'air n'est pas saturé de vapeur. On en observe surtout une grande quantité pendant le printemps et l'automne, époques de température moyenne et d'humidité. Pour que leur développement devienne général dans une localité, soit dans les pays de plaine, soit sur les lieux élevés, soit aux environs de marécages, il faut, pendant un temps assez long, une température douce accompagnée de pluies fines multipliées ou de brouillards, de manière que les magasins se pénètrent d'humidité. La végétation parasite finit par envahir complètement les denrées, si à ces conditions se joignent l'obscurité des lieux où on les renferme, et le défaut d'aération.

Quant aux fourrages et pacages susceptibles d'engendrer le charbon non typhoïde, mais simplement virulent, ce sont ceux qui proviennent de prairies « dont le sol et le sous-sol sont *argileux*, et qui, étant constamment rasées par la faux et par les dents du bétail, ne reçoivent ni amendements, ni engrais capables d'annuler l'influence pernicieuse du terrain sur les produits. » Cette influence peut être secondée ou affaiblie par certaines circonstances. Par exemple, des chaleurs excessives et prolongées pendant la végétation, en emportant les engrais, augmentent l'âcreté des fourrages argileux. Au contraire, « des fourrages âcres et fortement influencés par un sol argileux perdront complètement ou en partie leur propriété virulente, s'ils ont été mouillés, rouillés, vasés et récoltés dans des jours humides, par un temps de pluie, ou s'ils ont été exposés à la fraîcheur de la nuit. » L'ouvrage renferme une carte de vingt-trois communes, dont onze, contiguës et situées au sud-ouest de la ville de Niort, sont essentiellement argileuses et ont été toutes ravagées par le charbon virulent, tandis que les douze autres, également contiguës et situées au nord-est de la même ville, sont calcaires et ne présentent de charbons virulents que dans le cas où les cultivateurs de ces contrées vont chercher dans les communes argileuses du sud-ouest les foins qui leur manquent.

En présence de ces données étiologiques, l'auteur s'est cru autorisé à ranger dans une même catégorie des maladies fort différentes en apparence et qu'il regarde comme étant toutes produites par l'ingestion d'aliments chargés de cryptogames; et, pour mieux consacrer ce rapprochement, il propose de les désigner sous le nom commun de *maladies cryptogamiques.* Ce sont, parmi les maladies *externes*, la morve, le farcin, les scrofules, le

lupus, le crapaud, l'éléphantiasis, la teigne, la lèpre, etc.; et parmi les *fièvres*, la fièvre typhoïde proprement dite, les épidémies aphteuses, la grippe, le typhus contagieux des bêtes à cornes, la suette miliaire, la péripneumonie gangréneuse, la variole, la scarlatine, etc. On remarquera la singularité de cette division qui range la morve et le farcin dans les affections externes, et on sera surpris de cet *et cætera* qui vient terminer une liste où il s'agissait de déterminer rigoureusement le nombre et la forme des maladies cryptogamiques. Il est bon qu'on sache que, dans une autre partie de son livre, l'auteur y ajoute le choléra. Il croit, du reste, que l'ingestion de cryptogames n'est pas immédiatement ni nécessairement funeste, que le poison contenu dans les champignons peut séjourner plus ou moins longtemps dans l'économie sans occasionner de troubles fonctionnels bien sensibles, et qu'il peut même être éliminé du corps sans accidents. En cas de non-élimination, il détermine des altérations internes ou externes, suivant que le courant de la circulation le porte et le fixe à la périphérie ou au sein des viscères.

La cause du mal étant connue, rien de plus simple que de s'en préserver, et c'est ici que l'auteur se fait fort de réaliser la promesse que nous annoncions en commençant, celle d'extirper de France et du monde entier (le mot y est) toutes les épidémies et épizooties de caractère adynamique et typhoïde. Pour cela, *au lieu d'exposer les blés à l'air*, en contact avec les murailles, dans des greniers obscurs où l'atmosphère est calme et concentrée; *au lieu de les brasser souvent* de manière à renfermer à l'intérieur des surfaces chargées de champignons et à présenter de nouvelles surfaces à l'humidité, il ferait d'abord bien sécher les blés, les déposerait dans des bâtis en planches hermétiquement clos, et les couvrirait de manière à les soustraire tout à la fois *à l'action de l'air, de la lumière et de l'humidité*. Ces grains seraient portés au moulin et ramenés avec les mêmes précautions. En ce qui concerne les subsistances des animaux, notamment des chevaux de l'armée, il suffira de faire, au moment de la récolte, des approvisionnement pour l'année, *d'exposer les fourrages en plein air*, sous des hangars isolés du sol et de ne les botteler qu'au fur et à mesure de la consommation, surtout si le temps est humide. Les avoines, les sons et les gruaux seront mis dans les mêmes conditions que les blés.

On voit maintenant la nouveauté des idées présentées par M. Plasse. Ces idées, pour lesquelles il professe une tendresse si vive et dont il déduit de si déduisantes conséquences, sont-elles fondées sur une observation exacte? L'auteur affirme que *toutes les fois* qu'il a rencontré « quelques fièvres compliquées de caractères variés d'adynamie, d'intermittence, d'éruption, d'aphtes, de pustules, de charbon, même de morts subites avec les lésions intérieures, d'*hypertrophie*, d'*ecchymoses isolées*, d'engorgements des ganglions mésentériques, de dispositions rapides à la désorganisation, » il a toujours reconnu des champignons microscopiques sur les aliments. Plus loin, il ajoute : « Lorsqu'il a régné quelques épizooties locales, j'ai visité les granges, les fenils, les greniers d'avoine, de son, et en général tous les lieux d'approvisionnement, et, muni d'une loupe ou d'un microscope, j'y ai *toujours* découvert la cause de ces redoutables maladies. J'ai fait cesser les épizooties *toutes les fois* que j'ai employé les moyens contraires au développement des champignons, *sans m'inquiéter, du reste, des autres règles de l'hygiène.* » En présence de ces déclarations si formelles, il faut se rappeler d'abord, sans mettre le moins du monde en doute l'habileté pratique de l'auteur, que la question de fait est elle-même subordonnée à une question de diagnostic. Ce sont les affections typhoïdes, et non d'autres, qui sont, suivant lui, subordonnées à la présence de cryptogames dans les aliments; et il a soin même de mettre en regard sur deux colonnes distinctes, les symptômes qui impriment à une affection donnée le caractère inflammatoire et ceux qui lui impriment le caractère typhoïde. Il compare ainsi sous ce rapport la *gourme de lait* phlegmasique et la *gourme de lait* cryptogamique. Or nous avouons que la distinction ne nous a pas semblé bien claire et on peut craindre que, dans sa pratique, la notion préalable de la présence ou de l'absence de champignons dans les aliments ne soit souvent entrée pour quelque chose dans la détermination du caractère de la maladie. De plus, nous remarquons que la présence de cryptogames en petite quantité, il est vrai, est notée parmi les conditions alimentaires qui ont coïncidé avec des maladies inflammatoires, par exemple avec l'*inflammation de poitrine*.

En second lieu, à supposer que l'ingestion de cryptogames microscopiques ait toujours précédé le développement de fièvres typhoïdes, il faudrait prouver qu'il y a entre les deux faits un rapport direct de causalité. On sait bien que les affections charbonneuses sont souvent produites par la consommation de fourrages vasés, avariés, récoltés dans des prairies marécageuses. Ces conditions sont favorables au développement des cryptogames; mais sont-ce les cryptogames ou le fourrage lui-même qui est funeste? Voilà une difficulté à laquelle l'auteur n'a pas songé. Et ce qui dépose fortement contre l'opinion exclusive qu'il défend, c'est ce fait, reconnu de lui, que l'ingestion des cryptogames est souvent innocente. Dans ce cas, dit-il, le principe toxique a été éliminé! Mais qu'en sait-il? Il n'y a qu'une chose certaine : c'est l'absence d'accidents, et elle contredit quelque peu les vues de l'auteur.

Ce n'est pas tout : le fait avancé par M. Plasse, la coïncidence de champignons dans les aliments avec le développement d'affections graves, n'a rien d'impossible en soi quand il s'agit de maladies isolées. Mais comment le concevoir dans une épidémie? Comment concilier les exigences d'un fait semblable avec les fluctuations singulières, les migrations rapides ou capricieuses des épidémies? A l'esprit de qui peut-il venir, par exemple, que la dernière épidémie de choléra soit venue du Gange à Paris transportée par les cryptogames des farines? C'est pourtant à quoi serait conduit l'auteur par sa théorie. Et véritablement il ne paraît pas disposé à reculer devant cette conséquence; car, suivant lui (c'est ce qu'il avait appelé dans le titre le *modus faciendi* de la contagion), les maladies typhoïdes « se transmettent d'un individu à un autre par les germes des champignons microscopiques qui se rencontrent *en atomes plus ou moins multipliés* dans toutes les exhalaisons qui sont imprégnées du virus constitutif de ces redoutables affections. » De telle sorte que ce seraient des cryptogames développés dans le delta du Gange qui, ingérés par les malheureux indigènes, auraient envoyé ensuite des exhalaisons d'atomes, lesquels, repris et rejetés successivement par un grand nombre d'individus, auraient ainsi répandu le fléau sur toute la surface du globe! Nous ne pouvons nous résoudre à discuter une pareille doctrine.

Un mot seulement, et ce sera le dernier, au sujet des moyens prophylactiques. Ces moyens nous semblent singulièrement imaginés. L'obscurité des lieux où sont enfermés les fourrages est favorable, dit l'auteur, au développement des champignons, et il propose de les *soustraire complètement à l'action de la lumière*. L'humidité est plus pernicieuse encore, et il veut qu'on les recouvre et qu'on ne les brasse jamais, c'est-à-dire qu'on empêche toute circulation de l'air à la surface ou dans l'intérieur! Si c'est par ce procédé que M. Plasse est parvenu à arrêter toutes les épizooties typhoïdes, c'est à coup sûr que ces épizooties ne reconnaissaient pas pour cause la présence de champignons dans les fourrages. Nous n'avons pas non plus deviné pourquoi, après avoir conseillé de *recouvrir avec soin* les blés et les farines pour les préserver des cryptogames, il recommande d'*exposer les fourrages à l'air*, toujours dans le même but. Comprenne qui pourra!

— La section de pathologie médicale de l'Académie a arrêté la liste de présentation par ordre de mérite, ainsi qu'il suit :

MM. Requin, Michel-Lévy, Baudin, Sandras, Beau et Nonat.

— CAS DE MORT EXTRAORDINAIRE. — Le nommé William Wost (de Hillingdon) se mariait à onze heures samedi 2 mars; une heure après, ayant une querelle avec son beau-fils, il se livra à un pugilat dont ses yeux portent des traces manifestes. Néanmoins les deux combattants se rendent à trois heures au repas de noces. Vers le milieu du repas, Wost s'absente; on va à sa recherche et on le trouve expirant; le malheureux cessa de vivre avant que les premiers secours pussent lui être administrés.

Cette mort fut attribuée à une apoplexie occasionnée par les coups reçus dans sa lutte avec son beau-fils, lequel fut appréhendé comme homicide. Cependant, après un examen minutieux du cadavre, on découvrit dans le gosier un morceau de mouton pesant une once et demi, long de 2 pouces 3/4 et ayant 4 pouces de circonférence. Cette espèce de tampon bouchait solidement le passage de l'air et avait causé évidemment la mort.

— PRIX ESQUIROL. — Esquirol avait fondé, en 1818, un prix de 200 fr., qu'il donnait chaque année, à la fin de son cours, à l'auteur du meilleur mémoire sur les maladies du système nerveux

Ce prix, rétabli par M. le docteur Mitivié, neveu d'Esquirol, et médecin en chef de l'une des sections d'aliénées de la Salpêtrière, sera accordé à celui des concurrents qui enverra la meilleure collection d'observations complètes relatives à l'aliénation mentale ou aux névroses.

Les internes non docteurs des salles d'aliénés de France seront seuls admis à concourir.

Ce prix consistera en un exemplaire du TRAITÉ DES MALADIES MENTALES d'Esquirol et en une médaille d'or de la valeur de 200 fr.

M. Baillarger donnera, comme second prix, la collection des ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES.

Les mémoires, écrits lisiblement et dans les formes usitées, devront être envoyés au bureau des ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES avant le 1er janvier 1851.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

INFLUENCE DE L'AIR COMPRIMÉ SUR LA RESPIRATION ET LA CIRCULATION. — DÉFIBRINATION DU SANG PAR L'AGITATION. — EAUX MANGANÉSIENNES DE CRANSAC.

Nous l'avons souvent fait remarquer : ce qui manque à la médecine actuelle, ce sont moins les opinions nouvelles que les expériences et les preuves qui donnent la certitude à ce qui est vrai, et bannissent du terrain de la science ce qui n'est que conjectural. Cette remarque n'a jamais été mieux justifiée que par la lecture de M. Pravaz sur quelques points relatifs au mécanisme de la respiration. Ce médecin, voulant démontrer l'utilité des bains d'air comprimé dont il paraît faire un grand usage dans le traitement de plusieurs maladies, pose en principe que l'accroissement de la pression atmosphérique favorise le développement des cellules pulmonaires, étend le champ de l'inspiration, et facilite l'*endosmose* de l'oxygène. Il prétend en outre que l'action normale qu'exerce la pression habituelle de l'atmosphère sur la circulation veineuse s'accroît avec cette pression. Ces résultats, s'ils étaient prouvés, seraient d'utiles prémisses pour la conclusion pratique à laquelle a été conduit M. Pravaz. Les considérations purement théoriques auxquelles il s'est livré sont loin d'avoir ce caractère. Aussi qu'est-il arrivé ? C'est que propositions vraies, douteuses ou erronées ont eu le même sort. M. Rochoux, dont la verve critique s'exerce assez souvent avec un égal succès contre ce qui est fondé et contre ce qui ne l'est pas, a démoli pièce à pièce tout l'édifice du médecin de Lyon. Nous le regrettons pour notre part, car, dans les opinions rappelées par M. Pravaz, il y en avait qui, mieux exposées, mieux établies et surtout mieux défendues, auraient pu résister à l'artillerie de M. Rochoux. Faisons donc deux parts de ces opinions ; complétons le renversement de celles qui sont en désaccord avec la science établie ; mais cherchons à relever celles que leur autorité mieux couverte aurait dû garantir contre les attaques d'une habileté purement scholastique.

M. Pravaz considère l'accroissement de la pression atmosphérique comme une cause d'impulsion plus facile de la circulation veineuse. Cette opinion n'est pas seulement en désaccord avec la saine théorie, elle est contredite directement par l'expérience. M. Rochoux a eu raison de rappeler que la pression extérieure, faisant équilibre à la pression intérieure, il n'en devait résulter aucun effet sur la circulation ; c'est ce que l'expérience démontre directement. M. Duméril a d'abord rappelé que, s'étant placé lui-même dans les appareils à air comprimé de M. Tabarié, il n'avait remarqué aucun changement dans la circulation : son pouls avait continué à battre comme auparavant. Cette observation, qui, en raison du caractère précis de l'observateur, a déjà toute la valeur d'une expérience scientifique, avait été précédée d'expériences instituées en vue même de la question qui nous occupe. Dès 1835, M. Poiseuille, dans un mémoire couronné par l'Académie des sciences, avait établi que la pression ambiante n'exerce aucune influence sur la circulation capillaire. Cet auteur a soumis une série d'animaux à des pressions qui ont varié depuis 3 centim. jusqu'à 6 atmosphères, et dans aucun cas il n'a remarqué de changement notable dans le rhythme circulatoire. M. Pravaz eut donc consulté utilement le mémoire de M. Poiseuille. Nous ne relevons que pour mémoire cette assertion suffisamment combattue par un mot de M. Desportes, que l'accroissement de la pression ambiante favoriserait l'endosmose de l'oxygène. Pourquoi pas en même temps celle de l'azote, a demandé M. Desportes.

M. Pravaz a attribué avec raison au poumon, aux bronches, aux vésicules pulmonaires, un rôle actif dans l'acte respiratoire. Ce n'est pas, comme l'a dit M. Rochoux, une simple poche élastique qui se déplisse passivement sous l'influence de la pénétration de l'air, et qui revient sur elle-même en vertu d'une élasticité toute physique. M. Pravaz n'a rien trouvé à répondre à cette étrange conception du plus grossier mécanisme. Les faits et les expériences ne manquaient pourtant pas. Nous nous bornerons à rappeler les intéressantes expériences de M. Longet, constatant que la section du pneumo-gastrique empêche l'expiration de s'exécuter complétement. Il ne faut pas pour cela supposer la présence de fibres musculaires dans les vésicules pulmonaires, mais reconnaître qu'elles sont douées d'un force de réaction autre que celle d'une élasticité identique à celle de canaux de caoutchouc, ainsi que l'a prétendu M. Rochoux.

— Avant de quitter le domaine de la physiologie, nous devons mentionner tout à fait à part l'importante remarque de M. Marchal (de Calvi) sur la diminution de la fibrine du sang sous l'influence de l'agitation de ce liquide. Ce fait, déjà suffisamment établi par les nombreuses expériences de l'auteur, vient d'être confirmé par M. le docteur Corne. Cette donnée lumineuse jettera un grand jour sur le mécanisme des variations quantitatives de fibrine dans les maladies ; on y trouverait aussi peut-être la clef des rapports intimes entre la fibrine et l'albumine du sang, que certains auteurs sont disposés à regarder, sinon comme identiques, au moins comme des transformations et combinaisons différentes d'éléments communs.

— La France, déjà si bien pourvue en eaux minérales de toute espèce, possède dans les eaux de Cransac une richesse dont il est impossible même de calculer tous les bienfaits. Ces eaux, peu recherchées jusqu'ici, contiennent une notable quantité de sels manganésiens auxquels on n'avait pas fait une suffisante attention. Cependant des recherches approfondies sur ce point de thérapeutique ont été publiées par un savant médecin belge, M. Hannon, desquelles il résulterait que les préparations manganésiennes possèdent la plupart des propriétés des médications ferrugineuses, et offrent en outre des avantages particuliers dans le traitement de plusieurs maladies. Nous avons fait connaître précédemment l'excellent travail de M. Hannon. Il s'agit aujourd'hui d'autoriser l'exploitation de nouvelles sources contenant en assez grande abondance du sulfate de manganèse. Les propriétaires des anciennes sources, dans l'unique crainte que les principes minéralisateurs des cadettes ne compromissent par leur insuffisance la réputation des aînées, avaient demandé que l'exploitation de celles-ci ne fût point autorisée. L'Académie, qui est souvent libérale et impartiale, n'a écouté que l'intérêt public, et par l'organe d'une commission, dont M. Caventou était rapporteur, elle a déclaré que les eaux du Fraysse de la vallée de Cransac prendraient place dans le catalogue des eaux manganésiennes. Il serait à désirer maintenant qu'un bon observateur étudiât les propriétés physiologiques et thérapeutiques de ces eaux. Nous dirons par anticipation que nous les avons employées plusieurs fois avec un succès non douteux contre des engorgements glandoleux chroniques auxquels différentes médications avaient été opposées sans résultat.

Feuilleton.

ÉLOGE DE CHARLES-ERNEST BOUDET (1).

Messieurs,

La tristesse et le deuil ont des accents variés. Tout à l'heure ils n'étaient que trop lugubres ceux que nous a fait entendre notre éloquent collègue. Mourir au moment où le travail et l'intelligence ont achevé leur glorieuse évolution ; voir l'arbre se flétrir après qu'il a donné les plus beaux fruits et quand il promettait encore d'abondantes récoltes : quel douloureux spectacle ! c'est celui que nous offre Blandin. Blandin, le collègue et le condisciple de quelques-uns des membres de cette Société, le maître ou le patron du plus grand nombre ! Pour ces derniers, et je l'ai dit, nous sommes les plus nombreux, le drame se passe en quelque sorte dans une sphère plus élevée, le héros n'est plus de notre âge, la douleur est jusqu'à un certain point tempérée par le respect et l'admiration.

Mais, pour être plus modeste, la situation en est-elle moins touchante s'il s'agit d'un pauvre jeune homme, notre camarade et notre condisciple, qui, frappé à mort après un brillant début dans la carrière médicale, lutte encore pendant dix années avec un courage et une persévérance incroyables, suffisant à des travaux qu'on ne pourrait raisonnablement attendre que d'une organisation physique irréprochable, et succombant au moment où il allait publier un ouvrage important, le fruit de ses plus laborieuses recherches ; au moment où la confiance légitime d'un bon nombre de familles honorables lui donnait la certitude de réussir dans la pratique médicale ! A ces indices, messieurs, vous avez tous reconnu Boudet, l'un des membres les plus actifs de cette Société.

Permettez-moi de vous rappeler les différentes phases d'une vie si courte et si remplie. Nos relations d'étude et d'amitié dataient des premières années du collége : le choix qu'il fit de la profession médicale ne fut pas sans influence sur ma propre détermination : ce sera mon excuse si je reste au-dessous de mon sujet.

Charles-Ernest Boudet naquit à Paris le 31 mai 1813, au milieu de conditions bien faites pour présager le bonheur. Il était doué d'une constitution physique robuste, et se fit remarquer de bonne heure par son aptitude aux exercices du corps. Sa première éducation intellectuelle et morale fut dirigée par une mère dont la mémoire est encore un objet de vénération pour ceux qui l'ont connue, et la nature de l'enfant rendit sa tâche facile. Aussi l'impression fut durable et le jeune Boudet traversa sans entraves cette époque déjà si

(1) Prononcé dans la séance annuelle de la Société anatomique, le 18 février 1850, par M. le docteur Vigla.

PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

DU SUC PANCRÉATIQUE ET DE SON RÔLE DANS LES PHÉNOMÈNES DE LA DIGESTION ; mémoire lu à la Société de Biologie par M. CLAUDE BERNAED.

Depuis longtemps les anatomistes considérent le pancréas comme une glande salivaire abdominale. Guidés sans doute par la même induction et aussi par des expériences insuffisantes, quelques physiologistes ont donné au suc pancréatique les attributs de la salive. Cette comparaison entre le pancréas et les glandes salivaires est fausse, et elle est bien loin d'exprimer les usages du suc pancréatique dans la digestion tels que je vais les établir.

Je me propose pour but, dans ce travail, de démontrer expérimentalement que le fluide pancréatique est destiné, à l'exclusion de tous les autres liquides intestinaux, à modifier d'une manière spéciale, ou autrement dit, à digérer les matières grasses neutres contenues dans les aliments, et à permettre de cette manière leur absorption ultérieure par les vaisseaux chylifères (1).

Je ne raconterai pas ici comment et par quelle série de faits j'ai été amené à découvrir ce rôle remarquable et imprévu de la glande pancréatique. Je dirai seulement que ce n'est qu'après une étude longue et attentive faite sur la nature vivante que je suis parvenu à déterminer nettement les conditions expérimentales des phénomenes physiologiques que je vais décrire. J'indiquerai donc d'abord avec soin, quoique brièvement, les circonstances variables de l'expérimentation qui peuvent modifier les propriétés du suc pancréatique, afin que les résultats que j'annoncerai soient faciles à reproduire pour quiconque voudra répéter mes expériences.

§ I. — DE L'EXTRACTION DU SUC PANCRÉATIQUE ET DES CONDITIONS DE SA SÉCRÉTION.

EXP. I. — *Au début de la digestion.* Une très-grosse chienne de chasse, épagneule, à jeun depuis douze heures et bien portante, fit, à sept heures du matin, un repas de viande assez copieux; après quoi elle but de l'eau. Presque aussitôt après que l'ingestion des aliments fut terminée, l'animal fut placé sur une table afin de lui extraire son suc pancréatique. Je suivis à cet effet le procédé expérimental ordinaire, c'est-à-dire que je pratiquai dans l'hypocondre droit, au-dessus du rebord des côtes, une incision qui me permit d'amener au dehors le duodénum et une partie du pancréas. Le tissu du pancréas était d'une coloration rosée légère, et ses vaisseaux étaient modérément gonflés par le sang. Le duodénum était vide d'aliments, et aucun chylifère blanc n'y était visible. J'isolai aussi rapidement que possible le plus volumineux des deux conduits pancréatiques qui, chez le chien, s'ouvre isolément et obliquement dans le duodénum, à 2 centimètres environ plus bas que le canal cholédoque. Ce conduit, d'un blanc nacré et de la grosseur d'une forte plume de corbeau, était gonflé par du liquide. A chaque effort que faisait l'animal en criant, la quantité de liquide affluait plus considérable, et le canal devenait plus distendu. J'ouvris alors le conduit pancréatique avec la pointe de ciseaux fins, et immédiatement il s'en écoula par grosses gouttes perlées du suc pancréatique incolore, limpide, offrant une consistance visqueuse et filante. En ouvrant le conduit du pancréas vers son insertion sur le duodenum, il s'écoula aussi un peu de sang par suite de la lésion de petits vaisseaux voisins. Mais ce qu'il y eut alors de remarquable, c'est que le suc pancréatique ne se mélangea pas avec le sang, et qu'il en resta isolé à la manière d'un liquide huileux ou d'une dissolution fortement gommée.

J'introduisis alors dans le conduit pancréatique ouvert un petit tube d'argent de 3 millimètres de diamètre et de 15 centimètres de longueur, que je fixai à l'aide d'un fil préalablement passé sous le conduit. Puis ayant fait rentrer dans l'abdomen le duodénum et le pancréas, je fermai la plaie par une suture en ayant soin de laisser sortir au dehors l'extrémité libre du tube d'argent, à l'aide duquel je devais recueillir le fluide pancréatique. En effet, presque immédiatement du liquide pancréatique s'écoula par le tube sous forme de grosses gouttes filantes, limpides, se succédant avec plus de rapidité quand l'animal faisait un effort, et offrant une réaction très-alcaline au papier de tournesol.

Après avoir constaté la réaction alcaline des premières gouttes du suc pancréatique, je fixai pour le recueillir une petite vessie de caoutchouc sur le tube; cette petite vessie avait été préalablement comprimée de manière à en chasser l'air et à faire aspiration sur le liquide par la tendance des parois de caoutchouc à reprendre leur forme arrondie. L'animal étant ensuite déhé et remis en liberté, alla se cacher dans un coin du laboratoire, où il resta tranquille sans présenter aucun phénomène fâcheux.

La petite vessie fut appliquée au tube à sept heures et demie du matin ; je revins au laboratoire à une heure de l'après midi (par conséquent cinq heures et demie après). Je trouvai le chien calme et toujours couché. Je détachai alors la petite vessie gonflée par du liquide, et je constatai qu'elle contenait 8 grammes 7 décigrammes de suc pancréatique limpide, incolore, onctueux, filant et ramenant fortement au bleu le papier de tournesol rouge. Du liquide offrant les mêmes caractéres s'écoulait toujours goutte à goutte par le tube sur lequel je replaçai la petite vessie de caoutchouc. A cinq heures du soir, je retirai de nouveau de la petite vessie, 8 grammes juste de suc pancréatique bien alcalin et offrant les caractéres précédemment indiqués.

Le lendemain dans la matinée, deuxiéme jour de l'opération, le suc pancréatique coulait en abondance, et les gouttes se succédaient rapidement. J'obtins de la même manière, et dans l'espace d'une heure et quart, 16 grammes de suc pancréatique qui était évidemment modifié. Ce liquide toujours fortement alcalin était fluide comme de l'eau, et avait perdu toute la viscosité qu'il avait la veille; de plus, il était légérement opalescent, et laissait déposer un petit nuage tomenteux au fond du verre. Dans la soirée, le tube d'argent tomba avec la ligature. L'animal ne mangea rien, il ne fit que boire abondamment ; il avait de la fièvre, et la plaie était très-enflammée.

Le troisiéme jour de l'opération, le chien but du lait. La plaie du ventre entra en suppuration, et au bout de huit à neuf jours, elle fut entièrement cicatrisée et le chien parfaitement guéri.

L'expérience que je viens de rapporter fournit un exemple de la plus grande réussite possible. En effet, l'opération a été rapide; le pancréas n'a été attiré au dehors que dans une petite portion de son étendue, et il n'est pas resté exposé à l'air plus de cinq à six minutes, temps qui a été nécessaire pour trouver le conduit pancréatique, l'isoler, l'ouvrir, et y fixer le tube d'argent. Le tissu du pancréas n'était que légèrement turgide ; l'animal était au début de la digestion, et c'est dans cette condition que j'ai toujours pu obtenir les quantités les plus considérables de suc pancréatique. Nous avons recueilli, depuis sept heures et demi du matin jusqu'à cinq heures du soir, 16 grammes 7 décigrammes de suc pancréatique, ce qui fait en moyenne presque 2 grammes par heure. Le lendemain, après le développement des symptômes inflammatoires de la plaie, nous avons obtenu 16 grammes du même fluide en une heure et un quart. La quantité de la sécrétion était donc considérablement accrue, mais le suc pancréa-

(1) Les premiers résultats de mes recherches sur le pancréas sont consignés dans le journal L'INSTITUT, au commencement de l'année 1848.

---

difficile et importante de la vie que comprend les années passées au collége. J'ai encore présent à l'esprit le sentiment de considération exceptionnelle qu'inspirait au lycée Henri IV la conduite exemplaire de notre camarade; il n'eut pas, sur ce point, de rival. Avec cette disposition, il devait faire et fit de fortes études.

Vers la fin de l'année scolaire 1831, il quitte le collége avec le grade de bachelier ès lettres, pour suivre les cours de médecine. Il remplissait ainsi les vues sages d'un pére qui nourrissait ce projet depuis longtemps. En effet, de ses deux fils, l'aîné était appelé à continuer un nom justement célèbre dans la pharmacie ; quant au second, les relations nombreuses et choisies de M. Boudet avec les médecins de son époque, lui assuraient un patronage bienveillant et éclairé. La nature sérieuse et positive de son esprit se prêtait à ce nouveau genre d'étude ; il fut bientôt démontré que la pensée du père avait été heureuse.

La carrière des hôpitaux convenait, sous tous les rapports, à son caractère ardent et avide de s'instruire. Déjà, en 1832, élève de seconde année, il avait généreusement préludé en se consacrant, pendant la durée de l'épidémie, au service des malades cholériques, dans l'ambulance établie au séminaire de Saint-Sulpice.

Plus tard, il arrive, par des concours successifs, aux places d'externe (1835), d'interne provisoire (1836 et 1837), et enfin d'interne titulaire des hôpitaux (1838 à 1841). Alors se développa ce zèle infatigable pour les recherches cliniques et anatomo-pathologiques qui devait un jour contribuer à sa perte. Bicêtre et la Salpêtrière sont les premiers théâtres de son activité laborieuse, la Société anatomique et la Société médicale d'observation reçoivent ses premiers essais.

Il débuta dans la littérature médicale par un mémoire d'un grand intérêt sur l'hémorrhagie des méninges. L'assiduité avec laquelle il se livrait aux recherches nécroscopiques pendant son séjour à Bicêtre et à la Salpêtrière, lui permit d'observer un certain nombre de cas d'apoplexie méningée, et, comme les travaux antérieurs n'avaient jeté que bien peu de lumières sur ce sujet difficile, il le trouva digne de ses méditations et l'aborda avec cette ardeur que l'on apporte à ses premières créations.

Il résume d'abord l'état de la science et fait justice de quelques erreurs accréditées par l'autorité d'un homme justement estimé ; il le fait avec une convenance dont il ne s'est jamais départi dans ses critiques ultérieures ; puis, comme pour tempérer une disposition bien naturelle à conclure trop facilement de certains faits dont on a été frappé davantage ou dont la déduction, à l'insu de l'auteur, se prête mieux à quelque théorie nouvelle, pour éviter peut-être de tomber dans des erreurs semblables à celles qu'il vient de réfuter, il s'impose la sévère méthode d'analyser et de compter les faits qu'il a recueillis ou qu'il a trouvés décrits par d'autres avec les détails suffisants. Ce que le mémoire peut perdre d'intérêt par la forme, il le gagne certainement dans un sujet nouveau et difficile, par l'exactitude. Si l'esprit, dans ces conditions, un peu bridé par la méthode, ne donne pas l'originalité qui fait souvent le charme d'un ouvrage, il n'est pas exposé du moins à s'en laisser imposer par l'ambition des découvertes ; combien d'auteurs ne doivent d'être connus qu'à la nécessité subie par leurs successeurs de rétablir la vérité.

tique offrait alors une très-grande fluidité et était profondément modifié dans ses propriétés physiologiques, ainsi que nous le verrons plus loin.

Exp. II. — *En pleine digestion.* Sur un gros chien très-vivace, ayant fait un repas de viande quatre heures avant, et se trouvant en pleine digestion, j'ai attiré le pancréas au dehors de la même manière que dans l'expérience précédente; après quoi j'ai isolé son conduit sur lequel a été fixé un tube d'argent de 3 millimètres de diamètre. Le pancréas était gorgé de sang, ses vaisseaux étaient turgescents, et son tissu présentait une coloration rouge intense. Le duodénum contenait des aliments, et à sa surface rampaient des vaisseaux chylifères nombreux pleins de chyle blanc et homogène. Les parties étant rentrées dans l'abdomen et environ deux minutes après l'apposition du tube sur le conduit pancréatique, il s'en écoula une goutte de suc pancréatique limpide d'un aspect visqueux et gluant, et offrant au papier de tournesol une réaction alcaline très-marquée. Il coulait ainsi 2 ou 3 gouttes de fluide pancréatique par minute. J'appliquai, à onze heures du matin, la petite vessie de caoutchouc sur le tube d'argent, et je revins au laboratoire six heures après. Je retirai alors de la vessie 5 grammes de suc pancréatique, limpide, visqueux, d'aspect gluant, et ramenant fortement au bleu le papier de tournesol rougi. Le lendemain (2[e] jour de l'opération), je pus recueillir dans la matinée environ 25 grammes de suc pancréatique. Mais ce suc du lendemain, plus abondant que celui de la veille, était devenu très-fluide, dépourvu de viscosité, légèrement opalin, et offrait toujours une réaction alcaline très-marquée au papier de tournesol. La plaie de l'abdomen était sensible et enflammée. Les jours suivants, ces symptômes disparurent, la plaie se cicatrisa, et le chien fut promptement guéri.

Cette deuxième expérience a été faite rapidement et dans de bonnes conditions. Elle ne diffère de la première qu'en ce que l'animal était en pleine digestion, au lieu d'être au début. Si nous résumons les résultats obtenus, nous voyons : 1° que dans cette expérience pendant la digestion, le pancréas était turgide, gonflé de sang et comme érectile ; 2° que la quantité de suc pancréatique fournie a été moins abondante; 3° que le lendemain, après le développement de l'inflammation dans la plaie, la sécrétion pancréatique a été augmentée, et que le suc, devenu plus aqueux, était évidemment modifié.

Exp. III. — *Pendant l'abstinence.* Sur un chien de taille moyenne et bien portant, à jeun depuis vingt-quatre heures, j'attirai au dehors une partie du pancréas par une petite plaie faite dans l'hypocondre droit. La première chose qui me frappa fut l'extrême pâleur du pancréas; cet organe était comme exsangue, ses vaisseaux peu développés, et la couleur de son tissu se rapprochait de la blancheur du lait. Le canal pancréatique était vide et aplati : je l'incisai, rien ne s'en écoula; j'y plaçai comme à l'ordinaire un petit tube d'argent; après quoi je rentrai dans le ventre la portion du pancréas herniée, puis je fermai la plaie par une suture. J'observai pendant dix minutes, et rien ne s'écoula par l'extrémité du tube d'argent. Après ce temps, j'y fixai la petite vessie de caoutchouc. Trois heures après, je l'enlevai; elle était vide, et à peine ses parois étaient humectées par des traces du suc pancréatique. Cependant une goutte de liquide s'étant formée au bout du tube, je pus nettement constater l'aspect gluant et filant et la réaction alcaline du fluide pancréatique. Pendant le reste de la journée, il ne s'écoula que quelques gouttes très-rares de suc pancréatique avec les caractères que je viens de signaler. Le lendemain soir (trente heures environ après l'opération), la sécrétion pancréatique était devenue excessivement abondante, et il s'écoulait avec rapidité par le tube d'argent des gouttes d'un liquide incolore, dépourvu de viscosité, fluide comme de l'eau, et offrant une réaction très-franchement alcaline au papier de tournesol. Je recueillis environ 18 grammes de ce suc pancréatique en une heure. Les bords de la plaie étaient tuméfiés et enflammés. Le lendemain, le tube d'argent tomba avec sa ligature, et quelques jours après le chien était parfaitement guéri.

Cette expérience, qui a également été faite rapidement et dans de bonnes conditions, nous démontre que pendant l'abstinence le tissu du pancréas est blanc, exsangue, en même temps que son conduit est vide et aplati. La quantité de suc pancréatique qu'on peut recueillir à ce moment est excessivement faible et insuffisante pour les expérimentations. Le lendemain, lorsque l'inflammation de la plaie se fut manifestée, la sécrétion pancréatique devint très-active, mais ce suc n'avait pas ses caractères normaux et était altéré.

Ainsi donc, dans des expériences faites dans des conditions expérimentales aussi bonnes que possible, il peut se faire qu'on obtienne des quantités variables de suc pancréatique suivant que l'animal sera dans l'abstinence ou dans une période différente de la fonction digestive. Mais l'expérimentation mal faite peut également de son côté modifier la sécrétion pancréatique, comme on va le voir.

Exp. IV et V. — *Irrégulièrement faites.* 1° Sur un chien de taille moyenne, vigoureux et très-indocile, étant en digestion, j'appliquai comme à l'ordinaire le tube d'argent au canal pancréatique, mais il y eut, au moment de l'issue du pancréas par la plaie, une hernie considérable des autres viscères abdominaux. La réduction en fut très-longue et très-difficile, à cause des efforts constants que l'animal faisait en se débattant. Il s'ensuivit que le pancréas et une partie des intestins restèrent pendant longtemps exposés à l'air, et que ces organes se trouvèrent ensuite plus ou moins malaxés avant d'arriver à les faire rentrer dans le ventre. Après cette opération laborieuse, le chien paraissait mal à son aise, et il fut pris de vomissements. Rien ne coula par le tube d'argent, et la sécrétion pancréatique fut complétement suspendue pendant quatre ou cinq heures. Après ce temps, deux ou trois grammes d'un fluide alcalin, mais sans viscosité et légèrement trouble, purent être obtenus : c'était du suc pancréatique altéré. Les jours suivants, le chien fut affecté d'une violente péritonite dont cependant il ne mourut pas.

2° Sur un autre chien, également en digestion, l'incision dans l'hypocondre droit avait été faite trop petite, si bien que le pancréas et la portion de duodénum attirés au dehors furent comprimés et étranglés par le pourtour de la plaie. Par l'obstacle au retour du sang veineux, ces organes devinrent rapidement turgides et violacés, et la recherche du conduit pancréatique fut par cela rendue plus longue et plus difficile. Ce qu'il y eut de particulier dans cette expérience, c'est qu'en ouvrant le canal pancréatique, il en sortit deux ou trois gouttes d'un suc qui était rougeâtre, au lieu d'être incolore et limpide comme à l'ordinaire. Après avoir réduit les organes et cousu la plaie, il s'écoula par le tube d'argent, en quatre heures environ, 1 gramme de suc pancréatique légèrement visqueux, alcalin, mais présentant toujours une coloration rougeâtre anormale. Le fluide pancréatique qui fut recueilli ensuite était devenu incolore et présentait à peu près ses caractères normaux; toutefois sa viscosité était moins grande. Tout le reste de l'expérience se passa comme à l'ordinaire et le chien guérit.

Depuis deux ans, pour répéter mes expériences dans mes cours ou pour les montrer aux savants qui désiraient les voir, j'ai extrait du suc pancréatique sur 34 chiens. Toutefois je me suis borné à rapporter les sept expériences qui précèdent, parce qu'elles résument à peu près toutes les circonstances de l'expérimentation nécessaires à connaître. Or, de ces expériences, il résulte que lorsqu'on voudra obtenir la plus grande quantité de suc pancréatique possible, il faudra prendre un chien au début de sa digestion. De plus, il faudra faire l'expérience avec célérité et laisser le pancréas exposé à l'air le moins longtemps possible. Dans ces conditions, la sécrétion du suc pancréatique n'est pas suspendue par l'opération, et la quantité qu'on peut en obtenir avant le développement des conditions

---

— Je rappellerai que dans ce travail, comme au sein de la Société anatomique, il a confirmé et contribué à établir définitivement la doctrine émise en 1834, par M. Baillarger, sur le siége véritable des épanchements sanguins dans les méninges. On ne croit plus aujourd'hui à l'existence des hémorrhagies un peu abondantes entre la face interne de la dure-mère et la face externe de l'arachnoïde. Trop de preuves du contraire ont été déduites des conditions faites à ces deux membranes par l'anatomie normale, et de l'interprétation exacte des faits pathologiques. On nous a montré comment, par des transformations successives, la fibrine du sang épanché prend, à la surface libre, l'apparence d'une membrane séreuse capable d'en imposer pour le feuillet externe de l'arachnoïde; et plus tard, quand notre collègue M. Legendre, observant la même altération dans l'enfance, nous montre toutes les conséquences qui peuvent résulter de cette facilité des épanchements sanguins à s'enkyster, nous assistons à une série de découvertes les plus inattendues et les plus intéressantes.

Dans un mémoire souvent cité et auquel j'ai déjà fait allusion, on avait admis, et depuis d'autres auteurs avaient soutenu que toutes les fois que dans un cas d'apoplexie méningée on veut faire avec soin l'examen des vaisseaux, on trouve la source de l'épanchement sanguin, c'est-à-dire qu'il y a toujours rupture d'un vaisseau. L'interne de la Salpêtrière ne peut adopter cette opinion. Il cite d'abord nombre de faits rigoureusement observés dans lesquels il a bien fallu admettre que l'hémorrhagie avait eu lieu par exhalation; puis, jetant un coup d'œil général sur les hémorrhagies des autres membranes séreuses, il tire de l'analogie un nouvel ordre de preuves. Cette partie de son travail montre qu'il avait beaucoup observé et possédait déjà à un degré élevé, l'esprit de généralisation sans lequel l'observation reste stérile.

Voulez-vous avoir une idée de la manière dont il traite les autres parties de son sujet, vous le voyez encore obligé de combattre une opinion émanée de la même source, relativement à l'absence de la paralysie dans cette maladie. Ce symptôme réhabilité, il cherche les causes qui peuvent faire que tantôt il existe, tantôt n'existe pas, et les trouve, en interprétant les faits à sa disposition, dans l'abondance ou la petite quantité du sang épanché, dans son état de dissémination ou de circonscription, dans la rapidité ou la lenteur de son écoulement.

Mais le résultat le plus important de ses investigations, est certainement celui auquel il est arrivé dans l'étude de la contracture, phénomène dont il me paraît avoir exactement précisé le diagnostic anatomique dans les trois propositions suivantes :

» 1° Toutes les fois que la pulpe cérébrale est affectée seule dans une hémorrhagie, tant qu'il ne se produit pas d'inflammation autour du foyer, il ne se manifeste pas de contracture.

» 2° Toutes les fois qu'à une lésion de la pulpe cérébrale il se joint une rupture des parois des ventricules et un épanchement de sang dans ces cavités ou à la surface du cerveau, il survient de la contracture.

» 3° Quand un liquide non irritant comme de la sérosité se répand sur les membranes, il ne se produit pas de contracture. »

Mais, messieurs, je dois m'arrêter dans cette analyse; une telle manière de faire m'entraînerait d'autant plus loin que l'inventaire scientifique de notre camarade est plus considérable. — Je n'ai pu résister à vous donner quelques extraits de son premier travail. Au moment où il l'écrivait, il était déjà l'un des

morbides ne m'a jamais paru dépasser 2 grammes par heure sur un gros chien. Cette quantité devient bien moindre si l'expérience est faite avec lenteur et dans de mauvaises conditions. Mais une autre circonstance bien importante à signaler, c'est que la sécrétion pancréatique augmente considérablement au moment où survient l'inflammation consécutive du pancréas. Quelquefois ce phénomène se manifeste peu de temps après l'opération, ou bien n'arrive que le lendemain ou même le surlendemain. Mais cette sécrétion altérée est, ainsi que nous le verrons, dépourvue des propriétés physiologiques du suc pancréatique normal.

Il était donc bien important de pouvoir éviter ces difficultés et ces causes d'incertitude dans l'extraction du suc pancréatique. J'ai pensé pour cela à établir des fistules pancréatiques; mais pour arriver à ce but, j'ai rencontré des difficultés incroyables. Le canal pancréatique divisé se rétablit en quelques jours, de sorte que, pour maintenir l'écoulement du liquide au dehors, il m'a fallu faire usage d'un appareil tout à fait spécial. J'ai pu assez facilement obtenir l'évacuation permanente du fluide pancréatique au dehors; mais alors, quoique les animaux continuassent à manger, ils ne résistaient pas à la déperdition incessante du liquide pancréatique, et ils mouraient, au bout de dix ou quinze jours, dans le marasme et dans l'amaigrissement le plus étonnant. En définitive, il me fallut arriver à construire un appareil combiné de telle sorte qu'on pût, à volonté, tirer le suc pancréatique et le rendre à l'animal hors le temps de l'expérimentation. J'ai finalement réussi après deux ans de patience; mais comme cet appareil s'applique également au canal cholédoque, j'en donnerai la description ultérieurement, en m'occupant du rôle de la bile et du suc pancréatique réunis dans les phénomènes de la digestion.

§ II. — CARACTÈRES PHYSIQUES ET CHIMIQUES DU SUC PANCRÉATIQUE.

D'après ce qui a été établi précédemment, nous distinguerons deux sortes de suc pancréatique : 1° le suc pancréatique *normal*, obtenu dans de bonnes conditions, avant que l'inflammation se soit emparée du pancréas, ou bien recueilli chez un chien qui possède une fistule pancréatique ancienne; 2° le suc pancréatique *morbide*, qui est sécrété habituellement en grande abondance au moment où les symptômes de réaction inflammatoire se manifestent dans le pancréas et dans la plaie du ventre.

Le suc pancréatique *normal* est un liquide incolore, limpide, visqueux et gluant, coulant lentement par grosses gouttes perlées ou sirupeuses, et devenant mousseux par l'agitation. Ce fluide est sans odeur caractéristique; placé sur la langue, il donne la sensation tactile d'un liquide visqueux; son goût a quelque chose de salé qui est très-analogue à la saveur du sérum du sang. — J'ai constamment rencontré la réaction du suc pancréatique très-manifestement alcaline; je ne l'ai jamais, dans aucun cas, trouvée neutre ni acide. — Le liquide pancréatique normal, exposé à la chaleur, se coagule en masse et se convertit en une matière concrète d'une grande blancheur. La coagulation est entière et complète comme s'il s'agissait du blanc d'œuf : tout devient solide, et il ne reste pas une seule goutte de liquide libre. Cette matière blanche du suc pancréatique est également précipitée par l'acide azotique ainsi que par l'acide sulfurique et par l'acide chlorhydrique concentré. Les sels métalliques, l'esprit de bois, et l'alcool, précipitent encore d'une manière complète la matière organique du suc pancréatique. Les acides acétique, lactique et chlorhydrique, étendus, ne coagulent pas le suc pancréatique. Les alcalis n'y produisent non plus aucun précipité, et ils redissolvent sa matière organique quand elle a été préalablement coagulée par la chaleur, les acides ou l'alcool.

En résumant ces caractères du suc pancréatique, il semble bien qu'on soit en droit d'en conclure, ainsi que cela a été déjà fait par M. Magendie, MM. Tiedemann et Gmelin, etc., que le fluide pancréatique se comporte à la manière des liquides albumineux. En effet, une matière soluble qui se coagule par la chaleur et les acides énergiques possède bien les caractères de l'albumine. Cependant il n'y a aucun rapport sous le point de vue physiologique, ainsi que nous le verrons, entre le suc pancréatique et un liquide albumineux. Or, comme je prouverai que c'est ce principe coagulable qui est le principe actif; j'arrive forcément à conclure que la matière du suc pancréatique n'est pas de l'albumine physiologiquement, malgré qu'elle en offre les caractères chimiques. Je dirai cependant que cette identité n'est pas complète; car j'ai pu trouver des caractères pour distinguer chimiquement la matière pancréatique de l'albumine; je me bornerai à citer le suivant. Lorsque la matière du suc pancréatique a été coagulée par l'alcool, puis desséchée, elle se redissout en totalité et avec facilité dans l'eau (1), tandis que l'albumine, traitée de la même manière, ne se redissout plus dans l'eau d'une façon appréciable.

Le suc pancréatique *morbide* est un liquide de consistance aqueuse, dépourvu de viscosité, habituellement incolore, mais souvent opalescent, et quelquefois coloré en rougeâtre. Ce fluide présente une saveur salée et nauséeuse en même temps; sa réaction s'est toujours montrée alcaline, sa densité est moins grande. Traité par la chaleur et les acides, il ne se coagule plus. — La transformation du suc pancréatique *normal* en suc pancréatique *morbide* ne se fait pas brusquement, elle arrive au contraire d'une manière graduelle, de sorte qu'entre les caractères assignés au suc pancréatique *normal* et *morbide* on peut trouver beaucoup d'intermédiaires. Toutefois ces variations ne portent que sur la présence de la matière active coagulable, qui est très-abondante dans le premier suc pancréatique retiré après l'opération bien faite, tandis que la proportion de cette même matière diminue progressivement à mesure qu'on s'éloigne de ce moment, et peut manquer complétement lorsque l'inflammation s'est emparée franchement du tissu pancréatique. A mesure que cette matière disparaît, le suc pancréatique devient de plus en plus aqueux et perd son activité. Tout cela peut encore se résumer en disant que le suc pancréatique est d'autant plus normal et plus actif qu'il se coagule davantage par la chaleur, et qu'il est d'autant plus inerte et plus altéré qu'il se coagule moins.

Le suc pancréatique est sans contredit le plus altérable de tous les liquides de l'économie. Lorsqu'on expose du suc pancréatique normal à une température basse (5 à 10° + 0), il peut être conservé plusieurs jours, et alors on remarque que par l'abaissement de température la viscosité du liquide augmente, et qu'il devient d'une consistance analogue à celle d'une gelée légère. Si au contraire on maintient le suc pancréatique à la température de 40 à 45°, il se modifie rapidement, et au bout de quelques heures il est complétement altéré, c'est-à-dire qu'il répand une odeur nauséeuse, qu'il présente un dépôt nuageux, et perd la propriété de se coaguler par la

(1) Et elle donne à l'eau la viscosité particulière du suc pancréatique et ses propriétés physiologiques, de sorte que c'est bien là la matière active du suc pancréatique.

---

membres les plus assidus et les plus laborieux de cette société dont il fut nommé adjoint au mois d'avril 1837, et titulaire l'année suivante. De 1837 à 1841, vos bulletins font foi de sa coopération active. Je rappellerai ses recherches sur une inflammation mortelle des canaux biliaires produite par la présence de calculs (1837, douzième année, page 153), sur les anévrismes partiels du cœur (1838), sur la gangrène sénile consécutive à l'artérite (id.), sur la fièvre pétéchiale d'Italie et d'Angleterre (1840), sur l'hydropisie enkystée de l'ovaire (1841). On trouve en bien plus grand nombre des communications verbales dans le compte rendu de vos séances. La santé qui l'abandonna le força à s'éloigner, et il prit le titre de membre honoraire l'année 1846, quand il désespéra de pouvoir, au moins de longtemps, reprendre sa part de vos travaux.

En même temps qu'il s'occupait avec vous d'anatomie pathologique, il allait chercher à la société médicale d'observation d'autres leçons, d'autres modèles, tout en y portant son tribut. Vous dire qu'il devint secrétaire de cette laborieuse société, c'est ne laisser dans vos esprits aucun doute sur l'activité et la valeur réelle de sa collaboration.

Les détails qui précèdent vous donneront déjà une idée des habitudes laborieuses de notre collègue. Il avait traversé sans accidents les huit premières années d'un si rude noviciat, et la force de sa constitution, une santé jusqu'alors irréprochable, semblaient lui assurer un long avenir, lorsqu'en 1839, étant interne à l'hôpital des cliniques, il eut une hémoptysie. Ce fut, hélas! le commencement d'une seconde et bien douloureuse phase de sa vie, dans laquelle nous le voyons, à défaut de la vigueur physique qu'il ne doit plus retrouver, suppléer par son énergie morale à la satisfaction de deux besoins également impérieux pour lui, celui de vivre et celui de travailler. Ce qu'il déploya d'ardeur et de persévérance dans cette lutte de dix années contre un mal qui ne lui donna jamais de repos complet, il est difficile d'en avoir une idée exacte quand on n'en a pas été le témoin intime. Il voulait vivre, mais par une sorte de contradiction honorable, il ne consentait pas à renoncer à l'étude, et, pendant qu'il poursuivait, croyant travailler pour d'autres, le moyen de guérir une maladie qui le minait lui-même, les efforts qu'il faisait dans cette direction contribuaient à accélérer sa perte.

Permettez-moi, messieurs, d'examiner un instant, au point de vue psychologique, les conséquences présumées de l'accident éprouvé en 1839 par notre camarade.

Quelle sera dans sa pensée la signification pathologique de ce grave symptôme, l'hémoptysie ? Y verra-t-il un avertissement sévère, presque toujours sinistre, mais quelquefois salutaire, de la nature, salutaire à la seule condition de vivre de la vie la plus calme, la plus conforme aux lois de l'hygiène ? Acceptera-t-il, avec la ferme volonté de les conserver, les chances, hélas! trop nombreuses, du développement de la phthisie pulmonaire ? Non, messieurs ; par une illusion singulière de l'esprit humain, et dont les plus grands médecins nous ont fourni de nombreux exemples dans la même occurrence, il éloignera de sa pensée une éventualité désespérante. Il arrivera bientôt à nier celle-ci comme certains philosophes niaient la douleur; et peu à peu, comme s'il ne lui suffisait pas de s'être persuadé lui-même, il voudra convaincre les autres. Eh quoi! se dira-t-il, la phthisie pulmonaire est-elle une maladie si grave dont on doive autant s'effrayer ? ne guérit-elle pas au contraire bien plus souvent qu'on ne l'imagine ? La nature n'est-elle pas féconde en ressources pour détruire, chasser, emprisonner ou paralyser ce cruel

chaleur. La réaction alcaline du liquide persiste toujours dans ces circonstances. Pendant les chaleurs de l'été, dans les temps orageux, cette altération du suc pancréatique s'opère quelquefois en très-peu d'instants : il faut alors bien avoir soin de maintenir au frais le suc pancréatique et l'animal qui le fournit, parce que l'altération du fluide aurait lieu dans la petite vessie de caoutchouc destinée à le recueillir, et fixée à l'extrémité du tube d'argent. Le dépôt qui se produit au moment de l'altération du fluide pancréatique m'a présenté quelquefois un aspect soyeux particulier : j'ai toujours trouvé dans ces cas, au microscope, une grande quantité de cristaux en aiguille, offrant les caractères des cristaux de margarine ou d'acide margarique.

J'ai étudié le suc pancréatique sur les lapins, les chevaux et les oiseaux (poules et pigeons), et j'ai constaté que chez ces animaux, le suc pancréatique, obtenu dans de bonnes conditions, était, comme chez le chien, un liquide incolore plus ou moins filant, à réaction très-nettement alcaline, et se coagulant complétement par la chaleur.

Maintenant que nous connaissons toutes les variations que peut éprouver le suc pancréatique, il deviendra facile pour tout le monde de trouver la cause des dissidences des auteurs sur la quantité de l'albumine contenue dans le suc pancréatique. Du reste, cette distinction du suc pancréatique en suc *normal* et suc *morbide* ou *altéré* n'est pas seulement une distinction utile pour étudier les propriétés physiques et chimiques de ce fluide; mais cette distinction est surtout indispensable pour se rendre compte de ses propriétés physiologiques ou digestives, ce qui, à notre point de vue, est la chose la plus importante.

§ III. — PROPRIÉTÉS PHYSIOLOGIQUES DU SUC PANCRÉATIQUE; SON ACTION SPÉCIALE SUR LES MATIÈRES GRASSES NEUTRES ÉTUDIÉE EN DEHORS DE L'ANIMAL.

J'ai dit, au commencement de ce mémoire, que le suc pancréatique était destiné, à l'exclusion de tous les autres liquides intestinaux, à modifier d'une manière spéciale, ou, autrement dit, à digérer les matières grasses neutres qui peuvent se rencontrer dans les aliments. Rien n'est si facile à démontrer.

EXP. I. — Sur 2 grammes de suc pancréatique fraîchement extrait, alcalin et visqueux et possédant tous les caractères du fluide pancréatique *normal*, on ajouta dans un tube fermé par un bout 1 gramme d'huile d'olives. L'huile, à cause de sa pesanteur spécifique, se tint à la surface, mais en agitant pour opérer le mélange des liquides, il en résulta aussitôt une émulsion parfaite, et tout se transforma en un liquide semblable à du lait ou mieux à du chyle.

EXP. II. — Sur 2 grammes de suc pancréatique frais et normal, on ajouta dans un tube fermé par un bout un gramme de beurre frais, on plaça le mélange au bain-marie à la température de 35 à 38° cent., peu à peu le beurre se fluidifia, et en agitant, il fut complétement émulsionné par le suc pancréatique, et il en résulta, comme dans l'expérience précédente, un liquide épais, onctueux, blanc comme du chyle.

EXP. III. — Avec 1 gramme de graisse de mouton (suif), on mélangea dans un tube fermé par un bout 2 grammes de suc pancréatique frais et normal; le tout fut exposé au bain-marie, à la température de 35 à 38° cent. Bientôt la graisse de mouton se fluidifia, et agitée avec le suc pancréatique, elle fut transformée en un liquide blanc, semblable à du chyle.

EXP. IV. — 1 gramme de graisse de porc (saindoux) fut mélangé avec 2 gram. de suc pancréatique frais et *normal*. En agitant à froid, l'émulsion s'opérait déjà très-visiblement, mais en chauffant au bain-marie de 35 à 38°, l'émulsion fut instantanée, et tout fut transformé en un liquide blanc, crémeux, comme dans les cas précédents.

En laissant les produits des quatre expériences ci-dessus indiqués au bain-marie de 35 à 38° pendant quinze à dix-huit heures, l'émulsion dans tous les tubes se maintint parfaitement. Le liquide blanchâtre et crémeux ne changea pas du tout d'apparence, et il n'y eut, par suite du repos du mélange, aucune séparation entre la matière grasse et le liquide pancréatique. Mais au bout de quelques heures il devint évident que, sous l'influence du suc pancréatique, la graisse n'avait pas été simplement divisée et émulsionnée, mais qu'elle avait en outre été modifiée chimiquement. En effet, au moment du mélange, la matière grasse neutre et le suc pancréatique alcalin constituaient un liquide blanchâtre à réaction alcaline, tandis que, cinq ou six heures après, le mélange avait acquis une réaction très-nettement acide. En examinant ce qui s'était passé, il fut très-facile de constater, à l'aide de moyens ordinaires, que la matière grasse avait été dédoublée en glycérine et en acide gras. Dans le tube où du beurre avait été soumis à l'action du suc pancréatique, l'acide butyrique était reconnaissable à distance par son odeur caractéristique.

Des faits qui précèdent, il résulte donc que le suc pancréatique *normal* possède la propriété d'émulsionner instantanément et d'une manière complète les matières grasses neutres, et de les dédoubler ensuite en acide gras et en glycérine.

Le suc pancréatique seul jouit de cette propriété, avons-nous dit, et aucun autre liquide de l'intestin ou de l'économie n'exerce une semblable action sur les matières grasses neutres. Il est encore très-facile de donner la preuve de cette assertion.

EXP. I. — *Bile.* On mélangea dans un tube fermé par un bout, avec 2 gr. de bile de chien fraîche et très-légèrement alcaline, 1 gramme d'huile d'olive. On agita fortement le mélange et on le plaça ensuite au bain-marie à la température de 35 à 38° c. Au moment de l'agitation, l'huile se mélangea mécaniquement avec la bile, de manière à former un liquide jaune et opaque; mais une demi-heure après, par suite de repos, l'huile s'était complétement séparée et revenue à la surface, tandis que la bile formait une couche parfaitement distincte dans la partie inférieure du tube. L'huile n'avait aucunement été modifiée. Avec la bile de bœuf et de lapin, les choses se passèrent de la même manière.

EXP. II. — *Salive.* Avec 2 grammes de salive d'homme fraîche et alcaline, on mélangea 1 gramme d'huile d'olive. On agita fortement le mélange, et on le plaça au bain-marie à la température de 35 à 38° c. Une division mécanique de l'huile eut également lieu, mais bientôt il y eut par le repos séparation complète de la salive et de l'huile, qui surnageait en conservant toutes ses propriétés physiques et chimiques. La salive du chien et celle du cheval furent également sans action sur l'huile d'olive.

EXP. III. — *Suc gastrique.* 2 grammes de suc gastrique de chien, frais et très-nettement acide, furent additionnés d'un gramme d'huile d'olive. L'agitation produisit un mélange momentané du suc gastrique avec l'huile, qui bientôt remonta à la surface du liquide sans avoir été modifiée.

EXP. IV. — *Sérum du sang.* Un gramme d'huile d'olive fut ajouté à 2 gram. de sérum du sang, provenant d'un chien saigné à jeun. Le sérum était alcalin et limpide. L'huile se mélangea par l'agitation avec le sérum, mais au bout de quelque temps de repos au bain-marie de 36 à 38° c., la séparation de l'huile et

---

ennemi, le tubercule? Et, ces procédés connus dans tous leurs détails anatomiques et chimiques, sera-t-il donc si difficile au médecin laborieux et inventif de placer l'organisme dans les conditions les plus favorables à leur élaboration? Ne pourra-t-il, en définitive, dans bien des cas, faciliter, et même, pourquoi non, amener la guérison de la phthisie pulmonaire?

Et comme Laennec, comme Rogée, son digne et regrettable ami, Ernest Boudet, va consacrer toutes les forces de son intelligence à la démonstration de ce théorème : la phthisie pulmonaire peut guérir spontanément, — et à la solution bien autrement difficile de ce problème : le médecin peut-il provoquer ces divers modes de guérison et les produire à volonté?

En voyant l'intelligence humaine graviter dans une semblable illusion, l'esprit se sent tout d'abord découragé, humilié, et se dispose à accuser la Providence; mais en étudiant la question sous une autre face, le philosophe trouve avec bonheur cet admirable instinct qui nous fait chercher le salut sans nous donner la conscience du danger.

Tel est, messieurs, si je ne m'abuse, le mobile intérieur qui a porté de préférence Ernest Boudet à ce genre de recherches. Nous le voyons, à l'exemple de son ami Rogée, victime de la même maladie, enrichir la science de faits du plus haut intérêt et préparer peut-être pour l'art des ressources dont, hélas! il ne devait pas profiter.

La première publication d'Ernest Boudet relative à la phthisie pulmonaire est sa thèse inaugurale, soutenue le 1er mars 1843; elle a pour titre : RECHERCHES SUR LA GUÉRISON NATURELLE OU SPONTANÉE DE LA PHTHISIE PULMONAIRE.

Il avait pour ses maîtres dans les hôpitaux une estime et une reconnaissance bien vives et qu'il leur conserva toujours; il avait pour la mémoire de sa mère un culte religieux, pour son père, pour ses proches parents, une affection tendre et respectueuse, et cependant, contrairement à l'usage, aucun de ceux que je viens de nommer ne trouva place dans la dédicace imprimée de cette thèse; elle est pour d'autres, sans commentaire, mais non moins expressive :

A la mémoire de mes amis
C. ROGÉE ET RENAUDIN,
internes des hôpitaux.

Or, messieurs, vous les avez connus : vous savez que tous deux ont succombé à la phthisie pulmonaire.

On pourrait être tenté de voir là une pensée de découragement, un pressentiment sinistre; mais l'épigraphe est conçue de manière à dissiper tous les doutes : « Les anciens accordaient trop d'influence à la force médicatrice de la nature » dans la guérison des maladies; les modernes ne lui en accordent pas assez. » Il est plus explicite encore dans le premier paragraphe du préambule qui sert d'introduction : « Empêché par des circonstances indépendantes de ma volonté (nous » savons déjà que c'était l'altération de sa santé) de mettre la dernière main à un » travail de longue haleine que j'ai entrepris sur la guérison de la phthisie pulmonaire; je n'ai pas voulu attendre plus longtemps pour publier un aperçu » de mes recherches. Je me plais à croire que, tout incomplètes qu'elles sont, » les conclusions rassurantes auxquelles je suis parvenu, ranimeront le zèle des » médecins pour prévenir ou combattre cette redoutable affection et rendront » quelque espérance aux malades eux-mêmes. »

Trois années plus tard, il avait achevé son œuvre et traitait avec l'éditeur

du sérum s'était opérée d'une manière à peu près complète. Le sérum du sang d'homme et celui de cheval se comportèrent de la même manière avec l'huile d'olive.

Exp. V. — *Liquide céphalo-rachidien*. Un gramme de liquide céphalo-rachidien de chien, limpide et alcalin, fut mélangé avec un demi-gramme d'huile d'olive. Par l'agitation du liquide, il y eut division momentanée de l'huile. Bientôt la séparation des deux liquides fut effectuée, ce qui démontre que l'huile n'avait pas été modifiée par son contact avec le liquide céphalo-rachidien.

Il est facile maintenant, en comparant l'action de la bile, de la salive, du suc gastrique, du sérum du sang et du liquide céphalo-rachidien, à celle du suc pancréatique sur l'huile d'olive, de voir que, parmi tous ces liquides de l'économie, le suc pancréatique seul modifie, ainsi que nous l'avons avancé, la matière grasse neutre.

Toutes les expériences qui précèdent ont été reproduites un très-grand nombre de fois (1), et elles sont si nettes et si simples à répéter que chacun pourra en vérifier les résultats avec facilité. Mais c'est ici le lieu de rappeler la distinction essentielle que nous avons établie entre le suc pancréatique *normal* et le suc pancréatique *morbide* ou *altéré*. En effet, cette émulsion instantanée des matières grasses neutres et leur dédoublement en glycérine et en acide gras n'est effectuée que par le suc pancréatique *normal*, c'est-à-dire le suc pancréatique alcalin, visqueux, et coagulant en masse par la chaleur et les acides. Si, au contraire, on mélange par l'agitation avec de l'huile ou de la graisse du suc pancréatique *morbide* ou *altéré*, c'est-à dire du suc pancréatique toujours alcalin, mais devenu aqueux, sans viscosité, et ne coagulant pas par la chaleur, son action sur les matières grasses est nulle, et bientôt il s'effectue une séparation entre le suc pancréatique inerte et la matière grasse non modifiée. On comprend très-bien que si l'altération du suc pancréatique est incomplète, et que si ce fluide coagule encore un peu par la chaleur, son action sur la graisse existera, mais d'une manière imparfaite. Cela permettra d'expliquer toutes les qualités intermédiaires possibles du suc pancréatique, depuis son état *normal* ou d'activité parfaite jusqu'à son état de complète *altération* ou d'entière inertie. Je ne reviendrai pas sur les causes qui amènent cette altération, je me suis expliqué à ce sujet au commencement du mémoire.

§ IV. — ACTION DU SUC PANCRÉATIQUE DANS LA DIGESTION ÉTUDIÉE SUR L'ANIMAL VIVANT; SON RÔLE INDISPENSABLE POUR L'ABSORPTION DES MATIÈRES GRASSES NEUTRES ET POUR LA FORMATION DU CHYLE.

D'après ce qui a été établi dans le paragraphe précédent, il est permis de penser que, pendant la digestion chez les animaux vivants et bien portants, le suc pancréatique se trouvant toujours à l'état *normal*, il sera facile de constater son action spéciale sur les matières grasses neutres alimentaires. Il résultera en effet des expériences qui vont suivre que le suc pancréatique, en émulsionnant et en modifiant les matières grasses dans l'intestin, les rend absorbables, et devient de cette manière l'agent unique et indispensable de la formation de ce liquide blanc homogène qui circule dans les vaisseaux lactés et auquel on donne le nom de chyle. Ce n'est point le moment de discuter la signification du mot *chyle*. Pour moi, le chyle et le chyme, avec les idées qu'on y attache encore aujourd'hui en physiologie, sont des dénominations complétement vides de sens. Seulement j'ai besoin de rappeler un fait qui est du reste parfaitement connu, c'est que les vaisseaux chylifères ou lactés ne contiennent un liquide blanc laiteux homogène qu'à la condition qu'ils aient absorbé des matières grasses dans l'intestin, de sorte qu'un chyle limpide et transparent (improprement qualifié par quelques auteurs par le mot de chyle végétal) est pour nous un chyle sans matière grasse, tandis qu'un chyle blanc, laiteux, homogène (qualifié, par opposition au précédent, sous le nom de chyle animal), est un chyle qui contient de la matière grasse émulsionnée et modifiée. Cela étant posé, il sera facile de prouver que c'est le suc pancréatique seul qui émulsionne, modifie dans l'intestin la matière grasse et la rend absorbable par les chylifères.

Quand j'ai sacrifié des chiens en pleine digestion de matières graissenses, j'ai constaté parfaitement que la graisse n'est que fluidifiée par la chaleur de l'estomac, qu'elle s'y reconnaît à ses caractères, et qu'elle se fige à la surface du suc gastrique par le refroidissement, comme de la graisse sur du bouillon. Dans l'intestin au contraire, au-dessous de l'ouverture des conduits pancréatiques, la graisse ne peut plus être distinguée par ses caractères; elle forme une matière pultacée, crémeuse, émulsive, colorée en jaunâtre par la bile. Les vaisseaux chylifères se voient alors gorgés d'un chyle blanc laiteux, homogène. En faisant sur des chiens la ligature des deux canaux pancréatiques, dont le plus petit s'ouvre très-près du canal cholédoque, tandis que le plus volumineux s'ouvre dans l'intestin à 2 centimètres plus bas, j'ai constaté que la graisse reste inaltérée dans l'intestin grêle, et que les vaisseaux chylifères ne contiennent plus qu'un chyle limpide, exempt de la matière grasse, qui n'a pas pu être absorbée à cause de la soustraction du suc pancréatique.

On pourrait se contenter de cette expérience comme preuve que la présence du suc pancréatique est indispensable à la formation du chyle. Mais j'ai trouvé une autre manière de prouver le même fait par une expérience très-élégante et irréprochable, parce qu'elle n'exige aucune mutilation préalable et qu'elle est très-facile à répéter par tout le monde. C'est chez le lapin, où la nature semble avoir été au-devant des désirs de l'expérimentateur en faisant ouvrir, par une bizarrerie singulière, le canal pancréatique, qui est unique, très-bas dans l'intestin, à 35 centim. au-dessous du canal cholédoque. Or il arrive que lorsqu'on fait manger de la viande ou des matières grasses à des lapins, la graisse, passe inaltérée dans l'estomac et descend dans l'intestin sans subir aucune modification, jusqu'au moment où vient se déverser le suc pancréatique, à 35 centim. au-dessous de l'ouverture du canal cholédoque; et on voit que c'est précisément après l'abouchement du canal du pancréas que les vaisseaux chylifères commencent à contenir un chyle blanc laiteux, tandis que plus haut ils ne contiennent qu'un chyle transparent. Il y a donc chez le lapin, dans ces conditions, les deux espèces de chyle : le chyle transparent et sans graisse émanant des 37 centimètres d'intestin grêle situés avant l'abouchement du canal pancréatique, et le chyle laiteux homogène contenant de la graisse émanant des portions de l'intestin grêle placées au-dessous de l'abouchement du canal pancréatique. Je connais en physiologie peu d'exemples d'expérience aussi simple et aussi décisive que celle-là. Voici le procédé le plus rapide et le plus commode pour la répéter.

Exp. — On prendra préférablement un gros lapin adulte, et on le fera jeûne

(1) Parmi les savants qui jusqu'à présent ont été témoins de nos expériences sur le suc pancréatique, je pourrai citer MM. Magendie, Rayer, Bouillaud, Andral, Bérard, et les membres de la Société de de biologie. Je reproduis en outre ces expériences dans tous mes cours de physiologie expérimentale.

Masson pour un ouvrage dont il allait commencer la publication sous le titre de : RECHERCHES SUR LA GUÉRISON DE LA PHTHISIE PULMONAIRE ET SUR L'ÉVOLUTION DES TUBERCULES. Ce manuscrit, que j'ai eu entre les mains et qui sera publié par les soins de son frère, est le fruit de recherches cliniques et d'investigations cadavériques multipliées. Il avait à cœur de le terminer, il y a travaillé jusque dans les derniers mois de sa vie. Nous avons été impuissants, ses parents et moi à le modérer; il est resté froid à nos avertissements, lui qui dans l'éloge funèbre de son ami Renaudin, prononçait ces paroles pleines de sensibilité et de sagesse : « Qui d'entre vous ne se sent profondément ému au souvenir de » tant d'internes frappés depuis quelques années, dans la vigueur de la jeunesse, » au milieu des espérances qu'avaient fait naître leurs travaux naissants ?

» Landau, Plégu, Dariste, Godin, Andral, Pasquier, Auguste Baron, Bascle, » Rogée, Renaudin ont péri depuis six ans, victimes d'une même et fatale maladie.

» Animés d'une noble ambition, ils ont affronté sans mesure dans les hôpi- » taux et les amphithéâtres des périls sans cesse renouvelés et leur organisme » moins fort que leur courage a fini par succomber. »

Il ajoutait : ..... « Nos maîtres eux-mêmes qui doivent exercer sur leurs élè- » ves une autorité salutaire, n'en feraient-ils pas un noble usage, s'ils détour- » naient par leurs conseils d'une route pleine de danger, de jeunes hommes » trop faibles pour les braver impunément.

» L'infortuné Godin n'aurait peut-être pas succombé...; n'en eût-il pas été » de même d'Andral, de Rogée, chez lesquels le germe du mal qui les a fait » périr s'était développé au sein des amphithéâtres? »

Hélas! messieurs, celui qui parlait ainsi devait figurer à son tour dans ce triste nécrologe, et ses dernières paroles lui sont plus applicables assurément qu'à aucun de ses prédécesseurs. Ses travaux sur la phthisie pulmonaire ne le détournèrent pas des autres sujets d'étude que lui fournissait la pratique journalière des hôpitaux. Il a recueilli des notes plus ou moins détaillées sur tous les malades placés dans les différents services auxquels il a été attaché comme interne ou chef de clinique. Il avait méthodiquement classé toutes ces observations avec titres et résumés qui lui permettaient d'évoquer dans l'espace de quelques minutes, sur un sujet donné, les résultats de son expérience personnelle.

Il a surtout mis à profit les loisirs que lui laissa sa santé pendant une année d'internat passée à l'hôpital des Enfants (1840). Il a donné une histoire intéressante de l'épidémie de croup qui régna à cette époque. Le contenu du mémoire répond parfaitement au titre; c'est l'épidémie qu'il a étudiée, et non la maladie dans ses symptômes propres. Il établit d'abord à quels indices on doit reconnaître le caractère épidémique de cette affection. La rareté relative de celle-ci à l'état sporadique est démontrée par les relevés empruntés au registre de l'hôpital. Il s'assure que la maladie règne en même temps dans la ville et aux environs. Il donne la topographie du lieu où il observe le résultat des observations météorologiques, l'indication des maladies régnantes avant, pendant et après l'invasion, enfin le sommaire des faits qui établissent l'épidémie elle-même.

Il aborde ensuite l'étude détaillée de la maladie, qu'il décrit dans ses formes, simple ou primitive, compliquée ou consécutive; dans ses symptômes, sa marche, sa durée, etc. L'anatomie pathologique, l'étiologie et le traitement sont l'objet de considérations étendues. Il termine par un chapitre original sur les

pendant vingt-quatre ou trente-six heures; puis on ingérera dans son estomac, à l'aide d'une seringue et d'une sonde en gomme élastique, 15 ou 20 grammes de graisse de porc (saindoux), fluidifiée préalablement par une douce chaleur. Après cela on donnera à manger au lapin de l'herbe ou des carottes, ce qui aidera à faire descendre la graisse dans l'intestin. On assommera le lapin au bout de trois ou quatre heures; on ouvrira aussi rapidement que possible le ventre, et on constatera avec grande facilité que la graisse n'est émulsionnée et modifiée que de 35 centim après l'ouverture du canal cholédoque, au point où le suc pancréatique s'est déversé dans le duodénum, et que ce n'est qu'après cela que les vaisseaux chylifères blancs laiteux commencent à se montrer pour continuer à exister ensuite plus ou moins bas dans l'intestin grêle.

Mais, dira-t-on, puisqu'il est si simple et si facile de démontrer que c'est le suc pancréatique et non la bile qui émulsionne la graisse pour la rendre absorbable par les vaisseaux chylifères, comment se fait-il que la chose soit restée ignorée si longtemps, et que Brodie (1) ait soutenu par des expériences que ce rôle appartenait à la bile? Je crois, en effet, être le premier qui ait démontré cette action du fluide pancréatique sur les matières grasses, et je pense avoir donné à l'appui des preuves expérimentales suffisantes. Si les physiologistes qui ont expérimenté directement sur le fluide pancréatique n'ont pas reconnu cette propriété, c'est qu'ils ne l'ont pas cherchée, peut-être parce qu'ils étaient imbus de cette idée fausse que le suc pancréatique est analogue à la salive. Du reste, si aujourd'hui, comme je l'espère, la chose reste claire et acquise à la science, je dois avouer qu'il m'a fallu longtemps rechercher et travailler, et sacrifier bien des animaux, avant de parvenir à établir les faits tels que je les donne dans ce mémoire.

Relativement aux expériences de Brodie, il faut les rapprocher de celles de M. Magendie (2), avec lesquelles elles furent en contradiction. Voici, en effet, ce qui arriva : M. Magendie rendit compte, dans son JOURNAL DE PHYSIOLOGIE, des expériences de Brodie, desquelles il résultait que ce physiologiste, après avoir lié le canal cholédoque sur des chats, avait observé que les vaisseaux chylifères ne contenaient plus de graisse, et que le chyle était limpide et transparent. M. Magendie, dans l'intention de vérifier les mêmes expériences, fit la ligature du canal cholédoque sur des chiens, et il observa, contrairement à Brodie, que, malgré l'absence de la bile dans l'intestin, la graisse avait été émulsionnée, et que les chylifères contenaient un chyle blanc laiteux homogène. Ces expériences peuvent s'expliquer ainsi qu'il suit : chez le chat, le canal pancréatique principal (3) s'anastomose avec le canal cholédoque avant de s'ouvrir dans l'intestin; de sorte qu'il est supposable que Brodie, n'ayant en vue que l'action de la bile, et n'attachant pas d'importance au canal pancréatique, l'aura lié avec le canal cholédoque, et de cette façon on s'explique très-bien comment la graisse n'a pu être émulsionnée, et comment le chyle était limpide et ne contenait pas de matière grasse. M. Magendie fit ses expériences sur des chiens, où le canal cholédoque est complétement isolé des deux conduits pancréatiques. Il en résulte clairement que l'écoulement du suc pancréatique étant resté libre, la graisse put continuer à être émulsionnée, et le chyle rester blanc laiteux homogène. Ces expériences sont donc exactes de part et d'autre; la différence des résultats s'expliquerait par la disposition particulière des insertions des conduits pancréatiques sur les espèces d'animaux qui ont servi à ces expériences; de sorte que ces faits ne se contredisent réellement pas, et ils viennent à l'appui de ce que j'ai établi, à savoir que c'est le suc pancréatique et non la bile qui agit sur la graisse et la rend absorbable.

(1) QUATERLY JOURNAL OF SCIENCE, janvier 1823.
(2) JOURNAL DE PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTAL, 1823, t. III, p. 93.
(3) Il y a bien chez le chat un autre petit conduit pancréatique, mais il est rudimentaire et m'a paru imperméable.

CONCLUSION. — Actuellement je pense avoir atteint le but que je m'étais proposé au commencement de ce mémoire, c'est-à-dire que je crois être parvenu à démontrer expérimentalement que le fluide pancréatique est destiné, à l'exclusion de tous les autres liquides intestinaux, à modifier d'une manière spéciale, ou autrement dit à digérer les matières grasses neutres contenues dans les aliments, et à permettre de cette manière la formation du chyle ou leur absorption ultérieure par les vaisseaux chylifères.

Je viens d'examiner la fonction du suc pancréatique, indépendamment de celle de la bile. Dans un autre travail, je montrerai qu'en s'unissant, ces deux fluides ont encore un autre rôle à remplir dans la digestion, et à ce propos j'étudierai avec soin les propriétés de la matière active du suc pancréatique, que je suis parvenu à isoler et à caractériser.

En terminant, je dois ajouter encore que les expériences contenues dans ce mémoire n'infirment nullement les observations de MM. Bonchardat et Sandras (1), qui apprennent que l'amidon est transformé en glucose par le suc pancréatique; seulement je ferai remarquer que cette action du fluide pancréatique sur l'amidon ne lui est pas spéciale : c'est une propriété générale qui appartient à la salive mixte, au sérum du sang, à une foule d'autres liquides alcalins de l'économie (2), et aussi bien au suc pancréatique morbide ou altéré qu'à celui qui est normal. La modification des matières grasses neutres constitue, au contraire, le rôle essentiel et spécial du suc pancréatique dans la digestion, puisqu'il ne partage cette propriété avec aucun autre fluide de l'économie, et qu'il la perd aussitôt que sa matière coagulable active se trouve altérée.

. . . .

REMARQUES D'ANATOMIE COMPARÉE SUR LE PANCRÉAS.

Les animaux vertébrés sont généralement pourvus de pancréas. Cet organe existe à l'état de glande conglomérée chez tous les mammifères, chez tous les oiseaux et chez tous les reptiles. Il n'y a qu'un certain nombre de poissons pour lesquels la question soit restée litigieuse jusque dans ces derniers temps. Chez les poissons cartilagineux, il existe un pancréas volumineux et entièrement analogue à celui des mammifères. Mais comme chez les poissons osseux on n'avait pas rencontré le pancréas, et qu'en même temps on avait observé chez un grand nombre d'entre eux des *appendices pyloriques* particuliers, on avait admis pendant longtemps que ces derniers organes tenaient lieu d'un véritable pancréas. Les recherches récentes d'Alessandrini, de Muller, d'E. Weber, de Hannius, Brockmann, etc., ont appris que cette manière de voir est erronée. En effet, on a démontré déjà, dans un bon nombre de cas, la coexistence d'un pancréas glanduleux avec des appendices pyloriques plus ou moins nombreux, et il est probable que des recherches ultérieures arriveront à prouver l'existence du pancréas dans

(1) Comptes rendus de l'Institut.
(2) Voir mon mémoire sur le rôle de la salive dans la digestion, dans les ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE, janvier 1847.

---

analogies et les différences de l'épidémie actuelle avec les précédentes, et donne le parallèle du croup à l'état sporadique et à l'état épidémique.

Ce mémoire, couronné par la Faculté de médecine, lui valut le prix Montyon décerné dans la séance annuelle (novembre 1841), et la place de chef de clinique de M. le professeur Fouquier (1843 à 1845). Il est dédié à l'un de ses maîtres, M. Guersant, qui avait le jeune auteur en grande estime et lui avait demandé sa collaboration pour quelques chapitres d'un ouvrage sur les maladies des enfants, qu'il se proposait de publier en commun avec plusieurs de ses élèves.

Il faut rapporter aussi à cette même année les éléments d'un travail publié dans les ARCHIVES DE MÉDECINE (août 1843) sous le titre : RECHERCHES SUR LA GANGRÈNE PULMONAIRE ET SPÉCIALEMENT SUR LA NATURE ET LE TRAITEMENT DE CETTE MALADIE, ET DE LA GANGRÈNE SPONTANÉE CHEZ L'ENFANT. Il avait été frappé, en effet, de la fréquence plus grande de la gangrène à ce dernier âge qu'à tout autre; de la facilité avec laquelle cette altération se propage d'un organe aux organes voisins ou se multiplie dans des parties du corps éloignées les unes des autres; il recherche l'influence exercée sur la production de cette diathèse par l'inflammation et la phthisie pulmonaire, si communes à cet âge, et la trouve à peu près nulle; il trouve des rapports de causalité bien plus évidents entre les fièvres éruptives et la gangrène, qu'il rapporte en dernière analyse à une altération du sang de nature analogue à celle que produit le scorbut. Cette similitude le conduit à recommander l'emploi des toniques sous toutes les formes et dès le début.

Enfin, je citerai encore pour cette année une observation remplie de détails intéressants *sur un cas de ramollissement et d'hémorrhagie capillaire du cerveau avec phlébite des veines superficielles de cet organe*, insérée dans la CLINIQUE DES HÔPITAUX DES ENFANTS (nº 8, 1841).

Signalons encore ici, bien qu'ils se rapportent à une autre année d'étude : 1º une observation rare de fièvre typhoïde devenue mortelle en moins de six jours et accompagnée d'ulcérations intestinales profondes (ARCHIVES DE MÉDECINE, 1846); 2º le compte rendu de la clinique médicale de la Charité pendant le premier semestre de l'année scolaire 1843-1844 (JOURN. DES CONN. MÉDICO-CHIRURGIC., nov. 1843 et mars 1844).

En 1842, E. Boudet devint collaborateur du JOURN. DE PHARMACIE, dans lequel il donna jusqu'à la dernière année de sa vie une revue médicale très-goûtée des lecteurs de ce recueil. Il y produisit aussi quelques travaux originaux, parmi lesquels je signalerai ses remarques sur la salive et les liquides que renferme la cavité buccale. Il constate que la salive et le mucus sont alcalins, mais que le liquide sécrété par les gencives est acide, et explique ainsi la contradiction des résultats fournis par les auteurs qui n'ont pas pris la précaution d'isoler ces trois liquides. Il déduit de cette acidité de la sécrétion gengivale, que la salive ne neutralise pas avec la même facilité dans toutes les parties de la bouche, la fréquence de la carie de certaines dents et quelques autres aperçus ingénieux. J'aurais pu me contenter de dire que ce travail a été mentionné honorablement par M. Berzelius. Je citerai aussi une note intéressante sur un des accidents qui peuvent résulter de l'emploi de l'émétique à haute dose en solution, et sur un moyen très-simple de les prévenir. Enfin, une note sur les propriétés purgatives des eaux vertes de Montmirail. Cette époque était en quelque sorte son époque de maturité, et ses travaux se portaient de préférence vers la thérapeutique, dans laquelle il a fait preuve de grandes qualités.

tous les genres de poissons. On trouvera indiqués dans le tableau suivant, que je dois à M. Rayer, tous les genres de poissons dans lesquels on a signalé jusqu'alors l'existence d'un pancréas glandulaire. Je dois également à l'obligeance du même savant d'avoir pu disséquer un certain nombre de poissons, et vérifier par moi-même, dans son laboratoire, l'existence et la disposition du pancréas chez l'esturgeon (*accipenser sturio*), la raie (*raia*), la squatine (*squatina*), le brochet (*esox*), l'anguille, etc.

INDICATIONS DES GENRES DE POISSONS DANS LESQUELS ON A CONSTATÉ JUSQU'A PRÉSENT UN PANCRÉAS GLANDULAIRE.

Percoïdes	Chabot de rivière (*cottus scorpius*).
	Perche (*perca fluviatilis*).
	Brochet perche (*lucio percha*).
	Vive ordinaire (*trachinus draco*).
	Grémille (*acerina vulgaris*).
Joues cuirassées. .	Gunard ou grondin (*trigla gunardus*).
Cyprinoïdes. . . .	Carpe (*cyprinus carpio*).
	Brème commune (*cyprinus brama*).
Esoces	Brochet (*esox*).
	Orphie (*belone longirostris*)
Siluroïdes	Silure (*silurus*).
	Saluth des Suisses (*siluro glani*).
Salmones.	Saumon (*salmo salar*).
Clupées.	Hareng commun (*clupea harengus*).
Gadoïdes.	Petite morue (*gadus callarias*).
	Lotte (*gadus lotta*).
Pleuronectes. . . .	Plie franche ou carrelet (*pleuronectes platessa*).
	Plie large (*pleuronectes maximus*).
Cycloptères	Gras-mollet (*cyclopterus lumpus*).
	Anguilles (*anguilla*.)
Sturioniens.	Esturgeon (*accipenser sturio*).
Sélaciens.	Raies (*raia*), squatines (*angelus squatina*) et squalles (*Squalus*).

Le pancréas présente, dans son développement, un assez grand nombre de différences, suivant les espèces animales. Sans entrer ici dans l'appréciation des causes qui motivent ces variations, j'observerai seulement qu'il n'est point exact de dire, ainsi que l'ont prétendu quelques anatomistes, que le pancréas suit le développement des glandes salivaires et offre un volume proportionnel plus considérable chez les herbivores que chez les carnivores. En effet, chez le chien, qui est carnivore, et où les glandes salivaires sont peu développées, le pancréas est volumineux. Chez le lapin et le lièvre, qui, en leur qualité d'herbivores, ont des glandes salivaires proportionnellement plus nombreuses et plus grosses, le pancréas est très-peu développé et réduit à une minceur extrême. Il est remarquable que ces animaux où la glande pancréatique subit cette sorte d'amoindrissement ont leurs tissus habituellement peu chargés de graisse.

C'est dans le duodénum ou dans le commencement de l'intestin grêle que le pancréas vient constamment déverser le produit de sa sécrétion par un ou plusieurs conduits. Tantôt ces conduits pancréatiques s'ouvrent isolément, tantôt ils s'abouchent simultanément avec les canaux cholédoque ou biliaires.

Lorsque les canaux qui apportent la bile et le suc pancréatique sont isolés, ils peuvent s'ouvrir à des distances quelquefois considérables les uns des autres. Ainsi, chez le lapin et le lièvre, j'ai trouvé que le canal pancréatique s'abouche dans l'intestin, de 35 à 50 centimètres au-dessous du canal cholédoque, suivant la taille de l'animal. Toutefois, dans toutes ces variations d'insertion des conduits pancréatiques et biliaires, il y a une règle qui m'a paru constante : c'est que, dans le cas d'isolement des deux fluides, jamais le suc pancréatique ne se déverse avant la bile. D'où l'on doit déduire cette conséquence physiologique que toujours le suc pancréatique agit sur les matières alimentaires après la bile ou simultanément avec elle.

Certains appendices en forme de cœcum, qu'on trouve annexés à l'intestin d'animaux invertébrés, ont été regardés comme des organes capables de remplir dans la digestion des fonctions du pancréas des vertébrés. Ainsi, chez quelques *rotifères*, il existe deux ou plusieurs cœcums à parois épaisses, revêtus d'un épithélium ciliaire et venant s'aboucher au commencement de l'estomac ou sur ses côtés. Chez un certain nombre de *céphalopodes*, on rencontre aussi des tubes glandulaires ramifiés courts et d'un jaune pâle, qui, dans beaucoup d'espèces, sont annexés aux conduits hépathiques. Enfin, il est des insectes qui ont des appendices glanduleux annexés à l'iléon.

Au point de vue physiologique, ce ne sont encore là que de simples indications, et il est nécessaire que de nouvelles recherches donnent une signification fonctionnelle précise aux organes que nous venons de citer.

THÉRAPEUTIQUE.

IODOGNOSIE, OU MONOGRAPHIE CHIMIQUE, PHARMACEUTIQUE ET MÉDICALE DES IODIQUES; par DORVAULT (1).

POSOLOGIE IODIQUE.

387. L'indication reconnue, il faut doser convenablement le médicament. On peut dire, en thèse générale, que la vertu curative ou plutôt le succès d'un remède repose presque autant sur la posologie, en ajoutant toutefois le mode d'administration, que sur l'indication; car on détruit les bénéfices d'une bonne indication par l'emploi de doses irrationnelles. Que d'insuccès ne reconnaissent pas d'autres causes! Nous devons donc apporter dans ce chapitre toute l'attention qu'il mérite.

388. Ce qui rend un médicament précieux, en dehors de la haute action curative qu'il peut posséder, et surtout lorsque ce médicament est applicable au traitement d'un grand nombre de maladies, est la similitude de ses préparations pharmaceutiques et de sa posologie dans ses diverses applications. Cette heureuse condition caractérise éminemment la médication par l'iodure potassique. En effet, les mêmes formes pharmaceutiques, les mêmes doses, conviennent à la fois au traitement du goître, de la scrofule, de la syphilis, etc. Est-ce à dire pour cela que, dans toute une classe, tout un genre, voire dans une même espèce de ces affections, la dose à administrer doive être invariable? qu'il n'y a pas à la modifier selon l'inten-

(1) Voir les articles publiés de cette monographie dans les numéros 46, 47, 49, 50 et 52 de l'année 1849 et les nos 1, 10 et 11 de cette année.

Je ne puis terminer cette énumération des travaux imprimés d'Ernest Boudet sans en indiquer un assez important qu'il ne pouvait lui-même mener à fin, faute de connaissances spéciales, mais dont on peut revendiquer pour lui l'idée mère, l'initiative : je veux parler des recherches de son frère, M. Félix Boudet, *sur la composition chimique du parenchyme pulmonaire et des tubercules dans leurs différents états* : elles ont fait l'objet d'un mémoire lu à l'Académie de médecine et inséré dans les bulletins de ce corps savant.

Elles ont fait connaître la composition chimique du parenchyme pulmonaire et des tubercules qui se développent dans les poumons et les ganglions bronchiques.

Elles ont signalé en particulier, dans ces matières, l'existence de la cholestérine et de l'acide cérébrique.

Elles ont établi en outre :

1° Que les tubercules à *l'état caséeux* fournissent à l'analyse une portion considérable de *caséine* soluble;

2° Que la partie insoluble de ces tubercules caséeux, exposée à l'air, se transforme elle-même, au bout d'un certain temps, en *caséine* soluble;

3° Que les *concrétions calcaires* des tubercules, au lieu d'être formées, comme on l'avait cru jusqu'ici, de phosphate de chaux seulement, sont principalement composées de *sels solubles*, c'est-à-dire de chlorure de sodium, de phosphate et de sulfate de soude;

4° Que le cuivre proprement dit peut exister accidentellement en proportion notable dans le tissu du poumon;

5° Que la graisse proprement dite et la cholestérine peuvent, sous l'influence de la phthisie, s'accumuler dans le foie, au point de former plus des deux tiers du poids de cet organe, considéré à l'état sec, et modifier considérablement sa densité et ses propriétés caractéristiques.

De 1839 à 1849, Ernest Boudet fut souvent forcé de s'éloigner de Paris, et presque toujours ces absences étaient suivies d'une amélioration notable dans sa santé. Toutefois, même loin du théâtre favori de ses travaux, il ne laissait jamais son esprit dans un repos parfait; son imagination active lui suscitait toujours de nouveaux sujets d'étude. C'est ainsi que dans deux voyages aux Pyrénées, il examina avec soin les propriétés de ces eaux minérales, s'occupa surtout d'apprécier la richesse comparative des différentes sources en principes sulfureux : il laisse tout un cahier rempli d'analyses *sulfodométriques*. Il se mit même à observer des malades sous la direction éclairée et bienveillante de M. le Dr Gauderax, oubliant qu'il venait lui-même comme malade et non comme médecin. L'Algérie, qu'il visita deux fois, lui offrait des tentations auxquelles il lui était difficile de résister. Tant de races différentes se sont aujourd'hui accumulées sur ce territoire, qu'il était intéressant de rechercher la fréquence relative de la phthisie pulmonaire dans chacune d'elles, et l'influence du climat sur le développement ou la guérison de cette maladie. Ce fut pour lui l'occasion de fatigues imprudentes. Il le sentait, car il lui arriva de dire un jour, à la suite d'une longue séance à l'hôpital d'Alger, que, parmi ceux qu'il venait de visiter, pas un n'était aussi malade que lui. Inutile de vous dire que ce sage retour sur lui-même n'arrêta pas le travail du lendemain; d'ailleurs, eût-il consenti à revenir sans avoir rempli le programme que l'Académie de médecine lui avait confié?

Il est cependant un de ses voyages qui porte moins l'empreinte du travail,

sité du mal, la constitution, le tempérament, l'idiosyncrasie du sujet? Nous ne voulons nullement commettre une telle hérésie. Tout au contraire; nous faisons reposer en grande partie la réussite de la médication dans les modifications posologiques, qu'un habile praticien sait toujours faire avec opportunité, et d'où résultent pour lui des cures qu'un autre moins bon observateur de cette règle de bonne thérapeutique n'aurait pas obtenues; car tout est là, nous le répétons, après un bon diagnostic et avec un bon mode d'administration. Il ne suffit donc pas, nous insistons sur ce point, de prescrire d'une manière banale l'iodure potassique contre les affections où il est indiqué: il y a d'autres conditions à remplir pour obtenir le succès que l'on attend de ce remède.

389. A L'INTÉRIEUR. — La dose journalière de l'iode non chimiquement combiné est de 1, 2, 3, 4, 5 centigrammes et plus. (Voy. *Pharmacologie et Mode d'administ.*)

Dans le goître, Coindet prescrivait 10 gouttes de son soluté d'iodure ioduré (262) trois fois par jour, dose qu'il augmentait progressivement. En calculant ce que les trois doses journalières de 10 gouttes, autrement dit 30 gouttes, contiennent d'iodure de potassium neutre, en supposant l'iode libre à cet état, on voit que la dose par laquelle il débutait était d'environ 12 centigrammes (2 grains et demi par jour).

Dans la scrofule, le docteur Lugol administre en commençant 6 gouttes de son soluté (263) deux fois par jour, et va en augmentant progressivement jusqu'à 24 et 36 gouttes dans les vingt-quatre heures. En calculant comme ci-dessus la quantité d'iodure potassique qui représente la dose journalière commençante, nous voyons qu'elle est d'environ 10 centigr. (2 grains) d'iodure.

Pour établir nos calculs, nous avons supposé de l'iodure neutre; mais en réalité c'est de l'iodure ioduré dont il s'agit ici. On conçoit, d'après ce que nous avons dit de la différence d'action physiologique de ce composé et de celle de l'iodure neutre, pourquoi ces deux éminents praticiens, qui ne supposaient pas à l'iodure potassique une vertu iodique aussi caractérisée que celle qu'il possède, sans quoi ils lui eussent donné une plus large part dans leurs prescriptions, ont dû rester et recommander avec le plus grand soin de se tenir dans les limites des doses inférieures. En effet, quels désordres produiraient de fortes doses d'iode venant journellement enlever les alcalis à la composition normale de nos humeurs!

390. Bien que nous considérions comme essentiel de commencer par de petites doses, dans la crainte de blesser l'économie, ou de la blaser trop tôt à l'action du médicament, pour nous ces doses, en tant qu'iodure potassique neutre, sont trop faibles. Il nous semble convenable de commencer par 25 centigrammes par jour, pris en deux fois, et d'augmenter progressivement cette dose de 25 centigrammes tous les cinq jours jusqu'à ce qu'on soit arrivé à faire prendre au malade 1 gramme d'iodure par jour. On se tient à cette dose jusqu'à la fin du traitement, quitte à la diminuer ou le plus souvent à l'augmenter jusqu'à celle de 2, 3, 4, 5, 6 et même 10 grammes par jour, selon l'opportunité.

Dans la syphilis, les auteurs en général débutent par une dose plus forte que celle que nous venons de conseiller. Malgré ce que nous avons dit touchant la parité des doses du sel iodique dans toutes les affections où il est recommandé, nous admettrions jusqu'à un certain point, et cela peut-être par routine, par préjugé, cette manière de faire, sur la triple considération que les affections syphilitiques sont en quelque sorte moins enracinées, qu'elles ne sont pas aussi souvent originelles que les affections scrofuleuses, puis que leur marche étant plus rapide, elles ont besoin d'une plus forte action pour être maîtrisées. Voici du reste la posologie de divers syphiliographes.

391. Le docteur Ricord, dans la majorité des cas, administre l'iodure potassique tout d'abord à la dose de 1 gramme 50 centigrammes par jour, en trois fois. C'est là son ballon d'essai presque général. Il a remarqué qu'il faut ordinairement cinq à six jours de l'administration à cette dose pour juger de l'effet produit, et que les accidents par doses mal appropriées (trop fortes ou trop faibles) apparaissent d'emblée le premier ou le deuxième jour. Si les symptômes qu'il combat ne s'amendent pas, et si d'ailleurs il ne survient aucun accident, il augmente alors chacune des doses de 50 centigrammes, ce qui porte la dose journalière à 3 grammes. Au bout de cinq ou six jours de l'emploi de cette nouvelle dose, il se comporte selon les effets produits; c'est-à-dire qu'il reste dans le *statu quo*, augmente ou diminue. Son opinion est qu'on a bien rarement besoin de dépasser 3 grammes par jour pour arriver comme maximum à 6 grammes.

Le docteur Gauthier débute par 25 centigrammes par jour, et double cette dose tous les trois ou quatre jours. Arrivé à 1 gramme, il continue à cette dose quelque temps si les symptômes s'amendent, puis augmente progressivement jusqu'à 1 gramme 50 ou 2 grammes.

Le docteur Payan fait commencer par 75 centigrammes ou 1 gramme, et par un demi-gramme seulement quand les sujets sont irritables. Il augmente tous les quatre ou cinq jours la dose de 25 centigrammes jusqu'à 2 et 3 grammes. Ce n'est qu'exceptionnellement qu'il arrive à 6 grammes.

Le docteur Wallace en fait prendre 2 grammes par jour pendant toute la durée du traitement. Cette méthode est évidemment vicieuse, et tous les praticiens qui tiennent compte de la susceptibilité qu'a l'organisme à s'habituer aux substances médicamenteuses, d'une part, puis à l'inertie qu'oppose l'habitude à l'action de ces dernières, admettront facilement avec nous le système des doses ascendantes.

392. Voici trois observations qui démontrent à la fois, ainsi que le fait remarquer l'auteur de la première, le docteur Gauthier, qu'entre l'insuffisance des doses des médicaments et la limite au delà de laquelle il peut être dangereux ou inopportun de les porter, il y a une série de nuances intermédiaires que les praticiens peuvent seuls saisir, et qu'il est impossible de prévoir et de formuler; puis la nécessité où peuvent se trouver les praticiens, dans quelques cas, d'élever les doses d'iodure potassique au delà des limites habituelles, sauf à en surveiller avec soin les effets.

Le sujet de la première observation est une femme que le docteur Gauthier traita à l'hospice de l'Antiquaille de Lyon pour des croûtes épaisses répandues en très-grand nombre sur différentes parties du corps, et des ulcères du pharynx et de la bouche, le tout accompagné de symptômes inflammatoires les plus graves. Cet état, reconnu comme syphilitique par le docteur Gauthier, fut traité par l'iodure potassique, selon les doses que ce praticien conseille habituellement. Les symptômes s'amendèrent, mais ne disparurent pas entièrement. Un traitement mercuriel n'ajoutant rien au mieux obtenu, il fit reprendre le traitement ioduré, mais cette fois en arrivant graduellement jusqu'à 8 grammes, et la guérison s'ensuivit.

M. Vidal (de Cassis) cite les cas de deux malades de son service d'hôpital, chez lesquels l'iodure, administré à la dose de 4 à 5 grammes, a triomphé rapidement d'affections graves qui avaient résisté à l'iodure à dose modérée. L'un d'eux était affecté d'une carie du conde, avec abcès périarticulaire, qui avait fait croire à une tumeur blanche. On lui proposa

---

celui qu'il fit l'année 1840 en Italie. C'est que l'artiste avait pu un instant distraire le médecin: si le cahier d'observations médicales était vide, l'album était rempli. En effet, messieurs, Ernest Boudet avait un goût prononcé pour les arts et surtout pour la peinture. A une époque de sa vie, il eût été peut-être disposé à suivre cette carrière; il était lié avec plusieurs peintres distingués et a laissé un grand nombre de dessins, peintures et croquis qui annonçaient les éléments d'un vrai talent. Cette habitude du dessin lui a beaucoup servi dans ses études anatomiques, et lui a permis plus tard de reproduire assez exactement l'anatomie pathologique; il a fait lui-même les planches destinées à son ouvrage sur la phthisie pulmonaire. Il avait déjà rapporté en 1828, d'un voyage à Londres, de nombreux souvenirs des musées de Hunter, de Brodie et Hawkins, et de quelques autres riches collections que renferme cette cité.

Si nous suivons le jeune médecin dans la pratique de la ville, nous le voyons pendant les cinq ou six années qu'il lui a été donné d'exercer sa profession, y faire de rapides progrès. S'il trouva le terrain préparé par les relations de sa famille, il faut dire aussi qu'il sut mettre à profit la science qu'il avait acquise dans les hôpitaux, et certaines qualités qui dérivaient naturellement de son caractère. Il possédait surtout à un très-haut degré la foi dans la puissance de son art, une persévérance rare, je dirais presque une obstination éclairée dans l'emploi des moyens que la thérapeutique met à notre disposition. Le secret pour triompher de certaines affections nerveuses est de se montrer plus opiniâtre que le mal; le remède existe souvent, mais se présente rarement le premier à notre esprit impatient et prompt à se décourager. La conviction qu'avait Ernest Boudet de cette vérité, lui a valu plusieurs cures satisfaisantes. Il n'était pas moins actif et opiniâtre quand il s'agissait de ses propres souffrances. Toujours prêt à essayer de nouveaux traitements, que de fois il lui est arrivé de gourmander la mollesse de ceux à qui il s'était confié! Nous calculions mal dans notre abstention, quand nous craignions, hélas! de lui faire essayer de nouvelles et inutiles tentatives; il n'admettait le repos dans aucune condition de la vie.

Si Ernest Boudet avait eu le bonheur, quoique jeune encore, de gagner la confiance de familles bien posées dans le monde, il avait trouvé, comme tous les médecins de son âge, une clientèle plus nombreuse parmi les personnes déshéritées de la fortune. Il n'apporta pas moins de zèle dans l'accomplissement de cette mission honorable dont le monde nous sait en général trop peu de gré; mais la récompense arrive quelquefois aussi imprévue que légitime, et notre camarade l'éprouva dans une circonstance que je puis vous faire connaître. Il était arrivé alors aux dernières phases de sa longue et douloureuse maladie, et se trouvait dans l'un de ces paroxysmes de mélancolie et de découragement dont l'affection et le dévouement des siens n'adoucissaient que bien peu l'amertume. Un nom sortit de sa bouche: c'était celui d'une pauvre femme qui lui devait la guérison presque inespérée de son mari, dans une maladie longue et difficile. On la fit venir; et, comme si le souvenir d'une bonne action l'eût aidé à supporter la douleur, nous l'avons vu recevoir avec bonheur les soins empressés de cette femme, et trouver momentanément dans sa société un calme inespéré.

C'est qu'en effet Ernest Boudet, bien que passionné pour le travail, n'était pas de ceux chez lesquels cette ardeur éteint les sentiments affectueux. Peu d'hommes sont doués d'une sensibilité aussi vive que fut la sienne. Aussi pendant les derniers temps de sa vie a-t-il trouvé dans le culte de la famille des jouissances et

l'amputation du bras, et le malade préféra quitter l'hôpital. Rentré chez lui, un médecin de la ville le soumit à une médication par l'iodure de potassium à la dose de 1 gramme à 1 gramme 50 centigrammes. Après un mois de ce traitement, une tumeur gommeuse se développa sur le sourcil gauche, et força cet homme à rentrer à l'hôpital des vénériens. M. Vidal débuta par l'administration de 2 grammes d'iodure, qu'il éleva progressivement à la dose de 5 grammes. Le vingt-deuxième jour, ce malade était complétement guéri.

Le second malade était affecté d'une vaste ulcération, avec carie des os propres du nez. Sous l'influence de doses élevées d'iodure, la cure fut prompte ; treize jours suffirent.

393. Pendant que des praticiens se tiennent, relativement à la posologie de l'iodure potassique, dans une réserve plus que sage, quelques autres l'administrent à des doses évidemment exagérées. Ces derniers oublient qu'il s'agit moins, pour obtenir le succès que donne toujours un remède héroïque lorsqu'il est bien indiqué, d'ordonner les plus fortes doses que l'organisme peut supporter, que de l'administrer à doses curatives. En agissant autrement, il arrive que le médicament n'est qu'en partie absorbé, et qu'il produit sur le tube intestinal, si ce n'est sur l'économie tout entière, une secousse nuisible au succès du traitement.

A L'EXTÉRIEUR. — Pour la posologie du traitement iodique externe, lequel consiste en frictions, pansements, injections, cataplasmes, bains, etc., nous ne saurions mieux faire que de renvoyer à la partie pharmacologique.

MODE D'ADMINISTRATION DES IODIQUES.

394. En thèse générale, le mode d'administration des médicaments a une grande importance ; c'est souvent dans cette question que se trouve la solution de celle de la tolérance ou de l'intolérance des remèdes, et l'on peut même dire que lorsqu'un spécifique est trouvé les cas réfractaires le sont peut être moins par l'intensité du mal que par le défaut d'un mode convenable d'application. Le mercure métallique est un antisyphilitique ; mais est-il un antisyphilitique aussi puissant que son bichlorure ? La réponse n'est pas douteuse. Est-ce le chlore qui vient compléter, exalter la propriété antisyphilitique du mercure, ou encore est-ce parce que le sublimé corrosif contient une fois plus de chlore que le calomel qu'il jouit d'une bien autre efficacité contre la syphilis que celui-ci ? Il est encore évident que non ; car chacun sait que le chlore n'a aucune vertu pareille. La supériorité du premier tient donc uniquement à l'état sous lequel le mercure, seul agent thérapeutique, est présenté au mal. Dans ce composé en effet, non-seulement à même dose, le mercure a une action beaucoup plus considérable, mais encore donne des résultats auxquels ni à l'état métallique ni à l'état de calomel il ne saurait atteindre à quelque dose que ce soit, toutefois à la condition que le mode d'administration soit complet, c'est-à-dire que ce sel soit associé à un excipient convenable en nature et en quantité. L'huile de foie de morue doit ses hautes vertus médicinales avant tout à l'iode qu'elle contient. Mais cet iode, quoiqu'en proportions presque homœopathiques, a une puissance thérapeutique très-grande : à quoi la doit-il ? à son heureux mode d'association naturel qui le présente sous un état de division extrême, sous l'égide d'auxiliaires et d'adjuvants facilement assimilables et qui rendent son séjour au sein de l'organisme plus permanent. C'est aussi la l'histoire des hautes propriétés des eaux minérales naturelles, etc.

Ces faits démontrent surabondamment l'importance du mode d'administration d'un médicament et la nécessité pour le médecin et le pharmacologiste de rechercher toujours celui qui peut le mieux assurer son action.

395. A L'INTÉRIEUR. — Ni l'iode ni l'iodure de potassium ne peuvent être administrés sans excipient. Cet excipient peut être solide, mou ou liquide. Nous nous sommes déjà expliqué relativement au mode d'administration de l'iode métalloïde (389). Nous ajouterons que le docteur Mojsisovics, médecin de l'hôpital de Vienne, préconise comme un excellent moyen pour agir d'une manière locale et générale à la fois sur les tumeurs glandulaires du cou, l'emploi de l'iode en friction sur la langue ou les gencives (236).

Les inhalations d'iode proposées par Baudelocque et Scudamore dans la phthisie pulmonaire ne peuvent être supportées par les malades.

Quant à l'iodure de potassium, son meilleur mode d'administration est, sans contredit, celui qui consiste à l'employer dissous dans de l'eau distillée (303). On fait prendre ce soluté, aux malades, étendu dans de l'eau sucrée, une boisson mucilagineuse (eau de gomme, d'orge, de gruau, infusé de mauve, de guimauve ou de semences de lin).

Ceci s'applique aux cas où la nécessité d'aucun adjuvant ne se fait sentir. Mais il est des cas assez fréquents où, pour assurer, étendre l'efficacité du remède, on doit l'associer à d'autres médicaments appropriés à sa nature et à l'état du malade. C'est ainsi que le docteur Ricord l'associe souvent à la tisane de saponaire, de houblon, de douce-amère, au sirop de salsepareille ; que d'autres l'associent à l'eau ou au sirop de goudron, au sirop de quinquina, et surtout au sirop de raifort composé (antiscorbutique, 302).

Il peut arriver que chez les sujets très-irritables, l'iodure ne soit pas supporté. On fera le plus souvent tomber cette difficulté en ajoutant à la dose journalière quelques gouttes de laudanum ou en la faisant prendre dans un peu de sirop diacode.

Si malgré ce soin le médicament ne pouvait encore être supporté, ce qui est bien rare, on l'administrerait en frictions sous les aisselles, à l'intérieur des cuisses, aux articulations, ou bien encore sous forme de lavements.

L'emploi culinaire alternatif du *sel de Varech* purifié et de sel commun serait dans quelques cas un mode avantageux de traitement, surtout dans le goître et la scrofule (399) (*a*).

Il est un mode particulier d'administration que nous ne devons pas omettre : nous voulons parler de la méthode qui consiste à administrer les médicaments aux enfants à la mamelle par l'intermédiaire de leurs nourrices ou le lait de femelles d'animaux domestiques (vaches, ânesses, chèvres) auxquelles on administre le médicament, en un mot de la *galactothérapie*. Cette méthode médicatrice appliquée aux iodiques peut, dans les cas peu graves, mais difficilement traitables par toute autre voie, donner de bons résultats.

396. A L'EXTÉRIEUR. — Nous renverrons pour cet objet à la pharmacologie. Nous noterons néanmoins ici, afin de fixer les praticiens sur ce point, que l'iodure potassique neutre, appliqué à la surface même de plaies quel-

(*a*) Déjà depuis quelque temps nous préparons ce sel que nos confrères prépareront comme nous aussitôt que par suite de l'extension de son emploi il leur sera demandé.

---

de consolations qu'il s'était préparées depuis longtemps par son attachement et ses prévenances. Il avait su mériter l'estime et l'affection de ses maîtres, et plus tard ses clients étaient devenus la plupart ses amis. Il est vrai qu'il prenait une part réelle à leurs souffrances, et à un degré qui, j'en ai été témoin, a rendu bien souvent pénible pour lui l'exercice de la médecine. Son passage dans les hôpitaux comme externe, interne et chef de clinique, avait déjà révélé ces précieuses qualités du cœur qui sont ses titres les plus chers à la mémoire de ceux qui l'ont connu.

Ernest Boudet avait été élevé par une mère pieuse dont la vie a été consacrée à la pratique intelligente des vertus de la famille. Il était cité au collége pour la ferveur de sa piété dont la sincérité commandait le respect à ses camarades. Les distractions du monde purent bien assoupir, mais jamais éteindre les sentiments religieux qui reprirent toute leur force aux jours de son affliction. Il m'écrivait trois semaines avant sa mort, à l'occasion d'un malheur dont j'étais menacé :

« J'ai la tête bien fatiguée..... Néanmoins il faut que je te dise combien je » souffre de tes inquiétudes..... J'ai prié avec ferveur (on trouvera peut-être » que c'est une faiblesse ; moi, je suis certain que c'est une force.....) »

Ce serait, messieurs, un triste tableau, je vous l'épargnerai, que celui de sa lutte contre la terrible affection qui nous l'a enlevé. C'est, je vous l'ai dit, une histoire qui ne dure pas moins de dix années, mêlée de revers et de succès, dans laquelle nous voyons le pauvre jeune homme demander à tant de pays différents, une santé qui lui revenait temporairement pour lui échapper de nouveau au moment où il croyait l'avoir trouvée et pouvoir en user noblement, comme vous l'avez vu, mais avec une sorte d'avidité fébrile. Je vois encore son malheureux père, qui ne devait pas, hélas ! lui survivre longtemps, le suivre à l'âge de 70 ans dans des voyages lointains, se séparant pour la première fois d'une famille dont il avait plus besoin que jamais, et prodiguer à son cher enfant, avec un dévouement pour lequel il ne consultait ni ses forces ni son âge, des soins qu'il avait dû espérer en recevoir dans sa vieillesse.

E. Boudet réussit longtemps à faire partager autour de lui un espoir qui ne devait pas se réaliser. Lui seul, pendant la dernière année de sa vie, conserva encore une confiance absolue, et, s'il eût des moments de doute et de découragement, ils ne résistèrent pas longtemps à cette logique des malades qui se font illusion plus facilement peut-être dans cette affection que dans toute autre. Je trouve sur un cahier qui reçut beaucoup de ses confidences et de ses impressions, les lignes suivantes : « 1er *janvier* 1849, *tristesse profonde. Une nouvelle année » sera-t-elle moins funeste pour moi ? J'y ai perdu la santé*, 1849 *me sera-» t-il plus favorable ? Verrai-je* 1850 ? *Je l'espère. Je ne puis croire, avec la » vie que je sens en moi, que la source en soit tarie.* »

Il mourut le 20 mars 1849.

Pardonnez-moi, messieurs, d'avoir abusé de vos instants. Je me suis laissé aller à vous parler un peu longuement d'un collègue que j'ai beaucoup connu et qui m'a honoré d'une amitié et d'une confiance soutenues. Ses titres scientifiques ne pouvaient trouver un auditoire plus convenable que celui de la Société anatomique où le travail est toujours bien accueilli, et où les bons modèles ne restent jamais sans imitateurs.

conques, ne paraît posséder aucune valeur thérapeutique. Le docteur Ricord n'a obtenu en particulier aucun succès de son emploi topique sur les ulcères syphilitiques qu'il irrite sans paraître en modifier la nature ni en amener la cicatrisation, bien que l'usage interne amène fréquemment la cicatrisation définitive d'ulcères atoniques. Sous le rapport des applications topiques, l'iodure potassique ne peut nullement remplacer l'iode métalloïde et surtout l'iodure ioduré.

397. Selon quelques auteurs, si l'emploi *simultané* des iodiques à l'intérieur et à l'extérieur est souvent réclamé, l'emploi *alternatif* de ces deux modes dans des cas plus spéciaux est également avantageux. La suspension momentanée du remède, sans autre motif que celui d'éviter que l'économie ne se blase à son action, est encore fortement recommandé par quelques auteurs.

Des praticiens font précéder le traitement iodique d'un purgatif. D'autres purgent de temps en temps pendant sa durée. Cette pratique, qui n'est pas toujours réclamée, ne nous paraît pas avoir d'inconvénient dans aucun cas.

PROPHYLAXIE IODIQUE.

398. L'emploi des iodiques au point de vue prophylactique est-il justifié, commandé même par déduction de la saine thérapeutique? Bien que la question n'ait point encore été abordée par les auteurs, qu'elle soit encore à peu près neuve, nous croyons devoir répondre affirmativement.

Le traitement prophylactique iodique a été proposé *ab ovo*, lorsqu'on peut craindre que l'enfant ne soit atteint héréditairement de scrofule, de syphilis, de phthisie. Mais ce traitement ne doit pas être fait inconsidérément. Ainsi, comme l'une des conditions expresses à observer, on doit ne le commencer qu'alors que le produit de la conception est assez avancé pour n'avoir rien à redouter du remède (343 suite, 404).

Chez les enfants du premier âge (*ex ovo*), nés de parents scrofuleux, syphilitiques ou phthisiques, et chez lesquels on a tout lieu de supposer l'existence latente de ces affections, le traitement prophylactique iodique, indépendamment du régime et des soins hygiéniques, est une sage précaution. C'est le cas d'administrer le médicament aux enfants par leurs nourrices, autrement dit par la galactothérapie.

Le traitement préventif doit être continué par intervalle, selon les docteurs Guersant et Blache, jusqu'à la puberté, parce qu'il est à craindre qu'à chaque dentition ou après la plus légère maladie, l'affection redoutée n'apparaisse.

Le docteur Ricord, ainsi que nous l'avons vu (339), propose l'iodure potassique comme prophylactique des accidents tertiaires de la syphilis, alors qu'on a fait disparaître par un traitement mercuriel les accidents secondaires.

L'iodure potassique doit être considéré comme un excellent prophylactique de l'empoisonnement mercuriel lent, chez les ouvriers des industries ou l'on travaille le mercure. M. Melsens a vu ces ouvriers rendre par les urines le mercure à mesure de sa pénétration dans l'économie sous l'influence du sel iodique.

399. Le docteur Grange, dans un long travail présenté à l'Académie des sciences (10 décembre 1849), émet l'opinion que le goître et le crétinisme sont dus aux sels magnésiens contenus dans les eaux en usage parmi les populations sujettes à ces affections. Il propose comme moyens prophylactiques l'élimination des eaux potables de ces sels à l'aide de la chaux ou de son carbonate qui peuvent être employés en grand ; pour l'emploi dans l'économie domestique de sel marin iodé. Lors de la communication du docteur Grange, un académicien, M. Boussingault a fait remarquer que dans les Andes les populations qui font usage d'un tel sel étaient préservées de ces maux, tandis que d'autres qui n'avaient pas les mêmes ressources en étaient atteintes (*a*).

Nous sommes d'accord avec le docteur Grange pour proposer comme moyen curatif et préventif des maladies strumeuses, dans les pays où elles sont endémiques, l'emploi culinaire d'un sel iodé. Mais au lieu du sel marin contenant naturellement ou artificiellement de l'iode, nous proposons comme plus avantageux l'emploi du *sel de Varech purifié*, beaucoup plus riche en iode, dont la saveur et les propriétés ne diffèrent pas d'ailleurs sensiblement de celles du sel marin ; puis au lieu d'un usage continu nous conseillons l'alternation.

RÉGIME ET HYGIÈNE DE LA MÉDICATION IODIQUE.

400. Le régime et l'hygiène, dans le traitement d'une maladie, sont des points plus importants à considérer qu'on ne le suppose généralement. Les médicaments n'attaquent en effet souvent, et peut-être est-ce le cas des iodiques, que le produit, et non le principe morbifique, usant ainsi l'activité de celui-ci, tandis que c'est par le régime et les soins hygiéniques que le rhythme des organes doit se rétablir.

En vertu de l'axiome: *Sublatâ causâ, tollitur effectus*, les premières conditions, dans les cas d'affections acquises, est de soustraire le sujet à la cause supposée du mal ; autrement il pourrait arriver que, pendant le traitement, la cause morbifique agissant sans cesse, ou équilibrât ou seulement ralentît l'action du médicament, ou enfin que la réapparition de la maladie coïncidât avec la cessation du traitement.

Pendant qu'avec un grand nombre d'agents thérapeutiques, les altérants, par exemple, et cela abstraction faite de la nature du mal, la diète ou un régime le moins substantiel possible, est le complément indispensable du traitement, avec les iodiques il en est tout autrement (*a*).

Le docteur Coindet, dans le traitement du goître, recommande de maintenir par des toniques, partant par une nourriture substantielle, l'action stimulante des iodiques.

Le docteur Lugol considérant que de l'étude de la scrofule, de celle de son diagnostic et de ses causes, il résulte que la maladie a pour caractère général une faiblesse originelle qui arrête le développement ou les fonctions des organes, ou qui rend ceux-ci, au contraire, sujets à un développement précoce exagéré, que ne peut contenir une vitalité trop faible, dit qu'une nourriture substantielle, bien coordonnée avec le développement des fonctions digestives qu'occasionne la médication iodique, est un premier et important soin à remplir. Les viandes faites rôties, les bons vins, sont donc à recommander, ainsi que le poisson, les fruits et les légumes de choix.

Pour la période tertiaire de la syphilis où l'iodure potassique est surtout applicable, nous donnerons en partie les mêmes applications, et tirerons les mêmes conclusions que le docteur Lugol pour la scrofule.

Les anciens médecins, sur l'autorité d'Avicenne, prescrivaient aux scrofuleux un régime excitant propre à *inciser et à subtiliser les humeurs*, la sobriété et l'abstinence d'aliments grossiers (féculents). Beaucoup d'entre eux préconisaient un régime dessiccatif.

Les bains alcalins, salés, sulfureux, savonneux, d'eau de mer, d'eaux minérales, de vapeurs, les frictions sèches sur la peau avec une flanelle, une brosse imprégnée de vapeurs aromatiques ou d'une liqueur spiritueuse, sont de bons auxiliaires de la médication iodique.

L'exercice du corps (marche, gymnastique), qui combat la tendance à l'étiolement des sujets soumis à un repos complet, est en quelque sorte la conséquence d'un régime substantiel. Le docteur Lugol dit avoir obtenu les meilleurs effets de l'exercice corporel, même dans les cas de tumeurs blanches aux articulations. Le grand air, le simple changement d'air, l'insolation, viennent puissamment en aide au régime tonique et à l'exercice du corps. Une habitation saine et bien exposée dans une localité sèche est encore à recommander dans la plupart des maladies contre lesquelles les iodiques sont indiqués.

La nature de l'eau dont on se sert en boisson n'est pas indifférente, puisque c'est souvent à sa qualité qu'il faut attribuer la cause ou le développement des strumes. On doit rechercher une eau aérée, condition que ne remplissent pas les eaux qui proviennent de la fonte des neiges ou de la glace, ni celles de quelques sources. Les eaux manifestement magnésiennes paraissent aider au développement du goître. (399.)

(*La fin au prochain numéro.*)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

III. MEDICINISCHES CORRESPONDENZ-BLATT BAYERISCHER AERZTE.

OBSERVATIONS ; par un anonyme.

URINE COLORÉE EN BLEU CHEZ UN HYDROPIQUE.

OBS. I. — Un homme de 56 ans, adonné aux abus des spiritueux, avait été atteint, par suite d'un anévrisme passif du cœur droit, d'une hydropisie qui avait envahi la poitrine, puis la cavité abdominale. L'épanchement avait cédé à l'emploi du vin diurétique majeur de Debuyne, lorsque le malade, revenant à ses habitudes, détermina, quelques mois après, une nouvelle accumulation de liquide. Un matin, sans aucune cause appréciable, de l'urine, recueillie pendant

(*a*) Selon le docteur Grange, le goître existe dans toutes les contrées du monde, excepté aux bords de la mer.

(*a*) Nous trouvons, dans ce fait, une preuve nouvelle à l'appui de notre manière de voir sur l'action intime des iodiques. En effet, les fonctions digestives qui sont troublées, sous l'influence des véritables altérants, sont au contraire généralement accrues sous celle des iodiques.

la nuit dans un petit verre bien nettoyé, présenta une coloration bleue bien marquée. Voici le résultat de l'examen chimique.

Le liquide, de la contenance d'environ une once, avait une couleur d'un bleu verdâtre sale et une odeur ammoniacale. Le papier de curcuma était teint en brun par ce liquide.

Par le repos, il se forma un dépôt léger d'un blanc verdâtre qui, sur les côtés du verre, formait un anneau bleu; de même il s'éleva à la surface du liquide quelques bulles bleues, qui, en décantant la liqueur, restèrent adhérentes au vase.

Après avoir été filtrée, la liqueur avait une couleur d'un jaune verdâtre, parfaitement analogue à de la bile étendue; l'acide nitrique y produisait une vive effervescence. Avec un excès d'acide, la liqueur ne changeait pas de coloration, ce qui indiquait que la coloration bleue n'était pas due à la bile brune.

Le dépôt desséché fournit un demi-grain d'une matière qui était attachée au filtre par du mucus; son aspect était terreux. A la loupe on voyait quelques petits cristaux brillants. L'analyse chimique constata du phosphate de chaux et du phosphate de magnésie.

Cette coloration bleue avait pénétré dans le filtre, et reparut lorsqu'on eut enlevé le dépôt brunâtre. La tache bleue, de la grandeur d'une pièce de 2 francs, résista à l'action de l'eau distillée, disparut par une goutte d'acide nitrique laissant une tache jaune, et fut remise à nu par de l'acide sulfurique concentré. Quelques moments après, une goutte d'une solution de carbonate de potasse, mise en contact avec la tache, la détacha sur le bord, sous forme d'un anneau d'un bleu clair, que l'eau distillée entraîna, et même une partie de la tache, traitée par l'acide sulfurique, put être transportée sur un autre papier.

N'est-il pas possible d'admettre que, dans certaines conditions données, et sous l'influence de l'usage de certains végétaux, il se produise de l'*indigo* dans l'organisme humain?

Le malade succomba cinq semaines après; l'autopsie ne put en être faite.

TRISMUS ET TÉTANOS GUÉRIS PAR LA NÉVROTOMIE.

Obs. II. — Une femme de 44 ans, en nettoyant le four d'un boulanger, s'enfonça, à cinq heures du soir, un fragment de bois sous l'ongle du pouce droit. Bientôt après elle ressentit une violente douleur qui s'étendit le long de la partie dorsale du bras, à partir du pouce jusque dans la poitrine. Toute l'écharde, comme on le vit, n'avait pas été retirée. Environ une heure après l'accident, se déclarèrent tous les symptômes d'un spasme tonique. Le trismus fut bientôt suivi d'un tétanos, qui était complet quand arriva l'auteur, deux heures après l'invasion des premiers symptômes.

La malade ne donnait aucun signe de vie. Un examen attentif fit reconnaître sous l'ongle du pouce droit une petite portion qui provenait encore de l'écharde. Ce fragment fut enlevé en enlevant l'ongle, et une incision transversale fut pratiquée, avec plusieurs coups de bistouri, sur la partie dorsale du pouce, entre la racine de l'ongle et la première articulation, jusque sur l'os.

Un quart d'heure après, on pouvait déjà obtenir un léger écartement des mâchoires. Des cataplasmes émollients sur les masséters et sur le cou augmentèrent l'écartement de la bouche. (Lavement toutes les demi-heures avec infusion de valériane et 20 à 30 gouttes de teinture thébaïque; frictions avec onguent mercuriel; huile de jusquiame et huile camphrée dans la région du cou et des masséters; sinapismes sur les bras et sur les mollets.)

Au bout de deux heures, la malade ouvrit les yeux. Le spasme des mâchoires avait presque cessé. (Thé de valériane avec 15 gouttes de teinture thébaïque; bain chaud de vingt minutes.)

Ce bain fut suivi de réaction. La peau, jusqu'alors froide, devint turgescente; le pouls se releva; les extrémités devinrent plus mobiles. La malade commença à articuler quelques paroles.

L'amélioration ayant continué jusqu'au lendemain (quinze heures après l'accident), on donna à l'intérieur une infusion de valériane et de fleurs d'arnica avec de la teinture de rhubarbe. On fit des frictions le long du rachis avec une pommade d'extrait de belladone.

Les symptômes tétaniques disparurent promptement; mais il survint une excitation fébrile avec des congestions vers la tête et la poitrine, de l'agitation et une excrétion peu abondante d'une urine d'un rouge foncé. (Pendant deux jours médication alcaline avec extrait aqueux d'opium.)

Alors il se déclara un embarras gastrique, qu'un émétique fit bientôt disparaître.

Huit jours après l'accident, il ne restait plus qu'une grande faiblesse. L'extrémité du pouce possédé et sa souplesse et sa motilité naturelles.

INFLAMMATION DE L'ŒIL ET DU SCROTUM APRÈS L'EMPLOI DE L'HUILE DE CROTON TIGLIUM.

Obs. III. — Un homme âgé de 40 ans, portant des lunettes, avait employé l'huile de croton tiglium en frictions sur le larynx et la trachée pour remédier à un enrouement chronique.

Dès le premier emploi, il fut pris d'une forte conjonctivite des deux yeux, avec rougeur intense et boursouflement de la conjonctive oculaire et palpébrale. Ces accidents se dissipèrent en quarante-huit heures, par l'application de fomentations froides. En même temps il lui était survenu au scrotum un érythème, accompagné de violentes démangeaisons, qui cédèrent aussi à l'usage des lotions froides.

Un second emploi de l'huile de croton, fait avec beaucoup de précaution, de manière à éviter le contact de l'huile avec toute autre partie du corps que le larynx et la trachée, fut suivi des mêmes accidents aux yeux et au scrotum.

L'habitude de porter des lunettes peut avoir rendu les yeux plus sensibles et plus impressionnables; mais comment expliquer l'effet d'irritation produit sur le scrotum? Toujours est-il qu'on doit recommander aux malades qui emploient l'huile de croton tiglium de porter la tête élevée en avant, par là l'acide crotonique, très-âcre et très-volatil, ne nuira pas à leurs yeux.

QUELQUES MOTS SUR LE STRUMA CONGENITA; par le docteur ANTOINE BESNARD.

Aux faits déjà connus de struma congenita, après avoir passé en revue toute la bibliographie relative à l'hérédité du goître, l'auteur joint les deux observations suivantes :

Obs. — Un enfant, au moment de sa naissance, présenta divers symptômes d'asphyxie, tenant au travail de la parturition. La déglutition étant très-difficile chez le nouveau-né, rappelé à la vie, on explora la région du cou, et on trouva un engorgement considérable du lobe droit de la glande thyroïde, du volume d'un œuf de pigeon, molle, élastique. Les veines du cou étaient très-congestionnées. Les parents de cet enfant n'étaient pas affectés de goître; la grand'mère paternelle cependant avait présenté cette infirmité.

L'auteur a observé la même difformité chez un autre enfant. Comme cause prédisposante, on ne trouva que des travaux très-fatigants, auxquels la mère avait été soumise pendant sa grossesse.

SUR LE CROUP ET LE FAUX CROUP; par le docteur GRAF.

L'auteur examine seulement ici ces deux points : La rareté du vrai croup (sur treize mille malades, le docteur Schoepf, médecin de l'hôpital des Enfants à Pesth, n'a compté que douze cas de vrai croup), et les diverses affections qui peuvent simuler une inflammation croupeuse, bien qu'elles soient caractérisées par des désordres anatomiques différents. L'observation suivante en est un exemple remarquable :

Obs. — Un enfant âgé de 9 ans et demi succomba rapidement à une attaque de suffocation avec tous les caractères apparents du croup, la dyspnée, au dire des parents. Il faut noter cependant que les émétiques n'avaient jamais amené de fausses membranes, mais des mucosités claires, filantes.

A l'autopsie, on trouva que le thymus, qui à cet âge doit être à peine visible et constituer à peine un organe rudimentaire, était appliqué contre le larynx. Le thymus en outre avait une consistance charnue; il était épais, large, s'étendait en pointe jusqu'au diaphragme, où il devenait de plus en plus mince, pour se terminer par une extrémité à peine large de 2 lignes. Sa longueur était de plus de 7 pouces. Par le bord gauche de la partie moyenne, il tenait au péricarde au moyen de fibres celluleuses, et partageait complètement les deux lobes pulmonaires avec tout son corps. Le larynx et la trachée, d'un rouge foncé, étaient gorgés de sang. En incisant les segments antérieurs, on trouva des produits d'exsudation très-minces, blancs, larges de quelques lignes, intimement unis au larynx et à la trachée. Les bronches, un peu dilatées, étaient infiltrées de sang jusque dans leurs ramifications les plus ténues.

NÉCROSE DE LA MUQUEUSE BUCCALE; par le docteur WANNER.

Obs. — L'auteur fut appelé auprès d'une femme de 61 ans, qui depuis quelque temps déjà vivait de privations. Il trouva la langue très-épaissie, de couleur brun-noirâtre, immobile; elle ressemblait à un morceau de viande fumée. Cette altération occupait la langue dans toute son étendue jusqu'à sa base. On ne remarquait en dedans des joues et de la lèvre inférieure que quelques pétéchies et un enduit spumeux noirâtre. L'épithélium de la langue était comme momifié; on pouvait le détacher facilement par petits fragments; les papilles linguales, mises ainsi à découvert, avaient une couleur rouge cerise foncé. Cet état de la langue s'était développé très-rapidement à la suite de deux taches pétéchiales survenues à la partie interne de la lèvre inférieure; au bout de douze heures la langue tout entière avait été envahie et mortifiée. Sur le reste du corps on ne voyait que çà et là quelques taches pétéchiales livides. L'état général était parfait; l'appétit existait, mais la malade pouvait à peine avaler un peu de liquide.

Au bout de deux jours d'un traitement par le quinquina, les acides minéraux et les collutoires acidulés, l'épithélium mortifié se détacha; la langue reprit peu à peu son volume et son aspect naturels.

TORTICOLIS SPASMODIQUE; par le docteur STEUDEL.

Obs. — Il s'agit d'un homme d'une trentaine d'années qui est affecté, depuis un an et demi, d'une contraction spasmodique des muscles rotateurs de la tête. Ces muscles tirent avec force le cou tantôt à droite, tantôt à gauche, mais de telle manière que l'une ou l'autre direction est plus ou moins constante, et que ce n'est que lorsque la tête s'est maintenue quelque temps dans une direction qu'elle est alors portée dans la direction opposée. La volonté est impuissante à empêcher ces mouvements; quand on maintient la tête entre les deux mains, on éprouve une grande résistance, et il survient dans les muscles un tremblement accompagné d'une sensation douloureuse. La durée de ces mouvements est

variable; souvent ils ont lieu sans interruption jour et nuit; souvent aussi il y a quelques heures de sommeil; rarement le malade reste libre pendant quelques jours.

Jusqu'à présent tous les traitements ont complétement échoué, et depuis cinq mois on ne donne plus aucun remède.

VI. MEDICINISCHE ANNALEN.

Les troisième et quatrième cahiers du treizième volume contiennent les articles suivants : 1° *Sur la qualité de la maladie*; par F.-A.-H. Puchelt. (Travail de pathologie générale dans lequel l'auteur cherche à déterminer le genre de la maladie par l'étude des causes et par celle des phénomènes.) 2° *Calcul rénal composé d'oxyde cystique*; par le docteur Schweig. (Jeune homme de 26 ans, de conduite peu régulière, qui rendit par l'urètre, après plusieurs jours de douleurs et de fièvre, un calcul d'oxyde de cystine, pesant 0,352 gramme; cette concrétion, d'un jaune brillant, était formée de lamelles cristallines demi-transparentes, imparfaitement déterminées, faciles à effeuiller à l'aide d'une légère pression.) 3° *Rapports sur les bains de Griesbach, Antigast, Petersthal et Freiersbach, situés dans le grand-duché de Bade*; par le docteur M. Kathriner, médecin des eaux. (Compte rendu médical du traitement de plusieurs maladies par l'emploi de ces eaux.) 4° *Sur la pathologie de la cardialgie*; par le docteur Bernhard Ritter. (Exemples de cardialgie et de douleurs intestinales produites par la présence de noyaux de cerises et de prunes.) 5° *Sur la rhinoplastie*; par le docteur de Herff. (Deux opérations de rhinoplastie d'après la méthode de Lisfranc modifiée de manière à ne pas rendre nécessaire la torsion du lambeau et à ne pas léser le nerf sousorbitaire.) 6° *Relation d'un cas de laryngotomie, avec des remarques sur les abcès de la paroi postérieure du larynx et du tissu cellulaire trachéo-œsophagien*; par le docteur de Herff. 7° *Sur les sciences naturelles en général et sur la médecine en particulier*; par le docteur Philippe Finck. 8° *Sur la bronchite avec formation de fausses membranes*; par le docteur Puchelt fils. (Histoire complète de la maladie connue des auteurs sons les noms de croup des adultes, bronchite polypeuse, etc., précédée de la relation d'un cas qui s'est terminé par la mort.) 9° *Expectoration d'une fausse membrane ramifiée, d'une dimension considérable, dans un cas de pneumonie*; par le docteur Fr. Weber. (Le docteur Remak, dans ses RECHERCHES DIAGNOSTIQUES ET PATHOGÉNIQUES, faites à la clinique du professeur Schœnlein, Berlin, 1845, mentionne comme un nouveau signe de la pneumonie, l'expectoration de concrétions fibrineuses ramifiées représentant la forme des plus fines ramifications bronchiques. Le docteur Weber dit qu'il a eu souvent l'occasion de confirmer cette découverte de Remak, et rapporte un cas de pneumonie dans lequel le malade rendit, après de violents efforts, une concrétion ramifiée qui atteignait 4 pouces de longueur sur un diamètre de 2 lignes et demie; la pièce est conservée au musée de Manheim.) 10° *Græfenberg et Priessnitz pendant le mois de novembre 1846*; par le docteur Schneider. 11° *Du chloroforme, de sa préparation, de son action et de son emploi comme moyen anesthésique, comparé à l'éther*; par le docteur Bernard Ritter. 12° *Remarques sur les observations de M. Siméon, relatives à la maladie de Werlhof, et sur l'opinion de Heusinger sur cette affection*; par le docteur C.-A.-W. Richter. 13° *Examen des organes génitaux internes d'une fille assassinée peu de temps après la menstruation*; par M. Janzer. 14° *Le choléate de soude et son emploi thérapeutique*; par le docteur Wucherer.

RELATION D'UN CAS DE LARYNGOTOMIE, AVEC DES REMARQUES SUR LES ABCÈS DE LA PAROI POSTÉRIEURE DU LARYNX ET DU TISSU CELLULAIRE TRACHÉO-ŒSOPHAGIEN; par le docteur DE HERFF.

Il se développe quelquefois à la paroi postérieure du cartilage cricoïde une inflammation du périchondre qui se termine toujours par suppuration et détermine bientôt la nécrose du cartilage, sa perforation et la formation d'un abcès. Celui-ci est recouvert par la muqueuse du larynx et fait saillie dans la cavité de ce dernier, de manière à rétrécir le canal qui livre passage à l'air. Le contenu de ce sac, dont la forme est ordinairement allongée, est un pus sanieux, liquide, sanguinolent; rarement ce pus est clair et séromuqueux. Ces altérations, que révèle l'autopsie, produisent pendant la vie une série de symptômes que l'on a rattachés tantôt au croup, tantôt à l'œdème de la glotte, à la laryngite, etc., et que Rokilansky explique par la suppuration du périchondre.

On comprend de quelle importance doit être le diagnostic d'une pareille affection, puisque de ce diagnostic dépend en quelque sorte la vie du malade. Voici en peu de mots quelle est à peu près la marche de la maladie. Le malade éprouve une pression douloureuse dans la partie postérieure du larynx, accompagnée de difficulté dans la déglutition, d'enrouement, de toux laryngée et de sensation fréquente de strangulation. La fièvre, qui n'existe pas toujours au début, n'a pas un caractère franchement inflammatoire, mais plutôt asthénique, avec un pouls petit, fréquent, une peau sèche et de la constipation. L'appétit est assez bon, mais la déglutition douloureuse, quoiqu'on n'aperçoive rien d'anormal au fond de la bouche. Au bout d'un temps plus ou moins long, surviennent, après des efforts de déglutition ou pendant la toux, des accès de suffocation qui se répètent à des intervalles de plus en plus rapprochés. Le larynx monte et descend sans interruption, à chaque mouvement respiratoire, comme le piston d'une machine à vapeur et avec une force remarquable. Une pression exercée sur le cartilage thyroïde ne cause pas de douleur appréciable, tandis que cette dernière se manifeste quand on dirige le doigt sur les côtés et vers la partie postérieure du larynx. Dans l'inspiration, le malade sent distinctement une gêne qui siége dans le larynx.

Vers la fin de l'accès, la sécrétion muqueuse devient plus abondante, l'expectoration est blanche, muqueuse, rarement sanguinolente. Dans les intervalles des accès, la toux reste toujours rauque et le malade ne peut prendre que des aliments liquides qu'il redoute même d'avaler. Cet état peut durer depuis deux jours jusqu'à plusieurs semaines. Il arrive rarement que le malade guérisse par la rupture de l'abcès qui donne alors issue à la matière purulente; quelquefois l'abcès s'ouvre au dehors en produisant une fistule laryngée. Avec la rupture de l'abcès cessent les accidents les plus graves, mais le malade conserve longtemps encore ou même toute sa vie une voix rauque et une disposition à la toux.

Parmi les causes de cette affection, il faut ranger certaines dyscrasies, comme le scorbut, les exanthèmes chroniques, la syphilis, la maladie mercurielle; elle survient souvent pendant le cours du typhus (laryngo-typhus de plusieurs auteurs); même avant que la maladie ait atteint son apogée, ou lorsque la guérison paraît assurée.

La maladie abandonnée à elle-même est presque nécessairement mortelle. L'auteur pense que les cas de guérison seraient plus nombreux si l'on avait recours à l'opération de la trachéotomie. Il croit que les symptômes sont assez prononcés pour assurer le diagnostic, et rappelle que la trachéotomie est par elle-même une opération fort peu dangereuse.

Le docteur Herff, après ces considérations, relate l'histoire d'un abcès du larynx survenu pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde. Après avoir constaté par l'ensemble des symptômes l'existence de l'abcès, il procéda à l'opération de la laryngotomie; mais cette dernière fut rendue très-difficile par le développement extraordinaire de la glande thyroïde qui recouvrait le larynx presque en totalité. Il y eut des hémorrhagies veineuses et artérielles, on fit plusieurs ligatures; et comme l'opération avait duré une heure, on se contenta, après avoir incisé la membrane cricothyroïdienne, de placer une canule à demeure. Le malade fut soulagé; mais après le départ des médecins, l'un des assistants ayant eu la maladresse d'arracher une ligature et d'ôter la canule pour arrêter l'hémorrhagie, il lui fut impossible de la replacer; le malade mourut une demi-heure après l'arrivée du médecin accouru de la ville pour lui porter secours.

A l'autopsie, on constata l'existence d'une tumeur molle, élastique, située à la face antérieure du segment postérieur du cartilage cricoïde, et qui faisait saillie dans la cavité du larynx un peu au-dessus de la plaie extérieure. A l'incision de la tumeur, il s'écoula un pus mince, sanieux, et l'on parvint dans un sac fusiforme long de 2 pouces sur 3/4 de pouce de largeur, situé entre la muqueuse du larynx et la membrane musculeuse de l'œsophage. Au milieu de ce sac se trouvaient les débris du cartilage cricoïde.

L'auteur pense, avec raison peut-être, qu'il aurait sauvé son malade s'il avait ouvert, immédiatement après la laryngotomie, le sac dont la présence aurait été facile à constater. L'incision de la muqueuse laryngée ne saurait entraîner aucun danger sérieux, comme le montre l'heureuse extirpation d'un polype du larynx pratiquée par le professeur Ehrmann.

EXAMEN DES ORGANES GÉNITAUX INTERNES D'UNE JEUNE FILLE ASSASSINÉE PEU DE TEMPS APRÈS LA MENSTRUATION; par le docteur JANZER.

Les recherches de MM. Pouchet, Bischoff et d'autres ont mis hors de doute le détachement spontané des ovules correspondant avec la menstruation.

L'observation du docteur Janzer est un fait de plus à ajouter à ceux que la science possède déjà; d'un autre côté, cette observation nous fait connaître les changements qu'éprouve la muqueuse utérine pendant la durée de la période menstruelle.

OBS. — La jeune fille qui fait le sujet de l'observation avait encore ses règles quatre jours avant le meurtre; elle n'avait jamais été enceinte. Son autopsie fut faite seize heures après la mort. La surface de l'ovaire gauche présentait une tache d'un rouge foncé, entourée de vaisseaux finement injectés; cette tache était formée par une petite masse globuleuse enchâssée dans l'ovaire et d'un rouge intense dans toute son épaisseur; la masse en question était séparée du tissu de l'ovaire par une enveloppe mince, de couleur jaune, et était composée

de fibres semblables aux fibres du tissu cellulaire et disposées par couches superposées. L'enveloppe jaune était formée des mêmes fibres entre lesquelles se trouvait déposée une assez grande quantité de graisse non contenue dans des cellules. Tout près de ce corps jaune en voie de formation, se voyait une petite masse jaune, sphérique, framboisée, composée de tissu cellulaire et de graisse.

L'ovaire droit renfermait deux corps jaunes. Les deux trompes, dont les pavillons n'entouraient pas les ovaires, étaient tuméfiées dans leur premier tiers. On en fit sortir, à l'aide d'une légère pression, une matière blanche semblable à du pus et composée entièrement de cellules épithéliales arrondies, dont quelques-unes étaient encore munies de leurs cils vibratiles. On ne trouva aucun ovule, ni aucune trace de spermatozoïdes.

La muqueuse utérine, entre le corps et le col, était fortement boursouflée; dans l'utérus même elle formait une membrane veloutée, lisse et brillante, facile à détacher avec le manche du scalpel et dans laquelle on distinguait un réseau de vaisseaux fins. Cette muqueuse était évidemment épaissie; elle était composée d'utricules rangés les uns à côté des autres perpendiculairement à la surface de l'utérus et remplis de cellules d'épithélium cylindrique, sans cils vibratiles. La masse interposée entre ces utricules se composait d'un réseau de fibres déliées, de quelques cellules fibreuses à noyau, et d'une substance intermédiaire amorphe. La surface de l'utérus était couverte d'une mince couche de mucus et tapissée de cellules cylindriques non ciliées. Les orifices des trompes étaient béants. La muqueuse vaginale, pâle comme celle de l'utérus, n'était aussi recouverte que d'une couche mince de mucus et de cellules épithéliques.

Il résulte de cette observation que la muqueuse utérine présente, pendant la période menstruelle, des caractères analogues à ceux qu'elle offre pendant la gestation; tels sont surtout le développement considérable des utricules muqueux et la disparition des cils vibratiles.

Le choléate de soude et son emploi thérapeutique; par le docteur G. Wuchener.

Le choléate de soude (*natrum cholicum, fel tauri depuratum*) fut employé pour la première fois par l'auteur en 1846 pour remplacer le fiel de bœuf épaissi (*fel tauri inspissatum*). Voici la préparation conseillée par l'auteur.

La bile de bœuf fraîche est évaporée jusqu'à siccité, puis dissoute dans de l'alcool très-rectifié; il faut ajouter de l'alcool aussi longtemps que le liquide se trouble quand on l'agite. On filtre pour séparer le mucus. Le liquide vert, transparent, que l'on a obtenu est traité par une grande quantité de charbon animal récemment préparé. Ce mélange est soumis à l'ébullition, ou bien on le laisse reposer pendant vingt-quatre heures, sans le chauffer et en l'agitant de temps à autre. On enlève ainsi la matière colorante. Le liquide filtré devient transparent et ne présente plus qu'une légère teinte jaunâtre. On fait alors évaporer l'alcool au bain-marie, et quand le liquide a acquis la consistance sirupeuse, on y ajoute une égale quantité d'éther; on agite, puis on laisse reposer pour que l'éther se sépare. On répète cette dernière opération jusqu'à ce qu'une petite quantité de mélange, soumise à l'évaporation, n'indique plus la présence de la cholestérine ou d'un acide gras. Il ne reste plus qu'à décanter l'éther et à faire évaporer dans un bain-marie jusqu'à siccité. Le résidu est une matière résineuse gluante qu'il faut conserver longtemps dans un endroit sec, jusqu'à ce qu'on puisse la réduire en poudre.

L'auteur regarde ce médicament comme devant augmenter l'activité sécrétoire du foie. Il formule à peu près de la manière suivante les indications thérapeutiques de son emploi :

1° Quand il y a suspension ou ralentissement des fonctions sécrétoires ou excrétoires du foie, sans altération de texture de l'organe, par exemple dans la jaunisse simple, après toutefois qu'on a donné issue aux matières fécales, et qu'on a fait disparaître l'irritation duodénale et les autres complications qui peuvent exister.

2° Quand on veut activer le travail réparateur, comme dans la convalescence du typhus, l'atonie des fonctions digestives provenant de maladies chroniques (une diarrhée rebelle, par exemple); on l'associe alors au lactate de fer. Il est aussi indiqué dans les cas d'atonie primitive des premières voies (flatulences, acidité, etc.), et peut quelquefois remplacer le calomel dans les cas d'hydropisies compliquées de troubles dans les fonctions du foie. L'auteur le recommande en outre dans les maladies du système veineux (hémorrhoïdes, hypocondrie, goutte, hystérie, etc.), et dans la tuberculose des poumons ou la dégénérescence des reins. Dans ces deux derniers cas, le choléate de soude est destiné à activer les fonctions du foie, afin de suppléer les appareils excréteurs pulmonaire ou rénal.

3° L'auteur emploie encore, mais seulement comme palliatif, le choléate de soude, dans le but de suppléer à la chylification ou renouvellement du sang dans certaines maladies chroniques du foie (atrophie, hypertrophie, tuberculose, cancer).

Les doses prescrites par l'auteur ont été, pour la première indication, de 15 centigrammes (3 grains) à 1 gramme (1 scrupule) par jour; pour la seconde indication, de 30 à 40 centigrammes (6 à 8 grains), et pour la troisième indication, de 3 à 4 grammes. Il le donne toujours sous forme pilulaire, en lui associant un extrait amer, tel que l'extrait de rhubarbe ou de mille-feuilles. Il s'en est servi quelquefois à l'extérieur pour saupoudrer des ulcères ou des abcès blafards, et obtenir un pus de bonne qualité.

(*La fin au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 18 MARS.

STAPHYLORAPHIE.

M. Sédillot, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg, adresse un travail sur une méthode nouvelle de pratiquer la staphyloraphie, suivi de la relation d'une opération pratiquée avec un succès complet par cette méthode sur une malade déjà opérée deux fois inutilement par le procédé ordinaire de M. le professeur Roux.

Voici l'exposé des principes généraux sur lesquels est fondée cette nouvelle méthode.

Le voile du palais atteint de division congéniale est, comme on le sait, toujours frappé d'une certaine atrophie, en raison de l'annihilation d'une partie de ses fonctions, et la contraction des péristaphylins internes et externes et des glosso et pharyngo-staphylins explique la difficulté d'obtenir la réunion de la plaie. De là la préoccupation du chirurgien de chercher à paralyser momentanément la contraction des muscles par la volonté du malade, que l'on condamne à n'exercer aucun mouvement de déglutition, même pour avaler sa salive, pendant les deux ou trois premiers jours. Ces conditions étant très-défavorables, quelles que puissent être d'ailleurs la volonté et la patience des opérés, M. Sédillot regarde comme une indication capitale de diviser complétement les muscles pour en annihiler momentanément l'action. Les deux moitiés du voile du palais sont alors facilement mises et maintenues en contact; la striction des ligatures cesse; les parties molles s'ulcèrent et s'enflamment lentement, et la guérison des malades devient certaine si les sutures ont été bien faites. Pour atteindre ce but, M. Sédillot incise les quatre muscles abducteurs et toute l'épaisseur du voile pour en assurer le relâchement complet. Ces plaies, dit-il, se cicatrisent facilement au bout de quelques jours, et n'exposent ni à la gangrène ni à la gêne ultérieure de la mobilité du voile du palais, qui se rétablit parfaitement. L'auteur a imaginé un instrument et un procédé opératoire qui lui permettent d'atteindre ce but avec une grande facilité.

SUR UN NOUVEAU RÉACTIF POUR DISTINGUER LA PRÉSENCE DU SUCRE DANS CERTAINS LIQUIDES.

M. E. Maumené (de Reims) adresse un mémoire sur un nouveau moyen de constater la présence du sucre dans un liquide à l'aide d'un *papier* ou *tissu réactif*.

Contrairement à l'assertion de Liebig, le chlore, dit l'auteur, agit sur le sucre à la température de 100 degrés; même à froid leur action se produit au bout d'un temps plus ou moins long, et, dans tous les cas, il se forme une matière brune en partie soluble dans l'eau, un *caramel* d'un noir brillant lorsqu'il est desséché. Ce que le chlore occasionne avec une facil té remarquable, les chlorures eux-mêmes, les perchlorures surtout, le font avec une énergie tout aussi grande ou même plus grande. Abandonne-t-on une dissolution de sucre et de bichlorure d'étain à l'évaporation spontanée, dans les conditions ordinaires, bientôt le mélange brunit, prend une couleur de plus en plus foncée, et au bout d'un an ou dix-huit mois, par exemple, se trouve changé en une gelée consistante d'un noir brun éclatant. Le même résultat s'obtient beaucoup plus vite en faisant évaporer la dissolution : si l'on emploie le bain-marie, le mélange se dessèche sans changer de couleur, et ce n'est qu'à 130-150 degrés environ que le sucre se décompose et noircit tout à coup. Le bichlorure d'étain peut être remplacé par le bichlorure de mercure, le chlorure d'antimoine, etc. Tous ces corps agissent sur le sucre à la manière des substances avides d'eau; ils déterminent la déshydratation et la formation d'un caramel plus carboné que le caramel ordinaire.

De tous ces faits résulte la connaissance des conditions où l'on doit se placer pour obtenir un papier ou une bandelette solide revêtue d'un réactif propre à déceler la présence du sucre. Supposant, en effet, une lame de matière solide inaltérable par le chlorure d'étain même à une haute température, on couvre cette matière d'une couche de chlorure au moyen d'une dissolution concentrée et de la dessiccation; puis on trempe la lame ainsi préparée dans une solution de sucre même très-étendue, et on la place sous l'influence d'une température de 130-150 degrés. Aussitôt, la partie plongée change de couleur et devient d'un brun noir plus ou moins foncé. — Reste à trouver la lame solide. L'auteur prend un *tissu de laine*, un mérinos blanc, par exemple, et après l'avoir trempé durant trois ou cinq minutes dans une solution aqueuse de bichlorure d'étain (oximuriate du commerce, fait avec 100 grammes de bichlorure, 200 d'eau commune); il fait égoutter le liquide, le mérinos est séché sur une bande de même étoffe au bain-marie et le tissu réactif est préparé. On le coupe en bandelettes de

7 à 10 centimètres de longueur et 2 ou 3 de largeur, comme les papiers réactifs ordinaires.

A l'aide de ce mérinos chloruré le médecin pourra, sans aucune peine, déterminer si l'urine d'un malade renferme une trace appréciable de sucre. Il suffira de verser une goutte d'urine sur une bandelette, et de l'exposer au-dessus d'un charbon rouge ou de la flamme d'une lampe ou d'une bougie pour produire en une minute une tache noire très-visible. La sensibilité du réactif est extrême: 10 gouttes d'une urine diabétique versées dans 100 centimètres cubes d'eau forment une liqueur avec laquelle on rend le mérinos chloruré complétement brun noir.

L'urine ordinaire, l'urée, l'acide urique ne donnent aucune coloration par le chlorure d'étain.

Il ne semble pas jusqu'à présent possible, ajoute l'auteur, d'évaluer par le chlorure d'étain ou les autres chlorures la quantité de sucre contenu dans un liquide. On ne peut non plus espérer de distinguer les diverses espèces de sucre par l'emploi du chlorure d'étain; cependant le chlorure rendra, je l'espère, de grands services dans beaucoup de circonstances, et surtout pour la recherche du sucre diabétique. Il a cet immense avantage de pouvoir être employé sous la forme des papiers réactifs ordinaires et de donner le plus grand changement de couleur possible, c'est-à-dire de présenter la plus grande sensibilité.

DIMINUTION DE LA FIBRINE DANS LE SANG SOUS L'INFLUENCE DU MOUVEMENT.

M. le docteur CORNE, chirurgien sous-aide, adresse sous ce titre une note dont voici la substance.

Dans une précédente communication sur ce sujet, M. Marchal (de Calvi) a fait connaître le résultat d'une série d'expériences qui l'avaient conduit à ces conclusions :

1° Que la chaleur est une cause d'augmentation de la fibrine contenue dans le sang;

2° Que le mouvement est une cause de diminution de cette fibrine.

M. Corne a fait des expériences relatives à la seconde proposition, et il a constamment obtenu le même résultat que M. Marchal; aussi accepte-t-il comme loi la conclusion suivante, à savoir : que le mouvement imprimé au sang tiré d'une veine est une cause de diminution absolue de la fibrine.

Il lui paraît rationnel d'admettre que la même influence s'exerce aussi sous l'empire des lois vitales, lorsque le sang circule animé d'un mouvement plus ou moins rapide dans ses propres vaisseaux. L'accélération de la circulation dans les pyrexies devient aussi une cause de défibrination du sang qui se surajoute à une cause spéciale, l'influence pyrétique éminemment débibrinante.

Dans les phlegmasies qui fournissent la même condition d'accélération de mouvement du sang, cette circonstance, au lieu d'agir conjointement, comme tout à l'heure, avec le principe pathogénique qui domine l'état morbide, agit d'une manière antagoniste et tend à en neutraliser les effets, c'est-à-dire qu'au lieu de favoriser la tendance qui est propre aux phlegmasies, l'augmentation de la fibrine, elle se ralentit.

Dans toutes ses expériences, M. Corne a procédé de la manière suivante :

Le premier et le quatrième quart de chaque saignée ont été reçus dans un même vase cylindrique; le deuxième et le troisième quart ont été reçus dans un vase semblable de même dimension. Il a cherché à égaliser tout de suite la quantité de sang recueillie dans chaque vase; le sang contenu dans l'un des flacons a été abandonné à la coagulation à l'état de repos, tandis que l'autre était soumis pendant dix minutes, à un mouvement rapide qui arrêtait la coagulation en masse.

Placées dans les mêmes conditions thermométriques, les deux fractions du liquide étaient ensuite analysées après le même espace de temps, généralement six heures après la saignée.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 19 MARS. — PRÉSIDENCE DE M. BRICHETEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend :

1° Une lettre du ministre de l'instruction publique, qui adresse une ampliation d'un décret en vertu duquel l'Académie de médecine est autorisée à accepter le legs qui lui a été fait par feu M. le docteur Lefèvre;

2° Deux lettres du ministre du commerce, avec envoi de divers échantillons de remèdes secrets et demande d'avis;

3° Lettre du même ministre, qui adresse un rapport du docteur Jarrijon, médecin à Aubusson, qui croit avoir découvert un moyen infaillible de guérir le croup.

— M. MAUMENÉE, professeur de chimie et de physique à la chaire municipale de Reims, adresse un mémoire sur un nouveau réactif pour reconnaître la présence du sucre dans les liquides animaux. (Comm. : MM. Guibourt, Soubeyran et Rayer.) (Voir plus haut.)

— M. CHRESTIEN envoie un rapport sur l'épidémie de choléra de Montpellier. (Comm. du choléra.)

— M. MUNARET envoie un paquet cacheté. Le paquet est accepté.

— Madame MUSEUX, sage-femme du bureau de bienfaisance de la commune de Montrouge, adresse un tableau statistique de 541 accouchements, dont 488 naturels, 53 contre nature, et 53 terminés à l'aide de la main seule.

La conclusion qui ressort du travail de madame Museux est celle-ci : que l'on doit en général temporiser le plus possible avant de recourir aux moyens acufs, ainsi que le recommande A. Dubois et d'après lui l'École française, contrairement aux préceptes des accoucheurs anglais.

EAUX MINÉRALES DU FRAISSE DE LA VALLÉE DE CRANSAC.

M. CAVENTOU lit, au nom de la commission des eaux minérales, un rapport officiel sur les eaux du Fraisse de la vallée de Cransac.

Il résulte des analyses faites à des époques différentes par MM. O. Henry et Poumarède, que les eaux de cette nouvelle source contiennent les mêmes principes que les autres eaux de Cransac anciennement connues, savoir : sulfates de magnésie, de chaux, d'alumine, de manganèse, de fer, de soude, chlorure de magnésium, mais seulement dans une proportion moindre.

La source du Fraisse ne diffère des deux autres que par la moindre proportion des mêmes éléments, et parce qu'elle renferme en outre du sulfate de soude et du chlorure de magnésium.

M. le rapporteur, après avoir fait remarquer que des observations cliniques sont venues confirmer ce qu'on aurait pu induire des données chimiques, propose la conclusion suivante :

Il y a lieu d'autoriser l'exploitation des eaux du Fraisse de la vallée de Cransac, mais comme eaux spéciales et distinctes des anciennes sources, dont elles diffèrent par leur action thérapeutique.

M. MÉRAT voudrait que l'on exprimât l'idée que les propriétés des eaux du Fraisse sont moindres que celles de Cransac.

M. CAVENTOU : La commission a dû se borner à constater la différence qui existe entre ces eaux, sans préjuger la supériorité que les unes pourraient avoir sur les autres, et que les médecins seuls sont à même d'apprécier.

M. BOULLAY appuie l'observation de M. le rapporteur, et pense comme lui que le rapport doit se borner à signaler les différences de proportions des éléments minéralisateurs.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

CANDIDATURE POUR LA SECTION DE PHARMACIE.

M. ROBINET fait, au nom de la section de pharmacie, un rapport verbal sur le nombre de candidats à porter sur la liste de présentation. La section est d'avis que ce nombre soit fixé à trois.

L'Académie adopte.

INFLUENCE DE LA PRESSION ATMOSPHÉRIQUE SUR LE MÉCANISME DE LA RESPIRATION ET DE L'HÉMATOSE.

M. PRAVAZ lit un mémoire sur la pression atmosphérique dans ses rapports avec le mécanisme de la respiration, le phénomène de l'hématose et la circulation capillaire.

L'objet de ce mémoire est l'exposition de quelques observations sur l'influence mécanique de la pression de l'atmosphère, qui confirment et étendent le rôle que les physiologistes ont assigné à cette force dans le jeu de plusieurs fonctions.

L'auteur résume les points essentiels de ce travail dans les propositions suivantes :

1° L'accroissement de la pression atmosphérique favorise le développement des cellules pulmonaires, et étend le champ de l'inspiration jusqu'à une certaine limite qui est variable suivant les sujets.

2° La condensation de l'air atmosphérique influe encore d'une autre manière sur le perfectionnement de l'hématose, en facilitant *mécaniquement* l'endosmose de l'oxygène et sa dissolution dans le sang veineux.

3° L'action par laquelle la pression de l'atmosphère seconde la force d'impulsion qui ramène le sang vers les cavités droites du cœur s'accroît avec cette pression; elle devient ainsi capable de dissiper des congestions viscérales rebelles aux moyens dérivatifs ou résolutifs ordinaires.

M. DESPORTES : Je demanderai à M. Pravaz s'il ne pense pas que l'air comprimé, en pénétrant dans les vésicules pulmonaires, puisse les distendre jusqu'au point de les rompre et de donner lieu à un emphysème?

M. PRAVAZ : Je n'ai jamais vu l'emploi de l'air comprimé produire l'emphysème; j'ai vu tout au contraire l'usage de ce moyen faire cesser des accès d'asthme et des hémorrhagies pulmonaires. Du reste, je n'emploie jamais l'air comprimé à une pression plus grande que de deux atmosphères, et à ce degré de pression, il n'a jamais déterminé d'accidents.

M. ROCHOUX : Il y a ici tout à la fois une question de physiologie, de physique et d'anatomie. Il faudrait, pour traiter un pareil sujet, avoir des notions parfaites sur ces trois ordres de sciences. M. Pravaz parle des fibres musculaires du poumon; j'en suis bien fâché, mais ces fibres n'existent point; les fibres musculaires de la trachée et des bronches ne s'étendent pas jusqu'aux dernières ramifications, elles cessent aux bronches terminales. C'est ce que démontre d'une manière manifeste l'examen microscopique du poumon. On ne trouve, dans les cellules pulmonaires, que des filaments de tissu fibreux. Il n'est donc pas possible de faire jouer aux fibres musculaires le rôle que leur assigne M. Pravaz dans l'acte de l'entrée et de la sortie de l'air dans le poumon durant la respiration. Le poumon est passif dans la respiration. L'air introduit par la

trachée faisant équilibre à celui qui presse extérieurement sur la poitrine, il s'ensuit que, dès le moment où l'inspiration vient à en agrandir la capacité, une quantité proportionnée d'air y pénètre, malgré la résistance que l'oppose l'élasticité des vésicules; car en évaluant cette élasticité à 1 et la pression de l'atmosphère à 10, l'air, lors de la dilatation de la poitrine, doit entrer dans les poumons avec une force de 9, et sortir plus facilement encore quand la poitrine s'affaisse par l'expiration. Il en résulte que, tant que la cavité thoracique est intacte, la plèvre pulmonaire ne cesse jamais d'être en contact avec la plèvre costale. Mais si l'on ouvre la poitrine, l'élasticité entre en jeu, et le poumon se resserre de tout ce que l'entrée en action de cette propriété physique peut lui enlever de volume.

Voilà donc des faits ou plutôt des opinions qu'on nous présente, qui, ainsi qu'on le voit, ne sont pas d'accord avec la physique. Pour moi, contrairement à l'opinion de M. Pravaz, je crois que l'air comprimé n'agit que d'une manière chimique; la pression influe sur l'hématose, en présentant au phénomène physico-chimique de l'endosmose une quantité plus ou moins considérable de substance gazeuse pour une même surface.

Quant à l'influence attribuée à l'air comprimé sur la circulation, elle est nulle. C'est une erreur qui a été introduite dans la science par une fausse interprétation de l'expérience de Parry. La circulation n'est ni ralentie, ni activée par l'action comprimante de l'air.

M. Pravaz : Tout ce que vient de dire M. Rochoux est contredit par les expériences de MM. Regnault et Saizet, que M. Rochoux n'a point contrôlées que je sache, et qui établissent d'une manière évidente l'influence de la pression sur le phénomène en question.

M. Dubreuil rappelle qu'il s'est soumis dans le temps à l'action d'un bain d'air comprimé; il lui a paru qu'il n'en résultait aucune modification dans la circulation; son pouls n'a point changé pendant toute la durée de l'expérience. Quant à la possibilité de la rupture des vésicules pulmonaires sous l'influence de l'action de l'air comprimé, elle ne lui paraît pas contestable; M. Leroy-d'Étiolles en a cité un exemple.

ÉPIDÉMIES DE 1848.

M. Gaultier de Claubry lit, au nom de la commission des épidémies, le rapport annuel sur les épidémies de 1848.

Treize rapports sont parvenus à l'Académie pour l'année 1848. Sur ces treize rapports provenant de neuf départements, dix ont pour objet la fièvre typhoïde; les autres ont trait à des épidémies de grippe, de péripneumonie catarrhale et de méningite cérébro-spinale. Ainsi, comme toujours, l'affection typhoïde constitue la maladie la plus commune, celle qui atteint un plus grand nombre de sujets, qui fait le plus de victimes, sans que le voile qui couvre l'étiologie véritable de cette maladie soit enfin levé, sans que la science semble avoir à s'applaudir de quelque progrès incontestable dans la voie de la thérapeutique.

Dix épidémies de fièvre typhoïde se sont manifestées pendant l'année 1848, dans sept départements, à savoir : deux dans chacun des départements du Doubs, du Jura et du Pas-de-Calais, une dans l'Isère, le Nord, la Seine-Inférieure et les Vosges.

Sur 403 sujets qui ont été atteints, il y a eu 71 morts ou 1 sur 5 2/3. En comparant ce résultat avec celui que nous avons déjà fait connaître dans un précédent rapport sur les épidémies qui ont eu lieu de 1841 à 1849, on trouve dans les deux cas une remarquable analogie, ce qui semblerait devoir faire admettre comme une triste, mais trop certaine loi de la nature, relativement à la gravité absolue de la fièvre typhoïde, que cette maladie entraîne la perte d'un sixième à un cinquième des sujets qu'elle atteint, quelles que soient d'ailleurs les différences des traitements mis en usage par les médecins des diverses localités.

Le nombre des femmes que la maladie a atteintes a été, en 1848 comme dans les années précédentes, plus considérable que celui des hommes, ce que les médecins des épidémies attribuent à cette double circonstance : qu'aux femmes sont plus particulièrement dévolus les soins à donner aux malades; d'où il résulte qu'elles séjournent presque incessamment dans l'atmosphère miasmatique qui environne ces derniers, et que quand elles viennent à tomber malades à leur tour, leur constitution est déjà fatiguée à l'excès par suite des veilles prolongées et des travaux pénibles auxquels elles ont dû se livrer. Faut-il dès lors s'étonner qu'elles soient plus souvent malades que les hommes, et que chez elles la maladie présente plus de gravité?

Les médecins des épidémies ayant généralement de la tendance à chercher la cause des épidémies de fièvre typhoïde qu'ils observent dans les variations météorologiques relatives à la chaleur, au froid, à l'humidité, à la sécheresse, au règne de certains vents, bien que quelques-uns aient le bon esprit de faire remarquer qu'il n'existe aucune relation intime qu'on puisse constater entre telle condition météorologique et la manifestation de telle épidémie en particulier, il nous a semblé qu'il ne serait pas sans quelque intérêt de faire connaître ici les époques diverses de la manifestation des dix épidémies dont l'Académie a eu connaissance pour 1848. Or une de ces épidémies a commencé en février, une en mars, une en mai, trois en juin, une en juillet, deux en septembre, et enfin une dernière en octobre. Un tel résultat démontre clairement que, si les conditions diverses de la météorologie peuvent et doivent exercer quelque influence sur l'organisme pour le prédisposer à la maladie, elles ne suffisent pas pour produire une affection aussi spéciale, aussi semblable à elle-même que l'est la fièvre typhoïde.

Il en est de même des conditions trop souvent déplorables des habitations, qui peuvent bien altérer la santé, mais qui ne peuvent pas produire par elles-mêmes la fièvre typhoïde; non plus que tel genre d'alimentation, qui d'ailleurs est loin d'être le même dans tous les départements; non plus surtout que la cherté du blé en 1847, puisque cette condition qui a pu agir défavorablement sur la santé générale des populations des campagnes en 1848, ne saurait plus être invoquée pour expliquer la production de la fièvre typhoïde dans d'autres années où une semblable cherté des céréales n'a pas eu lieu.

Quelque opinion qu'on puisse se faire d'ailleurs sur l'étiologie de la maladie, dont dix épidémies ont été observées en 1848, disons pour compléter les considérations générales qui s'y rattachent, que la durée totale de ces épidémies a beaucoup varié. Deux fois elle a été d'un mois seulement, deux fois de trois mois, trois fois de quatre mois, une fois de cinq mois, et enfin une fois de six mois. — Du reste, sur les dix faits d'épidémies, le commencement de la maladie n'a coïncidé que quatre fois avec les mois d'hiver, à savoir : deux fois avec le mois d'octobre, une fois avec celui de février, et une fois avec celui de mars tandis que les six autres fois il a correspondu aux mois d'été proprement dits, du mois de mai au mois de septembre, comme si le temps le plus beau de l'année était plus favorable à la production de cette affection.

Le traitement que les médecins des épidémies ont mis en usage dans les dix épidémies dont ils nous ont transmis la connaissance a été généralement méthodique. Quelques-uns ont tiré un parti avantageux de la médication évacuante. —Tous les médecins ont fortement insisté sur les soins hygiéniques, comme renouvellement de l'air autour des malades, grande propreté, éloignement des linges souillés par les matières des déjections, etc. Quelques-uns ont employé des aspersions d'eau chlorurée dans les chambres des malades, et comme moyen préservatif ils ont insisté sur l'hygiène générale et particulière.

A cet égard, votre commission est heureuse d'avoir à vous faire connaître l'empressement éclairé que, sur la proposition de M. Germain, le conseil municipal de la petite commune d'Aigle-Pierre (Jura) a mis à faire exécuter dans cette commune des travaux d'assainissement, comme de faire écouler les eaux stagnantes, de relever le sol des rues, de paver ces dernières, d'enlever les fumiers, etc. Honneur à ces dignes administrateurs qui, sur le théâtre ignoré d'une petite commune perdue dans les montagnes du Jura, ont su si bien comprendre les véritables intérêts de leurs administrés et y ont donné une satisfaction si complète! Disons aussi que dans l'Isère, M. Arribert-Dufresne a trouvé auprès de plusieurs habitants aisés et du maire de la commune de Saint-Martin d'Isère, l'assistance la plus empressée à l'égard des pauvres de cette commune, qu'une épidémie de fièvre typhoïde a atteints au mois de septembre 1848.

Il nous reste maintenant à inscrire ici pour mémoire : 1° l'affection qui, dans les mois de juillet et d'août, a atteint quatre personnes d'une même famille dans la commune d'Ounoy, arrondissement de Vertigny (Vosges), et que le médecin des épidémies a appelée péripneumonie catarrhale, quoiqu'elle présentât dans sa symptomatologie un certain nombre de phénomènes typhoïdes; 2° la fièvre catarrhale ou grippe, qui, dans les mois de janvier et février, a régné dans deux communes limitrophes du canton d'Épinal (Vosges), et dans quelques cas a présenté la complication d'un certain nombre de phénomènes nerveux.

La dernière épidémie dont nous ayons à vous entretenir est l'épidémie de méningite cérébro-spinale qui, du mois de février au mois d'octobre 1848, a exercé ses ravages sur les corps composant la garnison de Saint-Étienne (Loire), avec cette remarquable circonstance que, sur deux escadrons de dragons, tous vieux soldats, et sur 1,100 hommes d'un régiment venant de l'armée d'Afrique, logés dans une caserne qui laissait beaucoup à désirer sous tous les rapports d'espace, d'aération, de propreté, il n'y a eu, et encore seulement à la fin de l'épidémie, que six malades, dont trois ont succombé; tandis que sur 1,100 hommes du 22e d'infanterie légère, presque tous de nouvelles recrues, dont la caserne était dans les conditions les plus favorables, il y a eu 107 sujets atteints et 30 morts.

Nous devons la relation de cette épidémie à M. Poggioli, chirurgien aide-major au 22e régiment d'infanterie légère. A cette occasion, votre commission exprime ici le vœu que, sous toute réserve de leurs relations officielles et obligées avec le conseil supérieur de santé des armées, les médecins militaires, à l'imitation de leur confrère de Saint-Étienne, contractent désormais l'habitude d'envoyer à l'Académie nationale de médecine des notices sur les maladies épidémiques qui peuvent atteindre les militaires sous les drapeaux. L'Académie sera dès lors à même de faire, sous le rapport des épidémies qui atteignent ces derniers et les individus de la population civile, ou qui affectent exclusivement les uns en épargnant les autres, une étude comparative qui ne pourra que tourner au profit de la science médicale d'abord, puis à l'avantage des deux classes d individus.

C'est principalement en raison de l'obscurité qui enveloppe encore l'histoire médicale de la méningite cérébro-spinale qu'il est vivement à désirer que les médecins militaires surtout, qui depuis dix ans ont eu de si nombreuses occasions d'observer cette maladie à l'état épidémique, ne tardent pas plus longtemps à vous adresser la relation circonstanciée des faits multipliés qu'ils ont dû recueillir pour mettre l'Académie à même de se livrer, dans un esprit d'impartialité, à une étude approfondie de la maladie, que d'élucider la question encore si obscure de l'étiologie et du traitement. A l'Académie nationale de médecine est attribuée la mission officielle d'étudier les épidémies diverses qui se manifestent en France. Que les matériaux lui soient abondamment fournis, et elle ne manquera pas à sa noble mission.

Votre commission des épidémies ne terminera pas son rapport sur les épidémies de 1848 sans vous proposer d'adresser tout spécialement des remercîments à M. Poggioli pour l'intéressante communication qu'il vous a faite relativement à l'épidémie de Saint-Étienne, et de même à MM. Monneret et Tueffert (du Doubs), Arribert-Dufresne (de l'Isère), Germain (du Jura), Guemont (de la Seine-Inférieure), et Thiriot (des Vosges), tout en engageant ces derniers médecins à imprimer un caractère plus médical aux rapports qu'ils font sur les épidémies.

M. Martin-Solon : La commission des épidémies avait formellement proposé, il y a quelques années, que l'Académie ne se bornât pas à de simples remercî-

ments, mais qu'elle décernât, à titre d'encouragement, une médaille aux médecins qui auraient fait les meilleurs travaux sur les épidémies. Je regrette que cette propositinn n'ait point été prise en considération, et je la renouvelle pour mon compte, en priant l'Académie de vouloir bien y avoir égard.

M. GAULTIER DE CLAUBRY : J'ai fait dans le temps la même proposition ; mais il m'a été répondu qu'il n'y avait pas de fonds spéciaux qui pussent être affectés à cet objet.

M. DUBOIS (d'Amiens): Cette proposition a été faite en effet et soumise au ministre du commerce ; mais le ministre nous ayant répondu qu'il n'avait point de fonds disponibles, il n'a pu être donné suite à cette demande.

Il est cinq heures moins un quart, la séance est levée.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

COMPTE RENDU (1) DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ PENDANT L'ANNÉE 1849 (2).

Par le docteur L. MAILLIOT, secrétaire.

Messieurs,

S'il est dans les sociétés savantes une place qui impose de grands devoirs, c'est assurément celle de secrétaire.

A combien d'exactitude, à combien d'impartialité n'est-il pas tenu dans ses rédactions !

Trop heureux s'il lui suffisait toujours de sa bonne volonté et de sa conscience pour ne pas faire regretter à ses collègues de lui avoir donné leur confiance!

J'ai fait mon possible, messieurs, pour ne pas être trop au-dessous de la position que vous m'avez faite, et pour être en toutes circonstances l'interprète fidèle des opinions que vous avez émises.

Vous jugerez si mes efforts ont répondu à votre attente.

Si cela n'était pas, je serais seul coupable des inexactitudes que j'aurais pu commettre ; car vous avez constamment exprimé vos idées avec une clarté si grande, avec un ordre si parfait, que vous avez rendu ma tâche très-facile.

Mais il me reste un dernier devoir à remplir : il me reste à vous rendre compte de tous vos travaux de l'année. Je vais donc les dérouler encore une fois à vos yeux.

Puisse l'exposition que je vais en faire ne pas vous paraître trop aride ! puisse-t-elle démontrer à ceux qui ne font point partie de votre Société que vous continuez la tradition des saines doctrines en établissant la science, non plus comme autrefois, sur des raisonnements, mais sur des faits solides !

En effet, vous n'accueillez pas légèrement les observations qui vous sont soumises, mais vous les discutez avec beaucoup de soin. Vous ne jurez plus sur la foi de vos maîtres, mais vous contrôlez tous les jours leurs assertions. Vous n'admettez, en un mot, que les faits qui vous sont pleinement démontrés ; vous ne les comptez pas ; vous les pesez et vous ne les enregistrez dans vos bulletins qu'après vous être assurés de leur exactitude.

Au lieu d'appliquer exclusivement votre esprit à l'étude de l'anatomie pathologique, vous ne voyez en elle qu'un des éléments, ou, si vous aimez mieux, qu'un des accidents de la maladie. C'est pourquoi vous étudiez toutes les questions médicales à propos de l'anatomie pathologique. Celle-ci n'est donc pas pour vous un simple objet de curiosité ; car vous rapprochez toujours, à l'exemple de Laennec, les lésions organiques trouvées après la mort des symptômes et des signes physiques observés pendant la vie.

C'est ce qui ressortira, aujourd'hui comme toujours, du compte rendu que vous allez entendre.

Mais ce n'est pas un simple sommaire de vos travaux que je dois vous présenter : c'est une analyse rapide sans doute, mais au moins raisonnée, qui mette en relief les points principaux qui ont fixé votre attention dans le cours de l'année, analyse qui rapproche les faits qui présentent entre eux quelque ressemblance ou quelque analogie, analyse enfin qui fasse ressortir en quoi ces faits s'accordent ou ne s'accordent pas avec les idées dominantes.

Quel ordre vais-je suivre dans cette exposition nouvelle de vos travaux? Là est toute la difficulté. Mes prédécesseurs ont désespéré de la vaincre. Puis-je me flatter d'être plus heureux qu'eux ? Je ne le pense pas. Quel que soit, en effet, le plan que l'on adopte, il laissera toujours beaucoup à désirer, tant la nature a de la peine à se renfermer dans les limites étroites que lui assignent nos classificateurs !

Que de faits ne pourrais-je point vous citer qui rentreraient aussi bien dans une classification que dans une autre! Vos bulletins m'en fourniraient au besoin plusieurs exemples. Mais sans remonter bien loin dans le passé, je vous rappellerai le fœtus dont j'aurai bientôt à vous entretenir, et qui vint au monde :

1° Avec une hernie du cerveau et du cervelet;
2° Avec un développement incomplet de l'œil gauche;
3° Avec un bec-de-lièvre;
4° Avec un pied-bot varus très-prononcé;
5° Avec un doigt unique à la main gauche;
6° Avec une perte de substance telle des parois du thorax et de l'abdomen, que presque tous les viscères étaient sortis de leurs cavités naturelles, etc., etc. (P. 217 et suiv.)

Quelle place assignerez-vous à ce fœtus ? Ne rentre-t-il pas à la fois dans la classe des vices de conformation, des monstruosités, etc?

Que cette observation nous serve de leçon pour nous apprendre le vide des classifications.

N'oublions pas que les plus naturelles présentent encore bien des imperfections.

Pénétré de cette vérité, et sans chercher à légitimer le moins du monde le plan que je vais suivre, j'aborderai tour à tour les questions que vous avez agitées relativement :

1° A l'anatomie normale;
2° A ses déviations (anomalies);
3° A la physiologie.

Je passerai ensuite à l'anatomie pathologique, qui comprendra :

4° les vices de conformation;
5° Les monstruosités,

Et les maladies

6° Du système osseux (continuité et contiguïté);
7° Du système nerveux;
8° Du système digestif;
9° Du système génito-urinaire;
10° Du système circulatoire;
11° Du système respiratoire;
12° Enfin je consacrerai un chapitre spécial à tous les faits qui n'auront pas pu rentrer dans les divisions précédentes.

1° ANATOMIE NORMALE.

L'anatomie normale n'a pas été l'objet, cette année, de nombreuses communications; encore même toutes n'ont-elle pas eu trait à l'homme. C'est ainsi qu'un élève distingué de l'école d'Alfort vous a montré, entre autres choses qui ont particulièrement fixé votre attention, une série de pièces recueillies sur de jeunes mammifères pour établir que le vomer, la cloison des fosses nasales, l'ethmoïde et le sphénoïde antérieur ne constituaient qu'un seul os (p. 287). M. Colin a considéré cet os unique comme formant la base de la vertèbre céphalique que les anatomistes transcendants désignent sous le nom d'olfactive (p. 290).

Dans un remarquable rapport, M. Broca vous a exposé les raisons sur lesquelles il se fondait pour ne pas admettre cette dernière idée, mais il n'a pas moins félicité M. Colin d'avoir su trouver, dans l'étude comparée des animaux, autre chose que la constatation pure et simple des faits anatomiques (p. 296).

M. Deville vous disait dans son compte rendu pour l'année 1846 (p. 409): « Il y a énormément à faire en anatomie, même en anatomie descriptive. » M. Broca vous l'a prouvé, en vous montrant sur une tête finement injectée, une belle préparation des artères constituant les arcades gingivales supérieures et inférieures (p. 282). Sur cette pièce, les artères coronaires labiales ne concouraient en rien à la circulation des gencives, contrairement à ce qu'on lit dans les auteurs.

— Je place ici sous forme de doute et je rappelle seulement pour mémoire une vésicule du fiel dans laquelle M. Barth crut voir des fibres musculaires (p. 34). Toutefois, sur la remarque faite par M. Blot : 1° que l'existence de fibres musculaires dans la vésicule du fiel n'était point démontrée chez l'homme, et 2° qu'on pouvait tout aussi bien rapporter à du tissu fibreux qui forme la charpente de la vésicule les espèces de faisceaux ou de colonnes qui se voyaient dans les parois de cette vésicule, M. Barth ne trancha point la question, et comme M. Blot il se renferma dans le doute.

— M. Gros vous a fait voir distinctement les valvules de la marge de l'anus qu'il croyait méconnues, et dont la description ne se trouvait pas moins dans les auteurs anciens, aussi bien que dans les modernes.

En effet, M. Gubler vous les montra décrites et figurées dans les œuvres de Morgagni, et il ajouta qu'elles n'étaient point inconnues de Glisson. M. Lailler vous cita différents passages extraits des ouvrages de Boyer, Broc, MM. Cruveilhier et Velpeau, desquels il résulte que les valvules de l'anus étaient non-seulement bien connues au point de vue anatomique, mais encore qu'elles avaient fixé l'attention des pathologistes (Ribes, Cruveilhier, etc.) au point de vue pratique.

Vous lirez avec intérêt dans vos bulletins (p. 24 et 39) tout ce qui a trait à ces valvules, et vous y trouverez la description exacte de leur forme et de leur position.

— S'il n'y avait rien de neuf dans la communication de M. Gros, il n'en a pas été de même de celle de M. Deville qui vous a fait part d'une découverte faite par M. Guérin à 2 ou 3 centimètres de profondeur du canal de l'urètre. Cette découverte consiste dans une valvule absolument semblable aux valvules sygmoïdes (p. 246).

Son existence vous a fait comprendre pourquoi, dans un rétrécissement, une bougie conique n'éprouvait plus d'obstacle quand elle avait traversé 3 ou 4 centimètres du canal de l'urètre (M. Deville); elle vous a fait comprendre aussi pourquoi une bougie fine pouvait être arrêtée à ce niveau, tandis qu'il n'en était pas de même d'une grosse bougie.

M. Richard a pris acte de cette découverte pour vous dire qu'elle théorisait le cathétérisme et quelle rendait compte de la manœuvre dite du tour du maître.

M. Caudmont enfin a expliqué l'arrêt de la sonde, non-seulement par la présence de la valvule de M. Guérin, mais encore par la forme concave de la paroi

(1) Lu en séance publique, à la Faculté, le 18 février 1850.

(2) Ce compte rendu termine le tome XXIV des bulletins de la Société anatomique. C'est à ce volume que s'adressent tous les renvois qui suivent l'énonciation de chaque fait particulier.

inférieure de l'urètre, tandis que la supérieure était convexe et par cela même très-propre à arrêter les instruments.

2° ANOMALIES.

De l'anatomie normale aux anomalies, il n'y a qu'un pas. Cela est si vrai que, dans bien des cas, on ne saurait dire où finit l'anatomie normale et où commencent les anomalies.

Ces déviations de l'état physiologique sont assez fréquentes. M. Broca en a rencontré cinq sur le même sujet, qu'il vous a décrit avec un soin extrême (p. 49 et suiv.); c'était sur des artères que portaient ces anomalies; l'une d'elles, plus rare que les autres, regardait, dans les deux côtés, les vaisseaux du membre thoracique.

Déjà, à propos de cette présentation, M. Broca avait appelé votre attention sur la fréquence des anomalies artérielles multiples, lorsqu'une occasion nouvelle s'offrit à lui de confirmer, par un fait de plus, cette fréquence.

Les anomalies artérielles portaient encore sur un membre thoracique.

1° Un énorme vaisseau aberrant se détachait de l'artère axillaire et rentrait, au pli du coude, dans le tronc principal du membre, après avoir fourni dans son trajet les artères thoraciques supérieure et inférieure, la scapulaire inférieure, les circonflexes, les artères superficielles et antérieures du bras, l'artère radiale enfin.

2° Sur le même membre, l'arcade palmaire superficielle manquait. (P. 67.)

Pour achever la série des présentations que vous devez à M. Broca, sur les anomalies, je vous rappellerai cette artère du nerf médian (p. 67), qui passait à travers une boutonnière du nerf du même nom, à 5 centimètres au-dessus du pli du coude.

— A côté de cette anomalie singulière, permettez-moi de placer cette autre anomalie artérielle que vous a présentée M. Demarquay, et qu'il a signalée dans un mémoire publié en 1848. L'artère sous-clavière droite naissait directement de la partie terminale de la crosse de l'aorte, passait sous la trachée artère et l'œsophage, et se rendait ensuite à la partie droite du tronc comme à l'ordinaire. Dans ce cas, il n'y avait pas de nerf récurrent; les branches qu'il fournit d'ordinaire se détachaient directement du pneumogastrique. (P. 20 de nos BULL. et GAZ. DES HÔP., 27 janvier 1849.)

M. Demarquay a toujours rencontré cette disposition avec l'anomalie artérielle que je viens de vous rappeler (1).

— Je vous parlais tout à l'heure d'une artère qui passait à travers la boutonnière d'un nerf, je vais vous dire un mot maintenant de deux veines traversées par deux nerfs. C'est à M. Deville que vous les devez. Le nerf musculo-cutané passait dans un trou qui lui était formé par la veine axillaire divisée au niveau du creux de l'aisselle, puis bientôt réunie.

Un petit nerf cutané interne traversait du même côté, tout proche du muscle coraco-brachial, une petite veine non dénommée. (P. 8.)

— Six mois après cette présentation, M. Deville vous en a fait une autre non moins curieuse.

Vous savez, messieurs, qu'il existe chez certains mammifères, au bas de l'humérus, un canal osseux à travers lequel s'engage l'artère humérale (canal sus-épichondilien des animaux). M. Deville vous a montré une disposition analogue sur deux humérus provenant, l'un d'un homme et l'autre d'une femme. (P. 213.)

A cinq centimètres environ au-dessus de l'épitrochlée, naissait de la face interne de l'humérus une épine osseuse longue d'un centimètre environ, de l'extrémité libre de laquelle partait un cordon fibreux qui allait s'insérer au sommet de l'épitrochlée.

Sur l'humérus de la femme, l'artère humérale et le nerf médian s'engageaient dans l'ouverture formée par l'humérus d'une part, et le cordon fibreux d'autre part. Sur l'humérus de l'homme, le nerf médian seul passait dans l'ouverture signalée.

— Pour en finir avec les anomalies, permettez-moi de vous remettre en mémoire le squelette que je vous ai montré. Il n'avait de chaque côté, à proprement parler, que onze côtes, les deux premières étant réduites à l'état rudimentaire. (P. 146.) On a rencontré le même nombre pour chaque partie latérale dans le squelette de Ritta et Christina, monstre à deux têtes. (Lepelletier, PHYSIOLOGIE, t. IV, p. 386.)

Des faits de cette nature avaient déjà fixé l'attention des anatomistes anciens.

Galien était persuadé qu'on trouvait plus souvent treize côtes que onze. Ce dernier nombre était très-rare (2). C'est à peine, dit-il, si l'on rencontre cette anomalie, une fois sur mille.

Colombus dit avoir observé, tantôt onze et tantôt douze côtes.

Riolan a possédé des squelettes qui n'avaient que onze côtes de chaque côté. Il en avait vu d'autres qui en avaient treize.

Thomas Bartholin a disséqué le cadavre d'un homme robuste qu'on avait pendu à Copenhague en 1657, et chez lequel il trouva, d'un côté onze côtes seulement, tandis qu'il n'en manquait aucune du côté opposé, où la douzième était excessivement grêle. (Historia 1, centuriæ V, HISTORIARUM ANATOMICARUM ET MEDICARUM RARIORUM, Hasniæ, 1661.)

(1) Voyez en effet, dans le compte rendu de 1847, p. 473, une observation semblable.

(2) « Visæ tamen utrinque 13, sed rarissime. Visæ sed adhuc rarius utrinque 11. »

(*Exercitatio medica* in alma argentoratensium academia proposita. Respondente *Georgio Sebastiano Widemanno, Augustano*, 1629.)

3° PHYSIOLOGIE.

En vous montrant l'utérus d'une femme morte deux mois après l'accouchement, et qui ne présentait pas de traces de *corps jaune* (p. 12), M. Blot vous a répété ce qu'il vous avait déjà dit en une autre occasion (t. XXIII, p. 355), savoir : qu'on avait été trop loin en établissant une analogie entre les corps jaunes des menstrues et ceux qui suivent l'accouchement. Pour lui, ces corps jaunes persistent plus longtemps après l'accouchement qu'après les règles.

— Revenant à la question relative à la membrane caduque, dont il vous avait aussi entretenus l'année dernière (p. 357), à propos d'une présentation de M. Barth, M. Blot s'est efforcé de vous démontrer que cette membrane, qui paraissait si lisse à l'air libre, était, au contraire, villeuse quand on l'examinait sous l'eau.

M. Blot a donc encore une fois soutenu la manière de voir de M. Coste. Je n'ai pas à revenir sur cette théorie, pas plus que sur la théorie ancienne.

M. Richard vous a exposé parfaitement, dans son compte rendu pour 1848, l'état de la question. Je ne saurais dire rien de mieux, et je vous renvoie par conséquent à son article sur l'embryogénie. (P. 384.) C'est ici le cas de vous rappeler le fait de grossesse probable signalé par M. Deville dans la séance du 20 avril. (P. 105.) Les développements auxquels cette observation s'est prêtée échappent à toute analyse.

4° VICES DE CONFORMATION.

— Lorsque M. Boullard vous a soumis un os maxillaire inférieur, dans lequel manquait un des condyles, il s'est demandé si cette disposition était normale. L'articulation se faisait par l'un des angles du maxillaire. Le visage était déformé, et les téguments ne présentaient point de cicatrices.

— A une époque qui est déjà loin de nous, M. Estevenet présentait à la Société anatomique une cuisse très-courte qu'il avait trouvée à l'amphithéâtre. Le corps du fémur manquait complétement, ainsi que la cavité cotyloïde. Tous les muscles de la cuisse existaient, à l'exception du triceps, qui s'attache au corps du fémur. (T. XVI, p. 173.)

Non moins heureux que M. Estevenet, M. Deville vous a apporté de l'amphithéâtre également un membre supérieur dans lequel une grande partie du cubitus manquait. Il ne restait guère que l'épiphyse supérieure et un fragment de l'épiphyse inférieure. Il ne manquait aucun des muscles de l'avant-bras. Leurs insertions se faisaient à un gros cordon fibreux, qui tenait la place de la portion absente de l'os. L'aponévrose interosseuse elle-même s'attachait à ce cordon fibreux et à ce qui restait du cubitus.

Dans cette pièce, on voyait une luxation de l'extrémité supérieure du radius, qui était courbé dans toute sa longueur. La luxation avait lieu en haut et en dehors, et son extrémité supérieure remontait à plus de 4 centimètres au-dessus du niveau de l'articulation du coude.

MM. Cruveilhier et Deville attribuèrent à l'action musculaire la courbure du radius.

M. Deville pensa que l'os ne s'était point développé, ou bien qu'il avait été fracturé durant la vie intra-utérine. Cette fracture ne se serait pas consolidée, et les deux fragments se seraient écartés à mesure que le radius se serait développé. (P. 153.)

— Si les faits précédents ont pu laisser du doute dans votre esprit relativement à leur origine, il n'en a pas été de même du suivant, qui était bien congénial : je veux parler du double bec-de-lièvre avec division absolue de la voûte palatine et du voile du palais, que vous devez à M. Broca. Cette division des os et des parties molles est rare; elle s'oppose à ce que les enfants puissent prendre la nourriture nécessaire à l'entretien de la vie. C'est au moins là ce qui est arrivé à un nouveau-né dont vous a parlé M. Houel. (P. 76.)

Un autre bec-de-lièvre congénial vous a été montré par M. Houel lui-même sur un fœtus de 8 mois et demi environ. La lèvre supérieure et le bord alvéolaire de l'os maxillaire supérieur étaient divisés. La division n'atteignait pas la voûte palatine. Sur le fœtus qui présentait ce vice de conformation existait aussi un développement incomplet de l'œil gauche, une hernie du cerveau et du cervelet, un pied-bot varus, etc. (P. 217 et suiv.)

Rangerez-vous parmi les vices de conformation cette malformation de l'épaule que M. Bouteiller a reconnue pendant la vie sur une femme qui a succombé des suites d'une carie lombaire? M. Bouteiller a émis devant vous cette opinion, se fondant sur ce que la capsule articulaire, la cavité glénoïde et la tête de l'humérus étaient dans une intégrité parfaite. (P. 61 et suiv.)

— Peu de vices congéniaux du tube digestif vous ont été soumis; cependant M. Candmont vous a parlé d'un enfant qui était né avec une occlusion de l'anus. (P. 43.) M. Maisonneuve, n'ayant pas trouvé de cul-de-sac, voulut produire un anus artificiel en recourant à la méthode de M. Amussat. L'opération ne fut pas suivie de succès.

M. Blot développa les avantages d'une incision faite parallèlement au muscle carré des lombes.

M. Blot vous a fait voir un intestin grêle trois fois plus volumineux que le gros intestin, surtout dans son tiers inférieur. Cette partie de l'intestin passait et repassait, sans être comprimée, à travers un hiatus formé par le grand mésentère.

Chez ce même sujet, l'iléon était complétement oblitéré à la réunion de ses deux tiers supérieurs avec son tiers inférieur. Ce dernier tiers était réduit à la grosseur d'une plume d'oie. Les deux autres tiers étaient, au contraire, consi-

dérablement dilatés, terminés en cul-de-sac, et ils contenaient un mélange d'eau et de méconium (1).

Il y avait eu des vomissements de ces deux liquides pendant trois jours, après lesquels l'enfant avait succombé. (P. 120.)

M. Deville vous a cité, à cette occasion, le fait d'un intestin grêle qui, au lieu d'être renfermé dans la cavité péritonéale, était logé dans l'écartement des deux feuillets du mésocolon transverse. (P. 122.)

J'arrive à deux autres faits intéressants qui vous ont été communiqués, l'un par M. Blot (p. 8) et l'autre par M. Courtin (p. 365), qui, tout éloigné qu'il est de la capitale, a bien voulu se souvenir de vous.

Il est des cas, vous le savez, où l'hydrocéphale se déclare après la naissance; mais ces cas sont beaucoup moins fréquents que ceux où cette maladie se développe pendant la vie intra-utérine. Il n'est pas rare alors de voir la tête du fœtus prendre de telles proportions que l'accouchement ne puisse pas se faire. Il faut donc recourir à une opération qui donne lieu à l'écoulement du liquide, et rende ainsi possible la sortie de la tête.

Tel a été le cas qui s'est présenté à M. Blot, qui vous a dit qu'il s'agissait probablement d'une hydrocéphale intra-ventriculaire.

Cette observation présentait encore un exemple d'hydrocéphale externe pour ceux qui voudraient réserver ce nom, avec Galien (2), Aétius (2) et bien d'autres auteurs, à l'œdème du cuir chevelu.

La communication de M. Blot vous a de plus intéressés au point de vue pratique, puisque le grand écartement des fontanelles et la hauteur du double bruit du cœur avaient fait reconnaître ou soupçonner au moins une hydrocéphale, et que ce diagnostic avait été confirmé par la sortie d'un litre de sérosité environ. (P. 9.)

Vous devez vous rappeler, messieurs, la discussion savante dont fut suivie la présentation de M. Blot. M. Barth confirma ce qu'on savait du reste (voy. Boyer, t. V, p. 207), savoir que de tous les épanchements de sérosité ayant lieu dans l'intérieur même du crâne, les plus fréquents étaient de beaucoup les épanchements ventriculaires.

— Faut-il citer ici cette autre observation de M. Deville, dans laquelle une portion de la substance cérébrale renfermait de la sérosité pure, nullement enkystée? (P. 343.) Notre collègue vit, s'il vous en souvient, dans ce fait, une *hydrocéphale circonscrite* (3). Seul, avec lui, j'admis cette expression, qui n'était en définitive que la traduction du fait matériel; mais elle fut désapprouvée par MM. Barth et Durand-Fardel, qui ne voulurent pas détourner le mot *hydrocéphale* de l'acception communément reçue.

A côté du fait de M. Blot, se place naturellement celui de M. Courtin: il s'agit d'un *hydrorachis* dont l'histoire ne saurait être séparée de celle de l'*hydrocéphale*, à cause de l'analogie de causes et d'effets. Je ne reviendrai pas sur les détails de l'observation, qui vous ont été transmis avec tant d'exactitude par M. Courtin lui-même; je m'arrêterai seulement sur le point essentiel de l'anatomie pathologique relatif à la portion de la moelle épinière qui faisait partie de la tumeur. (Elle occupait la région sacrée.)

Vous savez que quelques auteurs, Ruysch en particulier, ont pensé qu'il n'y avait plus rien de la moelle au niveau du *spina bifida*. L'observation de M. Courtin a démontré encore une fois, ce dont on ne doute plus du reste depuis les travaux de Camper, que les filets nerveux qui entraient dans la tumeur se réfléchissaient sur les parois du sac, et qu'ils les tapissaient plus ou moins loin.

Regrettons que M. Courtin se soit trouvé dans l'impossibilité de poursuivre au delà du *spina bifida* les nerfs qui terminent la moelle. Il nous aurait dit sans doute d'une manière positive la continuité de ces nerfs, et il aurait rendu son observation plus complète. Mais que pouvait-il contre l'impossible?

Il a fallu dérober la tumeur! Larcin excusable, qui prouve l'amour de M. Courtin pour la science et son dévouement pour la Société anatomique.

Si j'avais à vous rendre compte de choses autres que celles qui sont dites avec des pièces anatomiques à l'appui, je vous rappellerais une deuxième observation de *spina bifida* dont MM. Demarquay et Lebret vous ont entretenus à l'occasion de celle de M. Courtin, et j'entrerais dans quelques détails touchant le fait de M. Lavacherie que M. Barth vous a communiqué; mais, je dois me renfermer dans ce qui vous appartient en propre.

M. Houel vous a fait voir un fœtus de six mois qui portait une hernie ombilicale (4) contenant le foie, l'intestin grêle, le cœcum, le colon ascendant, l'estomac et la rate.

Les parois de la poche s'étaient rompues pendant l'accouchement (p. 245).

— Parmi les vices de conformation des doigts que les enfants apportent quelquefois en naissant, se trouve l'union de ces doigts, tantôt intime et tantôt médiate.

M. Lemaistre vous a montré un exemple de la première espèce sur un enfant dont le médius, l'annulaire et l'auriculaire ne se dessinaient pour ainsi dire point (p. 148).

Je vous ai fait remarquer à l'occasion de cette présentation que l'arcade palmaire superficielle descendait jusqu'aux points où la séparation des doigts devenait apparente, et qu'en raison de cette disposition anatomique toute opération qui eût séparé les doigts eût divisé deux fois cette arcade palmaire.

M. Moreau vous a fait remarquer à son tour la rareté de ce vice de conformation, puisqu'il ne l'a rencontré qu'une fois sur plus de trois mille enfants.

Dois-je placer ici le fait de cette côte bifide à son extrémité sternale et de ces deux autres côtes tendant à devenir bifides que vous apporta M. Deville (p. 8)? Je le fais d'autant plus volontiers qu'il me servira de transition, avec celui de M. Lemaistre, pour vous entretenir des doigts palmés et surnuméraires à la fois que M. Broca vous fit voir (p. 336).

Le sujet qui était né avec ces deux difformités portait en même temps, à chaque pied, un doigt surnuméraire.

Une dissection minutieuse n'a fait rien découvrir à M. Broca dans ces cavités splanchniques qui indiquât la moindre trace de duplicité.

Bien plus, la dissection a démontré que même aux pieds et à la main la duplicité n'était qu'apparente. Les phalanges des gros orteils, en effet, étaient comme divisées en deux longitudinalement, et le doigt surnuméraire de la main n'était qu'une partie du dédoublement de l'annulaire. Il existait sur les pieds et sur la main le même nombre de muscles, d'artères et de nerfs qu'à l'état normal.

L'observation de M. Broca restera dans vos bulletins pour apprendre à quel résultat inattendu peut conduire un fait bien établi, apprécié par un esprit droit et philosophique; elle restera encore dans vos bulletins pour démontrer une fois de plus ce que renferme de trop absolu la loi qu'a formulée au sein même de votre Société, M. Pigné (1846, p. 13, 109 et suiv., 144 et suiv.), lorsqu'il admettait la dualité constante des germes sur la foi d'un seul membre ou de tout autre organe surnuméraire.

Jetez les yeux de nouveau sur les communications que M. Pigné vous a faites et vous comprendrez qu'il se soit laissé séduire par les faits que le hasard avait mis en ses mains; vous comprendrez qu'il en ait déduit, j'ajoute même qu'il ait dû en déduire les conclusions que vous connaissez tous.

Parmi les individus que M. Pigné vous montra, aucun n'était pourvu exclusivement de doigts surnuméraires.

Au contraire, l'enfant que M. Blot soumit à votre examen l'année dernière (p. 355) avait un doigt surnuméraire et rien de plus. Je viens de vous dire ce qu'a présenté de remarquable l'observation de M. Broca; j'ajoute que la persistance de la vie est l'exception avec la dualité des germes, et qu'elle est la règle, au contraire, avec des doigts surnuméraires.

Permettez-moi donc de placer les faits de M. Pigné dans la classe des monstruosités et de maintenir ceux de MM. Blot et Broca dans celle des simples vices de conformation.

Si vous n'admettiez pas ces idées, vous devriez considérer, comme un monstre, et cette conclusion serait certainement forcée, le médecin américain qui s'est offert à vous avec six orteils à chaque pied et six doigts à chaque main (p. 341); vous ne serez pas aussi sévères, car vous ne verriez à ce prix que des monstres dans presque tous les membres de la famille de votre honorable confrère, tandis que vous ne devez y voir que des vices de conformation, et un des faits les plus remarquables d'hérédité que l'on puisse citer.

5° MONSTRUOSITÉS.

Les seules monstruosités qu'il vous ait été donné de voir cette année-ci se rapportent presque toutes à des animaux. Vous les devez à M. Colin, que je vous ai déjà cité.

La première de ces monstruosités s'observait sur un nouveau-né à terme, dont les viscères thoraciques et abdominaux flottaient à l'extérieur, parce que les parois abdominale et thoracique antérieures manquaient. (P. 296.)

La deuxième monstruosité consistait dans un fœtus de lapin *cryptocéphale* (de κεφαλή, *tête*, et κρυπτος, caché), nom créé par M. Geoffroy Saint-Hilaire. (P. 297.)

La troisième portait sur un chien dont la tête rudimentaire n'avait ni œil, ni narines, ni bouche, ni langue, ni mâchoire inférieure; elle avait pourtant les oreilles.

La quatrième provenait d'un fœtus de cochon, et appartenait au genre que M. Geoffroy Saint-Hilaire a décrit sous le nom de *rhinencéphale*. (P. 297.)

La cinquième monstruosité avait été trouvée sur une brebis qui portait un membre supplémentaire implanté sur le milieu du ventre. (P. 298.)

Si toutes ces monstruosités étaient susceptibles d'analyse, je vous la donnerais pour vous rappeler les circonstances bizarres et remarquables que chacune d'elles vous a présentées; mais, d'une part, cette analyse est impossible, parce qu'elle devrait comprendre trop de détails, et d'une autre part elle ne saurait avoir le mérite du rapport que vous fit sur elles M. Broca. Je vous renvoie donc à nos bulletins. (P. 292 et suiv.)

— Je termine cet article par la citation du fœtus dont je vous ai déjà parlé, et qui établit une sorte de transition entre les vices de conformation et les monstruosités.

Le tronc de ce fœtus présentait une perte de substance qui intéressait à la fois la poitrine et l'abdomen. A travers cette perte de substance s'échappaient le cœur avec son enveloppe séro-fibreuse, le poumon, l'estomac, l'intestin grêle,

(1) De quelque manière que l'anus soit imperforé, lorsqu'il n'y a point une ouverture contre nature pour la sortie des matières stercorales, ces matières s'accumulent dans le conduit intestinal, le distendent, et donnent lieu à des accidents qui font périr l'enfant s'il n'est promptement secouru, ou si l'espèce d'imperforation est au-dessus des ressources de l'art. (Boyer, MALAD. CHIR., t. X, p. 8.)

(2) TETR., *sermo II*, *cap.* 1, p. 242, édition de Henri Étienne, 1567.

(3) « Il y a une troisième espèce d'hydrocéphale, dit Freind (HISTOIRE DE LA MÉDECINE, traduct. d'Étienne Coulet, 2e partie, p. 72): c'est lorsque l'humeur est enfermée dans la substance du cerveau lui-même. »

(4) Boyer ne doute pas que la hernie ombilicale de naissance ne doive être attribuée à un vice de conformation dans la région du nombril. (MAL. CHIR., t. VIII, p. 297.)

les colons ascendant, transverse et descendant, le foie, la rate et le rein gauche. (P. 219.)

(*La suite au prochain numéro.*)

BIBLIOGRAPHIE.

DE SEMINE URINÆ INTERMIXTO ET DE SEMINIS EXCRETIONE INVOLONTARIA ; par le docteur Théod. Clemens. — Dissertat. inaugur. — In-8° de 31 pages. — Francfort, 1849.

Ce travail se divise en deux parties : dans la première, l'auteur se propose de démontrer que la véritable excrétion spermatique naturelle ne peut pas exister sans pollution, et dans l'autre il examine si l'appareil du sperme est sujet à des variations, et si, dans le cas où une sécrétion continuelle de la semence a lieu, il se fait une dilution et une résorption de la matière séparée.

Voici les conclusions, d'ailleurs nullement nouvelles, auxquelles il est arrivé :

1° L'excrétion séminale naturelle continuelle n'a pour ainsi dire (*minime*) pas lieu sans pollution.

2° Elle a lieu sans érection, par la seule contractilité des vésicules séminales et des canaux éjaculateurs.

3° Dans cette pollution, que l'auteur appelle incomplète, la quantité du sperme sécrété *continuellement* sera très-petite.

4° La résorption du sperme se fait surtout dans les vésicules séminales où les spermatozoïdes atteignent leur plus grande perfection, et d'où s'échappe un sperme fluide consistant. On ne peut établir que par des dissections répétées et par des observations très-exactes comment et si vraiment les spermatozoïdes complétement développés commencent en ce point leur métamorphose rétrograde.

5° Enfin les spermatozoïdes observés dans la liqueur de l'hydrocèle ne pouvaient provenir que de la lésion de quelque organe renfermant du sperme.

Ce travail, loin d'éclairer une question qui, dans certains points, aurait besoin d'être encore élucidée, malgré le jour qu'ont jeté sur elles les recherches du professeur Lallemand, ce travail ne renferme rien de neuf ni de saillant. Il serait trop long, dans une analyse de critique, de réfuter l'auteur ; nous le renvoyons aux monographies pour se convaincre qu'il n'existe pas d'*excrétion continuelle* de sperme. Puisqu'il a l'habitude du microscope, il lui sera facile de se convaincre que cette excrétion est toujours plus ou moins *pathologique*, lorsqu'elle arrive sans orgasme, sans érection, sans rêves lascifs.

Nous nous contenterons seulement de nous étendre sur la *prétendue résorption* du sperme, qui nous paraît une vieillerie à mettre de côté dans l'état actuel de nos connaissances. Qu'on se rappelle que la partie réellement importante du sperme ne nous est pas connue dans sa composition chimique. En effet, comment soumettre au creuset de l'analyse des animalcules spermatiques qui ont besoin, pour être reconnus, d'un grossissement au microscope de trois à quatre cent fois ? Ce que nous appelons la liqueur spermatique est composé de la sécrétion de toutes les surfaces muqueuses que parcourent les spermatozoïdes, depuis l'intérieur des canaux séminifères jusqu'à l'orifice du méat urinaire. Quelle peut donc être l'importance pour l'économie de reprendre ces matériaux, si ténus, si délicats ? quels grands avantages cette résorption peut-elle avoir au point de vue de la nutrition générale ? Nous préférons, comme l'a fait le docteur Kaula dans son Traité de la spermatorrhée, distinguer les animalcules de la liqueur qui leur sert de véhicule. Celle-ci pourra être résorbée comme tous les liquides qui séjournent dans des réservoirs ; mais nous ne croyons pas que les spermatozoaires puissent être repris de la même manière ; sans cela comment la semence, à mesure qu'elle séjourne plus longtemps dans les réservoirs, provoquerait-elle une excitation de plus en plus forte, qui se termine par des pollutions nocturnes ou diurnes, tant il y a nécessité absolue d'évacuation directe ou indirecte ?

Il eût été plus intéressant et surtout plus utile de rechercher pourquoi la sécrétion spermatique, ordinairement en rapport avec les besoins de l'économie ou l'excitation des organes génitaux, pourquoi, dans certains cas, cette sécrétion s'exagère et se continue aux dépens de la santé générale, produit les pollutions diurnes, et amène enfin, suivant l'heureuse expression de M. Lallemand, un véritable diabète spermatique. Sans doute l'auteur des Pertes séminales a fait voir que toute irritation transmise de l'orifice d'un canal excréteur retentit jusqu'à l'appareil sécréteur lui-même. Mais dans certains cas, le procès morbide ne suit pas cette voie ; reste à déterminer la manière dont se produisent ces pollutions, sans relâchement, sans irritation, sans excitation locale, auxquelles il a fallu reconnaître pour origine, la plus vague, la plus vulgaire des origines, l'habitude, etc.

Nous engageons aussi l'auteur, s'il lui arrive des malades affectés de pollutions, par suite de susceptibilités nerveuses telles que l'exaltation de l'imagination, de ne pas se contenter d'employer des remèdes « *quæ ad animum pertinent.* »

Passons à une autre objection. Le docteur Albers (de Bonn) prétendit, en 1842, qu'il existait une émission de semence *diurne normale, compatible avec la santé* ; comme preuve, il donnait la présence des animalcules spermatiques dans les urines des convalescents de la fièvre typhoïde. Le docteur Clémens rejette, à juste titre, cette preuve, mais il est disposé à admettre cette excrétion séminale diurne, parce qu'il a trouvé quelques sujets bien portants dont les urines, au microscope, présentaient des spermatozoaires. J'en suis fâché pour le docteur Clémens, mais les sujets qu'il a observés étaient des *tabescents*, comme les appellerait M. Lallemand ; leurs émissions séminales n'étaient pas *normales* ; elles avaient pas encore altéré la santé générale, influé sur l'économie entière. Mais au point de vue de la pathogénie de la spermatorrhée, ces sujets étaient déjà affectés d'un dérangement, ou si l'on veut d'une perturbation de l'appareil génital. Chaque fois que l'on trouve du sperme dans les urines, sans cause directe efficiente, il y a déviation de la règle générale ; et l'on a toujours à redouter des effets qui, pour avoir été retracés avec des couleurs peut-être un peu trop sombres pour la généralité des cas, n'en sont pas moins la source d'une foule de maux et de désordres, aussi terribles pour les malades que pour le médecin, dont les efforts restent si souvent infructueux ; car pour guérir, il faut enlever la cause, et c'est justement cette cause qui échappe à l'observation, tant elle est larvée par les phénomènes qu'elle provoque.

En résumé, le travail du docteur Clémens nous paraît la preuve évidente que le microscope n'est pas l'*ultima ratio* dans le diagnostic de la spermatorrhée ; ce moyen indique la présence du sperme, et rien de plus. Que ceux qui s'occupent de cette question ne se laissent pas aller à négliger les autres moyens d'investigation ordinaires, et surtout qu'ils n'accordent pas trop de confiance au récit de leurs malades, principalement aux hommes vertueux ; nous parlons ici par expérience : très-souvent chez ces derniers « *latet anguis in herba.* »

VARIÉTÉS.

— Mortalité à Londres. — La mortalité continue à décliner ; dans la semaine terminée le 9 mars il y a eu 875 décès, chiffre moindre que celui de la semaine précédente. Voici depuis janvier la progression que cette décroissance a suivie : 1,094, 957, 938, 911, 896, 875. Si nous comparons ces chiffres avec la série de 1840 à 1849, nous voyons que pendant ces dix années la mortalité n'a jamais été au-dessous de 900, et à trois exceptions près elle a toujours été au-dessus de 1,000, en 1845 elle s'est élevée jusqu'à 1,141. — Les épidémies, la petite vérole, la scarlatine, la coqueluche, la grippe, la typhus ont été beaucoup au-dessus de la moyenne ; la rougeole et la diarrhée ne l'ont pas dépassée. — La bronchite a causé 65 décès ; la pneumonie 74 ; l'asthme 17. — Dans la catégorie des maladies des organes respiratoires (en dehors de la phthisie et de la coqueluche il y a eu 171 décès, la moyenne étant de 207 ; la phthisie et la consomption en ont produit 107, la moyenne étant de 152).

— Le docteur Maign, chirurgien de Western-Dispensary, et professeur d'anatomie et de physiologie à l'école de médecine de Westminster-Hospital, vient de mourir à Londres dans sa quarante-huitième année.

— M. le docteur Prevost, connu dans le monde scientifique par des travaux de physiologie et de médecine du plus grand mérite, vient de succomber, à Genève, à la suite d'une longue maladie.

— La reine d'Angleterre a fait présent de 50 l. st. à l'hôpital de Portsmouth, Portsee et Gosport. Cet établissement portera désormais le nom de Royal-Hospital.

— M. Corvan, le père du représentant actuel au parlement anglais, a fait don à l'infirmerie d'Édimbourg de 2,000 l. st. (50,000 fr.).

— MM. les professeurs particuliers de l'École pratique sont prévenus que la réunion, pour la répartition des amphithéâtres, pendant le semestre d'été, aura lieu le jeudi 28 mars, à midi, à la Faculté de Médecine.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — DIABÈTE SUCRÉ.

En 1838, les deux hommes les plus compétents de l'Europe, le docteur Prout et M. Rayer, déclaraient le diabète presque toujours mortel. Un tel point de départ marqué par deux autorités de cet ordre mettra à l'aise pour apprécier une méthode dont la guérison est la règle et la mort l'exception. Tel est, d'après la communication de M. Bouchardat à la dernière séance de l'Académie, le résultat auquel cet habile et savant praticien est arrivé. Il ne sera pas sans intérêt pour nos lecteurs d'avoir sous les yeux un résumé succinct des faits, des expériences, des idées, qui ont conduit M. Bouchardat à ce beau résultat.

Dans un premier travail, M. Bouchardat a établi, à l'aide de la balance : 1° que, chez les diabétiques, la soif est en raison directe des aliments sucrés ou féculents qu'ils prennent ; 2° que la proportion de sucre contenue dans les urines est dans un rapport constant avec la proportion des aliments féculents et sucrés.

Il a également décidé, et d'une manière définitive, la question tant controversée de la présence ou de l'absence du sucre dans le sang des diabétiques, et expliqué la cause des dissidences. En analysant le sang *quelques heures après le repas*, la présence du sucre était toujours facile à constater, tandis qu'en analysant le sang d'un diabétique à jeun, le sucre peut y manquer. C'est ainsi qu'il a établi que, dans le diabète, le rein n'est qu'un organe d'élimination, et non l'origine de la maladie, comme on le professait généralement ; que son rôle se borne à éliminer le sucre du sang, comme dans l'état de santé il élimine l'urée.

Partant de ces premières données, M. Bouchardat a posé les bases du traitement des diabétiques, qui consiste essentiellement dans la privation des aliments et boissons sucrés ou féculents.

Plus tard, l'auteur a établi que l'existence du sucre dans le diabète insipide, admise par les auteurs et par lui-même d'abord, n'était pas fondée, et que ce prétendu sucre était un mélange de glucose, d'urée, de sel marin et d'autres sels, qu'il était facile d'éliminer à l'aide de l'éther sulfurique alcoolisé. Cette détermination plus rigoureuse du caractère chimique de la maladie lui a fait donner le nom de *glucosurie*. Puis, étendant le champ de son observation, et avec elle le théâtre de la maladie, il a montré qu'une certaine altération fonctionnelle du foie accompagne toujours le diabète, et que le point de départ de la maladie pouvait être placé dans le système nerveux.

C'était le premier pas vers cette si curieuse expérience de M. Bernard, qui, comme on sait, produit instantanément le diabète par la lésion d'un point déterminé du cerveau.

Quelques années plus tard, M. Bouchardat ayant constaté que l'usage de la viande n'empêche pas toujours la production du sucre, a imaginé l'alimentation avec le pain de gluten. Il a associé ensuite à ce moyen l'emploi simultané du carbonate d'ammoniaque et des vêtements de laine suffisants pour maintenir à la peau une douce moiteur. Enfin voulant que son observation thérapeutique suivît les progrès de l'observation scientifique, il a constaté jour par jour la proportion de sucre dans les urines à l'aide de l'appareil de polarisation jusqu'au retour à l'*état normal*.

Jusque-là le point sur lequel M. Bouchardat avait le plus insisté était la nécessité de supprimer ou de diminuer les aliments sucrés et féculents ingérés par les glucosuriques ; mais ce qui n'a pas eu une importance moindre, c'a été de remplacer les aliments féculents par d'autres aliments du même ordre physiologique. Dans une nouvelle série de recherches, il a donc posé la règle si importante de remplacer les féculents et les sucres par les boissons alcooliques et les corps gras.

On avait dit que le sang des glucosuriques était acide. M. Bouchardat a prouvé qu'il est alcalin comme dans l'état normal. Il a démontré que, sauf la présence du glucose, il ne diffère pas dans sa composition du sang normal.

C'est à la même époque que M. Bouchardat a établi que le sucre disparaît complétement de tous les organes et de tous les liquides des glucosuriques agonisants, même dans les cas où la mort est foudroyante.

Enfin, pour couronner cette belle série de recherches, M. Bouchardat est parvenu à faire apparaître le glucose dans les urines d'un animal, nourri de féculents et de diastase, et il est parti de cette dernière série d'expériences pour poser les règles précises qui, depuis ce temps, ont guidé la plupart des médecins dans le traitement hygiénique de la glucosurie.

M. Bouchardat a fait connaître quarante et une observations de glucosurie. Jusqu'à lui, nous l'avons dit en commençant cet article, la guérison était un fait exceptionnel, sinon entièrement problématique : nous sommes heureux de constater qu'il a complétement renversé les termes de la question. C'est là un progrès incontestable que l'Académie sera sans doute heureuse de reconnaître en appelant M. Bouchardat dans son sein.

PHILOSOPHIE MÉDICALE.

DE LA FORCE VITALE ET DE L'INNERVATION CONSIDÉRÉES DANS L'ÉTUDE DES MALADIES; par J.-B.-G. BARBIER.

DE LA FORCE VITALE.

Des lois éternelles, immuables, ont été portées, au moment de la création, pour maintenir l'ordre admirable de l'univers. Ces grandes lois sont au nombre de trois.

La première, la loi de la gravitation, conduit dans l'immensité de l'espace céleste ces globes lumineux que nous voyons se mouvoir au-dessus de nos têtes. Cette loi les dirige dans leurs courses, prévient leurs écarts ; elle permet à l'homme de calculer l'heure, la minute d'une éclipse dont il est séparé par un grand nombre de générations.

L'empire de la loi de la gravitation se montre sur les corps mêmes qui composent notre planète. C'est elle qui fait tendre vers le centre de la terre toutes les molécules, toutes les matières dont sa masse se compose. Elle tient rapprochées, réunies, toutes les parties minérales qui la constituent ; elle attache à sa surface tous les êtres qui la recouvrent.

Sans cette loi, la rapidité du double mouvement de la terre sur elle-même

Feuilleton.

CHRONIQUE MÉDICALE.

Le projet sur la presse. — Suppression de lits à la Salpêtrière et à Bicêtre. — Marjolin — Scandale médical. — Nouveau décret concernant les doyens des Facultés de médecine. — Un aspirant à l'Académie française. — Nouvelle maladie. — Un acte d'autocratisme de l'administration des hôpitaux. — L'ours des Pyrénées.

Nous ne voudrions pas pour un empire (surtout au prix que valent les empires aujourd'hui) troubler intempestivement la sécurité des excellents confrères qui ont l'avantage de recevoir nos élucubrations à domicile pour la bagatelle de 36 fr. par an. Voilà dix-huit mois passés que, l'abolition de l'impôt du timbre étant venue nous offrir la douce perspective d'une économie, nous les en avons fait généreusement profiter en abaissant de quatre bonnes livres le taux séculaire de l'abonnement ; et encore faut-il remarquer, pour être équitable, que l'économie ayant été de 3 fr. 12 c. ; c'est tout au juste 88 centimes qu'il nous en coûte par an. Ces largesses, nous avons à cœur de les continuer. Quand nous sommes magnifiques, c'est pour tout de bon. Mais *un bruit tout à coup parti du sein...* de l'assemblée législative commence à se répandre dans le journalisme médical ; on constate avec effroi que certain projet de loi sur la presse ne renferme pas l'ombre d'une exception en faveur des journaux scientifiques ; on dit que nous pourrions bien être menacés derechef de l'impôt du timbre, auquel s'ajouterait même le cautionnement. Cette inquiétude a-t-elle quelque fondement et, si le projet passe, nous faudra-t-il mettre un frein à notre générosité? *Di omen avertant*, fidèles et précieux abonnés! Pour notre compte, il nous semble qu'il n'est pas temps encore de se lamenter. En premier lieu, M. le procureur général nous permettra de dire que la loi est toute politique ; avec quelque insistance que l'exposé des motifs appuie sur le côté fiscal, il est trop évident qu'elle tend à autre chose qu'à enfler le trésor public. Dès lors elle ne pourrait, sans une inconséquence flagrante, atteindre la presse médicale. En outre, le projet n'exprime d'autre prétention que celle de restaurer, à quelques différences près, un ancien état de choses, modifié par la révolution, dans lequel les publications scientifiques n'étaient pas sujettes au cautionnement, mais seulement au timbre. En déclarant que l'abaissement du cautionnement a été une mesure mauvaise, préjudiciable à la sécurité publique, et qu'il importe d'élever le gage, le projet affranchit implicitement, ce nous semble, de ses rigueurs les publications que jusqu'ici le cautionnement n'a pas atteintes. C'est donc uniquement à l'égard du timbre qu'on pourrait concevoir quelques appréhensions. Mais le silence même du projet, l'absence de toute spécification relative aux journaux scientifiques et littéraires, doit être sans doute un motif de sécurité plutôt que d'inquiétude; car si, comme il nous paraît évident, les

et autour du soleil désunirait ses parties, les lancerait dans l'espace. L'épaisse couche d'air atmosphérique qui nous entoure, et dans laquelle nous puisons la vie, se déchirerait et nous abandonnerait.

C'est la loi de la pesanteur qui ramène des régions atmosphériques ces pluies bienfaisantes auxquelles la terre doit sa fertilité, sans lesquelles nos champs seraient des déserts; c'est elle qui conduit les eaux de nos rivières, de nos fleuves, qui nous garantit d'inondations diluviennes; c'est elle qui arrête sur le rivage de la mer les flots qui menaçaient de les franchir, etc., etc.

La seconde loi de la création est celle des affinités moléculaires. Supposez dans l'espace tous les éléments, tous les principes des choses créées. Admettez que ces éléments, que ces principes sont en repos, dans un état d'inertie. Vous avez la confusion, vous avez le chaos. Que tout à coup une voix souveraine s'élève, qu'elle proclame la loi des affinités moléculaires, aussitôt les principes élémentaires s'agitent; ils exercent des attractions réciproques. Ceux qui se conviennent, se pénètrent, contractent des unions intimes; les combinaisons se multiplient, des masses se forment. Tous les corps ont pris naissance; le monde est sorti du néant.

La loi des affinités moléculaires, cette grande puissance créatrice, est toujours en action; elle produit dans l'intérieur du globe, mais avec une lenteur séculaire, les métaux, les matières salines, tout ce que nous en extrayons. A sa surface, elle opère journellement des décompositions, et elle crée de nouveaux êtres avec les principes qu'elle vient de mettre à l'état libre.

Cette loi se montre dans les corps inorganiques comme une force universelle, toujours active, mais intime, secrète, qui anime les principes élémentaires, les molécules constituantes des corps. Ces principes, ces molécules, connaissent des sympathies, ont des préférences, comme ils offrent, dans d'autres cas, des incompatibilités, même des répulsions. Aussitôt que des matières qui ont entre elles de l'affinité se rencontrent, qu'elles se trouvent en contact immédial, elles se portent les unes sur les autres, elles forment des combinaisons, de nouveaux corps; mais vous rapprocherez en vain des matières qui ne se conviennent pas, elles resteront étrangères les unes aux autres; il n'y aura pas d'union.

Les détails des affinités moléculaires des corps sont immenses. Chaque substance minérale a sa force attractive fixée par la loi qui nous occupe: c'est cette loi qui la maintient et qui la dirige. L'acide sulfurique a encore pour la potasse le degré d'attraction qu'il avait au commencement du monde. Le nombre des combinaisons qu'une matière peut former est fixé; ses affinités sont absolues, invariables. Le chimiste ne peut les changer; il est obligé de se soumettre à leurs exigences.

Nous signalerons ici, comme un effet bien remarquable de la loi dont nous parlons, ce fait: la combinaison des mêmes principes donne toujours des corps qui ont la même figure. Aujourd'hui comme au moment de la création, le sel marin cristallise en cubes; aujourd'hui comme alors, les autres sels prennent toujours les formes de prismes, d'aiguilles, d'écailles, on sont en masses lenticulaires, rosacées, etc. Cette fixité dans les caractères extérieurs ne décèle-t-elle pas une cause souveraine qui les a d'abord réglés, et qui les reproduit toujours?

Si les fluides lumineux, calorifique, électrique, magnétique, qui jouent un si grand rôle dans la formation de tous les corps, ont été soustraits à la loi de la pesanteur, n'est-ce pas pour leur laisser toute leur liberté d'action, avec l'intention de les rendre plus aptes à provoquer des créations nouvelles, à opérer des décompositions, des transformations, des combinaisons?

Citerons-nous une autre prévoyance? Dans l'air atmosphérique, l'oxygène, l'azote, l'acide carbonique, ne présentent qu'un simple mélange. Les opérations de la loi des affinités n'en deviennent-elles pas plus faciles? Il est peu de corps dans la nature qui ne contiennent des principes fournis par l'atmosphère. Libres, ces principes ont une tendance bien plus active à entrer dans les combinaisons qui se préparent.

La troisième loi de la création est une loi spéciale pour les êtres vivants, les plantes et les animaux: nous la nommons la *loi biogénique*. Cette loi gouverne le monde organisé.

Si vous contemplez l'ensemble des êtres dont nous parlons ici, vous êtes tout d'abord frappé des soins, de la sollicitude dont chacun d'eux est l'objet. Les plantes qui adhèrent au sol, les animaux qui se meuvent à sa surface, ceux qui volent dans les airs, ceux qui habitent les eaux, ont tous reçu une organisation en rapport avec la condition qui leur a été imposée au moment de la création.

Mais il faut descendre dans le détail de la vie des êtres que régit la loi biogénique, s'attacher à un seul, pour concevoir l'étendue, la puissance, la prévoyance de cette loi. Suivez l'animal qui sortira de l'œuf d'un insecte; voyez-le sous chacune des évolutions qu'il subira avant d'arriver à l'état parfait. Les précautions qui sont prises pour assurer le succès de ces évolutions, pour conserver cet être sous les formes successives de chenille, de nymphe et de papillon, vous démontreront qu'une volonté souveraine et mystérieuse, que la loi biogénique le suit dans toute sa vie. Une couche de liquide est-elle nécessaire pour ramollir les enveloppes de la chenille, pour en opérer la séparation, elle se trouvera juste dans le corps de l'animal au moment où elle devra servir. Des filaments, des tissus sont-ils désirés pour le protéger, pour l'attacher à un arbre, à un mur, la sécrétion qui fournit la matière de ces filaments, de ces tissus, est toute préparée dans son corps. L'insecte aura-t-il besoin d'une matière résineuse, que les eaux du ciel ne pourront dissoudre, pour fixer ses œufs sur une écorce ou sur une feuille, elle se trouve toujours dans quelque organe dont l'animal a été pourvu. S'il doit introduire ses œufs dans l'intérieur d'un arbre, ou si, sous forme de nymphe, il doit percer la coque qui l'enveloppe, il possède dans son organisation une tarière ou un autre instrument pour pratiquer cette opération. L'abeille veut-elle construire un rayon de cellules, des lamelles de cire se sécrètent sous les écailles de son abdomen, etc., etc.

Dans les êtres organisés, tout est obligé, prévu, calculé. Les moyens de satisfaire les besoins ont toujours été donnés, et tout s'exécute avec la plus complète ponctualité. Quelle immense sollicitude! quelle incommensurable puissance! La nature organisée est encore plus incompréhensible que la nature morte, et si on a été conduit à admettre une loi du Créateur pour la gravitation et pour les affinités moléculaires, comment en refuserait-on une pour les phénomènes si constants, si précis, si admirables, que nous offrent les organisations végétales et animales?

Parcourons rapidement les cinq ordres de faits suivants:

1° Les êtres organisés ne forment pas, comme les matières minérales, des masses inégales, d'un volume sans limites, agglomérées d'une manière accidentelle, et offrant sur tous les points la même composition. Les êtres organisés ont un corps isolé, libre, dont les dimensions sont déterminées.

---

dispositions concernant le cautionnement, bien que conçues en termes généraux et ayant l'air de s'appliquer à tous les écrits périodiques, ne nous menaçaient néanmoins en aucune façon, il serait singulier que les mêmes généralités, le même vague à l'endroit du timbre, aient eu une autre portée dans l'esprit du gouvernement. Nous espérons donc qu'il suffira d'une réserve nettement posée, lors de la discussion, par un de nos confrères ou quelque autre savant de l'assemblée législative, pour faire déclarer, en faveur des journaux scientifiques et littéraires, une immunité conforme tout à la fois au bon sens, à l'équité et au progrès intellectuel. — Moyennant quoi, pour revenir à notre point, nous continuerons à débiter notre prose au même prix, à l'adresse indiquée sur la couverture du présent journal.

— Nous venons de parler de l'assemblée législative. Au train dont on y mène les choses et avec les innombrables incidents qui viennent entraver ses mouvements, elle n'est pas près de mener à fin cette grande œuvre de l'organisation de l'assistance publique dont M. Thiers a présenté naguère le plan général. Que de temps, que de complications, que de rouages enchevêtrés, que de fils embrouillés, que de labeur, que de luttes, pour faire un peu de bien en certains pays! Le mal est si facile, par contre, que c'est à en donner la tentation. On aurait le temps de démolir tous les hôpitaux avant d'en organiser un seul. Heureusement, dans la circonstance présente, la commission municipale de Paris vient de devancer les commissions législatives dans la réalisation partielle d'un des vœux exprimés dans le rapport de M. Thiers. Elle a décidé de supprimer 600 lits à la Salpêtrière et 300 à Bicêtre, et de consacrer l'économie qui en résultera à la distribution de 853 secours, au chiffre annuel de 195 fr. pour les femmes et 320 fr. pour les hommes. Ce n'est là qu'un essai. Le chiffre de la pension, quelque exigu qu'il soit, n'est peut-être pas aussi insuffisant qu'il pourrait le paraître tout d'abord: il représente à peu près les frais indispensables d'alimentation. Or c'est tout ce qui manque à beaucoup de ceux qui sollicitent un refuge dans les asiles de la vieillesse; ils trouveraient ailleurs le feu et le lieu, et un lien de famille les y retiendrait souvent, s'ils y trouvaient en même temps la subsistance. Le système des secours à domicile permettra de donner satisfaction à ce sentiment respectable. Moyennant une distribution éclairée, il aura sous ce rapport un avantage réel. Néanmoins il faudra voir si le nombre des indigents placés dans la condition que nous venons de dire n'est pas inférieur à celui des secours disponibles et si, conséquemment, la quotité des secours ne sera pas absolument insuffisante pour quelques-uns. L'expérience dira s'il ne serait pas plus à propos de distribuer les secours en nature, afin de les mettre mieux à l'abri d'un mauvais emploi. Nous avons entendu exprimer cet avis; mais la commission municipale a pensé sans doute que la petite somme allouée à chaque indigent pourrait être versée par lui, à titre de pension, dans la bourse commune de parents ou amis qui se chargeraient de le nourrir, et nous croyons, en effet, que ce sera le cas le plus commun.

Quoi qu'il en soit, l'essai que va tenter l'autorité municipale répond en ce moment à un besoin impérieux, déjà bien des fois exprimé, celui de remédier à un encombrement funeste dans les hospices de la Salpêtrière et de Bicêtre. Le journal politique qui s'est élevé si vivement contre cette mesure n'avait pas vu apparemment ces dortoirs où les lits couvrent presque toute la surface du

Ce corps se compose de pièces distinctes, dont le nombre est fixé, dont la structure est différente et la position assignée. Ces pièces se tiennent par divers liens ; elles combinent leurs mouvements, et leur action tend à un but commun.

Dans l'organisation des plantes et des animaux, rien n'est inutile, mais tout ce qui est nécessaire existe. Un filament, une écaille, un pore, la moindre parcelle, la moindre fibre, a une destination, remplit un office. Quand on compare entre eux les êtres vivants, on est frappé de la merveilleuse diversité qu'ils présentent. Il y a pour la construction du corps de ces êtres autant de systèmes différents qu'il y a d'espèces de plantes ou d'animaux ; mais toujours le nombre des parties qui constituent une plante ou un animal suffit pour remplir les conditions de l'existence.

2° La composition chimique des êtres organisés prouverait seule qu'une puissance souveraine préside à l'évolution de toutes leurs parties. Les plantes et les animaux sont formés de liquides et de solides qu'ils ont eux-mêmes composés. Ces combinaisons organiques ne se retrouvent nulle part ; ce sont des produits que la vie seule fait faire. Le corps des êtres organisés est un laboratoire vivant où les éléments, l'oxygène, l'hydrogène, le carbone, l'azote, sont employés à former des combinaisons spéciales, à créer des matières, que le chimiste ne peut même imiter. C'est dans ces laboratoires que les éléments dont nous venons de parler deviennent, par des procédés qui nous sont inconnus, de la séve, du sang, des tissus musculaire, fibreux, cellulaire, de la substance médullaire, etc., etc, qu'ils se transforment en fécule, en sucre, en huiles, en résines, en cire, en albumine, en fibrine, en caséine, etc.

La fécondité de la loi biogénique, pour varier les combinaisons chimiques, est si étendue, que l'analyse du corps de chaque espèce de plantes ou d'animaux fournit ordinairement quelque produit qui le caractérise.

3° Il est bien connu que tous les individus d'une même espèce offrent constamment une ressemblance parfaite. Leur corps se compose du même nombre d'organes, et ces organes ont la même configuration. Leur extérieur montre la répétition des mêmes formes. Tous ces individus sont établis sur un type fixé; ils sont comme sortis du même moule.

Peut-on concevoir cette perennité des caractères physiques, cette reproduction fidèle du même modèle, dans tous les individus de la même espèce, si on n'admet pas un dessin initial dans chaque germe, si l'on ne reconnaît pas qu'une volonté souveraine a adopté ce dessin, et que le développement d'un être organisé n'est que l'effet obligé d'une loi portée à l'origine du monde ?

4° Les fibres, les tissus, les organes, qui constituent un corps vivant, exécutent des mouvements plus ou moins perceptibles. Ces mouvements spontanés sont la manifestation de la vie. Les organes ont en eux le mobile qui les fait agir. C'est de ces mouvements des diverses parties de l'organisation que dépend l'exercice des fonctions qui font vivre les êtres organisés.

Ces mouvements, multipliés sur tous les points du corps, ont conduit à reconnaître un principe de vie, une force vitale dans ces êtres ; ils témoignent que la loi qui nous occupe est en action. L'innervation soutient, provoque ces mouvements ; mais si la force vitale est éteinte dans un tissu ou dans un organe, l'influence nerveuse, même aidée d'un courant électrique, ne peut plus rien.

5° L'application la plus éclatante de la loi biogénique se trouve dans la reproduction des êtres organisés. La rencontre fortuite de principes, de molécules qui se conviennent, suffit pour produire un minéral ; le chimiste peut en créer à volonté. Mais il n'en est plus de même pour les plantes ou pour les animaux. Un mode particulier de génération a été institué pour eux au commencement du monde. Toujours une plante ou un animal naît sur un être actuellement vivant. D'abord il est à l'état de graine ou d'œuf; il ne recèle pas le principe de vie : la fécondation le lui communique. C'est alors que la loi biogénique le reconnaît, qu'il passe sous sa domination. C'est elle qui dirige les diverses évolutions de cet être pendant sa vie embryonnaire ; tous ses besoins ont été prévus pour le faire arriver à une existence individuelle et indépendante. Alors il prend son rang dans l'univers, et il y existe jusqu'à ce que l'extinction de la force vitale qu'il a puisée sur sa mère amène la mort.

Si nous voulons remonter à l'origine de cette force qui fait vivre les plantes et les animaux, nous sommes conduits à l'époque de la création. Il devient évident que la puissance vivifiante qui animait le corps du premier individu de chaque espèce est passée dans les individus qui sont sortis de lui, et de ces derniers dans tous ceux qui se sont succédé jusqu'à nous. Tous les êtres de la même espèce se tiennent ainsi par leur naissance; de sorte que l'on pourrait présenter à l'esprit toutes les générations qui se sont remplacées sur ce globe, comme un long fil, conducteur de la vie, dont une extrémité serait dans la main du Créateur, et l'autre aboutirait dans les êtres aujourd'hui existants, pour se continuer dans ceux qui naîtront de ces derniers.

La loi biogénique, dont la force vitale est l'expression, a été portée au commencement du monde, comme la loi de la gravitation et celle des affinités moléculaires. Cette loi a eu pour objet la conservation des êtres vivants, les plantes et les animaux. Elle règle l'organisation des individus; elle dirige l'exercice des fonctions qui les font vivre ; elle veille au maintien de la forme originelle de chaque espèce ; elle la perpétue par l'acte de la génération.

Cette loi se révèle dans les êtres organisés sous l'apparence d'une force, d'une puissance, qui anime toutes leurs parties. C'est cette loi que l'on désigne par le nom de *nature*, quand on prend ce mot dans le sens de puissance créatrice, de puissance organisatrice.

Bichat, dans les considérations qu'il a mises en tête de son ANATOMIE GÉNÉRALE, dit (p. xxxvij) : « Le chaos n'était que la matière sans propriétés. » Dieu la doua de gravité, d'élasticité, d'affinité, etc.; de plus, une portion » eut en partage la sensibilité et la contractilité. » Mais ces deux dernières propriétés ne sont, comme la gravité, comme les affinités chimiques, que les effets secondaires d'une cause première. Ces propriétés sont la manifestation de la force vitale ou de la loi biogénique que celle-ci représente. Nous voyons bien, dans la pensée de l'illustre physiologiste que nous venons de nommer, deux des grandes lois de la création, la loi de la gravitation et celle des affinités moléculaires. Pourquoi ne reconnaîtrait-on pas une troisième loi pour les êtres qui présentent d'autres conditions, un ordre de facultés spéciales, dont le mode d'existence ne peut s'expliquer par la domination des deux lois que l'on a admises?

Les propriétés vitales qui sont propres aux tissus organisés des plantes et des animaux ne dépendent pas de la texture, de la disposition matérielle de ces tissus, ni de leur composition chimique. Ces propriétés sont les preuves visibles, les attributs sensibles d'une puissance occulte; mysté-

---

plancher, laissant à peine place à la circulation, et ne rendait pas justice, à coup sûr, à l'odeur méphitique qui s'en exhale pendant la nuit. Éclaircir la population de ces établissements était une nécessité ; instituer des secours à domicile était le mode d'emploi le plus naturel de l'économie réalisée ; espérons qu'il sera aussi le meilleur.

— Après les pleureurs officiels, après la foule émue, la CHRONIQUE ne veut pas manquer de faire, suivant le rite, sa pieuse libation sur la tombe du célèbre professeur que vient de perdre la Faculté. Marjolin était un de ces hommes rares qui laissent des regrets unanimes. Le plus inoffensif des hommes, le plus facile des confrères, quelle raison de lui vouloir du mal ? Lui-même se montrait remarquablement fidèle au culte de l'amitié. On sait avec quelle persévérance il a soutenu de son patronage deux ou trois chirurgiens devenus célèbres à leur tour, et aplani devant eux la voie de la clientèle et des honneurs. Personne n'était plus solide que lui dans ses préférences, et l'intrépidité avec laquelle il les exprimait, en actes comme en paroles, contre tout et contre tous, n'était pas exempte d'une certaine bonhomie propre à désarmer ceux-là même qui avaient à souffrir de ce parti pris. Juge d'un concours, il désignait sans façon, avant la première épreuve, son candidat. Consulté dans son cabinet, il *passait* ensuite le client à l'un des confrères objets de sa prédilection. On devine quel avantage la renommée de ceux-ci a pu tirer de cet ingénieux système. C'était là le cas ordinaire. Mais Marjolin plaçait souvent ailleurs ses encouragements. Peu défiant de sa nature, il ne se mettait pas en garde contre les inventeurs de remèdes enclins à spéculer sur le retentissement de son nom ; sa loyauté, ennemie du rigorisme, était exposée à se laisser surprendre. C'est ce qui est arrivé de fait en plus d'une circonstance, et il eût pu même trouver parfois dans ces abus matière à réclamation publique, si l'insouciance de son caractère ne l'en eût détourné.

Marjolin n'a jamais affiché de grandes prétentions scientifiques. Ce n'est pas non plus l'œuvre d'un savant qu'il a accomplie dans sa longue carrière. Il n'a presque rien écrit, et il n'a pas semé, comme Dupuytren, de grands préceptes dans sa pratique publique ou son enseignement. Sous ce rapport, son nom est destiné à perdre avec le temps une partie de son éclat. Toute l'ambition de Marjolin était d'être un praticien renommé, et il y réussissait à merveille. Il y réussissait par la rectitude de son jugement, par la justesse de son coup d'œil, par la connaissance approfondie de tous les éléments de son art. Il y réussissait encore par ses qualités personnelles. On peut même dire, à cet égard, qu'il y avait une certaine harmonie entre le caractère spécial de ces qualités et le genre de clientèle qui alimentait surtout sa consultation. Marjolin était le premier médecin de la bourgeoisie de France, comme il était le plus bourgeois des médecins. La rondeur de ses manières, l'absence complète de tout parfum aristocratique, le sans façon de sa mise, de sa tenue, de son parler, tout en lui attirait la classe moyenne de la société, heureuse de se trouver à l'aise devant une aussi grande illustration. La somme d'argent passée des comptoirs de commerçants sur la cheminée de Marjolin est énorme. Beaucoup de personnes affirment lui avoir entendu dire qu'il était en train de parfaire son quatrième million. Cela est fort croyable. Mais quoi ! il y travaillait encore quand la dernière maladie est venu le saisir. Et que sert un trésor pour qui reste attaché à la

rieuse. Quand ces propriétés se montrent, les tissus organiques obéissent à la loi biogénique.

Peut-on attribuer, avec Bichat, l'exercice des fonctions physiologiques à la sensibilité, à la contractilité des organes qui les exécutent, et oublier la force vitale ou, comme disaient les anciens, la nature, qui dirige toutes les opérations de la vie? Dirons-nous avec lui que la sensibilité organique et la contractilité insensible ont sous leur dépendance tous les phénomènes de la circulation capillaire, des sécrétions, des absorptions, des exhalations, de la nutrition, etc., que la contractilité sensible préside aux mouvements que nécessitent la digestion, la circulation des gros vaisseaux, etc.?

Nous trouvons dans chacune de ces fonctions une acte compliqué de l'organisation qu'il nous est impossible de rapporter à une ou deux propriétés vitales. Chacune de ces fonctions est dirigée par la cause souveraine qui a organisé le corps et qui le fait vivre. Dans l'exercice de ces fonctions, la sensibilité, la contractilité, prouvent seulement que cette cause agit, qu'elle est présente, qu'elle travaille. Il y a dans une digestion, dans une sécrétion, dans la nutrition, etc., un concours d'opérations organiques, une coordination, une intention, que les propriétés vitales ne peuvent expliquer. Ces actes témoignent que la loi biogénique s'accomplit.

DE L'INNERVATION.

On nomme innervation l'influence que les centres médullaires exercent, par le moyen des nerfs, sur toutes les parties de l'organisation animale à laquelle ils appartiennent. Ces centres sont le cerveau, le cervelet, la moelle allongée, la moelle épinière, les ganglions des plexus des grands sympathiques. Nous ne nous occupons pas ici du cerveau, comme organe de l'intelligence (1); nous perdons de vue un instant le sentiment et les mouvements volontaires. Nous considérons seulement l'appareil organique que nous venons de citer comme l'instrument de l'excitation que les nerfs impriment à tout le corps.

On a supposé que les centres nerveux fournissaient, par une sorte de sécrétion, un principe, un fluide, que les nerfs répandaient sur tous les tissus, sur tous les organes. On attribue à ce principe, à ce fluide, les effets stimulants, les provocations que l'action nerveuse suscite dans l'économie animale.

C'est surtout le caractère de l'impression que les nerfs portent sur l'organisation dont un appareil cérébro-spinal fait partie, qu'il nous importe ici de constater. Nous ne pensons pas que l'influence nerveuse mérite l'importance qu'on lui a donnée en physiologie; d'abord nous ne la croyons pas vivifiante; puis ce n'est pas elle qui dirige l'organisation des êtres, qui maintient la forme originelle de leurs organes, qui préside à l'exercice des fonctions de la vie. L'appareil nerveux n'est pour nous qu'un agent excitateur de la force vitale. Il lui donne plus d'énergie, il accroît sa puissance, mais il lui reste toujours subordonné.

Un grand nombre d'êtres vivants ne possèdent pas l'appareil de l'innervation. On ne le trouve pas dans l'organisation des plantes et dans les animaux des classes inférieures. Cependant ces êtres vivent, ils naissent, se développent, se reproduisent. Il se fait dans leur corps des absorptions, une circulation, une nutrition, des sécrétions, etc. Dans ces êtres, la force vitale ou biogénique existe seule; elle suffit pour opérer les combinaisons chimiques qui constituent les liquides et les solides de leur corps, pour régler l'ordre de leurs fonctions, pour les perpétuer par une génération.

Si nous nous arrêtons aux êtres organisés qui ont un appareil d'innervation, nous voyons que la force vitale conserve toujours sa prééminence; elle reste le principe, la cause nécessaire de leur existence. Cette force embrasse toute l'organisation, en vivifie toutes les parties, et l'appareil de l'innervation lui-même n'agit, ne remplit sa fonction que parce qu'il est animé par elle. Toutefois la force vitale reçoit un secours efficace de l'innervation; celle-ci est pour cette force un auxiliaire sans lequel les actes de la vie se troublent, s'exécutent mal. Il est évident que l'on a compté sur l'innervation dans les animaux qui ont des centres médullaires.

La force vitale n'est point, comme l'innervation, un produit organique; elle a une origine plus élevée; elle procède d'une volonté souveraine; elle se rattache aux sublimes ouvrages de la création.

La force vitale et l'innervation sont donc deux choses qu'il faut distinguer dans une organisation vivante; l'une excite l'organe, le met en mouvement; mais c'est l'autre, la force vitale, qui dirige la fonction, qui rend son exercice régulier et complet.

L'innervation peut bien provoquer la contraction des ventricules du cœur, exciter les mouvements vermiculaires des tuniques de l'estomac et des intestins, la dilatation et le resserrement des bronches et des cellules bronchiques, etc. Ce n'est pas là un exercice normal de la circulation du sang, de la chymification, de la digestion, de la respiration. Il faut, pour que ces opérations de la vie s'accomplissent et remplissent leur fin, l'intervention de la force vitale, de la loi biogénique.

L'innervation est une; elle porte une impression du même caractère sur tous les tissus organiques. La force vitale montre une certaine intelligence; elle dirige l'exercice de chaque fonction, elle conserve à chaque organe sa destination, elle coordonne tous les actes de la vie, en fait un ensemble solidaire, qui concourt à un but commun, la conservation de l'individu.

Un être organisé peut exister avec la force vitale seulement; les plantes et un grand nombre d'animaux en sont les preuves; mais l'innervation seule ne peut rien. Un appareil cérébro-spinal ne suffit pas dans une organisation pour la faire vivre; il faut que toutes les parties de cette organisation soient animées par la force vitale. Il faut, comme nous l'avons déjà dit, que cet appareil lui-même soit actuellement pénétré par cette force pour qu'il puisse fonctionner. Il est inactif, impuissant, si la force vitale l'a abandonné, si elle est éteinte dans ses centres nerveux.

La force vitale précède l'innervation dans l'organisation animale. Après la fécondation, l'œuf recèle un germe. Dans ce dernier, il n'y a pas encore d'appareil nerveux; cependant il se passe dans l'embryon qui en sort bien des opérations merveilleuses. Dans cet état rudimentaire, ce dernier subit plusieurs transformations; les premières portions de ses liquides se composent, ses solides prennent une forme, toutes les pièces de son organisation se dessinent, et l'appareil de l'innervation offre à peine les premiers linéaments de sa structure; ses centres médullaires n'existent pas. Que de choses se sont réalisées quand l'innervation s'établit! que de produits organiques auxquels celle-ci n'a pu prendre part!

(1) J'ai publié en 1849 un petit écrit sur ce sujet, intitulé: QUELQUES RÉFLEXIONS SUR LA PSYCHOLOGIE, chez Charpentier, libraire, palais National, galerie d'Orléans, à Paris.

---

peine? Cicéron l'a dit: « Le fruit des richesses est dans l'abondance; *Divitiarum fructus est in copiâ.* »

— C'est sans doute la méditation trop profonde de cette maxime et le désir de la mettre en pratique qui aura donné à l'un de nos confrères du département de l'Eure une tentation qui lui a attiré dernièrement une affaire assez désagréable devant la troisième chambre. Voici à cet égard ce que nous lisons dans la GAZETTE DES HÔPITAUX du 26 mars:

« Le docteur L*, ancien chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris, réclamait de M. F*, employé supérieur au ministère des finances, le payement d'une somme de 500 fr. pour réduction et traitement d'une fracture de l'avant-bras de son jeune enfant en nourrice à ***. La contestation portait sur la question de savoir s'il y avait eu réellement fracture, et, par suite, réduction, et quelle confiance il fallait ajouter aux assertions de M. L*.

» L'avocat du défendeur a produit un certificat de quatre chirurgiens qui, après avoir examiné l'enfant, ont déclaré qu'il n'y avait point eu de fracture; des lettres de personnes notables de l'endroit, et, entre autres, du juge de paix, affirment également que l'enfant n'a jamais été atteint de la lésion prétendue. Il a signalé des moyens d'intimidation employés par le médecin pour s'approprier une somme qui ne lui était pas due.

» Le tribunal, attendu que rien ne prouvait l'existence de la fracture prétendue, a condamné M. L* à accepter, au lieu de 500 fr. qu'il demandait, *la somme de 20 fr.*, que lui offrait son client, et l'a condamné de plus aux frais et dépens. »

On conviendra que, si les choses sont ainsi (et le rapport des médecins est formel), le docteur L*, en demandant 500 fr. pour une fracture *prétendue*, s'est montré infiniment plus juif que messire Panurge qui, lui, rajusta la tête coupée de son compagnon sans lui demander un sou. Pour un pareil amateur de billets de banque, la chute est un peu profonde, de 500 fr. à 20 fr. Ce n'est pas de quoi payer le voyage du département de l'Eure à la troisième chambre. Avec les frais du procès et les honoraires de l'avocat, il ne lui faut pas moins de deux ou trois traitements de vraies fractures pour se tirer d'affaire. Notre infortuné confrère, qui s'était donné la peine d'entortiller le bras de l'enfant dans des bandes amidonnées, se rappellera sans doute une autre fois le précepte d'un fabuliste: *N'il agere quod non prosit.* Mais il est à craindre qu'il ne soit forcé d'aller réfléchir ailleurs sur la sagesse de ce précepte. Si nous nous en rapportons à nos renseignements particuliers, une coalition s'organiserait contre lui dans sa localité; le jugement serait imprimé à un grand nombre d'exemplaires, qui le poursuivraient dans les résidences un peu rapprochées où il tenterait de se fixer; en sorte que, s'il ne veut émigrer à bonne distance, aller par exemple à San-Francisco, où l'on dit que la visite se paye 100 fr., il lui faudra se tenir en l'air, comme sait François Xavier dans ses moments d'illumination. Mais ce ne sont que des on dit. Toujours est-il que cette aventure a fait beaucoup de bruit, en raison de l'ancienne position du docteur L* à la Faculté, et de la part qu'il avait prise, au profit de M. Bouillaud, dans la querelle des deux doyens.

— On se rappelle la question qui s'est élevée à l'Académie de médecine quand M. Bérard y est entré en sa qualité de doyen de la Faculté, conformément à l'ar-

Nous sommes loin d'avoir la pensée d'abaisser l'importance de l'appareil de l'innervation dans une organisation. Nous voyons que plus cet appareil est développé, plus l'être qui le porte est agile, fort, vivant. Le volume de cet appareil semble donner la mesure de l'activité, de l'énergie des facultés de l'animal ; il faudra aussi tenir compte des qualités intimes de la pulpe médullaire qui forme ses centres. La chaleur du corps, la résistance au froid, aux causes qui affaiblissent la vie, sont proportionnées au degré de force de l'appareil de l'innervation. N'est-ce pas à une faiblesse relative de cet appareil qu'il faut attribuer l'engourdissement, l'hibernation, qu'éprouvent certains mammifères en hiver, et qui les met dans la condition où sont les plantes, les insectes, les mollusques, etc., quand l'action stimulante du calorique, de la lumière cesse d'agir sur eux.

L'innervation est comme un privilége qui a été concédé à un grand nombre d'animaux ; elle leur donne des facultés particulières, elle agrandit leur existence ; mais elle reste toujours subordonnée à la force vitale qu'elle ne peut suppléer.

Des lésions pathologiques semblent opérer comme un isolement de la force vitale et de l'innervation. Si le nerf qui se rend dans une partie du corps se trouve coupé ou seulement comprimé, le cours de l'innervation sur cette partie est interrompu ; toutefois la vie n'y est pas anéantie ; la circulation du sang continue ; la nutrition ne cesse pas entièrement, des exhalations se produisent. Une plaie sur cette partie peut se guérir ; un topique irritant y fait son effet. Seulement l'absence de l'influence nerveuse semble enlever à la force vitale sa puissance habituelle ; la chaleur animale baisse sur les tissus privés d'innervation ; ces tissus perdent de leur fermeté ordinaire ; la vie y devient évidemment languissante.

Le fluide électrique accroît d'une manière remarquable le pouvoir de l'innervation. Si on dirige un courant électrique sur les cordons nerveux qui se rendent dans des tissus musculaires, ces derniers se contractent avec violence, il exécutent des mouvements forcés. Mais pour que ces effets se montrent, il faut que les tissus musculaires soient actuellement animés par la force vitale. Ils restent immobiles sous l'impression de la pile galvanique, ils ne sont plus sensibles à l'aiguillon de l'électricité, si la force vitale est épuisée, si elle a cessé d'exister.

Dans l'expérience suivante de M. le docteur Longet (ANAT. ET PHYSIOL. DU SYSTÈME NERVEUX, t. II, p. 605), ne voit-on pas la force vitale seule en jeu ? Un cœur est arraché à un animal vivant ; il est dépouillé du plexus et du ganglion cardiaques ; il est sans communication avec les centres de l'innervation. On a retranché les oreillettes et les gros troncs artériels. Cependant ce cœur ainsi mutilé continue de se contracter avec énergie. Ses contractions suivent même leur ordre rhythmique. Attribuer ces mouvements à une force que les filets nerveux qui pénètrent la fibre musculaire conserveraient, c'est avancer une hypothèse.

Dans les expériences si multipliées, si habilement conduites, si ingénieusement préparées, que l'on a faites sur des animaux vivants, pour éclairer la fonction si importante de l'innervation, on a toujours oublié la force biogénique ; on n'a tenu aucun compte de son pouvoir.

DE LA PATHOLOGIE.

Peut-on, dans l'étude des maladies, méconnaître la force vitale, née de la loi biogénique, qui a organisé les êtres vivants, qui conserve leur conformation originelle, qui dirige tous les mouvements, toutes les opérations que l'on observe en eux pendant leur vie ? Parce qu'un changement d'état, une modification du sang, de quelque tissu ou de quelque organe, cause un trouble dans l'exercice des fonctions de la vie, provoque dans l'économie animale des phénomènes nouveaux, étrangers à l'ordre normal, amène un désordre plus ou moins menaçant, la force vitale dont nous venons de parler n'existe-t-elle plus ? Sera-t-il permis de lui refuser son importance ?

Nous croyons, avec l'antiquité médicale, que la force vitale conserve son action sur les corps malades. Nous pensons que cette force travaille alors à rétablir l'harmonie dans l'organisation.

On sait que, pour les anciens médecins, la nature était un pouvoir vénéré, dont ils se déclaraient les ministres. Ils étudiaient ses tendances ; ils se croyaient seulement appelés à seconder ses efforts, à favoriser les mouvements salutaires qu'elle suscitait dans le corps malade, et qui se traduisaient par des évacuations, des sueurs, un saignement de nez, des hémorrhoïdes, etc., ou par des éruptions, des abcès, etc.

Les fonctions de la vie, la digestion, les sécrétions, la nutrition, etc., ne sont ni des opérations mécaniques ni des opérations chimiques. Les organes n'accomplissent pas ces fonctions par leurs formes matérielles. Il faut l'intervention de la vie, ou, comme on dit, de la nature. Si le corps, avec une organisation saine, ne vit que par le secours d'une cause occulte, mystérieuse, d'une activité incessante, cette cause restera-t-elle inerte, parce que ce corps a changé d'état, parce qu'il a pris une vie pathologique ? N'est-ce pas la force biogénique qui est en action, lorsque s'effectuent ces mouvements intimes, secrets, qui réparent les fluides altérés, les tissus organiques modifiés, qui rétablissent l'ordre normal dans l'économie animale ?

Concevriez-vous la guérison d'une plaie simple sans le secours de la force organisatrice ? Il n'y a pas ici une simple adhésion mécanique ; il y a une réunion parfaite des fibres, des vaisseaux, etc. Ce n'est pas l'innervation qui a opéré ce travail organique : les plaies des arbres se guérissent, et ces êtres n'ont pas d'appareil nerveux.

Il en est de même pour une fracture. Les extrémités des os sont maintenues exactement en contact par les procédés les plus ingénieux, et la solidité première du membre se rétablit. Les bandages n'ont pas opéré la réunion des os. Cette réunion est le produit d'un travail très-curieux que dirige la force organisatrice. Nous retrouvons dans ce travail la puissance qui préside aux actes de la nutrition.

Dans une fièvre typhoïde, le sang, les tissus organiques éprouvent une altération notable, profonde dans leur constitution intime. Toutes les fonctions de la vie offrent dans leur exercice un trouble effrayant : digestion, circulation, respiration, sécrétions, nutrition, perceptions, mouvements volontaires, tous les actes de la vie sont dans un état de perversion qui cause les alarmes les plus légitimes. Si le malade guérit, sont-ce les médicaments et les autres moyens thérapeutiques qui ont restitué directement au fluide sanguin la composition, les qualités naturelles qu'il avait perdues, qui ont rendu aux tissus organiques leur texture primitive, leur condition normale, qui enfin ont corrigé les altérations moléculaires que la fièvre typhoïde avait imprimées sur toutes les parties du corps ? Est-il possible de ne pas reconnaître que ce qui se passe alors dans le corps malade est dû à la nature, à cette force biogénique qui a organisé le corps, et qui tend toujours à le conserver ?

Combien de maladies se guérissent sans l'aide du médecin, ou dans lesquelles ce dernier n'a fait qu'une médecine expectante ! Est-ce l'organisation matérielle qui opère spontanément cet heureux résultat ? Une machine

---

ticle 16 du 20 décembre 1826. Ce titre devait-il être considéré comme lui étant acquis à tout jamais, ou bien, inhérent à la qualité de doyen, devait-il expirer avec elle ? L'Académie a tranché la question pour ce qui touche M. Bérard, en l'adoptant par acclamation ; et tout le monde y a applaudi. Mais il importait de fixer une règle pour l'avenir, les doyens n'étant pas assurés, comme tels, d'une longévité égale à la durée de l'existence physique. C'est à quoi vient de pourvoir M. le président de la République, par un décret daté du 20 mars. Le titre d'académicien ne périra pas avec le décanat. On ne peut que louer cette décision, conçue dans un esprit de justice et de dignité scientifique. Elle ne manque pas non plus d'à-propos, aujourd'hui que les professeurs étrangers à l'Académie ne sont pas très-rares.

— A propos d'académie, savez-vous que nous avons la chance de voir, de notre vivant, un second médecin s'asseoir, à côté de M. Flourens, parmi les quarante ? Un estimable confrère de Paris, auteur d'une grammaire française, dispute le fauteuil de Feletz à MM. Nisard, de Montalembert et Alfred de Musset. Voilà bien des années, il est vrai, qu'il est sur les rangs ; c'est un peu le candidat perpétuel ; mais nous voyons là précisément une raison de ne pas désespérer de son succès. L'opiniâtreté est une grande force ; *omnia vincit*, chacun sait cela. On doit penser que notre confrère, rompu aux échecs, ne se laissera pas abattre par celui qui l'attend dans la présente élection. Il a coutume de n'avoir jamais une voix ; il n'a donc rien perdu dans les cinq ou six scrutins de la semaine dernière, où il a eu identiquement le même appoint. Très-probablement il ne perdra rien dans trois mois, époque à laquelle l'élection a été renvoyée. C'est déjà quelque chose. Après n'avoir pas perdu de voix, il ne s'agira plus que d'en gagner ; mais il faut le temps à tout. Nous faisons, en attendant, les vœux les plus ardents pour la réalisation des souhaits de notre honorable et excellent confrère.

— Voici une nouvelle maladie : DE MORBO DEMOCRATICO, NOVA INSANIÆ FORMA. C'est le titre d'une thèse soutenue il y a quinze jours à Berlin, dans la grande salle de l'Université, par M. Groddeck, fils du député de ce nom. La Faculté de médecine n'avait pas voulu admettre cette dissertation en raison de son caractère politique ; mais le sénat universitaire, devant lequel M. Groddeck s'est pourvu, a infirmé cette décision. L'argumentation publique a donc eu lieu au milieu d'une foule de curieux. Vivement attaqué par bon nombre de docteurs venus tout exprès à la séance, comme l'usage le permet en Prusse, l'auteur s'est défendu, dit-on, avec beaucoup d'habileté.

Est-ce que vraiment tous les démocrates seraient fous ? L'opinion n'est pas flatteuse pour notre pays en particulier. Il faut au plus vite mettre la moitié de la France en loge. Mais non, ce ne peut être le sens de la thèse, dont nous ne connaissons pas, du reste, le premier mot. Philosophiquement, le culte de la démocratie n'est pas plus insensé que celui de l'aristocratie, et il est même plus conforme à la nature humaine. Cela n'empêche pas pourtant qu'il ne puisse y avoir un aperçu vrai dans la doctrine de notre confrère allemand. A prendre la chose à un point de vue général, ceux-là sont-ils toujours en pleine possession d'eux-mêmes qui se livrent aveuglément aux entraînements politiques ? Quand la croyance se change en passion et le croyant en sectaire, la

dont les pièces sont dérangées, dont le jeu est troublé, se rétablit-elle d'elle-même? N'est-il pas évident que le retour de la santé est l'ouvrage de cette force vitale qui, depuis l'état de germe, a conduit toutes les opérations organiques de ce corps?

Nous nous demandons si la force vitale peut elle-même donner lieu à un état de maladie, si elle est susceptible d'éprouver des exaltations ou des décroissements de puissance, divers modes d'altérations dans son essence? Il est constant que parfois, sans qu'il soit survenu aucun changement appréciable dans les divers appareils organiques du corps, on éprouve des sentiments de malaise, ou des inspirations de bien-être, de vigueur. Ces sentiments ne peuvent être rapportés qu'à la force qui anime l'organisation, et qui éprouve alors une modification. N'oublions pas toutefois que l'innervation, dont l'action est concurrente sur l'économie animale, peut aussi avoir part à ces effets. Dans le cours d'une maladie aiguë, on remarque journellement des variations, des redoublements dans les symptômes auxquels les organes paraissent étrangers, et dont la force vitale est la cause provocatrice. D'autres fois, la marche de la maladie semble languissante : on est frappé de l'atonie des tissus, de la faiblesse de leurs mouvements. On dit alors que la nature ne fait rien, qu'elle n'aide pas le praticien. Il est des cas où la mort ne peut s'expliquer que par une extinction graduée de la force vitale. Des personnes meurent, et le médecin n'a pu découvrir dans leur corps, attentivement, minutieusement étudié, aucune lésion organique. Il ne peut assigner aucune cause matérielle à cette fin.

L'innervation appelle à son tour l'attention du pathologiste. C'est à elle que se rapporte une classe tout entière de maladies, celles que l'on nomme vitales, qui sont produites par le simple trouble d'une fonction, sans qu'il y ait de changement, de lésion matérielle des tissus de l'organe qui l'exécute.

Nous citerons certaines jaunisses que produit une déviation du cours de la bile, des oppressions, des accès d'asthme, des palpitations de cœur, des vomissements spasmodiques, des coliques que déterminent des contractions anormales des tuniques musculeuses des intestins, des douleurs utérines, etc., etc.

Dans ces diverses affections, il y a seulement, sur les organes d'où partent les accidents, une influence nerveuse désordonnée, d'un caractère perturbateur, qui provoque des mouvements forcés, déréglés. La cause de cette innervation morbifique réside dans l'appareil cérébro-spinal. Il y a toujours, sur les centres médullaires ou sur les plexus ganglionnaires, un point qui a perdu son état naturel, qui est le siége d'une lésion. C'est celle-ci qui donne à l'innervation, émanée de ce point, une puissance nouvelle, une action anormale.

Mais n'espérez pas découvrir sur le cadavre les lésions qui produisent ces affections : vous ne trouverez rien qui puisse être démontré ni sur les centres médullaires ou sur leurs enveloppes, ni sur les plexus nerveux. Il faut un changement d'état si léger sur ces organes, pour susciter les maladies qui nous occupent, que les recherches anatomiques le laissent toujours douteux et contestable. Il est d'ailleurs des témoignages sérieux d'une condition morbide, une coloration plus vive, une température plus élevée, un gonflement, etc., qui s'évanouissent avec la vie. Une légère augmentation ou une diminution de volume, une nuance de ramollissement ou d'endurcissement de la pulpe médullaire, etc., qui suffit pour donner à l'innervation une autre qualité, peut-elle se prouver? Ce que l'un voit, l'autre le conteste. Qui pourrait juger du degré d'activité ou de lenteur que prennent les mouvements moléculaires de cette pulpe, par suite de ces mutations?

Il en sera de même pour la classe si nombreuse des névralgies. Ces maladies dépendent d'une disposition morbide des cordons nerveux. Cette disposition fait qu'en arrivant dans la partie du corps où elle existe, l'innervation prend un cours désordonné qui provoque les tiraillements, les secousses musculaires, les douleurs, tous les accidents que l'on observe. Mais le plus ordinairement, vous cherchez en vain sur ces cordons nerveux ou sur leur névrilème les signes de cette altération. Ils sont insaisissables.

Dans les fièvres, dans les phlogoses, dans beaucoup d'autres maladies, on observe pendant leur développement, pendant leur marche, des symptômes qui ont pour cause une innervation perturbatrice. Ce que nous venons de dire leur est applicable. C'est toujours un changement d'état sur quelque division de l'appareil cérébro-spinal qui les produit. On note ces accidents, on les constate pendant la vie; mais sur les cadavres, on ne trouve rien qui puisse les expliquer.

Nous arrivons aux maladies organiques, aux maladies qui consistent dans la modification matérielle d'une surface, d'un tissu, d'un organe, dans une lésion qui change le volume, la forme, la texture, la consistance, l'aspect, les qualités physiques d'une ou de plusieurs parties du corps. Ce sont ces maladies que l'anatomie pathologique éclaire et que l'on ne peut bien connaître qu'en faisant avec soin des ouvertures cadavériques.

Dans l'étude de ces maladies, le médecin doit s'attacher aux lésions organiques, dont elles sont le produit. Il a besoin de constater successivement : 1° le siége de ces lésions, 2° leur caractère, 3° leur étendue, 4° leur nombre.

C'est ordinairement le trouble d'une fonction qui conduit le praticien à l'organe qui souffre. Les symptômes sont le guide qui le mène au siége des lésions pathogénèses.

Le caractère propre de la lésion demande ensuite à être exactement déterminé. Pour cela, il faut que le praticien connaisse, et qu'il ait étudié séparément chacune des modifications morbides, que nos organes sont susceptibles d'éprouver. Il faut qu'il sache que la lésion qui cause un état de maladie peut être une plaie, une contusion, une ulcération, une hypertrophie, une oligotrophie, un ramollissement, un endurcissement, une irritation, une phlogose, une congestion sanguine, une hémathrose, une hydrothrose, une pneumathrose, une production parasite, une déformation, etc.; des concrétions dans des humeurs sécrétées, l'existence d'entozoaires, peuvent donner lieu à des accidents morbides.

Le sang peut concourir à produire des maladies par diverses altérations de ses qualités naturelles. Il devient encore cause de maladies, lorsque l'absorption introduit dans ce fluide des substances nuisibles qu'il répand dans tous les organes.

L'étendue que présentent les lésions pathogénèses doit aussi être estimée par le praticien. Une lésion légère, circonscrite, présente moins de danger, qu'une lésion qui a envahi une grande portion de l'organe, qui a pénétré dans sa profondeur.

Une lésion qui n'a que modifié légèrement la texture des tissus organiques, une phlogose qui n'a causé que du gonflement, de l'engorgement sans avoir dénaturé la substance de l'organe, sera facilement effacée par des absorptions salutaires, par un autre mode de nutrition. Mais

---

conscience est obscurcie, la volonté subjuguée; ce n'est pas encore l'aliénation dans son sens scientifique, mais c'est déjà plus qu'une erreur du jugement. Encore un peu, et ce qui était d'abord une foi, ce qui est devenu plus tard une passion ardente, peut devenir une impulsion irrésistible, fatale, un état de folie en un mot. L'anabaptisme et la révolution française en ont offert des exemples, rendus d'ailleurs authentiques par l'adjonction ultérieure des phénomènes les moins irrécusables d'aliénation mentale. Or des diverses sortes d'entraînements politiques, ceux qui se rattachent aux problèmes sociaux sont sans doute les plus capables d'engendrer les funestes effets dont nous parlons, parce que ce sont eux qui excitent le plus de convoitises et soulèvent le plus de haines. Si c'est là ce qu'a voulu dire M. Croddeck, on peut le lui passer. S'il prétend que le démocratisme est une maladie et, qui pis est, une manière de folie, nous avouons que cela nous semble un peu fort.

— On dirait néanmoins que cette dernière opinion est partagée par l'administration des hôpitaux; car elle vient de destituer un jeune interne de l'hospice de Charenton pour avoir été au nombre des délégués du comité *démocratique* lors des dernières élections. C'est une mesure un peu sommaire. En tout cas, nous nous étonnons que l'administration, puisqu'elle semble partager les opinions de M. Croddeck, ait mis l'élève hors de la maison de Charenton; c'était le cas, ou jamais, de l'y retenir.

— Ici, nous allions tirer un trait; mais dans la supposition où un lecteur se serait rencontré, assez patient pour nous avoir suivi jusqu'ici, nous voulons l'en récompenser par un bon conseil. Quand il lui poussera un goître, qu'il s'adresse à un ours, particulièrement à un ours des Pyrénées; son goître ne durera pas deux secondes. L'histoire est des plus véridiques, c'est un journal anglais qui la raconte. Un quidam goitreux se promenait dans les Pyrénées. Un ours survient qui se jette sur lui, le saisit au cou, emporte la tumeur d'un coup de dent et s'enfonce dans les bois. Il n'y eut plus qu'à rapprocher les bords de la plaie à l'aide de bandelettes de diachylon, ce à quoi l'ours n'avait pas songé. Il n'y eut pas la moindre hémorrhagie; la guérison a été complète et définitive.

— Par suite des changements introduits dans le personnel du service chirurgical de l'hôpital Saint-André de Bordeaux, ce service est composé actuellement de la manière suivante :

MM. Eugène Bermond et Hirigoyen, chirurgiens ordinaires; Eugène Soulé, chirurgien adjoint; Pouydebat, chirurgien suppléant; Chaumet, professeur de clinique chirurgicale, chargé de deux salles.

— On annonce que l'état des affaires publiques de Genève a engagé le célèbre botaniste de Candolle à résigner son enseignement et la direction du jardin botanique de cette ville.

si le travail morbide a fait prendre à ces tissus une composition intime qui s'éloigne trop de celle qui leur est propre ; si leur substance est tout à fait changée, si même elle est détruite, tout traitement, quelque énergique qu'il soit, devient impuissant. La force vitale est vaincue, la guérison est impossible.

Le nombre des lésions que présente le corps malade est encore un point que le praticien doit éclaircir. Il ne doit pas borner son attention à la lésion qu'il a d'abord reconnue. Il faut qu'il s'assure de l'état actuel de tous les autres appareils organiques du corps. Pour cela, il interrogera successivement chacun de ces appareils. Par cette investigation, qu'il renouvellera souvent, il connaîtra toujours l'état actuel de toutes les parties du corps malade. S'il se forme dans l'organisation une nouvelle lésion, il en sera prévenu. Les indications pour le traitement seront plus claires. S'il se présente des contre-indications, elles ne seront pas méconnues.

L'existence de plusieurs lésions dans un corps malade oblige le praticien à assigner un rang à chacune d'elles, à estimer la lésion qui domine les autres par son importance, dont il doit surtout s'occuper parce qu'elle est la plus menaçante. Il est évident que les lésions les plus graves sont celles qui attaquent les centres médullaires, les poumons, le cœur, l'estomac, les intestins. Nous suivons un ordre décroissant.

En cherchant à restituer à la force vitale l'importance qui lui appartient dans les études pathologiques, nous n'avons pas eu la pensée de nuire à la médecine organique. Les recherches anatomiques, dans les maladies dont nous venons de nous occuper, ont une valeur trop évidente pour pouvoir être contestée. Il est impossible de bien connaître ces maladies si on ne les a pas étudiées sur le cadavre, si on n'a pas fréquenté les amphithéâtres. La science pathologique réclame cette étude ; l'instruction individuelle des praticiens la rend indispensable.

Mais n'oublions pas que la maladie n'est pas tout entière dans les cadavres, et que la puissance qui animait l'organisation ne doit jamais être oubliée. Que l'anatomiste qui est toujours occupé des désordres matériels de la maladie, qui n'étudie la pathologie que sur les cadavres, néglige cette puissance, cela se conçoit. Mais le praticien qui suit le développement d'une maladie, qui recueille tous les symptômes, qui juge toutes les tendances, tous les efforts des organes, voit certainement autre chose que l'organisation matérielle. On s'étonne aujourd'hui du peu de place que tient la force vitale dans les ouvrages modernes de pathologie ; on y rencontre si rarement le mot *nature*, qui exprime cette force !

C'est quand les auteurs de pathologie arrivent au traitement d'une maladie que leur embarras se montre. Le traitement qu'ils indiquent trahit une retenue, une hésitation, une sorte d'empirisme. Les conseils qu'ils donnent laissent le praticien incertain ; il devient timide, perplexe. On sent ce que les pathologistes ne disent pas : que les moyens de la thérapeutique ne recèlent pas des vertus positives, absolues, comme celles des agents chimiques sur les substances qu'ils neutralisent. Ces moyens ont une action conditionnelle, relative. C'est la force vitale qui s'aide de leur impression sur les organes, des effets qu'ils suscitent dans l'organisation. Ce sont des provocations que les médicaments font à la nature, à cette force médicatrice si célébrée par les anciens. Des saignées sont pratiquées dans une pneumonite : est-ce la déplétion des vaisseaux sanguins qui amène d'une manière obligée la résolution de l'engorgement pulmonaire ? Cette résolution ne dépend-elle pas d'un travail organique que dirige la même force qui préside aux absorptions, à la nutrition, à tous les actes de la vie. La saignée a-t-elle fait autre chose que de favoriser, de provoquer peut-être ce travail ?

Les deux écoles qui font la gloire de la France médicale ont adopté, l'une la doctrine de la force vitale, l'autre la doctrine de l'innervation et des lésions pathologiques. N'est-il pas regrettable que ces écoles aient séparé ces deux doctrines ? L'avenir, les progrès de la pathologie et de la thérapeutique, ne demandent-ils pas qu'elles soient réunies ?

Qu'on nous pardonne, en faveur de l'intention qui nous guide, tout ce qu'il peut y avoir d'incomplet, d'imparfait, dans les idées que nous venons d'exposer.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

NOTE SUR LA MÉTHODE DÉRIVATIVE CONTINUE ; par M. le docteur COLAS.

J'ai publié en 1845 une méthode thérapeutique dont j'avais fait usage avec un grand succès depuis l'année 1842. Toutes les maladies de cette époque, observées sous un jour entièrement nouveau, me parurent d'abord être le produit d'une cause épidémique générale, en raison de l'uniformité des signes insolites qu'elles avaient fournis, pour me diriger dans l'exécution du traitement.

La persistance des mêmes caractères et des mêmes effets dans toutes les maladies soumises à mon observation depuis ce temps, m'a fait voir à la longue que les faits recueillis pendant cette prétendue épidémie ne différaient en rien de ceux observés dans les temps ordinaires. La méthode que j'avais mise en usage pour les combattre, ayant toujours eu le même résultat, est devenue pour moi, dès lors, la méthode thérapeutique des temps ordinaires.

Les principes sur lesquels repose cette méthode ne sont bien connus que d'un très-petit nombre de médecins, et les effets dont elle est capable sont encore plus ignorés. Il y a des médecins qui la connaissent et qui l'approuvent, sans oser en faire l'application. D'autres, entraînés par quelque sympathie instinctive pour mes opinions théoriques, l'ont essayée avec succès dans un petit nombre de cas. De tels succès n'ont pas assez de valeur intrinsèque pour faire juger de son effet général ; or, c'est cet effet général seul qui peut servir à prouver d'une manière incontestable la valeur certaine d'une méthode quelconque et sa supériorité.

Afin d'encourager mes confrères à expérimenter d'une manière convenable et suffisante la méthode *dérivative continue*, ainsi que je la nomme, et pour vaincre la répugnance naturelle qu'on éprouve à sortir des habitudes anciennes de la pratique, je redirai dans cet article les avantages qu'elle m'a procurés depuis sa création, et ceux bien autrement considérables que pourrait y rencontrer le corps médical, s'il l'adoptait généralement.

Je commencerai par rappeler les principes généraux de la méthode ; je dirai ensuite les moyens que possède chaque praticien de constater par des chiffres le mérite relatif de toute méthode régulièrement éprouvée. J'expliquerai enfin ce que je me propose de faire prochainement pour enlever quelques restes d'obscurité qui se trouvent dans ma théorie, en exposant les bases physiologiques sur lesquelles je l'ai posée.

ARTICLE I.

Les principes de la méthode thérapeutique nouvelle sont au nombre de trois. Je vais les indiquer par ordre d'importance. Ils embrassent tous les cas possibles de maladie interne, et suffisent à tous les besoins de la pratique nouvelle que je voudrais propager. 1° Il faut que l'influence *dérivative* s'exerce d'une manière incessante sur la cause pathologique, tant que cette cause persiste et que la dérivation est indiquée. 2° Il faut employer les antipériodiques pour terminer le traitement et l'abréger quand, après avoir beaucoup affaibli les maladies par la dérivation continue, on les a fait devenir intermittentes. 3° Il faut employer les spécifiques à toutes les périodes, et surtout au commencement des maladies, quand on est sûr de ne pas nuire, de guérir instantanément, ou de préparer efficacement la dérivation par ce moyen.

PREMIER PRINCIPE. — La dérivation est le moyen curatif par excellence, parce qu'elle est indiquée dans l'immense majorité des cas pathologiques, parce qu'elle est susceptible d'être appliquée dans la partie la plus considérable de la durée des maladies, et qu'elle est la seule qui puisse être dirigée régulièrement avec la connaissance très-nette de sa manière d'agir. Elle consiste à changer la direction anormale des courants nerveux à volonté. Elle est la seule *rationnelle*, et toutes les autres actions thérapeutiques directes et véritablement spécifiques sont nécessairement *empiriques*. On ne peut rien savoir du mécanisme et de l'influence des spécifiques sur les manifestations pathologiques ; on sait seulement qu'elles guérissent la maladie plus ou moins subitement.

La maladie n'est pas une manifestation, c'est une succession de manifestations. La suite enchaînée des manifestations anormales qui se produisent depuis le début jusqu'à la terminaison a une cause *immédiate*, anatomique, qu'il faut détruire ou contre-balancer pour interrompre la chaîne de ces manifestations.

Cette cause n'est pas susceptible d'être détruite immédiatement, dans la majorité des cas, par un agent spécifique d'espèce chimique ou physique, ainsi que le serait une substance toxique inerte. Il faut alors lui opposer une influence dérivative qui la combatte plus lentement, mais d'une manière incessante, jusqu'à ce qu'on l'ait anéantie.

Le plus souvent, en effet, dans les affections curables, quelle que soit leur intensité apparente, la cause est une altération légère de l'élément nerveux des organes. On ne sait ordinairement, par aucun moyen connu, reconduire subitement et d'un seul coup à l'état normal, cette altération, si légère quelle soit. On est réduit ordinairement, par faute de spécifiques efficaces, à interrompre les manifestations anormales d'un organe, en provoquant d'autres manifestations dans le même organe ou des actions

forcées dans un autre plus ou moins éloigné. On sait que cela suffit pour permettre au tissu nerveux de se recomposer ; telle est la dérivation.

Il est donc évident que pendant l'emploi d'un moyen dérivalif, on a le plus grand intérêt à ne laisser à la cause pathologique, aucun relâche pendant lequel elle puisse reprendre son activité désorganisatrice, pendant lequel puisse par conséquent s'arrêter le travail de réorganisation du tissu altéré.

La continuité de l'action dérivative n'est pas seulement nécessaire à la promptitude de la guérison, c'est encore le seul moyen de rendre la guérison certaine ; car, la cause étant par elle-même une source constante d'entretien et d'aggravation du mal, la cessation momentanée de la dérivation, laisse courir à la maladie la chance de devenir incurable d'un moment à l'autre, par le seul fait de l'interruption intempestive du traitement. Je pourrais en citer de mémorables exemples très-modernes et pris à très-bonne source.

Il faut ainsi, pour employer la dérivation avec succès et profiter de tous les avantages qu'elle peut offrir, la pratiquer d'une manière continue. Il faut en soutenir l'action par l'administration de doses médicamenteuses successives, à des époques assez rapprochées pour que la dernière soit introduite avant que la précédente ait épuisé son influence.

Cela est palpable en théorie ; mais quand il n'en serait pas ainsi, les effets de la dérivation intestinale pratiquée de cette manière sont si tranchés, si prompts et si faciles à obtenir, que, dès les premiers essais, on peut reconnaître l'influence de la continuité dans les résultats qui se produisent.

La principale raison pour laquelle j'ai fait choix des dérivatifs intestinaux à l'exclusion de ceux des autres organes, c'est principalement l'extrême facilité que nous offrent les premiers pour continuer leur action à petites doses répétées périodiquement et l'innocuité de leur action soutenue pendant plusieurs jours de suite.

Dans la pratique ordinaire, lorsqu'on emploie ce qu'on nomme les ***purgatifs***, avec des vues fort différentes de celles que je viens d'exposer, on donne des doses trop considérables, au hasard de dépasser le but qu'on se propose. Ce n'est pourtant pas encore là tout l'inconvénient de la purgation par *saccades* et *à bras raccourcis* ; car on n'a pas plutôt obtenu un premier effet, bon ou mauvais, faible ou très-intense, qu'on se dépêche de saigner, de donner des aliments ou des drogues de toute espèce, ou bien encore de tomber dans une expectation absolue, une attente niaise et presque coupable de ce qu'on nomme la *réaction*.

Tout cela se fait sans suite, sans tenue et sans guide rationnel qui puisse nous conduire tous uniformément vers un but fixe et facile à voir. Nous ne pouvons nous appuyer que sur l'expérience personnelle ou traditionnelle, à peu près aussi peu soignées l'une que l'autre, flanquées de règles contradictoires inspirées elles-mêmes par des théories opposées dans leurs principes.

On a constamment en vue de foudroyer la cause pathologique d'un seul coup, comme si celle cause était toujours une substance étrangère inerte, qu'il s'agît d'anéantir ou d'expulser, ou bien quelque *être vital* indépendant, abattu ou surexcité, qu'il suffit de relever ou d'affaiblir instantanément avec des substances douées de propriétés atténuantes ou excitantes, irrésistibles.

On méconnaissait comme à plaisir le mécanisme de la maladie et le mode d'action de sa cause immédiate ; on méconnaît la manière d'agir de presque tous les agents thérapeutiques et des purgatifs en particulier. Si l'on ne s'attache plus aussi généralement à l'idée d'un triage que ces derniers avaient autrefois la réputation d'opérer plus ou moins subitement parmi les humeurs, on croit encore fortement à l'influence de leur effet évacuant des matières fécales. On ne tient guère compte de l'évacuation séreuse, encore moins de la dérivation des courants nerveux sur la muqueuse intestinale.

L'opinion médicale a reculé dans ces derniers temps, à l'égard des purgatifs, jusqu'à l'humorisme putride des derniers siècles. On ne fait pas attention à ceci, qu'ils ont exactement la même influence sur les affections réputées infectieuses que sur les maladies purement fébriles, nerveuses ou inflammatoires.

C'est à cause de ces vieilles habitudes nouvellement réintégrées, qu'on ne cesse de me répéter : « Nous purgeons comme vous ; vous ne nous apprenez rien de nouveau ! » On bien en sens contraire : « Qu'est-ce que vous voulez que fassent les purgatifs en cette occasion, où il n'y a pas de matières fécales à évacuer ? » Ou bien encore : « Ce malade guérit parce que vous le purgez. »

C'est à cause de ces opinions poudrées à blanc qu'on se garde bien d'attribuer à la dérivation et à l'influence de sa continuité les succès de la dérivation intestinale, quand on veut bien toutefois admettre ces succès sans avoir eu l'occasion de les constater *de visu*, voire même en présence des malades traités et guéris par ce moyen.

En un mot, on veut bien purger, parce qu'on purge plus ou moins de père en fils sans s'inquiéter de savoir au juste le mécanisme de la purgation, et sans que les résultats généraux de la pratique soient bien différents de ceux que donnerait la simple et pure expectation ; mais, quant à présent, on ne veut à aucun prix dériver d'une manière continue avec les purgatifs, parce qu'il faudrait le faire une première fois. On a peur de se mouiller dans le *Rubicon*. On ne veut pas faire usage des purgatifs administrés de cette façon, quoiqu'on soit assuré de faire prendre moins de ces médicaments à chaque malade qu'on ne le fait actuellement, et malgré la certitude d'éviter les inconvénients de la superpurgation.

On ne le veut pas, quoique je m'épuise depuis six ans à répéter sur tous les tons : « Dérivez et n'essayez plus de purger. Dérivez modérément, mais avec persévérance, et vous guérirez toutes les maladies curables, sans compter un fort grand nombre de celles réputées incurables. Dérivez avec assurance dans les deux premières périodes des maladies, vous guérirez 90 malades au lieu de 70 ; vous serez mieux rétribués et plus considérés pour avoir guéri vos malades en quinze jours qu'en soixante-douze jours ; si vous avez pris soin de prédire aux gens du monde le succès dont vous êtiez certain d'avance. »

Deuxième principe.—Dans le cours du traitement d'une maladie, je n'interromps jamais la médication dérivative que la guérison ne soit bien assurée, ou que les symptômes, de continus ou rémittents qu'ils étaient, ne soient devenus intermittents, avec ou sans régularité.

Dans ce dernier cas, je recours brusquement à l'emploi des antipériodiques, avec un succès constant, lorsqu'il est convenablement préparé. La guérison ne se fait pas attendre plus de quarante-huit heures.

En certaines circonstances, lorsque la dérivation a été longtemps continuée, que les accès sont peu marqués et l'appétit considérable, on peut même se borner à donner subitement des aliments solides, très-substantiels et assez abondants pour déterminer la convalescence immédiate.

Les cas de l'emploi du quinquina sont rares comparativement au nombre total des malades qu'on traite. Il y a cependant certaines constitutions épidémiques où ils sont presque aussi nombreux que les cas de fièvres traités par la dérivation.

Troisième principe.—Il y a un certain nombre de cas pathologiques où la cause est douée d'une telle violence, et la marche d'une telle rapidité, que la simple dérivation intestinale est impuissante à guérir seule, par faute d'une énergie et d'une rapidité d'action suffisante au premier moment.

Il y a certains temps épidémiques dans lesquels les symptômes les plus légers en apparence ne forment qu'une transition très-rapide entre la santé parfaite et les accidents les plus redoutables. La dérivation intestinale n'est pas toujours alors une perturbation assez énergique pour nous faire éviter une transformation fâcheuse.

Il y a certaines formes pathologiques et des affections de certains organes qui céderaient moins bien et moins vite si l'on ne préparait leur guérison par de certains remèdes spécifiques.

Dans tous ces cas, il faut employer des spécifiques bien connus, que j'ai recommandés précédemment. L'émétique est de tous ces moyens le plus héroïque, le plus rapide, et celui dont l'usage est indiqué dans les maladies les plus dangereuses. Il faut, en général, abandonner ces agents thérapeutiques après leur avoir fait produire leur premier effet, comme par surprise, pour continuer le traitement avec les dérivatifs du tube intestinal.

Article II.

Le praticien qui voudra mettre ces principes en œuvre sans compromettre en rien l'intérêt de ses malades ou sa conscience, pour essayer de sortir des incertitudes, de l'insignifiance et du désordre de la pratique actuelle, devra faire des essais gradués ainsi qu'il suit. Il devra choisir un premier sujet chez lequel il ne peut y avoir aucune objection à l'emploi des substances purgatives, un fébricitant qui ne soit pas malade depuis plus de trois jours.

Après avoir administré le spécifique d'après les règles établies, s'il en est quelqu'un d'applicable au cas spécial, il faut donner le purgatif et prescrire une diète sévère. Il faut dès lors ne compter, pour le succès, que sur ce médicament seul, et répéter ces doses toutes les douze heures chez les adultes. Il ne faut intercaler aucune autre médication ; il ne faut s'aider que de la simple hygiène.

Quand le praticien sera convaincu, par un premier succès, de l'innocuité de ce moyen et de sa supériorité sur les autres moyens employés à la manière hésitante ordinaire, il pourra le mettre en usage successivement pour combattre toutes les formes pathologiques soumises à sa direction.

Cela, cependant, n'est pas encore tout ce qu'il peut faire pour acquérir une ferme confiance dans la méthode continue, et se donner une idée claire et infaillible des résultats comparatifs qu'elle est susceptible de produire. Il faut pour cela que le médecin s'exerce à ne laisser passer dans sa clientèle aucun fait de névrose ou de fièvre de première ou deuxième période, aiguës ou chroniques, tels qu'on les trouve abondamment, même dans les hôpitaux, sans leur appliquer au plus vite le traitement méthodique.

Cela vaut mieux que d'attendre la formation d'une maladie de troisième période, d'une affection phlegmasique, pour se donner le dangereux avantage d'établir le diagnostic moderne, purement anatomique; car ce diagnoctic a l'inconvénient de ne pouvoir se former que quand la maladie est parvenue à se mettre à peu près au-dessus des ressources de l'art par sa gravité.

L'application de la méthode nouvelle aux maladies commençantes accroîtra le nombre des guérisons, de tous les cas d'affections aiguës ou chroniques dont le traitement est nul pour l'ordinaire, ou fort incertain du succès. Ce dernier donne trop souvent à la maladie la permission de marcher plus ou moins librement vers la troisième période, qui compte alors 25 cas au lieu de 9 sur cent malades, et 5 morts au lieu de 2.

Il faudra de plus que, le praticien arrivant à ne plus employer d'autre méthode chez aucun de ses malades, puisse en réunir un certain nombre traités de même, 100 par exemple, sans distinction de type ou de période, pris au hasard à mesure qu'ils se présentent, et qu'il compte à la fin les morts, les transformations chroniques advenues, les journées de maladie et les guérisons.

Il pourra dès lors, en comparant ces quatre sortes de résultats avec ceux qu'on obtient généralement, savoir au juste si j'ai beaucoup exagéré lorsque j'ai promis 86 guérisons au lieu de 70, 10 transformations chroniques au lieu de 20, 5 morts au lieu de 10, et 3,000 journées de maladie au lieu de 7,000.

Article III.

Les succès que m'a donnés la méthode continue avant même d'avoir atteint sa perfection en 1842, et bien avant d'être complétement formulée; les seuls que j'aie trouvé l'occasion de publier jusqu'à présent, étaient déjà supérieurs à ceux que je viens d'annoncer, puisqu'au lieu d'avoir 51 morts sur au moins 500 malades, je n'en avais eu que 22 pendant cette année.

Je voudrais profiter de ces premiers résultats pour faire comprendre à mes confrères l'immense avantage qu'ils pourraient tirer d'une innovation qui se présente avec des apparences aussi avantageuses. Il est évident que si ces résultats sont exacts et mes promesses bien fondées, comme il est facile de s'en assurer, il n'y aurait aucune raison pour ne pas abandonner toutes ces méthodes thérapeutiques disparates dont se compose actuellement le lourd bagage de la science pratique.

Si tous les médecins étaient liés par une opinion commune au sujet des principes de la science, ils seraient forcés d'avoir confiance les uns en les autres. S'ils n'avaient plus de prétextes toujours préparés pour se contredire sans cesse et en tous points, ils n'auraient presque plus aucune occasion de déconsidérer la science aux yeux du public et de perdre sa confiance, qu'ils gaspillent actuellement comme s'ils pouvaient honorablement se passer d'elle. On sait, en effet, que le public ombrageux ne consent à croire en la médecine qu'à la condition de voir les médecins eux-mêmes y croire sans hésitations; or la médecine pour lui, c'est l'opinion du corps médical.

Si les gens du monde étaient convaincus seulement de ceci, que les praticiens, avec certaine méthode, sur l'efficacité de laquelle ils sont tous d'accord, n'ont presque jamais l'occasion de hasarder rien en thérapeutique, et de plus, qu'ils peuvent démontrer dans leurs registres de chaque année une diminution quelconque du chiffre des décès ou des journées de maladie sur le nombre donné jusqu'à présent, la puissance des médecins deviendrait immense. On peut affirmer qu'alors le charlatanisme, qui leur fait tant d'ombrage, serait anéanti d'un seul coup, sans qu'il y eût besoin pour cela d'aucune loi de répression.

Si le corps médical en venait à jouir d'une considération qu'il mérite déjà par d'immenses travaux, et qu'on lui conteste parce qu'il n'a pas encore mis complétement ces travaux en valeur, rien ne s'opposerait plus à ce qu'on le chargeât de formuler les règlements qui doivent gouverner à l'avenir l'institution médicale.

C'est alors que ces lois pourraient devenir ce qu'elles doivent être dans l'intérêt de la science, des hommes de la profession et surtout de la conservation de la santé publique. Tout le monde comprend au premier abord, en effet, que les médecins seuls sont capables de donner à ces lois le cachet d'utilité qu'elles doivent avoir. Il ne leur manque pour être sérieusement consultés à cette occasion que de se mettre préalablement tous d'accord sur ce qu'il faut faire dans l'intérêt du peuple et leur propre intérêt justement balancés.

Article IV.

Je n'ai pas l'intention de borner mes travaux de pathologie aux deux publications que j'ai faites en 1844 et 1848. Il y a dans mon traité de pathologie générale quelques portions de théorie peu faciles à comprendre en l'absence des notions physiologiques nouvelles qui m'ont servi de point de départ; il y a même quelques points essentiels qui n'ont pas été convenablement traités.

Pour suppléer à un traité de physiologie que je n'ai pas encore eu le temps de publier, quoiqu'il eût été fait avant le livre sur l'épidémie de 1842, et pour combler les lacunes du traité de pathologie, je me propose de faire au mois d'avril prochain un cours public de physiologie pratique, et au mois de juin un cours de pathologie générale.

Le premier doit servir à faire comprendre que la physiologie actuelle, déjà surchargée d'études et de faits isolés, serait plus utile et plus applicable en médecine, si la connaissance des actions attribuées aux diverses parties de l'organisme ne restait sans lien qui puisse faire comprendre le mécanisme général de la vie normale tout à fait ignoré jusqu'à présent.

Dans ce cours je rechercherai la connaissance du mode d'action des causes externes, le mécanisme des grands appareils dans leur enchaînement général d'actions pendant les diverses périodes de la vie, et enfin les applications possibles à la connaissance de la vie pathologique et à la pratique de la médecine.

Le deuxième est destiné à faire voir comment on doit étudier la série de phénomènes qu'on nomme la maladie, dans leurs causes, leurs caractères et leurs effets. J'essayerai de faire comprendre comment l'action des causes pathologiques étant mieux appréciée, l'intelligence de la marche sera plus facile, la diagnose plus intelligente, plus profonde et moins illusoire qu'à présent.

Je ferai tous mes efforts pour démontrer que, la connaissance du mécanisme de l'action thérapeutique, appuyée sur ces bases, sera plus certaine, que la prognose peut s'établir sur des chiffres palpables, les indications être simples et clairement formulées, le traitement devenir presque complétement rationnel, et permettre des succès incomparablement plus nombreux.

J'essayerai de prouver au simple praticien que la statistique lui est permise tout aussi bien et peut-être mieux, dans l'isolement d'une clientèle obscure ou très-bornée, que dans les grandes villes et dans les hôpitaux de la capitale. Il n'est tenu que d'enregistrer tous les malades soumis à son observation pour obtenir le droit d'être placé par ses confrères au niveau des praticiens les plus éminents, s'il a manifestement les mêmes succès. On n'a jamais essayé de former les grandes réputations sur des bases aussi fortes et aussi simples. Il serait curieux de savoir comment les hommes placés dans les régions supérieures de la hiérarchie médicale supporteraient la comparaison avec beaucoup de praticiens qui végètent dans l'obscurité malgré la peine qu'ils se donnent, et le bien qu'ils font dans les rues les plus obscures de nos villes ou dans les villages à toit de chaume.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

NOTE SUR LA DIMINUTION DE LA FIBRINE PAR L'AGITATION DU SANG DANS LA COURSE; par M. Paul Hervier.

L'augmentation de la quantité de fibrine sous l'influence de la chaleur a été étudiée expérimentalement par M. Marchal (de Calvi), et les résultats qu'il a obtenus confirment l'hypothèse de Rasori, d'après laquelle l'augmentation de la fibrine dans les phlegmasies serait due à l'élévation de la température. Il restait à connaître la part de l'agitation du sang sur les variations de quantité de fibrine, et M. Marchal est arrivé à cette conclusion que l'agitation du sang détermine la diminution de la fibrine. Dernièrement M. Corne a obtenu le même résultat.

Ces expériences intéressantes sans doute, car elles jettent un jour nouveau sur l'histoire encore obscure de la fibrine, mais insuffisantes parce qu'on ne peut conclure que dans une certaine limite de ce qui se passe dans une cornue aux phénomènes du corps vivant, en appelaient d'autres plus concluantes sur les animaux où sur l'homme lui-même.

C'est pour ajouter un fait de plus aux communications pleines d'intérêt

de M. Marchal, que j'ai réalisé ce que je me proposais de faire depuis longtemps. Voici comment j'y avais été conduit. Dans les nombreuses expériences que j'ai tentées sur la carbonométrie pulmonaire (1), je suis arrivé à établir que pendant une course rapide l'air expiré contient plus d'acide carbonique; d'un autre côté, l'hypercrinie et l'hypocrinie carbonique dans les maladies correspondant presque toujours à l'augmentation ou à la diminution de la fibrine, je pensais analyser le sang d'un homme sain avant et après une course rapide, afin de voir si, dans ces conditions de l'état physiologique, on rencontre la même corrélation entre les quantités de fibrine et d'acide carbonique. Cette idée restait encore à l'état de projet lorsque la lecture du travail de M. Marchal fixant mon attention sur ce point de physiologie, je cherchai à l'éclairer de la manière suivante.

Voici l'expérience que j'ai faite à Paris, dans le laboratoire de MM. Verdeil et Dollfus, qui m'ont aidé de leurs conseils.

Un de mes collègues m'a tiré 400 grammes de sang d'une veine du bras, puis immédiatement après je me suis livré à l'exercice de la course forcée pendant quinze minutes; à mon retour j'étais très-essoufflé, le pouls était fréquent, et la sueur coulait sur tout mon corps; alors on m'a tiré de nouveau 400 grammes de sang. La fibrine de ces deux quantités a été analysée séparément, et j'ai trouvé que le sang de la seconde saignée contenait 0,045 de fibrine de moins que le sang de la première. Ces expériences ont été faites avec le plus grand soin, et j'ai eu surtout la précaution de sécher la fibrine dans le vide, précaution que l'on néglige souvent et qui est indispensable, car l'eau qu'elle absorbe et les altérations que lui fait subir l'oxygène d'après Scherer et Mulder, entraineraient nécessairement des causes d'erreur.

Il était difficile de prévoir le résultat de l'expérience que je viens de relater; car on sait par les travaux de Becquerel, Breschet, Peart, Humboldt et Beaumont, que la contraction d'un muscle, l'agitation d'un membre, élève d'un ou de deux degrés la température du corps; or, il fallait savoir lequel de ces deux états, la température ou l'agitation du sang, modifierait la quantité de fibrine pendant la course. L'expérimentation ayant donné la solution du problème, il s'agit d'expliquer le fait. Cette diminution de la fibrine tient-elle à ce que ce principe, fournissant plus de matériaux à la combustion pulmonaire, diminue dans le sang en même temps qu'il détermine l'hypercrinie carbonique qu'on observe constamment pendant la course? Cela est possible, mais lorsqu'on pense que dans les exercices violents la circulation veineuse est toujours gênée, et que le sang reflue vers les veines de la périphérie, on est conduit à chercher une autre explication. On sait par les recherches de Simon, Denis, Lecanu, Dumas, que le sang veineux est un peu moins riche en fibrine que le sang artériel; or, ne serait-il point permis de croire qu'en agissant sur le sang, momentanément accumulé dans les vaisseaux superficiels et privé de communication avec les sources naturelles de ses métamorphoses et de ses transformations organiques, n'est-il point permis de croire qu'on opère alors sur du sang qui jouit des propriétés du sang veineux à un degré bien plus élevé que dans l'état de repos de l'organisme? En résumé, on peut se demander si la transformation de l'albumine en fibrine n'est point empêchée par l'agitation du sang, soit hors de la veine, soit dans l'intérieur de l'arbre circulatoire.

Quoi qu'il en soit, il ressort de l'expérience rapportée plus haut que le phénomène de la diminution de fibrine par l'agitation du sang se passe dans les corps vivants, comme on pouvait le présumer théoriquement.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

(Suite.)

IV. ALLGEMEINE MEDIZINISCHE CENTRAL-ZEITUNG.

DES FONCTIONS DE LA TROMPE D'EUSTACHE ET DE L'INFLUENCE DES ORGANES RESPIRATOIRES SUR LA CIRCULATION DE L'AIR DANS L'OREILLE MOYENNE; par le docteur TH. HENRI WOLFF.

La fonction principale de la trompe d'Eustache consiste, au rapport de la plupart des physiologistes modernes, à mettre l'air de la caisse en communication avec l'air atmosphérique, afin d'assurer, lors des impressions sonores, les vibrations de la membrane du tympan et de l'air de la caisse. Suivant l'auteur, il n'y a pas simplement communication entre le fluide de la caisse et l'air atmosphérique, mais il existe dans la caisse une véritable circulation aérienne, déterminée par la respiration elle-même. Les poumons fonctionnent ici comme appareil de compression. Pendant l'inspiration, en effet, le poumon agit comme une bouteille en caoutchouc qui a été comprimée, puis abandonnée à elle-même (avec cette différence sous-entendue par l'auteur, que les forces qui déterminent l'inspiration sont des forces actives); l'air qui se trouve dans le voisinage du larynx doit donc être aspiré; or on sait que les trompes d'Eustache s'ouvrent à une petite distance de l'entrée des voies aériennes; il est donc incontestable que l'air de la caisse doit être mis en mouvement à chaque inspiration. Mais si l'air de la caisse est aspiré par les poumons, l'air extérieur qui traverse les fosses nasales doit nécessairement le remplacer immédiatement.

Nous ne nous apercevons pas de ce passage de l'air atmosphérique dans la caisse, parce que cet air a le temps, avant d'y pénétrer, d'acquérir le degré de température et d'humidité de l'air qui vient de sortir de cette caisse.

Pendant l'expiration, les poumons agissent comme une pompe et refoulent l'air dans la caisse.

D'après des recherches récentes de Tourtual, les muscles de la trompe d'Eustache exercent une influence active sur l'entrée de l'air dans la caisse. Cet auteur distingue des muscles dilatateurs et des muscles constricteurs de la trompe; les premiers sont ceux qui de la trompe se portent au voile du palais; les seconds sont: 1° l'élévateur du voile du palais, 2° un muscle qu'il appelle *salpingostaphylin*, composé de fibres parallèles situées sous la muqueuse de la trompe, 3° un autre muscle découvert par Tourtual et qu'il nomme *muscle angulaire de la trompe*; il rétrécit l'orifice de la trompe, tandis que l'élévateur du voile du palais raccourcit son long diamètre. Quand les deux muscles agissent en même temps, ils rétrécissent la trompe au point qu'elle n'offre plus qu'une fente étroite.

M. Wolff rapporte un cas de cathétérisme de la trompe dans lequel la sonde resta tellement enclavée dans le canal, que ce ne fut qu'au bout de vingt minutes de tentatives qu'on parvint à l'extraire.

L'auteur consacre le reste de son article à réfuter les objections faites par le docteur Kramer à sa méthode d'introduire des vapeurs dans la caisse à l'aide d'un tuyau en caoutchouc.

SUR L'ASTHME LARYNGÉ; par le docteur NIESE.

On attribue ordinairement cette maladie à l'hypertrophie du thymus; l'auteur, qui en a observé un assez grand nombre de cas, croit qu'elle peut exister sans changement dans le volume de cette glande vasculaire sanguine, et qu'elle reconnaît des causes diverses.

Il faut entendre par asthme laryngé une suspension momentanée de la respiration produite par l'occlusion de la glotte par suite d'un spasme dans les muscles constricteurs de cette dernière. Il est reconnu que les mouvements respiratoires de la glotte sont déterminés par le nerf laryngé inférieur ou récurrent; le laryngé supérieur est sensible et ne prend aucune part aux mouvements du larynx; il suit de là que toutes les causes susceptibles d'irriter le récurrent de manière à produire une contraction spasmodique des muscles de la glotte, pourront déterminer un asthme laryngé. Or ces causes peuvent agir sur l'expansion périphérique du nerf ou sur sa terminaison centrale. Dans le premier cas, le récurrent peut être affecté dans sa portion cervicale par des tumeurs glanduleuses qui le compriment ou l'irritent, ou dans sa portion thoracique par la compression du thymus (asthme thymique). Dans le second cas, lorsque les causes morbifiques agissent sur les centres nerveux, il peut y avoir hypérémie du cerveau, ramollissement ou accumulation de sérosité. Il peut encore exister un troisième ordre de causes, celles qui détermineraient par voie réflexe les contractions spasmodiques des muscles de la glotte: telle serait, par exemple, l'irritation du laryngé supérieur, irritation qui doit se transmettre, par réflexion, au récurrent. Ce n'est pas seulement l'irritation des nerfs sensibles qui peut réagir par voie réflexe sur les nerfs moteurs de la glotte, car on voit l'irritation de la cinquième paire produire les mêmes effets dans le travail de la dentition.

D'après ce qui précède, il n'est pas étonnant qu'à l'autopsie on ne rencontre quelquefois aucune lésion qui puisse expliquer la maladie.

Après ces considérations, l'auteur relate l'histoire de cinq cas d'asthme laryngé survenus chez cinq de ses enfants.

Aucun de ces enfants n'avait eu d'affection strumeuse; les accès étaient plus ou moins fréquents, et tous se terminaient par une inspiration sifflante et non par une expiration, comme le disent plusieurs auteurs. La durée des accès n'a jamais atteint cinq minutes.

(1) COMPTE RENDU DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES, 19 février 1849.

Dans un cas, l'affection laryngée a été compliquée de convulsions (éclampsie) et de coqueluche. Le traitement a été très-varié.

Ce qui a le mieux réussi à l'auteur contre l'asthme laryngé proprement dit, ce sont les purgatifs avec l'huile de ricin (trois, quatre ou cinq cuillerées à café) avec addition de trois à cinq gouttes d'huile de térébenthine, et les frictions d'huile de Cajeput sur le cou.

Suivant l'auteur, et d'après des considérations qu'il développe dans son travail, l'asthme laryngé n'est pas produit par la scrofuleuse ni par l'hypertrophie du thymus, mais par une disposition nerveuse particulière.

Sous le rapport du diagnostic, la maladie en question se rapproche de la coqueluche et du croup; dans ces trois affections, la toux sifflante existe, mais dans l'asthme laryngé, le sifflement ne se fait entendre que pendant l'inspiration qui termine l'accès.

V. ARCHIV FUR PHYSIOLOGISCHE HEILKUNDE.

Publié par les docteurs Roser et Wunderlick.

Les cahiers 5, 6, 7 et 8, formant le deuxième semestre de l'année 1848, renferment les articles originaux suivants : 1° *Recherches sur la nature des lésions morbides des parois artérielles, considérées comme causes des anévrismes spontanés*; par les docteurs F. D. Donders et J.-H. Jansen. 2° *Sur la fièvre intermittente à longues périodes*; par le docteur Szokalski. (Histoire remarquable d'une fièvre périodique dont les accès revenaient toutes les cinq semaines sous la forme de pneumonie, avec délire et convulsions, sur un enfant de 3 ans et demi. Au quatrième accès, la pneumonie fut remplacée par une bronchite. L'enfant guérit. Le traitement consista en une dose de calomel et scammonée administrée tous les huit jours, en bains alcalins tous les deux jours et en frictions faites matin et soir avec une pommade de quinine. L'auteur a observé un deuxième cas analogue sur un enfant de 18 mois; les accès revenaient toutes les quatre semaines, et étaient caractérisés par des convulsions et de la torpeur.) 3° *Sur le phosphate de chaux au point de vue physiologique et thérapeutique*; par le docteur Beneke. 4° *Quelques remarques sur les moyens de reconnaître le cancer avant l'opération, et en général sur le vivant*; par le docteur H. Lebert. (Exposé des caractères microscopiques des cellules cancéreuses et de l'utilité du microscope comme moyen de diagnostic. L'auteur recommande le petit trocart explorateur du professeur Küss, comme un moyen facile de se procurer sur le vivant des fragments de la tumeur dont on veut reconnaître la nature.) 5° *Réponses aux objections faites à ma théorie sur les causes des affections pulmonaires qui surviennent après la section du nerf vague*; par le docteur Traube. (Article de polémique.) 6° *Les établissements d'enseignement médical dans les Pays-Bas*; par le docteur Molesch0tt. (Revue critique des professeurs, de leur enseignement ou de leurs tendances.) 7° *Sur la version de l'enfant sur la tête*; par le professeur Breit. 8° *Sur le bruit du cordon ombilical*; par le docteur Templeman van der Hœven. (Deux observations dans lesquelles l'auteur, en appliquant le stéthoscope au-dessous de l'ombilic, et en pressant un peu, entendit un bruit sifflant, fréquent, mais non continu, et que l'auteur attribue au cordon ombilical; quand on n'exerçait pas de pression, on n'entendait rien. Dans les deux cas, le cordon était très-long et entourait le cou ou le tronc.) 9° *Sur le crétinisme dans le canton du Vaud*; par le docteur Lebert. (Article de statistique.) 10° *Remarques pour servir à expliquer l'action de l'oxyde de zinc*; par le professeur Schlossberger. 11° *Remarques sur des épidémies de rougeole, de bronchopneumonie et de toux convulsive parmi les enfants, avec quelques remarques sur la gastromalacie*; par le docteur Rœser. (Rien de particulier.) 12° *Description de deux nouveaux instruments pour mesurer le bassin*; par le professeur Breit. (Instruments imaginés par l'auteur, l'un pour mesurer les diamètres transverse et oblique, l'autre pour mesurer les diamètres droits du bassin.) 13° *Sur la thérapeutique de la chlorose*; par le docteur Strahl. (Le fer ne réussit pas toujours; on conseille ordinairement les amers, mais ceux-ci échouent aussi quelquefois ou sont insuffisants. Le traitement qui a réussi à l'auteur consiste dans les lotions froides, beaucoup d'exercice et une bonne alimentation.) 14° *Anatomie, pathologie et thérapeutique de la tuberculose des glandes lymphatiques superficielles*; par le docteur H. Lebert. 15° *Sur l'accommodation de l'œil au point de vue pathologique*; par le docteur Szokalski. (Suivant l'auteur, l'accommodation de l'œil est déterminée par un mouvement d'arrière en avant du corps vitré, qui pousse en avant la lentille et l'humeur aqueuse, et change ainsi les propriétés optiques de ces milieux; le mouvement en question du corps vitré est déterminé par l'action simultanée des muscles droits; les mouvements de la pupille ne doivent être considérés que comme servant à corriger l'accommodation.)

RECHERCHES SUR LA NATURE DES LÉSIONS MORBIDES DES PAROIS ARTÉRIELLES CONSIDÉRÉES COMME CAUSES DES ANÉVRISMES SPONTANÉS; par les docteurs F.-C. Donders et J.-H. Jansen.

Après un historique très-complet dans lequel sont rapportées les opinions des auteurs qui se sont occupés de l'anatomie pathologique des anévrismes jusqu'aux travaux modernes de Bizot, de Rokitansky et d'Engel, MM. Donders et Jansen consacrent un long chapitre à l'histologie des artères. Ils se plaignent, avec raison peut-être, qu'on ait trop multiplié les tuniques artérielles; suivant eux, on peut toujours les réduire à trois : une tunique externe, une moyenne et une interne. L'externe se compose de couches alternatives de fibrilles de tissu connectif et de fibres élastiques déposées ordinairement suivant la longueur du vaisseau. MM. Donders et Jansen appellent cette tunique *élastico-connective* (tunique adventice et tunique élastique de Henle.)

La tunique moyenne est formée de fibres très-analogues aux fibres musculaires organiques, disposées en anneaux et séparées les unes des autres par des couches élastiques ou entrelacées de fibres de ce dernier tissu. Ils l'appellent tunique *élastico-musculaire* (tunique fibreuse annulaire de Henle).

La tunique interne est composée de plusieurs couches de fibres longitudinales élastiques ou de lamelles renfermant des fibres longitudinales plus ou moins distinctes, mais dans lesquelles on ne rencontre ni tissu connectif, ni fibres musculaires.

Cette tunique est assez souvent recouverte d'un épithélium simple qui constitue, dans beaucoup de cas, une membrane cohérente, sans structure.

Nos auteurs donnent à cette tunique le nom de tunique stratifiée élastique (tunique fibreuse longitudinale, membrane striée et épithélium de Henle).

L'épaisseur relative de ces trois tuniques est très-variable; c'est dans l'aorte que la tunique externe est à proportion la plus mince; en général, cette tunique est d'autant plus mince que la moyenne est munie d'un plus grand nombre de lamelles élastiques, et c'est dans l'aorte que ces dernières prédominent le plus. Cette différence est importante sous le rapport de la formation des anévrismes, car ceux-ci s'établiront d'autant plus facilement que la membrane externe sera plus mince; elle n'est pas moins importante au point de vue pratique, puisque c'est la tunique externe seule qui résiste, quand on pratique la ligature du vaisseau.

MM. Donders et Jansen étudient séparément chacune des trois membranes, en relatant pour chacune d'elles les résultats obtenus par les auteurs qui s'en sont occupés. Leur procédé consiste à dessécher des artères et à examiner au microscope des couches très-minces de ces artères préalablement ramollies dans l'eau. Ils ont recours à l'acide acétique pour mieux distinguer les fibres élastiques de celles qui appartiennent au tissu connectif. Ils font ressortir, d'après leurs propres recherches, toute la vérité des descriptions que donne Henle de la tunique moyenne, tunique regardée comme élastique par les anciens auteurs, et qui est réellement musculaire et conséquemment contractile; mais ils font voir en même temps que les couches de fibres lisses qui la composent sont parcourues par des fibres élastiques, et ne sont pas entièrement dépourvues de vaisseaux sanguins et de nerfs. L'acide acétique concentré ou la potasse caustique, en rendant transparentes les fibres véritablement musculaires, permet de distinguer les fibres et les lamelles élastiques.

C'est encore une couche de fibres ou de lamelles élastiques qui tapisse immédiatement en dedans la tunique moyenne; en sorte que nos auteurs résument de la manière suivante leurs observations sur la structure des artères :

« Les parois artérielles se composent de couches plus ou moins complètes de fibres ou de lamelles élastiques entremêlées de fibrilles de tissu connectif dans la tunique externe, de fibres appartenant aux muscles organiques, dans la tunique moyenne, et qui sont contiguës les unes aux autres dans la tunique interne; dans quelques artères, les lamelles élastiques de la tunique moyenne manquent. »

Les vaisseaux sanguins pénètrent dans la tunique moyenne, comme Arnold l'a démontré, et quelques-uns très-fins vont même jusqu'aux limites de la membrane interne.

MM. Donders et Jansen ont examiné avec beaucoup de soin les altérations pathologiques des parois artérielles; ils décrivent successivement le dépôt stratifié qui se forme à la surface interne du vaisseau, le ramollissement de ce dépôt (formation athéromateuse), ou son ossification, la destruction de la tunique interne et de la tunique moyenne, avec ou sans changement de la tunique externe, et enfin la formation de l'anévrisme.

Les auteurs ayant résumé eux-mêmes les résultats de leurs recherches, nous nous contenterons de les reproduire textuellement, sans entrer dans les détails des observations elles-mêmes.

1° Les taches rudimentaires décrites par Bizot se rencontrent très-souvent et peuvent exister des années entières sans éprouver de changements; elles ne constituent pas l'origine de la formation athéromateuse.

2° Le premier changement morbide qui peut déterminer la formation d'un anévrisme consiste dans un dépôt irrégulier qui se fait par couches à la surface interne de l'artère, et conséquemment sur sa face libre.

3° Pendant que des couches nouvelles continuent à se déposer les unes sur les autres, il se développe des globules de graisse dans les couches formées antérieurement.

4° Cette formation graisseuse commence presque toujours dans le voisinage de la tunique interne, très-rarement à la surface libre des couches déposées.

5° Pendant que le développement de la graisse se propage vers l'intérieur, les parties qui avoisinent la tunique interne commencent à se ramollir. Quelquefois des ossifications se développent dans les couches de dépôt.

6° Le ramollissement marche de dehors en dedans, sans que la formation de nouvelles couches fasse des progrès aussi rapides, de sorte que la matière ramollie finit par devenir libre et par se mêler au sang.

7° La masse ramollie (athérome) se compose de cristaux de cholestérine, de globules de graisse et d'une substance grenue répandue dans un blastème liquide.

8° Par le ramollissement, la membrane interne est détruite et la moyenne plus ou moins altérée, avant même que la matière ramollie se soit jetée dans le sang.

9° Si, dans cette période, la tunique externe ne s'est pas épaissie considérablement, comme cela arrive quelquefois, l'artère éprouve une dilatation tantôt diffuse, tantôt circonscrite.

10° Il se forme un nouveau dépôt sur la surface interne, d'où la matière ramollie a été expulsée.

11° De cette manière, il peut exister des artères non dilatées dont les parois sont composées d'une tunique celluleuse épaissie, d'une tunique moyenne plus ou moins détruite et de nouveaux dépôts.

12° La paroi de la portion dilatée se compose d'une tunique externe ordinairement épaissie et de dépôts morbides à la surface interne, dépôts dont les couches contiennent des débris plus ou moins nombreux de la tunique moyenne, ou sont contiguës les unes aux autres.

13° La forme de l'anévrisme est déterminée par l'extension de la formation athéromateuse, par la destruction plus ou moins considérable des tuniques interne et moyenne, et par l'épaississement variable de la tunique celluleuse.

Les résultats obtenus par MM. D. et J. diffèrent de ceux des autres auteurs par plusieurs points relatifs au siége, à l'origine et à la nature du dépôt morbide qui détermine la formation de l'anévrisme. Nous nous arrêterons principalement à leur opinion sur l'origine des produits qui se déposent en dedans de la tunique interne. Plusieurs auteurs les regardent comme provenant d'une phlegmasie des parois artérielles; MM. D. et J. les considèrent comme dérivant directement du sang qui circule dans l'artère. Les motifs qu'ils font valoir en faveur de leur opinion sont les suivants :

1° Les tuniques moyenne et interne sont dans un état normal parfait aussi longtemps que le dépôt est récent et encore à sa première période, ce qui n'arrive pas dans les véritables exsudations.

2° Si le dépôt était un produit de l'inflammation des parois artérielles, les couches les plus superficielles de ce dépôt seraient aussi les plus anciennes, c'est-à-dire celles qui auraient été formées les premières, et c'est dans leur épaisseur que devrait commencer la transformation athéromateuse. Or c'est précisément le contraire qui a lieu; le travail morbide se forme dans les couches les plus rapprochées de la tunique interne; celles-ci sont donc les plus anciennement formées, et conséquemment elles ne proviennent pas des parois de l'artère.

3° La nature même de l'athérome montre qu'il est étranger à l'inflammation. Si le dépôt morbide était une véritable exsudation, il serait étrange que cette matière exsudée ne passât jamais à la suppuration, et que la matière ramollie fût toujours composée des mêmes éléments morphologiques.

4° Nos auteurs ont observé que des couches de nouvelle formation se sont déposées sur des amas de molécules, dans des endroits où les dépôts sousjacents avaient déjà atteint une certaine épaisseur et commençaient même à se ramollir, en sorte qu'ici on ne pouvait plus songer à une exsudation de la tunique interne.

5° Enfin, la matière déposée a une structure fibreuse longitudinale, c'est-à-dire suivant la direction du sang.

Ces motifs ont sans contredit une grande valeur; cependant on ne comprend pas pourquoi le sang n'agit pas indistinctement sur toute l'étendue de l'arbre artériel, et pourquoi le dépôt se fait sur tel point plus ou moins circonscrit, plutôt que sur un autre. Il est difficile de ne pas admettre que la cause qui détermine le dépôt de substances de nouvelle formation dans l'intérieur de l'artère ait son siége dans l'artère elle-même; que le point de départ de la maladie, en un mot, soit le vaisseau lui-même et non le sang. On croit avoir tout dit quand on a prouvé qu'il n'y a pas d'inflammation, comme si l'absence de cette forme pathologique excluait l'existence de toute autre altération. On arrivera peut-être un jour à démontrer que, dans la maladie qui fait l'objet de cet article, la tunique interne est primitivement lésée, et que cette lésion détermine le dépôt des couches fibrineuses fournies par le sang.

Pour ce qui concerne la nature des altérations des parois artérielles, nos auteurs ne se prononcent pas; ils ne sont pas portés à accorder à la tuberculose l'importance qu'on lui a donnée; sur 47 cas d'athérome, ils n'ont trouvé que 4 fois des tubercules dans les poumons, et 2 fois des vomiques cicatrisées; ils croient que la maladie provient d'une altération particulière du sang.

SUR LE PHOSPHATE DE CHAUX AU POINT DE VUE PHYSIOLOGIQUE ET THÉRAPEUTIQUE; par le docteur BENEKE.

On connaît, depuis les travaux des chimistes modernes, le rôle que jouent les substances inorganiques dans le développement des êtres, particulièrement dans celui des végétaux.

Ces substances inorganiques ont chacune leur importance, et leur réunion est nécessaire pour assurer une bonne végétation.

Parmi ces substances, l'auteur fait ressortir le phosphate de chaux et les sels phosphatés en général, dont la présence est liée à la production des substances azotées végétales, et détermine le travail de formation des cellules chez les plantes.

Cette influence des sels phosphatés sur les formations cellulaires a été constatée aussi pour les animaux inférieurs, par le docteur Ch. Schmidt, dans ses RECHERCHES DE PHYSIOLOGIE COMPARÉE DES ANIMAUX SANS VERTÈBRES (1). Il a montré que, dans les crustacés, par exemple, la quantité de phosphates est proportionnelle à la quantité de *chitine* (matière animale insoluble dans l'eau, l'alcool, l'éther et la potasse, et qui forme la base du squelette des animaux sans vertèbres). Or le tissu fibreux à base de chitine est le résultat d'un travail cellulaire très-actif pendant la mue; la quantité de phosphate de chaux croît donc avec l'activité de ce travail. Les expériences comparatives faites par le docteur Schmidt sur le renouvellement du test chez les crustacés et chez les mollusques, montrent encore la relation intime qui existe entre le développement des cellules et la présence du phosphate de chaux; car dans le test des mollusques, c'est une membrane sans structure qui se produit, et ce test ne contient pour ainsi dire pas de phosphate calcaire.

Ces données intéressantes ont conduit le docteur Beneke à se demander si le phosphate de chaux ne doit pas jouer, dans les animaux supérieurs, le même rôle qu'il joue dans les animaux inférieurs et dans les végétaux. Son absence n'est-elle pas de nature à priver l'économie d'une condition essentielle à la production de tissus organisés en rapport avec les aliments introduits? Il est certain que le sang renferme tous les matériaux de nos organes; s'il y a diminution dans les proportions d'une seule de ces substances, le renouvellement de la matière organique doit être incomplet.

L'auteur n'a pas pu constater, par voie d'expérimentation chimique, que le phosphate de chaux est indispensable au travail cellulaire normal; mais il s'est adressé à l'observation clinique, et s'est proposé de rechercher si, par l'usage interne du phosphate de chaux, on ne pourrait pas hâter la guérison de certains ulcères atoniques, particulièrement des ulcères scrofuleux, qui résistent si longtemps aux traitements ordinaires. Plusieurs chimistes prétendent que les substances qui font la base des matériaux réparateurs, l'albumine et peut-être la fibrine, sont combinées chimiquement avec le phosphate de chaux; cette dernière substance est soluble dans les acides, elle pourra donc se dissoudre dans l'estomac; d'un autre côté, elle se dissout aussi dans l'albumine, d'après Woehler, de sorte qu'administrée peu de temps après, elle pourra passer en solution dans le sang.

L'auteur fit préparer du phosphate calcique aussi pur que possible, à

(1) ZUR VERGLEICHENDEN PHYSIOLOGIE DER WIRBELLOSEN THIERE; EINE PHYSIOLOGISCH-CHEMISCHE UNTERSUCHUNG; von doctor CARL SCHMIDT. — 1845.

l'aide du phosphate sodique et du chlorure calcique. Voici le résumé de ses observations.

Obs. I. — Petite fille de 5 ans; habitus éminemment scrofuleux; mauvaise alimentation; ulcère scrofuleux siégeant sur le cuir chevelu et datant déjà de deux ans; traitement varié entièrement inefficace.

Le 26 juillet, on administre deux fois par jour une poudre composée de 8 centigrammes (un grain et demi) de phosphate de chaux, avec 50 centigrammes de sucre.

Dès le troisième jour, changement dans la suppuration.

Le 4 août, l'ulcère commence à se cicatriser par ses bords; on porte la dose à 11 centigrammes (2 grains).

L'ulcère est entièrement guéri le 14 août.

Obs. II. — Ulcères scrofuleux datant de quatre ans, chez une petite fille de 7 ans. Deux poudres de phosphate de chaux, de 10 centigrammes chacune.

Dès le troisième jour, changement dans la nature du pus.

Guérison complète au bout de dix huit jours.

Obs. III.—Impetigo répandu sur tout le cuir chevelu, chez un enfant de 5 ans. Traitement par les alcalins à l'extérieur et à l'intérieur; disparition de l'impetigo, à l'exception de deux ulcères, qui persistent au-dessus des oreilles. Administration du phosphate de chaux. Guérison.

Obs. IV. — Ouvrier de 26 ans, sujet depuis son enfance aux ulcères glanduleux; signes physiques de tubercules pulmonaires; toux; hémoptysies; diarrhée continuelle. Long traitement par l'opium, l'acétate de plomb, l'huile de morue, etc.

Le 19 août, 10 centigrammes de phosphate de chaux, deux fois par jour. Amélioration sensible au bout de douze jours; la diarrhée a cessé, les forces sont revenues.

Un mois plus tard, le malade avait repris de l'embonpoint, ses joues étaient de nouveau colorées, et il pouvait travailler sans fatigue.

La diarrhée reparut au mois de novembre et céda de nouveau au même traitement.

Sans regarder ce malade comme radicalement guéri, on ne peut cependant se refuser à attribuer au phosphate calcaire une grande influence sur l'amélioration de sa santé.

Obs. V. — L'auteur a donné le phosphate calcaire dans un cas bien caractérisé d'atrophie chez un enfant de 18 mois, à la dose de 10 à 20 centigrammes par jour. L'huile de morue et le sirop d'hydriodate de fer avaient été donnés sans succès. Une dyssenterie intercurrente mit les jours du petit malade en danger, mais fut heureusement combattue.

Au bout d'un mois de traitement, l'enfant reprit à vue d'œil et commença à marcher; le traitement fut encore continué pendant un mois.

Ces cinq observations sont suivies de cinq autres que le docteur Schmidt (de Brême) a envoyées à l'auteur. Quatre d'entre elles concernent cinq enfants scrofuleux ayant des ulcères ou d'autres affections scrofuleuses, qui ont guéri sous l'influence du phosphate; le médicament n'a pas réussi sur une demoiselle âgée de 46 ans, affectée d'un grand nombre de tumeurs lymphatiques dont plusieurs en suppuration. Elle prit deux fois par jour 42 centigrammes (8 grains) de phosphate, mais elle éprouva des douleurs abdominales qui persistèrent encore quand la dose fut réduite de moitié. Il fallut cesser au bout de dix-huit jours, sans qu'on ait remarqué aucune amélioration.

L'auteur relate ensuite cinq cas de scrofules traités à l'aide du phosphate, par le docteur Lorenz (de Brême). Le dernier cas seul, qui se rapporte à une jeune fille de 17 ans, probablement tuberculeuse, a eu un succès douteux; dans les quatre autres cas concernant des enfants, le phosphate n'a exercé aucune influence sur l'état des malades.

Une dernière observation publiée par l'auteur concerne un jeune homme de 24 ans, atteint d'une phthisie avancée, avec cavernes, expectoration extrêmement abondante, sueurs nocturnes, amaigrissement, etc. Un régime fortifiant et le phosphate de chaux longtemps continué à la dose de 15 à 20 centigrammes, deux fois par jour, rétablirent ce jeune homme complétement.

Enfin, le docteur Brandes (de Hanovre) envoya à l'auteur trois observations de scrofules traités par le phosphate. Un seul cas fut suivi de guérison, c'est celui d'un impetigo rebelle qui céda au bout de six semaines à des doses assez fortes de phosphate (50 centigrammes trois fois par jour); encore le mal reparut-il au bout de deux mois.

Quoique les résultats dont nous venons de rendre compte soient loin de présenter le degré de certitude nécessaire pour entraîner les convictions, ils n'en méritent pas moins d'être pris en sérieuse considération. On se rappellera que l'albumine et la fibrine du sang sont combinées avec le phosphate calcique, et surtout on n'oubliera pas que l'absence ou l'insuffisance de l'un des principes constituants de notre organisme doit nécessairement occasionner un état pathologique; qu'on réfléchisse sur le rôle du fer et sur les états morbides que détermine la diminution de cette substance dans le sang.

Il s'agit donc de multiplier les observations et de chercher à formuler les indications de l'emploi du phosphate calcique. L'auteur pense qu'on pourra le prescrire dans les caries et dans les fractures, par des motifs qu'il est facile de comprendre.

REMARQUES POUR SERVIR A EXPLIQUER L'ACTION DE L'OXYDE DE ZINC; par le professeur SCHLOSSBERGER.

Le but de ce mémoire est de constater que l'oxyde de zinc est éliminé par les sécrétions, et que ce médicament n'est pas, ainsi que l'a prétendu Heller, une matière inerte, insoluble dans les sucs digestifs, et qui ne fait que traverser le tube alimentaire, sans éprouver aucun changement. Pour prouver la présence de l'oxyde de zinc dans l'urine, l'auteur recommande d'analyser des quantités considérables de ce liquide, par exemple ce qui a été évacué dans les vingt-quatre heures, parce que la proportion d'oxyde qu'il renferme est toujours très-faible; il faut, en second lieu, que le médicament ait été donné à de fortes doses. Outre deux analyses qui ont constaté la présence de l'oxyde de zinc dans l'urine, l'auteur a fait plusieurs expériences qui ont donné les résultats suivants :

1° L'oxyde de zinc digéré dans un liquide digestif artificiel (acide pepsino-chlorhydrique de Schmidt) est dissous par ce liquide.

2° L'oxyde de zinc se dissout dans les acides minéraux très-étendus, ainsi que dans les acides organiques étendus, comme l'acide acétique, l'acide lactique.

3° Je n'ai pas pu obtenir de dissolution de cet oxyde dans une solution de sel de cuisine.

4° L'oxyde de zinc se dissout en quantité assez considérable dans le chlorure ammonique, ainsi que Thénard l'a montré il y a longtemps. Ce fait a une grande importance, eu égard à la présence du chlorure ammonique dans les sucs de l'estomac démontrée par Prout et Berzélius.

5° L'albuminate d'oxyde de zinc se dissout très-difficilement dans l'eau pure; par contre, sa solubilité est augmentée par un excès d'albumine, par la présence de certains sels alcalins, surtout des sels ammoniacaux, et par les acides étendus; dans tous ces cas, l'oxyde de zinc se comporte comme les albuminates d'oxyde de cuivre et autres décrits par Mulder.

Il est bien possible que certaines substances contenues dans nos aliments s'opposent à la dissolution de l'oxyde de zinc; telles seraient peut-être les matières extractives animales; mais l'auteur n'a pas fait d'observation à ce sujet.

ANATOMIE, PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE DE LA TUBERCULOSE DES GLANDES LYMPHATIQUES SUPERFICIELLES; par le docteur H. LEBERT.

L'auteur ayant pris soin de résumer lui-même cet important travail dans une série de propositions, nous nous contenterons de reproduire ce résumé.

1° La maladie qu'on a décrite sous le nom de scrofules glanduleuses est ordinairement une tuberculose des glandes lymphatiques superficielles. La matière tuberculeuse est ici la même que dans les autres organes.

2° Ces tubercules ont une tendance manifeste au ramollissement; les phénomènes d'inflammation et de suppuration qu'on observe souvent proviennent des tissus qui entourent les tubercules.

3° Les tubercules glanduleux ne constituent pas une forme, mais une complication fréquente des scrofules; celles-ci ne possèdent aucun élément déterminé qu'on puisse démontrer par le microscope; elles consistent dans une série d'inflammations chroniques ou de formations hypertrophiques qui dénotent, par leur multiplicité, par leurs alternances, par leur durée, un état morbide particulier affectant tout l'organisme.

4° En général, on rencontre plus rarement, dans les glandes lymphatiques superficielles, l'hypertrophie glanduleuse que la tuberculose.

5° La tuberculose superficielle existe souvent seule, sans aucune complication de scrofules; mais les deux formes morbides ont de la tendance à se combiner entre elles.

6° Cependant il est à remarquer que sur 614 malades affectés de tubercules glanduleux extérieurs ou de différentes formes de scrofules, 439 n'offraient aucune trace de tuberculose, ce qui prouve l'indépendance des deux maladies.

7° Il existe une différence sensible, sous le rapport de la marche et du pronostic, entre les tubercules glanduleux extérieurs et les dépôts intérieurs de la matière tuberculeuse, particulièrement dans les poumons. Les premiers peuvent exister longtemps sans danger, puis se dessécher ou

guérir par élimination; les seconds, au contraire, ont une marche beaucoup plus rapide et le plus souvent une terminaison fatale.

8° La tuberculose extérieure se développe plus souvent d'une manière spontanée que par suite d'hérédité. Cette dernière se manifeste dans les mêmes familles, tantôt par des scrofules, tantôt par des tubercules, ce qui montre de l'affinité, mais non de l'identité entre les deux affections.

9° La tuberculose extérieure n'entraîne la mort que lorsquelle se complique de tuberculose interne.

10° Le pronostic devient défavorable quand il existe des complications de scrofules des os et des articulations, ou lorsqu'il se dépose dans les glandes une grande quantité de matière tuberculeuse; car alors la tuberculose interne peut se produire facilement.

11° La suppuration est le plus sûr moyen d'élimination du mal. Rarement ces tubercules deviennent crétacés; mais souvent ils restent stationnaires à l'état de crudité.

12° Cette maladie appartient le plus souvent à l'âge de 5 à 20 ans; chez les filles, elle est plus fréquente entre 10 et 15 ans qu'entre 15 et 20 ans; c'est le contraire chez les garçons. En général, la puberté n'exerce pas sur sa marche une aussi grande influence qu'on l'a cru jusqu'ici; l'influence des saisons est aussi très-faible.

13° Le plus grand nombre des malades n'ont pas un habitus scrofuleux ni tuberculeux bien prononcé.

14° Une bonne hygiène agit d'autant mieux sur les malades qu'ils ont vécu précédemment dans des circonstances hygiéniques défavorables.

15° La fréquence du pouls, dans les cas de suppuration des glandes superficielles, n'est pas un signe de complications fâcheuses, pas plus que de tuberculisation intérieure.

16° Il n'existe aucun spécifique ni aucun remède capable de produire la résorption des dépôts tuberculeux à l'état cru. L'iode améliore la constitution et peut diminuer l'inflammation chronique des tissus qui entourent les tubercules, mais non la faire disparaître. Une dyspepsie permanente et la diarrhée contre-indiquent son emploi. L'iodure de potassium et l'iodure de fer sont, dans ces cas, les meilleures préparations de ce métal.

17° L'action du brome ne nous est connue que par les bons effets des eaux de Kreuznach.

18° L'huile de morue n'a aucune influence directe sur les tubercules des glandes; elle ne peut être utile que par son action sur diverses complications scrofuleuses.

19° Le calomel, autrefois si renommé dans les poudres de Plummer, n'agit aussi que d'une manière intercurrente dans les phénomènes inflammatoires et est avantageux par son action purgative. Rien ne prouve l'utilité des préparations d'or, du sulfate de baryte, des sels de chaux.

20° Les amers et les toniques sont indiqués chez les malades délicats, épuisés par une longue suppuration. Les préparations de quinquina et le fer sont celles qui agissent le mieux dans ce cas. Le café de gland et la décoction de feuilles de noyer sont de très-bons adjuvants.

21° Les bains salés, les bains de mer, les bains iodés, les eaux mères riches en iode et en brome sont d'excellents moyens pour améliorer la constitution, mais ne peuvent faire disparaître, sans suppuration, la matière tuberculeuse déposée.

22° Les bains soufrés sont favorables quand il existe un grand nombre de plaies en suppuration. L'hydrothérapie, d'après la méthode de Priessnitz, jointe à l'usage de l'iode, mérite examen.

23° Une bonne nourriture composée d'éléments végétaux et animaux, un air pur, une habitation saine, beaucoup de mouvement, des bains froids peuvent agir d'une manière favorable sur la constitution.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 25 MARS.

EXISTENCE DE L'IODE DANS LES PLANTES D'EAU DOUCE.

M. Chatin lit un mémoire sur l'existence de l'iode dans les plantes d'eau douce, et sur les conséquences de ce fait pour la géognosie, la physiologie végétale et la thérapeutique.

Un botaniste anglais, M. John Lindley, ayant fait connaître que l'iode avait été trouvé dans le cresson, M. Chatin a voulu vérifier ce fait. Les recherches auxquelles il s'est livré à ce sujet lui ont fait effectivement reconnaître la présence de l'iode non-seulement dans le cresson, mais dans toutes les plantes qui se développent dans l'eau.

Il a remarqué en outre:

1° Que les plantes qui se développent dans les eaux courantes ou dans les nappes d'eau assez grandes pour être fortement agitées par les vents, contiennent plus d'iode que celles des eaux stagnantes;

2° Que la proportion d'iode est très-faible dans les plantes qui ne sont que momentanément ou trop imparfaitement immergées;

3° Que la proportion d'iode observée dans les plantes paraît être indépendante de leur nature ou de leur place dans l'ordre naturel.

Quant aux conséquences de ces résultats pour la thérapeutique, voici en quels termes l'auteur les résume: il pense que la présence de l'iode dans le cresson justifie les propriétés fondantes, antiscrofuleuses, antiphthisiques et dépuratives qui ont été attribuées à cette plante.

Le cresson de fontaine ou de rivière est partout plus estimé que celui des marécages; l'influence de la nature des eaux sur la proportion de l'iodure démontre la justesse de cette distinction.

L'iode rend compte encore des effets de la phellandrie considérée par quelques praticiens comme succédanée de l'huile de foie de morue dans la tuberculisation pulmonaire.

Le beccabunga était regardé par les anciens comme un bon fondant et comme un antiscorbutique, et l'on recommandait celui des ruisseaux, la présence de la proportion de l'iode explique encore ce fait.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 26 MARS. — PRÉSIDENCE DE M. BRICHETEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend:

Une lettre du ministre du commerce, avec envoi d'un mémoire descriptif de ressorts hygiéniques et orthopédiques inventés par M. Julien Destibayre. (Commissaires: MM. Thillaye, Poiseuille et Bouvier.)

Un grand nombre de lettres du même ministre, les unes avec envoi de rapports sur des épidémies, les autres avec demande d'avis sur diverses recettes et divers remèdes secrets.

M. Mayer, à Metz, adresse un travail sur le choléra, intitulé: Vues synthétiques sur le choléra-morbus.

CAUSE DE LA MORTALITÉ DES ENFANTS DU PREMIER AGE.

M. Reboulleau, médecin à Constantine (Algérie), adresse une note sur *une des plus graves causes de la mortalité des enfants du premier âge*. Cette cause réside, suivant l'auteur, dans la mauvaise alimentation qu'on donne aux nouveau-nés, et qui n'est pas en rapport avec le développement de leurs organes. La meilleure alimentation est celle du lait d'abord séreux, c'est-à-dire tel qu'il est immédiatement après l'accouchement, puis d'un lait progressivement plus nutritif, enfin, de quelques aliments qui s'en rapprochent le plus; en un mot, il faut graduer la nature des aliments suivant le développement des organes de l'enfant. (Commissaires: MM. Moreau, Devilliers et Grisolles.)

—M. Hullin (de Mortagne), correspondant de l'Académie, adresse un mémoire sur la dyssenterie épidémique de Mortagne (Vendée) en 1849, et sur les analogies de cette épidémie avec le choléra, qui régnait en même temps aux environs de cette ville. (Commissaire: M. Girardin.)

EMPLOI DU CHLOROFORME DANS LES FIÈVRES INTERMITTENTES.

M. Delioux, professeur à l'École navale de Rochefort, soumet au jugement de l'Académie quelques considérations sur les propriétés fébrifuges qu'il croit avoir reconnues dans le chloroforme. Il a donné le chloroforme à des malades atteints de fièvres anciennes et rebelles, chez lesquels les préparations de quinquina, les ferrugineux, les toniques amers ne parvenaient plus à suspendre les accès. Il a souvent réussi, dans ces circonstances, à enrayer la maladie. Souvent aussi il a échoué, ou bien les accès n'ont été suspendus que pour peu de temps. L'auteur rapporte cinq observations détaillées à l'appui de son assertion. Il administre le chloroforme sous la forme d'un sirop dans lequel cette substance entre dans la proportion de 5 centigrammes par gramme. Il n'en a jamais observé de fâcheux effets. Toutefois, ajoute M. Delioux, je n'ai pas la prétention de substituer ce médicament à des antipériodiques incontestablement plus efficaces. Je le signale seulement comme un succédané des préparations de quinquina, et je pense par là étendre le champ des applications thérapeutiques de ce précieux agent. (Commissaires: MM. Bricheteau, Orfila et Bousquet.)

— M. Poiseuille demande la parole à l'occasion du procès-verbal.

INFLUENCE DE LA PRESSION ATMOSPHÉRIQUE SUR LA CIRCULATION CAPILLAIRE.

M. Poiseuille: Dans la dernière séance, M. le docteur Pravaz a lu un mémoire dans lequel il a parlé de l'influence de la pression atmosphérique sur les circulations capillaire et veineuse: notre honorable collègue ayant gardé un silence absolu sur les expériences qui ont été faites sur ces points de la science, j'avais pensé qu'elles lui avaient échappé, ou qu'il les ignorait. A l'issue de sa lecture,

j'ai appris de M. Pravaz qu'il les connaissait parfaitement, mais qu'il ne les avait pas citées parce qu'elles ne lui paraissaient pas concluantes.

Je viens prier l'Académie de vouloir bien me prêter quelques moments d'attention pour lui exposer sommairement des expériences.

Dans les *recherches sur les causes du mouvement du sang dans les vaisseaux capillaires*, j'ai été conduit à examiner l'influence que pouvait avoir sur la circulation capillaire une pression ambiante plus ou moins considérable. On sait, en effet, que certains animaux, tels que les poissons et quelques mammifères amphibies, dans leurs excursions au sein des mers, se trouvent quelquefois distants de la surface de l'eau de plus de 80 à 100 mètres; ils supportent alors une pression ambiante de 8 à 10 atmosphères au moins : il était donc important de constater les modifications que pouvait éprouver la circulation sous de telles pressions.

C'est pour atteindre ce but que j'ai fait construire un appareil appelé *porte-objet pneumatique*. Une courte description le fera connaître, et mettra sur la voie des résultats qu'on peut tirer de son usage : il consiste en une boîte en cuivre de forte épaisseur, les parois supérieurs et inférieurs sont des glaces enchâssées dans des rainures qu'offrent les parois latérales; l'une des extrémités de cette boîte porte un tuyau en cuivre qui reçoit tantôt un tube barométrique, tantôt un manomètre à air comprimé; l'autre extrémité présente une large ouverture par laquelle on introduit les animaux; à cette extrémité on adapte tantôt une pompe aspirante, tantôt une pompe foulante. L'animal préparé de manière à voir la circulation capillaire est placé dans l'instrument, et l'appareil lui-même sous l'objectif du microscope; on peut alors observer *directement* les modifications que peut introduire dans les circulations artérielle, capillaire et veineuse une portion ambiante plus ou moins grande.

Nous avons d'abord mis dans l'appareil des batraciens, tels que des salamandres, des grenouilles et leurs têtards; les trois circulations n'ont offert aucun changement en portant la pression, même brusquement, à 2, 3, 4, 5, 6 et 8 atmosphères, et réciproquement.

Nous y avons placé ensuite des mammifères, tels que de très-jeunes rats, de jeunes souris, sur lesquels on peut facilement observer le mouvement des globules sanguins; et chez ces animaux comme chez les batraciens, les trois circulation, artérielle, capillaire et veineuse n'ont présenté aucune différence, lorsque la pression ambiante variait de 1 à 8 atmosphères.

Il y a plus: profitant des expériences de Buffon et d'Edwards, par lesquelles il est démontré que les mammifères dans les premiers jours de leur naissance peuvent rester des heures entières sans respirer, nous avons placé ces mêmes animaux dans le vide, c'est-à-dire sous une pression de deux centimètres de mercure seulement, et nous n'avons pu remarquer aucune modification dans le mouvement des globules. Ces derniers résultats montrent que la pression atmosphérique n'est point indispensable à la circulation.

Ainsi, la première variant de deux centimètres, à six cents centimètres de mercure, aucun changement dans les circulations n'a pu être observé; et cependant chez ces mêmes mammifères, lorsqu'on met en contact avec les parties sur lesquelles on examine la circulation, un liquide de quelques degrés, inférieur ou supérieur à leur température propre, aussitôt une modification très-sensible est constatée dans la circulation capillaire; les globules sanguins se meuvent plus lentement dans le premier cas, et avec plus de rapidité dans le second.

Ces faits établis, faits qui ont eu d'ailleurs pour témoins les membres de la commission de physiologie expérimentale de l'Institut, venir soutenir qu'une augmentation de pression de 20 ou 25 centimètres de mercure, sans observation directe, a nécessairement une influence favorable sur la circulation capillaire, c'est à mon avis, de la part de M. Pravaz, vouloir substituer une conjecture à une certitude.

Quant à l'influence de la pression atmosphérique sur la circulation veineuse, je me contenterai de rappeler, après la longue discussion qui a eu lieu dans cette enceinte il y a quelques années à l'occasion des accidents qui suivent l'entrée de l'air dans les veines, qu'il a été surabondamment reconnu que l'influence de l'inspiration sur la circulation veineuse ne s'étend qu'à quelques centimètres au delà de la cavité thoracique.

— M. Bricheteau lit un rapport sur la méthode de M. Gondret pour le traitement des fièvres intermittentes.

(L'Académie devant se former en comité secret à quatre heures et quart, la discussion et le vote des conclusions du rapport sont renvoyés à la séance prochaine.)

M. le Président, avant d'accorder la parole aux candidats inscrits, fait part à l'Académie du résultat du concours de la Faculté de médecine qui s'est terminé par la nomination de M. Malgaigne, l'un de ses membres.

DIABÈTE SUCRÉ.

M. Bouchardat, candidat à la section de pharmacie, lit un mémoire sur le diabète sucré ou glucosurie.

L'auteur, après avoir analysé dans ce travail tous ses travaux précédents sur le même sujet, cherche à élucider quelques-uns des points difficiles de la question, puis il aborde l'examen de quelques-unes des questions nouvelles, notamment celle de la présence du sucre dans le foie et de ses applications à la glucosurie.

L'auteur rappelle à cette occasion que, dans le but de modifier l'aberration fonctionnelle du foie dans la glucosurie, il emploie les purgatifs les plus divers souvent avec un succès marqué et presque toujours avec un incontestable avantage. Tantôt il se contente de trois à quatre cuillerées par jour de graine de moutarde blanche, tantôt il prescrit les purgatifs drastiques les plus énergiques, la scammonée, la coloquinte, les grains de vie, les pilules de Belloste; quelquefois il a recours à l'huile de ricin, souvent associée à l'éther; il a retiré des avantages de l'emploi du remède de Durande. Il prescrit également l'extrait de fiel de bœuf, le savon médicinal quelquefois à dose élevée, la magnésie calcinée.

M. Bouchardat termine ce mémoire par l'étude des relations qui existent entre la glucosurie et les aberrations du système nerveux.

« Convaincu, dit M. Bouchardat, depuis longtemps par l'examen attentif des glucosuriques qu'il existe fréquemment chez ces malades des aberrations fonctionnelles des diverses parties de l'appareil nerveux accusés soit par une surexcitation générale très-manifeste, soit par un engourdissement des membres, soit par un affaiblissement de la vue, soit par des douleurs très-manifestes dans la région inférieure de la colonne vertébrale, j'ai essayé, pour modifier la glucosurie qui résiste à un régime bien dirigé et dont il subsiste encore quelques traces, les divers agents perturbateurs du système nerveux dont nous disposons habituellement. »

Ces agents, que M. Bouchardat passe en revue, sont le thé, le café, les alcooliques, les opiacés, la belladone, l'atropine, les solanées vireuses, la strychnine et l'extrait alcoolique de noix vomique et l'ammoniaque.

SUR LE PRINCIPE ODORANT DES FEUILLES DE FAHAM.

M. Gobley, candidat pour la même section, lit un mémoire sur ce sujet.

Frappé de l'odeur que présentent les feuilles de Faham, l'auteur a fait quelques recherches pour connaître le principe auquel elle était due. Il a trouvé dans ces feuilles un nouveau principe immédiat qui a la plus grande analogie avec la coumarine découverte par MM. Guibourt; Boullay et Buntron dans le *coumarouna odorata*, et plus tard par d'autres chimistes dans le mélilot, etc.

Il est quatre heures et quart, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de la section de pharmacie sur le classement des candidats.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS DE JANVIER 1850; par MM. les docteurs Lebert et Brown-Séquard, secrétaires.

I. — ANATOMIE NORMALE.

1° CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR L'ANATOMIE COMPARÉE; par M. Segond.

L'auteur a donné, relativement à l'anatomie comparée, un second complément de son exposé sur la méthode anatomique, complément annoncé dans son dernier mémoire sur l'anatomie anormale. Ce nouveau travail, comme les deux précédents, fera partie des mémoires de la Société.

2° DE LA CORRÉLATION EXISTANT ENTRE LE DÉVELOPPEMENT DE L'UTÉRUS ET CELUI DE LA MAMELLE; par M. Ch. Robin.

La mamelle, comme on le sait, appartient aux glandes en grappe. Pendant la lactation, son tissu est dense, résistant, difficile à déchirer; il se montre à la coupe formé d'une trame de tissu cellulaire abondant, très-serré, mais pourtant d'aspect homogène et blanchâtre. Cette trame est parsemée de grains jaunâtres ou rosés, à peu près sphériques, ayant de 1 à 3 millimètres de diamètre; ce sont autant d'*acini*. Portés sous le microscope, on reconnaît que chacun d'eux est formé par la réunion d'un certain nombre de tubes terminés en cul-de-sac ou doigt de gant, larges de 4 à 6 centièmes de millimètre se jetant dans un tube excréteur commun, enveloppé par une quantité plus ou moins grande de tissu cellulaire. Leurs parois sont transparentes et dépourvues d'épithélium tant que la sécrétion est active; pendant cette période, on remarque des globules de lait jusque vers le fond aveugle de ces doigts de gant. Dans les *tumeurs hypertrophiques* de la mamelle, le tissu est plus homogène, il y a en général moins de tissu cellulaire qu'à l'état normal, mais les culs-de-sac ont le même aspect général; ils sont seulement plus larges et tapissés par une épaisse couche de petites cellules ovoïdes.

Hors de l'état de lactation et de grossesse, lorsque l'utérus est revenu sur lui-même, que ses fibres musculaires sont atrophiées, le tissu de la mamelle devient dense, homogène, blanchâtre, plus résistant, et crie sous le scalpel. On ne voit plus les grains jaunâtres ou rougeâtres que forment les *acini*. Aussi, lorsqu'on porte ce tissu sous le microscope, on n'y trouve aucune des traces des culs-de-sac caractéristiques du tissu mammaire. Leur atrophie est complète, et quels que soient tes moyens qu'on emploie, on ne peut les voir, même en se débarrassant du tissu cellulaire par l'acide acétique. Il en est de même, comme on le sait, pour les fibres musculaires lisses de l'utérus, qui, dans l'état de vacuité de cet organe, sont devenues très-étroites et se confondent avec la matière homogène naissante des parois utérines, au point qu'à cette époque, on ne saurait y démontrer l'existence de ces éléments. Mais à partir du deuxième ou troisième mois de la grossesse, les fibres musculaires utérines deviennent visibles, elles prennent les caractères de celles de l'intestin et de la vessie, et même à partir du septième mois, elles sont plus larges qu'elles et plus granuleuses ($0^{mm},010$). Toutes les fois qu'une tumeur ou un kyste des organes gé-

nérateurs détermine le développement de l'utérus, le même fait se produit comme à l'état normal. En même temps qu'ont lieu dans l'utérus ces phénomènes, on en voit d'analogues se passer dans la mamelle. Vers le troisième ou quatrième mois de la grossesse, les culs-de-sac mammaires deviennent visibles au microscope, et quelque temps après les *acini* qu'ils forment peuvent être aperçus sur la coupe de la glande. Les tubes sécréteurs sont d'abord tapissés de leur épithélium spécial; mais lorsque la sécrétion devient active, cet épithélium disparaît. Les mêmes phénomènes se passent lorsqu'une tumeur détermine l'évolution de l'utérus. Lorsqu'un kyste, ou un abcès, ou une tumeur mammaire déterminent une congestion de la glande, on voit se développer les *acini* et leurs culs-de-sac dans toute la portion congestionnée, et au delà ils restent tout à fait atrophiés. Ainsi, dans deux cas de kystes multiples occupant une portion seulement de la mamelle, dans l'épaisseur de 1 à 2 centimètres autour d'eux, les *acini* et leurs culs-de-sac tapissés d'épithélium étaient visibles, et au delà ils étaient tout à fait atrophiés. Ainsi, quand l'utérus revient sur lui-même, ses fibres s'atrophient, et en même temps les *acini* mammaires disparaissent, et réciproquement quand l'utérus se développe; il y a une corrélation constante et intime entre ces deux phénomènes. Sauf les cas pathologiques limités à la mamelle, cette glande ne se développe et ne possède des *acini* ramifiés qu'autant que l'utérus s'est développé et que ses fibres contractiles ont pris les caractères des fibres musculaires organiques. Toutes les fois qu'on trouve les mamelles présentant des *acini* jaunâtres ou rougeâtres visibles à l'œil nu, dans toute leur étendue, on peut en conclure que l'utérus est développé normalement ou pathologiquement, et *vice versâ*. J'ai été conduit à trouver ainsi, d'après l'état de la mamelle, un polype de la muqueuse utérine qui n'avait pas été recherché à l'autopsie; le sujet servait aux dissections de l'École pratique. (Cette note a été omise dans le compte rendu de 28 juillet 1849.)

II. — PHYSIOLOGIE.

RÉGÉNÉRATION DES TISSUS DE LA MOELLE ÉPINIÈRE; par M. BROWN-SÉQUARD.

L'auteur rapporte avoir coupé la moelle épinière sur un pigeon adulte. Trois mois après, l'animal fut tué, et l'on trouva les deux bouts de moelle réunis. M. Follin voulut bien prêter son concours à M. Brown-Séquard et examiner le tissu cicatriciel au microscope. On y trouva des cellules de substance grise et des fibres nerveuses en quantité moindre qu'à l'état normal. Cette régénération anatomique n'avait pas été suffisante pour permettre un retour considérable de la sensibilité et des mouvements volontaires. Il y avait dans les pattes, la queue et l'anus, des mouvements réflexes très-énergiques, mais il n'y avait que des traces de mouvements volontaires. Néanmoins, ce fait est très-intéressant, en ce qu'il est le premier dans lequel on ait trouvé une régénération de cellules et de fibres nerveuses, après une section transversale *complète* de la moelle épinière. Ce fait acquiert encore plus de valeur quand on le rapproche des cas de retour de la sensibilité et des mouvements volontaires après la section complète de la moelle épinière, cas décrits par M. Brown-Séquard, dans le compte rendu des séances de la Société, au mois de février 1849. (GAZ. MÉD., n° 11, 1849.)

III. — EXPLORATION PATHOLOGIQUE.

1° CAS D'ANESTHÉSIE SANS PARALYSIE DU MOUVEMENT; par M. LEBRET.

M. Lebret mentionne un fait de *spina-bifida*, accompagné d'anesthésie, dans l'extrémité des membres inférieurs, sans paralysie du mouvement. L'enfant sujet de cette observation est un jeune garçon de 6 ans, couché à l'hôpital des Enfants : il porte au niveau des deux premières vertèbres lombaires une tumeur fluctuante, représentant assez bien une moitié de grosse pomme, sans tension ni changement de couleur à la peau, sans battements ni variations de volume : on apprécie l'écartement des lames vertébrales entre lesquelles cette tumeur fait saillie, et l'enfant accuse une douleur assez vive lorsque l'on comprime fortement sur elle. Les mouvements des membres sont conservés; ce garçon est venu à pied à l'hôpital; nous l'avons vu marcher très-normalement; mais la sensibilité a tout à fait disparu, dans les deux membres, de la plante des pieds inclusivement jusqu'à la réunion du tiers moyen avec le tiers supérieur de la jambe; tellement qu'une boule d'eau chaude laissée imprudemment au contact des pieds a produit une brûlure du deuxième degré dans toute l'étendue de la région plantaire, sans que l'enfant en ait eu conscience. Aujourd'hui encore, on panse les plaies, on pique la peau vivement; tant que la limite indiquée ci-dessus n'est pas dépassée, il n'y a aucune sensation, l'enfant rendant d'ailleurs parfaitement compte de ce qu'il éprouve. On note encore chez ce malade quelques douleurs vagues, ressenties souvent dans des points différents des membres; il urine constamment sous lui; les selles ont lieu volontairement.

M. Lebret perdit de vue ce malade, qui mourut bientôt, et l'autopsie fut faite en son absence. Il regrette de ne pouvoir en donner les détails, mais il sait positivement qu'on n'a rencontré aucune altération de la moelle épinière; que le spina-bifida était constitué par une dilatation des méninges rachidiennes, occupant l'espace laissé par l'écartement des lames vertébrales, et que le volume de la tumeur était dû principalement à une accumulation de tissu adipeux à l'extérieur.

2° PRÉSENCE DU GLUCOSE DANS LA SÉROSITÉ D'UN VÉSICATOIRE POSÉ A UN DIABÉTIQUE; par M. WURTZ.

(Service de M. RAYER.)

Le liquide, séreux, coloré ou jaune pâle, et fortement chargé d'albumine, a été mêlé avec de l'alcool concentré et soumis à l'ébullition. L'albumine coagulée ayant été séparée par le filtre, on a évaporé à une douce chaleur et réduit au sixième du volume primitif la liqueur limpide obtenue après la filtration. Cette liqueur a été mélangée avec du tartrate de cuivre dissous dans la potasse. Par l'ébullition, il s'est formé un précipité jaune abondant, formé probablement par de l'hydrate de protoxyde de cuivre. Il y a donc eu réduction du sel cuivrique, due selon toute probabilité à la présence d'une petite quantité de glucose. Pour donner à cette conclusion toute la rigueur que l'on doit apporter dans de pareilles recherches, il sera nécessaire de retirer du glucose cristallisé de la sérosité qui a été examinée.

Il est bon d'ajouter que le liquide d'un vésicatoire posé à un malade affecté d'une pleurésie, n'a pas donné, après un traitement identique à celui qu'on vient de décrire, la réaction qui indique la présence du glucose.

3° RECHERCHE DU SUCRE DANS LES CRACHATS D'UN DIABÉTIQUE; par le même.

(Même service.)

Les crachats que le malade expectorait ont été recueillis dans un vase dans lequel on avait eu soin de verser de l'alcool. On devait empêcher ainsi la fermentation du sucre dans le cas où il y en aurait.

Pour découvrir ce principe, on a fait bouillir la liqueur alcoolique avec les crachats. On a décanté ensuite l'alcool et on a ajouté de l'eau distillée sur le résidu. La liqueur ayant été portée de nouveau à l'ébullition, on l'a réunie avec le liquide alcoolique, on a filtré et on a évaporé. Le produit de la concentration, après avoir été filtré de nouveau, a formé une liqueur parfaitement limpide, qui devait renfermer tout le sucre contenu dans les crachats. Cette liqueur a été mélangée avec du tartrate double de cuivre et de potasse, et portée à l'ébullition. Elle n'a formé avec ce réactif qu'un précipité verdâtre insignifiant, sans qu'il y ait eu réduction du sel cuivrique. Cette expérience permet de conclure à l'absence du sucre dans les crachats examinés.

On sait que le docteur Francis a trouvé une quantité notable de glucose dans les crachats de deux diabétiques. Le résultat négatif obtenu par M. Wurtz n'infirme en rien les faits du docteur Francis; mais il montre que la présence du sucre dans les crachats des diabétiques n'est pas un fait constant.

4° ORIGINE DU NERF FACIAL AU-DESSOUS DE L'ENTRECROISEMENT DES PYRAMIDES; EXPLICATION ANATOMIQUE DE LA PARALYSIE CROISÉE DE CE NERF; par M. JOBERT DE LAMBALLE.

« Il est une question qui me semble digne d'être soumise à la Société, c'est l'étude de l'origine du nerf facial.

» Après les belles recherches anatomiques de Gall sur l'entrecroisement des pyramides, on crut trouver sur plusieurs points sa théorie en désaccord avec les faits que l'on observe sur l'homme malade, et, par exemple, la paralysie croisée du nerf facial se presenta d'abord à l'esprit du pathologiste; car on sait qu'il nait au-dessus de la décussation. Ceci parut d'autant plus inexplicable que la paralysie est directe pour les nerfs trifacial et moteur oculaire communs. Le savant professeur Bérard ne manqua pas de signaler ce fait, et la théorie de Gall sembla en effet subir une atteinte. J'avance que, pour mon compte, elle ne me sembla pas non plus complétement satisfaisante sous ce rapport. Ce point d'anatomie attira mon attention dès 1826, et j'eus l'occasion dans un concours pour le prosectorat dans des dissections nombreuses faites sur le nerf facial et le pneumogastrique, de me rendre compte de cette contradiction apparente de la doctrine de Gall. Je remarquai que si les nerfs moteur oculaire commun, trifacial, etc., ne se croisaient pas, il n'en était pas de même du nerf facial, dont la racine prend sa cause excitatrice dans le quatrième ventricule, en s'enfonçant profondément dans la substance nerveuse, jusqu'au-dessous de l'entrecroisement des fibres des pyramides. Jusque-là personne, à ma connaissance, n'avait suivi le nerf aussi has, et toujours on avait noté qu'il naissait au-dessus des pyramides.

» Ainsi donc, si cette disposition anatomique est exacte, l'explication de la paralysie croisée sera facilement obtenue par là; et si, pour les nerfs moteur oculaire commun et trifacial qui vont se rendre à la face, le mouvement et le sentiment cessent du même côté de l'épanchement et de la lésion, c'est que ces cordons nerveux ne se croisent pas. »

5° REIN, URETÈRE ET VESSIE ENVAHIS PAR DES TUBERCULES CHEZ UN MILITAIRE MORT DANS LE SERVICE DE M. CAZALAS; par M. HIFFELSHEIM.

Le rein gauche, considérablement hypertrophié, offre un grand nombre de saillies mamelonnées et fluctuantes.

Le bassinet et l'uretère offrent une consistance anormale; le bassinet a un volume proportionnel à celui du rein; l'uretère a un diamètre de 5 millimètres. Une coupe sur le dos du rein laisse échapper une grande quantité d'un liquide séro-purulent, mêlé de détritus caséiformes.

L'intérieur du rein présente un certain nombre d'excavations résultant de la

destruction de la substance tuberculeuse et séparées par les prolongements plus ou moins intacts de la substance corticole.

Le rein, le bassinet et l'uretère sont recouverts par une matière jaunâtre que le microscope démontre de nature tuberculeuse. Ce produit hétéromorphe recouvre la muqueuse dans une épaisseur de 2 millim. et l'infiltre partout.

Le tubercule, en se ramollissant au centre des cônes de Malpighi, a entraîné cette remarquable perte de substance.

M. Lebert a découvert à l'aide du microscope les tubes droits infiltrés et remplis de matière tuberculeuse, et cette même substance interposée entre les tubes. La couleur rouge brun des prolongements corticaux tranche parfaitement avec la couleur jaunâtre du tubercule ramolli.

L'uretère est dans un état normal au niveau de son insertion au bassinet et dans l'étendue de 2 centim.; il offre ensuite l'épaississement considérable déjà signalé, et une obstruction telle qu'on y introduit avec peine un stylet très-fin. La vessie a le même aspect, le même épaississement, la même augmentation de consistance, avec un volume ordinaire. Les tubercules là aussi infiltrent et recouvrent manifestement la muqueuse.

Le sujet, dont les antécédents sont encore inconnus, mais seront incessamment publiés dans une observation détaillée, offrait une tuberculisation générale des poumons et de plusieurs ganglions mésentériques. L'autre rein présentait pour toute lésion un tubercule dans la substance tubuleuse.

6° TOURNOIEMENT CHEZ UN ENFANT; par M. LEBERT.

Un jeune garçon, âgé de 12 à 14 ans, assez robuste, couché dans le service de médecine à l'hôpital des Enfants, est atteint de crises singulières; au milieu de ses jeux, on le voit tout à coup s'asseoir dans un coin et, comme en proie à des hallucinations, faire des signes incohérents à ses camarades; puis il semble absorbé en lui-même; la tête s'incline sur la poitrine; le corps s'affaisse, l'enfant tombe à terre et reste couché de son long sur le sol. Alors les membres sont violemment contracturés, d'une manière tonique; les mâchoires demeurent serrées; mais ni les traits de la face ni les yeux n'éprouvent de convulsions. Cet état de contracture persiste quelquefois durant un quart d'heure ou même davantage, sans que le malade semble avoir conscience de ce qui l'entoure. Tout à coup un bruit comparable à celui du soufflet mis en action fortement annonce des contractions énergiques du diaphragme, et c'est à ce moment précis que l'enfant roule sur son axe longitudinal, d'une extrémité à l'autre de la chambre, avec une rapidité incroyable. Ajoutons que ce singulier tournoiement a lieu tantôt d'un côté tantôt de l'autre, sans qu'il y ait besoin pour changer sa direction qu'un obstacle soit venu l'arrêter; le mouvement est tel qu'il semble aux assistants que ce malheureux va se briser contre les murs.

Nous avons observé l'enfant avec soin, et nous pouvons affirmer que les yeux ne se tournent en aucune façon d'un côté ou de l'autre, suivant le mode du tournoiement; ils restent ouverts et mobiles, sans fixité; de plus, le visage n'annonce aucun signe de paralysie partielle, même temporaire.

Au bout de deux à trois minutes environ, le tournoiement a cessé, les membres se relâchent, et il arrive ou bien que l'enfant est pris au bout d'un temps variable de nouvelles contractures, suivies de la même scène; ou que la connaissance lui revient peu à peu. Dans ce dernier cas, on le voit se relever avec un air d'hébétude comparable aux suites de l'ivresse; il répond à peine aux questions qu'on lui adresse; ses regards se promènent çà et là, sans motif intelligent, et il ne conserve aucun souvenir de ce qui vient de se passer.

Presque dans tous les cas, les crises se succèdent à de courts intervalles; on en a compté jusqu'à cinq ou six dans une journée ou nuit, semblables en tout à celle à laquelle nous avons assisté durant trois quarts d'heure environ; quelquefois elles persistent moins longtemps.

Ce garçon a l'intelligence médiocrement développée; d'ailleurs toutes les fonctions s'accomplissaient régulièrement chez lui à l'époque où nous l'observions. Les antécédents nous ont manqué.

— A l'occasion de cette communication, M. Brown-Séquard fait remarquer que ce fait donne un démenti à l'explication du tournoiement émise par Henle, et qui consiste en ceci que le tournoiement serait la conséquence d'une sorte de vertige dû à des mouvements convulsifs des yeux. Dans le cas observé par M. Lebret, les yeux n'étaient aucunement convulsés.

7° SUR LA STRUCTURE D'UN ÉPULIS DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR; par M. CH. ROBIN.

M. Robin présente une tumeur du volume d'une petite noix qui lui a été remise par M. Dionis, interne des hôpitaux. Cette tumeur qui a nécessité l'amputation d'une partie du maxillaire inférieur, parce qu'on la croyait cancéreuse, était en réalité dépourvue du suc caractéristique de cette dégénérescence. En examinant une portion du tissu de sa surface, MM. Dionis et Robin y trouvèrent des *plaques à noyaux multiples* qu'on trouve à l'état normal dans la moelle des os (voir la description qu'en a donné M. Robin dans notre compte rendu d'octobre 1849). Ils diagnostiquèrent alors que le mal avait son point de départ dans le tissu osseux du maxillaire et non dans le périoste, comme on l'avait cru d'abord. Une coupe de l'os montra en effet que la tumeur partait de l'os et avait envahi le quart de son épaisseur. Il n'y avait pas d'élément cancéreux; le tissu morbide était exclusivement formé des éléments homœomorphes suivants : 1° des plaques à noyaux multiples très-nombreuses; 2° des éléments fibro-plastiques (noyaux et fibres fusiformes); 3° du tissu cellulaire moins abondant que les éléments ci-dessus; 4° des vaisseaux capillaires et des granulations moléculaires.

La plupart des épulis proprement dits ont pour élément principal comme celui-ci les plaques à noyaux multiples et les éléments fibro-plastiques, et partent de l'os; d'autres partent seulement du périoste et sont purement fibreux et fibro-plastiques. Les uns et les autres sont par conséquent homœomorphes. Diverses tumeurs du tibia, du fémur, etc., partant soit du tissu compacte soit du canal médullaire, et qu'on a souvent pris pour des cancers, sont homœomorphes et ont pour élément principal les plaques à noyaux multiples. (19 janvier 1850.)

8° GANGLIONS BRONCHIQUES TUBERCULEUX CHEZ UN VEAU SANS TUBERCULES DANS LES POUMONS; par M. RAYER.

M. Ch. Robin montre, au nom de M. Rayer, plusieurs ganglions bronchiques tuberculeux plus gros qu'un œuf de poule. Ces ganglions, trouvés chez un veau, comprimaient les voies aériennes. Les poumons, examinés avec soin, ne contenaient pas de tubercules. On sait que chez l'homme, il n'est pas rare de rencontrer dans l'enfance les poumons sains et les ganglions bronchiques tuberculeux. A cet égard l'observation qui précède est intéressante, puisque c'est sur un jeune animal qu'elle a été faite.

9° SUR L'ÉPOQUE A LAQUELLE ON DOIT EXTIRPER LES SÉQUESTRES; par M. MAYOR (de Genève).

L'auteur s'exprime ainsi :

Dans le commencement du siècle passé, on confondait très-souvent la carie avec la nécrose; aujourd'hui encore on trouve au musée Dupuytren certaines maladies syphilitiques des os classées avec les nécroses. Je crois que c'est une erreur. Voici ce que j'entends par nécrose; c'est la mort complète d'une portion d'os vivant, occasionnée par une inflammation aiguë ou provenant de la privation de l'os des vaisseaux nourriciers par cause traumatique.

J'avais besoin de dire ces quelques mots avant de vous exposer mes idées sur la nécrose et le traitement que je lui ai appliqué depuis plus de vingt ans, afin qu'on ne me fît pas d'objections tirées de faits pratiques qui ne se rapportent pas à cette maladie.

Toutes les fois qu'une inflammation a été assez intense pour détruire les rapports intimes du périoste avec le tissu osseux et faire cesser la circulation du sang dans les vaisseaux sanguins d'un os, celui ci est frappé de mort; dans ce cas, le périoste se sépare de la partie osseuse et il sécrète par la paroi interne une lymphe abondante, puis du pus qui s'accumule entre lui et l'os; cette collection se fraye par elle-même un passage pour arriver plus ou moins vite au dehors ou par une ouverture que lui fait un bon praticien au grand soulagement du malade; pendant ce temps les parties de l'os restées vivantes se sont ramollies et tuméfiées par l'inflammation, tandis que celles de l'os frappé de mort restent dans le même état; par conséquent la portion vivante de la fibre qui s'est tuméfiée n'a pu rester en rapport avec la portion morte de cette même fibre qui a conservé son état antérieur; dès lors elles ont dû se séparer, comme l'escarre le fait des parties molles encore vivantes; seulement dans l'un et l'autre cas, le temps voulu pour la séparation de ces parties est toujours égal au temps voulu pour le développement complet de l'inflammation ; ainsi il est court pour celle du tissu cellulaire, plus long pour la peau, plus long encore pour les tendons, et davantage pour les os. Nous savons tous combien il faut de temps, dans les cas de fracture, pour développer l'inflammation nécessaire au ramollissement des os pour la formation du cal; pourquoi n'a-t-on pas fait l'application de ces connaissances au traitement des nécroses? Je crois que c'est parce qu'à tort on a fait de la mobilité du séquestre une condition nécessaire à son extraction, parce que cette mobilité a été regardée comme la preuve unique de la séparation de l'os vivant; on ne s'est pas assez rappelé que l'os nécrosé se séparait de ce dernier par une surface dentelée, et que par conséquent il devait être comme enchatonné à ses deux extrémités; ainsi, quoique réellement séparés, il devait être immobile; c'est donc bien à tort, suivant moi, qu'on attend sa mobilité pour en faire l'extraction, extraction que j'affirme, d'après ma pratique qui date de trente ans, être toujours possible dans les trente à quarante jours qui suivent le moment de la plus forte inflammation. Voyez ce qui se passe dans la nécrose d'un os plat ou dans celle d'un os long qu'une amputation a divisé. Tout ce que je dis se rapporte à l'âge viril. Dans l'enfance tout se passe plus rapidement. Chez un enfant de 13 mois, la nécrose d'une portion de l'omoplate du corps d'une côte était complétement séparée des parties vivantes de ces os dès le dix-septième jour de la maladie, tandis que dans la vieillesse un temps plus long est nécessaire. Cependant chez une dame de 72 ans, à laquelle j'avais enlevé sur le pariétal une tumeur et le périoste auquel elle était adhérente; une lame de cet os de 2 pouces de diamètre s'exfolia et fut enlevée dès le vingt-neuvième jour de l'opération. Tous les médecins savent qu'il faut aussi tenir compte de la vitalité plus ou moins grande du malade; ainsi chez une femme pauvre, depuis longtemps mal nourrie et épuisée encore par une longue suppuration, par conséquent très-faible, je n'obtins la séparation d'une nécrose du tibia que soixante-six jours après l'ouverture de l'abcès; mais j'ose affirmer que ce dernier cas fait une exception rare à la thèse que je soutiens; la séparation de l'os nécrosé est ordinairement opérée dans la sixième semaine qui suit le début de la maladie; il est vrai que le séquestre est encore immobile, mais j'en ai expliqué la cause.

Dès le moment où je fus convaincu que le séquestre se séparait plus tôt qu'on ne l'avait cru, et que la question de sa mobilité prétendue nécessaire fut résolue pour moi, je me posai cette autre question : Est-il nécessaire d'attendre que le nouvel os soit formé pour enlever celui qui est mort? Bientôt j'eus répondu par la négative, persuadé que l'extraction de la nécrose devait être bien plus facile

lorsqu'il n'y aurait que des parties molles à inciser que lorsqu'il faudrait, à grand'peine, faire de larges ouvertures dans le nouvel os au moyen du trépan et de la gange. Enfin, pour les membres à un seul os, n'avais-je pas à ma disposition, pour combattre la contraction des muscles, tous les appareils imaginés dans le même but par les chirurgiens pour les cas de fractures obliques et comminutives ?

Bientôt l'occasion se présenta de mettre en pratique mes idées sur ce sujet. Une jeune fille de 9 ans me fut amenée de la campagne après deux mois et demi de maladie suite d'*un coup de froid*, au dire de ses parents, c'est-à-dire sans cause connue ; il y avait eu d'abord une inflammation violente de la cuisse, à laquelle avait succédé un abcès, puis une fistule située au-dessus du genou et à l'intérieur de ce membre. L'opération consista en une incision de 2 pouces d'étendue pour agrandir la fistule, une extension et une contre-extension pour dégager l'extrémité inférieure du séquestre, qui fut saisi avec une pince de moyenne force. Le genou, grâce à la souplesse du périoste, fut porté en dehors, c'est-à-dire que la cuisse fut courbée ayant sa concavité en dehors, sa convexité en dedans. Le séquestre fut ensuite extrait tout comme on enlève une dent incisive de son alvéole. Le membre fut redressé et maintenu par l'appareil à extension de Boyer, modifié par mon compatriote M. Fine. La suppuration cessa bientôt ; la plaie se cicatrisa ; le nouvel os se forma et se solidifia pendant ce temps. A la fin du quatrième mois et demi du début de la maladie, cette enfant marchait avec des béquilles. Le sixième mois fini, elle les avait quittées et était complétement guérie, mais avec un raccourcissement du membre d'un demi-pouce et une cuisse aplatie d'avant en arrière.

Deux ans plus tard, je procédai de la même manière pour extraire la nécrose du corps presque entier de l'humérus du bras droit d'un jeune homme de 14 ans, qui, six semaines auparavant, avait reçu un violent coup sur ce membre. Il y avait eu une violente inflammation ; une suppuration et une ouverture avaient été faites sur le point le plus fluctuant, c'est-à-dire auprès de la base interne de l'insertion du deltoïde sur l'humérus. Après l'opération, l'extension et la contre-extension furent faites avec plus de soin, grâce à la docilité du malade, et le raccourcissement qui en est résulté est imperceptible. Aujourd'hui c'est un fort et vigoureux agriculteur.

Plus tard j'ai fait encore la même opération à un homme de 32 ans, avec le même résultat ; seulement, lorsque j'agrandis la fissure ainsi située à la partie supérieure et à la face un peu intérieure du bras, je trouvai que le périoste avait déjà la consistance du cartilage ; aussi eus-je un peu de peine à courber le bras pour faciliter l'extraction du séquestre.

Je dois faire observer que dans les deux cas de nécrose du corps de l'humérus la fistule spontanée dans l'un et l'ouverture de l'abcès dans l'autre étaient situées dans le haut du membre et à la partie interne comme je l'ai dit, tandis qu'à la cuisse la fistule était située à la partie inférieure et interne un peu au-dessus du genou.

Dans les cas que je n'ai pas pu opérer, j'ai toujours trouvé une fistule située à la même place dans chacun de ces deux membres ; je ne les ai pas opérés (excepté à la cuisse dans une occasion favorable), parce que le nouvel os formé ne me permettait pas de tenter une opération souvent impossible qui alors devient très-grave et qui peut faire courrir au malade des chances de mort, motif suffisant pour s'en abstenir ; car le malade peut fort bien vivre avec une maladie pareille.

Je ne vous détaillerai pas les opérations que j'ai faites dans des cas nombreux où j'ai enlevé très-facilement des nécroses plus ou moins complètes d'autres os, lorsque la maladie était récente, plus difficile lorsqu'elle était plus ancienne, mais toujours sans attendre la formation, du moins la formation complète du nouvel os. Sans doute, lorsque j'y ai été forcé, j'ai aussi fait comme tous les autres chirurgiens, mais avec peine, l'ablation de la paroi antérieure du nouvel os pour en extraire le séquestre, excepté dans les cas de nécroses du fémur.

Enfin, je ferai encore cette remarque. Dans toutes les nécroses du cylindre entier du fémur et de l'humérus que j'ai extraites ou que j'ai vues au musée Dupuytren, à celui de Strasbourg et sur les figures publiées l'extrémité inférieure des nécroses du fémur et l'extrémité supérieure des nécroses de l'humérus sont celles qui, comparativement avec leurs extrémités opposées, se sont séparées le plus également, c'est-à-dire avec les dentelures les moins longues.

Si l'on rapproche le fait dont je viens de parler de la circonstance toujours observée que la fistule se trouve placée dans le voisinage de l'extrémité la moins dentelée de la nécrose, on comprendra que le procédé d'extraction que j'ai indiqué en doit être facilité.

Je me résume et je dis :

1° Que le séquestre est toujours séparé de l'os vivant dans les quatre ou huit semaines qui suivent le début de la maladie ;

2° Qu'il n'est pas nécessaire d'attendre la mobilité pour en faire l'extraction ;

3° Que toutes les fois que l'occasion s'en présente, l'extraction doit être faite avant que le périoste ait fourni un nouvel os, et surtout avant qu'il soit ossifié ;

4° Qu'enfin lorsqu'il n'y a qu'un seul os au membre, l'application d'un appareil à extension et contre-extension suffit pour empêcher son trop grand raccourcissement pendant l'application.

(La suite au prochain numéro.)

BIBLIOGRAPHIE.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HÔTEL-DIEU DE LYON, OU COMPTE RENDU DE LA PRATIQUE CHIRURGICALE DE CET HÔPITAL PENDANT SIX ANNÉES ; par M. J.-E. PÉTREQUIN, professeur à l'École de médecine de Lyon, etc. — Paris, 1850, chez J.-B. Baillière, et Germer Baillière.

L'usage des comptes rendus pour les chirurgiens de l'Hôtel-Dieu date, à Lyon, d'un demi-siècle. A l'imitation de M. A. Petit, qui le premier en donna l'exemple, tous ses successeurs ont ensuite regardé comme un devoir de payer à leur tour le même tribut. Effet naturel de l'organisation qui assigne une durée très-limitée aux fonctions du chirurgien-major, cette coutume a contribué puissamment à l'éclat de la chirurgie lyonnaise, en rappelant sans cesse au public les titres de ses représentants. Il y a même, sous ce rapport, entre eux et les médecins du même établissement un contraste singulier. Le même usage qui borne à six années le service des chirurgiens, accorde dix ans aux médecins. Aussi voit-on ceux-ci, à l'exemple des chefs de service, à Paris, demeurer tranquilles dans leur longue possession, et en général beaucoup moins empressés de faire fructifier les résultats de l'observation clinique journalière. Bizarre anomalie ! Les médecins des hôpitaux, à Lyon, ne lisent point de comptes rendus de leur pratique. Chose plus bizarre encore ! On n'a pas souvenir qu'ils aient réclamé auprès de l'administration contre cette inégalité par laquelle se perpétue l'infériorité de fait, imméritée sans doute, mais qu'ils subissent de temps immémorial dans l'opinion de leurs compatriotes, relativement aux chirurgiens.

Deux voies différentes s'ouvrent à celui qui entreprend un pareil travail, toutes deux également consacrées par l'usage et par l'approbation des juges compétents. Quelques-uns réservent pour cette circonstance un sujet d'apparat, qu'ils traitent *ex professo* de manière à donner plutôt une idée de leur portée intellectuelle que de leur pratique hospitalière. D'autres (et c'est le plus grand nombre), préférant au plaisir de briller la satisfaction d'être utiles, s'imposent la tâche d'éclairer, par l'énoncé sincère de leurs efforts, de leurs succès et aussi de leurs mécomptes, la carrière où vont entrer leurs successeurs.

Par la nature de son esprit scientifique aussi bien que par ses antécédents, M. Pétrequin se trouvait en quelque sorte poussé dans cette dernière voie. Mais en songeant à ses nombreuses productions antérieures, on pouvait douter qu'il trouvât encore assez de travaux inédits pour remplir le cadre imposant de cette séance solennelle où maîtres et élèves, amis et rivaux, viennent avec des exigences presque également difficiles à satisfaire. Notre savant confrère s'est tiré avec le plus grand bonheur de cette épreuve délicate. Il a su montrer, par l'abondance et la richesse de ces nouveaux matériaux, l'inépuisable fécondité de la source qui lui avait été ouverte : ajoutons qu'il n'a pas moins fait reconnaître, dans les ingénieux développements que chaque sujet a pris sous sa plume, toute l'habileté de la main à qui le soin de l'exploiter avait été confié.

D'après les calculs les moins contestables, près de *dix mille* malades passent en six ans sous les yeux du chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu de Lyon. Plus de *deux mille* opérations ont été pratiquées par lui durant ce même laps de temps. M. Pétrequin nous apprend qu'il a tenu quotidiennement, et avec le plus grand soin, le *journal* détaillé de ces opérations. Mais l'exposé purement statistique de ses résultats sous ce rapport eût risqué de paraître trop aride pour la circonstance actuelle ; il s'est donc réservé d'y revenir ultérieurement, et dans un milieu plus exclusivement scientifique. — Nous prenons acte de cette promesse, et nous en attendons avec confiance le prochain accomplissement. Nos lecteurs doivent savoir par expérience que, pour M. Pétrequin, des engagements de cette nature passent avant tout autre devoir.

Dans un domaine si large, il est des bonheurs de position ; mais il en est d'autres qui ne sont point l'effet du hasard. Favorisé par les circonstances, un praticien peut bien voir abonder sous ses yeux ces cas intéressants que leur rareté seule rend précieux. Qu'importe si, manquant de la faculté d'analyse, il se borne à en consigner la relation dans un stérile procès-verbal ? Il ne mentionnera son nom qu'au rang infime des simples manœuvres de l'édifice scientifique. — Tel n'a pas été le rôle de M. Pétrequin. Si la fortune l'a, sous ce rapport, traité en enfant gâté, on ne peut, comme à l'ordinaire, taxer ici ses faveurs de caprice. A eux seuls, les résultats cliniques obtenus dans le traitement des anévrismes

suffiraient pour montrer à quel point notre auteur a su utiliser l'heureux et exceptionnel concours de faits importants qui se sont passés pendant la durée de ses fonctions. Chaque nouveau cas de cette espèce, on peut le dire, est devenu entre ses mains l'occasion d'un perfectionnement de la méthode. Soit pour le choix de l'appareil galvanique, soit pour la direction des aiguilles, la disposition de l'enduit isolant, la durée des séances, l'emploi des moyens auxiliaires, l'extension des indications, etc., etc., la galvano-puncture hémoplastique n sans cesse grandi; et chaque observation de plus était en même temps la source d'un progrès, puis la démonstration expérimentale de sa convenance. — A ce point de vue, la nouvelle méthode est sûre de l'avenir; car son passé n'a été qu'une progression continuelle, toujours soutenue et encouragée par l'appui le plus sûr, celui de l'épreuve clinique.

Cette découverte capitale n'a pas seule préoccupé notre auteur. Bien qu'il puisse réclamer l'honneur de l'avoir portée lui-même à son apogée; bien qu'elle n'ait plus besoin (il est permis de l'affirmer), pour conquérir la première place, que d'être plus connue et mieux connue, d'autres travaux auront simultanément marqué le majorat de M. Pétrequin. Pour nous borner à ceux dont le sujet est moins connu de nos lecteurs, nous rappellerons d'abord ses recherches sur la *cataracte noire*. Trois exemples de cette curieuse affection se sont présentés à lui. Il a profité pour confirmer expérimentalement la valeur d'un procédé diagnostique dont la théorie seule pouvait faire pressentir, mais n'avait pas encore établi l'utilité dans ce cas. Je veux parler de la *réflexion des trois images*. Il a constaté que l'image renversée, manque alors, à cause de l'obstacle constitué par la cataracte noire, qui absorbe la lumière. Bien plus : dans l'une de ses observations, la cristalloïde antérieure était également opaque; aussi, comme cette membrane ne pouvait plus réfléchir les rayons lumineux, il n'y avait chez ce malade qu'une seule image droite et superficielle produite par la cornée. — Ces données sont ici d'autant plus importantes à préciser qu'elles fournissent l'unique moyen de distinguer cette variété de cataracte d'avec l'amaurose. Et l'on sait quelle influence le diagnostic exerce, dans cette question, sur la thérapeutique!

Nous ne quitterons point le chapitre de l'ophthalmologie sans signaler une maladie encore bien litigieuse quant au mécanisme de sa formation, le synchisis *étincelant*. M. Pétrequin avait été conduit par l'analyse raisonnée des phénomènes qui la constituent, à penser qu'elle est l'effet de la décomposition moléculaire de la matière grasse de l'humeur aqueuse. Cette conception a reçu une démonstration rigoureuse par l'expérience directe d'un de ses élèves, M. Hervier, qui réussit à reproduire artificiellement, de toutes pièces, le synchisis étincelant en injectant de la cholestérine dans l'œil.

Un total de plus de *deux cents amputations* ou *resections* figure dans ce compte rendu. L'auteur ne s'est cependant pas attaché à les supputer toutes minutieusement. Une énumération, fût-ce même de succès, aurait risqué de paraître trop fastidieuse. Sans sortir du sujet, il a trouvé moyen d'intéresser son auditoire en abordant l'un des corollaires les plus instructifs de sa pratique opératoire. Il s'agit de l'*infection purulente*. M. Pétrequin annonce, mais avec une réserve digne d'éloge, que le remède préventif de ce terrible accident se trouverait dans la précaution de lier simultanément les veines et les artères, après la section du membre. On mettrait ainsi une barrière à la fonction, si dangereuse dans ces circonstances, du système veineux..... Imitons nous-même l'exemple de M. Pétrequin quant à la valeur de cette innovation opératoire. Espérons, mais attendons.

Moins rapidement meurtrière que celle-ci, l'*infection putride* ne fait pas dans les grands hôpitaux des ravages moins déplorables. Pour en arrêter les progrès, il faudrait s'adresser à ses deux sources, il faudrait modifier à la fois et le pus qui croupit et se décompose, et la membrane pyogénique enflammée dont l'absorption morbide introduit et charrie dans l'économie les matériaux de la fièvre infectieuse. — M. Pétrequin remplit avec avantage cette double indication à l'aide d'injections d'une solution de potasse caustique. Une fois le foyer purulent ouvert sur deux points opposés il y fait pénétrer une quantité suffisante de ce liquide pour lui faire occuper toutes les parties de la poche morbide. La solution doit posséder une force caustique telle qu'une chaleur modérée se développe à la suite de son emploi, dans les parois de l'abcès. En général, elle varie de 1 à 2 grammes de potasse pour 100 grammes d'eau distillée. L'injection est renouvelée tous les jours, ou même deux fois par jour. Bientôt le pus devient moins fétide, mieux lié, le foyer se rétrécit. En même temps les frissons cessent, la face se colore; en un mot, l'amélioration de l'état général témoigne de l'heureuse et prompte influence de cette médication, d'ailleurs si rationnelle. Nous devons ajouter cependant qu'il vaudrait mieux prévenir l'altération du pus que d'avoir à la combattre. Sous ce rapport M. Pétrequin aurait peut-être bien fait d'expérimenter d'une manière plus suivie la méthode à l'aide de laquelle on prévient à coup sûr l'infection putride.

La herniotomie, malgré toute la maturité qu'on apporte à en peser l'indication, malgré toute la prudence et l'habilité déployées dans son exécution, demeure toujours l'une des opérations les plus graves. On prendra, dans ce compte rendu même, une idée exacte des dangers qui l'accompagnent, en voyant M. Pétrequin se féliciter — et, selon nous, avec raison — de n'avoir eu que 9 décès sur 29 cas de ce genre. Ainsi, une mortalité de près d'un tiers est ici un succès que beaucoup pourraient envier! Le débridement en dehors du sac neutralise, à la vérité, une grande partie de ces chances fatales; mais c'est là une modification souvent très-difficile à exécuter, et que certains praticiens ne se décideront même jamais à oser essayer, malgré les heureux exemples de son application que la presse anglaise fait incessamment connaître et que les principes sur lesquels elle repose devraient pourtant encourager.

D'après notre auteur, le moyen serait bien simple de réaliser les avantages de l'opération de J.-L. Petit, sans s'exposer à un seul de ses inconvénients. Il s'agirait d'intercepter, après la réduction, toute communication entre la cavité du sac et celle de l'abdomen. Un fil glissé entre le sac et l'anneau aponévrotique est ensuite serré de manière à étreindre la base du premier. Par cela seul, les conditions vitales se trouvent transformées. La plaie pénétrante que l'opération avait créée est changée en plaie non pénétrante. Tout ne se borne même pas à un danger moindre. Cette manière de procéder établit par suite un obstacle solide au retour de la hernie; à l'aide d'une contention temporaire, l'opéré est délivré ultérieurement des principaux embarras de son infirmité primitive. — Ces données demandent assurément à être confirmées par une expérience plus étendue; et nous savons que M. Pétrequin lui-même ne les envisage pas sous un point de vue différent. Mais on conviendra du moins que l'analogie plaide fortement en faveur de ce système opératoire, qui pourrait du reste invoquer en sa faveur un commencement déjà imposant de démonstration clinique.

Il serait superflu de détailler ici les autres sujets sur lesquels M. Pétrequin a exercé ses facultés si judicieusement inventives. Malgré le nombre de ces travaux, nos lecteurs, qui ont pu les apprécier soit dans leur jetée originale, soit par de soigneuses analyses, se rappellent sans doute ses recherches sur la taille urétro-vestibulaire, sur les contusions du périnée et leur traitement, sur l'opération du phymosis et du paraphymosis, sur les fistules dentaires, etc., etc. Nous emprunterons seulement au chirurgien de Lyon, juge si pratiquement compétent dans ce débat, l'expression de son opinion définitive en égard au choix à faire entre les anesthésiques. Qu'on considère que celui dont nous allons citer les paroles parle, sans engagement pris, sans passion, sans revers personnel à justifier, et uniquement au nom d'une expérience acquise sur le plus important théâtre chirurgical qui existe en France : « Du jour, dit M. Pétrequin, où j'ai vu le chloroforme entre les mains des praticiens les plus habiles faire successivement plusieurs regrettables victimes, j'ai cru devoir rejeter loin de moi un poison si subtil, qui souvent, au lieu d'endormir, frappait de mort avec la rapidité de la foudre et dont la science ne connaissait point l'antidote. La prudence et la philanthropie me semblaient commander cette conduite; et à cette heure où ma position m'a mis à même d'expérimenter l'éther plus peut-être qu'aucun autre chirurgien en Europe, et où je trouve en lui un agent sûr qui satisfait à la fois la conscience et l'humanité, ma conviction est plus profonde que jamais, et je ne crains pas de renouveler, avec toute l'autorité qui m'est permise, la condamnation morale qui doit peser sur le chloroforme. »

Nous n'ajouterons rien à ces quelques mots. Ils peignent admirablement cel esprit de réserve toujours justifiée, mais toujours prête à agir quand la nécessité en est prouvée, qui forme le caractère scientifique et inspire les habitudes chirurgicales de notre honorable confrère. Le terme de ses fonctions comme major de l'Hôtel-Dieu n'est point celui de sa pratique hospitalière. Il reste chargé d'une partie de l'enseignement clinique, et continuera par conséquent à initier les élèves aux progrès que les efforts contemporains, que ses propres recherches font faire incessamment à cette science dont la culture si éclairée forme l'un des titres de sa ville natale à la célébrité.

VARIÉTÉS.

RAPPORT AU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE.

Paris, le 19 mars 1850.

Monsieur le président,

L'ordonnance du 20 décembre 1820, portant création de l'Académie de médecine, établit, art. 16, que le doyen de la Faculté de médecine de Paris fera

partie du conseil d'administration de l'Académie, et qu'il sera toujours, de droit, membre de cette compagnie.

Mais cet article, qui fait ainsi participer le doyen de la Faculté de médecine de Paris à l'administration des affaires de l'Académie pendant la durée de son décanat, ne dit pas si le droit d'être membre de l'Académie, qui lui est conféré en même temps, survit ou non aux fonctions de doyen.

Cette question ne s'était point encore présentée, parce que, jusqu'à présent, les doyens qui se sont succédé à la Faculté de médecine étaient déjà membres de l'Académie avant d'être promus au décanat; mais l'Académie a cru utile de l'examiner, aujourd'hui que le doyen actuel, M. Bérard, ne lui a jamais appartenu comme membre élu.

Le conseil d'administration de l'Académie ne met point en doute le droit acquis au doyen de la Faculté de rester membre de l'Académie après la cessation de ses fonctions de doyen; il lui a paru, avec raison, que, si des fonctions administratives, comme celles de membre du conseil d'administration, sont, de leur nature, temporaires et révocables, il ne saurait en être de même du titre tout scientifique de membre de l'Académie. En effet, celui-ci, une fois conféré, ne peut plus se perdre, pas plus que celui de professeur dans une Faculté, qui reste indépendant du titre de doyen.

J'ai pensé, monsieur le président, que telle devait être, en effet, la véritable interprétation de l'art. 16 de l'ordonnance précitée. J'ai l'honneur, en conséquence, de soumettre à votre signature un décret qui déclare explicitement que le droit accordé au doyen de la Faculté de médecine de Paris de faire partie de l'Académie de médecine lui reste acquis après l'expiration de son décanat.

Agréez, monsieur le président, l'hommage de mon respect.

Le ministre de l'instruction publique et des cultes,

DE PARIEU.

AU NOM DU PEUPLE FRANÇAIS.

Le président de la République,

Sur le rapport du ministre de l'instruction publique et des cultes,

Vu l'ordonnance du 20 décembre 1820, portant institution de l'Académie de médecine;

Considérant que les termes de l'art. 16 de cette ordonnance, qui déclarent de droit membre de l'Académie le doyen de la Faculté de médecine, ne disent pas si cette qualité lui sera conservée à l'expiration de ses fonctions de doyen;

Attendu que le titre, tout scientifique, de membre d'une compagnie savante ne peut plus se perdre une fois qu'il a été conféré, et qu'il est dès lors utile de fixer dans ce sens la véritable interprétation de l'art. 16 précité,

Décrète :

Art. 1er. La qualité de membre de l'Académie de médecine, conférée au doyen de la Faculté de médecine de Paris par l'art. 16 de l'ordonnance du 20 décembre 1820, lui restera acquise, et il en conservera le titre et les prérogatives après qu'il aura cessé d'exercer les fonctions de doyen.

Art. 2. Le ministre de l'instruction publique et des cultes est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à l'Élysée-National, le 20 mars 1850.

LOUIS-NAPOLÉON BONAPARTE.

Le ministre de l'instruction publique et des cultes,

DE PARIEU.

— M. le docteur Rater, doyen des médecins de l'Hôtel-Dieu de Lyon, a été élu vice-président de la Société nationale de médecine de cette ville, en remplacement de M. le docteur Rougier, élu président.

— M. le docteur Rollet, ancien interne des hôpitaux de Paris, a été nommé chirurgien en chef de l'hospice de l'Antiquaille de Lyon. M. Rollet entrera en fonction le 1er janvier 1855, époque à laquelle M. le docteur Rodet, chirurgien en chef actuel, cessera ses fonctions.

— M. le docteur Teissier vient d'être nommé médecin titulaire de la prison de Roanne, en remplacement de M. le docteur Monfalcon, démissionnaire.

— M. le docteur Prévost, connu par des travaux de physiologie et de médecine, vient de succomber à Genève à la suite d'une longue maladie.

— M. Coste, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Perpignan, est désigné pour celui de Rennes.

M. Mouillac, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Bayonne, est désigné pour celui de Perpignan.

— M. Bauchet, chirurgien aide-major de deuxième classe au cinquième de ligne, est désigné pour les ambulances de l'Algérie.

— M. Poisson, chirurgien aide-major de deuxième classe au troisième dragons, est désigné pour le cinquième de ligne.

— M. Martin, chirurgien sous-aide à l'hôpital du Gros-Caillou, est désigné pour l'hôtel des Invalides.

— M. Piton, chirurgien sous-aide à l'hôpital du Gros-Caillou, est désigné pour l'hôtel des Invalides.

— *Mutations dans le corps des officiers de santé.*—M. Puech, chirurgien sous-aide en Algérie, détaché à l'hôpital de Popincourt, est désigné pour l'hôpital de Lille.

M. Duponchelle, chirurgien sous-aide en Algérie, détaché à l'hôpital du Roule, est désigné pour l'hôpital de Metz.

M. Vidal, chirurgien sous-aide en Algérie, est désigné pour l'hôpital de Strasbourg.

M. Bagnol, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Lyon, est désigné pour la succursale des Invalides d'Avignon.

M. Janin, chirurgien sous-aide à la succursale des Invalides d'Avignon, est désigné pour l'hôpital de Nancy.

M. Gerrier, chirurgien aide-major de première classe au quatrième bataillon de chasseurs à pied, est désigné pour les hôpitaux de l'Algérie.

— NOUVEAU CAS DE MORT PAR LE CHLOROFORME. — L'accident suivant a eu lieu à Londres, à l'hôpital de Saint-Thomas, service du docteur Solly.

Un homme de peine, âgé de 68 ans, d'un tempérament robuste, mais enclin à l'ivrognerie, entra à l'hôpital pour se faire opérer d'un ongle incarné du gros orteil gauche. Il ne consentit cependant à subir l'opération qu'à la condition d'être préalablement chloroformisé. En effet on lui fit respirer environ 1 gramme de ce liquide. Au bout de deux minutes, comme il ne se manifestait aucun symptôme, on ajouta encore dix gouttes de chloroforme sur l'éponge; presque aussitôt après la réapplication de l'appareil, l'insensibilité eut lieu, et l'on procéda à l'extirpation de l'ongle. Mais le patient ne devait plus revenir à la vie. Tous les moyens connus furent employés vainement dans ce but, et six ou sept minutes après la première inhalation ce malheureux n'existait plus.

— LE CHLOROFORME APPLIQUÉ A LA MÉDECINE VÉTÉRINAIRE. — M. Manington, vétérinaire de Brighton, devant pratiquer la castration sur un cheval, a imaginé de le chloroformiser. Une once et demie de l'agent anesthésique a produit sur l'animal une insensibilité complète. Cette insensibilité a duré un quart d'heure, pendant lequel l'opération a été pratiquée; après quoi le cheval s'est levé et s'est dirigé tranquillement vers l'écurie; il a mangé comme de coutume. Au bout de huit jours, il a repris son service accoutumé.

— MORTALITÉ A LONDRES. — Durant la semaine terminée le 16 mars, il y a eu à Londres 967 décès, 100 de plus que la semaine précédente. Cette augmentation vient à la suite d'une décroissance progressive dans la mortalité qui datait de cinq semaines.

La moyenne des dix années précédentes était de 1,081. On voit que, malgré l'augmentation de cette semaine, le chiffre de la mortalité est encore de 114. On doit attribuer l'augmentation de mortalité à la coqueluche, au croup et à la diarrhée. La phthisie a fourni 143 décès; la bronchite, 79; la pneumonie, 82.

— Le célèbre professeur Reffaele Folluea est mort, à Naples, le 14 novembre 1849.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Lafont-Gouzy, ancien médecin des armées, professeur de pathologie à l'École de médecine de Toulouse, auteur de quelques ouvrages estimés, né à Saverdun (Ariège), et âgé de 73 ans.

— La GAZETTE LOMBARDE et la GAZETTE DE PIÉMONT ont d'un commun accord changé leur ancien titre pour prendre toutes deux le titre plus général de GAZETTA MEDICA ITALIANA, l'une ayant en sous titre *Lombardie* et l'autre *Stati Sardi.*

— COURS DE MÉDECINE OPÉRATOIRE. — M. le docteur AUZIAS-TURENNE commencera un nouveau cours le lundi 1er avril 1850, à midi, à l'École pratique.

On s'inscrit pour répéter les manœuvres auprès de M. Auzias, à l'École pratique, ou chez lui, 12, rue d'Enfer.

— M. le docteur COLAS commencera mardi 2 avril, à 2 heures, un cours de physiologie appliquée à la pathologie, et le continuera tous les mardis, jeudis et samedis à la même heure, amphithéâtre, n° 1, de l'École pratique.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — CONSTATATION DES NAISSANCES A DOMICILE. — TUBERCULISATION URÉTRALE. — GALVANISATION URÉTRALE. — GALVANISATION APPLIQUÉE A LA RECHERCHE DES FONCTIONS DES MUSCLES. — NOMINATION DE M. BOUCHARDAT.

Il est vraiment beau, il est touchant, de voir une organisation intellectuelle d'élite se maintenir courageusement au milieu du délabrement de l'organisation physique et chercher l'oubli du mal dans l'exercice des hautes facultés de l'esprit. C'est le spectacle que donne, depuis bien des années déjà, l'honorable M. Royer-Collard. Mardi dernier encore il est venu présenter à l'Académie de médecine, par l'organe de M. Mélier, un rapport étendu, bien écrit, bien raisonné, sur un travail de M. Loir relatif à l'une des plus importantes questions d'hygiène publique. Il s'agit des causes de mortalité des enfants nouveau-nés et des dangers attachés au transport des enfants à la mairie. Le sujet n'est pas d'hier. Depuis que Haller a insisté sur l'abaissement de la température chez les nouveau-nés, Loeldo, par ses observations sur les inconvénients de la sortie prématurée des enfants; M. Williams Edwards, par ses recherches touchant l'influence des agents physiques sur la vie; M. Flourens, par ses expériences relatives à l'action du froid sur les jeunes animaux; MM. Villermé et Milne Edwards, par leur travail intitulé : INFLUENCE DE LA TEMPÉRATURE SUR LA MORTALITÉ DES NOUVEAU-NÉS; beaucoup d'hygiénistes ou d'observateurs spécialement voués à l'étude des maladies du premier âge, ont montré que le froid auquel l'enfant se trouve exposé, au sortir de la mère, est une des conditions les plus pernicieuses pour sa santé. De plus, MM. Duméril et Fourier, dans le rapport qu'ils firent sur le mémoire MM. Villermé et Edwards, mentionné tout à l'heure, firent ressortir l'avantage qu'il y avait, au point de vue de la santé publique, à faire constater les naissances à domicile. C'est au triomphe de cette idée, appuyée sur les données positives de l'hygiène et sur des documents statistiques, que M. Loir s'est voué depuis huit ou dix ans avec une activité et une persévérance dignes des plus grands éloges. La proposition dont il a pris l'initiative auprès de l'autorité a obtenu il y a peu de temps les honneurs de la discussion et, ce qui vaut mieux encore, l'honneur d'un vote favorable, au conseil municipal de la Seine, grâce à l'insistance de M. Ségalas. Aujourd'hui, c'est par le canal ministériel que la proposition vient devant l'Académie de médecine. Le rapport de M. Royer-Collard est très-favorable aux idées de M. Loir. Il conclut à l'insertion du travail de ce médecin dans les MÉMOIRES DE L'ACADÉMIE, et M. Ségalas demande que l'Académie, allant plus loin, recommande de toute son autorité au gouvernement la mesure proposée. L'Académie de médecine conclura-t-elle comme le conseil municipal? En tout cas, ce ne sera pas sans opposition; car déjà M. Moreau a déclaré la mesure inutile au point de vue de la santé publique, assurant que, dans sa longue pratique, il n'avait pas vu un seul enfant périr des suites du transport à la mairie. Nous n'avons pas bien compris dès lors pourquoi M. Moreau avait donné son entière approbation aux principes d'hygiène développés par M. Loir et M. le rapporteur; car si ces principes sont fondés, si l'exposition au froid est de nature à exercer une fâcheuse influence sur la santé des nouveau-nés, il est singulier que cette action, si difficile à éviter dans le transport et la présentation de l'enfant, ne se traduise pas par un fait quelconque, tel qu'une augmentation de la mortalité. M. Moreau ajoute, non sans raison, que la question de présentation à la mairie ne comporte pas que le point de vue médical, qu'elle a aussi son côté administratif et social. C'est une sage pensée, un louable scrupule qui empêche l'autorité de pénétrer, pour constater les naissances, dans l'intérieur des familles, où se cachent trop souvent de redoutables secrets. Elle préfère à ce qui pourrait paraître une inquisition une déclaration telle quelle, dont rien ne lui garantit la sincérité, si ce n'est l'attestation de témoins qui peuvent ignorer jusqu'au véritable nom des parents. Sera-t-il possible de concilier cet intérêt de liberté privée avec les exigences de l'hygiène? Nous l'espérons. Mais l'Académie n'a pas à se préoccuper de ce point de vue. Son rôle ne l'oblige pas à joindre à ses conseils d'hygiène des conseils d'administration. Si elle croit que la présentation à la municipalité offre des dangers pour la santé et la vie de l'enfant, son devoir est de le dire. A l'autorité d'aviser.

La discussion a été renvoyée à mardi prochain; nous y reviendrons s'il y a lieu.

— M. Ricord a présenté un cas curieux de tuberculisation de l'urètre chez l'homme, ayant donné lieu à une blennorrhagie chronique. Le malade, âgé de 58 ans, avait subi, quelques années auparavant, l'ablation d'un testicule tuberculeux. La muqueuse du canal était infiltrée de tubercules miliaires; une large caverne tuberculeuse occupait la place de la prostate; c'est le second exemple de blennorrhagie tuberculeuse observé par M. Ricord, et nous ne sachons pas qu'on en ait publié d'autres. Des tubercules ont été plusieurs fois, il est vrai, rencontrés dans la glande prostatique, mais non, à notre connaissance, dans la muqueuse urétrale.

— Un médecin auquel on doit déjà une ingénieuse et utile application de l'électricité à la pratique médicale, M. le docteur Duchenne (de Boulogne) a communiqué également une note sur les fonctions de certains muscles étudiées à l'aide de ses procédés particuliers de galvanisation. On peut tirer certainement un très-bon parti de ce moyen, pour la détermination de l'action mécanique des muscles. L'étude anatomique, la recherche de la direction précise et des points d'attache des fibres musculaires, suffisent sans doute, dans beaucoup de cas, pour préciser *à priori* le sens des mouvements qu'elles sont destinées à opérer; mais il s'en faut qu'il en soit toujours ainsi, et alors il existe deux moyens précis de décider ce que l'étude anatomique laisse incertain; deux moyens qui, bien que différents à certains égards, ont pourtant ceci de commun qu'ils livrent à l'observateur le muscle à l'état de contraction : nous voulons parler de l'étude myologique des difformités musculaires et de la galvanisation locale. La déviation des membres, sous l'influence de la contracture ou de la rétraction d'une masse musculaire ou même de quelques fibres d'un muscle, constitue une expérience décisive et sans appel sur l'action de ce muscle : expérience fortifiée encore par le retour à la déviation normale après la section de la bride musculaire. Et c'est ainsi, du moins nous le croyons, que plusieurs points de physiologie mécanique ont pu être éclairés et plus d'une erreur redressée. Il en arrivera autant sans doute à M. Duchenne. Déjà quelques-unes de ses observations sont loin de confirmer les opinions reçues, comme on pourra s'en assurer en lisant au compte rendu de la séance (voir plus loin) les conclusions de son dernier travail, relatives aux fonctions des muscles de la face et du front. On verra, par exemple, que, suivant lui, le *frontal* entraîne toujours de *bas en haut* la peau du front, des sourcils, des paupières et de l'espace intersourcilier.

Feuilleton.

LE DOCTEUR PRÉVOST (DE GENÈVE) (1).

M. le docteur Prévost (de Genève), connu depuis longtemps dans le monde scientifique par ses beaux travaux de physiologie, vient de mourir dans cette ville à l'âge de 60 ans, après une maladie longue et douloureuse du cœur et du foie.

La vie de M. Prévost a été si bien et si dignement remplie par des travaux de science, par la pratique de la médecine et par cette véritable philanthropie qui fait le bien d'une manière simple et modeste, sans phrases et sans ostentation, que nous osons espérer que nos collègues ne nous verront pas sans intérêt leur retracer les principaux traits de cette belle et noble existence.

Jean-Louis Prévost est né à Genève le 1er septembre 1790. Après avoir terminé à l'Académie de Genève ses premières études littéraires et philosophiques, il se voua à la théologie et suivit pendant trois ans les cours de la Faculté de théologie protestante de Genève. Mais, malgré un goût prononcé pour la littérature et la philosophie, le rare talent d'observation dont M. Prévost était doué vint bientôt se révéler, et le détermina à se vouer à étudier les sciences naturelles. Si c'est dans cette branche que M. Prévost a fourni par la suite une si brillante carrière, ses premières occupations de sciences plus abstraites n'étaient cependant pas perdues pour lui, et elles lui ont laissé pendant toute sa vie un goût très-prononcé pour les lettres, qui non-seulement charmaient jusqu'à sa fin ses rares loisirs, mais ornaient en même temps cette riche intelligence et rendaient sa conversation des plus variées et des plus attrayantes.

C'est en 1814 que M. Prévost vint à Paris pour y commencer ses études médicales. Il embrassa cette nouvelle vocation avec d'autant plus de zèle qu'il lui en avait sacrifié une autre pour laquelle il ne manquait ni de goût ni de talent. Mais l'ardeur avec laquelle il se livra au travail et surtout aux dissections anatomiques a failli lui être funeste. Il fut pris à cette époque d'une fièvre typhoïde si grave et si intense que, pendant longtemps, on craignit pour sa vie. Après avoir passé sa convalescence dans son pays, il vint reprendre ses études. Il était alors d'usage, à Genève, que ceux qui embrassaient la carrière médicale allaient partager le temps de leurs études entre la France et l'Angleterre, et c'étaient surtout les Universités d'Édimbourg et de Dublin qui étaient en haut renom à l'étranger. En 1816, M. Prévost se rendit en Écosse où deux ans plus tard il prit à Édimbourg le grade de docteur, après avoir soutenu une thèse sur l'emploi des bains et des affusions. L'année suivante il se rendit à Dublin pour y continuer ses études médico-chirurgicales. Attaché alors à un hospice de fiévreux, il put observer une de ces épidémies meurtrières de dysenterie qui de nos jours encore sont souvent si funestes en Irlande. Victime de nouveau de son zèle et de son dévouement, il fut lui-même atteint de cette maladie dont il ne se remit que grâce à sa jeunesse et à la force de sa constitution. Nous dirons

(1) Éloge lu à la Société de biologie, dans la séance du 30 mars 1850, par M. Lebert.

Il a pour antagoniste le *pyramidal*, dont il est souvent anatomiquement indépendant. M. Duchenne n'est jamais parvenu à opérer des contractions dans les fibres décrites sous le nom de *muscle transverse du pavillon*; aussi lui refuse-t-il l'organisation musculeuse. En voilà assez pour comprendre la fécondité du moyen d'investigation. Il n'est pas douteux qu'il ne donne dans l'avenir, entre les mains de l'auteur, plus d'un résultat curieux ou important.

— Au début de la séance, l'Académie avait procédé à l'élection d'un nouveau membre dans la section de pharmacie. Il n'y a eu qu'un tour de scrutin, M. Bouchardat ayant réuni d'emblée la majorité et une dizaine de voix en sus. Nous n'avons pas besoin d'insister beaucoup pour montrer la satisfaction que nous cause ce résultat. On sait que nos vœux étaient pour M. Bourchardat; nous sommes heureux de voir que nous avions si bien placé notre prédilection.

PHYSIOLOGIE.

DE L'ORIGINE DU SUCRE DANS L'ÉCONOMIE ANIMALE; par le docteur CL. BERNARD.

Le sucre est répandu avec profusion dans le règne végétal; mais il existe aussi dans les animaux. Les végétaux ne peuvent le trouver tout préparé dans la terre, et il est évident qu'ils le forment dans leurs organes. Chez les animaux, en est-il de même? ou bien le sucre qu'on rencontre dans leur corps est-il fourni exclusivement par les végétaux sucrés et amidonnés qui leur servent d'aliment? Telle est une question importante qui depuis longtemps préoccupe les physiologistes et les chimistes, et que nous allons chercher à résoudre expérimentalement.

Comme aliment, le sucre est une substance neutre qui est consommée par l'homme et les animaux sous des états différents. Les sucres qui habituellement peuvent être introduits dans le tube alimentaire sont: 1° le sucre de canne, ou autrement dit *sucre de la première espèce*, qui se rencontre dans la canne à sucre, la betterave, la carotte etc., 2° le sucre de raisin, ou *sucre de la deuxième espèce*, qui existe dans le raisin, les fruits sucrés, etc. La fécule, qui constitue une matière alimentaire très-abondante, doit être rapprochée des sucres, parce que, par suite des phénomènes digestifs, elle se change dans le canal intestinal en sucre de la seconde espèce; 3° le sucre de lait, qui existe dans le lait des animaux, etc.

Ce n'est point ici le lieu de tracer les caractères distinctifs de ces différents sucres ni de déterminer quels sont les changements et les transformations qu'ils doivent subir pour devenir aptes aux phénomènes ultérieurs de la nutrition. Je constate seulement que certains aliments étant susceptibles de fournir des quantités considérables de matière sucrée, on a pu les considérer comme la source unique d'où provenait le sucre qu'on rencontre dans le sang ou dans les fluides des animaux. C'est, en effet, à cette explication qu'on s'est arrêté dans les idées actuellement régnantes sur la nutrition. On admet aujourd'hui que le sucre n'existe dans le sang des animaux qu'à la condition que ceux-ci aient préalablement mangé des substances qui en contiennent ou qui soient capables d'en produire. Or, d'une part, les faits chimiques acquis apprennent qu'il n'y a que l'amidon, parmi les aliments, qui puisse se transformer en sucre, et d'autre part, rattachant cette question à cette idée ingénieuse que les animaux ne créent aucun principe immédiat et ne font que détruire ceux qui leur sont fournis par le règne végétal, on s'est cru suffisamment autorisé à refuser de la manière la plus explicite à l'organisme animal la faculté de faire du sucre, et on ne lui a reconnu que la seule faculté de le détruire et de le faire disparaître. Les faits contenus dans ce travail, et dont le détail va suivre, nous montreront que la physiologie s'oppose à ce qu'on admette cette manière de voir.

PREMIÈRE SÉRIE D'EXPÉRIENCES. — On avait observé que, pendant la digestion d'une alimentation sucrée ou amylacée, le sang de l'homme et des animaux contient du sucre, et on s'était appuyé sur ce fait pour en conclure que le sucre était fourni par les aliments. Le résultat expérimental, pris isolément, est exact; mais l'expérience est incomplète, et par suite la conclusion se trouve fautive, comme on va le voir.

EXP. I. — Sur un lapin vivace, bien portant et de taille moyenne, ayant mangé du son et des carottes, j'ai encore ingéré dans l'estomac, à l'aide d'une sonde, 30 grammes d'amidon délayé dans un quart de litre d'eau bouillante, puis refroidie.

Cinq heures après, le lapin fut assommé par un coup sur la nuque. Aussitôt j'ouvris la poitrine, et je recueillis environ 30 grammes de sang qui s'écoula en divisant les cavités du cœur.

Après une heure, le sang était bien coagulé. J'examinai alors le sérum limpide alcalin séparé du caillot, et j'y constatai la présence du sucre de la manière la plus positive (1).

L'estomac et l'intestin contenaient du sucre provenant des carottes et de la transformation de l'amidon. L'estomac, à réaction acide, contenait de l'amidon non transformé. L'urine était trouble, alcaline, et ne renfermait pas de sucre.

EXP. II. — Un chien adulte et bien portant, à jeun depuis vingt-quatre heures, mangea sans difficulté 300 grammes de colle fraîche d'amidon prise chez l'épicier. Cinq heures après, le chien fut assommé. J'ouvris aussitôt la poitrine, et je recueillis le sang dans les cavités du cœur. Après trois quarts d'heure, la coagulation étant opérée, je constatai la présence du sucre dans le sérum clair alcalin, qui s'était séparé du caillot sanguin.

L'estomac, à réaction acide, contenait encore de l'amidon non modifié. Dans l'intestin, qui offrait une réaction alcaline, tout l'amidon était transformé, et on y trouva du sucre en grande quantité. L'urine ne renfermait pas de sucre.

EXP. III. — Une chienne adulte et bien portante fit un repas copieux de tête de mouton cuite prise chez le tripier, et de plus quelques os de volaille. Sept heures après, l'animal fut assommé. La poitrine étant ouverte aussitôt, je recueillis le sang qui s'écoula de l'incision du cœur. Après une heure et demie, je trouvai le sang coagulé, et un sérum opalin, lactescent, alcalin, s'était séparé. Je l'examinai, et j'y constatai d'une manière non équivoque la présence du sucre. L'animal était en pleine digestion intestinale. Les matières renfermées dans l'estomac et l'intestin grêle avaient une réaction acide, et ne contenaient pas les moindres traces de sucre. L'urine, à réaction acide, ne renfermait pas non plus de sucre.

EXP. IV. — Un chien adulte et bien portant fut laissé sans nourriture. Après

(1) Le procédé mis en usage pour rechercher le sucre sera exposé avec détail dans la troisième série d'expériences.

---

ici en passant que M. Prévost était d'une grande force physique, qu'il avait encore plus développée par des exercices d'adresse, celui des armes entre autres, dans lequel il excellait. Doué d'un grand courage personnel, il ne se servait jamais de ses avantages physiques que dans ces moments difficiles où les devoirs du citoyen font pour un moment oublier les labeurs du savant.

En 1820, M. Prévost vint s'établir à Genève pour y exercer sa profession. Quoique de bonne heure sa grande aptitude pour l'exercice de notre art se fût révélée à ceux qui les premiers lui avaient accordé leur confiance, il eut cependant l'heureux instinct de ne pas se contenter exclusivement de l'application empirique de ses connaissances acquises. Nanti d'études fortes et profondes, doué d'une grande perspicacité, poussé par une imagination vive et ardente à chercher, par l'observation et l'expérimentation, la solution de ces nombreux problèmes dont la physiologie abonde, et qui, il y a trente ans, étaient bien plus nombreux encore qu'aujourd'hui, M. Prévost consacra ses travaux surtout à la physiologie expérimentale. C'est avec cet esprit pénétrant qui distingue l'homme de génie de la fourmi scientifique, simplement active et laborieuse, que le physiologiste genevois avait compris qu'il ne pouvait dérober à la nature ses secrets, qu'en combinant avec l'expérimentation les diverses autres méthodes rigoureuses dont on n'avait fait avant ce temps qu'une application fort incomplète en médecine. Berzélius venait de fonder, il est vrai, la chimie organique, mais en dehors presque de toute connexion avec les véritables phénomènes de la vie, avec la biologie proprement dite. Amici venait de perfectionner à son tour le microscope; mais l'emploi si brillant que l'on a fait depuis de cet instrument se bornait alors tellement entre les mains de la plupart des observateurs à des recherches de simple curiosité, que les grands maîtres de la zoologie et de la botanique, Cuvier et Decandolle, s'en servaient à peine. Malgré l'apparente stérilité de ces deux méthodes, M. Prévost, un des premiers, comprit que ce n'est qu'en demandant des secours à la physique et à la chimie que la physiologie devient une science vraiment philosophique, qu'en un mot on ne comprend le fait complexe de la vie que par l'analyse de ses divers éléments constituants.

Lorsqu'on a étudié la marche et les progrès des connaissances humaines, on est frappé de cette espèce d'oscillation qui fait alterner le mouvement progressif avec le repos et souvent même avec la rétrogradation. Aussi voyons-nous toujours les vrais progrès formulés par un petit nombre d'hommes qui ne paraissent qu'à une certaine distance les uns des autres, et encore observons-nous que c'est grâce an concours de circonstances heureuses que ce progrès peut se réaliser dans toute son étendue. Nous sommes vivement frappés de ce fait dans la vie de M. Prévost. Nous savons tous que l'existence d'un seul homme ne suffirait pas si on voulait embrasser à la fois toutes les sciences qui concourent aux études biologiques; aussi M. Prévost chercha-t-il de bonne heure un collaborateur capable à la fois de poursuivre un but scientifique très-élevé et de mettre une haute sagacité dans la mise en exécution et dans la manière de contrôler les conceptions de l'intelligence.

Il y avait alors à Genève un jeune savant venu du midi de la France, attiré par la réputation lointaine de science, de l'antique cité du lac Léman. Cet homme qui s'ignorait encore lui-même, mais qui portait déjà en lui ce besoin vague du génie d'appliquer dignement ses forces, entra en relations intimes

deux jours d'une abstinence complète d'aliments solides et liquides, l'animal fut assommé. La poitrine ouverte aussitôt, je recueillis le sang dans les cavités du cœur, et une heure après, il s'était séparé du caillot un sérum limpide, non lactescent et alcalin; je l'examinai aux réactifs, et j'y constatai la présence du sucre avec la plus grande évidence.

L'estomac et l'intestin grêle, absolument vides et revenus sur eux-mêmes, ne renfermaient par conséquent pas de sucre. Il y avait dans le gros intestin un peu de matières fécales dures et noires. L'urine, acide, ne contenait pas de sucre.

Les expériences ci-dessus rapportées ont été reproduites un grand nombre de fois avec des résultats semblables. Le fait général qui en découle est facile à saisir : c'est qu'il existe constamment du sucre dans le sang des animaux avec tous les régimes alimentaires, et même avec celui de l'abstinence. On avait donc eu tort de s'appuyer sur la présence du sucre dans le sang pendant la digestion des féculents pour conclure qu'il venait des aliments; car si, pour les animaux qui font le sujet des première et deuxième expériences, le sucre trouvé dans leur canal alimentaire peut nous rendre compte de celui qui était dans leur sang, il est évident que cette raison ne peut plus être valable pour l'animal de la troisième expérience, qui n'avait mangé que de la viande, et chez lequel on a constaté l'absence de matière sucrée dans les voies digestives. Pour l'animal de la quatrième expérience, à jeun depuis deux jours et ayant le canal alimentaire vide, la chose deviendrait encore plus difficile à expliquer.

Cet exemple pourrait être choisi parmi beaucoup d'autres pour montrer combien l'erreur peut devenir facile en physiologie, quand on ne se débarrasse pas des idées préconçues et quand on ne fait pas des expériences comparatives. En effet, si on eût eu moins de confiance dans la théorie qu'on voulait étayer, on ne se serait pas contenté d'examiner le sang des animaux en digestion d'aliments féculents ou sucrés; on aurait songé à examiner le sang comparativement dans d'autres alimentations, et on aurait sans doute, comme moi, été conduit à rechercher et à trouver la provenance du sucre chez les animaux qui ne mangent ni matière sucrée ni amidon. L'exposé de cette recherche va faire le sujet de la deuxième série d'expériences.

2e SÉRIE D'EXPÉRIENCES.— D'où provient le sucre qui existe dans le sang des animaux qui sont nourris avec de la viande, ou bien qui sont soumis à l'abstinence? Telle est la question intéressante pour la solution de laquelle nous allons actuellement instituer des expériences nouvelles. Il était bien présumable que la matière sucrée n'avait pas été fabriquée dans le cœur, où nous l'avons rencontrée, mais qu'elle n'y avait été que simplement transportée d'un point quelconque de l'organisme. Après quelques tâtonnements que je crois inutile de rapporter ici, je fus conduit à rechercher la source du sucre du côté des organes glandulaires de l'abdomen, et voici comment j'expérimentai.

EXP. I. — Un chien adulte et bien portant, ayant fait un repas copieux d'os et de débris de viande cuite, fut assommé sept heures après. Aussitôt j'ouvris l'abdomen, et je constatai les phénomènes qui accompagnent la digestion quand elle est en pleine activité, c'est-à-dire un état turgescent de tous les organes du bas-ventre, dans lesquels la circulation se faisait très-activement, et, de plus, la réplétion des vaisseaux chylifères et du canal thoracique par un chyle blanc laiteux, bien homogène.

Je recueillis : 1° le sang qui s'écoula de l'incision faite au tronc de la veine porte vers le point où la veine splénique vient s'y aboucher; 2° j'obtins du chyle en ouvrant le canal thoracique; 3° enfin, je pris du sang dans la cavité du cœur. Je séparai ensuite avec soin le contenu de l'estomac et de l'intestin grêle, et je recherchai la présence du sucre dans tous ces produits.

1° Les matières alimentaires contenues dans l'estomac et dans l'intestin grêle présentaient une réaction acide, et ne donnèrent pas aux réactifs la moindre trace de sucre.

2° Le chyle blanc rosé extrait du canal thoracique laissa séparer un sérum laiteux, alcalin, dans lequel je constatai l'absence du sucre.

3° Le sang de la veine porte s'étant coagulé, il s'en sépara un sérum opalin légèrement lactescent et alcalin, dans lequel je constatai la présence d'une très-grande quantité de sucre.

4° Le sang du ventricule droit du cœur se coagula bientôt en présentant un sérum alcalin et lactescent, dans lequel les réactifs démontrèrent beaucoup de sucre, mais en moins grande abondance cependant que dans le sang de la veine porte.

EXP. II. — Un chien adulte et bien portant fut tué au troisième jour d'une abstinence absolue. J'ouvris aussitôt l'abdomen, et je constatai les phénomènes qui accompagnent l'inactivité des organes digestifs, savoir, un état de pâleur et d'anémie des organes du bas-ventre, et, de plus, la vacuité et la rétraction de l'estomac et des intestins. Les vaisseaux chylifères et le canal thoracique contenaient de la lymphe transparente avec un très-léger reflet opalin. Je recueillis séparément :

1° Du sang du tronc de la veine porte. Je constatai très-nettement dans le sérum limpide alcalin qui s'en sépara la présence du sucre, quoiqu'il y fût en moins grande abondance que dans l'expérience précédente.

2° Du sang du ventricule droit. Dans son sérum limpide alcalin, la présence du sucre était indubitable.

3° De la lymphe du canal thoracique, dans laquelle je ne constatai pas la moindre trace de sucre.

Je répétai plusieurs fois ces expériences, dans des circonstances semblables, avec des résultats identiques, et sans arriver à comprendre comment le sang de la veine porte pouvait contenir tant de sucre quand les intestins n'en renfermaient aucunement. Réfléchissant cependant qu'il fallait bien que ce sucre provînt de quelque organe voisin, attendu que les parois de la veine porte n'avaient probablement pas la propriété de les sécréter, je fis l'expérience suivante :

EXP. III. — Ayant tué aussi rapidement que possible, c'est-à-dire en quelques secondes, par la section du bulbe rachidien, un chien en digestion de matières alimentaires exemptes de sucre ou d'amidon, j'ouvris immédiatement la cavité abdominale, puis avec la plus grande célérité possible, j'apposai des ligatures : 1° sur des rameaux veineux qui émanent de l'intestin grêle, non loin de cet intestin; 2° sur la veine splénique, à quelques centimètres de la rate; 3° sur les rameaux veineux sortant du pancréas; 4° sur le tronc de la veine porte, avant son entrée dans le foie. Incisant ensuite ces différentes veines derrière les ligatures que j'avais apposées, ou, autrement dit, entre la ligature et l'organe, je pus recueillir séparément le sang provenant de l'intestin grêle, de la rate, du pancréas, et celui qui refluait du foie.

1° Dans le sang des veines intestinales, de même que dans les matières contenues dans l'intestin, je constatai l'absence du sucre.

2° Le sang provenant de la rate ne contenait non plus aucune trace de sucre.

3° Dans le sang des veines pancréatiques, je n'en trouvai pas davantage.

4° Enfin, dans le sang qui reflua en grande abondance des veines hépatiques,

---

avec M. Prévost en vertu de cette attraction sympathique qui lie entre eux les hommes qui poursuivent le même but, surtout si ce but est du domaine de l'avancement de la science. Tout le monde aura deviné que je veux parler de M. Dumas, et les beaux et brillants travaux dont il a depuis lors doté la chimie comme science générale et philosophique et avec toutes ses applications pratiques à la médecine et à l'industrie, font remonter avec délice à cette époque où furent posées les premières pierres angulaires de ce vaste et magnifique édifice; aussi les noms de Prévost et Dumas, cités depuis vingt-cinq ans dans tous les travaux importants de chimie et de physiologie, passeront-ils à la postérité parmi les plus beaux noms des fondateurs de la philosophie expérimentale d'observation. Nous aurons occasion ailleurs de revenir avec détail sur les travaux de M. Prévost et de son illustre collaborateur; nous dirons seulement ici que c'est de cette union si heureuse entre ces deux savants qui, dès leurs premiers travaux, se placèrent au premier rang parmi les contemporains que sortirent ces belles et profondes recherches sur la composition physique et chimique du sang, et sur la valeur biologique de tous ses éléments. Basés sur la triple méthode de l'expérimentation sur les animaux, de l'analyse chimique et de l'examen microscopique, ces travaux se distinguent en même temps par une généralisation à la fois vraie et d'une haute portée et par l'application de méthodes nouvelles et ingénieuses là où la science était à peine ébauchée sur ces questions. L'étude du sang conduisait tout naturellement à celle du centre circulatoire, et ici nos deux savants comprirent que pour bien saisir les particularités d'un organe à l'état complet, il fallait étudier jusque dans ses moindres détails son mode de développement. C'est ainsi que parut le premier travail de ces deux auteurs, sur la formation du cœur dans le poulet, mémoire qui ne fut que le commencement de ces recherches que M. Prévost continua jusque dans les derniers temps de sa vie. Haller et avant lui Malpighi nous avaient légués les premiers éléments de ces études. Beaucoup de savants de nos jours se sont occupés de ce sujet; mais toujours est-il que le travail de MM. Prévost et Dumas constitue un progrès réel dans nos notions sur la première apparition du cœur.

A l'époque où nos deux savants se livrèrent avec tant d'ardeur et tant de succès à l'étude de la physiologie, il y avait une autre branche de cette science qui était bien plus négligée encore, c'était celle qui s'occupe des phénomènes intimes et initiaux de la génération des êtres vivants. Leuwenhoek avait entrevu les animalcules spermatiques. Spallanzani avait fait les premières expériences sur la fécondation artificielle chez les grenouilles; des notions éparses et des expériences isolées existaient, il est vrai, sur un grand nombre de points qui ont rapport à ce sujet, mais ce qui prouve à quel point les hypothèses prédominaient dans cette partie, c'est que l'œuf des mammifères était à peu près inconnu, et le liquide prolifique, dans sa constitution physique et chimique avait à peine fait le sujet d'un petit nombre de travaux sérieux. Il n'y a pas de branche de la physiologie qui de nos jours ait réalisé plus de progrès que celle qui s'occupe de tous les phénomènes, depuis les principes fécondants et la fécondation elle-même du germe jusqu'à son entière évolution, mais nous n'allons assurément pas trop loin en affirmant que ces premiers travaux de Prévost et Dumas constituent largement la base de tous les travaux postérieurs sur ce point capital de la physiologie.

après l'ouverture du tronc de la veine porte au-dessus de la ligature, ce ne fut pas sans étonnement que je rencontrai des quantités énormes de sucre.

En voyant le sang du foie contenir autant de sucre, il était présumable que son tissu devait en renfermer. J'analysai donc une portion du foie de ce chien, et j'y trouvai des quantités très-considérables de sucre, tandis que le tissu de la rate, du pancréas, des ganglions mésentériques du même animal, également lavés et examinés avec soin, n'en dénotèrent aucune trace aux réactifs.

Dès lors il fut évident que c'était du foie que le sucre provenait.

Mais comment, dira-t-on, le sucre se rencontrait-il dans le sang de la veine porte et dans les veines hépatiques? En supposant qu'il fût formé dans le tissu du foie, le courant sanguin aurait dû l'emporter dans le sens des veines sus-hépatiques du côté du cœur, et l'empêcher de refluer par les veines hépatiques dans la veine porte. Cette remarque serait juste s'il s'agissait de la circulation générale, où l'on ne voit pas en effet le sang traverser, par un mouvement rétrograde, un tissu capillaire qu'il a déjà franchi dans un mouvement progressif. Mais pour le foie, il n'en est pas ainsi, et le reflux du sang des veines sus-hépatiques dans la veine porte est chose très-facile. Quant à la cause qui, dans mes expériences, a déterminé ce reflux du sang sucré du foie dans la veine porte, elle est très-simple à comprendre. En effet, la circulation du sang dans la veine porte, à l'état physiologique, est produite surtout par la pression exercée sur les viscères par les parois abdominales. Il en résulte que le tronc et les rameaux de la veine porte sont naturellement comprimés. Lorsqu'on vient à ouvrir le ventre, cette compression cesse par l'issue des viscères abdominaux. Si on ajoute que, par cette hernie des organes, les rameaux vasculaires se trouvent tiraillés et allongés, on verra qu'à l'ouverture de l'abdomen, il doit se faire une sorte de déplétion dans toute l'étendue de la veine porte et particulièrement dans les gros troncs : cette espèce de vide aspire le sang du foie et des autres organes avec d'autant plus de facilité qu'il n'y a pas de valvules pour empêcher la marche rétrograde du sang. Je n'insiste du reste pas davantage sur ce point, sur lequel j'aurai l'occasion de revenir dans d'autres circonstances. J'indique seulement que, dans mes expériences, la présence du sucre dans la veine porte doit être regardée comme accidentelle ; car j'ai pu l'éviter après en avoir connu la cause, en plaçant une ligature sur la veine porte à son entrée dans le foie, avant d'opérer le débridement ou l'éventration de l'animal. D'où il suit qu'à l'état physiologique, il n'existe pas de sucre dans le sang qui entre dans le foie.

En résumé, par cette deuxième série d'expériences, nous avons appris qu'il existe du sucre en grande quantité dans le foie ; que ce sucre se dissout ou se mélange avec le sang qui traverse le foie, et se trouve ainsi apporté par les veines sus-hépatiques et la veine cave inférieure dans le cœur droit, où on le rencontre constamment.

3e SÉRIE D'EXPÉRIENCES. — Les faits exposés précédemment nous ont amené à trouver une source de sucre dans les animaux. Cette découverte nous paraît trop importante pour que nous ne l'entourions pas de toutes les garanties possibles. Nous allons donc indiquer les procédés que nous avons mis en usage pour la recherche du sucre, afin que chacun puisse être à même de répéter les expériences, s'il le juge convenable.

1° RECHERCHES DU SUCRE DANS LE FOIE. — Il suffit de prendre une certaine quantité du tissu du foie, de le broyer dans un mortier ou autrement, après quoi on le fait bouillir pendant quelques instants avec une petite quantité d'eau, puis on filtre pour obtenir le liquide de la décoction. Ce décoctum, qui ordinairement présente un aspect opalin, possède tous les caractères d'un liquide sucré. Il brunit lorsqu'on le fait bouillir avec la potasse, et il réduit, dans de semblables circonstances, le tartrate double de potasse et le cuivre. Si l'on ajoute de la levûre de bière avec une température convenable, au bout de très-peu de temps la fermentation s'établit et marche activement. On constate que c'est de l'acide carbonique qui se dégage, et lorsque la fermentation est achevée, si l'on distille le liquide restant, on obtient de l'alcool qui, suffisamment concentré par plusieurs distillations, s'enflamme et se reconnaît à tous ses caractères.

Les proportions considérables de sucre qui se montrent dans le foie par les réactions ci-dessus indiquées font penser qu'on peut arriver, en prenant une quantité assez considérable de l'organe, à en extraire le sucre en nature. Le procédé le plus simple consisterait à prendre des décoctions ou macérations de foie suffisamment concentrées, à les traiter par l'alcool pour séparer les matières albuminoïdes, puis à évaporer rapidement à une chaleur douce jusqu'à consistance sirupeuse convenable pour obtenir la cristallisation. En opérant de cette manière ou par d'autres moyens analogues, il a bien été possible d'obtenir la concentration des liqueurs sucrées, mais jamais la cristallisation n'a pu s'effectuer. Cela vient de ce que le tissu du foie, outre de grandes quantités de matières grasses et albumineuses, contient encore des proportions énormes de sels et particulièrement de chlorure de sodium. Si, par l'eau d'abord et ensuite par l'alcool suffisamment rectifié, on se débarrasse des premières substances, il devient extrêmement difficile d'opérer la séparation des sels qui, restant dans la dissolution sucrée, empêchent la cristallisation du sucre et constituent une véritable mélasse. Il serait peut-être d'un grand intérêt pour les chimistes de pouvoir séparer et analyser le sucre du foie ; mais, à mon point de vue, la chose ne me semble pas indispensable, parce que l'ensemble des caractères que nous avons donnés, surtout la fermentation avec formation d'acide carbonique et d'alcool, me paraît plus que suffisant pour établir l'existence du sucre dans le foie.

Lorsqu'on s'est livré à la recherche du sucre dans le foie, et lorsqu'on voit cette substance y exister en telle abondance que rien n'est si simple et si facile que d'en constater la présence par la fermentation, on reste surpris que ce fait soit resté si longtemps inconnu. Le foie est, en effet, chose bien vulgaire, et il suffit de prendre un morceau de cet organe chez un tripier pour voir tout ce que nous avons dit plus haut. Il est cependant une chose qui aurait dû frapper : c'est l'amertume extrême de la bile (1) et la saveur particulière sucrée du tissu du foie. Il est évident que l'amertume de la bile contenue dans les conduits hépatiques est tempérée ou masquée par le sucre du foie, et on peut dire avec justesse que dans cet organe le miel se trouve à côté du fiel.

La recherche du sucre dans le sang se fait très-simplement. Lorsque le sang est extrait du cœur ou des vaisseaux, je le laisse coaguler, et prenant dans un tube fermé par un bout une partie du sérum qui s'est séparé, j'y ajoute environ un sixième en volume de tartrate double de cuivre et de potasse ; puis, faisant bouillir le mélange, il s'opère une réduction de sel de cuivre proportionnel à la quantité de sucre contenu dans le sérum. Ce mode d'opérer, très simple et très-rapide, dénote les moindres traces du sucre.

(1) La bile ne contient pas de sucre ; la matière décrite sous le nom de sucre biliaire est un autre principe.

On dirait réellement qu'aucune des grandes fonctions de la vie ne devait échapper aux labeurs infatigables de ces deux grands observateurs ; c'est ainsi qu'ils enrichirent les doctrines sur la digestion de plusieurs faits importants, qu'ils découvrirent l'urée dans le sang chez les animaux auxquels ils avaient extirpé les reins. La composition du lait fit également le sujet de leurs recherches. M. Prévost décrivit un des premiers, et d'une manière fort remarquable, la composition intime de la fibre musculaire et des nerfs, et si sa théorie de l'innervation des muscles n'est plus, à la vérité, soutenable aujourd'hui, elle n'en a pas moins le mérite d'avoir ouvert la voie à la combinaison de l'action galvanique avec l'inspection microscopique des phénomènes mêmes de la contraction musculaire, étude qui devait fournir de si brillants résultats plus tard entre les mains de E.-H. Weber.

Lorsqu'on compare le nombre des travaux auxquels s'attachent les deux noms de Prévost et de Dumas, on est à la fois étonné et pénétré d'admiration en apprenant que cette collaboration a à peine duré trois ans, admiration qui augmente encore lorsqu'on a vu tous les travaux commencés et inachevés de cette époque qui sont restés enfouis dans les riches cartons de l'un et de l'autre de ces deux observateurs. C'est en effet déjà en 1823 que M. Dumas vint à Paris, où, dès ses premiers pas, il sut se fonder cette position si éminente dans la science à laquelle nous aimons tous à rendre un hommage si sincère.

Si après le départ de M. Dumas, de Genève, M. Prévost a pu moins se livrer aux travaux de cabinet, à cause de sa clientèle de médecin devenue très-considérable, il n'a pas moins continué à cultiver sans interruption, jusqu'au moment de sa mort, les études les plus variées de la physiologie. En fait d'anatomie comparée, il nous a dotés de plusieurs travaux importants sur les organes de la génération des gastéropodes ; et pour ceux du genre helixe, il a surtout eu le mérite de rectifier les erreurs commises par Cuvier dans la détermination de ces organes, car Cuvier avait pris pour l'ovaire une partie qui, évidemment, renferme des spermatozoïdes. Les beaux travaux de M. A. Meckel ont du reste concilié plus tard les deux opinions par la découverte de la glande hermaphrodite et l'emboîtement pour ainsi dire d'un ovaire dans la glande spermatogène. Pour étudier la valeur de tous ces organes chez les gastéropodes, M. Prévost a fort judicieusement comparé les espèces hermaphrodites avec les bi-sexuelles. Pour ces derniers, ses travaux étaient d'autant plus délicats que ses dissections ont été faites sur une petite espèce, le *cyclostoma elegans*, car ce n'est que beaucoup plus tard que M. Boissier (de Genève) a transplanté dans les fossés de cette ville une grande et belle espèce de paludine provenant du lac Majeur, et bien autrement apte à ce genre d'études. En faisant des recherches sur la génération de la moule des peintres (*unio batavus*), il a découvert les animalcules spermatiques de ces animaux inconnus jusqu'alors. Dans ses études sur la génération du sechot, nous trouvons presque les premières recherches sur le développement des poissons. Un des premiers aussi, il a démontré que, dans la régénération des nerfs, la fibre nerveuse se reproduisait intégralement. Nos recherches en commun sur la régénération chez les salamandres n'ont pas été achevées. Dans une série d'expériences physiologiques sur l'inflammation, il a posé les bases de la thérapeutique physiologique en étudiant avec soin l'action de plusieurs agents physiques et médicamenteux sur les troubles de la circulation et leur rétablissement à l'état normal.

M. Prévost ne s'est pas moins préoccupé de la chimie physiologique, et les recherches de ce genre qu'il a faites après M. Dumas, et successivement avec

Quand on opère en faisant des expériences comparatives, on pourrait à la rigueur s'en tenir à ce caractère. Cependant, si l'on désirait avoir plus de sécurité, on ajouterait de la levûre de bière au sérum, et on recueillerait le gaz dans un appareil approprié. Si la quantité de sucre dans le sérum n'était pas assez considérable pour donner des produits de fermentation assez nets, on coagulerait une suffisante quantité de sérum par l'alcool, puis on traiterait la dissolution alcoolique filtrée et concentrée convenablement. Il est un point qu'on ne doit jamais perdre de vue quand on recherche le sucre dans le sang, c'est que ce principe s'y détruit spontanément avec une grande rapidité, de sorte qu'il faut agir sur le sérum aussi vite que possible et immédiatement après sa séparation. Si l'on voulait prévenir la destruction du sucre, on n'aurait qu'à coaguler le sang au sortir des vaisseaux par de l'alcool ou de l'acétate de plomb ; alors la matière sucrée se conserverait parfaitement intacte dans la dissolution d'alcool ou d'acétate de plomb.

Nous devons actuellement nous prononcer sur l'espèce de sucre qu'on rencontre dans le foie et dans le sang. En rappelant les réactions qu'il nous a offertes, on peut conclure que ce n'est ni du sucre de lait ni du sucre de canne. Ce n'est pas du sucre de canne, parce qu'il brunit par la potasse et réduit les sels de cuivre ; ce n'est pas du sucre de lait, parce qu'il fermente avec une grande rapidité. Resterait donc le sucre de raisin ou glucose, dont le sucre de foie nous a présenté les caractères chimiques, quoique cependant il en diffère au point de vue physiologique. Plus tard, dans un travail qui suivra celui-ci, en m'occupant du mécanisme par lequel le sucre se détruit dans le sang, je montrerai que le sucre de diabète, qui a été considéré comme chimiquement identique au sucre de raisin (glucose), en diffère notablement par certains caractères physiologiques. Or, je puis le dire par anticipation, le sucre qu'on rencontre dans le foie est du sucre de diabète.

Quatrième série d'expériences. — Nous savons maintenant que le sucre qu'on rencontre dans les corps des animaux se trouve spécialement concentré dans leur foie. Mais d'où provient-il définitivement ? A cet égard, deux suppositions peuvent être faites : ou bien il résulte directement d'une transformation particulière de certains éléments du foie, ou bien on peut encore admettre que le sucre est seulement déposé ou accumulé dans l'organe hépatique par suite des alimentations anciennes. En effet, les animaux nourris avec la viande ou mis à l'abstinence avaient sans doute, dira-t-on, mangé précédemment du pain ou du sucre, et comme ces substances, absorbées par la veine porte, ont dû de toute nécessité traverser le tissu du foie, on pourrait supposer, dis-je, que le foie aurait retenu en partie la matière sucrée. Pour corroborer cette manière de voir, on rappellerait que le foie a la propriété de retenir ainsi l'arsenic et certains autres poisons métalliques, etc. Sans nier que le foie puisse jouer dans quelques cas le rôle d'organe condensateur, je dois dire que les expériences qui suivent éloignent cette explication.

Exp. I. — Un chien adulte et bien portant a été mis à l'abstinence d'aliments solides et liquides pendant huit jours ; après ce temps, l'animal a été nourri durant onze jours abondamment et exclusivement avec de la viande cuite (tête de mouton). Le dix-neuvième jour de sa séquestration, l'animal a été tué, en pleine digestion. Son sang contenait beaucoup de sucre, et le tissu du foie en fournissait des quantités tout aussi abondantes que dans nos premières expériences.

J'ai réitéré cette expérience trois fois de la même manière avec des résultats semblables.

Ces expériences ne permettent plus, ce me semble, de penser que le foie ne fait que retenir le sucre des aliments, car après dix-neuf jours son élimination aurait certainement dû être effectuée. Les faits suivants prouvent en effet que cette élimination est très-rapide.

Exp. II. — Sur un lapin adulte et vigoureux, en pleine digestion d'herbes et de carottes, j'ai coupé les deux pneumogastriques dans la région moyenne du cou. Dix-sept heures après, l'animal fut trouvé mort et encore chaud. Je fis son autopsie avec soin, et je ne trouvai pas de trace de sucre ni dans le sang ni dans le foie. La bile, qui est habituellement alcaline chez ces animaux, était très-nettement acide et verdâtre.

Exp. III. — Sur un chien adulte et vigoureux, en pleine digestion, je coupai les deux nerfs pneumogastriques dans la région moyenne du cou. Le chien mourut le deuxième jour, et son foie ni son sang, examinés aussitôt après la mort, ne dénotèrent aux réactifs la présence du sucre. La bile contenue dans sa vésicule était également acide.

L'effet de cette section des nerfs pneumogastriques sur les fonctions du foie, si le résultat se maintient en répétant les expériences, me paraît excessivement remarquable. Il en résulterait, en effet, que cette formation de sucre dans le foie, qui est évidemment un fait chimique, se trouve directement liée à l'influence du système nerveux. D'une autre part, ces expériences prouvent que l'élimination du sucre antérieurement contenu dans le foie a dû se faire très-rapidement, car alors on n'en trouve plus d'une manière sensible, lors même que les animaux en ont dans l'estomac (exp. 2).

S'il était nécessaire de démontrer, par de nouveaux arguments, que la formation du sucre hépatique est indépendante des aliments, je dirais que j'ai constaté, sur de jeunes veaux pris aux abattoirs, que le sucre existe dans le foie en très-grande proportion pendant la vie intra-utérine. Toutefois, ce n'est que vers le quatrième ou cinquième mois de la vie intra-utérine, que cette présence du sucre commence à se manifester dans le foie, et la proportion de ce principe augmente à mesure qu'on approche de la naissance.

De tout cela, je crois donc pouvoir conclure que le sucre se forme dans le foie, et que cet organe est en même temps le *siége* et l'*origine* de la matière sucrée chez les animaux.

Conclusions et réflexions.

Les conclusions qui me paraissent découler des faits contenus dans ce mémoire sont :

1° Qu'à l'état physiologique, il existe constamment et normalement du sucre de diabète dans le sang du cœur (1) et dans le foie de l'homme et des animaux ;

2° Que la formation de ce sucre a lieu dans le foie, et qu'elle est indépendante d'une alimentation sucrée ou amylacée ;

(1) Nous verrons ultérieurement, en parlant de la destruction du sucre, qu'il peut avoir disparu avant d'arriver dans les veines superficielles du corps où l'on pratique habituellement la saignée.

M. Le Royer, et plus tard avec M. Morin (de Genève), ont surtout porté sur la nutrition chez le fœtus ou chez l'adulte. Conjointement avec M. Le Royer, il a fait un mémoire sur le contenu du canal digestif chez le fœtus des vertébrés, et un autre mémoire sur l'acide libre contenu dans l'estomac des herbivores. C'est avec M. Morin qu'il a publié successivement des recherches physiologiques et chimiques sur la nutrition du fœtus, sur l'analyse du liquide des cotylédons de la vache et de ses fonctions, et sur les changements qui s'opèrent dans l'œuf de l'oiseau pendant le développement embryonal.

Depuis dix ans, nous avons fait en commun, M. Prévost et moi, une série de travaux de physiologie et d'anatomie générale, dont une partie a été publiée dans les Annales des sciences naturelles, tandis que d'autres recherches ont été successivement communiquées à la Société de biologie à Paris, dans laquelle nous regrettons doublement la perte de M. Prévost comme savant très-éminent et comme un de nos membres adjoints les plus actifs. Le plus grand nombre de nos recherches de cette série a porté sur le développement des organes de la circulation et du sang dans les diverses classes des animaux vertébrés. Notre principal but y a été en combinant étroitement l'organogénie et l'histogénie, de saisir tous les principaux changements qui s'opèrent dans ces organes avant d'arriver à leur évolution complète, méthode qui nous a paru la meilleure pour comprendre ensuite la valeur de tous ces éléments. Nos recherches sur la fibre musculaire dans toutes les classes d'animaux ont été publiées séparément, et nous nous y sommes proposé le même but, celui d'arriver à la connaissance de la structure du muscle chez le mammifère adulte, en le suivant à la fois à travers toute la série des animaux et à travers toutes les phases de développement chez les embryons. C'est à cette occasion que M. Prévost a le premier étudié avec beaucoup de détails le beau phénomène de la contraction musculaire spontanée dans le *carabus auratus*, phénomène physiologique des plus intéressants, et que j'ai pu étudier depuis sur un grand nombre d'espèces d'animaux. Nous avons laissé inachevées des recherches sur la production artificielle des monstruosités chez les animaux, ainsi que des travaux sur divers sujets d'embryologie. Un dernier travail enfin fait en commun m'a été envoyé par M. Prévost, un mois à peine avant sa mort, et je dois dire ici que tout ce que ce travail renferme de nouveau et d'important par rapport à la formation du cœur appartient en entier à M. Prévost. Je citerai enfin plusieurs petits travaux publiés par M. Prévost dans les mémoires de la Société de physique de Genève, sur les transformations des organes de la respiration chez le têtard des batraciens ; sur l'altération des globules du sang chez les grenouilles par un jeûne prolongé ; sur les modifications des animalcules spermatiques des batraciens selon les saisons ; sur l'aimantation d'aiguilles de fer doux en contact avec les nerfs en action, etc.

L'énumération de tous ces travaux, si nombreux et si variés, l'influence incontestable qu'ils ont exercée sur les progrès de la physiologie par l'observation, placent certainement M. Prévost parmi les premiers physiologistes de notre époque. Cependant ce n'était là qu'un côté de l'existence de l'illustre savant de Genève. M. Prévost était pour le moins aussi distingué comme médecin praticien que comme savant. A la tête de la pratique genevoise depuis vingt-cinq ans, au milieu d'une Faculté qui jusqu'à ce jour a conservé une juste célébrité par ses lumières, par son union et par les beaux travaux dont elle a su doter la science, M. Prevost était de toutes les consultations importantes, et maintes et maintes fois j'ai entendu dire à mes savants confrères de Genève que, dans les

3° Que cette formation du sucre dans le foie commence à s'opérer dans l'animal avant la naissance, par conséquent avant l'ingestion directe des aliments;

4° Que cette production de matière sucrée, qui serait une des fonctions du foie, paraît liée à l'intégrité des nerfs pneumogastriques.

Il est évident que devant ces faits, cette loi, que les animaux ne créent aucun principe immédiat, mais ne font que détruire ceux qui leur sont fournis par les végétaux, doit cesser d'être vraie, puisqu'en effet les animaux, à l'état physiologique, peuvent, comme des végétaux, créer et détruire le sucre.

De ce que l'organisme animal produit du sucre sans faire intervenir l'amidon, ce que les moyens chimiques connus ne nous permettent pas de faire, je n'en conclurai pas qu'il faut diminuer l'importance des connaissances chimiques dans l'étude des phénomènes de la vie. Je suis, au contraire, de ceux qui apprécient le plus tous les progrès que la chimie organique moderne a fait faire à la physiologie; seulement je pense, ainsi que j'ai déjà eu occasion de le dire (1), que, pour éviter l'erreur et rendre tous les services dont elle est capable, la chimie ne doit jamais s'aventurer seule dans l'examen des fonctions animales. Je pense qu'elle seule est apte, dans beaucoup de cas, à résoudre des difficultés qui arrêtent la physiologie; mais elle ne peut pas la devancer, et je pense enfin que, dans aucun cas, la chimie ne doit se croire autorisée à restreindre les ressources de la nature, que nous ne connaissons pas, aux limites des faits ou des procédés qui constituent nos connaissances de laboratoire.

La question de l'origine du sucre dans les animaux, que nous venons d'examiner dans ce travail, est encore loin de nous être connue dans tous ses éléments. En effet, si nous possédons déjà des résultats bien positifs, il y a, d'un autre côté, des faits à élucider. Nous devons indiquer ces faits, afin de les signaler à l'étude et de montrer toute l'étendue de notre sujet, que nous n'avons fait qu'aborder dans ce premier travail.

D'après ce que nous avons dit sur l'existence du sucre dans le foie, il ne faudrait pas croire qu'en allant dans un amphithéâtre et qu'en prenant le foie d'un cadavre, on y trouverait sûrement du sucre. Il existe, en effet, un grand nombre de maladies dans lesquelles le sucre disparaît et ne se retrouve plus dans le foie après la mort. Chez les diabétiques, on sait que le sucre disparaît des urines dans les derniers temps de la vie; il disparaît également du foie, car le foie d'un diabétique que j'ai eu l'occasion d'examiner sous ce rapport ne contenait pas de sucre. J'ai recherché le sucre dans les cadavres de dix-huit sujets morts de maladies différentes : il en est qui m'ont offert des proportions diverses de sucre, il en est d'autres qui n'en contenaient aucune trace. Mes observations sur ce point ne sont pas assez nombreuses pour que je puisse décider s'il y a des maladies où le sucre disparaît constamment, tandis qu'il persisterait dans d'autres. Chez les animaux affaiblis par une très-longue abstinence, devenus malades ou morts de maladies, le sucre diminue souvent d'une manière considérable ou même disparaît complétement. Tous les foies des animaux de boucherie doivent donc contenir beaucoup de sucre, s'ils ont été tués dans des conditions convenables. Les foies pris chez les tripiers m'ont toujours présenté une grande quantité de sucre. Enfin il est une question que nous devrons examiner avec soin : c'est de savoir s'il existe du sucre en même proportion chez toutes les classes d'animaux pris dans des conditions semblables. Je puis déjà affirmer qu'il paraît y avoir des différences à cet égard : 1° chez les oiseaux (poulet, pigeon), la proportion de sucre est très-considérable; 2° chez les mammifères (chien, lapin, porc, bœuf, veau, cheval), la proportion du sucre est également très-considérable; 3° chez les reptiles (grenouille, lézard), la quantité de sucre trouvée dans le foie est très-faible; 4° dans les poissons, chez la raie et l'anguille, dont j'ai examiné le foie à l'état aussi frais que possible, je n'ai pas trouvé la moindre trace de sucre. D'où vient cette disparition de sucre chez certains animaux à sang froid? Cela tiendrait-il à l'énergie moins grande des phénomènes respiratoires, qui, ainsi que nous le verrons ultérieurement, sont dans un rapport très-intime avec la formation du sucre dans le foie?

(1) Expériences sur les manifestations chimiques diverses des substances introduites dans l'organisme. (Archives génér. de méd., quatrième série, 1848, t. XVI.)

CHIRURGIE PRATIQUE.

APPAREIL POUR LES FRACTURES DE LA JAMBE; par M. L. Gaillard, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Poitiers.

Certaines maladies, par leur fréquence et leur gravité, ont le privilége de fixer l'attention des praticiens. Un chef de service qui, à l'occasion de constructions nouvelles, de grands mouvements de terrain, de travaux de chemins de fer, voit arriver dans ses salles une douzaine de fractures, ne peut manquer de faire de sérieuses réflexions sur les inconvénients que présentent les appareils les plus usités, ne fût-ce que par la dépense de temps qu'ils lui occasionnent en application de bandes et bandelettes, liens de toute espèce. Une circonstance semblable nous a provoqué à faire quelques recherches, que je soumets aux honorables chirurgiens qui se trouveront dans le même embarras. Avant de parler des modifications que nous avons fait subir aux appareils, il nous paraît utile de présenter quelques idées générales sur la question.

Voici notre fracture; il est placé dans la *position* qui convient. Les fragments sont autant que possible mis en *rapport*. Il reste une condition à remplir : c'est l'*immobilité* des fragments dans leur point de contact. Dans un grand nombre de cas, cette immobilité s'obtient facilement par le simple repos de la partie malade, presque sans intervention de l'art; elle résulte de certaines conditions anatomiques connues : ainsi sont les fractures de la tête, celles du bassin, celles des côtes, des os courts, des os associés, etc.

J'ai encore le souvenir bien présent d'un pauvre hère que Marjolin reçut dans son service de l'hôpital Beaujon, en 1826. La jambe de ce malheureux avait été écrasée par la pression d'une roue de voiture. A l'entrée du malade, le membre était si énormément tuméfié qu'on dut se contenter de le reposer sur un coussin de balle d'avoine, sans essayer seulement l'application d'un appareil. Cette jambe, continuellement fomentée de lotions résolutives, se trouva pour son bonheur appartenir à un malade si pacifique que l'immobilité la plus complète fut dès lors assurée, et l'illustre chirurgien fut si satisfait de la bonne conduite de sa jambe qu'il se refusa à lui

cas les plus désespérés, où toutes les ressources paraissaient épuisées, on trouvait souvent encore des conseils salutaires chez M. Prévost. J'ai pu, pour ma part, pleinement confirmer la vérité de ce fait pendant les onze ans que j'ai pratiqué la médecine dans le canton de Vaud, et pendant lesquels j'ai traité un grand nombre de malades en commun avec M. Prévost. Malheureusement il n'a rien publié sur la médecine pratique. J'ai cherché à faire connaître quelques-unes de ses méthodes dans mon ouvrage sur les maladies scrofuleuses et tuberculeuses et dans notre correspondance très-régulière pendant dix ans, interrompue seulement de temps en temps par les séjours que je fis auprès de mon ami à Genève, je possède beaucoup de données thérapeutiques qui, j'espère, feront un jour partie de la publication que je me propose de faire des œuvres complètes de M. Prévost. Sa pratique médicale s'est caractérisée par deux points d'une haute importance : l'un, sa manière toute physiologique d'envisager les maladies; l'autre, une connaissance des plus approfondies de la thérapeutique. M. Prévost s'inquiétait peu du nom des maladies; il recherchait avant tout les troubles fonctionnels des organes pour remonter ensuite à la source des altérations qui en étaient la cause. Pour lui le lit du malade était ce qu'il doit être, une application continuelle de la physiologie, enrichie toutefois par les données que l'observation clinique seule peut fournir. Sa thérapeutique était d'autant plus variée qu'il connaissait à fond les principaux auteurs français, anglais et allemands sur cette matière, et qu'il avait l'habitude de prendre connaissance de toutes les productions nouvelles de ce genre à mesure qu'elles paraissaient. Il était impossible d'être meilleur confrère que M. Prévost. Plein de déférence pour ses collègues, il ne mettait jamais d'amour-propre à adopter l'opinion même des plus jeunes, et si son avis était différent pour le diagnostic ou pour le traitement à suivre, il l'émettait avec tant de simplicité et tant d'urbanité que même les confrères les plus susceptibles ne pouvaient en être choqués. Il était touchant de voir M. Prévost dans les diverses sociétés de médecine de sa ville natale, sociétés dans lesquelles, du reste, l'esprit de la plus parfaite harmonie rivalise avec la recherche tout impartiale de la vérité. Nous ne saurions en réalité pas prodiguer assez d'éloges à ces confrères, parmi lesquels nous avons toujours rencontré une si inaltérable bienveillance, et dont les travaux nous ont été si éminemment utiles dans le but que nous poursuivions. Eh bien! dans ces réunions, M. Prévost était entouré de tant d'égards et de tant d'affection, il sut les charmer par des communications si variées et quelquefois si originales, qu'au milieu de ses nombreuses occupations, il sut pendant nombre d'années toujours trouver le temps pour y assister avec une grande régularité.

Nous serions incomplet enfin, dans cette courte esquisse biographique, si nous n'insistions pas tout particulièrement encore sur la charité toujours active que M. Prévost vouait aux classes pauvres de la société, et auxquelles il prodiguait à la fois les secours éclairés de son art et les secours matériels les plus judicieusement appliqués.

Nous avons passé en revue les principales qualités du savant profond, du praticien distingué, du confrère bienveillant, de l'homme plein de charité et de dévouement pour les pauvres, et nous trouvons ainsi réunis chez M. Prévost une intelligence des mieux douées, un cœur excellent, une activité non interrompue jusqu'à la fin de ses jours, et nos regrets de sa perte seraient bien plus profonds encore si sa mémoire ne se perpétuait pas parmi nous, comme le vrai modèle à suivre dans la carrière des sciences et dans l'emploi de la vie.

faire endurer les douleurs d'un appareil compressif. Tout se trouva pour le mieux, et la guérison ne se fit point attendre au delà du terme ordinaire.

Cette histoire est celle d'un grand nombre de fractures. Encore aujourd'hui, j'ai sous les yeux un bras fracturé, broyé même par un rouage; de telle sorte qu'il a fallu le garder étendu sur un coussin. Au vingtième jour, ce membre, qui ressemblait à une vessie pleine de sang, présente un joli commencement de consolidation. Règle générale : lorsque les fragments restent bien en rapport pour les fractures comme pour les autres solutions de continuité, il n'y a rien de plus à faire.

Mais il arrive que les fragments de la fracture ont une disposition à se déplacer, à se mouvoir l'un sur l'autre; alors l'art intervient avec des appareils variés pour *assurer l'immobilité de ces fragments*. Voilà l'indication simple. Pour la remplir, il peut être nécessaire d'exercer des compressions et tractions variées, d'entourer les membres de lieus divers et de cuirasses solides; mais ces actions ne sont point en elles-même profitables à la consolidation; elles ne servent qu'autant qu'elles assurent l'immobilité. Contrairement à ce que je viens de dire, on a considéré comme avantageuse à la consolidation des fractures la compression exacte et circulaire du membre par divers appareils, tels que bandes roulées, bandelettes amidonées, dextrinées, etc.

Ceci mérite d'être examiné. La compression d'abord présente plusieurs inconvénients : 1° La douleur qu'elle occasionne. C'est quelque chose. 2° La difficulté de mesurer, de doser en quelque sorte le remède. On peut avoir la main assez sûre pour donner à toutes les bandelettes de Scultet la même tension pour serrer de la même manière les bandes roulées. On peut calculer d'avance la rétraction que peuvent subir les matières employées dans le bandage; mais comment apprécier le gonflement futur du membre, élément capital qui dépend de la cause vulnérante, de la constitution du malade, et qui peut singulièrement varier, comme savent tous les praticiens. 3° L'inconvénient le plus grave de la compression, c'est de déterminer le sphacèle du membre fracturé. Les faits de cette espèce abondent dans tous les recueils scientifiques. Ils seraient encore plus remarqués si l'on considérait que les membres les plus altérés ne sont point, à cause de la gravité même de la lésion, enfermés de suite dans les appareils à compression, et que ce pansement s'applique uniquement à des fractures qui, par leur simplicité et l'absence de complication, ne devraient jamais présenter ces vastes destructions de tissus que l'on doit justement, en pareil cas, attribuer à la pression des appareils. Les prôneurs de procédés ne manquent point d'attribuer à l'inhabileté de leurs confrères les accidents qui résultent réellement de la compression. Cette excuse est facile; mais à quoi peut être utile une arme si difficile à manier qu'elle blesse presque tous ceux qui s'en servent. Ma mémoire me fournit quelques faits qui ne m'ont laissé aucun doute sur les dangers de la compression.

Il y a vingt ans, plusieurs confrères accompagnèrent à l'hôpital une jambe fracturée, sans plaie, sans complication. Jaloux de leur faire admirer la beauté de nos appareils, je mis un soin particulier dans l'application des bandelettes (appareil soigné, appareil serré). Ce malade fut surveillé à l'ordinaire. Quelques jours plus tard, la jambe était gangrenée. Depuis, mes appareils sont plus maussades, mais les jambes se portent mieux. C'est l'important.

Il y a moins de temps, un tancier reçoit un coup de pied de son cheval. La jambe gauche est cassée. J'arrive au moment où l'interne de garde terminait un appareil de Scultet, si soigné que je me fis un scrupule d'y rien changer. Trente-six heures après, cet appareil fut renouvelé; le gonflement avait été empêché. La jambe était encochée en plusieurs points. La gangrène survint. L'amputation fut faite. Le malade mourut d'une résorption purulente.

J'ai vu deux fractures simples de l'avant-bras suivies de gangrène par la même cause. Dans le dernier cas, le chirurgien, homme de mérite, ne pouvait revenir de son accident, et l'attribuait à une cachexie. Mais, disait-il, j'ai appliqué un appareil peu serré. J'ai visité le malade tous les jours, inspecté la main. L'enfant n'a éprouvé aucune douleur. Malgré ces précautions, il y avait sur les faces antérieure et postérieure de l'avant bras deux escarres, correspondant aux attelles, si profondes que les deux os étaient isolés comme les laoces d'un gril. La guérison fut obtenue, mais le membre est resté impotent. La compression, si faible qu'elle soit, est toujours un danger, et j'ai adopté ce principe consacré par l'expérience des anciens, appareils très-lâches, renouvelés toutes les vingt-quatre heures. Ce n'est pas trop; ce n'est peut-être pas assez.

La compression maintient les fragments et prévient les déplacements. Cela est incontestable. Aussi, dans beaucoup de fractures, est-elle d'un usage nécessaire; mais il est entendu qu'elle doit être réduite à ce qui est indispensable pour remplir cette indication; que l'on doit chercher plutôt à fixer le membre en masse par une contention douce que les extrémités fracturées par une pression forte, et qu'ainsi c'est en emboîtant les articulations placées au-dessus et au-dessous de la fracture que l'on maintient les fragments avec plus d'avantage. Si, après la réduction, l'on pouvait laisser à droite et à gauche quelques mains qui, par des pressions locales, maintiendraient les fragments, on aurait touché le but : *empêcher le déplacement sans gêner la circulation*. Les appareils ne peuvent, il est vrai, atteindre ce degré de perfection; ils doivent au moins s'en rapprocher, et nul doute qu'une simple pression latérale ne soit préférable à une compression circulaire. La pression latérale, ou pour mieux dire bilatérale, telle que l'exercent les tourniquets et compresseurs divers, a toujours été considérée comme plus facile à supporter que la compression circulaire; cela est élémentaire.

Mais de plus, dit-on, la compression circulaire prévient le gonflement du membre et facilite le dégorgement des tissus. Nous avons vu tout à l'heure à quel prix on cherchait ces avantages qui sont loin d'être positifs. Un os se fracture, il y a épanchement de liquides, fluxion aiguë. En quoi cela est-il préjudiciable au malade? S'il y avait désorganisation et tendance à la gangrène, croit-on que la compression préviendrait cet accident fâcheux, et ne vaudrait-il pas mieux, comme chacun le fait en pareil cas, coucher le membre mollement sur un paillasson et le couvrir de topiques résolutifs? Puis que devient en définitive ce gonflement si redouté? les liquides se résorbent, les tissus se condensent, et le membre fracturé se trouve après quelques semaines plus émacié que son pareil. La nature médicatrice a parfaitement réparé ce désordre auquel la compression n'a rien à faire. En vérité ce qui a été dit par beaucoup d'auteurs à ce sujet nous paraît rempli d'illusions.

Une erreur bien grave est encore celle-ci : les orteils subissent des variations de couleur et de température qui indiquent les variations analogues qui peuvent survenir dans les parties supérieures du membre. Tous ceux qui ont pratiqué savent parfaitement le contraire. Le sphacèle, qui résulte de la compression des membres fracturés, commence par l'intérieur du membre et la peau est à peine malade que déjà de grands désordres se sont accomplis, *sans que le malade ait éprouvé aucune douleur*. L'état du pied ou de la main indique peu de chose, et ces extrémités se conservent intactes alors que le sphacèle détruit l'avant-bras ou la jambe. C'est pour avoir compté sur les indications fournies par le pied ou la main que plusieurs chirurgiens ont subi des accidents graves et des procès qui l'étaient davantage.

Je crois encore avoir lieu de penser que la compression circulaire en gênant le cours des liquides et la fluxion nécessaires aux sécrétions plastiques qui doivent s'organiser en cal, retarde la consolidation des fractures.

J'ai eu dans ma pratique une seule fracture qui n'a jamais pu se consolider. C'est la première qui ait été confiée à mes soins à mon arrivée dans ce pays. Je me rappelle avec quelle sévérité j'avais comprimé tout le membre du gros orteil jusqu'à la hanche au moyen d'un double rang de bandelettes. Aucun soin, aucune visite, ne furent épargnés à mon appareil toujours parfaitement ficelé. Cependant, et peut-être à cause de ce soin, mon fémur au troisième mois n'offrait aucune solidité, et le membre visiblement atrophié n'a jamais repris ses fonctions.

Il m'a semblé que les jambes, enfermées dans le petit appareil que je soumettrai plus tard à l'appréciation du lecteur, se sont consolidées plus rapidement qu'à l'ordinaire. Ainsi Louis Faye, atteint d'une fracture de la partie inférieure de la jambe, était solide le 24 octobre, dix-huitième jour.

Conclusion. — La condition essentielle du traitement c'est uniquement l'immobilité; donc maintenons nos fragments immobiles avec la moindre compression possible.

L'inamovibilité des appareils a aussi ses partisans exclusifs. Les bandages inamovibles réalisent la théorie des pansements rares qui les a engendrés et présentent à côté de leurs qualités réelles des inconvénients graves qui résultent de la compression aveugle qu'ils exercent sur les membres fracturés; on ne peut en effet ni les visiter ni les renouveler à volonté. Un appareil peut être utilement léger, solide, portatif, même *inamové*, pendant plusieurs semaines si les circonstances le permettent, et la pratique profite de ces avantages. Mais l'appareil ne gagne rien à être *inamovible*, c'est-à-dire très-difficile à renouveler. Nous serions charmé que les appareils légers et portatifs fussent en même temps *très-amovibles*. Un célèbre chirurgien belge a cherché d'ailleurs à réaliser ce progrès.

Soit que ces idées n'aient pas été goûtées par tous les praticiens, soit que chaque inventeur ait été disposé à mettre en relief aux dépens de la vérité les raisons qui militaient pour son œuvre (faute grave dont nous nous croyons préservé en ce moment), toujours est-il que beaucoup d'appareils que nous jugeons défectueux, et à leur occasion beaucoup de théories qui nous semblent erronées ont été dans ces dernières années mises en circulation dans le monde chirurgical.

Pour sortir de cette confusion, il faut distinguer dans le cours des fractures deux périodes; la première pendant laquelle l'immobilité absolue du membre fracturé et même autant que possible l'immobilité de la portion

annexe du squelette sont indispensables au traitement ; cette période n'a pas la même durée pour toutes les fractures, ainsi dans les fractures de cuisse elle se prolonge presque jusqu'au moment de la consolidation. Pour les fractures de jambe, elle dure environ trois semaines. Les fractures du membre supérieur pouvant être immobilisées avec le thorax réclament moins souvent l'immobilité du squelette voisin ; cependant les fractures compliquées de gonflement considérable, plaie, suppuration, etc..., rentrent dans la règle que nous venons d'indiquer. Pendant cette première période, il y a utilité à maintenir la fracture au moyen d'un appareil *immobile*, à base large, qui s'oppose aux mouvements des fragments et ne permette pas au membre de vaciller, de s'incliner, de rouler sur lui-même. Cette condition d'une base large et solide constitue un des mérites principaux de l'appareil ordinaire, elle manque aux gouttières et inamovibles divers, à tous ces appareils amaigris qui constituent des cuirasses sans base et sans immobilité.

Les fractures présentent dans leur cours une deuxième période pendant laquelle les fragments ayant acquis un commencement de consolidation, on peut, sans grand inconvénient pour eux et souvent avec avantage pour le malade, permettre la locomotion du corps et du membre fracturé. Il convient alors d'employer des appareils *portatifs* assez solides pour maintenir les fragments assez légers pour être mobilisés à volonté. On peut alors permettre à ces appareils d'être inamovés, attendu que les accidents primitifs ne sont plus à craindre et que la visite quotidienne du membre devient inutile.

Les appareils usités remplissent-ils les conditions variées que nous venons d'indiquer? Pour la première période, nous trouvons au premier rang des *appareils immobiles*, le bandage de Scultet avec son cortége obligé de coussins, attelles, liens, base large, renouvellement journalier ; il offre des avantages réels qui lui méritent la préférence qu'il obtient des praticiens. Mais on peut lui reprocher de n'avoir une solidité véritable qu'au prix d'une compression trop forte, d'employer chaque jour un temps précieux au chef de service qui, pendant la première semaine, ne peut remettre à personne la visite quotidienne des fractures, à cause des difficultés que présente le diagnostic et de la responsabilité qu'entraînent toutes les décisions qu'on peut prendre.

Les amidonnés, malgré leurs efforts, dignes d'un meilleur succès, ne peuvent entrer en ligne. Quel labeur pour l'opérateur et l'opéré dans la première application : six bandages roulés, gantelet, double rang d'attelles, les unes permanentes, les autres provisoires, calorifères pour la dessiccation, etc..., puis impossibilité d'ouvrir cet appareil encore informe et ramolli avant les deux jours nécessaires à sa consolidation ; à chaque visite, nouvel amidon, nouveau bandage roulé. Enfin, pour résultat de ce travail, une cuirasse qui manque de cette base sur laquelle nous aimons à reposer nos fractures. Tout cela sans avantage pour le malade, lequel ne peut raisonnablement songer, pendant les premiers jours, à aucune espèce de déambulation ou même de locomotion sans douleur ou inconvénient sérieux. A quoi bon un inamovible que l'on est obligé d'amover tous les jours (1) ?

Les *appareils portatifs*, qui trouvent leur application dans la deuxième période des fractures, sont une conquête de notre temps ; une place honorable est acquise, dans l'histoire de la science, aux chirurgiens qui ont fait valoir leurs avantages et vulgarisé leur emploi. MM. Larrey, Seutin, Velpeau, ont chacun pour leur part, contribué à ce progrès. On peut appliquer les appareils portatifs aussitôt qu'il existe un commencement de consolidation. Ils permettent au membre fracturé et au malade lui-même bien des mouvements dont autrefois on n'aurait pas eu l'idée. L'amidonné et son rival le dextriné remplissent les indications que présente cette période des fractures. Il serait permis cependant de chercher un bandage d'une application plus rapide, plus prompt à se solidifier, plus facile à visiter et à renouveler.

Si j'avais maintenant à fixer les qualités d'un *appareil immobile* destiné à la première période des fractures, j'exigerais les conditions suivantes. Il devrait être :

Simple et peu dispendieux, facile à se procurer partout ;

Solide à base large ;

Susceptible de maintenir les fragments en exerçant sur le membre une pression latérale, modérée, variable à volonté ;

(1) Nous regrettons d'être obligé de protester contre cette proscription dénuée de tout fondement. Il est à regretter que notre honorable confrère de Poitiers se soit cru obligé de juger aussi sévèrement une des plus brillantes conquêtes de la chirurgie moderne, pour accréditer une innovation qui pouvait se passer d'un semblable auxiliaire. Nous sommes certain que si M. Gaillard avait été mieux informé, s'il avait, comme nous, *vu* et *expérimenté* les incontestables avantages de la méthode *amovo-inamovible*, il se serait épargné une critique aussi regrettable que mal fondée. (Note du réd.)

Je voudrais qu'il soumît *constamment* les parties malades à l'inspection du chirurgien ;

Qu'il permît des pansements aussi répétés qu'on peut le désirer, sans l'assistance d'aucun aide et sans imprimer aucun mouvement aux fragments.

Voyons maintenant si notre appareil suffit à ces exigences. Nous ne parlons ici que des fractures de jambe qui sont les plus fréquentes et les plus dangereuses de toutes, sauf à présenter plus tard les modifications qui rendront notre appareil applicable à d'autres fractures.

Mon appareil, aussi simple que peu dispendieux, se compose (1) :

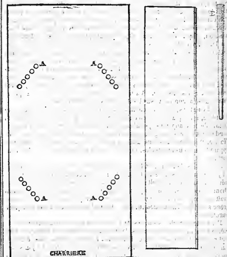
1° D'une planche de sapin : longueur, $0^m,53$; largeur, $0^m,25$; épaisseur, $0^m,027$. Elle est un peu évidée d'un bout pour recevoir plus facilement la jambe. Cette planche est percée de quatre séries de trous (deux séries à droite et deux à gauche). Les rangs de droite sont éloignés de $0^m,45$ des rangs de gauche. Chaque série est disposée obliquement, de manière à ce qu'un faible intervalle soit laissé d'un trou à son voisin.

2° De deux planchettes de sapin : longueur, $0^m,40$; largeur, $0^m,10$; épaisseur, $0^m,013$.

3° De quatre chevilles en chêne : longueur, $0^m,23$; épaisseur au gros bout, $0^m,014$. Ces chevilles sont garnies à leur tête d'un pas de vis pour maintenir les liens que l'on veut enrouler autour d'elles.

4° De trois coussins en balle d'avoine : un qui sert de sommier et les deux autres de garnitures latérales. En cas d'urgence, on peut remplacer ces coussins par de la filasse, du coton cardé, du menu foin, de la mousse choisie. Je suis persuadé que la mousse garderait sa fraîcheur plus longtemps que les autres remplissages, et serait d'un bon emploi autour des membres que l'on veut entourer d'une fomentation continue.

Plus, quelques compresses, des liens de fil, des coussins supplémentaires.



La coaptation étant opérée, le membre est légèrement soulevé par le chirurgien. Un aide glisse sous la jambe la planche garnie du sommier, une large compresse est étalée sur ce sommier en manière de tapis. On abaisse la jambe, qui repose alors mollement sur l'appareil. Alors on applique sur les deux côtés de la jambe les petits coussins latéraux couverts chacun de sa compresse protectrice. Les deux planchettes latérales sont appliquées à droite et à gauche de la jambe ; un aide les rapproche l'une de l'autre par une forte pression, les chevilles placées de chaque côté fixent les planchettes dans une position solide, et la jambe se trouve emboîtée. Si l'on veut com-

(1) Chez M. Charrière, à Paris.

primer un peu davantage, il est facile de rapprocher les chevilles opposées en fixant un lien de fil autour de leurs têtes.

Le membre malade se trouve ainsi maintenu d'une manière très-exacte en arrière et sur les côtés, depuis le genou jusqu'à la plante du pied, il ne peut ni se dévier ni s'incliner. Sa face supérieure libre et découverte peut recevoir toute espèce de fomentations. Ajoutez que l'appareil ne vaut pas 2 fr., et qu'on en fait l'application en deux minutes. Un simple coup d'œil suffit pour inspecter la fracture. Si on veut la panser, on enlève les chevilles d'un côté, la planchette correspondante et son coussin, tandis que la paroi opposée de l'appareil, qui est indépendante, fixe toujours les fragments.

J'ai fait construire, pour le transport des jambes fracturées, un appareil improvisé composé de trois planchettes longues, articulées latéralement avec des morceaux de cuir en manière de charnière. On garnit avec du coton, de la mousse, etc.; on place le membre sur la planchette du milieu, et les deux planchettes latérales sont relevées à droite et à gauche; trois liens de fils consolident l'appareil auquel on doit donner des dimensions suffisantes pour qu'il embrasse le genou et le pied. Cet appareil est bien plus solide et bien plus portatif que les bandes et bandelettes accompagnées d'attelles difformes que nous recevons souvent des campagnes, mais il est inférieur aux planchettes mobiles.

Voici, en quelques mots, l'appréciation de notre appareil par un des internes de service.

« Les malades disent que l'appareil les fait si peu souffrir qu'ils ne trouvent aucune différence entre le membre sain et le blessé. Les fragments » sont bien maintenus, et l'on a peine à retrouver le lien de la fracture sur » les jambes que nous traitons par ce moyen de déligation. Enfin, nous » avons l'avantage capital de suivre heure par heure la marche du gonflement sans toucher aux pièces d'appareil, et de pouvoir serrer et desserrer à volonté. Deux chevilles qu'on recule ou qu'on avance, modifient la » pression en une demi-minute, sans occasionner le moindre ébranlement.» (Texier.)

Il est inutile d'ajouter que l'on peut exercer des pressions plus fortes sur les fragments, au moyen de coussins supplémentaires ou de compresses graduées que soutiennent toujours les planchettes latérales. On pourrait encore opérer une pression de haut en bas sur un fragment trop saillant avec une vis semblable à celle de M. Malgaigne. Il serait facile de donner à la jambe une demi-flexion, à l'aide d'un coussin très-épais sous le genou, plus mince vers le talon. J'ajouterai pour mémoire la grande économie de linge qui résulterait pour les pauvres familles et les établissements charitables de l'usage de notre appareil.

Si maintenant on nous demande : Y a-t-il dans cet appareil quelque chose de nouveau ? Après avoir scrupuleusement examiné les documents qui ont été mis à notre disposition, nous dirons : Notre appareil diffère des gouttières par l'étendue de sa base, des planchettes par la hauteur de ses bords; il se distingue des boîtes par la mobilité des parois latérales, qui sont indépendantes du fond et peuvent être rapprochées, éloignées, inclinées à la manière des attelles; puis, quand elles ont pris position, ces attelles, par le secours des chevilles, deviennent solides, à la manière d'un rebord fixe.

Je l'avoue, j'ai été séduit par la simplicité de cet appareil, par les beaux résultats qu'il donne si facilement, et j'ose espérer que ceux qui l'auront expérimenté ne voudront pas en employer d'autre.

THÉRAPEUTIQUE.

IODOGNOSIE, OU MONOGRAPHIE CHIMIQUE, PHARMACEUTIQUE ET MÉDICALE DES IODIQUES; par DORVAULT (1).

DURÉE DU TRAITEMENT IODIQUE.

401. Nous avons indiqué à peu près toutes les conditions du traitement iodique : c'est, ce nous semble, ici la place de parler de sa durée.

Il est des médicaments, peu nombreux il est vrai, qui par certains phénomènes physiologiques font connaître par avance aux praticiens que l'effet curatif est produit et que leur but est atteint. Le mercure, par exemple, fournit cette indication. Les praticiens exercés à son maniement reconnaissent à certains symptômes, à une sorte de saturation, qu'ils peuvent en cesser l'emploi avec la certitude que la cure non encore achevée marchera d'elle-même et sera pleine et entière. Avec les iodiques il n'existe, que nous sachions, rien de semblable, et il n'y a d'autre indice que le traitement est fini que la disparition physique des accidents morbides.

Il suit de là que non-seulement le temps, mais aussi la dose absolue, le *quantum* iodique qu'il convient d'administrer pour obtenir une guérison complète, ne peut être fixé d'une manière satisfaisante même approximativement. Cependant, pour complaire autant qu'il est en nous aux praticiens, nous allons chercher à donner une formule numérique du traitement iodique au point de vue de sa durée, mais à laquelle par conséquent il ne faudra pas attacher une plus grande importance qu'elle ne le mérite réellement.

Pour la syphilis.	Accidents primitifs	curables par les iodiques.	1 à 2 mois.
	— secondaires.		1 à 3 —
	— tertiaires.		1 à 4 —
Pour le goître.	Au premier degré.		1 à 2 —
	Au deuxième degré		2 à 6 —
	Dégénérés . . . . 6 à 12 mois et indéfiniment.		
Pour la scrofule.	Nous renvoyons aux sommaires des observations du docteur Lugol (330).		

402. La cure de la scrofule est plus lente, plus difficile à obtenir que celle de la syphilis. Si l'on réfléchit que pour triompher de l'état scrofuleux bien caractérisé, il ne faut rien moins que changer entièrement la constitution des sujets; si l'on admet en outre, ce qui nous paraît fondé, que tandis que le virus syphilitique attaque plutôt le sang, la scrofule réside plus spécialement dans la lymphe, dont la circulation plus lente ne donne pas dans ses dernières ramifications un accès aussi facile aux médicaments, on comprendra aisément cette différence de temps dans l'obtention des résultats.

CONTRE-INDICATIONS DE LA MÉDICATION IODIQUE.

403. L'iodure potassique et, à un plus haut degré, l'iode, sont contre-indiqués lorsque les voies digestives, les systèmes cutanés, circulatoires, etc., sont dans un état d'irritation, soit que cette irritation provienne du mal que l'on veut combattre, soit qu'elle reconnaisse d'autres causes.

Dans ces cas il faudra donc, préalablement à l'administration du remède, faire tomber l'irritation soit par le temps, soit par les antiphlogistiques, les opiacés internes ou externes. Dans le cas de persistance de l'irritation des voies digestives en particulier, il restera aux praticiens la méthode des frictions ou celle des lavements (395).

Si la suppression de quelque phénomène habituel, comme la sueur fétide des pieds, une fluxion hémorrhoïdale, un épistaxis périodique, etc., déterminait l'inflammation d'un organe, il faudrait combattre cette irritation en rappelant la fluxion dans son siége primitif.

404. Coindet signale comme contre-indication l'état nerveux, la grossesse, les affections de poitrine, la fièvre lente; d'autres signalent la dyspepsie accompagnée de diarrhée, la lactation. La contre-indication par rapport à la grossesse, exacte peut-être avec l'iode métalloïde pendant tout le temps de la gestation, exacte peut-être encore avec l'iodure potassique pendant les premiers temps de la conception, ne nous paraît pas l'être lorsque le fœtus est bien formé. Nous avons vu en effet que Wallace le prescrivait chez les femmes enceintes syphilitiques pour prévenir l'infection de l'enfant. Voici d'ailleurs un fait récent :

OBS. — Maria Storkes fut admise dans le service de M. Rayer à la Charité pour une ulcération à la gorge, qui fut reconnue syphilitique. Après quelques jours d'essai d'une médication locale qui resta sans effet, le docteur Rayer, malgré l'état de grossesse assez avancée de la malade, lui prescrivit des pilules de Sédillot. Au bout de deux mois, la guérison n'arrivant point, l'habile praticien lui fit administrer l'iodure de potassium à la dose de un gramme d'abord, puis de deux grammes. Cinq semaines de ce traitement amenèrent la guérison. L'enfant est venu au monde douze jours avant la sortie de la mère, parfaitement portant et sans apparence d'affection syphilitique.

Quant à la suppression de la sécrétion lactée qui a été signalée sous l'influence des iodiques, nous craignons qu'on n'ait pas fait la part d'autres causes coïncidentes.

Les individus irritables et disposés à la dyspepsie sont sujets, sous l'influence de l'iode surtout, aux nausées, aux chaleurs de l'estomac, à la perte de l'appétit, aux relâchements de l'intestin.

La contre-indication dans la phthisie pulmonaire n'a de valeur que dans la dernière période de cette maladie, attendu que dans la période d'imminence et celle qui la suit l'iodure potassique a donné de bons résultats.

405. Selon le docteur Rodet (mém. cité), la circonstance d'un ou plusieurs traitements mercuriels faits depuis peu de temps, doit faire craindre que les iodiques ne déterminent des accidents cérébraux, ce qui revient à

(1) Voir les articles publiés de cette monographie dans les numéros 46, 47, 49, 50 et 52 de l'année 1849 et les nos 1, 10, 11 et 12 de cette année.

dire que cette circonstance est une contre-indication. Cette manière de voir est tout à fait opposée à celle du docteur Chomel (338). Si l'on objecte à M. Rodet que l'iodure potassique fait merveille contre la cachexie mercurielle, il répond que ces prétendus cas de cachexie mercurielle ne sont autres que des accidents de syphilis méconnus. Si malgré cet argument spécieux nous nous reportons à ce que nous avons dit de l'efficacité de l'iodure potassique dans la cachexie mercurielle (354), si nous considérons ensuite qu'un grand nombre des observations que l'on trouve relatées ont trait à des guérisons obtenues par le sel iodique administré aussitôt après l'emploi des mercuriaux; si l'on considère tous ces faits, disons-nous, on admettra difficilement l'opinion du praticien lyonnais.

Il ne peut y avoir contre-indication des iodiques, selon nous, dans ce cas, que lorsque le traitement mercuriel a laissé de l'irritation, encore doit-on faire des réserves. Quant à la prédisposition aux accidents cérébraux signalée par M. Rodet comme contre-indication, elle rentre dans les cas prévus dans le premier alinéa de ce chapitre. Comme précaution particulière nous conseillerons, dans cette occurrence surtout, l'administration du sel iodique sous le passe-port des antiphlogistiques.

Comme contre-indications nous signalerons encore les symptômes palbologiques qui surviennent chez les malades soumis activement et depuis longtemps aux iodiques, lesquels exigent la suspension momentanée.

Le docteur Payan a posé comme règle contre-indicative le fait pathologique suivant: Si les sujets maigrissent pendant l'administration des iodiques pourvu que la dose n'en soit pas trop élevée, ce signe seul doit faire suspendre le médicament parce qu'il prouve que celui-ci irrite ou du moins qu'il n'arrête pas le mal.

Le docteur Mossijovits avance que c'est lorsque l'atmosphère est claire et sèche que l'iode a le plus d'action; celle-ci est presque nulle lorsqu'il règne des épidémies de variole, de fièvre puerpérale et de diarrhée; elle est très-énergique au contraire lorsque la constitution médicale est inflammatoire et catarrhale.

Les grands froids de l'hiver amortissent sensiblement l'action des iodiques.

RÉCIDIVES.

406. Il n'y a rien de bien établi sur ce point de la thérapeutique des iodiques. Lugol cite plusieurs cas de récidives dans les maladies scrofuleuses; Wallace dit que dans la syphilis elles sont moins nombreuses qu'avec le mercure. Si l'on réfléchit que les iodiques et les conditions de leur thérapeutique rétablissent les fonctions digestives et portent l'harmonie dans l'économie entière, tandis qu'avec le mercure, ce rétablissement se fait attendre longtemps, on admettra facilement la remarque de Wallace. De son côté M. Gauthier a compté plusieurs récidives sur l'ensemble des guérisons qu'il a obtenues et relatives à des cas très-graves. Mais ce qu'il y a de certain, selon ce praticien, c'est que l'iodure de potassium conserve ses propriétés curatives après les rechutes comme avant, et selon le docteur Payan jamais après une rechute les sujets ne redeviennent aussi malades qu'avant.

Peut-on se mettre à l'abri de toute récidive d'une manière absolue? Si l'on répondait par l'affirmative ce serait admettre la spécificité absolue du remède. Or nous avons vu que tel n'était pas le caractère qu'il fallait lui donner. Mais on se mettra presque toujours à l'abri des récidives en continuant quelque temps l'administration des iodiques après guérison. On doit se guider sur ce point d'après la gravité des accidents, leur ancienneté, le temps qu'il a fallu pour les faire disparaître. Cependant nous ne savons si cette opinion est fondée ainsi que la suivante. Selon quelques auteurs la disparition prématurée des symptômes n'autorise point à abréger la durée du traitement, les chances de récidives paraissent augmenter en raison même du peu de temps consacré au traitement. Ce qui nous paraît certain, c'est que les récidives en général doivent être attribuées au désir incessant des malades d'en finir au plus vite avec un traitement ordinairement déjà bien long.

Le médecin devra donc combattre, autant qu'il sera en lui, ce désir, et faire continuer le traitement convenablement de temps après guérison. Il n'y a du reste nul inconvénient attaché à cette mesure si le traitement, comme c'est le cas le plus général, se fait avec de l'iodure neutre.

Faut-il, avec quelques praticiens, dans le but d'éviter des récidives, recommander de reprendre de loin en loin l'usage préventif du remède? Notre opinion n'est rien moins que fixée à cet égard.

PATHOGÉNÉSIE IODIQUE.

407. Nous nous sommes occupés jusqu'à présent des effets curatifs des iodiques. Mais leur usage peut donner lieu à des accidents plus ou moins considérables qu'il importe que nous fassions connaître; c'est ce dont nous allons nous occuper maintenant.

408. Suivant le docteur Rodet (mém. cité), dans l'état physiologique, l'iodure potassique porte son action irritante sur certains organes de prédilection, et lorsqu'il agit d'une manière pathogénique, c'est sur ces organes ou bien sur l'organe en souffrance que, par une sorte d'action élective, il la fait sentir. En outre, d'après ce praticien, si l'iodure potassique était toujours administré dans les cas qui réclament leur emploi, il ne surviendrait pas d'accidents. Les premières propositions de M. Rodet ne sont point particulières aux iodiques; elles peuvent être considérées comme règle thérapeutique générale. Quant à la dernière, dans l'état actuel de la science, il serait difficile de se prononcer sur sa valeur. Cependant nous ferons remarquer qu'elle se réduit peut-être à une question de posologie (427).

Dans l'exposition de la pathogénésie iodique, nous nous occuperons d'abord de celle sur les muqueuses, presque toutes susceptibles de l'éprouver; puis de celle sur les différents autres tissus et systèmes de l'organisme.

409. Action sur la muqueuse buccale. — Lorsqu'on prend pendant quelque temps, et même très-peu de jours, d'un soluté quelque peu concentré d'iodure potassique, la muqueuse buccale, par suite de la dissolution du mucus qui la lubréfie, se dessèche et laisse détacher des fragments d'épithélium. En outre, l'iodure potassique détermine quelquefois un afflux muqueux, une *regurgitation* très-abondante que l'on a nommée *ptyalisme iodique*. Aussi les iodiques sont-ils considérés par quelques auteurs comme des sialagogues indirects et classés comme tels. Ce ptyalisme, qui peut être confondu par quelques points avec le ptyalisme mercuriel, en diffère cependant par des caractères assez tranchés. Dans celui-là la salive est moins visqueuse que dans celui-ci; la muqueuse buccale n'atteint jamais, dans la stomatite iodique, le degré d'inflammation qu'elle peut présenter dans la stomatite mercurielle. En outre, la stomatite iodique n'a pas cette tendance à l'ulcération que l'on observe si souvent dans celle-là. Enfin, la salivation iodique n'a aucune odeur particulière.

Dans les hôpitaux, les crachoirs en cuivre des malades qui prennent beaucoup d'iode sont altérés par les crachats dans lesquels les réactifs font facilement reconnaître l'iode.

410. Action sur la muqueuse des bronches. — On observe quelquefois, par suite de l'usage des iodiques, une toux sèche, et que les personnes atteintes de bronchite voient cette affection s'exaspérer sous l'influence de celle médication. Ces accidents sont plus fréquents avec l'iode qu'avec l'iodure potassique.

411. Action sur la muqueuse du tube digestif. — On a vu des malades qui, par suite d'un usage long et immodéré des iodiques, ou encore par suite d'une susceptibilité idiosyncrasique très-grande, au lieu d'éprouver cette excitation modérée et favorable que développe habituellement l'usage de ces médicaments, éprouver une irritation gastro-intestinale fort vive. Le docteur Ricord dit: « Chez un petit nombre de sujets l'emploi de l'iodure potassique est suivi de véritable phlegmasie soit de l'estomac seul, soit de l'ensemble du canal intestinal: de là des vomissements, des diarrhées, et enfin tous les phénomènes de l'empoisonnement. Cependant nous devons noter que l'action de cet agent sur la muqueuse intestinale a pour résultat ordinaire un flux séro-muqueux. »

Le même praticien a encore signalé l'existence d'une douleur épigastrique siégeant au grand cul-de-sac de l'estomac, souvent assez vive, mais sans augmentation de la soif ni diminution de l'appétit, accidents du reste qui ne se produisent pas si l'iodure est administré dans des mucilagineux ou associé à l'opium.

412. Action sur la muqueuse oculaire. — Les docteurs Ricord et Bernard ont appelé, il y a environ quatre ans, l'attention des médecins sur l'action pathogénique de l'iodure potassique sur la conjonctive oculaire. Cette variété d'ophthalmie, beaucoup plus rare que des praticiens ne l'ont dit, se déclare ordinairement du deuxième au troisième jour de l'usage du médicament, et débute tantôt par un œil et tantôt par les deux yeux. Elle consiste dans une injection vasculaire avec tuméfaction de la conjonctive. Elle est du reste sans complication, et la secrétion muqueuse à laquelle elle donne lieu, bien différente de l'ophthalmie blennorrhagique, est toujours bénigne. Une chose à noter, c'est qu'une fois disparue, celle conjonctive ne reparaît plus pendant toute la suite du traitement. On la fait tomber à l'aide des antiphlogistiques généraux ou locaux, les purgatifs salins, les collyres zincés.

413. Action sur la muqueuse nasale. — L'action pathogénique sur la membrane pituitaire est peut-être, de toutes ses congénères, la plus fréquente. Un grand nombre d'auteurs l'ont signalé. Elle est caractérisée par une tuméfaction de la muqueuse pituitaire et par une secrétion nasale assez abondante pour simuler le coryza simple avec enchifrènement, mais généralement sans éternuements. Toutefois le mucus qui en résulte a beaucoup moins de viscosité que dans le coryza ordinaire, et n'a nulle

tendance à passer à l'état purulent. Les iodiques sont donc des errhins indirects.

On peut facilement, dans le mucus nasal comme sur les mouchoirs des malades, reconnaître la présence de l'iode.

Le docteur Riaud a signalé des hémorrhagies nasales.

414. ACTION SUR LA MUQUEUSE GÉNITO-URINAIRE. — Nous avons vu que les écoulements uréthraux ou vaginaux, soit blennorrhagiques, soit catarrhaux, soit leucorrhéiques, étaient souvent guéris lorsqu'ils étaient chroniques, sans inflammation, ou étaient liés à une constitution scrofuleuse, par les iodiques. Eh bien! il arrive ordinairement que ces mêmes écoulements, mais à l'état aigu, sont exaspérés par les mêmes agents.

415. ACTION SUR LES REINS. — L'iodure potassique, en particulier, a une action manifeste sur cet organe. Une diurèse très-marquée est même un des effets constants de la médication iodique. Mais cet effet physiologique n'a nul inconvénient.

M. Ricord a observé un cas de diabète artificiel sous l'influence de l'iodure potassique. Le malade, très-altéré, buvait beaucoup, et rendait jusqu'à cinquante litres d'urine par jour.

(La fin à un prochain numéro.)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

OBSERVATION DE TRANSUDATION DE MATIÈRE COLORANTE A TRAVERS LA PEAU ; par le docteur LUCIEN PAPILLAUD.

OBS. — A., jeune mulâtresse âgée de 15 ans, était régulièrement menstruée depuis deux années, lorsqu'elle commença à remarquer une diminution dans la quantité et la durée de ses règles; en même temps apparurent de fréquentes épistaxis, et, de plus, des saignements d'oreille qui avaient lieu uniquement du côté gauche; plus tard vinrent un amaigrissement général, la pâleur de la peau et des muqueuses visibles à l'œil, et le dégoût des aliments. Après dix mois de cet état, un médecin fut appelé, et il prescrivit des pilules dont la base était l'extrait de coloquinte à haute dose, un liniment pour faire des frictions sur la moitié droite de la thyroïde, qui était hypertrophiée, et en dernier lieu une potion avec un carbonate alcalin et l'eau de laurier-cerise.

A partir de cette médication, la malade tomba dans une prostration extrême; les évacuations urinaires et stercorales ne se firent plus qu'à de longs intervalles, qui allèrent toujours en s'éloignant de plus en plus; les urines étaient troubles et fétides; les matières fécales étaient aquo-sanguinolentes. Dans cet état, cette fille fut confiée aux soins d'un homœopathe qui, en vertu de son système, vit chez elle un empoisonnement par l'eau de laurier-cerise prescrite précédemment, bien que la dose n'en eût été que de 2 gros, et que la potion dans laquelle elle entrait n'eût pas été achevée.

Après un mois de tentatives infinitésimales, cette malade allant de plus en plus mal, nous fûmes appelé à la traiter. A cette époque, il y avait seize jours qu'elle n'était pas allée à la selle et quatre jours qu'elle n'avait pas uriné; outre les phénomènes déjà connus, elle présentait une teinte d'un bleu violet au front, aux tempes, au nez, et surtout aux régions circumorbitaires; cette coloration, qui avait l'apparence d'une ecchymose, était survenue à la suite d'une épistaxis. La langue était rouge à ses bords et limoneuse à son milieu; le pouls irrégulier et fréquent, mais non fébrile; le cœur était le siége de palpitations irrégulières, mais non permanentes et sans bruit anormal; une toux sèche, opiniâtre et incommode se développait quotidiennement, avec une sensation de picotement dans le larynx, et offrait deux exacerbations par vingt quatre heures; le ventre était douloureux, ainsi que les parois antérieure et postérieure de la poitrine; le pied gauche était tuméfié jusqu'au niveau des malléoles.

Ce cas nous parut assez obscur pour exiger quelques jours d'observation; en attendant, nous prescrivîmes la magnésie, à la dose de 8 à 12 grammes par jour, dans le but de déterminer quelques évacuations, mais ce fut sans succès. Pendant ce temps, la teinte bleu-violet avait fait des progrès et s'était répandue inégalement au cou, à la face antérieure de la poitrine et sur la jambe et le pied tuméfiés. La maîtresse de la maison ne fut pas peu surprise en s'apercevant que cette couleur bleue déteignait sur l'oreiller de la malade; ayant eu l'idée de frotter la peau ainsi colorée avec un linge mouillé de vinaigre, elle vit la couleur s'enlever comme si elle eût été simplement étendue à la superficie de la peau et rester sur le linge. Cependant, après cette première friction, la teinte d'ecchymose ne tarda pas à se reproduire, quoique moins intense, et cette fois on put encore l'enlever, soit avec un linge sec, soit avec le doigt, et le doigt ou le linge restaient tachés d'une couleur indigo-pâle. On eut l'idée d'une supercherie, mais toutes les recherches dans le but de la découvrir furent vaines, et, de plus, le phénomène se reproduisit plusieurs fois spontanément dans l'espace de quarante-huit heures, sous les yeux des personnes qui surveillaient la malade, aucun objet qui aurait pu déteindre en bleu ne fut trouvé ni dans le lit ni parmi les vêtements, et nous devons ajouter qu'il nous a paru peu vraisemblable que cette jeune fille, qui redoutait beaucoup les médecins et les remèdes, ait fait un simulacre qui aurait eu pour but d'éveiller l'attention des premiers et de provoquer l'application des seconds. Toutes ces circonstances ne laissèrent aucun doute sur la réalité et la spontanéité d'un phénomène auquel nous n'aurions pas ajouté foi si nous n'en avions été un des témoins. Nous conservons un morceau de la taie d'oreiller de cette malade sur lequel sa peau avait déteint.

Nous prescrivîmes alors des bains acidulés avec l'acide chlorhydrique et des frictions sur la colonne vertébrale avec l'alcool camphré, la térébenthine et la teinture de noix vomique. Dès le premier bain acide, la coloration anormale disparut pour ne plus revenir, et dans la nuit qui suivit ce premier bain et la première friction, il y eut deux selles et plusieurs mictions.

Cette médication fut continuée, et les évacuations stercorales, sans devenir parfaitement régulières, ne furent plus séparées par des intervalles plus longs que trois jours, et le plus souvent elles furent quotidiennes, ainsi que les mictions. Les urines et les matières fécales reprirent immédiatement leur apparence normale.

Après quelques semaines de bains acides, on commença par le fer; la préparation par laquelle on débuta fut le tartrate de fer et de potasse, dissous dans du sirop. Une teinte violet foncé apparut au milieu de la surface de la langue, tandis que les bords conservaient leur couleur naturelle. Au premier abord, nous attribuâmes cette coloration à l'usage d'une préparation soluble de fer, mais plus tard elle disparut spontanément, bien que l'usage du fer se continuât sous la même forme. Dès lors nous inclinâmes à croire que la teinte qui s'était manifestée sur le tégument de la langue était analogue à celle que nous avions observée sur divers points du tégument externe, et que ces deux phénomènes étaient issus de la même cause.

Quelle était cette cause? Quel était le mécanisme de son action? On peut facilement résoudre la première question en admettant la sortie du sang hors de ses vaisseaux, et son infiltration dans les tissus. Mais pour le phénomène insolite de la transudation d'une matière colorante à l'extérieur, la solution n'est plus si facile. Néanmoins il nous paraît logique d'admettre que cette matière colorante appartenait au sang.

Pour supprimer des détails sans intérêt, nous terminerons cette observation en quelques mots, en ajoutant qu'au bout d'un mois de traitement l'état général de cette malade paraissait grandement amélioré, que cependant, à cette époque, il lui survint de nouveau des épistaxis, des saignements d'oreille, et que deux hémoptysies apparurent pour la première fois. Ayant ausculté la poitrine avec soin, nous constatâmes une diminution notable du bruit respiratoire dans tout le poumon droit, nous entendîmes à la partie supérieure et postérieure du même poumon le bruit d'expiration rude, signalé comme caractéristique des tubercules crus, et de plus nous reconnûmes quelques craquements humides disséminés çà et là dans divers points: ces signes nous firent soupçonner le début d'une phthisie. L'auscultation du cœur et des gros vaisseaux ne donna que des résultats négatifs. Cette malade fut alors emmenée à la campagne dans l'état que nous venons de décrire, et nous la perdîmes de vue.

APPLICATION DU CAUSTIQUE DE VIENNE A L'EXTRACTION DE CERTAINS CORPS ÉTRANGERS ; par le même.

Le pied, par le fait de ses usages, est une des parties du corps le plus exposées à l'introduction des corps étrangers piquants ou tranchants qui se rencontrent sur le sol. A la campagne ce sont les épines végétales, les fragments de bois, etc., qui le blessent, mais ces corps étrangers par leur nature déterminent aussitôt après leur entrée une inflammation suppurative à la faveur de laquelle ils sont expulsés. En ville ce sont les fragments métalliques et les fragments de verre qui sont le plus souvent introduits dans le pied et comme ils n'irritent que mécaniquement et non physiologiquement les tissus avec lesquels ils sont en contact, il n'est pas rare de voir ces mêmes tissus se refermer sur eux. Alors le séjour devient indéfini, bien qu'il soit gênant et douloureux dans la marche et même la station, et que de temps en temps ils déterminent des irritations qui s'étendent au loin et font naître des érysipèles, des lymphites qui envahissent la jambe et la cuisse et vont jusqu'aux ganglions inguinaux. Ces érysipèles peuvent devenir phlegmoneux, ces lymphites peuvent faire suppurer les glandes de l'aine tandis que le point de départ de ces accidents, le lieu qu'occupe le corps étranger paraît ne pas participer aux inflammations dont il recèle la cause, et partant il y a peu d'espoir qu'une suppuration vienne déterminer sa sortie. De plus, ces corps étrangers étant presque tous entrés par leur extrémité la plus ténue, ils tendent plus, en raison de cette disposition, à avancer qu'à reculer; leur déplacement, quand il a lieu, est donc contra-périphérique et en avançant vers l'axe du membre ils rencontrent des tissus dont la lésion éveille des irritations plus vives et plus profondes et finalement ils rencontreraient des articulations et des os et les désordres qu'ils occasionneraient, une fois en contact avec ces parties seraient autrement graves que ceux qui accompagnent leur séjour au milieu du tissu cellulaire. Dans ces conditions, la vie peut être compromise à cause d'un fragment d'aiguille.

L'indication est d'extraire ces corps étrangers. Aller à leur recherche avec l'instrument tranchant est une opération toujours douloureuse, quelquefois grave et souvent incertaine; leur petit volume, la possibilité de leur déplacement postérieurement à leur introduction, font que ce sera un hasard quand le bistouri ira donner sur eux du premier coup. Et quand l'instrument tranchant donnerait dès la première fois sur le corps à extraire, ce hasard heureux ne dispenserait pas toujours d'un second et d'un

troisième coup. Un fragment d'aiguille par exemple, peut avoir été enfoncé perpendiculairement à l'axe du pied et de perpendiculaire être devenu parallèle à ce même axe au moment de la tentative d'extraction, l'incision peut donc se trouver transversale par rapport à lui et avoir besoin d'être transformée en cruciale pour qu'il soit retiré. Enfin, ce genre de lésion se rencontre assez souvent chez les femmes qui ont à un plus haut degré que les hommes une aversion naturelle pour les instruments tranchants.

Nous croyons qu'aller à la recherche du corps étranger à l'aide d'un caustique aussi sûr et aussi prompt dans ses effets que l'est la poudre dite de Vienne est infiniment préférable à l'emploi des incisions. Cette méthode résume facilité et sûreté. Ce qu'une incision linéaire ne pourrait découvrir le sera certainement par une perte de substance circulaire dont on aura gradué l'étendue à volonté. Les rapports et la direction du corps étranger, difficiles à reconnaître au fond d'une plaie étroite, profonde et saignante, seront vus sans peine à la chute d'une escarre qui aura mis à nu un espace suffisant de tissus sans écoulement de sang. La cicatrice qui suit cette opération serait le seul reproche qu'on pourrait lui adresser, mais ce reproche sera de peu de valeur si on considère que la perte de substance qui est l'effet d'une cautérisation de la dimension d'un franc, dimension suffisante pour être pour tous les cas, devient, par le fait du rapprochement de ses bords, une cicatrice de la grandeur d'une lentille, et de plus que cette légère perte de substance est souvent utile pour réduire une hypertrophie qui ordinairement existe dans les tissus qui enveloppent un corps étranger séjournant depuis longtemps.

Nous allons rapporter deux exemples à l'appui de ce qui vient d'être dit.

Obs. I. — X..., jeune fille de 12 ans, ayant marché sur une aiguille, se l'était enfoncée perpendiculairement dans la plante du pied, au niveau de l'extrémité antérieure de l'un des métatarsiens. Par l'effet du poids du corps et d'un mouvement brusque causé par la douleur, l'aiguille se brisa, et son extrémité pointue, qui resta dans le pied, ne put être extraite. La piqûre se ferma; le point occupé par le corps étranger, très-douloureux d'abord, le devint moins par la suite, et la malade put marcher, mais en boitant.

Plus d'un an après l'accident, nous fûmes consulté, et sur l'offre que nous fîmes d'extraire le corps étranger sans opération sanglante, cette jeune fille se soumit à une application du caustique de Vienne. Cette application sur la peau de la plante du pied fut à peine douloureuse; elle produisit une escarre de la dimension d'un franc, dont on hâta la chute à l'aide de cataplasmes. Après deux ou trois jours, cette escarre se détacha, laissant à découvert une moitié d'aiguille couchée horizontalement.

Obs. II. — L..., négresse, s'était introduit une aiguille à la partie moyenne du bord interne du pied gauche. Cette aiguille fut brisée dans des tentatives d'extraction faites immédiatement. La peau se referma sur la portion restée dans les tissus, et depuis lors cette négresse fut presque constamment prise et reprise d'engorgements du pied s'étendant à tout le membre inférieur, d'érysipèles et d'angioleucites. Soignée inutilement dans la maison où elle se trouvait logée, puis envoyée à l'hôpital, d'où elle sortit sans soulagement, cette esclave, obligée d'abandonner son service, resta chez ses maîtres.

Quand nous la vîmes, il y avait de sept à huit mois que l'accident avait eu lieu. La jambe était gonflée et érysipélateuse; des traînées rouges et indurées montaient du genou jusqu'à l'aine; le point où avait été introduit le corps étranger faisait au-dessus du niveau de la peau une saillie du volume d'une grosse noix. Cette tumeur était mollasse, et donnait au toucher la même sensation qu'un paquet variqueux; elle présentait les apparences d'une fluctuation obscure; mais une ponction avec la lancette ne donna issue à aucun liquide anormal. Après cette exploration, nous allâmes à la recherche du corps étranger avec les cautérisations par la poudre calcio-potassique. Une première application fut insuffisante, en raison de la dureté de la peau; une deuxième, faite immédiatement après la chute de la première escarre, creusa profondément, mais ne découvrit rien encore. Cependant elle nous permit de toucher avec une pince, dans le fond de la perte de substance, un tronçon métallique qu'il fut facile de saisir et d'extraire immédiatement. C'était un fragment, de plus de 2 centim. de longueur, d'une grosse aiguille, engagé dans les tissus perpendiculairement à l'axe du pied.

Ce n'était pas la première fois que cette négresse avait un corps étranger introduit dans le pied. Deux ans avant cette dernière circonstance, un fragment de verre avait pénétré dans son talon. Les tissus s'étaient refermés sur lui, puis étaient survenus des accidents analogues à ceux que nous venons de décrire, et enfin un chirurgien était allé à la recherche du corps étranger à l'aide d'incisions nombreuses, dont quelques-unes n'avaient pas moins de 6 centimètres de longueur. Cette malade ayant pu juger, par une expérimentation passive, des deux procédés, sa préférence pour celui des cautérisations est le meilleur témoignage qu'on puisse citer.

Nous connaissons une petite fille âgée de 10 ans, et qui depuis plus de six porte un fragment d'aiguille introduit sous l'arcade du pied. Pendant les premiers mois du séjour de ce corps étranger, plusieurs tentatives furent faites, abandonnées et reprises par des chirurgiens pour son extraction. Des incisions variant en étendue et en profondeur furent pratiquées dans tous les sens; des recherches au fond de ces incisions furent dirigées au moyen de divers instruments, tout cela sans résultat. L'aiguille est encore dans le pied de la petite E. Comme elle occupe un point qui n'appuie pas sur le sol dans la station et la marche, il s'ensuit que sa présence ne cause que des douleurs supportables. Pour ce motif, et plus encore en raison de l'extrême indocilité de cette enfant, sa mère ne l'a pas soumise aux applications de caustique que nous avons proposées.

On pourrait objecter à ce procédé que le caustique peut, comme le bistouri, porter à faux, et faire une perte de substance à côté du corps étranger sans le découvrir; mais on ne doit procéder à la cautérisation qu'après avoir reconnu autant que possible le point qu'il occupe. Sa présence est signalée, dans ces cas, par des douleurs que la pression détermine dans une ou plusieurs directions, toujours les mêmes, et non dans d'autres. Souvent une couche hypertrophiée de tissu cellulaire et cutané l'entoure, et quelquefois au point d'entrée existe un enfoncement infundibuliforme qui atteste le commencement de son trajet. Ces signes sont suffisants pour diriger l'application du caustique, et insuffisants pour guider sûrement le bistouri et épargner des incisions exploratrices.

Nous ignorons si l'emploi de ce moyen est vulgaire ou peu connu, ancien ou récent. Nous l'avons appliqué sans connaître aucun précédent à cet égard, et étant hors de portée de compulser un grand nombre d'ouvrages et surtout les recueils d'observations, nous n'avons pu consulter que quelques articles de dictionnaires et deux traités de chirurgie, sans en trouver aucune mention.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ITALIENS.

I. ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA.

Le cahier d'avril 1849 contient les travaux originaux suivants : 1° *Études expérimentales sur les artères*; par MM. Tizzoni, Quaglino et Restelli, (Expériences destinées à prouver l'infériorité du procédé de ligature de M. Secondi, procédé que nous avons fait connaître dans notre compte rendu du congrès scientifique qui eut lieu à Venise en 1847.) 2° *Sur les hospices des enfants abandonnés en Lombardie, et réformes proposées pour leur amélioration*; par M. Sacchi. 3° *Sur un cas de rage humaine décrit par le docteur Palasciano*; par M. Toffoli.

II. BULLETINO DELLE SCIENZE MEDICHE.

Les numéros de juillet, août et septembre 1849 renferment les travaux originaux suivants : 1° *Des forces médicatrices de la nature*; par M. Valorani. 2° *Cas d'hydropisie très-grave arrivée subitement chez un enfant sain, guérison et prompt rétablissement*; par M. Pislocchi. (Le traitement consista surtout en purgatifs.) 3° *Observations sur quelques kystes pileux des ovaires*; par M. Venturini. 4° *Histoire d'un lupus scrofuleux*; par M. Sacchelli, (Guérison par le proto-iodure de mercure à l'intérieur et des lotions iodurées sur la surface malade.) 5° *Céphalée intermittente grave et invétérée*; par M. Valorani. 6° *Sur la théorie de la médecine*; par M. Copello. 7° *Autoplastie du cou*; par M. Tarulli. 8° *Traitement chirurgical employé à l'hôpital provincial de Bologne contre les ulcères cancéreux et les tumeurs du col de l'utérus*; par M. Rizzoli.

CÉPHALÉE INTERMITTENTE GRAVE ET INVÉTÉRÉE; par M. VALORANI.

Cette observation n'est pas moins remarquable par la prompte efficacité que par la singularité du remède qui a procuré la guérison; elle a rapport à une femme de 37 ans qui, depuis sa première jeunesse, souffrait de fortes douleurs de tête, principalement au front, aux tempes et aux yeux. Revenant d'abord à de longs intervalles, les accès s'étaient rapprochés. Actuellement ils reparaissaient soit tous les dix ou quinze jours, et alors la douleur était moins intense, mais de plus longue durée, soit plus rarement, et alors l'accès était plus fort, mais ne se prolongeait que pendant six à huit heures environ. Leur apparition, déterminée quelquefois par une émotion, un refroidissement, etc., s'observait le plus ordinairement après l'époque menstruelle. La douleur, accompagnée de pulsations, envahissait la région indiquée, avec diminution de la vue, photophobie, chaleur brûlante, face animée, larmoiement et coryza. Du reste, point de fièvre, température du reste du corps normale.

Cette maladie, en partie causée par une disposition héréditaire, s'était surtout prononcée à la suite de refroidissements considérables de la tête.

Après divers essais thérapeutiques infructueux, voilà ce qui réussit. La malade s'appliqua deux sangsues aux ailes du nez. Depuis qu'elle pratique ce remède, elle n'est plus sujette à la céphalée, ou du moins elle ne l'est plus que bien rarement. Lorsqu'un de ces accès mitigés revient, elle s'applique de nouveau les sangsues, et il suffit de l'écoulement de quelques gouttes de sang pour le faire immédiatement cesser. La cure date maintenant de plus de dix mois.

TRAITEMENT CHIRURGICAL EMPLOYÉ A L'HÔPITAL PROVINCIAL DE BOLOGNE CONTRE LES ULCÈRES CANCÉREUX ET LES TUMEURS DU COL DE L'UTÉRUS; par M. RIZZOLI.

Nos lecteurs se rappellent sans doute l'intéressant mémoire publié récemment par M. Bonnet (de Lyon) (voy. GAZ. MÉD., 1849, n° 29), sur l'application de la pâte de Canquoin au traitement des ulcères du col utérin. Ses recherches ont ouvert, on peut le dire, une voie de certitude et de succès à l'étude d'une maladie qu'on inclinait autrefois presque généralement à abandonner comme incurable.

Ayant pris connaissance de cette publication, M. Rizzoli vient aujourd'hui déclarer, par l'intermédiaire de M. Modonini, qu'il employait depuis plusieurs années la même médication dans ces cas. Et il rapporte effectivement quatre observations, dont la première remonte au mois de février 1845.

Quoique toute réclamation de priorité doive, pour être valable, s'appuyer sur des titres imprimés, et imprimés en temps utile, nous n'élèverons pas ici un vain débat d'antériorité; il vaut bien mieux constater la valeur que ces applications, en même temps et en pays divers, assurent à la nouvelle méthode. Bornons-nous donc à enregistrer ces données pratiques réellement utiles qui ressortent du travail du chirurgien de Bologne.

M. Rizzoli a renoncé pour cette opération à tout appareil spécial. Voici comment il procède. La malade étant couchée sur un lit, en supination, la tête relevée par un oreiller et les cuisses écartées, il introduit jusqu'au fond du vagin un spéculum trivalve, dont le jeu est réglé par une vis. Le col est embrassé bien exactement, et la partie malade mise en évidence. Il essuie alors l'ulcère, puis porte sur son fond un disque de pâte de chlorure de zinc, ayant sa dimension et sa forme, de manière à pouvoir y pénétrer ou du moins le couvrir entièrement. Il remplit alors tout le tube de l'instrument de tampons de charpie, liés avec des fils qu'on laisse pendre au dehors. Enfin il retire le spéculum, tout en poussant simultanément avec la pince, de bas en haut, sur les tampons de charpie, afin que rien ne se dérange. Un baudage en T assujettit l'appareil en place.

Ceci fait, le chirurgien laisse la patiente en repos, et attend jusqu'à ce que des douleurs d'une certaine intensité annoncent que le caustique a agi suffisamment. Il enlève alors un à un les tampons de charpie et fait sortir la pâte ramollie, au moyen de quelques injections tièdes. On les répète les jours suivants.

Selon les cas, deux ou même plusieurs cautérisations successives sont nécessaires.

La pâte dont il se sert contient deux parties de farine et une de chlorure de zinc.

— Nous n'avons qu'une seule remarque à faire sur ces règles de pratique. Selon nous, la durée de l'application ne doit point être calculée d'après les douleurs qu'éprouve la malade. Rien n'est plus variable que ce phénomène après l'application du chlorure de zinc. Elle est nulle ou extrême, suivant les régions et suivant les individus, et nous avons vu des sujets, dont les tissus venaient cependant d'être escarrifiés, déclarer n'avoir rien souffert. On s'exposerait donc à brûler en pure perte et plus qu'on ne veut en prenant pour guide soit l'intensité, soit la durée de la douleur perçue. Le chirurgien qui est habitué au mouvement de ce caustique trouvera un régulateur beaucoup plus sûr dans le laps de temps durant lequel la pâte reste en place. De cette condition seule dépend l'épaisseur de l'escarre obtenue.

III. IL FILIATRE SEBEZIO.

Les numéros de juillet et août 1849 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Rachialgie accompagnant la fièvre périodique*; par M. Marini. 2° *Expériences sur l'instinct et sur la morsure de la tarentule de Puglia*; par M. de Martino. 3° *Sur un nouveau symptôme observé dans quatre cas de fièvre intermittente, et sur un moyen très-efficace pour le combattre*; par M. de Lucia. (Toux dont l'effet douloureux est plus sensible dans l'inspiration que pendant l'expiration. Avaler un peu de neige suffit pour la faire cesser.) 4° *Sur la maladie de Bright*; par M. Brandeis. 5° *Analyse chimique d'un calcul salivaire*; par M. Semmola. 6° *Découverte d'un moyen efficace pour arrêter le hoquet*; par M. Piretti. 7° *De l'origine et de la structure des os*; par le même.

EXPÉRIENCES SUR L'INSTINCT ET SUR LA MORSURE DE LA TARENTULE DE PUGLIA; par M. DE MARTINO.

L'auteur avait déjà découvert dans la tarentule l'existence d'un appareil sécréteur du venin, analogue à celui de la vipère, et consistant en deux petites bourses correspondantes aux deux mâchoires. Le venin y est comme en réserve pour couler, dès que l'animal mord, par deux petits conduits excréteurs.

L'objet de sa présente communication est de raconter le résultat des expériences qu'il a pratiquées sur les mœurs de la tarentule, et sur les effets de ce venin inoculé soit par morsure naturelle, soit artificiellement à la lancette. Toutes les araignées, dit-il, ont un instinct féroce; mais celui de la tarentule se distingue par une sorte d'insatiabilité. Ayant voulu voir jusqu'où il était poussé, il jeta successivement à une tarentule huit mouches; elle se précipita toujours sur sa proie avec la même ardeur, et les réunit en une sorte de globe pour en faire sa nourriture. L'expérience ne se serait pas bornée là si l'observateur, plus tôt las de prendre des mouches que la tarentule de les dévorer, n'y eût volontairement mis fin.

Il était curieux de savoir comment l'animal s'y prendrait pour attaquer un autre ennemi plus capable de se défendre. On jeta, en conséquence, dans la cage de verre où il était enfermé, une guêpe ordinaire. Étourdie d'abord par ce bourdonnement imprévu, la tarentule se retira un peu en arrière; puis bientôt elle se jeta sur la guêpe. Mais celle-ci, en la frappant de son aiguillon, la força de battre en retraite. Un second et un troisième assaut eurent le même résultat. Unissant alors l'astuce à la cruauté, l'arachnide sut saisir son adversaire par une partie du dos telle qu'elle n'avait plus à craindre son aiguillon. Une fois saisi, elle le dévora comme les mouches.

Les expériences de M. de Martino confirment celles de Baglivi, de Capulo, de Scacchi. Elles prouvent la nocuité du venin que sécrète la tarentule. Un lapin adulte mordu à la lèvre supérieure eut des horripilations nerveuses pendant un jour et refusa de manger. Les plaies devinrent livides. Il fut rétabli dès le troisième jour. — On déposa alors dans deux petites plaies faites, l'une à l'aine, l'autre à l'aisselle du même animal, toute l'humeur vénéneuse contenue dans les bourses de l'appareil d'une tarentule. Les plaies devinrent livides, et il y eut quelques horripilations nerveuses, mais pas de refus de prendre les aliments.

Un poulet, mordu d'abord, puis inoculé, offrit à peu près les mêmes symptômes. Il en fut de même d'un chien épagneul, qu'on avait fait mordre sur la langue.

Enfin l'auteur décida un jeune garçon à se laisser mordre par une tarentule, à la pulpe du petit doigt. Il sortit un peu de sang; les morsures ne furent point lavées. Il ne se développa pas le moindre symptôme nerveux; mais les plaies demeurèrent douloureuses pendant le premier jour, et le second, il parut à leur pourtour une auréole érythémateuse.

L'action toxique du venin paraît sans doute moins prononcée dans ces observations que dans celle de Baglivi, par exemple, où l'on vit un lapin succomber aux effets d'une pareille morsure. Mais peut-être, comme le fait remarquer l'auteur, les suites eussent-elles été plus graves si l'on avait expérimenté pendant l'été au lieu de l'automne. Il faudrait aussi savoir si l'influence du venin ne serait pas différente, les expériences étant faites dans le pays même où la tarentule naît et se développe.

DÉCOUVERTE D'UN MOYEN EFFICACE POUR ARRÊTER LE HOQUET; par M. PIRETTI.

Ce moyen consiste à comprimer la circonférence de l'un des poignets (le droit, de préférence) au niveau du carpe. On exerce la pression, soit au moyen du pouce et de l'indicateur disposés de manière à l'embrasser en forme d'anneau, soit avec un ruban serré autour de la région indiquée. La pression devra être plus ou moins forte, selon le degré d'embonpoint de l'individu.

Pour expliquer l'influence physiologique de cette striction, l'auteur fait remarquer que les nerfs radial et cubital, sur les rameaux desquels elle porte, proviennent des paires cervicales, qui entrent dans la composition du plexus brachial. Or le nerf phrénique, qui commande le phénomène du hoquet, emprunte également ses filets d'origine aux nerfs du plexus cervical et du plexus brachial.

IV. IL RACCOGLITORE MEDICO.

Les numéros de juillet, août, septembre et octobre 1849, renferment les travaux originaux suivants : 1° *Recherches sur le scorbut*; par M. Versari. 2° *Monographie des fièvres gastriques*; par M. Gamberini. 3° *Le choléra à Paris*; par M. Franceschi Camillo. 4° *Si l'éther sulfurique*

inspiré agit sur le sang ou sur les nerfs, etc.; par M. Bellini. 5° *Amputation pratiquée pendant l'éthérisation*; par M. Ugolini. (Amputation de la jambe pour une tumeur blanche tibio-tarsienne; guérison.) 6° *Des forces médicatrices de la nature*; par M. Valorani. 7° *De la source des maladies chroniques*; par M. Camillo.

SUR L'ACTION DE L'ÉTHER SULFURIQUE; par M. BELLINI.

Sans renfermer l'explication complète des effets de l'éther, les lignes suivantes, que nous empruntons au travail intéressant de M. Bellini, font assez bien comprendre le mécanisme de son action locale sur les poumons. Il va d'ailleurs sans dire que cette explication n'a point la prétention de rendre compte de l'anesthésie. Pour prouver son insuffisance à cet égard, il suffirait, s'il en était besoin, de faire remarquer que, introduit par une voie toute différente, le rectum par exemple, cet agent produit les mêmes effets généraux sur l'organisme.

L'action *mécanique* de l'éther s'exerce de la manière suivante. L'excès de calorique dilate et distend les cellules pulmonaires. Par suite, les petits vaisseaux qui entrent dans leur formation demeurent extrêmement remplis et constituent par conséquent un obstacle au cours du sang. De plus, on a observé que l'éther rend le sang plus ténu. Ce liquide doit donc (du moins avant que l'anesthésie soit opérée) monter à la tête avec plus d'abondance et de rapidité. Et comme il ne peut, ne recevant plus celui des poumons, y être remplacé par d'autre, il doit s'y arrêter, et par sa présence matérielle amener la congestion, et par suite l'anesthésie.

Par l'effet de la dilatation des vaisseaux et de la *ténuification* admise du sang, il doit alors passer de ce fluide dans des vaisseaux qui auparavant n'en recevaient point. Ou si de tels vaisseaux n'existent pas, ceux qui sont destinés à la circulation sanguine sont distendus au double et au triple de l'état naturel; d'où naissent, durant l'anesthésie, ces rougeurs subites de certains tissus qui, normalement, sont blancs, tels que la conjonctive oculaire.

Tout ne finit pas là. L'éther vaporisé obture, en grande partie, les cellules pulmonaires, de sorte que l'air atmosphérique ne peut y arriver. Le sang ne s'y décarbonise donc plus, et ne vient plus recevoir là les éléments de vivification qui lui sont nécessaires. Ainsi vicié, il perd d'autant encore l'aptitude de circuler : nouvelle cause de stagnation.

Voici donc, sans exclure l'action *dynamique*, comment agit l'éther. On voit que cela rapprocherait beaucoup l'anesthésie de l'asphyxie. M. Bellini remarque à ce sujet qu'il n'y a pas ici suspension totale de la circulation; mais que, en poussant l'inhalation éthérée plus loin, on obtiendrait l'asphyxie elle-même, et avec elle ses funestes conséquences.

V. GAZZETTA TOSCANA DELLE SCIENZE MEDICO-FISICHE.

Les numéros de juillet, août et septembre 1849 contiennent les mémoires originaux suivants : 1° *Entérotomie pratiquée pour un étranglement interne*; par M. Marcacci. (Le sujet mourut peu après l'opération. L'autopsie montra que l'obstacle au cours des matières provenait de l'entortillement d'une partie de l'intestin.) 2° *Histoire d'une maladie à marche extraordinaire*; par M. P. Bruni. (Divers accidents vainement combattus jusque-là par l'ipécacuanha, les antiphlogistiques, les laxatifs, etc., cédèrent lorsqu'on y associa du sulfate de fer.) 3° *Ablation d'une partie de la septième vertèbre cervicale, cariée et renfermée dans un kyste*; par M. Macacci. 4° *Analyse de deux calculs biliaires*; par M. Capezzuoli.

ABLATION D'UNE PARTIE DE LA SEPTIÈME VERTÈBRE CERVICALE, CARIÉE ET RENFERMÉE DANS UN KYSTE; par M. MARCACCI.

OBS.—Un homme, âgé de 61 ans, employé aux travaux de la campagne, avait vu depuis trois ans une petite tumeur se développer au bas du côté droit du cou. Elle s'abcéda et se convertit en un sinus d'où sortait une petite quantité de matière puruleute.

Un stylet s'y enfonçait à 4 pouces de profondeur dans la direction de la colonne vertébrale, et allait toucher par sa pointe une substance osseuse manifestement cariée, et un peu mobile. Jugeant bien que là était la cause première de la suppuration et la raison de sa persistance actuelle, M. Marcacci tenta d'abord d'extraire l'os par l'ouverture existante. Mais la longueur, ainsi que l'étroitesse du trajet, et les douleurs que ces essais déterminèrent ne permirent pas d'en tirer quelque avantage, quoique l'on eût employé l'éther pour amortir la sensibilité et la dilatation, afin de frayer une voie plus large.

Forcé, par conséquent, d'agrandir l'ouverture, l'auteur fit une incision de près de 3 pouces de longueur, comprenant dans son milieu cette ouverture même. Mais ne pouvant ensuite inciser plus profondément sans risquer d'intéresser les nerfs du plexus cervical, l'artère et la veine sous clavières, il dut se contenter d'extraire les fragments osseux qui se présentaient. L'orifice fistuleux se resserra; mais il persista comme primitivement.

Un jour, en explorant avec une sonde de femme, il reconnut que le corps étranger se laissait plus aisément pousser vers la partie antérieure du cou, entre le muscle sterno-mastoïdien et la trachée, à la base du triangle omo-trachéal. Il conçut immédiatement l'idée d'inciser dans ce point, bien que l'existence d'un goître et la proximité de la carotide rendissent encore l'extraction par cette voie assez difficile, en raison de l'exiguïté de l'espace dont on pouvait disposer en sûreté par l'incision.

Le 10 juin 1847, la sonde poussant le corps étranger du côté de la peau, et un aide maintenant écartée la glande thyroïde, M. Marcacci fit une incision depuis le niveau du cartilage cricoïde, le long du bord interne du sterno mastoïdien jusqu'à un pouce au-dessus du sternum. Elle fut conduite, couches par couches, jusque sur le corps étranger. A ce moment il échappa; mais le chirurgien le saisit avec des pinces de Museux, et le tirant d'une main, de l'autre il détacha à coups de bistouri un kyste qui le contenait, de manière qu'il finit par amener ainsi au dehors et la portion osseuse et le kyste dans lequel elle était renfermée. — La cavité fut ensuite remplie de charpie.

Les suites de l'opération furent assez simples. Cependant le gonflement des parties intéressées rendant la déglutition difficile, obligea de faire une saignée et d'appliquer douze sangsues. Tout dès lors marcha à souhait; et au bout de quinze jours, le trajet fistuleux fut complètement fermé. La plaie de l'opération ne se cicatrisa qu'après deux mois.

Le kyste contenait plusieurs fragments osseux, réduits à la seule substance calcaire. On reconnaissait sur l'un d'eux une partie d'apophyse transverse, qui offrait une moitié du contour indiquant le trou de l'artère vertébrale.

(*La suite au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 1er AVRIL.

SUR LES DIFFÉRENTES RACES D'HOMMES ET D'ANIMAUX DU SENNAR ET DU BERTHA.

M. ISID. GEOFFROI-SAINT-HILAIRE présente, au nom de M. TREMAUX, une lettre sur les différentes races d'hommes et d'animaux qui se succèdent dans le Sennar et dans le Bertha. Voici quelques-uns des extraits les plus remarquables de ce travail.

La différence la plus sensible que l'on remarque, dit l'auteur, dans la race humaine et même parmi les animaux, à la hauteur de Fazogło, est celle qui existe entre les deux races d'hommes qui se succèdent sur ce point; cette différence est brusque en effet, puisqu'en quittant les bords du fleuve Bleu qui sont habités par une race d'origine caucasique, on atteint en quelques heures les montagnes de Taby et d'Akaro, qui sont habitées, ainsi que les subséquentes, par la race nègre proprement dite.

Les différences qui existent entre ces deux races sont d'abord celles des cheveux et du visage que l'auteur a indiquées dans une précédente notice; ensuite on en remarque d'autres sous le rapport de la corpulence. Les nègres sont sensiblement plus grands, leur charpente est plus osseuse et paraît aussi avoir quelque chose de plus musculeux. Les parties du corps, ordinairement velues chez nous, le sont peu chez les habitants du Sennar et encore moins chez les nègres; la couleur noire de ces derniers est moins prononcée dans les jointures et principalement sous la plante des pieds et dans l'intérieur des mains. Sous le rapport moral, les habitants du Sennar sont plus doux, plus malléables que les nègres, mais aussi plus dissimulés.

Les différences et les changements que l'on remarque parmi les animaux lui semblent tenir à deux causes; l'une provient de ce que la nature végétale ayant changé d'aspect et de productions, attire ou forme certaines espèces, tandis que d'autres ne paraissent plus, ou bien les individus en sont moins multipliés. Quant à la deuxième cause, celle qui agit sur les individus de même espèce, elle a d'autant plus lieu de surprendre qu'elle produit des effets contraires sur le même point.

— En présentant cette lettre, M. Is. Geoffroi-Saint-Hilaire fait remarquer qu'il en résulte une confirmation d'un fait général déjà plusieurs fois signalé, savoir : que le degré de domestication des animaux est proportionné au degré de civilisation des peuples qui les possèdent. Ainsi, chez les peuples sauvages, des chiens tous fort semblables entre eux et fort voisins encore des loups et des chacals; chez les peuples civilisés, il existe un nombre infini de races et variétés dont la plupart s'éloignent considérablement du type primitif.

STAPHYLORAPHIE.

M. SÉDILLOT annonce qu'il vient de pratiquer avec le même succès la deuxième opération de staphyloraphie par la méthode et les instruments qu'il a fait connaître dans sa précédente communication. Dès le quatrième jour de l'opération la réunion du voile du palais était achevée, et tous les points de suture enlevés. La malade avait pu se lever et satisfaire à sa soif et à son appétit à partir du second jour, et, malgré des accès de toux assez répétés, la solidité de la cicatrice n'avait pas été un seul instant compromise. La voix était redevenue claire et sans nasonnement : certaines syllabes étaient difficiles à prononcer, mais l'exercice seul peut faire disparaître ces inconvénients.

— M. ROUX annonce, à l'occasion de la communication de M. Sédillot, qu'il fera prochainement une lecture sur le même sujet.

LOI DU COURANT MUSCULAIRE, ET INFLUENCE DE LA CONTRACTION SUR CE COURANT.

M. DUBOIS-REYMOND (de Berlin) en présentant à l'Académie les deux premiers volumes de ses RECHERCHES D'ÉLECTRICITÉ ANIMALE, lit ce qui suit :

Ces recherches, qui ont eu pour point de départ le courant de la grenouille découvert par Galvani et Nobili, ont abouti à une théorie positive de l'agent nerveux et de la puissance motrice des muscles, basée sur l'observation des phénomènes électriques que présentent ces organes.

L'objet de cette note est de faire connaître à l'Académie la série d'expériences qui a fini par me conduire à la découverte du développement d'un courant électrique dans les muscles de l'homme vivant, à l'instant de la contraction.

Dès 1842, j'énonçai ainsi qu'il suit la loi du courant musculaire, y compris le soi-disant courant de la grenouille, dans un mémoire qui a paru dans le cahier de janvier 1843 des ANNALES DE POGGENDORFF.

Toutes les fois qu'un arc conducteur est établi entre un point quelconque de la coupe longitudinale, soit naturelle, soit artificielle, du muscle et un point également arbitraire de la coupe transversale, soit naturelle, soit artificielle, du même muscle, il existe, dans cet arc, un courant dirigé de la coupe longitudinale à la coupe transversale du muscle.

Il serait inutile de dire au long ce que j'entends par coupe longitudinale naturelle et artificielle, ainsi que par coupe transversale artificielle du muscle. Quant à la coupe transversale naturelle, c'est l'ensemble des extrémités de tous les faisceaux primitifs qui vont aboutir, côté à côté, au tendon du muscle. Cela posé, il est aisé de s'assurer, en faisant la section longitudinale du muscle gastrocnémien ou triceps de la grenouille, que l'aponévrose du tendon d'Achille ou du tendon du triceps n'est autre chose qu'un revêtement tendineux, c'est-à-dire simplement conducteur, de la coupe transversale naturelle du muscle.

Cette loi embrassait tous les cas du courant musculaire et du soi-disant courant de la grenouille observés jusqu'alors, en les ramenant tous à un principe unique et d'une grande simplicité. Elle servait, d'ailleurs, à faire connaître un grand nombre de cas semblables qui n'avaient pas encore été observés, et, ce qu'il importe surtout de remarquer, elle tendait à établir l'existence d'hétérogénéités électromotrices jusque dans les plus petites parties du muscle, entre les faces de ces parties qui correspondent aux bases des prismes que figurent les faisceaux primitifs et celles qui correspondent aux côtés de ces mêmes prismes.

Cependant cette loi n'était elle-même pas encore tout à fait complète. Il en résulterait qu'en établissant un arc conducteur entre deux points quelconques de la coupe longitudinale ou de la coupe transversale du muscle, on n'obtiendrait pas de courants, ou moins réguliers. C'est pourtant ce qui ne se vérifie pas, en faisant usage d'un galvanomètre suffisamment sensible. Voici, au contraire, ce que l'on découvre alors :

Pour fixer les idées, supposons au muscle la forme d'un cylindre droit à base circulaire. Appliquons, à ce muscle cylindrique, les deux extrémité du galvanomètre dans le rectangle qui résulte de l'intersection de l'aire du cylindre et d'un plan qui passe par son axe. Maintenons à une distance constante 2 A l'une de l'autre les deux extrémités du galvanomètre, et nommons A le point du milieu entre ces deux extrémités. Prenant enfin pour abscisses les côtés du rectangle d'intersection et menant, sur chaque moitié de chaque côté du rectangle, les ordonnées parallèlement à la droite qui partage à moitié l'angle adjacent, nous allons tracer la courbe des intensités du courant musculaire, telles qu'on les observe en faisant glisser le point A tout autour du rectangle.

L'ordonnée de cette courbe est nulle, chaque fois que le point A coïncide avec le milieu d'un des côtés du rectangle. Que le point A s'éloigne de ce milieu pour se rapprocher de l'angle du rectangle, l'ordonnée acquiert des valeurs toujours plus considérables, et j'ai pu m'assurer que ces valeurs croissent d'autant plus rapidement que le point A s'écarte davantage du milieu du côté du rectangle. Mais, quand le point A dans sa marche est arrivé à la distance A du sommet de l'angle, l'ordonnée prend tout à coup un développement extraordinaire, dans lequel elle persiste jusqu'à ce que le point A, après avoir dépassé le sommet de l'angle, s'en soit éloigné sur le côté adjacent au premier d'une distance encore égale à la distance A, c'est-à-dire jusqu'à ce que les deux extrémités de l'arc dérivateur se retrouvent ensemble sur un seul et même côté du recangle. A partir de là, l'ordonnée décroît de nouveau et devient nulle quand le point A coïncide avec le milieu du côté du rectangle adjacent au premier, et ainsi de suite pour les quatre angles et les quatre côtés du rectangle. Aux environs de chaque angle du rectangle, il doit y avoir un maximum de l'ordonnée ; mais il n'est pas possible d'en préciser davantage la position par l'expérience. Quant à la direction du courant, il se trouve constamment marcher dans l'arc dérivateur de l'extrémité moins rapprochée du centre de la base la plus proche du point A à l'extrémité plus rapprochée de ce centre.

C'est donc là la loi du courant musculaire, et j'ajouterai que c'est en même temps celle du courant nerveux.

Dans mon travail de 1842, j'ai fait voir que le courant qu'on obtient en plaçant l'une des deux extrémités de l'arc dérivateur sur la coupe longitudinale, l'autre sur la coupe transversale du muscle, éprouve une diminution notable de son intensité à l'instant de la contraction. J'avais alors tétanisé le muscle, en soumettant son nerf moteur à la série continue des courants instantanés d'un appareil à induction volta-électrique.

J'ai reconnu, depuis, que la modification qu'éprouve la loi du courant musculaire par l'effet de la contraction, consiste simplement en ce que, au moment de cet acte, toutes les ordonnées de la courbe des intensités du courant musculaire subissent une réduction de leur grandeur proportionnelle à leur grandeur relative.

Quoiqu'il fût aisé de prouver le contraire, on pouvait objecter, au mode d'expérimentation que j'avais choisi alors, que peut-être une partie du courant d'induction se déviait dans le circuit du galvanomètre, et produisait ainsi l'apparence d'un changement d'intensité du courant musculaire.

Conséquemment, je m'appliquai à observer le même phénomène en tétanisant le muscle, à l'aide d'autres moyens excitateurs que l'agent électrique. J'y réussis en faisant successivement usage de l'irritation mécanique, chimique et thermique du nerf moteur, et enfin de l'intoxication par le nitrate de strychnine.

Dans ce dernier cas, je procédai de différentes manières : tantôt je mettais à nu le muscle gastrocnemien, et je dérivais le courant de la surface charnue du muscle et de l'aponévrose du tendon d'Achille ; tantôt je laissais la grenouille complétement intact, et je dérivais le courant en appliquant l'une des deux extrémités du galvanomètre aux pieds de la grenouille, l'autre à son bassin. Dans ce dernier cas, j'observai, au moment de l'explosion du tétanos, une action électromotrice en sens contraire du courant de la grenouille, c'est-à-dire dirigée du bassin aux pieds. Je pouvais aussi mettre la grenouille à califourchon sur les vases rhéophores du galvanomètre, et ne tétaniser que l'une de ses jambes, en coupant le nerf sciatique de l'autre. J'observais alors, au moment du tétanos, un courant *direct*, d'après la notation de Nobili, dans la jambe dont le nerf était intact.

De cette expérience à celle que M. de Humboldt a bien voulu communiquer à l'Académie l'été dernier (COMPTES RENDUS, t. XXVIII, p. 641), il n'y avait, comme on le voit, plus qu'un pas à faire. En effet, il n'y avait qu'à substituer aux deux jambes de la grenouille assise à califourchon sur les vases rhéophores, les deux bras de l'homme vivant, et à l'action de l'alcaloïde tétanifère celle de la volonté confinée à l'un des deux bras seulement. C'est là ce que je fis pour la première fois à la fin de 1845, et j'eus le bonheur de voir mes prévisions complétement réalisées. Mais l'Académie a déjà été suffisamment entretenue du fait en question, et ce serait abuser de ses moments que d'entrer à ce sujet dans des détails ultérieurs.

Dans une prochaine note, que je demanderai la permission de présenter à l'Académie, je me propose de traiter des résultats qu'on obtient en étudiant, à l'aide de la grenouille rhéoscopique, la modification du courant musculaire par l'effet de la contraction.

— M. GARIN prie l'Académie d'accepter le dépôt d'un paquet cacheté renfermant la description d'un système d'appareils chirurgicaux.

— M. DE SCHOENCFELD annonce à l'Académie la mort de M. Charles Kunth, professeur à l'Université de Berlin et membre correspondant de l'Académie des sciences (section de botanique).

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 2 AVRIL. — PRÉSIDENCE DE M. BRICHETEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend :

1° Une lettre du ministre de l'instruction publique, qui met à la disposition de la bibliothèque de l'Académie un exemplaire du recueil périodique publié par son département, sous le titre de : ARCHIVES DES MISSIONS SCIENTIFIQUES. Le premier numéro de ce recueil contient un mémoire de M. Daremberg, bibliothécaire de l'Académie.

2° Une lettre du ministre de l'agriculture et du commerce, avec envoi d'un rapport sur le choléra-morbus par M. Bachelot, médecin à Saint-Denis du Sig, dans la province d'Oran. (Comm. du choléra.)

3° Lettre du même ministre, transmettant une demande formée par M. le docteur Grimaud (d'Angers), à l'effet d'expérimenter un succédané du sulfate de quinine de son invention. L'auteur ne fait point connaître la composition de son remède.

4° Lettre du même ministre, qui adresse un rapport rédigé par M. le docteur Bolut, médecin des épidémies de l'arrondissement de Dôle, au sujet d'une épidémie de suette miliaire dont les communes de Serres-les-Meulières, Peintre et Brans ont été affligées en 1849. (Comm. des épidémies.)

Le même ministre transmet :

5° Un rapport de M. le docteur Tueffert, médecin des épidémies de l'arrondissement de Montbéliard (Doubs), sur une dyssenterie qui a régné d'une manière épidémique à Roches-les-Blamont pendant trois mois de l'année 1849. (Même commission.)

6° Un rapport de M. le docteur Bohillier, médecin des épidémies de l'arrondissement de Gray, sur une épidémie de suette miliaire dont la commune de Saint-Broing a été atteinte pendant le mois de décembre dernier (30).

7° Une notice explicative et le modèle d'un instrument que madame Coquillard, sage-femme à Belleville, dit avoir employé avec succès dans les cas d'accouchement contre nature. (Comm., M. Capuron.)

8° M. le ministre de l'instruction publique transmet ampliation du décret interprétatif de la disposition du règlement relative à la position du doyen de la Faculté de médecine dans l'Académie. (Voir ce décret dans le dernier numéro.)

Après lecture faite par M. le secrétaire perpétuel de ce décret et de la lettre ministérielle, M. Bérard prend la parole pour remercier le conseil à la bienveillante initiative duquel il doit la faveur qui vient de lui être accordée.

La courte allocution de M. Bérard est accueillie par les applaudissements unanimes de l'assemblée.

— M. Gosselin écrit qu'il se porte candidat à la place vacante à l'Académie dans la section de pathologie chirurgicale.

— M. Bayard (de Cirey-sur-Blaise) adresse une observation de suicide, précédé de circonstances remarquables. L'acte de suicide, consommé par le nommé N. V., le 16 janvier 1849, a été précédé d'hémiplégie, puis de monomanie, de tentatives répétées pour se donner la mort et d'une horrible mutilation (castration), guérie avec une extraordinaire promptitude, puis suivie du retour de la monomanie suicide. Tous ces faits se sont passés en deux mois de temps, et ont eu pour témoins les habitants de la commune de Cirey.

— M. Gérard, correspondant de l'Académie, communique l'histoire du choléra épidémique à Gray, Haute-Saône. (Comm. du choléra.)

FONCTIONS DES MUSCLES DE LA FACE ÉTUDIÉS A L'AIDE DE LA GALVANISATION LOCALISÉE.

M. Duchenne (de Boulogne) communique à l'Académie une seconde note sur les fonctions des muscles de la face, étudiés à l'aide de la galvanisation localisée.

Voici les conclusions de ce nouveau mémoire :

1° *Le peaucier de l'espace intersourcilier (pyramidal)* est physiologiquement l'antagoniste du frontal, et anatomiquement il en est souvent complétement indépendant. Il assombrit la physionomie, en plissant transversalement l'espace intersourcilier.

2° *Le peaucier du front (frontal)* entraîne *toujours de bas en haut* la peau du front, des sourcils, des paupières et de l'espace intersourcilier, et un léger degré de contraction ; il épanouit les traits. Sous l'influence d'une contraction plus forte, il exprime le doute et la réflexion. Enfin, au plus haut degré de contraction et concurremment avec d'autres muscles de la face, il donne l'expression de la surprise ou de l'effroi. Dans tous les cas, il sillonne plus ou moins le front de plis transversaux, et quelquefois il attire en avant le cuir chevelu, sans redresser les cheveux. La perte de la tonicité du peaucier du front fait disparaître les rides du front, et occasionne l'abaissement du sourcil.

3° *Les dilatateurs de l'orifice externe du conduit auditif (auriculaires postérieur, antérieur et supérieur)* sont uniquement destinés à agrandir en tous sens l'orifice externe du conduit auditif.

4° Le constricteur supérieur de la conque (muscle du tragus) diminue le diamètre transversal du vestibule de l'orifice externe du conduit auditif.

Le constricteur inférieur de la conque (muscle de l'antitragus) rétrécit la circonférence de la conque, abaisse la moitié supérieure du pavillon, et entraîne dans ce mouvement d'abaissement la crête semi-lunaire de l'orifice externe du conduit auditif, dont le diamètre vertical diminue quelquefois.

Ces deux muscles sont destinés à protéger l'ouïe contre les impressions trop vives occasionnées par les sons intenses, graves ou aigus.

5° *Le grand muscle de l'hélix* efface la saillie de sa partie ascendante, et permet aux rayons sonores, qui se dirigent d'avant en arrière, d'aller frapper la conque qui les réfléchit dans le conduit auditif. L'orifice externe de ce conduit paraît un peu agrandi par l'action congénère *du grand et du petit muscl ede l'hélix*.

6° Les fibres que les anatomistes ont décrites sous la dénomination de *muscle transverse du pavillon* ne se contractent pas sous l'influence de la galvanisation localisée. En conséquence ces fibres ne sont pas musculaires.

— Madame Museux, sage-femme à Montrouge, adresse un tableau synoptique des faits de vaccinations et de varioloïdes qu'elle a observés dans sa pratique. (Comm. : M. Capuron.)

M. le Président fait part à l'Académie de la perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. Kunth (de Berlin), l'un de ses correspondants étrangers.

L'Académie se formera en comité secret à quatre heures un quart pour entendre le rapport de la section de pathologie médicale sur la liste de présentation des candidats.

L'ordre du jour appelle la nomination d'un membre dans la section de pharmacie.

La section a présenté la liste suivante de candidats : M. Bouchardat, M. Boudet, M. Gobley.

On procède au scrutin. L'appel nominal constate la présence de 99 membres ; majorité, 50.

Au premier tour, M. Bouchardat obtient 59 voix.
M. Boudet. 39
M. Gobley. 1

En conséquence M. Bouchardat est proclamé membre de l'Académie, sauf l'approbation du président de la république.

— M. Mélier lit, pour M. Royer-Collard, un rapport sur un travail de M. Loir, relatif à la constatation des naissances à domicile.

MM. Ségalas, Moreau et Duméril présentent quelques observations.

Vu l'heure avancée, on remet à la séance prochaine la suite de la discussion du rapport et le vote de ses conclusions. (L'ajournement du vote sur le rapport n'ayant pas permis qu'il fût déposé au secrétariat, nous n'avons pas pu en prendre connaissance. Nous l'insérerons textuellement, ainsi que la discussion à laquelle il aura donné lieu.)

TUBERCULES DE L'URÈTRE.

— M. Ricord présente une pièce d'anatomie pathologique, qui offre un exemple remarquable de tubercules dans l'urètre.

Il s'agit d'un homme de 54 ans sur lequel M. Ricord avait enlevé, il y a quelques années, un testicule tuberculeux, et qui est venu mourir à l'hôpital. A l'autopsie, on a trouvé la muqueuse du canal de l'urètre infiltrée de tubercules miliaires ; la prostate avait disparu, et avait été remplacée par une caverne tuberculeuse. Plusieurs ulcères dans le canal résultaient de la fonte tuberculeuse. C'est le second exemple de ce genre qu'a rencontré M. Ricord.

Il est quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS DE JANVIER 1850 ; par MM. les docteurs Lebert et Brown-Séquard, secrétaires.

(Suite et fin.)

IV. — TÉRATOLOGIE.

1° VICE DE CONFORMATION DES ORGANES GÉNITAUX ; ABSENCE PROBABLE DE LA PARTIE SUPÉRIEURE DU VAGIN ET DE L'UTÉRUS ; HERNIE DES DEUX OVAIRES ; par M. Cazeaux.

Tout récemment (novembre 1849), j'ai observé avec mon excellent confrère le docteur Thirial, une jeune fille âgée de 21 ans, qui n'a été réglée que deux fois pendant trois jours, et chez laquelle l'hémorrhagie devait nécessairement avoir son siége sur la muqueuse vaginale.

Cette jeune fille, éprise depuis longtemps d'un officier, finit par céder à ses instances et se livra complétement à lui. Après plusieurs tentatives renouvelées avec ardeur, mais toujours infructueuses, le jeune homme reconnut enfin et lui déclara qu'elle n'était pas faite comme les autres femmes, et qu'il fallait consulter un médecin. Elle s'adressa d'abord à M. Thirial, qui voulut bien me demander mon avis : voilà ce qu'un examen très-attentif me permit de constater.

Le visage, la taille, le développement des membres, les seins, ne diffèrent en rien de ce qu'ils sont chez les jeunes filles de cet âge. La santé générale a toujours été bonne. Au mois de mai dernier ses règles sont venues pour la première fois, bien qu'elle eût éprouvé depuis plusieurs années des symptômes de congestion utérine, et ont duré trois jours : elles ont reparu seulement en juillet et ne se sont plus reproduites. Après les tentatives faites par son amant, elle a eu deux fois un écoulement sanguin assez considérable et qui a duré deux jours, mais elle l'attribue bien plutôt aux violences amoureuses dont elle a été victime qu'à un retour périodique des règles.

Le mont de Vénus est complétement dépourvu des poils dont il est ordinairement recouvert. Sur les parties latérales et inférieures, immédiatement au-dessus de l'orifice externe du canal inguinal, on aperçoit de chaque côté une tumeur qui soulève les téguments. Cette tumeur a le volume, la forme, la consistance d'un ovaire ou d'un testicule, elle est très-peu douloureuse ; dès qu'on exerce sur elle une très-légère pression, elle fuit dans le canal inguinal et disparaît dans le ventre ; mais aussitôt que l'on cesse de comprimer l'orifice inférieur du canal, elle sort tantôt spontanément, tantôt au moindre mouvement, au moindre effort de toux et de respiration faite par la femme. Dans aucun cas, cette tumeur ne m'a permis de constater les signes qui accompagnent ordinairement la réduction d'une hernie intestinale ou épiploïque.

L'ouverture de la vulve est limitée par les grandes et petites lèvres, mais les unes et les autres offrent un développement beaucoup moins considérable qu'à l'ordinaire. Le clitoris est si petit qu'on a beaucoup de peine à le distinguer. Le doigt à peine introduit dans l'ouverture vulvaire, est arrêté à deux centimètres de profondeur, de manière que ce n'est qu'en refoulant le fond du vagin qu'on peut faire pénétrer dans ce canal la première phalange.

Après avoir introduit l'extrémité d'un spéculum, il ne m'a pas été possible de voir aucune ouverture, aucune partie par laquelle se puisse glisser la pointe d'un stylet. J'ai pu en même temps constater sur la membrane qui refoulait l'extrémité du spéculum, toutes les rides et les caractères de la muqueuse du vagin.

Le toucher rectal me permit de constater : 1° que l'ampoule rectale était beaucoup plus large que dans l'état normal ; 2° qu'au-dessus du fond du vagin repoussé en même temps par mon pouce, l'index introduit par l'anus et porté aussi haut que possible, ne sentait ni cordon fibreux, ni tumeur, rien enfin q ui

pût faire croire à l'existence de la partie supérieure du vagin et de l'utérus ; 3° enfin après avoir introduit une sonde dans la vessie, mon doigt rectal constata très-facilement qu'il n'existait entre sa face palmaire et la sonde vésicale, que l'épaisseur normale de deux parois du rectum et de la vessie. La sensation était identique à celle que l'on perçoit lorsque, pour diriger une sonde dans l'urètre, on introduit préalablement l'index dans le vagin.

De cet examen je crus pouvoir conclure :

1° Que les deux tumeurs existant dans chaque aine étaient ses deux ovaires ;

2° Que le vagin n'existait que dans son extrémité la plus inférieure ;

3° Que les quatre cinquièmes supérieurs de ce canal manquaient complétement ;

4° Qu'il n'y avait pas bien probablement d'utérus ;

5° Que les douleurs hypogastriques lombaires éprouvées assez régulièrement et presque de mois en mois, étaient l'expression du travail ovarien périodique ;

6° Que le sang de règles survenues deux fois chez cette jeune fille, avait eu sa source dans la muqueuse vaginale.

2° DESCRIPTION DU SQUELETTE D'UN POULET DOUBLE MONOCÉPHALIEN ; par M. DAVAINE.

Des cas de monstruosité double monocéphalienne ont été plusieurs fois observés chez des mammifères et des reptiles, mais ils paraissent beaucoup plus rares chez les oiseaux, puisque M. Isid. Geoffroy-Saint-Hilaire n'en cite point d'exemple dans son TRAITÉ DE TÉRATOLOGIE. La rareté de ce genre de monstruosité dans les oiseaux m'a engagé à mettre sous les yeux de la Société le squelette d'un poulet double monocéphalien, conservé dans la collection de M. Rayer.

Ce poulet paraissait être né au terme de l'incubation ; les organes de l'abdomen et de la poitrine avaient été examinés et enlevés. Cette circonstance, jointe à son long séjour dans l'alcool et à l'imperfection de l'ossification, ne me permet pas de donner de ce cas une description aussi détaillée que je l'aurais voulu.

Considéré à l'extérieur, ce poulet double présentait une tête unique supportée par un col très-gros et court, ayant deux colonnes cervicales distinctes ; à ce col succédaient deux troncs unis par la face antérieure dans la région de la poitrine et du ventre, libres et distincts dans les régions iliaque et coccygienne. Chacun de ces troncs avait deux membres antérieurs et deux postérieurs, en tout huit membres normaux. J'ai pu constater en outre l'existence d'une langue déformée, le commencement d'un œsophage unique et deux anus.

La tête unique, outre l'apparence particulière qu'elle doit à la fusion incomplète de deux crânes, est encore modifiée dans sa forme par l'absence congéniale de la voûte du crâne et l'atrophie d'une moitié de la face. Celle-ci offre un bec inférieur normal, une cavité buccale dont la paroi supérieure présente une fissure médiane très-profonde ; à droite de cette fissure se trouve un rudiment très-déformé du bec supérieur, en arrière duquel un épaississement des os correspond à l'orbite droite qui n'existe pas. A gauche, une portion du bec supérieur un peu contournée et ne présentant qu'une seule ouverture pour les narines. A sa base existe une cavité orbitaire large et profonde qui contenait un œil d'une apparence tout à fait normale. Le crâne manque complétement de voûte ; sa cavité, peu profonde et largement ouverte, est circonscrite par un bord épais, lisse, formé par deux occipitaux en arrière, qui laissent entre eux une légère échancrure latéralement, et en avant par le bord de l'orbite du côté gauche et le temporal droit, l'orbite droite n'existant pas. On peut constater l'existence de deux rochers et de la portion écailleuse des deux temporaux plus ou moins déformée. La base du crâne présente deux fosses latérales séparées par une crête médiane mince antérieurement, élargie et bifurquée postérieurement et qui est produite par la fusion des deux crânes incomplète en arrière. De chaque côté de cette crête et dans le fond de chaque fosse latérale, on remarque un trou qui communique avec le canal vertébral de chaque rachis ; ce sont deux trous occipitaux. Le diamètre antéro-postérieur de la cavité du crâne est moindre que dans un poulet normal. Deux colonnes vertébrales entièrement distinctes se fixent à la base du crâne en rapport avec les deux trous occipitaux.

Les thorax forment une cavité unique, les deux rachis étant opposés l'un à l'autre ; les côtes gauches de l'un s'unissent avec les côtes droites de l'autre sur un sternum dont chaque moitié appartient à un individu différent ; cette disposition se répète de l'autre côté, de sorte qu'entre les deux rachis opposés existent deux sternums opposés. De même les os de l'épaule gauche de l'un des troncs sont réunis avec ceux de l'épaule droite de l'autre et superposés aux sternums formant ensemble (le sternum et l'épaule) une masse commune où viennent aboutir les côtes et les membres antérieurs ; par cette disposition les deux ailes de chacun des deux côtés appartiennent aux deux sujets.

L'ensemble du tronc et de la tête présente un aspect particulier qui est dû à ce que celle-ci n'est point placée suivant le plan des deux rachis, mais en travers, le bec et l'occiput correspondant aux deux côtés du thorax.

Les deux côtés de la poitrine offrent une dissemblance notable ; les côtes de la moitié correspondante à l'occiput forment avec le rachis un angle presque droit, tandis que celles de la moitié correspondante au bec sont presque longitudinales. Cette disposition a pour cause une courbure latérale très-forte de la région dorsale des deux rachis ; une seconde courbure en sens inverse existe à la région cervicale, en même temps qu'une torsion très-marquée, déterminée par la position de la tête sur les deux colonnes vertébrales.

En résumé, ce monstre présente pour principaux caractères : la fusion de deux crânes plus complète en avant qu'en arrière ; l'existence de deux troncs réunis par leur sternum et formant ainsi une seule cavité thoracique ; la fusion des os de l'épaule de chaque côté ; l'existence de quatre membre antérieurs et de quatre membres postérieurs.

3° EXISTENCE D'UN DOIGT SURNUMÉRAIRE ; par M. CAZEAUX.

Un nouveau-né portait au bord interne de l'auriculaire gauche et à peu près au milieu de la seconde phalange, un appendice charnu tenant à la peau par un pédicule de 3 millim. de longueur et 2 millim. de diamètre. Cet appendice avait la forme de la troisième phalange du petit doigt et son extrémité offrait sur la face dorsale un ongle de forme très-régulière, ayant à peu près 2 millim. dans tous ses diamètres.

Ce doigt surnuméraire ne fut coupé que cinq semaines après la naissance. Pendant ce temps, son augmentation de volume fut en rapport avec la croissance générale du petit enfant : sa chaleur, sa sensibilité, sa coloration, étaient les mêmes que celles des autres doigts.

L'auriculaire de la main droite offrait au même point une espèce d'excroissance de la peau, ressemblant à une petite verrue, mais qui n'avait physiquement aucune ressemblance avec le doigt surnuméraire de l'autre main. Cette petite verrue s'est affaissée depuis la naissance, et son volume a diminué assez sensiblement pour que j'aie cru inutile d'en pratiquer l'excision.

4° DEUX CAS DE FUSION DES DENTS, L'UN D'UNE INCISIVE SURNUMÉRAIRE AVEC UNE INCISIVE NORMALE CHEZ UN ENFANT, L'AUTRE DE DEUX MOLAIRES CHEZ UN ADULTE ; AVEC DES REMARQUES SUR CE VICE DE CONFORMATION ; par M. DAVAINE.

M. Davaine présente la mâchoire inférieure d'un enfant âgé de 4 à 5 ans. Cette mâchoire offre toutes les dents de la première dentition à l'état normal, excepté la seconde incisive du côté gauche qui présente deux couronnes distinctes, en sorte qu'au premier aspect la mâchoire inférieure paraît avoir cinq incisives. Cette dent anormale, formée par la réunion des deux dents, a ses deux couronnes contiguës et distinctes jusqu'au collet de la racine. Ces couronnes ont la même largeur et la même forme que celles des autres incisives de la même mâchoire ; elles font partie de la même rangée, seulement elles sont un peu inclinées l'une vers l'autre en arrière. La racine unique de ces deux dents est large et aplatie ; elle offre dans toute sa largeur un sillon qui se continue avec la fissure de séparation des deux couronnes et qui indique évidemment le point de soudure des deux racines ; elle a la même longueur que celle de l'incisive correspondante de l'autre côté ; l'extrémité de cette racine n'est pas bifide ; on y voit un trou unique, allongé transversalement pour le passage du nerf et des vaisseaux dentaires.

M. Davaine doit à l'obligeance de M. Oudet un exemple de soudure entre deux dents molaires. Ce cas diffère tout à fait du précédent en ce que l'une des molaires est beaucoup plus petite que l'autre, et en outre en ce que sa direction est anormale. Ces molaires sont réunies par leur racine ; la couronne de l'une, qui paraît être une dent de sagesse, forme ses dimensions et sa direction naturelles ; la couronne de l'autre n'a que le tiers du volume à peu près de sa congénère ; elle est arrondie, tuberculeuse comme une molaire ; sa surface triturante est fortement déjetée de côté. La racine de cette dent, moins longue que l'autre, n'en est distincte que par un léger sillon apparent sur un côté. On trouve dans les auteurs des exemples de réunions de deux, ou même de trois dents incisives. M. Isid. Geoffroy-Saint-Hilaire, dans l'HISTOIRE DES ANOMALIES DE L'ORGANISATION, a figuré un cas de réunion de deux incisives. Jos. Fox a figuré aussi un cas de réunion des deux incisives moyennes de la mâchoire inférieure ; dans ces deux cas, la réunion paraît avoir eu lieu dans toute la longueur de la dent. Duval a vu deux dents de lait, incisives de la mâchoire inférieure, réunies par leur racine, de sorte que l'avulsion de l'une a entraîné l'extraction de l'autre. Gérard a observé une incisive supérieure gauche réunie par la couronne avec sa voisine ; cette disposition faisait que la mâchoire supérieure paraissait n'avoir qu'une seule incisive de ce côté. Otto a vu aussi deux dents incisives réunies dans leur couronne chez un étudiant en médecine ; le même auteur a vu trois incisives réunies par leur racine et provenant d'un enfant. Ces cas offrent des exemples de réunion entre des incisives dans la première et dans la seconde dentition. Cette réunion se fait tantôt dans la racine, tantôt dans la couronne, ou bien dans toute la longueur de la dent.

Tous ces cas paraissent différents de celui que M. Davaine présente, en ce que, dans ce dernier, la réunion avait lieu avec une incision surnuméraire.

On trouve aussi dans les auteurs des exemples de réunion des dents molaires ; mais la plupart ont présenté une réunion des racines seulement.

Fox a figuré une réunion de la seconde et de la troisième molaire par leurs *racines inférieures*.

Laveran a vu une molaire de la mâchoire supérieure dont les racines étaient réunies, et ne formaient qu'un tout avec la racine d'une autre molaire, sa voisine. Otto parle de deux dents molaires dont les racines offraient un exemple de fusion. Le musée de Berlin possède un exemple de fusion de deux molaires. La réunion existe dans toute la longueur de la dent, à la couronne et aux racines. Linderer l'a figurée dans son MANUEL DE MÉDECINE DENTAIRE. Le même auteur a donné aussi la figure d'une bicuspide soudée par la racine avec une dent surnuméraire. Celle-ci, beaucoup plus petite, avait sa couronne très-écartée de l'autre. Son canal dentaire se réunissait avec celui de la dent normale. M. Oudet rapporte, dans le DICTIONNAIRE DE MÉDECINE (art. *Dent*), qu'il a eu en sa possession plusieurs incisives et canines qui étaient jointes, en totalité ou partiellement, par leur couronne ou leur racine.

Les cas de fusion, chez les mammifères, ont été plus rarement observés. Otto a vu la fusion de deux dents chez une vache. On sait que, dans les éléphants, il se développe une seule défense de chaque côté de la mâchoire supérieure. John Tomes a vu et figuré un cas dans lequel il existait trois défenses d'un même côté, une grande et deux petites immédiatement à côté de la première. Mais ce qu'il y avait de plus remarquable, c'est que l'extrémité des petites défenses était unie à la surface de la plus grande. L'union n'était pas produite par le tissu dentaire des trois défenses, mais seulement par le ciment. Chaque dent avait son alvéole propre et la cavité de la pulpe séparée.

Ces derniers cas, exemples de fusion des dents, sont bien distincts de ceux dans lesquels des dents normales sont plus ou moins enveloppés de tartre, de manière à ne former en apparence qu'une seule dent. Les exemples que l'on rapporte, d'après Plutarque et d'autres historiens anciens, de la réunion de toutes les dents en une seule, un cas semblable, cité par Thomas Bartholin, qui ne l'a point vu lui même, n'ont pas été observés avec le soin qu'on est en droit d'exiger pour un fait aussi extraordinaire. En admettant ces observations comme vraies, il n'est pas permis d'y voir autre chose qu'une réunion des dents par une matière étrangère, comme dans le cas observé par Sebenck, Sabatier et quelques autres auteurs, cas dans lesquels les dents étaient réunies par du tartre.

Ces observations peuvent être intéressantes à certain point de vue; mais c'est bien à tort qu'on les a rapprochées des cas de fusion des dents qui constituent une véritable anomalie.

V. — HELMINTHOLOGIE.

EXPOSÉ DES PRINCIPALES OBSERVATIONS SUR LES ANOMALIES DES HELMINTHES; par M. J-B. CHAUSSAT.

Ayant eu l'occasion d'examiner quelques anomalies d'helminthes dans la collection de M. Rayer, j'ai dû m'enquérir des cas analogues qui ont été consignés dans divers recueils, et lorsque j'ai en terminé ce travail, j'ai pensé que la Société entendrait avec quelque intérêt un résumé de ces observations.

En effet, des anomalies plus ou moins remarquables ont été observées dans les différents ordres dont se compose la classe des helminthes. Toutefois ces anomalies sont beaucoup plus fréquentes dans l'ordre des cestoïdes.

Dans la première sous-classe des helminthes, dans celle des *nématoïdes*, groupe très-nombreux, les cas d'anomalies notées par les naturalistes sont très-rares; j'ai pu cependant en recueillir quelques-uns.

Treutler (OBSERVATIONES PATHOLOGICO-ANATOMICÆ AUCTARIUM AD HELMINTHOLOGIAM HUMANI CORPORIS CONTINENTES, 1793, p. 17 et 18), rapporte qu'ayant rencontré dans l'intestin grêle d'une femme une grande quantité d'ascarides, il s'en trouva un qui différait des autres par la forme de la tête. Au lieu de se terminer par trois tubercules, comme celle des ascarides ordinaires, il se terminait en pointe et présentait deux tubercules seulement, qui se trouvaient à une petite distance de l'extrémité, en dessous et à l'endroit d'une courbure.

Olfers (DE VEGETATIVIS ET ANIMALIS CORPORIBUS IN CORPORIBUS ANIMATIS REPERIUNDIS COMMENTARIUS, part. première, 1816, p. 59, obs. I), ayant rencontré dans le proventricule d'un *mergus merganser* (harle vulgaire) un grand nombre de *strongylus elegans*, remarqua qu'un de ces helminthes présentait, vers le milieu du corps, trois appendices d'une longueur variable d'une à 3 lignes environ, attaché à la peau du ver, et sans communication avec l'intestin.

Dans la deuxième sous-classe, dans les acanthothèques, groupe qui ne comprend encore qu'un seul genre, celui des pentastomes, on n'a pas encore noté d'anomalie de ces helminthes.

Mais dans la troisième sous-classe, dans celle des trématodes, groupe très-nombreux, on a déjà observé des exemples d'anomalies dans quelques espèces. Ainsi, suivant Rudolphi, il n'est pas rare de rencontrer de petites excroissances, dures, arrondies, solitaires ou disséminées, sur la surface du corps des distomes. Ce savant observateur a figuré un distome du brochet (*distoma lucii tereti collis*) qui offrait des excroissances analogues à celles qui avaient été observées par Olfers sur un *strongylus elegans*.

Rudolphi rapporte aussi avoir observé sur un *distoma spatulatum* deux excroissances pointues, obliques et irrégulières, évidemment accidentelles, et analogues à celles qu'il avait vues sur un distome de brochet.

Dans la quatrième sous-classe, dans celle des acanthocéphales, qui ne comprend qu'un seul genre, celui des échinorhynques, on n'a pas encore observé d'anomalies.

Mais la cinquième sous-classe, celle des cestoïdes, en a présenté à elle seule plus que toutes les autres sous-classes réunies. En effet, on a noté les anomalies suivantes:

1° La duplicité de la tête;

2° Une duplicité au moins apparente de la queue;

3° La perforation d'un ou de plusieurs anneaux;

4° La duplicité plus ou moins complète des organes génitaux;

5° Des déformations des anneaux (élargissement, étranglement, etc.).

1° DUPLICITÉ DE LA TÊTE. — Pallas rapporte qu'il a vu des tricuspidaires (*trianophorus nodulosus*) dont les deux extrémités se terminent par une véritable tête.

Rudolphi, qui, dans son HISTOIRE NATURELLE DES VERS, avait d'abord émis des doutes sur l'existence de cette monstruosité, se fondant sur ce qu'elle n'avait point été observée par d'autres naturalistes, en a admis postérieurement l'existence dans son SYNOPSIS.

Un autre genre de duplicité de la tête a été observé chez les cestoïdes: c'est celui où deux têtes, unies entre elles par une sorte de fusion, se rencontrent sur un ver cestoïde à corps unique. Tel est le cas rapporté par Rudolphi d'un *tænia crassicolis* trouvé dans l'intestin d'un chat, et conservé dans le musée de Vienne. La tête de ce ver offrait six oscules au lieu de quatre, type normal, et le corps, ordinairement aplati, était prismatique. A cette occasion, Rudolphi ajoute qu'il a, dans sa collection, un *tænia cucumerina* trouvé dans un chien, qui lui a été donné par Brown, et dont le corps était également prismatique, mais dont la tête était simple.

2° Quant à la *duplicité* apparente de la queue de certains cestoïdes, dont M. Rayer a vu plusieurs exemples chez les bothriocéphales, ce n'est pas une véritable duplicité; elle paraît résulter, au moins dans la plupart des cas, d'une division accidentelle du corps de ces helminthes, dans une étendue plus ou moins considérable de leur longueur. On n'observe point de pores génitaux sur les petits anneaux dont se composent les deux prolongements de la queue. Ces anneaux ont à peine la moitié de la dimension d'un anneau ordinaire, divisé longitudinalement. Les perforations médianes qu'on remarque quelquefois sur les mêmes individus semblent indiquer le mécanisme à l'aide duquel s'opère cette division des anneaux postérieurs en deux bandelettes. Cette anomalie n'est pas très-rare.

3° Les *perforations* des anneaux dans la longueur du corps du ver ne sont pas rares non plus. Bremser en a figuré plusieurs exemples; elles sont toujours situées sur la ligne médiane du corps du ver, et sont plus ou moins allongées, suivant le nombre des anneaux perforés et la réunion plus ou moins complète des perforations. Elles forment ainsi des espèces de boutonnières fort remarquables, situées là où devraient être les organes de la génération, s'ils n'avaient été détruits par l'altération qui a amené les perforations. Il se pourrait que ces perforations fussent le résultat de la déchirure du corps de ces helminthes, lors de certaines pontes ou par suite de l'altération des ovaires.

Une quatrième anomalie du corps des cestoïdes, et en particulier des bothriocéphales de l'homme, est une *duplicité* plus ou moins complète des organes génitaux. Chez le bothriocéphale de l'homme, on sait qu'il existe deux pores génitaux sur les anneaux procréateurs, pores tous deux situés sur la ligne médiane. Or il arrive quelquefois que l'on observe sur le bothriocéphale de l'homme des anneaux qui, au lieu d'être régulièrement rectangulaires, sont déformés à leur partie moyenne et semblent constitués par la fusion de deux anneaux distincts. Ces mêmes anneaux offrent *quatre pores génitaux* au lieu de deux qui existent sur les anneaux à l'état normal; et lorsqu'on examine à la loupe les anneaux particuliers, on peut reconnaître sur plusieurs la duplicité complète des ovaires et la duplicité des organes mâles, ainsi que je l'ai représenté dans une des figures annexées à ce mémoire.

Mais parfois la duplicité est incomplète sur d'autres anneaux de ces mêmes vers. Brera prétend avoir observé un tænia (*cysticercus simiæ*), hybride, c'est-à-dire un ver qui tenait le milieu. Il y a souvent un ovaire normal et un autre ovaire incomplétement développé.

Enfin une cinquième anomalie est celle dans laquelle le corps d'un bothriocéphale ou d'un tænia offre un nombre plus ou moins considérable d'*étranglements*. Tel est un cas que j'ai figuré d'après un individu de la collection de M. Rayer, tel est un autre qui nous a été présenté par notre collègue M. Follin.

La dernière sous-classe, celle des *cystiques*, n'a encore offert qu'un seul exemple d'anomalie; mais il est des plus remarquables. En effet, Rudolphi a figuré un cysticerque à deux têtes, résultant probablement de la réunion de deux individus en un seul.

Je terminerai par une dernière remarque. L'étude des anomalies des vers offre à un autre point de vue un certain intérêt, d'anciens observateurs ayant décrit et figuré comme des espèces particulières des portions d'helminthe qui présentaient des anomalies ou des déformations plus ou moins considérables. Ainsi, Tulpe, dans ses OBSERVATIONES MEDICÆ a décrit et figuré comme un ver lombaire à deux têtes, *caput geminum*, un fragment de bothriocéphale dont il a pris les articulations postérieures fondues pour des têtes; sa figure ressemble à une tête d'oiseau et un trou simule l'œil de cette tête. Leclerc a copié cette planche. Bremser remarque avec raison que les prétendues lèvres de la tête ne sont autre chose que des déchirures accidentelles des anneaux qu'il n'est pas rare d'observer dans les vers tænioïdes.

VII. — BOTANIQUE.

SUR LES FUMAGINES DE PERSOON; par M. MONTAGNE.

Tous les botanistes connaissent cette couche fuligineuse et noirâtre qui, vers la fin de l'automne, quelquefois même plus tôt, recouvre les feuilles de certains arbres, et les ferait croire enduites de suie. C'est surtout dans les serres et sur les feuilles coriaces que cela se remarque. Persoon avait désigné sous le nom de *fumago* toutes les espèces de champignons parasites auxquels sont dues ces taches des feuilles. L'observation microscopique conduisit Link à y distinguer deux genres bien différents, les antennaires et les cladospores. Mais depuis on a reconnu qu'il y en avait encore plusieurs autres à établir. C'est ainsi que le genre *capnodium* a été dernièrement fondé par notre confrère M. Montagne sur le *fumago citri*, dont Turpin a donné une bonne figure dans un MÉMOIRE DE NOSOLOGIE VÉGÉTALE, inséré dans le tome VI des MÉMOIRES DES SAVANTS ÉTRANGERS DE L'INSTITUT. Les individus que représenta Turpin ne présentaient point la fructification normale, en sorte que cette figure était incomplète. Au lieu des simples conidies figurées par cet académicien, on trouve en effet que les vraies sporidies, d'ailleurs multiloculées, sont contenues de nombreuses thèques, dont la forme est celle d'une massue.

C'est de ce genre *capnodium* que le révérend M. J. Berkeley et notre compatriote M. Desmazières (de Lille) ont publié une monographie intéressante (1) dans le JOURNAL DE LA SOCIÉTÉ D'HORTICULTURE DE LONDRES. On en connaît une dizaine d'espèces qui ont presque toutes été figurées par nos deux mycologues : ces espèces ont été trouvées sur des feuilles de chêne, de citronnier, d'érable, de coudrier, de peuplier, de plusieurs saules de la section *cinerella*, etc., dont elles recouvrent le plus ordinairement la face supérieure d'un enduit noirâtre qui a un aspect velouté. Ce velouté est formé par une couche plus ou moins épaisse de filaments rameux articulés et à endochrômes sphériques ou oblongs, d'où s'élèvent des réceptacles ou pédidiums en forme de poire, de massue ou de corne, lesquels renferment les thèques et les sporidies. Les climats tempérés des deux hémisphères sont leur centre géographique, et la chaleur et l'humidité les conditions essentielles de leur développement. Elles sont très-nuisibles aux plantes qu'elles envahissent parce qu'elles bouchent les stomates des feuilles, et rendent par là difficile, incomplète et impossible la fonction de la respiration. M. Montagne a déjà communiqué à la Société le fait d'un champignon parasite (*ante maria clæophila*), qui détruisit la récolte des olives aux environs de Perpignan, en 1828. Les oliviers dont les feuilles étaient envahies par le parasite ne fleurirent pas. Le révérend M. F. Berkeley rapporte qu'à Ceylan feu Gardner observa une affection analogue sur les caféiers.

VII. — BIBLIOGRAPHIE.

ANATOMIE ET PATHOLOGIE DES GLANDES DE MÉRY, CONNUES SOUS LE NOM DE GLANDES DE COWPER; par M. GUBLER.

En présentant sa thèse à la Société, l'auteur en donne l'analyse sommaire qui suit. Il appelle glandes de Méry les glandes de Cowper, parce que l'anatomiste français les avait décrites quinze ans avant Cowper.

Ces glandes, au nombre de deux, sont situées immédiatement en arrière du bulbe, au-dessous de l'extrémité correspondante de la portion membraneuse ; elles pourraient donc, en raison de cette position, s'appeler glandes bulbo-urétrales. La nature particulière du liquide qu'elles sécrètent indique assez qu'elles n'ont qu'une analogie fort éloignée avec la prostate : ce sont les analogues des glandes de Bartholin chez la femme (glandes vulvo-vaginales de M. Hugoier). Une circonstance très-importante à noter dans l'histoire anatomique de ces glandes, c'est qu'elles sont placées entre l'aponévrose moyenne du périnée et l'aponévrose inférieure : celle-ci étant la moins résistante, il en résulte que le pus formé dans ces glandes se fraye toujours une issue du côté de la peau.

Les maladies des glandes de Méry, entrevues par G. Cowper lui-même, indiquées par Terraneus, décrites successivement par Littré, par Astruc, par J.-L. Petit et d'autres médecins contemporains, étaient méconnues de notre temps. Cependant, depuis plusieurs années, M. Ricord appelait l'attention sur les abcès blennorrhagiques de ces glandes, les seuls qui eussent été observés jusque-là. M. Gubler entreprit de les faire connaître en se fondant sur des observations recueillies par lui dans les services de MM. Rayer, Ricord et Velpeau.

M. Gubler reconnaît une inflammation aiguë et une inflammation chronique; il s'étend longuement sur la première forme, qu'il distingue en *folliculeuse* et *parenchymateuse*. Cette dernière a souvent pour cause une blennorrhagie devenue profonde, mais il y a d'autres circonstances capables de la produire. D'ordinaire elle est unilatérale, c'est-à-dire bornée à une seule glande, et c'est la gauche. L'écoulement persiste, mais il se manifeste une douleur avec tension dans la région bulbaire, et l'on constate au début une petite tumeur pyriforme à grosse extrémité postérieure, ayant le siége précis de la glande de Méry, et envoyant un prolongement vers le bulbe. Bientôt la tuméfaction phlegmoneuse envahit le côté correspondant du périnée, empiète même sur l'autre côté, gagne les bourses en suivant l'aponévrose ano-scrotale, et constitue dans cette région une tumeur plus volumineuse qui semble appartenir au testicule, et qui parfois se sonde en effet à l'épididyme, comme M. Ricord l'a vu plusieurs fois. Depuis la publication de sa thèse, M. Gubler a vu dans le service de ce chirurgien trois nouveaux cas de suppuration d'une glande de Cowper parfaitement caractérisés : dans l'un de ces cas, le gonflement s'était propagé derrière la bourse correspondante jusqu'à l'origine de la portion libre de la verge en suivant l'aponévrose ano-pénienne.

Au bout de quelques jours, la bosselure phlegmoneuse placée au niveau de la glande se ramollit, il se forme un abcès et parfois des fusées purulentes dans différentes directions. Contrairement à l'opinion de J.-L. Petit et de Swediaur, la miction n'est pas entravée; la défécation n'est pas non plus douloureuse dans la grande majorité des cas. Si l'on tarde trop à ouvrir, il n'est pas rare de voir la paroi de l'urètre perforée livrer passage à l'urine : quand on pratique l'incision, il s'écoule alors au milieu de pus phlegmoneux du pus liquide ammoniacal. On constate toujours que le foyer est multiloculaire.

Ces abcès ont été englobés avec beaucoup d'autres sous le titre d'abcès urineux avec ou sans perforation de l'urètre : leurs caractères spéciaux permettront désormais de les reconnaître.

La description donnée par M. Gubler repose sur l'observation clinique et sur l'inspection cadavérique. La thèse de M. Gubler révèle aussi une cause nouvelle de rétrécissement de l'urètre ; il s'agit de la dilatation ampullaire du canal excréteur d'une glande de Méry derrière une oblitération de son orifice : c'est une sorte de grenouillette observée pour la première fois par Terraneus, et dont notre collègue a rencontré aussi un exemple.

(1) On some moulds referred by the authors to *fumago* and on certain allied or analogous form; by the reverend M. J. Berkeley, M. A. F. L. S. et H. B. J. Desmazières.

BIBLIOGRAPHIE.

RECHERCHES SUR LES HALLUCINATIONS AU POINT DE VUE DE LA PSYCHOLOGIE, DE L'HISTOIRE ET DE LA MÉDECINE LÉGALE ; par le docteur LOUIS-RUFIN SZAFKOWSKI. — Paris, Germer Baillière, 1849.

LES ALIÉNÉS DEVANT LES CONSEILS DE GUERRE ET LES ASSISES ; par un ancien professeur et directeur d'hospices d'aliénés. — Paris, Germer Baillière, 1850.

Nous devons tout de suite établir une différence notable entre les deux brochures dont on vient de lire le titre. Nous n'avons qu'un mot à dire de la dernière qui, empreinte partout d'une grande exagération d'idées et de style, est en même temps dépourvue de toute critique. L'auteur affirme que « *tous ou presque tous* les malheureux que les conseils de guerre et les assises condamnent à la peine de mort, sont atteints de folie ou de monomanie intermittente, ou passagère, ou continue, avec délire occulte ou manifeste. » Et il conclut naturellement à l'abolition de la peine de mort. « Les victimes humaines immolées sur l'échafaud ou dans la plaine sont un reste d'idolâtrie, un reste de paganisme, un reste de pharisaïsme. Pour l'honneur de l'humanité et de la civilisation, il est temps de les abolir. *Plus d'assassinat juridique!* Plus d'auto-da-fé! Plus d'échafaud! Plus de bourreaux! Vous êtes tous frères, aimez-vous les uns les autres, a dit Jésus-Christ! » Certes, une telle conséquence sociale a de quoi flatter l'imagination; mais quand on prétend la déduire d'un état de folie constant chez les criminels, quelle que soit la nature du crime, quelles qu'aient été les circonstances de la perpétration, on est tenu, ce nous semble, à de certains frais de démonstration. Or le procédé de l'auteur est par trop simple. Il passe en revue l'*enthousiasme*, le fanatisme, la passion, l'ivresse, le somnambulisme, la manie, la monomanie, la démence, l'idiotisme, l'épilepsie, copie les définitions de ces divers états pathologiques dans le MANUEL DE MÉDECINE LÉGALE de M. Sédillot, et s'appuie sur ces définitions pour établir que l'épilepsie, l'ivresse, la folie, etc. peuvent pousser au crime par une aberration du jugement ou par une impulsion irrésistible de la volonté. Le problème, il faut le dire, est un peu compliqué et difficile. Il y a loin, d'ailleurs, de cette conclusion assez restreinte à l'affirmation que nous rapportions en commençant, et qui étend la folie, et, par suite, l'irresponsabilité morale à *tous ou presque tous* les criminels.

La brochure de M. Szafkowski a une toute autre valeur. Les grandes questions psychologiques ou médico-légales qui se rattachent à l'histoire des hallucinations y sont traitées, sinon avec beaucoup de profondeur, du moins avec bon sens. Bien que, sur certains points, on puisse regretter que l'opinion de l'auteur ne soit pas prise assez avant dans les entrailles du sujet, on arrive néanmoins le plus souvent à la partager. Entrons dans quelques développements.

Il s'est élevé d'assez longues controverses au sujet de la définition de l'hallucination. L'auteur l'appelle : « un phénomène cérébral ou psychique s'accomplissant *indépendamment des sens*, et consistant en des sensations externes que l'individu éprouve, *bien qu'aucun agent extérieur n'agisse matériellement sur ses sens.* » Cette définition, qui pourrait être meilleure dans la forme, a pourtant le mérite à nos yeux d'exprimer nettement le caractère essentiel de l'hallucination, à savoir, la perception d'une sensation en l'absence de tout agent extérieur capable de la produire, et ainsi de différencier clairement l'hallucination de l'illusion qui consiste dans une sensation réelle, mais mal appréciée par l'entendement. M. Brierre de Boismont, dans son HISTOIRE RAISONNÉE DES APPARITIONS, etc., a très-bien marqué cette différence en appelant l'hallucination une *perception des signes sensibles de l'idée*, et l'illusion une *appréciation fausse des sensations réelles*; peut-être, seulement, la première de ces deux définitions, quoique juste en son sens psychologique, est-elle, en tant que définition, un peu trop abstraite.

Différente de l'hallucination par un caractère phénoménal, à savoir, la réalité de la sensation, l'illusion en diffère-t-elle encore essentiellement par son mode de production? Quelques auteurs, comme Esquirol, assignent le cerveau comme siége exclusif de l'hallucination, rapportant l'illusion à

une altération des extrémités sentantes ; d'autres admettent l'intervention des sens dans l'une comme dans l'autre ; quelques-uns enfin ne l'admettent que dans certaines hallucinations : c'est ce que M. Baillarger appelle des hallucinations *psycho-sensorielles* et M. Michéa des hallucinations *vraies*. Or nous croyons, et c'est aussi l'avis de M. Szafkowski, qu'aucun argument décisif n'est venu encore justifier ni la distinction d'Esquirol, ni la théorie des hallucinations sensorielles.

En ce qui concerne le mécanisme physiologique ou psychologique de l'illusion, il est fort possible qu'une lésion des extrémités nerveuses soit quelquefois le point de départ du phénomène, et que le cerveau ne porte un faux jugement que parce qu'il est trompé lui-même par une fausse impression ; mais que ce soit là le mécanisme ordinaire, constant, de l'illusion, c'est ce que nous ne pouvons admettre. Entre l'halluciné qui entend une voix alors que personne ne lui parle, et l'*illusionné* qui, ayant devant les yeux un ami, croit voir un bœuf ou un diable encorné, il n'y a, suivant nous, aucune différence fondamentale : chez l'un comme chez l'autre, c'est le cerveau qui est malade, et non l'organe de l'ouïe ou celui de la vue.

Nous ne nous sommes non plus jamais rendu un compte bien clair, malgré la grande autorité de Müller et de Burdach, de la prétendue intervention des sens dans l'hallucination. Suivant le premier, les *visions* sont *réellement des états du sens de la vue*, et, suivant le second, nous avons alors *dans l'œil*, à l'occasion de la pensée, la même sensation que si un objet extérieur se trouvait placé devant cet œil vivant et ouvert. Expérimentalement, si les choses sont ainsi, si l'*organe du sens* est en fonction, si la sensation existe *dans l'organe*, il s'ensuit nécessairement que l'hallucination sera impossible si l'organe est oblitéré. Ainsi l'amaurotique n'aura pas de visions, le sourd n'entendra pas de voix. Or on sait que le contraire arrive assez fréquemment. On répond, il est vrai, à cette objection que si l'organe lui-même est incapable de sensation, c'est la partie du cerveau à laquelle la sensation aboutit d'ordinaire qui est le siége du phénomène ; mais que veut-on dire ? Y a-t-il dans le cerveau une case pour la sensation de la vue, une autre pour la sensation de l'ouïe, une troisième pour celle du goût ? Et quand il y en aurait, que ferait cela contre ceux qui nient l'intervention des sens dans l'hallucination ? Si ce phénomène se passe uniquement dans une certaine partie du cerveau, il n'a donc que faire de l'organe sensoriel, de l'œil ou de l'oreille, et c'est tout ce qu'on soutient. Au delà de ces termes, il n'y a plus que ténèbres pour tout le monde. Théoriquement, l'intervention des sens, comme on la conçoit ici, nous semble ou impossible ou inutile. On ne peut vouloir dire que l'une de ces deux choses : ou qu'une sensation fausse, formée dans l'œil, se transmet au cerveau, ou que le cerveau, par le travail d'une pensée fausse, fait naître une sensation dans l'œil. Or une image ne se peut former dans l'œil sans un objet extérieur ; car une image, considérée uniquement dans l'organe sensoriel et avant l'intervention du cerveau, n'est et ne peut être autre chose qu'une certaine disposition de rayons lumineux. Voilà pour le premier sens. Quant au second, l'exercice déréglé de la pensée peut-il être, comme le dit Burdach, l'*occasion* d'une fausse sensation dans l'œil ? L'idée, on en conviendra, est loin d'être claire. Comment une conception cérébrale, une conception psychique, peut-elle engendrer la sensation d'une image dans l'œil ? et, en tout cas, à quoi bon cette hypothèse ? C'est dans le cerveau que s'élabore la conception délirante, n'est-ce pas ? Eh bien ! quand il a imaginé, par exemple, une légion de diables qui gambadent devant lui, le phénomène est complet ; pourquoi veut-on qu'il ne puisse avoir lieu sans l'intermédiaire de l'œil ? Si les diables existaient réellement, ce n'est pas l'œil qui les verrait, c'est le cerveau. Dans l'hallucination, le cerveau les *imagine*, les *crée* de toutes pièces, et c'est là précisément le caractère fondamental du phénomène. Tout cela n'empêche pas qu'on ne puisse établir une distinction entre les hallucinations tout intellectuelles et celles qui sont caractérisées par un signe sensible, un phénomène de l'ordre sensoriel, et à cet égard les travaux de quelques modernes, de MM. Baillarger et Michéa en particulier, ont rendu un véritable service. Il est très-vrai que certains hallucinés, comme certains mystiques, entendent ce qu'ils appellent des *voix intérieures*, sorte de parole non articulée, communication muette qui ne retentit que dans l'âme ; que d'autres, au contraire, entendent une voix très-distincte qui les appelle et leur répond, et avec laquelle même ils entretiennent de longues conversations. Qu'on donne au premier ordre d'hallucinations le nom de psychique, et au second celui de psycho-sensoriel, rien de mieux ; qu'on prétende à la rigueur que l'un et l'autre s'engendrent dans des parties différentes du cerveau, quelques physiologistes peuvent y consentir ; mais qu'on aille jusqu'à admettre, dans le dernier, l'intervention des sens, voilà ce à quoi on n'est nullement autorisé.

Quel est le mécanisme intellectuel de l'hallucination ? Esquirol, dominé par la philosophie sensualiste au milieu de laquelle s'était faite son éducation, ne voyait dans les hallucinations que des *souvenirs* associés par l'imagination. Les idées venant par les sens, le cerveau ne pouvait imaginer aucune forme sensible dont il n'eût connu antérieurement le modèle. La manière de voir de M. Szafkowski diffère peu de celle d'Esquirol. Sans regarder l'hallucination comme un *attribut* de la mémoire ou comme *dérivant directement* de l'imagination, il croit néanmoins qu'elle y puise tous ses éléments. « Le rôle de l'imagination dans la production des hallucinations, dit-il, consiste à combiner les impressions actuelles souvent disparates pour en créer des objets de sensations et leur donner des formes dont l'halluciné *avait acquis une idée première par lecture, par tradition, par ouvrage d'art*, etc. » Il serait trop long de déduire ici les motifs théoriques ou d'expérience qui ne nous permettent pas de reconnaître ces limites imposées à l'évolution de la pensée, même en délire. Nous nous contenterons seulement de poser une réserve, bien convaincu que nous sommes que l'imagination de l'halluciné franchit souvent le cercle de la mémoire pour travailler de son propre fonds.

Une autre question grave que soulève l'histoire des hallucinations, c'est celle de savoir jusqu'à quel point elles sont, par elles-mêmes, un signe de folie. Il est assez difficile de connaître au juste l'opinion de l'auteur sur ce point ; car d'un côté, il dit, avec M. Leuret, que le principe du délire est dans l'hallucination elle-même et non dans la foi à l'hallucination, la confiance dans la sensation qu'on croit éprouver étant en soi un acte de logique (p. 22 et 27), et de l'autre, il s'élève avec force contre ceux qui « regardent l'*hallucination, à quelque degré, sous quelque forme que ce soit, comme le premier symptôme du dérangement de l'intelligence*. » (P. 58.) Néanmoins, l'étendue qu'il donne à cette réfutation montre le fond de sa pensée. M. Szafkowski ne regarde pas comme fous ces célèbres hallucinés qui ont marqué leur place dans le monde par des œuvres de génie : Mahomet, J.-J. Rousseau, et tant d'autres. En cela, il est d'accord avec la plupart des aliénistes modernes. Il est certain qu'il y a une distinction profonde à établir entre les troubles cérébraux qui portent exclusivement sur les sensations et ceux qui affectent l'entendement. Il est des individus qui, poursuivis par des voix ou des images, reconnaissent très-bien qu'ils sont dupes de leur imagination. Que se passe-t-il ici ? Un certain travail s'est fait spontanément dans le cerveau, le travail qui, d'ordinaire, s'opère sous l'incitation d'une sensation matérielle. Voilà tout. Le reste du cerveau a continué à fonctionner normalement. S'il y a en ceci délire, c'est un délire tout à fait partiel et qui n'affecte pas l'entendement proprement dit. C'est à cette forme qu'on pourrait donner surtout le nom de *délire des sensations*. D'autres individus ne rectifient pas leurs hallucinations ; ils croient à la réalité des sensations perçues ; mais en même temps ils l'expliquent par des causes surnaturelles, par l'intervention d'une puissance supérieure, etc. Du reste, leur conduite en toute chose est des plus sensées. A notre sens, la folie n'est pas plus grave chez ceux-là que chez les premiers. Leur point de vue étant différent, ils jugent différemment l'impression qu'ils ont ressentie, ils en tirent d'autres conséquences ; mais le trouble n'a pas dépassé davantage la sphère des facultés sensorielles. Pour que la folie soit réelle, confirmée, pour qu'il y ait *aliénation*, il faut, pour rester fidèle à l'étymologie du mot, qu'une atteinte plus ou moins profonde ait été portée à la partie affective ou intellectuelle de la conscience, que l'individu ne soit plus maître ni de sa volonté ni de son jugement. Tels sont, du reste, à peu de chose près, les principes professés par l'auteur.

Nous avons borné cette appréciation aux questions les plus générales qui sont aussi les plus importantes. Mais nous nous empressons d'ajouter qu'on trouvera dans l'ouvrage de M. Szafkowski les détails pratiques les plus circonstanciés sur les diverses formes d'hallucinations, sur leurs causes occasionnelles, sur leurs liaisons avec d'autres maladies, et enfin sur les conséquences médico-légales qui s'y rattachent. Nous recommandons spécialement, sous ce dernier point de vue, un chapitre relatif à l'ivresse, laquelle ne dégage pas comme on sait, aux yeux de la loi, la responsabilité du criminel.

A. Dᴿᴱ.

— Le comité qui fait appel à l'assistance publique en faveur de l'édification d'un hôpital pour les enfants malades à Londres, place en tête de son mémoire le fait de statistique suivant :

« Sur 100 individus qui naissent à Londres, 24 meurent pendant les deux premières années ; près de 11 dans les huit années qui suivent ; de sorte que plus d'un tiers de la population de Londres est enlevé dans la première enfance. »

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ÉLECTION A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — TRAITEMENT DES ANÉVRISMES PAR L'ÉLECTRO-PUNCTURE. — EMPLOI DU CAFÉ DANS L'ALIMENTATION. — DU STRABISME. — DE LA NATURE NON VIRULENTE DE LA BLENNORRHAGIE. CONCOURS OUVERT PAR M. DIDAY.

Encore une élection à laquelle la GAZETTE MÉDICALE ne peut qu'applaudir de toutes ses forces. Celle-ci même, on le sait, est de nature à éveiller d'une manière toute spéciale ses sympathies. M. Michel Lévy, qui a été nommé mardi dernier membre de l'Académie de médecine, à un seul tour de scrutin et à une belle majorité, nous a prêté trop souvent le secours de sa science et de son talent pour que nous ne soyons pas un peu fiers des honneurs multiples qui sont venus le trouver depuis quelque temps et plus particulièrement de celui qu'il vient de mériter. La médecine militaire commençait à faire défaut à l'Académie, où elle n'était plus représentée que par deux membres : voilà un renfort précieux. La puissance de travail, la solide instruction, le talent littéraire, qui distinguent M. Lévy, lui permettront de rendre, dans sa nouvelle position, les plus grands services.

N'oublions pas d'ajouter que M. Requin a conquis dans cette élection, par une minorité respectable, un antécédent significatif. Nous serions fort surpris si la première vacance ne lui réservait un dédommagement de son honorable défaite.

— Après cette bonne œuvre de la nomination de M. Lévy, l'Académie a entendu un rapport de M. Gimelle sur un travail de M. Abeille relatif à un anévrisme de l'artère sous-clavière gauche, opéré et guéri par l'électro-puncture. Les conclusions du rapport sont extrêmement sévères, non pas à l'égard du travail, qui n'est pas lui-même très-favorable à la méthode, mais à l'égard de la méthode elle-même. « Votre commission pense, dit le rapport, que cette médication ne peut pas entrer en parallèle avec la ligature, *qui doit lui être préférée sous tous les rapports*; que, dans les anévrismes siégeant dans les vaisseaux qui ne peuvent pas être liés, il serait au moins imprudent d'employer un moyen capable de déterminer des accidents graves, qui, dans un grand nombre de cas, ont été la conséquence de son emploi. »

On sait que l'application de la galvano-puncture à l'oblitération des anévrismes, application que des essais tentés en Angleterre n'avaient pas beaucoup recommandée, a été remise à l'ordre du jour par notre honorable collaborateur M. Pétrequin. Ce moyen a réussi, entre ses mains, contre un anévrisme de l'artère poplitée, deux anévrismes de l'artère humérale au pli du coude, et un anévrisme de l'artère temporale. Dans un cinquième cas, où la dilatation portait sur l'artère ophthalmique, le résultat se présentait sous de favorables auspices, quand le malade fut emporté par une fièvre grave. Une seule fois (il s'agissait d'une dilatation de la brachiale) l'électro-puncture n'eut aucun succès. Les résultats, il faut le reconnaître, n'ont pas été partout aussi encourageants. Dans un bon nombre des opérations faites par d'autres chirurgiens, soit en France, soit à l'étranger, non-seulement l'anévrisme n'a pas été oblitéré, mais encore il est survenu des accidents graves et de nature à nécessiter au plus vite la ligature de l'artère. Le principal inconvénient de la galvanisation est de déterminer au niveau des aiguilles, par conséquent sur le sac, des escarres qui, lorsqu'elles sont étendues, exposent, au moment où elles se détachent, à de graves hémorrhagies. On lui reproche encore de donner lieu à des douleurs aussi vives au moins que celles qui résultent de l'incision, et moins susceptibles d'être prévenues par l'éthérisation. Mais ces défauts de la méthode suffisent-ils pour légitimer contre elle une sorte de proscription? Nous ne le croyons pas, et c'est avec beaucoup de raison, selon nous, que MM. Velpeau, Robert et Laugier ont réclamé un adoucissement à la rigoureuse conclusion du rapport. Si l'on ne devait accueillir que les méthodes chirurgicales absolument exemptes d'inconvénients, combien en resterait-il? L'électro-puncture expose au sphacèle, à la suppuration, etc.; mais la ligature n'a-t-elle pas aussi ses mécomptes? Est-ce qu'elle n'a jamais été suivie d'hémorrhagies consécutives, de rupture et même de gangrène de la poche anévrismale? Il est juste d'ailleurs de tenir compte à l'électro-puncture de sa nouveauté, ou, si nous osions le dire, de sa jeunesse; le temps peut lui apporter un perfectionnement inattendu. L'avenir plaide pour elle, tandis que la ligature court grand risque d'en être à tout jamais réduite à l'expérience du passé. En soi, le fait de la possibilité de la coagulation du sang et de l'oblitération des anévrismes sous l'influence d'un courant électrique, mérite la plus sérieuse considération. Le moyen d'application n'est pas sans inconvénients, sans danger même, si l'on veut. Soit; mais n'y a-t-il à cela aucun remède? Le moment serait mal choisi pour l'affirmer, aujourd'hui que les différents modes d'application de l'électricité à la médecine sont l'objet d'ingénieux travaux qui ont déjà porté des fruits. Il est à espérer, au contraire, qu'on parviendra un jour, soit en dosant mieux l'électricité, comme l'a indiqué M. Robert, soit de toute autre manière, à coaguler le sang dans les artères sans de grandes douleurs et sans risque de gangrène : c'est du moins à ce but que doivent tendre les efforts des expérimentateurs. Ajoutons que, même en l'état actuel des choses, l'électro-puncture est une ressource incontestable dans les cas où la ligature est d'une application trop difficile ou même impossible, par exemple dans certains anévrismes de la sous-clavière.

L'Académie, modifiant les conclusions de la commission, s'est bornée à déclarer que « le nouveau moyen ne peut pas *encore* entrer en parallèle avec la ligature. » C'est une déclaration prudente qui a le mérite de ne pas engager l'avenir.

— A l'Académie des sciences, nous avons entendu une lecture des plus intéressantes de M. de Gasparin SUR LE RÉGIME ALIMENTAIRE DES MINEURS BELGES. La population de mineurs des environs de Charleroy aurait, suivant le savant académicien, résolu un problème d'hygiène et d'économie sociale assez singulier et qui est celui-ci : se nourrir suffisamment, conserver une santé robuste et une grande vigueur musculaire, avec des aliments inférieurs en principes nutritifs à ceux qu'on consomme dans le reste de l'Europe. Le moyen consiste à introduire le café en grande proportion dans le régime. Chaque ouvrier consomme par jour 2 litres d'une infusion de café et de chicorée (30 grammes de chaque), plus 2 dixièmes de litre de lait; 1 kilogramme de pain; du beurre en quantité variable; 750 grammes de légumes verts; 73 grammes de viande; 286 grammes de bière. Tous ces aliments réunis donnent un peu moins de 15 grammes d'azote. Or, d'une enquête instituée par M. de Gasparin dans un grand nombre de départements de France, il résulte que la quantité d'azote contenue dans la ration journalière des hommes faits ne varie pas dans des limites plus étendues

---

Feuilleton.

LETTRES D'ITALIE.

N° VII.

APERÇU DE L'HISTOIRE MÉDICALE DU CORPS D'OCCUPATION DES ÉTATS ROMAINS.

Civita-Vecchia, 31 mars 1850.

A M. le docteur Alquié, médecin-inspecteur, membre du conseil de santé des armées.

Dans nos deux lettres intitulées : LA CHIRURGIE MILITAIRE A L'AFFAIRE DU 30 AVRIL, ET APERÇU CHIRURGICAL DU SIÉGE DE ROME, nous avons esquissé les principaux événements de l'histoire du corps expéditionnaire, de manière à faire suffisamment connaître les diverses positions dans lesquelles il s'est successivement trouvé. Nous rappellerons cet historique en deux mots : débarquement de trois brigades le 25 avril 1849; malheureuse affaire du 30 du même mois; l'armée prend des positions, y campe, et se complète par des arrivées de France; en juin, affaire du 3 et occupation des villas; ouverture des tranchées, travaux du siége, deux assauts, entrée dans Rome le 3 juillet.

Nous nous proposons, dans cette lettre, de jeter un coup d'œil sur les affections qui ont régné dans l'armée depuis le débarquement jusqu'aujourd'hui. Nous nous en tiendrons presque toujours aux aperçus généraux, et les détails seuls qui offrent un intérêt spécial trouveront place dans notre esquisse. Les affections endémo-épidémiques nous occuperont surtout; ce sont celles dont la connaissance importe le plus au médecin d'armée. Chemin faisant, nous établirons un parallèle entre les maladies de l'*agro romano* et celles que nous avons observées en Algérie. Ce rapprochement nous a semblé curieux sous plus d'un rapport.

Afin qu'il soit plus facile de suivre les oscillations de l'état sanitaire, mettons immédiatement sous les yeux le tableau du mouvement des fiévreux dans les hôpitaux. En mai et juin, le seul hôpital de Civita-Vecchia existait; à partir de juillet, d'autres établissements ont été successivement ouverts. Nous en avons fait l'histoire dans notre lettre précédente.

que celles de 20 à 26 grammes; moyenne, 23. C'est donc 8 grammes de plus que pour les ouvriers belges. La nourriture de ces ouvriers est même inférieure à celle des religieux soumis aux règles les plus austères. Les trappistes d'Aiguebelles (Drôme) consomment par jour 15 grammes d'azote et 402 grammes de carbone ou d'hydrogène réduit à son équivalent de carbone. Le régime des détenus de nos maisons centrales contient plus de 16 grammes d'azote et 475 grammes de carbone ou d'hydrogène réduit.

Ces faits doivent être rapprochés, et M. de Gasparin n'y a pas manqué, de la sobriété bien connue des peuples qui font un grand usage de café, particulièrement des Arabes. L'abstinence si prolongée des caravanes en est un exemple remarquable.

Comment se rendre compte de cette curieuse vertu du café? Ce serait se payer de mots que d'y voir seulement une action stimulante ou tonique. Des expériences de Bocker, rappelées par M. de Gasparin, semblent mettre sur la voie de l'explication. Elles établissent que l'usage du café diminue la proportion d'urée et d'acide urique contenue dans l'urine, contrairement au sel marin qui, d'après M. Barral, augmente cette proportion. Si ces expériences pouvaient servir de règle, il serait assez naturel de supposer que l'usage du café a pour résultat de *ralentir* le travail nutritif des organes, ce qui aurait pour conséquence directe de diminuer le besoin de réparation. On sent bien qu'il plane encore sur ce sujet une grande obscurité. Mais il y là matière à réflexion et à expériences; car de graves intérêts se rattachent au problème. « S'il était prouvé, dit M. de Gasparin, que, sans nuire à la santé, au développement et au maintien des forces, l'usage du café permet à l'homme de se contenter d'une nourriture beaucoup moins abondante, on pourvoirait avec moins de peine aux déficits des temps de disette, et l'on comprendrait qu'il est important d'étendre l'usage de ce breuvage, et de ne pas le gêner par des droits trop élevés qui seraient alors de véritables taxes sur les objets de consommation générale. »

Reste à savoir, à supposer vrais et le fait et l'interprétation, s'il n'y a pas inconvénient pour la santé à retarder la formation dans l'économie et le départ des matériaux d'excrétion, tels que l'urée et l'acide urique.

— Depuis que nous nous sommes expliqué sur l'innovation que M. E. Corvisart a essayé d'introduire dans l'histoire du strabisme, en admettant un *strabisme droit* ou *direct* (voir Gaz. Méd., 1849, p. 951), cette question a été reprise par M. le docteur Philippe (de Rome), dans une lettre adressée à la Gazette des hôpitaux (1850, n° 5). M. Philippe s'efforce de démontrer que la nouvelle espèce de M. Corvisart rentre parfaitement dans celle que M. J. Guérin rapporte à la rétraction musculaire. M. J. Guérin ne peut que se montrer fort sensible à l'appui que veut bien lui prêter son honorable confrère; comme lui, il croit que M. Corvisart applique au fait en question une dénomination vicieuse, qu'il n'a pas en tout cas découvert une nouvelle espèce, et qu'enfin, il ne donne pas du fait une explication complétement satisfaisante. Mais M. J. Guérin ne peut accorder que l'affection improprement désignée sous le nom de strabisme droit soit toujours le résultat de la rétraction d'un des muscles de l'œil. Voici comment la question peut se poser.

M. Corvisart soutient que la paralysie d'un muscle de l'œil n'a pas pour conséquence immédiate la déviation de l'organe en sens opposé; que, tout au contraire, cet organe conserve sa rectitude tant qu'il est au repos, et ne cesse d'harmoniser sa direction avec celle du côté opposé que si le sujet cherche à diriger ses deux yeux dans le sens du muscle paralysé. M. Philippe s'élève contre cette interprétation, affirmant que la paralysie d'un muscle entraîne inévitablement et dans toutes les conditions la déviation du globe oculaire. Sur ce point, nous nous rangeons du côté de M. Corvisart. L'étude des difformités nous a démontré que la prédominance d'action du muscle opposé au muscle paralysé se traduit seulement dans l'exercice du mouvement, et que, à l'état de repos, le seul fait de relâchement paralytique d'un muscle n'est pas du tout une cause de déviation. La déviation, nous entendons la déviation permanente, peut pourtant naître de cet état de choses, mais seulement à la longue, quand le muscle antagoniste, à force de se contracter, sans être contre-balancé dans son action, a fini par subir un raccourcissement plus ou moins considérable. Le fait signalé par M. Corvisart est donc vrai, et son explication est juste; mais il y a longtemps que l'un et l'autre avaient été indiqués par M. J. Guérin, non-seulement pour ce qui concerne le strabisme, mais encore pour tout l'ensemble des difformités musculaires.

D'un autre côté, si M. Philippe a tort de ne voir dans cette affection que l'effet d'une rétraction musculaire, M. Corvisart a tort de n'y voir que le résultat d'une paralysie. La rectitude de l'œil au repos et sa déviation dans de certains mouvements sont des caractères qui appartiennent également à ce que M. J. Guérin a appelé le *strabisme consécutif*. Cette dernière difformité, succédant à l'opération du strabisme par la méthode qui coupe à la fois le muscle, le fascia oculaire, la conjonctive, et laisse la plaie exposée au contact de l'air, est due à l'insertion du bout postérieur du muscle coupé sur un point du globe oculaire situé en arrière du point d'insertion normal et aussi à la fusion de toutes les parties intéressées en un *magma* plus ou moins inextensible. Dans cette condition, le mouvement étant très-borné ou tout à fait impossible dans le sens du muscle coupé, si le sujet veut regarder de côté, l'œil malade ne peut plus suivre l'œil sain dans son mouvement, et il en résulte nécessairement une désharmonie des axes oculaires.

En somme, le travail de M. Corvisart pèche, selon nous, en deux points: premièrement, en ce qu'il présente comme nouveau un fait et une interprétation déjà connus; secondement, en ce qu'il n'étudie que l'un des côtés du fait. Il voudra bien nous pardonner la franchise d'une déclaration qui n'altère en rien notre estime pour le talent et la perspicacité qui distinguent son travail.

— La blennorrhagie peut-elle produire la syphilis constitutionnelle?

Cette question, vivement controversée, surtout depuis quelques années, n'a été jusqu'ici sans résultat. Les travaux publiés dans le but de l'éclairer n'ont cependant pas manqué; mais basés, les uns sur des assertions purement théoriques, d'autres sur des faits rares, contestés, et d'ailleurs dépourvus de tout contrôle, il n'est pas étonnant qu'ils laissent encore aujourd'hui l'opinion publique indécise sur ce point.

Et pourtant quel problème à la fois plus important et plus facile mérita jamais l'attention des médecins? Pour donner une idée de sa gravité, il suffit de rappeler que, résolu dans le sens de l'affirmative pour certains praticiens, il condamne ou au mercure ou à l'éternelle appréhension de la syphilis générale un tiers au moins de la génération actuelle, qui s'en trouve, au contraire, affranchie, si la solution négative vient à prévaloir.

Cette question est une question de faits; il n'y a donc qu'un moyen, un seul, de la fixer définitivement: c'est de provoquer la production d'observations dans des conditions telles que leur authenticité soit mise hors de doute.

Or s'il est vrai, comme certaine école se plaît à l'affirmer, que les cas de

TABLEAU N° 1.

MOUVEMENT DES FIÉVREUX DANS LES HÔPITAUX DE ROME ET DE CIVITA-VECCHIA.

Mois.	Restants le 1er du mois	Entrés pendant le mois	Sortis.	Décès.	Restants le 31 du mois.	Mortalité pour 100 entrés.	Observations.
Mai	000	232	116	5	111	4,1	Les entrées de chaque mois, proportionnellement auxquelles nous établissons la mortalité, sont ainsi obtenues : restants le 1er du mois + entrées dans ce mois — restants le 30 de ce mois.
Juin	111	376	196	7	284	3,4	
Juillet . . .	284	2,558	1,202	84	1,556	6,5	
Août. . . .	1,556	3,801	3,023	159	2,175	4,9	
Septembre.	2,175	2,932	2,681	161	2,265	5,6	
Octobre . .	2,265	1,928	2,374	149	1,670	5,9	
Novembre .	1,670	1,246	1,837	100	979	5.1	
Décembre .	979	1,113	1,532	73	487	4,5	
Janvier. . .	487	662	816	43	290	5,0	
Totaux. . .	9,527	14,848	13,777	781	9,817	Moyenne : 5,0	

Avant le siége et pendant la tranchée, l'état sanitaire a été satisfaisant, malgré les travaux de guerre, malgré les intempéries que subissait le soldat, n'ayant pour abri que la toile d'une tente basse, dans laquelle on ne peut se tenir debout.

Trois causes ont contribué à ce résultat: 1° en mai et juin, la température est sans doute élevée; mais l'influence endémo-épidémique ne commence à régner qu'à la fin du dernier de ces deux mois. La saison d'été est en outre marquée à Rome par des flatulences et une mobilité nerveuses auxquelles le soldat échappait, grâce à sa constitution non modifiée par le climat, et aux conditions physiques qui entretenaient l'activité des fonctions végétatives. 2° Ces travaux ont été incontestablement pour quelque chose dans le maintien de la santé; car ils n'étaient qu'exceptionnellement poussés jusqu'à la fatigue, et restaient, en temps ordinaire, proportionnés aux forces du soldat. 3° Enfin l'exaltation dans laquelle l'entretenaient les événements de la guerre lui a donné pendant cette période une vigueur temporaire dont le résultat était d'opposer immédiatement une vive réaction à toute cause morbifère qui impressionnait son économie.

Mais le réservoir des forces *in posse* s'épuise par cette continuelle dépense des forces *in actu*; aussi, dès que l'excitation tomba, après la victoire, l'état sanitaire passa-t-il, sans transition, du satisfaisant au pire, le soldat subissant pleinement et sans lutte les atteintes de la saison endémo-épidémique, dont l'ouverture coïncida avec les derniers travaux du siége et l'installation dans Rome.

Voici trois chiffres propres à donner une juste idée de cette mutation subite survenue dans l'état sanitaire.

En mai, 232 fiévreux entrés à l'hôpital;

En juin, 376;

En juillet, 2,558.

syphilis constitutionnelle suite de blennorrhagie abondent, assurément un médecin ne sera pas embarrassé d'en rassembler *dix*, soit dans sa pratique, soit dans celle de confrères de sa connaissance.

Si, d'autre part, ces observations sont bien effectivement des exemples d'une semblable évolution pathogénique, elles devront résister à un examen institué contradictoirement entre leur auteur et d'autres médecins de capacité et d'impartialité notoires.

D'après ces données, il va sans dire que nous approuvons, comme remplissant un but d'utilité réelle, le programme que M. Diday vient de proposer à la Société nationale de médecine de Lyon (1).

PHYSIOLOGIE.

DE L'ANÉMIE PAR DIMINUTION DE PROPORTION DE L'ALBUMINE DU SANG ET DES HYDROPISIES QUI EN SONT LA CONSÉQUENCE; par MM. A. BECQUEREL et RODIER.

On donne en général le nom d'anémie à cet état de l'organisme qui est la conséquence d'une modification du sang, modification que les recherches de MM. Andral et Gavarret ont surtout fait connaître, et qui consiste dans l'abaissement du chiffre des globules.

Mieux connue, cette altération du sang et les phénomènes qu'elle détermine ont pu dès lors être constitués en état pathologique, et on a décrit les causes capables de la produire et les symptômes qui la traduisent au dehors sous le nom d'anémie; ces causes sont, ainsi qu'on le sait, la chlorose, les pertes de sang ou d'autres liquides sains ou morbides, les intoxications paludéenne ou saturnine, etc., etc. Quant aux symptômes, ce sont la pâleur de la peau, les bruits de souffle au cœur et dans les vaisseaux, les palpitations, les névroses diverses, etc., etc. Le traitement, enfin, consiste dans l'emploi de ferrugineux et des toniques. Tel est l'état pathologique désigné aujourd'hui sous le nom d'anémie par diminution des globules, et dont il ne sera pas question dans ce travail.

Le but que nous nous proposons, dans ce mémoire, est de démontrer les propositions suivantes :

1° Il existe une modification du sang qui consiste dans une diminution notable de la proportion d'albumine.

2° Cette altération du sang peut être la seule lésion ou coïncider avec une notable diminution de proportion des globules.

3° Elle peut se développer avec une certaine rapidité et déterminer ainsi des accidents aigus et en particulier des hydropisies qu'on a regardées jusqu'à présent comme essentielles, c'est-à-dire dont on ne pouvait expliquer le mécanisme.

4° Cette même altération du sang peut également se développer avec lenteur, soit qu'elle constitue à elle seule toute la maladie, ou bien qu'elle soit la conséquence d'affections chroniques.

(1) Voir aux *Variétés*.

5° Ce dernier état est le caractère principal des cachexies proprement dites que l'on voit se développer à la suite d'un certain nombre d'affections chroniques ou de maladies organiques.

6° Dans les cas aigus comme dans les cas chroniques, la diminution de l'albumine du sang se traduit par des symptômes qui lui sont particuliers et qu'on ne peut nettement séparer de ceux qui sont la conséquence de la diminution des globules.

La diminution de l'albumine du sang a été signalée pour la première fois par Grégory, Bostock et Christison, dans un certain nombre de cas de maladie de Bright, et leurs résultats ont été confirmés en France par MM. Rayer, Andral et Gavarret, etc., etc.

C'est là tout ce que l'on sait sur le sujet qui nous occupe et que nous allons maintenant aborder, après avoir fait observer toutefois que nous n'avons pas la prétention d'avoir pu passer en revue tous les cas possibles d'hydropisie essentielle aiguë ou chronique, et de cachexies symptomatiques.

CHAPITRE Ier.

ÉTIOLOGIE ET ÉTUDE DE L'ALTÉRATION DU SANG.

La proportion d'albumine pure contenue dans 1000 grammes de sérum peut être estimée en moyenne à 80; ses oscillations physiologiques ont en général lieu entre 75 et 85 millièmes. Pour constituer un état morbide à part et jouer un rôle dans les maladies, il est nécessaire que l'abaissement du chiffre de l'albumine soit assez considérable et atteigne par exemple le chiffre 65.

Mettant de côté les maladies aiguës et les phlegmasies des divers appareils, dont il ne sera pas question dans ce travail, voici quelles sont les circonstances dans lesquelles la diminution de l'albumine du sang peut se manifester; nous considérerons à part l'état aigu et l'état chronique.

ÉTAT AIGU. — Ces cas comprennent en particulier un certain nombre d'hydropisies aiguës regardées jusqu'à présent comme essentielles, et qu'il faudra évidemment attribuer maintenant à la diminution de proportion de l'albumine du sang. L'importance capitale de ce fait nous met dans l'obligation de présenter ici le résumé de quelques observations.

OBS. I. — Une jeune fille de 13 ans, blanchisseuse, d'une assez bonne constitution, non encore réglée, placée dans d'assez bonnes conditions hygiéniques, nous raconte ce qui suit le jour de son entrée. Elle est malade depuis quinze jours seulement. Son affection a commencé dès le début par un œdème général, un peu de fièvre, la diminution de l'appétit, des douleurs abdominales avec léger ballonnement et un peu de diarrhée. Ces symptômes ont persisté sept à huit jours, au bout desquels l'anasarque a pris un développement plus considérable; le ventre s'est un peu tuméfié; de la dyspnée et quelques palpitations sont également survenues. Sauf les trois ou quatre premiers jours de sa maladie, elle avait continué de se lever. Le jour de son entrée, elle présente l'état suivant. La face est pâle, un peu jaunâtre; el e est le siège, ainsi que tout le tissu cellulaire sous-cutané, d'une anasarque assez considérable; il existe un peu d'épanchement dans l'abdomen. Elle est courbaturée, fatiguée, ne peut marcher sans éprouver des palpitations et sans être essoufflée. La peau est un peu chaude. Le pouls, régulier, ne bat que 60 fois par minute. Un léger bruit de souffle existe au premier temps du cœur; il en existe également un intermittent dans les carotides. Le tube digestif est à l'état normal. Aucune trace d'albumine dans les urines, qui sont pâles, verdâtres et acides.

Les proportions de ce brusque saut peuvent être amoindries par les considérations suivantes. En mai, l'effectif était peu considérable; en juin, 284 hommes seulement figurent à l'hôpital de Civita-Vecchia; mais plus de 400 hommes étaient malades sous la tente, ou du moins se traînaient, languissaient, ne se soutenaient qu'à force d'énergie et de résolution. Dès que les portes de Rome furent ouvertes, ils entrèrent en foule à l'hôpital San-Spirito, qui, dans les premiers temps, reçut plus de 100 fiévreux chaque jour.

Les affections qui régnaient au camp étaient presque toutes d'origine paludéenne. Quelques orages avaient versé des torrents d'eau qui, sur la campagne inculte et à niveaux discordants, s'étaient accumulés en mares temporaires dans lesquelles l'humidité et la chaleur amenèrent une rapide fermentation. Un jour entre autres, le 6 juin, un si violent orage creva sur le camp, que les travailleurs se trouvaient dans l'eau jusqu'aux genoux, et que le génie fut obligé de faire en toute hâte des saignées pour dessécher les parallèles, dont les parois menaçaient ruine. Les Romains, auxquels l'influence de ces pluies est bien connue, disaient déjà partout que des fièvres nombreuses allaient bientôt paralyser les forces des assiégeants. Nous ajouterons, pour compléter cet aperçu étiologique, qu'à cette époque les rosées étaient quelquefois des plus abondantes, ainsi que nous l'avons vu en parlant de l'ambulance de Corviale. La chaleur sèche et continue de l'été avait donc fait place à ces alternatives de sécheresse et d'humidité qui, comme nous pensons l'avoir prouvé ailleurs (1), en parlant des fièvres d'Afrique, sont les conditions attendues par les laboratoires d'effluves, alors inoffensifs, pour entrer en active fabrication. On sait que la chaleur, l'eau et l'oxygène sont indispensables pour que les combinaisons chimiques travaillent la matière végéto-animale des marais; or, pendant les ardeurs caniculaires continues et sans rosées, l'un de ces éléments fait défaut, l'humidité, et les campagnes qui entourent Rome ne présentent qu'une surface poudreuse et mouillée pour ainsi dire par les rayons solaires.

Juillet, août et septembre sont certainement l'époque la plus fiévreuse dans l'*Agro romano*, et l'apogée peut être placé en août quant à la fréquence et à la gravité des affections miasmatiques. En octobre, la décroissance, qui a commencé à la fin du mois précédent, suit une rapide descente. L'état sanitaire de l'armée a subi des oscillations conformes à ces règles :

En juillet,	2,558 entrées,	84	décès.
En août,	3,801	—	159	—
En septembre,	2,932	—	161	—
En octobre,	1,928	—	149	—

Si l'on consulte, non plus le nombre absolu, mais le chiffre proportionnel, on arrive à ce résultat, que les affections ont été plus graves en juillet que pendant tous les autres mois: les décès sont montés à 0,5 pour 100 entrées, tandis qu'ils n'ont atteint que 4,9 en août. Cette gravité relative trouve sa raison dans les circonstances suivantes: 1° l'exaltation qui soutenait le soldat pendant le siége, condition heureuse pour le moment, est tombée, faute de raisons d'être, après

(1) F. Jacquot, RECHERCHES SUR LES CAUSES DES FIÈVRES A QUINQUINA, etc. (Mémoire présenté à l'Académie, GAZ. MÉD., 1848.)

Traitement : une saignée générale, puis deux purgatifs, sous l'influence desquels l'hydropisie disparaît complétement. Le fer, le quinquina et une bonne nourriture sont ensuite prescrits, et trois semaines après, la malade était complétement guérie.

Analyse de 1000 parties de sang : eau, 841,33 ; globules, 96,14 ; fibrine, 2,11 ; parties solides autres, 62,53.

Analyse de 1000 parties de sérum : densité, 1021,38 ; eau, 930,76 ; albumine pure, 58,89 ; résidu organique salin, 15,35.

Ici, il y a eu concomitance de diminution de l'albumine du sérum et d'abaissement du chiffre des globules.

Voici maintenant un autre fait dont nous n'allons présenter que le résumé.

Obs. II. — Une jeune fille de 19 ans, forte, bien constituée, accouchée depuis un mois et ne s'étant pas levée depuis cette époque, en raison de douleurs de ventre qui lui faisaient redouter quelques accidents, ne s'est aperçue que depuis quelques jours d'une infiltration des membres inférieurs accompagnée de bouffissure de la face avec décoloration. En même temps elle avait un peu de fièvre, de l'inappétence et un peu de dyspnée. La présence de cette anasarque la décida à entrer à l'hôpital, où nous ne constatons qu'un peu d'anémie (bruits de souffle) et une anasarque générale peu considérable. Du reste, apyrexie complète, et nulle trace d'albumine dans les urines.

Traitement : une saignée ; diurétiques ; repos. La malade sort au bout de quelques jours, se trouvant parfaitement bien.

Analyse de 1000 parties de sang : eau, 843,8 ; globules, 86,15 ; fibrine, 4,37 ; parties solides autres, 65,68.

Analyse de 1000 parties de sérum : densité, 1023,02 ; eau, 924,84 ; albumine pure, 61,74 ; résidu organique et salin, 13,42.

C'est encore un exemple de concomitance d'anémie par diminution des globules.

Les cas que nous venons de passer en revue peuvent être considérés comme aigus. En voici maintenant un que l'on doit ranger parmi les sub-aigus ou chroniques ; il nous servira de transition aux cachexies.

Obs. III. — Un homme âgé de 42 ans, insurgé de juin. Autrefois d'une santé excellente, bien constitué, a été déporté et est resté sur les pontons six mois. Il n'eut pas d'autre maladie qu'une diarrhée, pour laquelle il fut soigné pendant une dizaine de jours. Depuis, conduit à Belle-Isle-en-Mer, il y est resté un an, couchant dans des baraques en bois, mais sainement et nourri d'une manière suffisante. Il n'y a fait aucune maladie. Huit jours avant son entrée à l'hôpital, il avait été gracié et conduit avec d'autres en bateau à vapeur jusqu'au Havre. Le lendemain de son embarquement, il fut pris subitement, et sans cause appréciable, d'une hydropisie générale, de gonflement du ventre et d'un peu de fièvre. Le lendemain de son arrivée à Paris, il entre à l'hôpital. A son entrée, nous constatons une décoloration générale de la peau avec teint jaunâtre, un peu de fièvre, la peau chaude, une anasarque générale, ainsi qu'un peu d'ascite. Il y a un souffle continu dans les jugulaires à gauche et intermittent dans les artères à droite. Pas de souffle au cœur. Nulle trace d'albumine dans les urines. Les voies digestives et respiratoires sont à l'état normal. Le malade est faible.

Traitement : une saignée de 150 grammes ; puis, comme diurétiques, digitale en macération à froid, sous l'influence de laquelle l'hydropisie disparaît en huit ou dix jours. Nous le traitons ensuite pendant un mois par les toniques, les ferrugineux, une bonne nourriture, mais sans pouvoir faire disparaître la décoloration jaunâtre de la peau, l'anémie, les bruits de souffle et un peu d'œdème qui se manifestait aux malléoles quand il restait levé quelques heures. Il est sorti prétextant des affaires, et nous n'en avons pas entendu parler.

Analyse du sang sur 1000 parties : eau, 853,75 ; globules, 101,87 ; fibrine, 2,54 ; parties solides autres, 41,84.

Analyse de 1000 parties de sérum : densité, 1010,40 ; eau, 953,29 ; albumine pure, 37,20 ; résidu organique et salin, 0,45.

C'est la plus forte diminution d'albumine que nous ayons observée.

Nous allons maintenant passer en revue les cas dans lesquels on peut rattacher la diminution de l'albumine à une cause évidente ; il s'agira surtout, par conséquent, des états généraux auxquels on a donné souvent le nom de cachexies.

La première cause qui se présente est une alimentation insuffisante et une grande misère. En voici une observation.

Obs. IV. — Un malade, âgé de 60 ans, maçon, s'est trouvé dans ce cas et est entré à l'hôpital atteint d'une anasarque générale, sans trace d'albumine dans les urines et sans maladie organique.

L'analyse d'une saignée faite pour une bronchite aiguë a donné, sur 1000 parties de sang : eau, 795,94 ; globules, 131,96 ; fibrine, 3,60 ; parties solides autres, 68,50.

Analyse de 1000 parties de sérum : densité, 1025,10 ; eau, 923,50 ; albumine pure, 65,43 ; résidu organique et salin, 11,07.

Les pertes abondantes de sang, lorsqu'elles sont arrivées à un certain degré, déterminent, outre l'abaissement du chiffre des globules, qui est constante, une diminution de l'albumine du sérum, et alors seulement des hydropisies tendent à se produire. En voici deux exemples.

Obs. V. — Un homme de 46 ans, brasseur, autrefois d'une bonne constitution, était en proie depuis quatre mois à un flux sanguin hémorrhoïdal presque continuel. A la fin, il se décida à entrer à l'hôpital, non pour les accidents anémiques qu'il présentait à un haut point, mais pour une bronchite de peu d'importance. A son entrée, nous constatons une décoloration de la peau avec teinte jaunâtre, un bruit de souffle au cœur et dans les jugulaires, une anasarque générale. En même temps le pouls, fort et dur, battait 84 pulsations ; la peau était chaude, et un râle sibilant existait à la partie postérieure du thorax. Il n'y avait aucune trace d'albumine dans les urines. Le flux hémorrhoïdaire n'existait pas pour l'instant.

Une petite saignée est pratiquée, et dès que la bronchite est diminuée d'intensité, il est soumis à l'emploi du fer, des toniques et d'une alimentation substantielle. L'amélioration était lente, mais enfin elle arrivait, lorsqu'il fut pris du choléra, auquel il succomba en quinze heures.

Analyse de 1000 parties de sang : eau, 878,24 ; globules, 47,00 ; fibrine, 2,20 ; parties solides autres, 72,50.

Analyse de 1000 parties de sérum : densité, 1025,03 ; eau, 923,00 ; albumine pure, 61,40 ; résidu organique et salin, 15,60.

Obs. VI. — Un jeune homme de 22 ans, d'une constitution assez faible, était atteint depuis plusieurs mois d'un flux hémorrhoïdaire peu considérable, mais persistant et continuel. Depuis quelque temps il se trouvait débilité, affaibli ; sa peau se décolorait, et il présentait une légère anasarque, caractéristique surtout aux membres inférieurs. Saignée pour une bronchite aiguë.

Analyse de 1000 parties de sang ; eau, 816,62 ; globules, 109,40 ; fibrine, 4,71 ; parties solides autres, 69,27.

Analyse de 1000 parties de sérum : densité, 1023,91 ; eau, 920 ; albumine pure, 62,02 ; résidu organique salin, 17,98.

Les fièvres intermittentes rebelles, ayant récidivé à plusieurs reprises,

---

l'occupation de la ville ; 2° beaucoup de militaires ont lutté contre la maladie, qui, déguisée temporairement par leur énergie, a exercé des ravages dont on s'est aperçu seulement lors de leur entrée à l'hôpital ; 3° enfin les logements ont été, après la prise de Rome, tout ce qu'on peut imaginer de pire : nous pourrions dire que la moitié de la troupe n'était logée que de nom.

En août, les maladies ont atteint un chiffre très-considérable : il y a eu 3,801 entrées à l'hôpital, ou 12 hommes entrants pour 100 d'effectif. Les conditions physiologiques et hygiéniques que nous avons spécifiées ayant subi de notables changements, et le total des affections régnantes ayant surtout été porté haut par le grand nombre de fièvres sans gravité, la mortalité a été, proportionnellement aux entrées, moins forte qu'en juillet, 4,9 pour 100. La proportion a même été plus faible que dans les mois suivants, où elle est représentée par 5,0 en septembre, 5,9 en octobre, 5,1 en novembre, etc.

Pour donner une idée exacte de l'état sanitaire en août, nous devons ajouter qu'outre les malades à l'hôpital, beaucoup d'hommes étaient couchés sur leurs paillasses, dans les casernes. Ainsi, à la fin de ce mois, on comptait 2,173 malades dans les hôpitaux de Rome, et 1,500 dans ce que l'on appelait les casernes, 3,670 malades en tout. En ajoutant les hommes présents aux hôpitaux de Tivoli, Viterbe, Civita-Vecchia, etc., on dépasse 4,000, c'est-à-dire l'effectif étant de 30,000 hommes, 14 malades, à un jour donné, pour 100 hommes valides.

En septembre, il y a eu moins d'entrées à l'hôpital, 2,932 au lieu de 3,801 ; mais comme les hommes qu'on y admettait avaient éprouvé plusieurs atteintes, leur économie, profondément modifiée, ne rentrait dans l'état physiologique qu'après des soins prolongés. Il s'en est suivi que, malgré la diminution des entrées, un plus grand nombre de malades s'est trouvé à la fois présent aux hôpitaux en septembre qu'en août : ainsi 2,175 le 30 août, et 2,265 le 30 septembre.

En octobre, l'influence endémico-épidémique a commencé à perdre de son intensité, et les maladies ont décru d'une manière très-prononcée ; plus tard, la diminution a continué avec plus de rapidité encore. En Algérie, l'état sanitaire ne s'améliore pas si vite, et la plus forte mortalité coïncide souvent avec octobre, ce qu'on doit attribuer et à la prolongation du règne endémo-épidémique, et à la gravité des dyssenteries qui sévissent en automne.

Mais les chiffres qui figurent dans le tableau pourraient induire en erreur sur la marche habituelle des maladies de Rome, sur la mortalité dans les différents mois, sur la dégradation de l'endémo-épidémie, si nous n'entrions dans quelques explications à ce sujet. La décroissance a été accélérée par les circonstances suivantes, étrangères à la pathologie : 1° à partir de novembre, le nouveau général en chef Baraguay d'Hilliers a adopté franchement le système des évacuations sur France, et surtout des congés de convalescence, accordés à tous les hommes qui ne pouvaient pas se remettre. 3,000 malades au moins ont été dirigés de Civita-Vecchia sur France, et ces évacuations ont eu lieu surtout en novembre et décembre 1849. 2° L'armée a éprouvé des réductions successives, dont le résultat a été évidemment moins d'entrées à l'hôpital. De 30,000 hommes, elle est descendue à 15,000 en mars 1850.

La proportion des décès, c'est-à-dire la gravité des maladies, n'a pas diminué avec le chiffre des entrées ; nous la trouvons à peu près stationnaire, environ 5 pour 100 entrées, de septembre à janvier. Les maladies chroniques avaient, en

laissent souvent à leur suite un état cachectique bien caractérisé, et bien connu du reste, qui s'accompagne fréquemment d'hydropisies que ne saurait expliquer la tuméfaction de la rate, qui du reste n'existe pas toujours en pareil cas. Lorsqu'on voit ces hydropisies se produire, on peut être certain que la diminution de l'albumine du sérum s'est produite sous l'influence de la cachexie, et est venue se joindre à la diminution des globules En voici des exemples caractéristiques, dont nous ne donnerons toutefois que le résumé.

Obs. VII. — Un homme de 48 ans, arrivé récemment des colonies agricoles fondées à Alger, et qu'il a quittées, ainsi que sa femme, en raison des récidives continuelles de fièvres tierces qu'il y avait contractées, entre à l'hôpital. Cet homme est pâle, jaunâtre, décoloré. Il est très-faible, et présente une anasarque générale, ainsi qu'une ascite bien caractérisée. Il n'y a aucune trace d'albumine dans les urines. Le tube digestif est intact. Il existe un bruit de souffle au premier temps du cœur et dans les jugulaires.

Cet homme est immédiatement soumis à l'emploi des ferrugineux, du quinquina, des bains sulfureux et d'une bonne alimentation.

Un mois après son entrée, il se plaint un jour de point de côté, de toux, de fièvre, et il expectore quelques crachats rouillés. L'auscultation démontre du râle crépitant à la base du poumon droit.

Une petite saignée et un vésicatoire sur le côté font justice de cette pneumonie au premier degré, et cinq ou six jours après, il était soumis de nouveau au tonique. Il ne tarda pas toutefois à quitter l'hôpital, où il s'ennuyait, bien qu'il fût loin d'être guéri.

Analyse de 1000 parties de sang : eau, 869,75 ; globules, 67,28 ; fibrine, 3,13 ; parties solides autres, 59 88.

Analyse de 1000 parties de sérum : densité, 1021,61 ; eau, 935,96 ; albumine pure, 50,20 ; résidu organique et salin, 13,72.

Obs. VIII. — Un homme de 50 ans, autrefois fort et bien constitué, arrive de travailler en Sologne ; il y a contracté à plusieurs reprises des fièvres intermittentes qui l'ont décidé à revenir à Paris et à entrer dans un hôpital. Le jour de son entrée, nous le trouvons pâle, jaunâtre et faible. Il présente une anasarque générale. L'abdomen est le siége d'une ascite. La rate est un peu plus grosse qu'à l'ordinaire, mais elle n'est pas très-volumineuse. Il existe un bruit de souffle au premier temps du cœur et dans les jugulaires. Il n'y a aucune trace d'albumine dans les urines.

Une petite saignée est pratiquée au malade, qui du reste est soumis à l'emploi du quinquina et du fer, en même temps qu'il est bien nourri.

Un mois après, il est sorti de l'hôpital dans un très-bon état, quoique encore très-pâle. Les bruits vasculaires avaient disparu ; il avait recouvré presque toute sa force.

Analyse de 1000 parties de sang : eau, 885,44 ; globules, 61,10 ; fibrine, 2,36 ; parties solides autres, 61,10.

Analyse de 1000 parties de sérum : densité, 1020,37 ; eau, 936,40 ; albumine pure, 55,68 ; résidu organique et salin, 7,92.

Enfin nous avons observé chez un malade, à la suite d'une diarrhée chronique, une diminution notable de l'albumine, ayant également déterminé une anasarque générale peu considérable, il est vrai. Voici le fait en peu de mots :

Obs. IX. — Un homme âgé de 50 ans, d'une bonne constitution, présentant encore tous les attributs de la force, est en proie depuis cinq mois à une diarrhée assez intense. Cet homme est seulement un peu affaibli, et il n'entre à l'hôpital que parce qu'il s'est inquiété de la production d'une anasarque peu intense, il est vrai, des membres inférieurs, qui existe depuis une huitaine de jours.

Une petite saignée lui est pratiquée. Il a séjourné un mois à l'hôpital, où l'emploi des astringents et un régime sévère ont pu seuls faire cesser la diarrhée qu'il présentait.

Analyse de 1000 parties de sang ; eau, 820,40 ; globules, 114,42 ; fibrine, 3,44 ; parties solides autres, 61,74.

Analyse de 1000 parties de sérum : densité, 1024,45 ; eau, 930 ; albumine pure, 59,60 ; résidu organique et salin, 10,40.

Nous arrivons maintenant à des cachexies symptomatiques de maladies organiques.

Maladies du cœur. — Les affections organiques du cœur, arrivées à un certain degré de développement, outre les phénomènes locaux qui les caractérisent, se traduisent au dehors par la manifestation d'un état général que l'on considère ordinairement comme un état cachectique. L'affaiblissement et la débilité du malade, la coloration légèrement jaunâtre de la peau et l'accroissement rapide de l'hydropisie produite d'abord mécaniquement, se manifestent alors. Eh bien ! il résulte de nos recherches que la production de cet état cachectique a toujours coïncidé avec une diminution notable de l'albumine du sang. Voici les faits nombreux qui le prouvent.

Sur 51 saignées qui ont été pratiquées à des individus atteints de maladies du cœur (33 hommes et 18 femmes), 26 fois l'albumine du sang s'est conservée à l'état normal, ou est descendue aux limites physiologiques normales, et 25 fois cette même albumine était descendue à un chiffre plus ou moins inférieur.

Dans ces 25 derniers cas, le chiffre le plus élevé d'albumine contenu dans 1000 parties de sérum fut de 66,14, et le chiffre le plus bas 53,10. L'abaissement de densité du sérum a constamment suivi cette diminution, et elle a oscillé entre 1025 et 1021.

Dans ces 25 derniers cas, l'état cachectique propre aux maladies du cœur était bien caractérisé, tandis que, dans les 26 autres, les phénomènes locaux étaient surtout prédominants, et il ne s'était encore produit, dans quelques-uns de ces cas, qu'un peu d'œdème aux extrémités inférieures.

Les 25 derniers cas ont coïncidé 11 fois avec une diminution du chiffre des globules contenus dans 1000 grammes de sang. Dans ces 11 cas, ils étaient descendus au-dessous du chiffre 100 ; 97 a été le plus élevé et 54 le plus bas. Dans les 40 autres cas de maladies du cœur, le chiffre des globules était à l'état normal ou seulement légèrement diminué.

Maladie de Bright. — L'altération des reins, qui constitue la maladie de Bright, détermine dans le sang une modification qui consiste dans la diminution de son albumine ; c'est même seulement dans cette affection que l'altération de ce liquide a été admise jusqu'à présent. Les faits que nous avons recueillis n'ont pu que confirmer les résultats de Gregory, Christison, Bostock, Andral, etc., etc. Avant de les résumer, faisons observer que la maladie de Bright, surtout quand elle est chronique, s'accompagne constamment d'un véritable état cachectique qui offre beaucoup d'analogie avec celui des affections du cœur, analogie que le dépouillement de nos analyses vient encore corroborer.

Onze saignées ont été faites à 9 individus atteints de maladie de Bright (4 hommes et 5 femmes). Dans 9 de ces saignées, l'albumine du sang a diminué dans une très-forte proportion. Le chiffre le plus élevé a été 66g,6 et le plus bas 46g,7 ; moyenne, 57g,58. Le chiffre de la densité a suivi cet abaissement : il a varié de 1018,82 à 1023.31.

Deux malades (une homme et une femme) présentèrent un chiffre nor-

effet, remplacé les affections aiguës, et, comme on le sait, la médecine est moins puissante contre les désordres organiques que contre les lésions de fraîche date.

Le tableau suivant, portant sur de courts intervalles, donnera une idée plus complète des oscillations du nombre des malades, d'août 1849 à avril 1850. Il ne concerne que les hôpitaux de Rome, et comprend tous les genres de malades, fiévreux, blessés, vénériens :

TABLEAU N° 2.

1er août	1,274	20 décembre . .	915
1er septembre .	1,781	30 —	749
1er octobre . .	1,908	10 janvier . . .	700
10 —	2,060	20 —	650
20 —	2,019	30 —	540
30 —	1,732	10 février. . . .	416
10 novembre. .	1,600	20 —	388
20 —	1,514	30 —	381
30 —	1,253	15 mars	341
10 décembre. .	1,179		

Enfin, les chiffres suivants, extraits des pièces officielles de l'état-major général, sont également nécessaires pour bien apprécier l'état sanitaire du corps d'occupation. En effet, les malades fournis par l'armée ne figurent pas tous dans les hôpitaux de Rome, mais aussi dans ceux de Viterbe, Tivoli, Albano, Civita-Vecchia, Montalto, Frascati ; il en est d'autres enfin qui, évacués sur France, séjournent dans les hôpitaux, ou qui, ayant obtenu des congés de convalescence, sont forcés par une rechute de prendre un lit dans un établissement hospitalier. Le tableau suivant comprend tous les hommes hospitalisés, tant en Italie qu'en France :

TABLEAU N° 3.

	Officiers.	Soldats.	Total.
1er juin	21	707	728
16 —	44	1,158	1,202
1er juillet	55	1,591	1,646
16 —	56	2,349	2,405
1er août	57	3,040	3,097
16 —	57	3,759	3,816
1er septembre. . . .	54	4,096	4,150
16 —	50	4,194	4,244
1er octobre	52	4,340	4,392
16 —	50	4,259	4,309
1er novembre. . . .	53	3,751	3,804
16 —	30	2,131	2,161
1er décembre	30	2,616	2,646
16 —	30	2,131	2,161
1er janvier	27	1,616	1,643
16 —	25	1,050	1,076

mal d'albumine, et il est assez facile de s'en rendre compte. Ces deux individus étaient atteints d'une maladie de Bright aiguë, avec fièvre, et présentaient une forte proportion d'albumine dans les urines, mais sans hydropisie. La femme, âgée de 27 ans, succomba, quelque temps après son entrée à l'hôpital, à un choléra foudroyant, et l'autopsie est venue confirmer le diagnostic. L'homme était également atteint d'une maladie de Bright sans hydropisie. Il est facile de se rendre compte de ce résultat en observant que l'absence d'hydropisie s'explique précisément très-bien par la conservation de proportion de l'albumine dans ces deux cas. Cette conservation est-elle due à ce que la quantité d'albumine perdue par les urines n'était ni assez ancienne ni assez considérable pour appauvrir le sérum ? C'est ce que nous ne saurions dire.

Dans 2 de ces 11 cas seulement, la proportion des globules tomba au-dessous de 100, et fut représentée par les chiffres 85ᵍ,5 à 90ᵍ,3. Dans les 9 autres, il resta normal, sauf 1, dont le chiffre des globules fut de 110ᵍ,6.

CHAPITRE II.

SYMPTÔMES.

On doit les considérer à part dans l'état aigu et dans l'état chronique, on, si l'on veut, les cachexies.

ÉTAT AIGU. — Nons en avons rapporté plns hant quelqnes exemples, et le résumé suivant est en quelque sorte l'analyse de ces faits. Les symptômes caractéristiques sont les suivants :

1° La décoloration générale de la peau, avec une nnance légèrement jaunâtre;

2° La prodnction d'nne hydropisie générale, qui tantôt se développe progressivement, tantôt a dès le début soo maximum d'intensité;

3° Un sentiment général de faiblesse et de débilité.

La coexistence d'un mouvement fébrile est fréquente, mais n'est pas liée nécessairement à cet état morbide. Il n'est pas rare également de constater nn bruit de souffle doux an premier temps du cœnr ou dans les vaisseanx; mais ce bruit de souffle est uniquement lié à la diminution du chiffre des globnles, qui est également un phénomène coocomitant assez fréqnent.

ÉTAT CHRONIQUE. — L'anémie par diminntion de proportion de l'albumine dn sang se développe bien plus souvent à l'état chronique qu'à l'état aigu. C'est alors qu'elle est un des éléments essentiels de l'état cachectique, qui accompagne les pertes de sang un peu considérables, les affections organiques du cœur, la plupart des maladies de Bright, les intoxications paludéennes, etc., etc.

Énnncer nn pareil fait, c'est faire prévnir que les symptômes qui sont propres à la diminntion de l'albumine se confondront sonvent avec ceux de la lésion organique qui l'a déterminée, et avec ceux qui caractérisent la diminution de proportion de globules.

En tenant compte de ces difficnltés, nous croyons toutefois qu'on peut admettre que la diminution de l'albumine du sang, développée lentement, se traduit au dehors par trois phénomènes bien positifs :

1° Tendance à la production d'nne anasarque, qui, d'abord peu considérable, augmente sans cesse d'une manière plus ou moins rapide, et ne cesse de le faire que lorsque le malade atteint s'est décidé à se reposer complétement et à se faire soigner. Il est presque inutile d'ajouter que, dans ce cas comme dans le précédent, il n'existe pas de traces d'urines albumineuses;

2° Décoloration générale de la peau ou nuance légèrement jaunâtre. On n'observe pas ordinairement cette teinte semi-transparente de la peau qui existe dans les chloroses portées à un haut degré;

3° Un affaiblissement du système musculaire qui se traduit par la débilité, et ne s'accompagne pas en général de courbature, de brisement des membres, etc., etc.

Assez souvent, dans cet état chronique, le pouls est faible, petit, pen développé, et en rapport avec l'affaiblissement des individus. Ce caractère toutefois est loin d'être constant, et le pouls peut nous en offrir de tout opposés. L'état du pouls est plutôt subordonné aux complications phlegmasiques ou autres qu'à la diminution simple de l'albumine. Les bruits de souffle cardiaques et vasculaires, la dyspnée, les palpitations, sont beaucoup plus fréquents qu'à l'état aigu, et annoncent, comme dans ce dernier, un abaissement notable du chiffre des globules.

CHAPITRE III.

DIAGNOSTIC.

Le diagnoslic n'est pas toujours facile à établir; nons pensons tontefois qu'en s'appuyant sur les données snivantes, l'erreur pourra être évitée. Prenoos d'abord l'état aigu, celui qui correspond à ce qu'on appelait autrefois hydropisies aiguës simples, hydropisies essentielles, nu par hypercrinie, voici ce qui peut arriver.

Un individn, sans cause connne, nu bien à la suite d'un refroidissement, s'aperçoit que sa face devient bouffie, et voit pen à pen se développer une anasarque générale, plus considérable aux membres inférieurs qu'aux supérieurs. En même temps sa pean pâlit, à la face surtout, et prend une nnance légèrement jaunâtre. Souvent enfin il y a simultanément un mouvement fébrile plus on moins fort, de la conrbature, et quelqnefois même une complication phlegmasique, telle qu'une bronchite aigně.

A qoelle cause rapporter ces différents symptômes, et à quelle maladie les rattacher? Il n'y a ici qne trois cas possibles, qne nons allons examiner.

Le cas le plus fréquent est de pouvoir rattacher cet ensemble de symptômes à une maladie de Bright aiguë. La présence de l'albumine en grande quantité dans les urines permet de la reconnaître immédiatement sans hésitation.

Le deuxième est plns difficile : il s'agit en effet de savoir si ces accidents ne sont pas la conséquence d'une endocardite aiguë, avec hydropisie. Trois cas de ce genre, que nous avons observés à l'hôpital de la Pitié, et dans lesquels l'hésitation était bien permise, nous ont permis d'établir le diagnostic sur les bases suivantes. Dans l'endocardite aiguë non rhumatismale, l'œdème, quand il se développe, ne commence pas en général dans toutes les régions à la fois : il débute par les membres inférieurs. Il existe au cœur des signes physiques que l'on ne rencontre pas dans d'autres circonstances. Enfin l'analyse du sang montre la fibrine augmentée de quantité, les globnles toujonrs en proportion normale; enfin l'albumine dn sérum sans diminution bien sensible.

	Officiers.	Soldats.	Total.
1er février	22	905	927
16 —	22	784	806
1er mars	23	633	656
16 —	25	635	660

Le service chirurgical a tenu le premier raug après l'affaire du 30 avril ; les ambulances actives, Civita-Vecchia, Bastia, Toulon, ont coopéré, à différents degrés, au traitement des blessés. Pendant le siége, il a conservé à peu près la même importance relative; mais dès l'entrée a Rome, il s'est entièrement effacé à un plan très-reculé devant le nombre et la gravité des affections médicales. Il en est toujours ainsi; les guerres de l'empire n'ont pas fait exception. . . . .

Les blessés n'ont pas dépassé à Rome, pendant l'occupation, la moyenne de 100. La mortalité a varié de 1 à 3 par mois. . . . . .

La sypbilis a suivi une progression ascendante, dont les termes, partant de 0, ont atteint pour nn moment, au bout de quelques mois, le chiffre 300. Le chiffre des hommes affectés a toujours été proportionnellement moins élevé (excepté pour les officiers) que dans certaines villes de France, qu'à Lyon par exemple. A l'armée des Alpes, la troupe a été également plus maltraitée qu'à Rome; mais la gravité des syphilis est plus grande dans cette ville qu'en France. Nous appelons avec insistance l'attention sur les points suivants : à Rome, les accidents consécutifs, les syphilides surtout, se manifestent avec nne rapidité à pen près sans exemple cbez nons; les nrétbrites sont rares comparativement aux cbancres; les bubons d'emblée ont été fréquemment observés; les bubons ouverts revêtent sonvent le plus mauvais caractère. Il y a certainement dans cette marche spéciale, dans ces caractères insolites, matière à un travail des plus intéressants.

Nous avons eu très-peu de gales parmi nos troupes. Nons rappellerons, ponr établir nne comparaison, qu'à l'armée des Alpes elles ont été, dans certains corps, d'une extrême fréquence.

Après avoir esquissé avec l'aide des statistiques la marche générale de l'état sanitaire, faisons ressortir quelques groupes, abordons chaque affection en particulier. Mais il est auparavant nécessaire de dire un mot des conditions hygiéniques que le soldat a rencontrées lors de son installation dans Rome.

Pour se reposer de ses labeurs, il n'a trouvé que la dalle des portiques et le pavé des rues. Mieux valait le campement sur les collines assez salubres qui flanquent la ville au N.-O. Après quelque temps, des cloîtres, des couvents, des églises, des portiques ouverts, les humides rez-de-chaussées des palais, lui ont été assignés comme casernement. Mais plusieurs nuits passées en plein air, dans un pays où l'on redoute à si juste titre les miasmes, dangereux surtout au lever et au coucher du soleil, avaient suffi pour répandre partout le germe des fièvres paludéennes. D'ailleurs, ces conditions funestes se perpétuèrent en grande partie : des galeries à jour, des salles voûtées et humides, furent conservées comme casernes; dans les corps de garde, dans les postes, le soldat n'eut pour se coucher que son sac de toile étendu sur la pierre ; dans les longs corridors des couvents, qui constituaient les chambrées, son couchage se composait de ce même

Quant au troisième cas où à la troisième supposition à faire, c'est celle des malades dont nous venons tout à l'heure de résumer l'histoire, c'est-à-dire des hydropisies aiguës symptomatiques de la diminution d'albumine du sang, diminution que l'absence de l'albumine dans les urines, l'absence de signes physiques du côté du cœur, l'analyse enfin du sang, permettent d'admettre sans contestation.

Il est une question plus difficile et à l'égard de laquelle nous ne saurions nous prononcer d'une manière définitive, c'est celle de savoir si la cause morbide quelconque qui a déterminé la maladie a agi d'abord sur le sang pour l'appauvrir, et si l'hydropisie n'est que la conséquence de cet appauvrissement ou bien si l'hydropisie est le fait primitif et la diminution de l'albumine le phénomène consécutif. Nous admettons la première de ces opinions, en nous appuyant sur l'absence de cette modification du sérum dans les hydropisies même considérables dues à des causes mécaniques telles que la cirrhose ou des oblitérations veineuses.

Examinons maintenant les questions qui se rattachent à l'état chronique.

Le diagnostic est assez facile à établir toutes les fois qu'il s'agit d'un état cachectique. En pareil cas on peut admettre que lorsque dans une maladie chronique, ou bien à la suite de pertes sanguines considérables, de diarrhée longtemps prolongée, d'intoxication paludéenne, on voit survenir un état cachectique accompagné d'une hydropisie générale que ne saurait expliquer suffisamment un obstacle mécanique à la circulation, cet état et cette hydropisie sont la conséquence d'un abaissement notable du chiffre de l'albumine du sang.

Quant aux maladies du cœur, dans lesquelles il existe un obstacle mécanique à la circulation, on peut admettre que cette altération du sang ne produit pas, mais contribue à augmenter et à accélérer la production de l'hydropisie. En pareil cas, la diminution de l'albumine du sang est un phénomène primitif, et la cachexie vient joindre son influence à celle l'obstacle mécanique: c'est ce qu'il nous est permis d'affirmer lorsque nous voyons dans nos analyses un certain nombre de maladies du cœur avec état cachectique, coloration jaunâtre de la peau, mais sans hydropisie dans laquelle la diminution de l'albumine du sang existait à un degré même assez considérable. Neuf fois dans 51 saignées nous avons pu constater qu'il en était ainsi.

Voici maintenant des cas dans lesquels le diagnostic est plus difficile.

L'anémie est le phénomène prédominant, mais la cause en est difficile à découvrir; il se produit en même temps une hydropisie plus ou moins considérable, une pâleur et teinte jaunâtre de la peau. Il y a ou il n'y a pas de bruits de souffle cardiaque et vasculaire, et on ne trouve pas trace d'albumine dans les urines. A quelle cause attribuer cette hydropisie passive?

La maladie de Bright est d'abord mise hors de cause par l'absence d'albumine dans les urines. Les bruits de souffle cardiaques et vasculaires symptomatiques de la diminution des globules ne sont pas de même nature que ceux qui annoncent une maladie organique du cœur; celle-là doit donc encore être mise de côté.

Reste donc ce qu'on a appelé dans ces derniers temps hydropisie par anémie. Oui, en effet, c'est une hydropisie par anémie, si on entend attacher à ce mot le sens de diminution de l'albumine du sérum, non si on veut en faire un symptôme, une conséquence de la simple diminution des globules. Ces sortes d'hydropisies sont, ainsi que le démontre l'analyse du sang, le résultat de l'abaissement du chiffre de l'albumine de ce liquide; les observations rapportées plus haut en font foi et le démontrent complétement.

De pareils cas ne peuvent être considérés comme des chloroses; en effet, sans entrer ici dans des détails qui doivent trouver place dans un autre travail, nous signalerons les modifications suivantes du sang comme caractéristiques de chlorose et comme permettant d'établir nettement sa place pathologique.

Dans la chlorose, l'altération la plus habituelle du sang est la diminution de proportion des globules; encore est-il douteux que cette diminution soit un fait absolument nécessaire.

Dans la chlorose, l'albumine du sang contient des proportions parfaitement normales, et il y a un chiffre également normal ou plutôt un peu élevé de fibrine.

Dans la chlorose simple enfin, il n'y a pas d'hydropisie; pour qu'il s'en produise une, même légère, il faut que dans cette maladie la diminution des globules soit devenue considérable, et encore n'est-ce pas elle qui la détermine, mais une diminution de l'albumine du sérum du sang survenue consécutivement et qui se produit comme phénomène secondaire de la chlorose. Dans ce cas cette dernière affection a fini par déterminer une véritable cachexie.

Ces cas sont donc de la même nature que ceux dont nous avons parlé plus haut.

CHAPITRE IV.

PRONOSTIC.

Les considérations dans lesquelles nous sommes entrés et les distinctions que nous avons établies ne sont pas sans influence sur le pronostic.

Relativement à l'état aigu, c'est-à-dire pour les hydropisies qui sont la conséquence d'une diminution de l'albumine du sang produite rapidement et sans complication sérieuse, la gravité n'est pas en général très-grande, et un traitement un peu actif amène presque toujours une guérison assez rapide. On doit observer cependant, et il nous a été donné de le faire plusieurs fois, que l'hydropisie une fois disparue a une grande tendance à se reproduire pendant quelque temps, ce qui indique que l'albumine du sang ne se reproduit ou ne se régénère pas aussi vite qu'elle diminue; il faut donc continuer longtemps l'emploi des toniques et le traitement hygiénique.

A l'état chronique, la réparation de l'albumine est plus difficile encore à se faire, et par conséquent l'état pathologique est plus sérieux; il faut souvent plusieurs mois pour ramener le sang à l'état normal. Il est cependant d'autant plus important de le réparer que les individus atteints sont par cela même exposés non-seulement à la récidive de l'hydropisie, mais encore prédisposés, en raison de leur faiblesse et de leur débilité, à contracter diverses affections aiguës ou chroniques.

Dans les cachexies symptomatiques de maladies organiques, la difficulté est plus grande encore; car la cause qui a déterminé la diminution de l'albumine agit et lutte sans cesse contre les moyens réparateurs que l'on peut employer pour la combattre.

Dans les cachexies sans hydropisie, on a donc toujours à redouter cet accident, et une fois développé il est bien difficile de le faire disparaître. Evidemment dans les diverses cachexies la gravité dépend de la cause qui l'a déterminée; elle sera beaucoup moindre lorsqu'il s'agit des suites d'une mauvaise alimentation, d'hémorrhagies abondantes, de fièvres intermittentes, que si elle s'est développée à la suite d'une maladie du cœur.

---

sac plus ou moins rempli de paille; certains corps ont manqué de paille plusieurs semaines. Une couverture de campement complétait d'ordinaire le lit (1). Après quatre ou cinq mois seulement, des tréteaux isolèrent du sol toutes les paillasses. Bien tardivement, le soldat eut enfin un couchage complet.

Les choses se trouvaient dans cet état: sites insalubres, voûtes humides ou combles à température de fournaise, hommes entassés les uns sur les autres, salles trop étroites, hôpitaux regorgeant, malades à l'hôpital, malades à la caserne, malades partout, quand vous êtes arrivé à Rome, muni de pouvoirs très-étendus. L'autorité ne connaissait pas toute la grandeur du mal; il lui échappait qu'aux deux mille et quelques centaines d'hommes couchés dans les établissements hospitaliers, il fallait en ajouter quinze cents autres, dont plusieurs n'étaient pas moins gravement affectés.

La mission fut longue et difficile, mais fructueuse, car les casernes s'élargirent, les hôpitaux se multiplièrent, le dépôt de convalescents de Frascati fut créé, les sites furent mieux choisis, les couchages améliorés, l'encombrement cessa en partie, le personnel de santé s'augmenta par de nouvelles arrivées, et bientôt tout fonctionna aussi régulièrement qu'on pouvait l'espérer dans les circonstances.

Le régime alimentaire du soldat l'aida à lutter contre les influences hygiéniques défavorables qu'il subissait. Il était plus réparateur et plus excitant qu'en France: du café, du vin, du riz, des légumes, avaient été ajoutés à la ration ordinaire. La ration de viande fut même portée de 250 à 300 grammes, pendant quelque temps, d'après vos conseils, dans les régiments dont les finances permettaient de réaliser cette amélioration.

(La suite prochainement.)

(1) Pas toujours, près de 6,000 couvertures ayant été perdues depuis le débarquement.

PATENTE DES MÉDECINS.

Nous extrayons ce qui suit d'une pétition adressée à la chambre des représentant, par la Société de médecine de Paris.

« Messieurs les représentants,

» Si la patente fut établie en 1791, dans des circonstances à peu près identiques, elle n'en fut pas moins, dès le moment où elle était imposée, un sujet de réclamations unanimes; les médecins n'avaient-ils pas, en effet, le droit de s'étonner que, seuls des professions libérales, ils eussent été soumis à cette obligation qui les classait parmi les commerçants. En 1826, Cuvier, appelé à discuter le droit des patentes, en qualité de commissaire du gouvernement, représentait à la chambre des pairs que la suppression de la patente était réclamée par tout le corps médical, et le pouvoir comprenait dès ce moment le besoin de lui donner satisfaction sur un vœu si légitime. Malgré les nombreuses observations dont les chambres furent saisies depuis, cette injustice ne fut réparée qu'en 1844; on avait enfin compris que les professions libérales et savantes

CHAPITRE V.

TRAITEMENT.

Le traitement de ces états pathologiques divers est nécessairement influencé par le diagnostic et par la considération de la cause.

ÉTAT AIGU.—Dans l'état aigu, c'est-à-dire les hydropisies aiguës, regardées autrefois comme essentielles, et qu'on doit maintenant considérer comme symptomatiques de la diminution de proportion de l'albumine du sang rapidement produite, le traitement est simple et bien connu; nous commencions en général par une saignée du bras, et surtout nous avions recours à l'emploi des purgatifs et des diurétiques.

L'hydropisie une fois disparue, et dans les 3 cas que nous avons cités, nous y sommes parvenus rapidement: il faut employer un régime tonique et longtemps soutenu.

Dans la diminution de l'albumine simplement chronique ou symptomatique, de causes accidentelles, telles qu'une mauvaise alimentation, des hémorrhagies abondantes, l'intoxication paludéenne, c'est moins de l'hydropisie elle-même, à moins toutefois qu'elle ne soit très-considérable, que de l'état général du sujet qu'il faut se préoccuper. Aussi avons-nous toujours insisté sur l'emploi des toniques et en particulier du quinquina, en même temps que nous recommandions l'usage d'une alimentation tonique substantielle, azotée, de viandes rôties, de vin généreux. Si on peut conseiller un air pur, une habitation salubre, et mieux encore, la campagne, aux malades, ce n'en sera que mieux.

Quant aux ferrugineux, ils s'adressent bien plutôt aux cas dans lesquels il y a diminution des globules; aussi ne les conseillons-nous dans ces anémies chroniques que lorsque les bruits vasculaires nous annoncent la concomitance de cet état pathologique du sang.

En dehors de ces cas, nous ne croyons pas que les ferrugineux soient utiles dans le traitement des diminutions d'albumine du sérum.

Ajoutons encore que l'emploi combiné de ces deux moyens doit être prolongé très-longtemps si l'on ne veut voir se reproduire les accidents. Ils doivent être d'autant plus continués que la cause morbide qui en a été le point de départ a agi d'une manière plus énergique, et que l'effet produit a été plus considérable.

Dans les cachexies symptomatiques d'une affection organique, le traitement sera évidemment le même; mais il faudra toujours avoir présente à l'esprit la considération de cette lésion elle-même qui pourrait modifier le traitement, et on devra combiner les moyens propres à combattre la diminution de l'albumine du sang avec ceux destinés à arrêter les progrès de la désorganisation locale.

RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS.

1° De même qu'il existe une anémie par diminution de proportion des globules du sang, on doit également admettre un état pathologique particulier caractérisé par l'abaissement du chiffre de l'albumine du sérum.

2° Cette diminution de l'albumine du sérum peut se produire d'une manière rapide; elle se traduit alors par de la pâleur, une teinte jaunâtre de la face, une grande débilité et surtout une anasarque générale sans albumine dans l'urine.

3° Un grand nombre d'hydropisies aiguës regardées encore aujourd'hui comme essentielles doivent manifestement être attribuées à cette cause pathogénique.

4° La diminution de l'albumine du sérum peut se développer avec lenteur; elle constitue alors un état pathologique chronique qui se traduit par des symptômes particuliers, qui sont la pâleur avec teinte jaune de la face, une débilité extrême, enfin, une hydropisie générale plus ou moins intense, sans albumine dans l'urine.

5° La plupart des hydropisies regardées autrefois comme essentielles et passives rentrent dans le cas précédent.

6° La diminution de proportion de l'albumine du sang produite d'une manière aiguë ou chronique est complétement indépendante de l'abaissement du chiffre des globules. Ces deux altérations du sang existent cependant très-souvent ensemble, et c'est tantôt l'un, tantôt l'autre qui prédomine.

7° La diminution de proportion des globules est tout à fait incapable de déterminer une hydropisie, à moins que la diminution de l'albumine du sérum ne soit venue s'y ajouter.

8° Les accidents qui viennent se joindre à ceux que nous avons précédemment exposés, lorsque la diminution des globules survient comme complication, sont: un bruit de souffle au premier temps du cœur, un souffle continu dans les jugulaires ou intermittent dans les carotides, de la dyspnée et des palpitations.

9° Les causes capables de déterminer la diminution lente et chronique de l'albumine du sang sont une alimentation insuffisante, des pertes sanguines considérables, une diarrhée longtemps prolongée, l'intoxication paludéenne.

10° Les mêmes effets se produisent sous l'influence de maladies organiques telles qu'une affection du cœur, une maladie de Bright, constituent un véritable état cachectique, une cachexie.

11° L'état pathologique auquel on donne en général le nom de cachexie n'est autre que l'ensemble de symptômes qui résulte de la diminution de proportion de l'albumine unie ou non à un certain degré d'abaissement du chiffre des globules. La première de ces causes rend bon compte des hydropisies qui y sont si fréquentes, de la décoloration de la peau et de l'affaiblissement profond des malades. La deuxième explique les bruits de souffle cardiaques et vasculaires, la dyspnée, les palpitations, etc.

12° Les distinctions précédentes exercent une grande influence et doivent être prises en considération dans le diagnostic, le pronostic et le traitement de ces hydropisies.

---

devaient être en dehors du commerce et de l'industrie, que l'art de guérir ne pouvait se classer parmi les professions patentables, et qu'il était inique enfin de surcharger une profession, sacerdoce d'humanité et de dévouement appelé autant à consoler qu'à guérir.

» On nous laisse entrevoir maintenant, messieurs les représentants, qu'au lieu de la patente qui nous était imposée avant 1844, droit fixe qui nous assimilait aux commerçants, nous serions assujettis à un droit proportionnel qui pourrait être porté au quinzième du loyer, le pouvoir espérant, par cet impôt, en assurer la taxe d'une manière plus équitable.

» Mais on n'a pas réfléchi que le médecin se trouve forcé, par sa position, d'employer à son loyer un prix plus élevé que n'y sont obligées les autres professions libérales.

» Il ne lui est pas permis de se loger aux étages supérieurs, pour que les malades viennent le consulter; il est soumis à des apparences d'aisance qui masquent parfois sa gêne ou sa détresse; outre ces exigences dépendantes de la profession, le loyer n'est-il pas en rapport avec l'accroissement de la famille? Le célibataire sera-t-il donc moins imposé parce que ses charges sont moins lourdes? Ce droit proportionnel qu'on nous imposerait sur le loyer serait donc aussi inique que si on voulait l'appliquer au produit éventuel de notre clientèle, qui manque de bases fixes pour être établi.

» Mais pour établir cet impôt, faut-il encore que l'État y trouve un avantage assez important; l'intérêt du corps médical s'effacera alors en présence du bénéfice obtenu; voyons quel sera le résultat. Au commencement de 1849, 1,389 docteurs étaient inscrits pour le département de la Seine; en prenant pour moyenne du loyer la somme de 1,000 fr., ce qui est évidemment fort exagéré, le trésor ne recevrait, dans cette supposition, que la somme de 92,600 f., en admettant toujours la patente comme représentation du quinzième du loyer. En faisant déduction des officiers de santé, que nous ne pensons pas que la loi nouvelle veuille atteindre, et des docteurs de la Seine, il y aurait, pour le reste de la France, 9,560 docteurs; quels chiffres pouvons-nous proposer? Pour des loyers si minimes dans beaucoup de localités, comment les évaluera-t-on là où le médecin habite sa propriété? Quelque moyen que l'on prenne, nous pouvons affirmer que cet impôt produira moins qu'on ne le suppose.

» Quelle est la marchandise, le négoce que l'on puisse nous imposer? Nous n'avons que notre savoir, qui est au service de l'humanité; le client l'honore quand il lui plaît; il est rarement rétribué comme il convient. Cette profession à laquelle nous sommes attachés, en raison sans doute des tourments qu'elle nous cause, par quels sacrifices l'avons-nous obtenue? Études longues et dispendieuses, veilles, fatigues, toutes les épines ont été semées sur la route que le médecin doit parcourir; bien des jeunes gens ne touchent pas le but de ce noviciat périlleux, ou s'ils y arrivent, c'est pour être initiés à d'autres déceptions, à d'autres douleurs, que la pratique ne tarde pas à leur dévoiler. Cette carrière si bien remplie, ce désintéressement souvent sublime, n'aboutissent ordinairement qu'à une position précaire, ou même à une honorable misère, que nous ne sommes que trop souvent appelés à constater.

« Car lorsque après une vie si laborieuse nous venons à succomber, que reste-t-il après nous? rien; pas un titre à faire valoir, comme dans certaines professions libérales qui peuvent les transmettre, pas un fond comme le com-

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

DES DOUCHES FROIDES ET DE LA SUDATION APPLIQUÉES AU TRAITEMENT DES NÉVRALGIES ET DES RHUMATISMES MUSCULAIRES ; par le docteur L. FLEURY, agrégé à la Faculté de Paris, etc. (Mémoire présenté à l'Académie des sciences le 21 janvier 1850.)

J'ai établi dans un précédent travail (1) que la médication dite hydrothérapique ne doit pas être considérée comme une méthode, une formule thérapeutique systématisée ;

Qu'elle est composée de plusieurs modificateurs distincts, dont la réunion peut être inutile ou nuisible ;

Que chacun de ces modificateurs répond à des indications spéciales ;

Que si, dans quelques cas, on doit maintenir la réunion de ces modificateurs, le plus ordinairement il faut les disjoindre et les associer entre eux de diverses manieres, en rapport avec les indications que présente chaque cas pathologique ;

Que le régime, l'eau froide à l'intérieur, et la sudation surtout, sont des agents dont la puissance ne saurait être méconnue, et auxquels revient une large part dans les succès obtenus par l'hydrothérapie, mais qu'ils ne sont cependant que des moyens accessoires ;

Que l'eau froide, appliquée à l'extérieur, est à proprement parler la base de la médication dite hydrothérapique ; que cet agent, le plus actif de tous, est le seul dont l'emploi puisse être généralisé ; que seul il peut être rationnellement appliqué à tous les cas embrassés par l'empirisme de Prieslnitz.

Abordant ensuite l'étude thérapeutique de chacun des modificateurs dits hydrothérapiques, j'ai montré les avantages que l'on obtient *de l'emploi exclusif des douches froides* dans le traitement de la fièvre intermittente, des engorgements spléniques et hépatiques (2), de l'ankylose incomplète et des engorgements articulaires (3), des engorgements et des déplacements de l'utérus (4). Dans le travail qu'on va lire, je me propose de faire connaître les résultats que m'a fournis, dans le traitement des névralgies et du rhumatisme musculaire, *l'emploi simultané des douches froides et de la sudation.*

A. NÉVRALGIES. — On sait qu'une foule de médications diverses ont été préconisées contre les névralgies, et que chacune d'elles compte des succès plus ou moins nombreux. La méthode endermique, les vésicatoires volants, le sulfate de quinine, les ferrugineux, les préparations de zinc, l'électricité, se placent au premier rang, et méritent la réputation qu'ils ont acquise ; mais malgré l'efficacité de ces agents, il est cependant encore un grand nombre de névralgies qui opposent une résistance désespérée à tous les traitements, soit rationnels, soit empiriques, que l'on dirige contre elles, ou qui se reproduisent avec obstination lorsqu'à l'aide d'un moyen quelconque, on est parvenu à les faire disparaître momentanément.

En 1840, m'appuyant sur la pratique de M. Jobert et sur mon expérience personnelle, j'ai indiqué les heureux effets que l'on obtient de la cautérisation transcurrente dans le traitement de certaines névralgies rebelles (1), et depuis j'ai de nouveau appelé l'attention des praticiens sur ce précieux modificateur.

« La cautérisation transcurrente, ai-je dit, pratiquée avec des succès remarquables par M. Jobert, est un moyen puissant, souvent héroïque, que nous avons vu réussir dans des cas très-graves, pour lesquels la thérapeutique avait été épuisée en vain (2). »

Ces assertions ne furent pas acceptées sans réserve par tous les médecins. « Attendons, disait en 1841 M. Valleix, pour nous prononcer définitivement sur la valeur de la cautérisation transcurrente, que des observations détaillées viennent nous éclairer suffisamment (3). »

Pendant ces dernières années, l'expérience est venue confirmer mes paroles, et aujourd'hui je suis heureux de pouvoir compter au nombre des partisans de la cautérisation transcurrente M. Valleix lui-même, qui résume de la manière suivante les avantages du fer rouge sur le vésicatoire :

« Application moins souvent répétée, puisque, dans un peu plus des deux tiers des cas, une seule a suffi ; douleur beaucoup moindre, puisque le malade est éthérisé ; efficacité plus grande, puisque des névralgies qui avaient résisté au vésicatoire ont été enlevées par le cautère actuel ; enfin guérison plus rapide. »

Tels sont, suivant l'interprète de M. Valleix, les titres « qui assurent à la cautérisation transcurrente une supériorité incontestable sur le vésicatoire (4). »

Mais si l'efficacité de la cautérisation transcurrente est maintenant confirmée par les meilleurs observateurs, il est encore malheureusement beaucoup de malades qui refusent de se soumettre à ce moyen, plus effrayant que douloureux, et il faut avouer d'ailleurs que le fer rouge n'est ni infaillible ni applicable à tous les cas.

(1) RECHERCHES ET OBSERVATIONS SUR LES EFFETS ET L'OPPORTUNITÉ DES DIVERS MODIFICATEURS DITS HYDROTHÉRAPIQUES. (Mémoire présenté à l'Académie des sciences le 2 octobre 1848, et inséré dans les ARCH. GÉNÉR. DE MÉD., 1848, t. XVIII, p. 257.)

(2) DES DOUCHES FROIDES APPLIQUÉES AU TRAITEMENT DE LA FIÈVRE INTERMITTENTE. (Mém. présenté à l'Ac. des sc. le 8 février 1848, et inséré dans les ARCH. GÉNÉR. DE MÉD, 1848, t. XVI, p. 289.)

(3) DE L'ACTION ISOLÉE ET COMBINÉE DES DOUCHES FROIDES, ET DES MOUVEMENTS GRADUELLEMENT FORCÉS DANS LE TRAITEMENT DE L'ANKYLOSE INCOMPLÈTE. (Mém. présenté à l'Acad. des sc. le 10 juillet 1848, et inséré dans les ARCH. GÉNÉR. DE MÉD., 1848, t. XVII, p. 317.)

(4) DES DOUCHES FROIDES, LOCALES ET GÉNÉRALES, INTERNES ET EXTERNES, APPLIQUÉES AU TRAITEMENT DES ENGORGEMENTS ET DES DÉPLACEMENTS DE LA MATRICE, AINSI QUE DES ACCIDENTS GÉNÉRAUX QUI ACCOMPAGNENT SOUVENT CES AFFECTIONS. (Mém. présenté à l'Acad. des sc. le 12 mars 1849, et inséré dans la GAZETTE MÉDICALE DE PARIS, mai et juin 1849.) — NOUVEAUX FAITS DE DÉPLACEMENTS UTÉRINS TRAITÉS ET GUÉRIS PAR LES DOUCHES FROIDES. (Mém. inséré dans L'UNION MÉDICALE, décembre 1849.)

(1) COMPENDIUM DE MÉDECINE PRATIQUE, t. III, p. 160.

(2) COMPENDIUM DE MÉDECINE PRATIQUE, t. VI, p. 184.

(3) TRAITÉ DES NÉVRALGIES. Paris, 1841, p. 225.

(4) TRAITEMENT DES NÉVRALGIES PAR LA CAUTÉRISATION TRANSCURRENTE, *in* UNION MÉDICALE, octobre 1847.

---

merçant, rien pour utiliser ou conserver la clientèle ; aussi les veuves, les enfants de praticiens très-distingués sont restés à la charge de notre société de prévoyance.

» Et cette profession si honorable, si difficile, qu'aucune ne peut lui être comparée, par l'étendue des connaissances qu'elle exige, si dévouée que, pour venir en aide à l'humanité, il n'est pas de périls qu'elle n'affronte, quelle protection l'État lui a-t-il accordée ? quel intérêt même lui a-t-il montré ?

» Des charges, des fonctions gratuites, qu'aucun autre que nous ne saurait remplir et dont nous voyons le nombre se multiplier, voilà les seules faveurs qu'on déverse sur nous. Aux soins des indigents se joignent les vaccinations et les consultations gratuites ; là témoin des misères de la population et des faibles ressources mises à sa disposition pour les soulager, quel est le médecin qui n'a pas contribué à les adoucir, donnant ainsi d'une main ce qu'il reçoit de l'autre ? Il n'est pas de question qui touche à l'hygiène publique qui ne nous soit soumise ! Si nous sommes appelés devant les tribunaux à résoudre ces difficiles questions, d'où dépendent la sécurité de la société, la vie ou l'honneur des accusés, les honoraires qui nous sont offerts, ne sont-ils pas illusoires ? Les obligations de la garde nationale, si incompatibles avec les devoirs de notre profession, nous portent à y demander un service médical, on ne craint pas alors d'exiger nos conseils pour tout autre motif ; c'est ainsi qu'au milieu de nos graves occupations de l'année dernière, nous étions, sous le nom de commissions de l'Algérie, chargés d'examiner les personnes qui se présentaient comme colons. A toutes ces fonctions sont venues s'en joindre d'autres, les sociétés de secours, les crèches, les sales d'asile, établissements qui tous réclament gratuitement la présence du médecin. »

— La Société des sciences, des arts et des lettres du Hainaut a proposé pour les sujets de prix les deux questions suivantes :

« Faire connaître les causes des principales épidémies et les moyens d'y obvier.

» Établir par des faits si le choléra-morbus est ou n'est pas contagieux. »

Le prix de chacun de ces sujets est une médaille d'or.

Les mémoires doivent être adressés à M. le secrétaire perpétuel, rue de Nimy, n° 16, à Mons, avant le 20 août 1850.

— La place de médecin de l'infirmerie royale d'Edimbourg, par suite de la démission de M. George Paterson, a été donnée par élection à M. le docteur Thomas Wright.

— La reine d'Angleterre a fait don à l'hôpital orthopédique de Londres d'une somme de 250 guinées, à la condition que le prince de Galles, son fils, aurait le droit de faire admettre un malade dans l'institution.

— BAINS ET LAVOIRS PUBLICS. — Le conseil municipal de Preston a voté une somme de 8 000 livres (200,000 francs), pour la construction d'un établissement de bains publics, contenant 100 bains et 100 stalles pour le blanchissage.

Des faits fort remarquables de névralgies, soit récentes, soit anciennes et rebelles, m'ayant démontré que l'emploi simultané de la sudation et des douches froides constitue une médication destinée à remplacer avec avantage la méthode endermique, les vésicatoires volants, les nombreux modificateurs que la médecine oppose avec plus ou moins de succès aux névralgies, et enfin le fer rouge lui-même, je crois utile de la signaler à l'attention des praticiens.

La voie que j'ai suivie n'est point d'ailleurs complétement nouvelle; elle a déjà été explorée par quelques médecins, dont je vais brièvement résumer les travaux.

M. Rapou a appliqué la *méthode fumigatoire* au traitement des névralgies, et voici comment il s'exprime à cet égard :

« J'ai souvent opposé aux névralgies la méthode fumigatoire, et je l'ai fait avec des succès variés. Les douches de vapeurs *sédatives à une très-douce température* sont le moyen qui m'a paru le plus efficace, au moins contre les névralgies cubitales, sciatiques, frontales, faciales et maxillaires. Lorsque des nerfs du tronc étaient le siége de douleurs, j'ai été quelquefois obligé d'associer aux douches les bains à l'orientale ou *par encaissement*, afin *d'augmenter l'action de tout le système cutané, et détourner ainsi la fluxion locale*... Les névralgies frontales et maxillaires paraissent moins opiniâtres que les tics douloureux. Sur trois cas qui se sont offerts à ma pratique, deux ont complétement cédé aux douches de vapeurs. Les douleurs cubitales, ischio-scrotales, plantaires, etc., ainsi que les névralgies anormales, résistent rarement à l'emploi méthodique et soutenu des bains et des douches de vapeurs (1). »

M. Rapou cite ensuite cinq cas de névralgie faciale. Deux malades ont complétement guéri; deux n'ont éprouvé qu'un soulagement momentané; chez le dernier, le traitement est resté sans effet.

Le docteur Lambert a étudié avec plus de soin les effets des bains russes, c'est-à-dire des bains de vapeurs suivis d'affusions froides. On trouve dans son ouvrage l'appréciation suivante : « Les bains d'étuve sont plus heureux que tous les antispasmodiques et opiacés qu'on oppose d'ordinaire aux névralgies; car ils réussissent presque constamment... Lorsqu'une névralgie récente est attaquée de bonne heure par les bains russes, très-souvent elle disparaît comme par enchantement. Si elle a déjà quelque durée, après les premiers bains, les douleurs changent ordinairement de place, se divisent ou deviennent plus aiguës. Dans ce dernier cas, elles prennent souvent un caractère d'intermittence... Dans les névralgies chroniques, le malade doit prendre sa première série de bains sans interruption, et si du sixième au huitième il n'y a pas eu de changement sensible, il est bon de recourir à la douche de vapeurs pour chercher à déterminer quelque crise favorable. Dès qu'on a atteint ce but, on est presque sûr de triompher de l'affection, quelle que soit sa chronicité. On les douleurs devenues plus intenses disparaissent tout à fait, ou, après s'être déjà calmées, elles se font sentir de nouveau pour se dissiper encore et ne plus revenir.

» Dans les premiers bains, il faut user sobrement des arrosements froids; mais il n'en est pas de même à la fin du traitement, où l'on doit chercher à donner du ton au système nerveux, afin de diminuer son irritabilité (2). »

M. Lambert rapporte neuf observations de névralgies aiguës, ou chroniques faciales, ou sciatiques, et il montre que le succès a été constant.

Les auteurs ne paraissent pas avoir tenu compte de ces données, et M. Valleix ne mentionne qu'une seule fois, à propos de la névralgie fémoro-poplitée, les bains de vapeurs, qu'il apprécie de la manière suivante : « Jamais la guérison n'a pu être obtenue à l'aide de ce moyen seul; mais le soulagement qu'il a apporté a été même plus constant que celui des bains simples, et il s'est toujours prolongé plusieurs heures après le bain, surtout pendant le temps que durait la sueur consécutive. Le retour des douleurs avec la même intensité, la fatigue et l'affaiblissement résultant des bains de vapeurs, faisaient bientôt renoncer à leur usage (3). »

Les névralgies n'occupent qu'une place fort restreinte dans les ouvrages consacrés à l'hydrothérapie qu'il m'a été donné de consulter. MM. Scoutetten (4) et Engel (5) les passent sous silence; M. Lubansky n'en cite aucun cas dans le chapitre de son ouvrage qui traite des maladies du système nerveux (6); M. Schedel n'en rapporte qu'une seule observation : il s'agit d'une névralgie du nerf frontal droit remontant à sept années, et donnant lieu à des paroxysmes irréguliers. Après un mois de traitement, la malade n'a ressenti aucune douleur pendant vingt-quatre jours; mais à cette époque elle a cessé le traitement, et l'on ne sait point si la maladie n'a point reparu peu de temps après (1).

Dans le chapitre consacré aux névralgies, par M. Baldou, on ne rencontre qu'une seule observation dont on puisse tenir compte. Une névralgie faciale, suite de lésion traumatique, ayant plusieurs années d'existence, a été guérie en trente-cinq jours par le traitement suivant : sueur le matin dans le drap mouillé; grand bain; douche de poussière dans la journée; bain de siége ou de pieds le soir (2).

Tel était sur ce point l'état de la science, lorsque plusieurs malades, atteints de névralgies, se sont présentés à l'établissement hydrothérapique de Bellevue; ils y ont été traités par la sudation en étuve sèche et les douches froides, et ce sont les résultats obtenus par cette médication que je me propose d'exposer dans la première partie de ce mémoire.

Les névralgies se révèlent avec des caractères très-différents, suivant qu'elles sont récentes, aiguës, localisées ou anciennes, chroniques et généralisées. J'ai tenu compte de cette distinction dans l'institution du traitement.

Dans le premier cas, j'ai voulu agir, non point par sédation, ainsi que l'a fait Rapou, mais par révulsion, et j'ai employé le calorique et l'eau froide à titre d'agents de la médication transpositive.

Dans le second cas, j'ai cherché à modifier la circulation capillaire et l'innervation générale, et j'ai eu recours au calorique et à l'eau froide à titre d'agents des médications sudorifique, tonique et perturbatrice.

On voit qu'il ne s'agit point ici d'un traitement hydrothérapique empirique et systématisé, mais bien d'une médication rationnelle, établie d'après les principes que j'ai développés dans un précédent travail (3).

Il résulte de ce qui précède que, pour apprécier convenablement les effets de la médication que nous allons étudier, il est nécessaire d'établir une division.

1° Névralgies récentes, aiguës, localisées. — A leur début, les névralgies sont ordinairement fixes, parfaitement circonscrites, exactement limitées à un tronc nerveux et à ses branches; elles constituent une affection locale dans laquelle les grandes fonctions de l'économie ne sont point troublées; la digestion, la circulation, l'innervation générale, restent intactes.

Dans cet état de choses, j'ai pensé qu'il devait être possible de faire disparaître la névralgie à l'aide d'une révulsion énergique, appliquée sur une large surface, exerçant une action analogue à celle des vésicatoires volants et de la cautérisation transcurrente; et, dans cette idée, j'ai eu recours à la sudation, suivie de douche froide, appliquée comme agent de la médication transpositive et suivant les règles que j'ai établies ailleurs. Cinq malades, affectés de névralgie depuis quatre à quinze jours, ont été traités de cette manière; *tous ont guéri après une, deux ou trois séances au maximum*. Je reproduis, en abrégé, les observations que j'ai recueillies, afin de mettre le lecteur à même de juger avec une parfaite connaissance de cause.

NÉVRALGIE TRIFACIALE.

Obs. I. — M. A... est âgé de 33 ans, d'un tempérament sanguin, d'une constitution très-robuste; il n'a jamais été atteint de rhumatisme ni de névralgie. Le 5 novembre 1847, par un temps froid et humide, il fait une course en omnibus, et le côté droit de la tete reste exposé à un courant d'air, la vitre correspondante de la voiture étant brisée. Le meme soir, M. A... ressent des douleurs vives qui, pendant quatre jours, vont sans cesse en augmentant et ne lui laissent de repos ni de jour ni de nuit. Je suis appelé auprès de lui le 10.

État actuel. — Douleurs spontanées. — Les trois branches de la cinquième paire sont affectées; des élancements extrêmement vifs, des douleurs brûlantes, lancinantes, se font sentir dans tout le côté droit de la face et principalement dans le fond de l'orbite, le front, le sourcil, les paupières, la tempe, la joue, la moitié correspondante du nez et des lèvres, le menton, l'oreille, etc. Elles sont exaspérées par les mouvements, l'action de se moucher, d'éternuer, par la déglutition de la salive, par l'éclat du soleil ou de la lumière artificielle. Les paroxysmes sont extrêmement violents; leur durée est d'une à deux heures, et ils se reproduisent plusieurs fois dans la journée; dans les intervalles, les parties affectées sont le siége d'une espèce d'engourdissement très-pénible. Lorsque la douleur est à son maximum, le côté correspondant de la face est gonflé, l'œil est rouge et larmoyant.

Douleurs provoquées. — La pression fait naitre une douleur intense et circonscrite dans les points sus-orbitaire, malaire, auriculo-temporal et mentonnier.

Le même jour, 10 novembre 1847, au début d'un paroxysme qui parait devoir être très-intense, le malade est placé dans l'étuve sèche et la chaleur est portée

(1) Traité de la méthode fumigatoire. Paris, 1824, t. II, p. 297, 301.
(2) Traité sur l'hygiène et la médecine des bains russes et orientaux. Paris, 1841, p. 212-214.
(3) Ouvrage cité, p. 629.
(4) De l'hydrothérapie. Paris, 1843.
(5) De l'hydrothérapie. Paris, 1840.
(6) Études pratiques sur l'hydrothérapie. Paris, 1847, p. 388-448.

(1) Examen clinique de l'hydrothérapie. Paris, 1845, p. 408.
(2) Instruction pratique sur l'hydrothérapie. Paris, 1846, p. 122-125.
(3) Rech. et obs. sur les effets de l'opportunité des div. modif. dits hydroth.

rapidement à 60°; des compresses froides sont placées sur la tête; au bout de dix minutes la transpiration s'établit et les douleurs deviennent moins vives; au bout de vingt minutes, le malade accuse une chaleur très-intense; le pouls bat 100 fois par minute. Douche en pluie générale pendant trois minutes.

M. A... ne ressent plus aucune douleur; la pression est complétement indolente au niveau des points indiqués plus haut.

11 novembre. Des douleurs légères se sont fait sentir pendant la nuit; le malade accuse de l'engourdissement dans la joue, que sillonnent de temps en temps quelques élancements. Seconde séance après laquelle la tête est de nouveau entièrement dégagée.

A partir de ce moment, la névralgie disparaît définitivement, et depuis dix-huit mois M. A... n'en a point ressenti la moindre atteinte.

NÉVRALGIE INTERCOSTALE DOUBLE.

OBS. II. — M. F... est âgé de 38 ans, d'un tempérament sanguin, d'une constitution robuste; il n'a jamais eu de douleurs névralgiques. Le 7 décembre 1848 il ressent tout à coup dans le côté droit de la poitrine, une douleur violente, continue, exaspérée par les mouvements du bras et du torse, par l'inspiration, la toux, l'action de se moucher, et le lendemain le côté gauche de la poitrine est envahi à son tour; la respiration devient courte, précipitée, et le malade se condamne à un repos à peu près absolu dans la crainte d'augmenter ses souffrances. Le 11, je suis appelé à lui donner des soins.

ÉTAT ACTUEL. — Le malade se tient immobile, le tronc légèrement fléchi en avant; le mouvement le plus circonscrit du torse ou des membres supérieurs exaspère de façon à lui arracher des cris les douleurs très-intenses qu'il ressent d'une manière continue dans les deux côtés de la poitrine et au niveau de l'appendice xiphoïde; la respiration est fréquente, incomplète, et augmente également l'intensité de la douleur aussitôt que le malade fait un effort inspirateur plus profond. Des élancements spontanés, très-aigus, dirigés d'arrière en avant, se font souvent sentir.

DOULEURS PROVOQUÉES. — En examinant la poitrine avec soin, on constate que la névralgie est double et qu'elle occupe de chaque côté les 5e, 6e, 7e, 8e et 9e espaces intercostaux; les points vertébraux ne sont que médiocrement douloureux à la pression; mais il n'en est pas de même des points latéraux et sternaux au niveau desquels l'application, même légère, des doigts provoque une douleur extrêmement vive, laquelle atteint son maximum d'intensité au niveau de l'appendice xiphoïde. Il existe une hyperesthésie cutanée très-prononcée; toute la peau qui recouvre la poitrine est douloureuse au plus léger contact.

Le 12 décembre au matin, le malade est placé dans l'étuve sèche dont la température est portée à 65°; la peau devient le siége d'une vive excitation; quelques symptômes de congestion cérébrale se montrent au bout d'une demi-heure, et M. F... reçoit alors pendant trois à quatre minutes une douche générale en pluie et en jet.

Toutes les douleurs spontanées et provoquées ont entièrement disparu. Le malade éprouve un bien-être extrême auquel il a peine à croire; il respire profondément; il agite les membres et le tronc et reconnaît avec autant de plaisir que d'étonnement qu'il n'éprouve plus aucune espèce de sensation douloureuse. Toute la journée et toute la nuit s'écoulent sans le plus léger accident, et M. F... trouve son état si satisfaisant qu'il se refuse à prendre une seconde douche.

La guérison ne s'est point démentie.

NÉVRALGIE SCIATIQUE.

OBS. III. — Madame C..., âgée de 36 ans, lymphatique, grêle, a été plusieurs fois atteinte d'une névralgie sciatique gauche dont les attaques ont eu constamment une durée de plusieurs mois. Le sulfate de quinine, les pilules de Méglin, les ferrugineux, la térébenthine, le valérianate de zinc, les vésicatoires volants simples ou saupoudrés d'acétate de morphine ont été mis en usage sans succès bien marqué, tous ces moyens n'ayant amené qu'un soulagement momentané. Dans l'intervalle des attaques, la malade n'éprouve aucune douleur, et sa santé est excellente.

Le 17 juillet 1848, madame C... ressent des élancements très-vifs dans la cuisse gauche, et dès le lendemain elle est mise dans l'impossibilité de marcher par une attaque qui a toute la violence de celles qui l'ont précédée. Le 1er août je suis appelé auprès de la malade.

ÉTAT ACTUEL. — Madame C... ne marche qu'avec une grande difficulté, le mouvement exaspérant les douleurs et provoquant des élancements extrêmement vifs, qui parcourent la fesse et toute la cuisse, en se dirigeant de haut en bas (névralgie descendante); la malade ne peut se coucher sur le côté affecté; la station assise lui est également pénible; les élancements sont plus vifs pendant la nuit et sous l'influence de la chaleur du lit. Dans l'intervalle des paroxysmes, le membre inférieur gauche est le siége de fourmillements, de picotements, d'une douleur sourde, continue, d'une sensation de grande faiblesse. La pression fait naître une douleur très-vive dans les points sacro-iliaque, fessier et péronéo-tibial.

Le 2 août, madame C... est placée dans l'étuve sèche; elle y reste pendant une demi-heure et reçoit ensuite une douche générale en pluie et une douche locale en jet dirigée sur la fesse et la cuisse gauches. La douleur disparaît complétement; la malade retourne chez elle à pied.

3 août. Aucune douleur pendant toute la journée; la malade vaque aux soins de son ménage et marche sans éprouver le plus léger élancement. Vers le milieu de la nuit, elle a été éveillée par des élancements très-vifs qui se sont fait sentir pendant une heure environ. Ce matin le membre est engourdi.

Seconde séance de sudation, suivie de douche.

4 août. Dans la soirée et pendant la nuit, madame C... a ressenti quelques élancements isolés, passagers, se reproduisant à des intervalles variables et assez éloignés.

Troisième séance.

5 août. Aucune douleur ne s'est fait sentir, et la malade a repris toute la liberté de ses mouvements.

15 août. La guérison s'est maintenue, et madame C... la considère comme suffisamment assurée pour suspendre le traitement qu'elle a voulu continuer jusqu'à ce jour.

NÉVRALGIE INTERCOSTALE.

OBS. IV. — M. N., âgé de 22 ans, est atteint depuis huit jours, et pour la première fois, d'une névralgie intercostale droite, qui occupe les troisième, quatrième, cinquième et sixième espaces intercostaux. Douleur continue contusive, augmentée par la respiration, la toux, le rire, les mouvements du membre supérieur correspondant, etc.; élancements très-vifs et très-fréquents. Les points vertébraux et sternaux ne sont que médiocrement douloureux à la pression, laquelle provoque, au contraire, des douleurs extrêmement vives au niveau des points latéraux.

Le 9 avril 1848, M. N. est placé dans l'étuve sèche; il y reste 35 minutes et reçoit ensuite une douche générale en pluie et une douche locale en jet dirigée sur le côté droit de la poitrine.

La douleur, qui a diminué dans l'étuve, disparaît complétement après la douche froide, et ne reparaît plus, bien que le malade n'ait point continué le traitement.

NÉVRALGIE TRIFACIALE.

OBS. V. — Madame L., âgée de 28 ans, a été affectée, il y a cinq ans, d'une névralgie trifaciale droite qui a duré trois semaines, et qui a été combattue par les pilules de Méglin et les vésicatoires saupoudrés d'acétate de morphine.

Le 19 avril 1847, à la suite d'émotions morales très-vives, la maladie reparaît et envahit principalement les branches maxillaires supérieure et inférieure. Douleurs au niveau des dernières molaires supérieures, dans la joue, la tempe, le nez, les dents, l'oreille, le menton, etc. Elles sont exaspérées par les mouvements de la mâchoire et rendent la mastication impossible. Les accès sont très-violents et durent plusieurs heures. Douleur très-vive à la pression au niveau des points malaire, auriculo-temporal et mentonnier.

Le 24 avril, les accès devenant de plus en plus intenses et sans qu'aucune médication ait été mise en usage, madame L. est placée dans l'étuve sèche; au bout d'une demi-heure, douche générale en pluie et en jet.

Disparition complète des douleurs.

25 avril. Dans la journée, quelques élancements; le soir, un accès assez violent. Seconde séance.

26 avril. Un accès moins intense et moins long a encore eu lieu après le dîner; il a été provoqué par la mastication. Troisième séance.

27 avril. Aucune douleur. La malade ne continue pas le traitement. La guérison se maintient.

Il est impossible, ce me semble, de mettre en doute, dans les observations que je viens de rapporter, l'action du traitement. C'est directement, immédiatement sous l'influence de la sudation et de la douche froide que les douleurs névralgiques se calment et disparaissent. La relation de cause à effet est évidente.

La guérison ne s'est-elle point opérée suivant mes prévisions? Est-il possible de l'expliquer autrement que par une révulsion très-puissante, s'exerçant sur toute la surface cutanée, et agissant de la même manière, mais plus énergiquement, que les vésicatoires volants et la cautérisation transcurrente? La révulsion transpositive, disent MM. Trousseau et Pidoux (1), est tombée dans le discrédit, parce qu'on a oublié qu'il faut agir sur une surface très étendue. J'ai obéi à cette indication, et l'on voit que le succès est venu en démontrer la justesse. C'est en m'appuyant sur les observations précédentes et sur d'autres faits très-nombreux que j'ai pu dire ailleurs: « Dans certaines conditions, le calorique agit moins comme sudorifique que comme agent irritant transpositif, et il faut l'avoir expérimenté pour se faire une idée de sa puissance de révulsion. Par ce moyen opposé, dès le début, à des angines, des coryzas, des bronchites, des rhumatismes musculaires, des *névralgies*, etc., j'ai pu presque toujours enrayer la maladie et obtenir en quelques heures une guérison complète. Je ne saurais trop engager les praticiens à expérimenter ce révulsif immédiat qui a échappé à la sagacité de Priessnitz, ainsi qu'à celle de ses adeptes (2). »

Il est à remarquer que, dans les deux cas de névralgie intercostale, une seule séance a suffi pour amener une guérison complète, tandis que deux et trois séances ont été nécessaires pour la névralgie sciatique et les deux cas de névralgie trifaciale. Cela ne tient-il point à ce que la poitrine est

(1) TRAITÉ DE THÉRAPEUTIQUE, 3e édit. Paris, 1847, p. 472.

(2) RECH. ET OBS. SUR LES EFFETS ET L'OPPORTUNITÉ DES DIVERS MODIFICATEURS DITS HYDROTHÉRAPIQUES.

soumise plus directement, plus complétement que la face et la cuisse à l'action du calorique et de la douche qui, dès lors, agissent avec plus d'énergie et d'efficacité.

Les avantages de cette médication sont faciles à apprécier; si une expérimentation plus suivie vient en confirmer l'efficacité, il n'est pas un médecin et surtout pas un malade qui ne le préférera aux vésicatoires et au fer rouge.

(*La suite au prochain numéro.*)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

SUR LE DANGER DE LA COMPRESSION DANS LE TRAITEMENT DES FRACTURES; par M. GAILLARD.

Monsieur,

Permettez-moi de compléter par quelques reflexions la note que vous avez bien voulu ajouter à mon mémoire sur les fractures de jambes, publié dans votre numéro du 6 avril.

Vous pouvez penser que je n'attache pas une grande importance à la modeste et simple planchette que j'ai cru pouvoir offrir aux praticiens, parce qu'elle m'avait rendu de bons services; d'autres appareils sont aussi convenables, et je ne tiens pas un compte rigoureux des difficultés qui peuvent se rencontrer dans la construction d'un bandage, si d'ailleurs ce bandage remplit les indications que je me propose. Les moyens d'exécution peuvent varier et sont en réalité un peu accessoires.

Mais les principes applicables au traitement des fractures sont plus graves, parce qu'ils impriment à toutes les méthodes une tendance et une direction parfois préjudiciables aux malades. Sous ce rapport, j'en conviens, les considérations auxquelles vous avez bien voulu donner l'hospitalité de votre journal, avaient pour but de combattre les doctrines publiées il y a peu de mois par l'honorable M. Seutin (JOURNAL DES CONN. MÉDICO-CHIRURGICALES, octobre 1849).

Posons la question scientifique nettement et indépendamment des appareils et des inventeurs:

Est-il avantageux de comprimer les membres *récemment fracturés?*

La compression peut-elle prévenir le développement de l'inflammation, la combattre si elle existe déjà, et en empêcher les suites si souvent funestes?

M. Seutin résont ces propositions par une affirmative très-nette:

Je crois au contraire, à l'exemple de nos anciens maîtres, que la compression, même méthodique, appliquée aux fractures récentes, est offensive et dangereuse.

Ces questions si intéressantes méritent les honneurs de la discussion: je n'ai point la prétention de les résoudre, mais j'en appelle à l'expérience des praticiens; que chacun fasse connaître ses résultats.

Agréez, etc.,

LETTRE SUR LE TRAITEMENT DES RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTRE PAR L'INCISION; par M. REYBARD (de Lyon).

Monsieur,

Si le journal qui accueille et publie un travail scientifique n'en prend pas la responsabilité, il n'en est pas moins vrai qu'une certaine solidarité s'établit entre l'œuvre produite et son organe de publicité. A ce titre, veuillez m'accorder quelques lignes de la GAZETTE MÉDICALE pour repousser une attaque tout à fait injuste dirigée contre mes doctrines sur la nature et le traitement des rétrécissements de l'urètre.

Dans une brochure récente, écrite par M. Leroy-d'Étiolles dans le but d'apprendre au public l'admiration enthousiaste qu'il professe pour ses propres travaux, je lis: « En 1839, M. Reybard (de Lyon) a incisé largement les rétrécissements par l'intérieur de l'urètre, et il dit s'en trouver si bien qu'il propose de les traiter tous, sans exception, de cette manière. Les applications qu'il a faites à Paris de son procédé ne sont pourtant pas de nature à faire partager cette confiance. J'ai vu pour ma part trois de ses malades dans le service de M. Blandin, à l'Hôtel-Dieu; deux sont morts de résorption purulente; le troisième, qui est allé ensuite à la Pitié, a eu des hémorrhagies assez abondantes pour donner des craintes sérieuses. M. Civiale cite aussi des terminaisons funestes. » (Voir THÉRAPEUTIQUE DES RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTRE, 1849.)

Je suis habitué à voir ma méthode attaquée, parce qu'elle est peu connue; je fais mon profit des critiques sensées, je dédaigne les insinuations malveillantes; mais cette fois l'affirmation est si précise qu'elle pourrait en imposer; le silence n'est donc pas permis: dans l'intérêt de la science quelle travestit, je crois donc devoir la relever.

M. Leroy-d'Étiolles a vu, dit-il, pour sa part, trois de mes malades dans le service de M. Blandin à l'Hôtel-Dieu: deux sont morts, et le troisième a donné des craintes sérieuses; etc.... Il y a là autant d'erreurs que d'assertions, car je n'ai jamais eu qu'un opéré à l'Hôtel-Dieu, un seul.... Cet homme a été uréthrotomisé par moi, à l'Académie de médecine, devant les membres de la commission du prix d'Argenteuil (janvier 1848). Il s'est rendu à pied à l'hôpital immédiatement après l'opération. Dix ou douze jours après, il est allé à la Pitié; et puisque M. Leroy-d'Étiolles a conçu une si vive sollicitude pour lui, il apprendra sans doute avec plaisir qu'il est guéri, radicalement guéri.

De son côté, M. Blandin opéra en 1845 un malade, non point par ma méthode, mais par la scarification la plus superficielle. Il succomba quelques heures après l'opération. Mais ma méthode ni moi n'avons rien à voir dans ce fait.

Tel est l'historique complet et véridique de mon passage à l'Hôtel-Dieu de Paris; quant à mes deux prétendus malades, morts de résorption purulente, ce sont là des produits de l'imagination qui constituent des figures de rhétorique très-hardies employées pour légitimer à tout prix le but qu'on se propose: jeter de la défaveur sur ma méthode en la compromettant; mais les faits avancés étant faux que devient la conclusion?

M. Leroy-d'Étiolles a invoqué contre moi l'autorité du nom de M. Civiale, mais à tort. M. Civiale a cité, il est vrai, le fait d'un homme qui succomba après une opération qui faisait concevoir les plus heureuses espérances; mais loin d'arguer contre ma méthode, notre savant confrère, après avoir exposé avec la plus loyale impartialité l'état de la question, conclut par ces mots. Somme totale, ce fait, loin de prouver contre les grandes incisions, tend au contraire à encourager dans cette voie et à rassurer les esprits timorés.

Je proteste donc contre les allégations formulées par M. Leroy-d'Étiolles. Je proteste surtout, comme membre du corps médical, contre ces mœurs discourtoises dont les signes caractéristiques sont le mépris et l'indifférence professés pour la vérité scientifique; ce sont là des symptômes de décadence qui affligent à juste titre les hommes consciencieux et les véritables savants qui, bien loin de chercher à enfouir la lumière sous le boisseau, veulent qu'elle éclate et brille pour tous.

Agréez, etc.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ITALIENS.

(Suite et fin.)

VI. GAZZETTA MEDICA LOMBARDA.

Les numéros de juin, juillet, août et septembre 1849 renferment les travaux originaux suivants: 1° *De l'hydropisie ascite, de sa condition pathologique et du traitement curatif qui s'en déduit*; par M. Porta. (Les diurétiques ne conviennent et ne réussissent que si le tube digestif est dans l'état normal.) 2° *Cas d'hermaphrodisme*; par M. Facen. (Grandes levres simulées contenant chacune un petit testicule; pénis assez petit pour avoir figuré un clitoris. Le sujet de cette observation, regardée jusqu'à 13 ans comme fille, fut alors déclaré être un garçon. La conformation de la poitrine et du bassin était d'ailleurs celle du sexe masculin.) 3° *Sur la paralysie générale des pellagreux*; par M. Verga. 4° *Sur les eaux minérales subacidules salino-ferrugineuses de Taceno dans la Valsassine*; par M. Marchetti. 5° *Propositions cliniques sur l'ascite libre primitive*; par M. Dubini. 6° *Observations de syphilis chez les chevaux*; par M. Balardini. 7° *Compte rendu mensuel des malades reçus à la clinique médicale de M. Perini*; par M. Prestagalli. 8° *De l'établissement des bains de Masino situés au fond de la vallée de Saint-Martino, près de Morbegno*; par M. Cotta. 9° *De la fièvre et des fièvres*; par M. Pignacca. 10° *Anévrisme de l'aorte thoracique*; par M. Barbieri. 11° *Refus des aliénés de prendre la nourriture; moyens d'y remédier; inconvénients de l'alimentation forcée*; par M. Verga. 12° *De la parotidite épidémique observée à Milan pendant les mois de mai et de juin*; par M. Gola. 13° *Hydrophobie communiquée par un chien à plusieurs chevaux et à un âne*; par M. Verga. 14° *Statistique des maladies chirurgicales traitées de 1844 à 1848 à l'hôpital Majeur de Bergame*; par M. Guerra. 15° *Disphagie par squirrhe de l'œsophage; mort; nécroscopie*; par M. Sissa. 16° *Sur le traitement du choléra-morbus*; par

M. Papa. 17° *Cas de commotion très-grave du cerveau et de la moelle, suivie de guérison*; par M. Ruggenini. 18° *Quelques considérations sur le choléra-morbus*; par M. Stramhio. 19° *Considérations pratiques sur la récidive des fièvres intermittentes*; par M. Facen. 20° *Un cas de choléra à Monza*; par M. Zuffi. 21° *Mémoire sur le traitement du choléra-morbus*; par M. Zendrini. 22° *Préparation d'une substance ammoniacale pour l'usage extérieur dans le traitement du choléra-morbus*; par M. Alberti. 23° *Sur la nécessité de prendre des mesures promptes et énergiques dès les premiers cas de choléra*; par M. Brambilla.

PROPOSITIONS CLINIQUES SUR L'ASCITE LIBRE PRIMITIVE; par M. DUBINI.

La cause de toute ascite libre (non enkystée) se trouve dans l'une ou l'autre des cinq causes pathologiques suivantes : une péritonite, une hypertrophie des viscères qui occupent les hypocondres, la présence de tumeurs intra-abdominales, une dyssenterie actuelle et déjà un peu ancienne, ou enfin la cyrrhose hépatique.

Cette dernière cause est la plus difficile à reconnaître pendant la vie; mais si l'on admet la proposition précédente, il sera aisé de diagnostiquer la cyrrhose par voie d'élimination. Ainsi toutes les fois que, chez un ascitique, on ne sentira pas d'hypertrophie des viscères des hypocondres, ni d'indice de tumeurs en aucun point de l'abdomen, ni symptômes de péritonite lente ou de dyssenterie chronique, on devra présumer que la cause de la maladie réside dans une cyrrhose du foie. Ces présomptions seront corroborées si le sujet a été précédemment atteint de fièvres miasmatiques, et s'il présente une teinte plus ou moins ictérique de la peau.

Quant à la thérapeutique, M. Dubini a recours à la compression lorsqu'il ne trouve pas les évacuations sanguines indiquées; mais la compression, ainsi que tous les autres remèdes, échouera si elle est mal appliquée, ou s'il existe dans le ventre des indurations, des désorganisations au-dessus du pouvoir de l'art. Mais le plus souvent, dans les cas d'ascite non enkystée et où les membres inférieurs ne sont point menacés d'œdème, la compression réussira, pour peu qu'elle soit supportée par le malade, à combattre et à vaincre les causes de l'accumulation séreuse. Elle aide en même temps l'effet des autres médications, notamment des diurétiques.

OBSERVATIONS DE SYPHILIS CHEZ LES CHEVAUX; par M. BALARDINI.

Quoique le nom très-honorablement connu de l'auteur assure une pleine créance à son récit, il eût été à désirer que les symptômes eussent été décrits, ou même énumérés avec plus de détail dans ces observations. La question de la syphilis chez les animaux est trop imparfaite encore, trop litigieuse et surtout trop importante pour que les médecins placés dans une position favorable à son élucidation n'apportent pas, dans les recherches de cette espèce, toute l'attention qu'elles méritent.

On sait, dit M. Balardini, que la syphilis, ou mal vénérien des chevaux, qui s'était manifestée depuis un certain temps dans quelques parties de l'Allemagne, s'étendit, à partir de 1838, dans la Bohême et la Styrie; elle gagna ensuite le royaume lombardo-vénitien, et notamment les provinces de Trévise et d'Udine.

Une commission de vétérinaires, nommée dans ce but, alla visiter toutes les bêtes de somme de ces provinces, et fit mettre de côté, pour les traiter, celles qui furent reconnues infectées.

Dans la province de Brescia, on n'en trouva que cinq; elles furent isolées, et la maladie disparut pour quelque temps.

Mais en avril 1847, on apprit, par un rapport de M. Pedroni, vétérinaire du district, l'existence de la maladie en question chez trois juments qui venaient d'être saillies dans la commune de Manerhio. Sur mon avis, la délégation de Brescia ordonna de suite une visite générale, qui fit découvrir la maladie sur seize bêtes dans les communes de Manerbio, Cignano, Offaga et Verolanuova; elle parut avoir été communiquée par un étalon qui avait récemment été conduit pour couvrir les juments de ces diverses localités. Il venait de Crémone.

La maladie se présentait sous la forme d'ulcères étendus et plus ou moins confluents sur la surface externe de la vulve et des grandes lèvres. Ils avaient un fond jaune pâle lardacé, et s'accompagnaient de sécrétion purulente et de gonflement. Chez quelques-uns de ces animaux, il existait des engorgements inguinaux ou bubons, avec une intumescence œdémateuse s'étendant aux mamelles, et sur un certain nombre jusqu'aux jarrets.

Le traitement, dirigé par M. Pedroni, consista en moyens antiphlogistiques généraux et locaux, quelques saignées, des boissons diurétiques et relâchantes, lotions émollientes et injections mucilagineuses dans la vulve, répétées plusieurs fois par jour. Dans les cas plus graves, et lorsqu'il y avait un bubon, il fut nécessaire de recourir à des résolutifs énergiques et spécifiques, tels que les mercuriaux et les préparations d'iode, qui réussirent promptement à procurer la résolution des bubons et des engorgements dont il vient d'être parlé.

La cure dura en général quarante jours, et dans un cas, cinquante; elle parut avoir été radicale, puisque tout signe d'altération locale s'effaça, et qu'il ne revint plus ensuite aucun indice de cette maladie sur les animaux traités.

Depuis lors aucun autre exemple de syphilis chevaline ne s'est manifesté dans le territoire de la province de Brescia.

REFUS DES ALIÉNÉS DE PRENDRE LA NOURRITURE; MOYENS D'Y REMÉDIER; INCONVÉNIENTS DE L'ALIMENTATION FORCÉE; par M. VERGA.

Sans système à faire prévaloir, sans instrument nouveau à proposer, l'auteur étudie méthodiquement les diverses raisons qui peuvent conduire les aliénés à refuser les aliments, ou à les prendre d'une manière anormale; puis il fonde sur cette distinction l'indication des divers moyens à employer selon telle ou telle occurrence. Ce travail, dépourvu de toute prétention exclusive, sera certainement consulté avec fruit par les médecins spéciaux.

Sur les aliénés qui composent la population d'un hospice spécial, les deux tiers environ mangent comme tout le monde; un tiers seulement s'écarte, sous ce rapport, de la règle ordinaire.

Mais parmi ces derniers, il est plusieurs classes dont il faut tenir compte. Les imbéciles ou les sujets frappés de démence ont le plat devant eux, mais ils ne pensent pas à y toucher; il faut quelquefois les *emboquer* ou les exciter à mâcher, soit par l'odeur des mets, soit en les mettant entre leurs lèvres. C'est de la même façon qu'on détermine le nouveau-né à teter en lui plaçant dans la bouche le mamelon de sa nourrice. L'exemple pourra aussi être utilisé dans le même but. S'ils voient manger autour d'eux, machinalement ils mangeront.

D'autres (ce sont surtout des maniaques), péchant par l'excès opposé, dévorent à table et leur part et celle de leurs camarades; ce qui ne les empêche pas d'aller, au sortir de ce repas, demander partout un morceau de pain. Nonobstant quoi ils ne manquent jamais de se plaindre auprès des visiteurs étrangers qu'on les laisse mourir de faim. Des hypocondriaques, des paralytiques, appartiennent à cette catégorie. Il faut les surveiller attentivement pour qu'ils ne suffoquent pas en avalant précipitamment, ou qu'ils ne gagnent pas des indigestions ou des fièvres gastriques en mangeant ainsi au delà de leurs besoins réels.

Parfois le même malade qui avait obstinément refusé de manger change subitement, et devient le plus acharné de ces faméliques.

Quelques-uns, outre leurs repas, tiennent toujours des vivres cachés sur eux, soit qu'ils craignent d'en manquer, soit qu'ils aient des accès de faim soudaine et dévorante. Ceci semble à M. Verga un signe de mauvais augure; il l'a surtout observé chez les pellagreux et les incurables.

Un certain nombre, heureusement en minorité, et surtout parmi les mélancoliques et les hallucinés, non-seulement ne peuvent se résoudre à manger, mais encore refusent opiniâtrément toute nourriture. Les uns craignent qu'on ne veuille les empoisonner, et il est digne de remarque que, dans cette classe-là, beaucoup, par une contradiction étrange, tentent de se suicider.

Il en est qui hésitent à manger, de peur de faire tort à leur prochain, en consommant ce qui appartient à autrui. Ils entendent des voix qui leur reprochent de dépenser le bien de la maison, de se nourrir d'un pain qui coûte si cher, etc., etc. Ils ont un sentiment profond de leur indignité à vivre.

Enfin il arrive aussi qu'on ne peut deviner le motif qui porte quelques-uns de ces malheureux à repousser la nourriture.

Avec Perfect, j'ai réussi, dit M. Verga, à vaincre parfois cette résistance au moyen des purgatifs, tantôt doux, tantôt drastiques, de l'eau de fontaine stibiée, des sangsues.

Un soin bien important pour faire renaître dans ces cas le désir de manger consiste à varier l'alimentation. Il faut avoir à sa disposition quelques plats un peu plus recherchés. Que de temps on perdrait à vouloir les affriander avec l'ordinaire frugal de l'hospice! chacun d'eux a ses goûts, son idiosyncrasie spéciale. M. Verga a vu récemment un fou qui ne vivait que de soupe de mais, à laquelle il trouvait toute sorte de saveurs : il serait certainement mort d'inanition si l'on n'eût deviné son caprice.

A ceux qui appréhendent d'être empoisonnés, l'infirmier rendra un grand service en dégustant d'abord ce qu'il leur sert, ou mieux en partageant avec eux sa propre ration d'aliments.

Il convient parfois de ne pas se montrer trop préoccupé de leurs refus. N'ayez pas l'air d'y prendre garde; mais laissez, comme involontairement, un plat devant eux ou à leur disposition, et bientôt ils viendront en goûter d'eux-mêmes.

On peut quelquefois réussir en leur serrant le nez jusqu'à ce qu'ils ouvrent la bouche; mais on en voit qui suffoqueraient plutôt que de céder. Et d'ailleurs l'aliment, une fois introduit dans la cavité buccale, n'est pas

encore hors de la volonté du malade qui peut aisément le rejeter. — M. de Filippi a atteint le même but en mettant une pile de 8 disques en communication avec deux aiguilles implantées dans les muscles digastriques. Dès le premier contact du conducteur la bouche s'ouvrit malgré le malade; et l'impression morale qu'il en ressentit fut telle que, persuadé de son impuissance à résister contre un semblable pouvoir, il ne faisait plus ensuite de difficulté, et écartait les mâchoires aussitôt qu'on lui parlait de *recommencer l'opération !*

Mais, je le répète, ce n'est pas habituellement là que réside le principal obstacle. C'est pour remplacer la déglutition proprement dite qu'on a proposé l'emploi de la sonde œsophagienne, si bien perfectionnée dans sa construction par M. Baillarger.

Sans parler de la douleur, des ecchymoses, de l'ennui qui résultent de son introduction (et d'où naît, chez quelques fous, une aversion encore plus marquée pour la nourriture), il est plusieurs considérations à invoquer contre cette conduite.

Comme il est extrêmement difficile de pénétrer la raison qui porte l'aliéné à refuser les aliments, il arrive souvent que le médecin prendra pour un effet de l'obstination pur et simple ce qui tient, en réalité, à une affection organique interne. M. Baillarger parle d'un lypémaniaque qui, nourri pendant cent soixante-dix jours avec la sonde, mourut néanmoins maigre comme un squelette et offrit deux ulcères superficiels de l'estomac et l'hépatisation d'un lobe pulmonaire. Une dame irlandaise, après quinze jours d'alimentation forcée, recommença à manger volontairement; elle succomba un peu plus tard à un cancer de l'utérus. Un homme, dont la GAZZETTA MEDICA LOMBARDA a donné l'histoire, refusait de manger; à l'autopsie, on trouva une tumeur du rectum mettant obstacle à la défécation, et entravant par conséquent les fonctions digestives. Chez les individus peu nombreux, ajoute l'auteur, que j'ai violentés pour leur faire prendre des aliments et qui ont fini par succomber, j'ai toujours rencontré des désordres incurables, surtout dans les cavités thoracique et abdominale.

Quelque inconnue que nous soit le plus souvent la cause qui fait repousser les aliments, nous pouvons être sûrs que ce phénomène est ordinairement chez les fous l'expression d'un besoin, ou au moins une déclaration qu'ils n'ont pas besoin de manger. C'est ainsi qu'on s'explique comment ils peuvent vivre des semaines et des mois sans rien ou presque rien avaler, comment ceux qu'on force à prendre de la nourriture périssent avec des lésions considérables de divers organes, comment enfin les jeûneurs les plus opiniâtres finissent, après un certain temps, par reprendre d'eux-même les aliments qu'aucune violence n'avait pu leur faire avaler.

De tout ceci il résulte que le refus de manger doit être considéré non comme une maladie, mais comme un des symptômes peu nombreux par lesquels les aliénés donnent à soupçonner qu'ils sont malades. Cessons donc de les *remplir* de force, puisqu'il est bien reconnu que la nutrition procède non de ce qu'on mange, mais de ce qu'on digère.

M. Verga cherche à donner une idée de ce que les fous doivent souffrir de l'alimentation forcée lorsqu'ils sont effectivement malades, en rappelant combien il eût été tourmenté si on l'eût contraint de manger dans une circonstance douloureuse de sa vie, où le chagrin lui ôta pendant plusieurs jours tout désir de ce genre.

Partant de ces idées, M. Verga abandonne maintenant à eux mêmes les jeûneurs obstinés, et il les voit presque tous, au bout d'un certain laps de temps, redemander spontanément des aliments. Il raconte que dans le grand hospice de Senavra on a également proscrit le cathétérisme œsophagien forcé; et lorsque quelques malades poussent le refus un peu loin, le médecin n'a qu'à s'écrier : Allons, il faudra en venir à employer la machine! cette menace produit immédiatement l'effet désiré.

La sonde œsophagienne, telle qu'elle a été perfectionnée par M. Baillarger, a cependant, selon M. Verga, quelques indications bien déterminées. Elle convient lorsqu'il y a tendance ouverte au suicide par inanition, déterminée par une idée fixe, rebelle à tout argument logique. Elle trouvera aussi son application dans les cas de stupidité avec suspension des mouvements volontaires de mastication et de déglutition; quand le malade n'oppose qu'une résistance passive. Mais ici l'alimentation mériterait plutôt le nom d'*artificielle* que de *forcée*.

— Il y a du vrai et beaucoup de vrai dans ce qui précède. Le lecteur en tirera cependant d'autant plus de profit qu'il tiendra en même temps compte du parti, pris volontairement ce semble par l'auteur, de généraliser toutes les idées qui militent en faveur de son système. — C'est aussi pour ne pas défigurer son argumentation que nous avons omis à dessein les reproches qu'il adresse au cathétérisme œsophagien de rappeler les anciens instruments de torture et de dépasser les limites du pouvoir que le médecin peut s'arroger sur son malade. De telles déclamations nuiraient à la meilleure cause.

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR LA RÉCIDIVE DES FIÈVRES INTERMITTENTES ; par M. FACEN.

Il est une distinction très-importante à faire en pratique entre les récidives de fièvres intermittentes. Les unes tiennent à l'insuffisance du remède, les autres à l'influence de la saison.

Quant aux premières, il faut remarquer que le quinquina administré une seule fois ne chasse la fièvre que pour sept, quatorze ou tout au plus dix-sept jours. Si donc on veut la combattre radicalement, il faut prolonger l'emploi de l'antipériodique après la disparition des accès, puis le donner alors tous les sept jours au moins, pendant trois ou quatre semaines de suite.

Mais, même guérie de cette manière, la fièvre qui s'est déclarée dans l'automne est sujette à revenir le printemps suivant, et réciproquement. M. Facen a lutté contre cette tendance au moyen du quinquina ordonné dans un but préventif. Il prescrivit ce médicament aux individus qui avaient eu la fièvre en août, septembre et octobre 1848. Quelques-uns, au nombre de cinq ou six consentirent, quoique à contre cœur, à en prendre. Ils furent exempts de rechute, au printemps de 1849. Au contraire, ceux qui s'y étaient refusés furent pris plus tard de fièvre intermittente, et furent obligés, pour la guérir, d'ingérer une quantité double du fébrifuge.

VII. CORRESPONDENZE SCIENTIFICA IN ROMA.

Les numéros d'août et septembre 1849 ne contiennent d'articles relatifs à la médecine que les suivants : 1° *Expériences concernant l'influence de la contraction musculaire sur l'aiguille aimantée*; par M. Bancalari. 2° *Sur un axiome attribué à Hippocrate* : « Omnis repletio mala, panis autem pessima »; par M. Bomba.

VIII. IL PROGRESSO.

Les numéros de juillet, août et septembre 1849 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *De la fonction de la rate*; par M. Tigri. 2° *Recherches microscopiques sur la pellagre*; par M. Fabroni. (Rien de bien nouveau.) 3° *Cas de rupture de l'utérus*; par M. Tempesti. (Causée par une tumeur du vagin qui avait empêché l'expulsion, la rupture amena la mort de la femme. L'opération césarienne, pratiquée aussitôt après, ne permit non plus d'extraire qu'un enfant déjà mort.) 4° *Sur la présence des nitrates dans les eaux des puits de Florence.* 5° *Observations de vagissement utérin*; par M. Vannoni. 6° *Observations pratiques*; par M. Burresi. 7° *De la cyrrhose du foie*; par le même. 8° *Sur un cas de kyste hydatifère*; par M. Targiooi. 9° *Des changements que les globules sanguins subissent par l'action de certains médicaments, et des rapports que ces changements ont avec l'effet thérapeutique des médicaments*; par M. Burresi.

OBSERVATIONS DE VAGISSEMENT UTÉRIN ; par M. VANNONI.

L'auteur rapporte deux cas de vagissement. L'un, produit dans les conditions ordinaires, qui se fit entendre au moment de l'accouchement. L'autre, plus singulier, eut lieu plusieurs fois d'une manière distincte, pendant le dernier mois de la grossesse d'une femme de 32 ans, enceinte de deux jumeaux. Il fut perçu, à l'hôpital, par le médecin, les élèves et les autres malades. Cet accouchement ne présenta ensuite d'autre circonstance remarquable, si ce n'est que le liquide amniotique sortit écumeux. Les jumeaux étaient une fille et un garçon.

M. Vannoni, expliquant ces faits, dit que pour admettre la possibilité du vagissement utérin, il n'est pas nécessaire de supposer l'entrée de l'air dans les poumons, mais seulement dans la trachée.

Soit physiologiquement, soit par suite de conditions morbides, on ne peut nier le développement et l'accumulation d'air ou de gaz dans la cavité de l'œuf, puis leur introduction dans la trachée.

Cependant cette formation d'air dans l'intérieur de l'œuf intact ne produit pas nécessairement le vagissement. Pour qu'il ait lieu, il faut que ce fluide pénètre dans la trachée du fœtus.

Le vagissement intra-utérin est un fait mécanique, produit de causes mécaniques; il diffère essentiellement des cris ou gémissements qui se font entendre après la naissance. Ces deux faits se distinguent par la diversité même des phénomènes qui les constituent.

Le vagissement dans l'œuf intact et celui dans l'œuf perforé s'opèrent sous l'influence des mêmes conditions; ils ne diffèrent que par le mécanisme suivant lequel l'air est entré, ce fluide se formant dans le premier cas au milieu de l'œuf même, dans le second s'introduisant par le vagin.

Quant à leur expression symptomatique, les deux faits ne diffèrent que par l'intensité du son entendu ; elle est plus forte lorsque l'œuf est ouvert que s'il est encore entier.

DE LA CYRRHOSE DU FOIE ; par M. BURRESI.

Dans cette maladie, l'altération locale consiste, selon M. Burresi, en un dépôt spontané d'albumine dans les interstices de la substance jaune du foie.

Cette déposition tient à une condition générale de l'organisme consistant en une altération de proportion entre les matériaux organiques du sang, et spécialement en un excès d'albumine.

La cyrrhose diffère de la maladie de Bright, en ce que, dans celle-ci, la diathèse albumineuse est unie à la diathèse séreuse.

Elle diffère de la diathèse squirrheuse, en ce que cette dernière paraît s'exercer sous l'influence d'une certaine action du système hépatique. En effet, le squirrhe est plus fréquent chez les sujets à tempérament bilieux, et il s'accompagne ordinairement de désordres gastro-intestinaux, ce qui ne s'observe pas dans la cyrrhose. D'autre part, les productions squirrheuses et cancéreuses jouissent d'un certain degré d'organisation ; elles ont des vaisseaux, une circulation, ce qui les différencie complétement d'avec la matière amorphe et inorganique qu'on trouve dans la cyrrhose.

Enfin, selon M. Burresi, la cyrrhose a l'analogie la plus étroite avec la diathèse scrofuleuse ; elle n'en diffère par aucun caractère important, et constitue donc une variété de l'affection scrofuleuse.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 8 AVRIL.

SUR LE RÉGIME ALIMENTAIRE DES MINEURS.

M. DE GASPARIN lit un travail intitulé : NOTE SUR LE RÉGIME ALIMENTAIRE DES MINEURS BELGES.

Le but de cette note est d'appeler l'attention sur un fait remarquable que M. de Gasparin a rencontré sur la frontière de Belgique, relativement au régime. La population des mineurs des environs de Charleroi a résolu ce problème : se nourrir complétement, conserver sa santé, une grande vigueur des forces musculaires, avec une nourriture moitié moindre en principes nutritifs que celle qui est indiquée par l'observation dans le reste de l'Europe.

Avant de décrire ce régime, M. de Gasparin rappelle quelques principes qu'il croit accordés par tous les savants qui se sont sérieusement occupés d'alimentation.

Le régime de l'homme, dit-il, se compose partout de substances qu'on a reconnues propres à subir l'action des organes digestifs, et qui portent le nom d'aliments ; ceux-ci contiennent invariablement des matières albuminoïdes et des principes ternaires privés d'azote. Les uns et les autres sont plus ou moins enveloppés et défendus par du ligneux, de la cellulose, et associés à d'autres principes adventifs, des huiles essentielles, des sels et des matières terreuses.

Ces dernières substances, en formant un obstacle plus ou moins grand à l'action digestive, établissent entre les aliments une échelle de valeur qui n'est pas exactement en rapport avec le chiffre des principes vraiment nutritifs.

Mais en considérant seulement ceux-ci dans les différents régimes des hommes, on reconnaît que leurs éléments ne conservent pas un rapport constant ; que, par exemple, dans la nourriture des ouvriers anglais qui travaillaient au chemin de fer de Rouen, l'azote était au carbone comme 100 : 1887, et que, dans celle des Irlandais, dans les pays où la pomme de terre est la base de la nourriture, l'azote est au carbone comme 100 : 3942. La dose des matières carbonées est donc essentiellement variable, et n'a de limite que la capacité des organes.

Il en est autrement des substances albuminoïdes représentées par l'azote. Il résulte des enquêtes que nous avons faites dans un grand nombre de nos départements que ce principe ne varie pas dans des limites plus étendues que celles de 20 à 26 grammes d'azote dans la ration journalière des hommes faits.

Or voici le fait que j'ai observé en Belgique, et qui fait l'objet de cette note. L'analyse démontre que le régime des ouvriers des environs de Charleroi ne renferme pas plus de 14,820 d'azote ; et ce qui paraît le distinguer surtout de tous les autres régimes, c'est l'usage habituel du café bu à tous les repas. Ce régime est le suivant :

Le matin, en se levant, l'ouvrier fait ce qu'il appelle son café : c'est une infusion très-légère de café et de chicorée, mélangés à peu près par moitié. Cette boisson, à laquelle on ajoute un dixième de lait, constitue presque entièrement la partie liquide de l'alimentation. Avant de se rendre à son travail, le mineur prend un bon demi-litre de ce café, et mange une bonne tartine de pain blanc avec du beurre. Il emporte avec lui dans la mine de pareilles tartines beurrées et une bouteille de fer-blanc, qui peut contenir au plus 1 litre de café.

Ces aliments sont consommés par lui dans la journée. Le soir, en rentrant chez lui, il mange des pommes de terre cuites, avec des choux ou tout autre légume vert. Il termine ce repas par une tartine beurrée et une tasse de son café.

Tous les ouvriers entendus dans l'enquête qui a été instituée à cet effet ont déclaré qu'ils mangeaient un pain en deux jours. Les pains pèsent environ 4 livres : c'est pour chacun 2 livres, ou 1 kilogramme par jour. Ils ne mangent de viande que les dimanches et jours de grande fête, et boivent, ces jours-là, chacun une couple de litres de bière. Leur pain est toujours blanc et de bonne qualité ; mais il n'y a que quelques ouvriers privilégiés qui mangent de la viande un autre jour de la semaine. C'est une exception très-rare.

La quantité de beurre consommée peut être évaluée à 2 onces (60 grammes) par jour.

La quantité de café et de chicorée consommée chaque jour est d'environ une once (30g,59) de chaque espèce. La portion de pommes de terre et légumes cuits ensemble, qui est mangée le soir, est d'une livre et demie (750 grammes) au plus. L'ouvrier, pendant la semaine, ne boit ni bière ni autre liqueur fermentée. Son café est sa seule boisson.

Ainsi ce régime se réduit à 2 litres de café, plus deux dixièmes de litre de lait ; 1 kilogr. de pain ; du beurre en quantité variable ; 750 grammes de légumes verts ; un demi-kilogramme de viande par semaine, ou 73 grammes par jour moyen ; 2 litres de bière par semaine, ou 286 grammes par jour moyen.

Le pain des ouvriers de Charleroi peut être assimilé par sa valeur nutritive au pain dit de 4 livres, qui dose 1,25 p. 100 d'azote.

Les analyses de M. Payen nous montrent que 100 grammes de poudre de café moulu donnent une infusion contenant 0g,726 d'azote, 100 grammes de poudre de chicorée, 0g,574 d'azote.

La viande à son état normal, avec sa proportion habituelle d'os, dose 2,42 p. 100 d'azote ; le lait 0,57 p. 100 ; les légumes verts 0,36 p. 100.

Le beurre, toujours mal dépouillé de caséum quand il n'est pas très-bien fait, dose encore 0,64 p. 100 d'azote.

D'après ces données, nous trouvons pour le régime des mineurs belges les chiffres suivants :

2 litres de café :	P. café,	30g,59	0,222 azote.
	Chicorée,	30 59	0,176
	Lait, 2/10 de litre		0,114
Pain, 1 kilogr			12,500
Beurre, 60 grammes			0 004
Légumes verts, 750 grammes			0,037
Viande, 73 grammes			1,767
			14,820

C'est donc à 14 gramme d'azote, au lieu de 23, que se réduit la proportion des substances albuminoïdes qui entrent dans la ration des mineurs belges. Or cette nourriture est encore inférieure à celle que s'imposent, par mortification, les ordres religieux les plus austères. J'ai étudié et analysé le régime des religieux de la Trappe d'Aiguebelle (Drôme). Leur teint pâle, la lenteur de leur démarche, le peu d'importance du travail mécanique auquel ils sont soumis, et que les ouvriers du pays n'évaluent pas à plus d'un cinquième du travail d'un des leurs, témoignent que leur alimentation est au minimum dans les circonstances où ils se trouvent. Or elle contient 15 grammes d'azote et 402 grammes de carbone ou d'hydrogène réduit à son équivalent de carbone.

La nourriture de nos mineurs est aussi inférieure à celle des prisonniers de nos maisons centrales de détention, dont le travail mécanique est presque nul, et se réduit à de légers mouvements des bras, qui exigent plus d'attention et d'adresse que de force. Leur régime journalier contient 16g,56 d'azote et 475 grammes de carbone ou d'hydrogène réduit.

Maintenant, il faut ajouter que le mineur soumis au régime en apparence si pauvre que nous avons décrit est un ouvrier des plus énergiques, que quand les mineurs français, ceux d'Anzin, par exemple, qui se nourrissent bien plus largement, essayent de travailler dans les mines de Charleroi, ils sont bientôt obligés d'y renoncer, ne pouvant suivre l'ouvrier belge dans l'exécution de sa tâche.

C'est au café seul que l'on peut attribuer la possibilité de se contenter d'un régime que des enfants ne supporteraient pas ; et ce n'est pas comme substance nourrissante qu'il agit ici, car l'analyse nous démontre qu'il n'entre pas pour plus de 1/35 dans le chiffre des propriétés nutritives des aliments. Le café a donc d'autres propriétés dont il faut tenir grand compte.

Active-t-il les fonctions digestives ? provoque-t-il une plus complète assimilation des aliments ? ou peut-être ne retarde-t-il pas la nutrition des organes qui n'exigent pas alors une si grande consommation de matériaux pour se réparer et s'entretenir ? Dans cette hypothèse, le café ne nourrirait pas, mais il empêcherait de se *dénourrir*.

D'après ces idées, je me proposais de rechercher les effets du café sur les excrétions, quand on m'a indiqué des expériences récentes faites dans ce but par Boëkers. Il résulte de ces expériences que, quand les sujets qui y étaient soumis ne faisaient point usage de café, ils rendaient en vingt-quatre heures la quantité de 1394,500 d'urine renfermant 22,275 d'urée, 0,578 d'acide urique, 1,291 d'acide phosphorique, et que quand ils faisaient usage de café, la quantité de leur urine s'élevait à 1733,750, renfermant 12,585 d'urée, 0,402 d'acide urique, et 0,854 d'acide phosphorique.

Si des expériences ultérieures confirmaient ces résultats, on expliquerait facilement le fait que nous venons de rapporter.

Nous savons d'ailleurs combien sont sobres les peuples qui font un grand

usage de café. Les abstinences prodigieuses des caravanes, le régime si peu nutritif des nations arabes viennent appuyer de l'autorité d'une longue expérience les effets que l'on peut attribuer à ce breuvage, et les distributions de café à nos troupes dans les fatigantes courses de l'Algérie sont regardées par les militaires comme un des meilleurs moyens de la leur faire supporter.

D'autres substances aussi doivent avoir des effets analogues et qu'il sera intéressant d'étudier. Nous citerons entre autres l'usage des bulbes alliacés si commun dans le midi de l'Europe. D'un autre côté, M. Barral vient de mettre en lumière que l'usage du sel marin augmente la proportion de l'urée et de l'acide urique de l'urine dans une très-grande proportion, et produirait ainsi des effets entièrement contraires à ceux du café.

L'aisance qui règne dans la population soumise au régime du café ne peut pas être mise en doute. Il n'y a d'autres pauvres dans le pays que ceux que des blessures accidentelles trop fréquentes dans les mines privent de la faculté de travailler.

Ces recherches peuvent avoir de très-grandes conséquences sur le sort des populations, et doivent préoccuper sérieusement les chimistes, les médecins et les économistes. S'il était prouvé que, sans nuire à la santé, au développement et au maintien des forces, l'usage du café permet à l'homme de se contenter d'une nourriture beaucoup moins abondante, on pourvoirait avec moins de peine aux déficits des temps de disette, et l'on comprendrait qu'il est important d'étendre l'usage de ce breuvage et de ne pas le gêner par des droits trop élevés, qui seraient alors de véritables taxes sur les objets de consommation générale.

ADDITION A LA SÉANCE DU 1er AVRIL.

OPÉRATION DE STAPHYLORAPHIE; par M. SÉDILLOT.

(Nous reproduisons textuellement l'observation de l'opération de staphyloraphie, pratiquée, à l'aide d'un nouveau procédé, par M. Sédillot, dont nous n'avions pu donner qu'une indication sommaire dans le précédent mémoire.)

Voici l'observation recueillie par M. Herrenschneider, chef de clinique:

» Madame Marie, née à Blenehwiller, âgée de 50 ans, n'a jamais voulu se soumettre à aucune opération pour être débarrassée d'une fissure du voile palatin, dont elle est atteinte depuis sa naissance. Cette femme, d'une constitution vigoureuse, parvient à peine à se faire entendre; sa voix est rauque, fortement nasonnée, et la prononciation très-incomplète. Les mouvements de déglutition s'exécutent avec effort, et, de temps à autre, les aliments sont chassés par les narines. La division du voile du palais est très-haute et très-large; mais néanmoins, dans les mouvements énergiques de déglutition, l'on voit les extrémités de la luette se rapprocher et se toucher momentanément. La malade, encouragée par le succès éclatant qui vient de rendre à sa sœur une conformation régulière du voile palatin et une voix nette et distincte, s'est décidée à se faire opérer. Présentée le 4 mars 1850 à la Société de médecine de Strasbourg, en même temps que sa sœur, on put observer, pour ainsi dire, la même lésion avant et après la cure, et apprécier l'étendue des changements organiques et fonctionnels obtenus par la staphyloraphie.

» L'opération fut pratiquée le 9 mars, en présence de MM. les docteurs Wieger, Michel, Joyeux, Lach, Bamberger, Petitgant, etc. Après la section des muscles, la moitié gauche du voile était manifestement rapprochée de la ligne médiane, tandis que la moitié droite était rétractée vers son milieu en dedans et en arrière, entraînée dans ce point par un faisceau musculaire resté intact. M. le professeur Sédillot, ayant porté plus profondément les ciseaux au niveau de la dernière dent molaire, divisa la portion de muscle qui exerçait une traction aussi marquée sur le voile, et aussitôt ce dernier cessa d'être dévié, et redevint d'une grande régularité. Ces incisions fournirent très-peu de sang, tandis que chez la première malade ce liquide avait coulé assez abondamment. M. Sédillot plaça de haut en bas quatre ligatures, au moyen de son seul porte-aiguille droit. Les extrémités de chaque fil étaient ensuite liées, puis portées en arrière du voile par un léger mouvement de traction sur un des côtés de la ligature dont le nœud était ramené en avant au travers de l'une des petites plaies produites par l'aiguille, et était maintenu sur le front de la malade par un aide, pendant que l'on procédait à l'application des autres fils. M. Sédillot assujettit les ligatures, d'abord par un nœud de chirurgien, puis par un nœud simple, en se servant de petites pinces à pansement. Les nœuds furent alternativement disposés à droite et à gauche de la ligne médiane, et les chefs de chaque fil furent coupés ras. La malade put alors, pour la première fois de sa vie, se gargariser, et sa voix parut déjà beaucoup plus claire. M. Sédillot recommanda à l'opérée de parler le moins possible, mais lui permit de boire à sa soif et aussi souvent qu'elle en sentirait le besoin. Dans la soirée, une saignée du bras remédia à une assez forte céphalalgie avec fièvre et douleurs dans l'arrière-bouche et les oreilles.

» Le lendemain, 10 mars, la fièvre est tombée. Déglutition assez facile. Les plaies sont grisâtres et blafardes. On engage la malade à se lever pour éviter toute congestion vers la tête.

» Le 12 mars, état dysthérique du voile combattu par des gargarismes avec addition de chlorate de potasse. La nuit a été calme, le sommeil prolongé; deux potages sont pris avec plaisir.

» Le 13 mars, quatrième jour de l'opération, les plaies accessoires sont recouvertes d'une fausse membrane moins grisâtre, et on y voit apparaître un pointillé rougeâtre. Les fils ont un peu entamé les parties en contact; la réunion des deux moitiés du voile paraît solide, et on n'aperçoit pas de tendance à leur écartement pendant les mouvements de déglutition. M. Sédillot enlève successivement les quatre points de suture, et recommande pendant la journée un silence parfait.

» Le 14 mars, la malade, atteinte de bronchite, a toussé souvent; mais la réunion de la plaie n'en a pas été ébranlée. Le voile est rougeâtre, un peu épaissi par une sorte d'induration inflammatoire; la luette un peu large, sans avoir jamais présenté cependant beaucoup de tuméfaction.

Les 15, 16, 17, 18, la malade n'a plus été atteinte d'aucun accident, et n'est plus astreinte à aucune précaution. La déglutition des aliments liquides et solides se fait parfaitement. La voix n'est plus nasonnée; mais la prononciation de certaines syllabes aspirées est encore difficile, et exige beaucoup d'attention et d'efforts. La malade se plaint en outre de la sensation d'un corps étranger dans la gorge, et en rapporte le siége au larynx.

» Le 24 mars, jour du départ de la malade, la forme régulière du voile est rétablie; les piliers antérieurs et postérieurs se sont reformés, et la cicatrice des plaies verticales est presque complète. L'opérée parle avec facilité, d'une voix claire, et se fait un grand plaisir de la surprise que ces heureux changements vont causer à ses parents et ses amis. »

« Les détails de cette deuxième opération montrent avec quelle rapidité la guérison a été obtenue, et nous confirment dans l'opinion que les modifications que nous avons apportées à la staphyloraphie rendent cette opération, dans les cas de simple bifidité du voile, d'une exécution aisée et d'un succès assuré. »

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 9 AVRIL. — PRÉSIDENCE DE M. BRICHETEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle ne comprend qu'une seule pièce; c'est une lettre par laquelle le ministre de l'instruction publique informe l'Académie qu'il a souscrit à 35 exemplaires du recueil complet des éloges prononcés devant l'Académie de médecine par feu M. le docteur Pariset.

M. J.-B. BAILLIÈRE fait hommage à l'Académie de 100 exemplaires de la nouvelle édition qu'il vient de publier de l'HISTOIRE DES MEMBRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE OU RECUEIL DES ÉLOGES LUS DANS LES SÉANCES PUBLIQUES, par M. E. Pariset.

Une lettre de remerciment sera adressée au nom de l'Académie à M. Baillière.

M. JULES LEFEBVRE, médecin à Joinville (Haute-Marne), adresse deux observations sur un cas de médecine et un cas de chirurgie. La première de ces observations est relative à un cas de déviation du flux urinaire chez un homme âgé de 42 ans. Les deux symptômes caractéristiques de la maladie dont il était affecté étaient l'absence d'urine dans la vessie et la non-émission du fluide, et des vomissements aqueux d'une saveur urineuse. La déviation du flux urinaire paraissait avoir pour cause un obstacle à la sécrétion situé dans la portion membraneuse de l'urètre. La seconde observation a trait à un cas de déchirure de la cloison vagino-rectale, suivie de péritonite et opérée avec succès. (Commissaires, MM. Segalas et Jobert.)

M. LAFFONT, médecin inspecteur des eaux chaudes (Basses-Pyrénées), adresse deux rapports, l'un sur l'application des eaux minérales à l'assistance publique et aux cliniques thermales; le deuxième sur le service médical de l'établissement thermal des eaux chaudes pendant la saison de 1849. (Commission des eaux minérales.)

M. P. DUBOIS dépose sur le bureau un mémoire de M. le docteur Levicaire, médecin en chef de la marine et membre correspondant de l'Académie, sur le choléra de Toulon. Ce mémoire est accompagné d'un plan destiné à faciliter l'intelligence de la propagation de la maladie dans la ville et dans le port de Toulon.

— M. BÉGIN déclare au nom de la section de pathologie chirurgicale qu'il y a lieu de porter à cinq le nombre des candidats qui devront être portés sur la liste de présentation pour la place vacante dans cette section. L'Académie adopte.

L'ordre du jour appelle l'élection d'un membre dans la section de pathologie médicale.

La liste de présentation porte dans l'ordre de mérite les noms suivants: MM. Requin, Michel Lévy, Boudin, Sandras, Bean et Nonat.

On procède à l'appel nominal qui constate 100 membres présents; majorité, 51.

Au premier tour de scrutin,

M. Michel Lévy obtient	55 voix.
M. Requin.	34
M. Nonat.	5
M. Sandras	4
M. Bean	2

M. Michel Lévy ayant réuni la majorité des suffrages est proclamé membre de l'Académie, sauf l'approbation du gouvernement.

TRAITEMENT DES ANÉVRISMES PAR L'ÉLECTRO-PUNCTURE.

M. GIMELLE lit en son nom, et au nom de M. Roux, un rapport sur une communication faite le 31 juillet dernier à l'Académie, par M. Abeille, médecin au Val-de-Grâce, relative à un cas d'anévrisme de la sous-clavière gauche, opéré et guéri par l'électro-puncture, et à des expériences sur les artères d'animaux vivants. (Voir l'observation et la relation de ces expériences dans le n° du 4 août 1849 de la GAZETTE MÉDICALE.)

M. le rapporteur, après avoir analysé cette observation et résumé les opinions de l'auteur sur ce sujet, s'exprime en ces termes :

L'observation dont je viens de rendre compte est la plus importante de celles qui ont été publiées jusqu'à ce jour, en ce sens que le succès a été obtenu sur le vaisseau le plus considérable de tous ceux qui ont été oblitérés par l'électro-puncture. Comme l'auteur de l'observation, votre commission eût été heureuse de connaître les moyens de communication par lesquels la nature a conservé les battements des artères du bras et de l'avant-bras.

C'est en 1838 que M. Pravaz émit l'idée de provoquer la coagulation du sang dans les anévrismes par l'électricité, au moyen d'aiguilles plongées dans la tumeur.

En 1838, MM. Liston et Philips employèrent ce moyen dans deux cas d'anévrisme de la carotide sans succès. A la suite de cette opération, M. Liston fut obligé de lier le vaisseau sur lequel il avait employé ce moyen. Le malade de M. Philips succomba avant que la ligature pût être pratiquée.

Dans une thèse soutenue à la Faculté de médecine de Paris, en 1838, M. Girard cite l'observation d'une tumeur anévrismale du volume des deux poings, située à la partie inférieure de la cuisse gauche, traitée sans succès par l'électro-puncture, au moyen de cinquante aiguilles introduites dans le sac, dont on eberchait à entrecroiser les pointes. On fut obligé de lier l'artère crurale, attendu que chaque piqûre donnait issue à un petit jet de sang rouge et vermeil.

M. Pétrequin employa l'électro-puncture contre un anévrisme de l'artère ophthalmique que la ligature de la carotide n'avait modifié que momentanément; le résultat paraissait favorable, lorsque le malade succomba en deux jours à une fièvre grave. Dans les mains du même chirurgien, l'électro-puncture appliquée à un anévrisme de l'artère temporale a été suivie de succès: dans trois cas d'anévrisme de l'artère brachiale au pli du coude par suite de saignées, l'électro-puncture appliquée par M. Pétrequin a été suivie une fois de succès complet. Dans un second cas, les piqûres des aiguilles présentèrent autant de petits points sphacélés par lesquels s'écoulait un pus noirâtre, et d'où la pression faisait sortir des noyaux brunâtres, débris de coagulation sanguine; cependant au bout de douze jours, il ne restait plus de traces d'anevrisme, et la circulation était rétablie dans les artères radiale et cubitale. Dans le troisième cas, l'électro-puncture n'eut aucun succès. Le même chirurgien cite encore la guérison, en un mois de temps, d'un anévrisme spontané du volume du poing, siégeant à l'artère poplitée.

L'électro-puncture, employés par notre honorable collègue, M. Velpeau, dans un anévrisme de l'artère poplitée, fut suivie de la rupture du sac, par suite de la suppuration des piqûres faites par les aiguilles, accidents qui nécessitèrent la ligature de l'artère crurale.

Les chirurgiens italiens ont également employé l'électro-puncture; quelques succès ont été obtenus; dans le plus grand nombre des cas, il y a eu inflammation, suppuration, gangrène du sac anévrismal, accidents qui ont nécessité, dans quelques circonstances, la ligature de l'artère sur laquelle l'électro-puncture avait été appliquée. Dans quelques cas, enfin, cette opération n'a modifié en rien la maladie pour laquelle elle avait été employée.

D'après les résultats des faits d'électro-puncture appliquée à l'oblitération des anévrismes connus jusqu'à ce jour, votre commission pense que cette médication ne peut entrer en parallèle avec la ligature qui doit lui être préférée dans tous les cas; que, dans les anévrismes siégeant dans des vaisseaux qui ne peuvent pas être liés, il serait au moins imprudent d'employer un moyen capable de déterminer les accidents graves qui, dans un grand nombre de cas, ont été la conséquence de son application.

Néanmoins, l'observation de M. Abeille est intéressante; les réflexions qui la suivent prouvent que l'auteur est un observateur judicieux, qui sait prendre une détermination grave dans un cas qu'il croit désespéré, et tout en connaissant les accidents et les dangers auxquels il expose son malade.

Nous avons, en conséquence, l'honneur de vous proposer d'envoyer le travail de M. Abeille au comité de publication, de lui adresser des remercîments pour sa communication, et d'inscrire son nom sur la liste des candidats aux places de correspondants nationaux.

M. Velpeau : Le jugement porté par M. le rapporteur sur l'électro-puncture me paraît un peu trop absolu. Préférer la ligature à l'électro-puncture dans tous les cas, c'est condamner cette dernière opération d'une manière un peu trop rigoureuse. Il y a à examiner si cette méthode considérée d'une manière absolue doit ou non être préférée à la ligature, et dans quels cas elle peut lui être préférée. Cette méthode a eu quelques succès entre les mains de quelques chirurgiens, de M. Pétrequin en particulier qui, se faisant illusion à cet égard, croit l'avoir inventée, tandis que, ainsi que l'a très-bien établi M. le rapporteur dans l'historique exact qu'il a fait de cette découverte, l'invention en est due à M. Pravas. Mais il faut bien qu'on sache aussi qu'elle a souvent échoué et qu'elle a dans plusieurs circonstances déterminé la mort. Pour ma part, je l'ai essayée une fois; je n'ai employé que la moitié de la méthode il est vrai, l'acupuncture seule, et je n'ai pas eu lieu de m'en louer. Le sac s'est enflammé ; j'ai été obligé de procéder à la ligature; puis il est survenu une gangrène qui a nécessité l'amputation et le malade a fini par succomber. Remarquez bien encore qu'on a préconisé cette opération pour éviter la douleur; or il résulte de toutes les observations publiées jusqu'à présent que cette opération est plus douloureuse que la ligature, et on n'a pas pour elle la ressource de l'éthérisation. Ainsi, sous ce point de vue au moins, elle n'est pas à coup sûr préférable. Il faut convenir, d'un autre côté, qu'elle a l'avantage de ne point nécessiter de plaie et qu'elle ne fait point courir le danger des hémorrhagies consécutives. Il n'y a donc pas lieu encore, comme on le voit, de conclure d'une manière définitive. J'admettrai volontiers pour ma part l'électro-puncture pour les circonstances semblables à celle où M. Abeille l'a employée; j'aurais une tendance à l'accepter comme pis-aller dans les cas où la ligature n'est pas possible.

En résumé, c'est une méthode qui est encore en expérimentation, et je crois qu'au lieu de conclure d'une manière aussi absolue que l'a fait M. le rapporteur, il faudrait se borner à dire que les faits connus jusqu'à ce jour n'autorisent pas encore à porter un jugement.

M. Robert : Il serait prématuré, ainsi que vient de le dire M. Velpeau, de porter un jugement trop absolu sur la méthode en question. Dire que la ligature doit être préférée dans tous les cas à l'électro-puncture, c'est dire que la ligature est toujours possible. Or on sait qu'il n'en est pas ainsi. Si l'on envisageait la question exclusivement au point de vue des anévrismes situés près du tronc, tels que celui de la sous-clavière par exemple, auquel a eu affaire M. Abeille, je crois que le parallèle ne laisserait pas de doute; mais il faut être plus réservé pour les autres anévrismes, pour ceux qui siégent sur la longueur des membres. Dans tous les cas, il est une condition dont personne jusqu'à présent ne paraît s'être occupé, et qui est de la plus grande importance pour le succès de cette opération, c'est la détermination de la dose à laquelle l'électricité doit être employée, ce que j'appellerai la posologie de l'électricité. Selon qu'on donne trop ou trop peu d'électricité, on s'expose à l'alternative de produire des accidents graves ou de n'obtenir qu'une action insuffisante. Tant qu'on ne sera pas arrivé à doser l'électricité, les praticiens seront dans une incertitude complète. Dans un cas où j'ai voulu essayer cette méthode, j'ai employé, par crainte de la gangrène, trop peu d'électricité, et je n'ai rien obtenu; craignant de pousser trop loin l'expérience, je me suis abstenu et j'ai en recours en définitive à la ligature. Il y aurait donc à dire, à mon avis, que ce moyen, encore dans son enfance, est à expérimenter de nouveau, mais en recommandant aux expérimentateurs d'apporter plus de précision dans le dosage de l'électricité.

M. Gimelle : Il est constant que l'électro-puncture occasionne plus de douleurs et plus d'accidents que la ligature, qu'elle ne saurait par conséquent être préférée à un moyen plus sûr, moins douloureux et qui donne des résultats plus certains. Je ne vois pas pourquoi on encouragerait de nouvelles expériences.

M. Velpeau : M. Gimelle a raison quant à présent; mais il ne faut pas engager l'avenir. Il n'est pas certain qu'on ne puisse pas plus tard perfectionner cette méthode et la rendre d'une application plus sûre.

M. Lagneau : J'aurais désiré que l'on exprimât dans la conclusion cette idée que la méthode dont il s'agit est de nature à suppléer la ligature dans les cas où celle-ci est impossible. Il faut l'encourager au moins pour les cas exceptionnels. On serait heureux, en pareil cas, d'avoir à disposer d'une semblable ressource.

M. Gimelle : Dans les cas où la ligature n'est pas applicable, l'électro-puncture ne l'est pas non plus. Je crois qu'il ne faut point encourager des expériences dangereuses.

M. Moreau : Les conclusions de la commission me paraissent les seules rationnelles. Il ne faut pas qu'on s'habitue à considérer l'homme comme un sujet d'expérimentation. Lorsqu'une opération est suivie d'accidents aussi graves que la gangrène, et qui nécessitent en dernière analyse l'amputation, je ne vois pas pourquoi on y aurait recours quand on a à sa disposition un moyen aussi bien éprouvé que la ligature.

M. Robert : Les partisans de l'électro-puncture, et M. Pétrequin en particulier, ne pensent pas qu'on doive substituer en règle générale l'électro-puncture à la ligature. Ce serait le cas de dire que souvent le mieux est l'ennemi du bien; mais ils ont raison, je crois, de donner la préférence à cette méthode pour les anévrismes situés près du tronc et qu'il ne serait possible de lier que par la méthode de Brasdor, méthode qui n'a réussi jusqu'ici, on le sait, qu'exceptionnellement pour les anévrismes de l'artère carotide, mais qui a constamment échoué dans les autres cas; je crois qu'en présence d'un moyen qui a donné des résultats aussi désastreux, il est permis d'expérimenter une méthode qui offre quelques chances de succès, surtout si l'on parvient à doser convenablement l'agent mis en œuvre. Cette méthode, d'ailleurs, est loin d'avoir donné tout ce qu'elle peut donner, il faut donc encore l'expérimenter.

M. Moreau : Sur ce point, je suis d'accord avec M. Robert. Réservez, si vous voulez, l'électro-puncture pour les cas extrêmes, où la ligature n'est pas possible, mais non point pour les anévrismes des membres que l'un peut facilement lier.

M. Laugier : Pour ma part, si je m'en rapportais à l'expérience que j'en ai faite, je croirais que l'électro-puncture est très-applicable aux anévrismes de la longueur des membres. J'y ai eu recours pour un cas d'anévrisme de l'artère brachiale; il y a eu disparition de la tumeur, oblitération du sac, avec conservation du calibre de l'artère. Sans vouloir juger d'après un seul fait, on m'accordera néanmoins que c'est un motif pour ne pas condamner d'une manière absolue la méthode. M. Moreau invoque les dangers inhérents à l'électro-puncture; mais est-ce que la ligature n'a pas aussi ses dangers? ne donne-t-elle pas lieu à la gangrène, aux hémorrhagies consécutives? Il y aurait une sorte de contradiction, à mon avis, à vouloir réserver cette méthode pour les cas où elle offre précisément le plus de chances de dangers.

Quant au dosage de l'électricité dont parle M. Robert, il ne me paraît pas susceptible d'être réalisé de longtemps. La proportion d'électricité devra varier avec la plasticité du sang plus grande chez les uns que chez les autres, à volume égal de la tumeur. Il y a là des circonstances qu'on ne connaît pas bien et qu'on ne connaîtra précisément que par l'expérience. Je pense donc qu'il ne

faudrait pas conclure d'une manière aussi absolue que l'a fait M. le rapporteur.

M. Gimelle : Je pense, comme M. Laugier, qu'il y a de graves dangers à réserver l'électro-puncture pour les gros troncs. Si elle est applicable, ce n'est, suivant moi, que dans les cas où l'on peut se réserver comme dernière ressource la ligature au-dessus.

M. le Président invite M. Robert (en l'absence de M. Velpeau) à formuler l'amendement qu'il a proposé.

M. le Rapporteur déclare consentir, sur les observations qui lui ont été faites, à modifier ses conclusions en retranchant de la conclusion principale le dernier membre de phrase ainsi conçu : *qui (la ligature) doit lui être préférée dans tous les cas.*

Cette conclusion serait rédigée comme il suit : *Votre commission pense que la méthode dont il s'agit ne peut entrer encore en parallèle avec la ligature.*

Les conclusions, ainsi modifiées, sont mises aux voix et adoptées.

TUMEUR HYPERTROPHIQUE CONSIDÉRABLE DU NEZ.

M. Hutin, chirurgien en chef des Invalides, fait sur ce sujet la communication suivante. Il s'agit d'un vieil invalide de 72 ans, qui portait une tumeur hypertrophique d'un volume considérable sur le nez. Commençant un peu au-dessous du bord inférieur des os propres du nez, cette tumeur n'était pas simple et régulière; plusieurs appendices, détachés sur les côtés, lui donnaient quelque ressemblance avec des ailes déployées; ses dimensions présentaient environ 7 centimètres d'arrière en avant, et un peu plus de 9 centimètres d'étendue transversale ou d'envergure. La surface de la peau était ondulée, et fournissait dans ses anfractuosités un suintement de liquide jaunâtre et fétide. Le lobe proprement dit était doublé, à sa face inférieure, par un étage d'excroissances moins volumineuses; les narines ne participaient en rien à cet état pathologique. Parfaitement saines et libres dans leurs cavités, elles exerçaient leurs fonctions avec intégrité; mais il fallait pour cela que cet invalide soulevât la masse charnue pour dégager leurs orifices. Du reste, ce nez n'offrait aucune teinte rouge particulière, et l'on n'y voyait aucun bourgeon. Il n'existait là qu'une hypertrophie de la peau et du tissu cellulaire du lobe et des ailes du nez; ce développement anormal n'avait rien de commun avec le cancer ni avec les tissus érectiles; il n'y avait ni induration, ni tubercules, ni kyste, ni ossification, ni fongus.

Cette infirmité n'était point originelle. Jusqu'à l'âge de 28 ans, le sujet avait joui d'une parfaite santé et son nez était bien fait. Ce développement avait eu lieu d'une manière graduelle à la suite d'une couperose pustuleuse que l'on avait fait disparaître au moyen de vésicatoires appliqués sur la face. Cet invalide ayant, sur l'avis d'une personne étrangère à l'art, fait usage d'onctions avec l'axonge, la tumeur s'affaissa sensiblement en paraissant se dessécher, mais il survint en même temps des accidents graves, tels que maux de tête, engorgement des régions sous-maxillaire et parotidienne, et enfin un œdème de la glotte qui fit promptement succomber le malade.

M. Hutin termine cette communication par quelques réflexions sur la connexité qui a existé dans ce cas entre la disparition de l'éruption cutanée de la face, l'hypertrophie du nez qui a succédé à cette disparition, et les accidents qui ont succédé à leur tour à la diminution de l'hypertrophie, connexité telle, que ces faits lui paraissent être solidaires les uns des autres. Il en tire cette conclusion, qu'il n'est pas prudent, chez les vieillards surtout, de troubler la nature dans ses habitudes, quand elles sont depuis longtemps contractées.

TRANSPOSITION DES VISCÈRES; VICE DE CONFORMATION ET LÉSIONS PATHOLOGIQUES DU COEUR.

M. le docteur Lucien Boyer présente le cœur et les poumons d'un enfant mort à l'âge de deux mois.

Depuis sa naissance, cet enfant avait offert des phénomènes qui avaient fait supposer à M. le docteur Buel, médecin de la famille, la persistance du trou de Botal.

Ces phénomènes étaient : 1° une teinte bleuâtre constante des lèvres, des narines et des paupières; 2° des accès fréquents de dyspnée convulsive s'accompagnant de cyanose générale, alternant avec des moments de tranquillité pendant lesquels l'enfant pouvait respirer et teter sans difficulté.

Huit jours avant sa mort, des phénomènes fébriles se déclarèrent, accompagnés d'une toux fréquente et d'une cyanose plus intense et dès lors continue.

La mort ayant eu lieu le 6 avril 1850, l'autopsie fut faite le 7 par MM. Buet, Galipeau, médecin à Clamart, près Paris, et Lucien Boyer.

Les faits anatomiques constatés par l'autopsie se rapportent à trois chefs :

1° *Variétés anatomiques;*
2° *Vices de conformation;*
3° *Lésions pathologiques.*

C'est dans cet ordre qu'il convient d'en faire l'exposition.

1° Il existe une transposition de viscères. Le cœur est à droite; cependant la crosse de l'aorte suit sa courbure naturelle de droite à gauche; le tronc brachio-céphalique paraît seulement situé un peu plus avant qu'à l'état normal. Viennent ensuite dans l'ordre ordinaire l'artère carotide et l'artère sous-clavière gauches.

Comme conséquence de la transposition du cœur, il y a transposition des deux poumons, c'est-à-dire que le poumon droit n'offre que deux lobes, et que le poumon gauche en présente trois.

Le foie occupe en entier l'hypochondre gauche; la rate est à droite. Les deux orifices de l'estomac occupent leur position normale; mais ce viscère est tout entier logé dans l'hypochondre droit, ayant sa convexité à droite, sa concavité à gauche. A partir de l'orifice pylorique, le tube digestif reprend sa direction normale; le duodénum se porte de droite à gauche, le cæcum est à droite, le colon descendant et le rectum à gauche.

2° Le cœur en totalité paraît hypertrophié.

L'oreillette qui reçoit les veines-caves est très-dilatée, située à gauche et en arrière, occupant presque seule toute la base du cœur.

L'oreillette qui reçoit les veines pulmonaires, très-petite, entièrement réfugiée dans son appendice, située à droite.

Ces deux oreillettes communiquent l'une avec l'autre par une fente allongée, recouverte par une membrane musculaire flottante que l'on peut soulever sans aucun déchirement (persistance du trou de Botal diagnostiquée pendant la vie.)

Un grand ventricule large, hypertrophié, situé à gauche; un ventricule très-petit situé à droite, communiquant avec le précédent par une ouverture d'un centimètre de long, située entre deux colonnes charnues à la partie supérieure de la cloison, de telle sorte qu'il semble n'être qu'un appendice ou un accessoire du premier.

L'artère-aorte s'ouvre immédiatement au-dessus de cette fente de communication, de façon qu'un stylet introduit par elle tombe indifféremment dans l'un ou l'autre ventricule; mais l'artère pulmonaire s'ouvre évidemment dans la cavité droite à côté de cette communication, dont elle est séparée par le pilier charnu qui la circonscrit antérieurement.

Une grande ouverture auriculo-ventriculaire garnie d'une valvule normale fait communiquer la grande oreillette avec le grand ventricule; mais il est impossible de découvrir aucune ouverture allant de la petite oreillette au petit ventricule.

Si donc on résume ce qui est relatif à la disposition des éléments du cœur, on trouve qu'il y a : A. transposition et communication des deux oreillettes; B. communication sans transposition des deux ventricules; C. et que le système des oreillettes ne communique avec celui des ventricules que par une seule ouverture allant de l'oreillette des veines-caves au ventricule aortique, ou, pour parler le langage ordinaire, en ne tenant pas compte de la transposition de l'oreillette droite au ventricule gauche.

Cela se réduit donc, pour le mécanisme de la circulation, à un cœur unique, puisque le sang artériel et le sang veineux se mélangeaient et dans les oreillettes et dans les ventricules, et aussi au passage à travers le seul orifice qui les transmettait des premiers aux seconds.

Le canal artériel naît de la branche pulmonaire gauche, et se porte à la concavité de la crosse de l'aorte dans le point correspondant à l'intervalle des insertions du tronc brachio-céphalique et de la carotide gauche; il est petit et oblitéré dans un tiers de sa longueur, près de l'aorte; l'autre extrémité contient encore un peu de sang liquide.

3° Un épanchement pleurétique purulent enveloppe tout le poumon droit; son lobe inférieur est dur, noirâtre, lourd, laisse écouler à l'incision un sang épais, visqueux, et quelques gouttes de pus par les extrémités des rameaux bronchiques divisés.

Le lobe supérieur est aplati, à peine crépitant.

Le lobe inférieur du côté gauche est affecté, mais à un moindre degré que celui du côté droit; il est plutôt engoué que véritablement hépatisé; les deux lobes supérieur et moyen sont crépitants.

Le foie est volumineux et gorgé d'une grande quantité de sang épais et visqueux, noir.

La rate est pâle et petite, les intestins à l'état normal.

Le cerveau n'a pas été ouvert.

Cette autopsie, pour être complète, aurait nécessité beaucoup d'autres recherches qui n'ont pas été possibles à la campagne et dans le peu de temps dont on pouvait disposer avant l'inhumation. Telle qu'elle est, cependant, elle pourrait donner lieu à des considérations étendues que ne comportent pas les limites d'une communication verbale faite à la fin d'une séance.

Il est cinq heures, la séance est levée.

BIBLIOGRAPHIE.

ESSAI DE TOPOGRAPHIE MÉDICALE SUR BISKARA (AFRIQUE). — Thèses de Paris, 1849. — Par M. J.-H. Bédié, chirurgien militaire.

Les médecins militaires travaillent avec assiduité à recueillir les topographies particulières qui permettront, dans quelques années, d'établir une topographie générale de l'Algérie. Les officiers de santé de la marine ont produit de solides travaux dans ce genre, ayant pour objet les Antilles et le Sénégal; les médecins de l'armée de terre ne resteront certainement pas en arrière. Vingt années d'occupation, et les matériaux qui s'amassent tous les jours, les mettront bientôt à même d'entreprendre cette œuvre et de la mener à bonne fin. La climatologie, la météorologie, le règne pathologique de certaines localités restreintes, sont sans contredit d'un grand intérêt; mais un travail à la fois d'ensemble et de détail, de synthèse et d'analyse, sur l'Algérie en général, et sur ses différentes régions en particulier, sera

d'un attrait bien plus puissant, et deviendra la source d'enseignements théoriques et pratiques de la plus haute utilité.

La topographie médicale dont nous allons rendre compte comble en partie une lacune qui rendiait difficile l'édification d'une topographie générale de l'Algérie. Nous allons montrer, à l'aide d'une rapide esquisse, dans quelle région siégeait cette lacune, qui se remplira sans doute peu à peu.

L'Algérie se présente sous forme de trois bandes parallèles, se succédant de la Méditerranée au désert central, et offrant chacune une topographie bien différente :

1° La bande méditerranéenne, ou Tell (de *tellus*, terre cultivable); elle est coupée de terres basses et de montagnes, et arrosée par un assez grand nombre de sources et de cours d'eau peu considérables en général. Son climat est bien connu par les travaux déjà anciens de Schaw et par des topographies récentes.

2° Les hauts plateaux, sorte de terrasse allongée, d'une altitude variant de 800 à 1,200 mètres, bordée pour ainsi dire de deux parapets, dont l'un, le Petit-Atlas, la sépare du Tell, et dont l'autre, le Grand-Atlas, court entre cette terrasse et la bande suivante.

3° Cette dernière bande est bornée au nord par le Grand-Atlas, qui, à l'est, commence par un renflement considérable nommé Aurès, se continue à l'ouest chez les Ouled-Sidi-Chicks, franchit la frontière et se perd dans le Maroc. Au sud, la zone dont nous parlons borde le grand désert central ou Falat. Cette bande est inclinée du nord au sud et de haut en bas, contrairement au Tell, dont le plan est dirigé du sud au nord et de haut en bas, et regarde conséquemment le septentrion. Loin d'offrir une altitude considérable, comme les hauts plateaux, elle forme une dépression. A Biskara, on ne compte que 75 mètres au-dessus du niveau de la mer.

Nous avons dit que la climatologie du Tell est suffisamment connue. Nous ne possédons, au contraire, sur les hauts plateaux, que des notions assez incomplètes, consignées dans l'ouvrage intitulé : EXPÉDITION DU GÉNÉRAL CAVAIGNAC DANS LE SAHARA ALGÉRIEN (1). On comprend que, dans le cours d'une expédition vagabonde, aucune observation bien suivie n'a pu être prise, et que beaucoup d'inductions ont dû être invoquées pour lier la chaîne des faits épars. Heureusement ces *desiderata*, déjà atténués du reste par le travail que nous venons de citer, sont plus regrettables au point de vue purement scientifique que sous le rapport des conséquences relatives à la pratique et à la colonisation. En effet, cette ingrate région, pauvre en eau, et réfractaire, surtout à l'ouest, à la culture des palmiers et des céréales, ne sera jamais que la demeure de tribus errantes : nous n'y aurons jamais de population européenne agricole un peu importante et permanente, si ce n'est dans quelques points montagneux (Aurès, Sahari, Djebel, Amour), et notre occupation se résumera en général en un certain nombre de postes militaires et d'échelles commerciales.

La zone suivante se présente sous d'autres auspices : c'est là que verdissent de nombreuses et vastes oasis, riches en palmiers, centres commerciaux et politiques, et animées par une double population, l'une sédentaire, confinée derrière les murs, l'autre nomade, dont les troupeaux tondent les touffes d'herbe croissant dans les plaines voisines. Tôt ou tard, si notre colonisation algérienne prend de l'assiette, nous nous établirons sérieusement dans cette bande saharienne, où nous occupons déjà Biskara.

Or nous ne possédions aucun document météorologique sur cette contrée avant la thèse de M. Bédié, relative à la topographie médicale de Biskara.

Nous ne nous contenterons pas de rendre un compte détaillé de ce travail consciencieux et plein d'intérêt; nous le compléterons et le contrôlerons, à l'aide des observations qui nous ont été fournies par M. le docteur Beylot, médecin en chef à Biskara, en 1844-1845.

L'oasis de Biskara n'est située qu'à une faible distance (une à deux lieues) au sud du Grand-Atlas, ou parapet méridional des hauts plateaux, pour continuer notre comparaison. De ce rempart, qui protége l'oasis au nord, se détache un chaînon qui la couvre aussi à l'ouest. Au sud, au contraire, le terrain est entièrement plat, sans végétation forestière; l'œil se perd sur les plages monotones qui vont se confondre avec les sables du désert central. Au sud-est de Biskara, on rencontre, à une distance d'environ 5 lieues, l'oasis de Hocha, sur le prolongement du même Thalweg.

Biskara gît par 3° 20' longitude est du méridien de Paris, 34° 80' latitude septentrionale. Son altitude est de 75 mètres. Le terrain de l'oasis se compose de marne argileuse reposant sur un fond de galets. La plaine voisine est sablonneuse. A peu de distance à l'ouest de Biskara, on rencontre des eaux thermales, et dans un ancien cratère entouré de débris volcaniques, un lac de 150 pieds de diamètre à peu près, dont l'existence nous a été signalée par M. Beylot. L'oasis est arrosée par l'Oued-Biskara, dont les eaux sont entièrement absorbées par les cultures pendant l'été. L'hiver, dit M. Bédié, les eaux, devenues très-abondantes, roulent jusqu'à une demi-lieue au sud de Biskara. Selon M. Beylot, les choses ne se passeraient pas ainsi. Ce médecin a suivi le Thalweg durant quatre ou cinq heures, et il y a trouvé, en automne, avant les pluies, ici des flaques, là des roseaux croissant dans des terrains humides. Il paraît même que le Thalweg se prolonge beaucoup plus au sud. Les eaux sont sans doute cachées sous une couche superficielle de terrain, particularité hydrologique que M. Félix Jacquot a constatée bien des fois pendant son voyage dans le désert.

Les eaux de l'Oued-Biskara sont salées au point d'être, surtout l'été, fort désagréables à boire; elles sont troubles, et demandent à être reposées avant de servir à la consommation. Leur usage n'a pas nui à la santé de la garnison. A l'aide d'un barrage, les eaux sont jetées dans une multitude de ruisseaux qui rafraîchissent les sept villages (ksours) de l'oasis, arrosent les céréales et plus de 100,000 palmiers (*phœnix dactylifera*).

Cette esquisse rapide a déjà fait pressentir que le climat de Biskara doit être excessif, c'est-à-dire très-chaud l'été, et proportionnellement très-froid l'hiver. Ces données, que les lois de la météorologie permettent de déduire *à priori*, ne sont pas démenties par l'expérience. Tandis que les localités les plus chaudes du Tell ne dépassent guère la moyenne thermométrique annuelle 18°, la moyenne de Biskara est représentée par le chiffre 22°,72, résultat d'observations prises cinq fois par jour. M. Beylot était arrivé à un nombre à très-peu de chose près semblable, à l'aide de trois observations concordantes faites à trois époques différentes de l'année, dans un puits très-profond. La moyenne de Biskara est donc à peu près la même que celle du Caire et de Rio-Janeiro. Les moyennes mensuelles nous donnent ° en août, mois le plus chaud, 14°,65 en février, mois le plus froid.

Les étés sont si chauds à Biskara, dit M. Beylot, qu'on voit disparaître tous les insectes, poux, puces, et même les mouches, qui, dans les autres saisons, se montrent par myriades. Eh bien ! avec cet été torride, les hivers présentent de très-basses températures. M. Bédié a observé + 0,4, et M. Beylot, le 3 février 1845, a constaté — 1, a trouvé de la glace, et a vu quelques flocons de neige qui se sont dissipés dans l'atmosphère, sans atteindre le sol. En regard, mettons les hautes températures constatées pendant l'été : à l'ombre, à l'air libre, 46°,8 par M. Bédié; 52° par M. Beylot; 40° à cheval et en marche par M. Cabrol; au repos, 50° par M. Bédié. Au soleil, le thermomètre de M. Beylot est monté à 65°; il montait même encore, mais comme le tube s'arrêtait à quelques degrés au delà, on a été obligé de suspendre pour sauver l'instrument.

Dans une année, les oscillations s'exercent donc sur une échelle de 50° et plus; de 66°, si l'on prend le maximum au soleil. Les variations, dans un seul nycthémère, seraient en moyenne, d'après M. Bédié, de 14°; les maxima de ces variations atteindraient un chiffre extrêmement élevé. Pour apprécier l'amplitude des oscillations nycthémérales à Biskara, comparons-les aux mêmes intempéries dans les régions où elles sont reconnues très-marquées. A Rome, par exemple, d'où nous écrivons cet article, les vicissitudes atmosphériques par lesquelles on passe dans les vingt-quatre heures sont à juste titre regardées comme très-considérables relativement à celles qu'on subit dans la plupart des pays; or, selon Folchi, elles atteignent quelquefois une étendue de 10 à 13°, c'est-à-dire que leurs maxima n'atteignent pas la moyenne de Biskara.

Terminons-en avec la thermométrie : la moyenne annuelle de Biskara dépasse de beaucoup la moyenne de la région tellienne; l'été y est incomparablement plus chaud; on observe en hiver des températures aussi basses que dans certaines villes du littoral. Ainsi il est bien rare qu'à Oran le thermomètre descende à 0. Le climat de cette oasis a donc, à bon droit, été appelé *excessif*.

Les observations barométriques conduisent à des résultats bien remarquables : elles se rapprochent des résultats obtenus dans les régions tempérées, par la presque immobilité boraire de la colonne; et, d'autre part, le thermomètre se comporte à Biskara comme dans les contrée équinoxiales, car on n'y constate pas ces fréquentes et brusques oscillations accidentelles, apanage des pays tempérés.

L'hygrométrie a aussi un caractère spécial à Biskara. L'air y est d'une grande sécheresse, surtout quand le sirocco souffle. Alors, d'après les observations de M. Beylot, le ciel, ordinairement d'un bleu foncé au sein de l'été, devient terne et gris comme celui du nord de la France dans les jours sombres d'automne. C'est une poussière impalpable qui obscurcit ainsi l'atmosphère. M. Grellois, à Chamman-Mescoutin, province de Constantine, a vu l'hygromètre marquer 0° pendant le règne du sirocco.

Il ne tombe annuellement à Biskara que 102 millim. d'eau. Les orages sont très-rares l'été et avortent dans les airs avant d'atteindre le sol. Il y a à peine trois ou quatre jours pluvieux d'octobre à janvier. Les rosées ne semblent guère exister qu'en novembre et décembre.

Les vents du nord prédominent à Biskara, comme dans toute l'Algérie; ils règnent surtout l'hiver. Dans cette saison, ils sont froids, ayant traversé les montagnes neigeuses du Tell et des Hauts-Plateaux. Les vents du sud

(1) Félix Jacquot, EXPÉDITION DU GÉNÉRAL CAVAIGNAC DANS LE SAHARA ALGÉRIEN ; RELATION DU VOYAGE ; EXPLORATION SCIENTIFIQUE, etc. Paris, 1849. Grand in-8°.

sont toujours brûlants. Ici se présente une question de météorologie importante à éclaircir, mais pour l'élucidation de laquelle nous ne possédons aucun élément. En Égypte, lorsque le désert rayonne activement vers les espaces célestes, dans la saison d'hiver, le vent du sud paraît froid; en est-il de même en Algérie? Les topographes algériennes se taisent à ce sujet.

Après avoir donné ses observations météorologiques et géologiques, M. Bédié aborde la pathologie de Biskara. Ici nous serons obligé de faire intervenir fréquemment M. Beylot, et d'avertir que ce sujet laisse beaucoup de *desiderata*.

Et d'abord voyons ce qui concerne les fièvres paludéennes.

La Casbah, bâtie par les Français et occupée par eux, ne couvre qu'une faible partie de l'ancienne ville. Celle-ci était entourée d'un fossé circulaire dû probablement à l'extraction de la terre destinée à la construire. Ce fossé, du temps de M. Beylot, conservait de l'eau croupissante dans deux marécages, dont l'un mesurait environ 400 mètres de longueur sur 30 de largeur, l'autre 100 dans le premier sens sur une largeur de 30 mètres également. Les fièvres paludéennes ont été nombreuses, et une partie des décès a été causée par des accès pernicieux. Sur 600 Européens, il y a eu 25 décès du 6 août 1844 au 16 février 1845, ce qui, approximativement, nous donnerait une mortalité semblable à la mortalité moyenne de l'Algérie, 77 pour 1,000 par an. Nous devons ajouter que les troupes venaient de El Arouch, l'une des localités les plus malsaines de l'Algérie.

Lors du séjour de M. Bédié, il n'existait plus qu'une mare, la plus petite des deux, entourant presque la Casbah; et dans ce marécage on avait soin d'entretenir toujours un niveau constant. Aussi plus de fièvres pernicieuses, pas une seule dans l'espace d'une année. M. Bédié pense que les 131 cas de fièvres paludéennes qu'il a observés sur les 500 hommes occupant Biskara, provenaient de germes contractés dans le Tell. Il ajoute que les indigènes, répandus il est vrai dans sept villages disséminés sur l'oasis, professaient la même opinion relativement à leurs fièvres.

Après le départ de M. Bédié, on a remué le fond vaseux du marécage pour livrer celui-ci à la culture. Les fièvres ont reparu. L'avenir nous apprendra si le dessèchement complet et la culture bien établie ne ramèneront pas la salubrité. On peut d'avance répondre par l'affirmative.

Nous arrivons à l'application de ces données, à des déductions relatives à l'acclimatement, thèse à laquelle la Gazette Médicale a accordé, à plusieurs reprises, tous les développements qu'elle comporte.

La mortalité, pendant l'année, n'a été que de 12 (dont 10 par dyssenterie) sur un effectif de 500 hommes, ainsi constitué : 380 Européens, 120 Algériens; ce qui donne 22 décès sur 1,000 hommes d'effectif, et 31,6 sur 1,000 Européens (aucun indigène n'a succombé). Or cette proportion est faible, car la moyenne de toute l'Algérie, de 1837 à 1846, est de 77,8, et le minimum qui a été observé en 1838 est de 45,1 pour 1,000.

Il n'y a là rien qui doive étonner, comme il est facile de le montrer en quelques mots.

La Gazette Médicale a établi qu'il fallait distinguer avec le plus grand soin les circonstances essentielles d'un climat, des circonstances accidentelles (par exemple les miasmes paludéens), qu'on sépare très-bien par la pensée de ce climat, et dont la main de l'homme peut amoindrir ou même anéantir les effets pernicieux. On s'acclimate, on s'habitue aux premières, dans de certaines limites, avons-nous dit, tandis qu'on n'acquiert pas d'immunité complète contre les secondes. Or, à Biskara, pendant le séjour de M. Bédié, les agents accidentels toxiques avaient été considérablement atténués, et les causes essentielles étaient restées seules. L'Européen a vécu au milieu d'elles; et pourtant il subissait une moyenne dépassant de plus de 4° la fatale ligne 18°, qu'un savant médecin lui a opposée comme une barrière qu'il ne saurait franchir sous peine de mort pour sa race. Ajoutons qu'on ne peut attribuer à l'oisiveté cet état sanitaire satisfaisant; car le soldat travaillait avec activité, et tout ce qui existe à Biskara, jardins potagers voisins de la Casbah, habitations, fortifications, tout cela est dû à nos militaires.

La dyssenterie est l'affection qui, pendant le séjour de M. Bédié, a presque exclusivement causé la mortalité; elle règne en août, mois le plus chaud de l'année. Les diarrhées simples n'ont pas eu de gravité. Les maladies des organes respiratoires se sont montrées rares, puisque M. Bédié n'a observé que cinq bronchites, une pneumonie et cinq pleurésies, sur un effectif de 500 hommes. Deux fièvres typhoïdes ont été notées.

La loi de la coïncidence des abcès du foie avec la dyssenterie, loi formulée par deux médecins militaires, MM. Haspel et Catteloup, a reçu une nouvelle confirmation à Biskara. Sur 10 hommes morts de dyssenterie, on a trouvé dix fois des collections purulentes dans l'organe sécréteur de la bile. C'est dire implicitement que les maladies du foie sont communes à Biskara; M. Bédié, pour être complet, aurait dû dégager ce fait.

Les ophthalmies sont endémiques à Biskara, surtout en novembre. Selon M. Beylot, elles affectent toutes les parties de l'œil. Le traitement abortif en vient toujours à bout, quand on les prend dès l'origine. M. Beylot n'a échoué dans aucun des 156 cas traités dans son hôpital. Si on laisse le malade sans traitement, il en résulte, au contraire, quelquefois des désordres irréparables; c'est ce qu'on observe fréquemment sur les indigènes.

M. Beylot a, sur ces ophthalmies, des opinions qui appellent le contrôle d'observations subséquentes : il leur attribue de la parenté avec les fièvres paludéennes; il a constaté que ces deux sortes d'affections se remplacent quelquefois mutuellement et alternent; que ces ophthalmies sont très-souvent rémittentes, parfois même intermittentes; que le sulfate de quinine à l'intérieur, sans préjudice du collyre au nitrate d'argent, rend de réels services, etc. M. Bédié ne consigne, dans sa thèse, aucune remarque semblable.

Il nous reste à parler d'une dernière affection bien remarquable, très-fréquente, endémique à Biskara, appelée *abba* dans le pays, et qui est incontestablement la même que le bouton d'Alep. Elle se développe en septembre ou octobre, et atteint presque tous les étrangers ayant de deux à trois mois de séjour. Les indigènes prétendent qu'on ne l'a qu'une fois dans sa vie. M. Pogaioli a soutenu à tort, dans sa thèse, qu'elle est exclusivement propre à Biskara. D'abord l'abba n'est autre, avons-nous dit, que le bouton d'Alep; en second lieu, on la retrouve sur d'autres points de l'Algérie et jusque dans le Tell (environs de Tlemcen, de Daya, bords de la Maloula). MM. Beylot et Bédié s'accordent à dire que le traitement qui réussit le mieux consiste presque dans une prévoyante expectation; la méthode abortive, la cautérisation ne parviennent pas à arrêter ses progrès; il faut que le bouton poursuive et complète son évolution. Cette circonstance, et l'assertion des indigènes sur l'immunité acquise par une première atteinte de l'*abba*, nous portent à penser qu'il y aurait peut-être lieu de rechercher si le bouton de Biskara et d'Alep ne serait pas une crise nécessaire, ou même s'il ne dépendrait pas d'une sorte de fièvre éruptive à symptômes généraux lents et obscurs.

Telle est l'oasis de Biskara au point de vue topographique et médical. L'espace que nous lui avons consacré indique assez l'importance que nous attachons à l'exploration de cette localité, sous le rapport de la pathologie et de la météorologie; et les détails dans lesquels nous sommes entré, en empruntant à chaque pas à M. Bédié, disent si clairement l'estime dans laquelle nous tenons son travail, que nous pouvons nous dispenser de tout autre éloge. F. J.

VARIÉTÉS.

— Prix sur la syphilis. — Un prix de 300 fr. est offert par M. Diday au médecin qui aura adressé dix observations de syphilis constitutionnelle due à la blennorrhagie.

Ces observations devront :

1° Être relatives à des hommes;

2° Porter sur des sujets actuellement vivants, et résidant en France;

3° N'avoir trait qu'à des individus chez qui la première invasion de la syphilis constitutionnelle ne datera pas, au 1er juillet 1851, de plus de trois ans;

4° Contenir le nom et l'adresse de ces individus, sous paquet cacheté, lequel ne sera ouvert que par le rapporteur de la commission.

Ces conditions sont exigées afin de permettre une vérification de l'état présent et antérieur de ces malades, vérification que l'auteur du concours se réserve de faire faire par des médecins spécialistes.

Le compétiteur ne sera point tenu de présenter ses malades; il devra seulement avoir obtenu d'eux de consentir à se laisser visiter, dans le lieu de leur résidence, en secret, par un ou plusieurs médecins.

Les observations ne seront publiées, en aucun cas, que du consentement de leur auteur.

Ces observations, lisiblement écrites en français, et signées, devront être adressées *franco*, avant le 1er août 1851, à M. le docteur Candy, secrétaire général de la Société de médecine, à Lyon, grande rue des Feuillants, 1.

Une commission, nommée par la Société de médecine de Lyon, statuera sur le mérite de ces travaux, et le prix sera décerné, s'il y a lieu, dans le mois de janvier 1852.

— Une commission est instituée auprès du ministère de l'instruction publique pour examiner si l'organisation actuelle des écoles supérieures de pharmacie ne serait pas susceptible de quelques modifications, et notamment s'il n'y aurait pas lieu de réduire le nombre des chaires dont ces écoles sont dotées, en considération des chaires analogues qui existent dans les Facultés de médecine ou des sciences près desquelles elles sont placées.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

CONSTITUTION MÉDICALE.

MALADIES RÉGNANTES.

Nous serons bientôt en possession des données météorologiques et des documents statistiques dont nous avons besoin pour l'étude de la constitution médicale du premier trimestre de 1850. Nous reprendrons alors avec le soin et l'étendue convenables le cours de nos Revues trimestrielles; mais nous croyons devoir signaler dès maintenant certains caractères, datant déjà de cinq ou six semaines, encore empreints dans les maladies actuellement régnantes, et dont l'indication perdrait une partie de son intérêt et de son utilité si elle ne venait avant leur entière et sans doute prochaine disparition.

Tous les praticiens savent qu'un grand nombre de fièvres éruptives se sont montrées à Paris pendant le premier trimestre, principalement depuis le commencement de mars. Tous ont été frappés en même temps de la fréquence des catarrhes pulmonaires et des pleuro-pneumonies, surtout chez les enfants. Mais ce qui peut n'avoir pas été suffisamment remarqué de tout le monde, ce qu'il est utile de consigner ici, c'est le lien qui a paru rattacher, dans un très-grand nombre de cas, les deux ordres d'affection. Voici de quelle manière.

Les enfants présentaient pendant plusieurs jours, plus ou moins complétement, l'ensemble des symptômes prodromiques d'une éruption cutanée aiguë, telle que la rougeole ou la scarlatine : coryza, éternuements, rougeur des conjonctives, larmoiement, angine, toux sèche, sueurs vers le deuxième ou troisième jour. Chez un certain nombre, l'éruption suivait son cours, sans offrir d'ailleurs d'anomalies bien notables. Mais chez d'autres, on était surpris de voir la détermination morbide se faire tout entière du côté des voies respiratoires. Quelques-uns même offraient sur le cou et sur la poitrine quelques taches non équivoques de rougeole qui s'effaçaient presque aussitôt, en même temps que les poumons s'engorgeaient, preuve manifeste d'un rapport originel, d'une grande analogie de nature, entre ces deux localisations si différentes.

Mais cette sorte de parenté se trahissait par d'autres circonstances. Les phlegmasies bronchiques et pulmonaires qui avaient ainsi succédé aux prodromes ordinaires des fièvres éruptives, participaient jusqu'à un certain point des caractères des éruptions auxquelles elles se substituaient. Elles se faisaient remarquer par leur diffusion et leur marche errante. Cette universalité qui appartient à la bronchite concomitante de la rougeole, et qui se révèle par l'existence de râles sonores dans toute l'étendue du thorax, on la constatait chez des sujets absolument exempts d'éruption, après en avoir offert les symptômes précurseurs. A ces bruits anormaux succédait bientôt le râle crépitant qui tantôt se répandait de proche en proche avec une grande rapidité, tantôt quittait presque subitement un côté pour se montrer de l'autre et se fixer définitivement. Quelquefois, c'était la plèvre qui devenait le siége des principales lésions, et l'épanchement ne tardait pas à se former; mais ce n'était pas l'ordinaire, et il nous a même semblé que, dans les cas spéciaux dont nous parlons, la pleurésie se joignait moins fréquemment que de coutume à l'inflammation du parenchyme.

Nous avons vu chez plusieurs sujets les signes locaux de la bronchite ou de la pneumonie s'évanouir, sous l'action d'un large vésicatoire, avec une rapidité tellement insolite qu'il nous serait bien difficile de ne pas y reconnaître un témoignage de la nature particulière, ou pourrait dire éruptive, de la maladie. Du râle sibilant mêlé de râle crépitant, s'étendant dans une bonne partie de l'une des parois postérieures du thorax, disparaissait du matin au soir, quelquefois pour ne plus reparaître et sans contre-coup fâcheux dans un autre point de l'organisme, d'autres fois, au contraire, pour se montrer de l'autre côté de la poitrine. Dans la majorité des cas, soit que la phlegmasie se fût établie tout d'abord sur une partie de l'organe pulmonaire, soit qu'elle eût attaqué successivement plusieurs points avant de se fixer, les moyens thérapeutiques consacrés ne nous ont pas paru jouir de toute leur efficacité habituelle. Les saignées, en particulier, ne donnaient pas de résultats bien avantageux. Aidées des vésicatoires, elles n'amenaient souvent qu'une rémission des symptômes généraux et un amendement des symptômes locaux, bientôt suivis de rechute. Plusieurs enfants, observés dans la pratique civile, ont pu être ainsi, à deux ou trois reprises, considérés comme entrant en convalescence, et sont devenus pour le médecin et la famille de fâcheux sujets de déception. Il n'est pas jusqu'à la méthode rasorienne, ordinairement si puissante, qui ne nous ait paru rencontrer une résistance particulière dans la nature exceptionnelle du mal, et chez l'enfant et chez l'adulte. Autant que nous avons pu en juger d'après nos observations en ville et dans un grand service de pathologie interne, les résultats obtenus par cette méthode ont été médiocrement satisfaisants. On tirait meilleur parti de l'emploi répété de l'ipécacuanha et de l'émétique à dose vomitive, surtout en y joignant l'usage modéré des opiacés; on avait ainsi l'avantage de débarrasser les voies respiratoires des mucosités toujours très-abondantes qui les obstruaient et de provoquer à la transpiration, effet précieux dans une affection en apparence constituée par le refoulement d'une éruption de la peau. La poudre de Dower satisfaisait très-bien à cette double indication.

On voit par ce qui précède que la constitution médicale qui vient de régner à Paris semble avoir fourni en grand l'exemple d'une maladie dont l'existence n'est pas reconnue par tous les pathologistes : nous voulons parler de la *rougeole sans éruption*. Signalée par Dehaen, Gregory, Guersant, M. Blache, elle rencontre encore beaucoup d'incrédules. Nous ne croyons pas qu'il puisse rester de doute dans l'esprit de ceux qui ont observé avec soin les maladies régnantes du dernier trimestre.

Nous ne savons s'il existe une condition étiologique quelconque, conditio météorologique ou autre, commune à la forme morbide que nous venons d'indiquer et à quelques autres formes assez insolites soit par ellesmêmes, soit par l'époque à laquelle elles se sont montrées. Ainsi le mois de mars et le commencement d'avril ont été assez féconds en fièvres typhoïdes, dont bon nombre se sont fait remarquer par un caractère pernicieux, par un degré très-prononcé des phénomènes adynamiques. Nous avons vu aussi des douleurs d'apparence névralgique, excessivement poignantes, sauter brusquement d'un point du corps à un autre, parcourir tour à tour l'épaule, les parois thoraciques, le bassin, la cuisse, le mollet, les pieds, passer de gauche à droite ou de droite à gauche, revenir plusieurs fois aux mêmes parties, amener à la poitrine une pleurodynie intolérable, au membre inférieur une sciatique très-caractérisée, etc., toujours accompagnées de lipothymies fréquentes, d'affaiblissement extrême du pouls, de refroidissement des extrémités, de sécheresse râpeuse de la langue, de constipation. Un caractère singulier de ces douleurs, c'est qu'après s'être montrées

---

Feuilleton.

GALERIE MÉDICALE.

N° XIX.

PARISET (ÉTIENNE) (1).

..... *Extinctus amabitur idem.*
(Horat., lib. II, epist. I.)

Il est deux caractères communs à presque tous les hommes illustres qui commencent leur carrière, quel qu'en soit d'ailleurs le but, c'est la pauvreté et l'obscurité. Pariset les eut tous les deux et a un tel degré qu'il eût été impossible de prévoir la célébrité future de ses travaux, l'éclat de son talent et la hauteur du rang scientifique et littéraire auquel il parvint dans la suite. Mais si la fortune l'avait déshérité de ses dons, la nature en revanche lui avait prodigué les siens. Un esprit facile et pénétrant, une mémoire prodigieuse, une volonté plus forte que les obstacles, tel fut le triple levier à l'aide duquel il sut se faire un nom glorieux, cher à tous les médecins éclairés, et dont l'auréole se perpétuera tant qu'il y aura de ces hommes pour qui la justice est une passion et la vérité un besoin.

L'historique de sa vie est assez connu. On sait que Pariset naquit le 5 août 1770, à Grand, petit village des Vosges peu éloigné de Châteauneuf. Ses parents étaient de pauvres artisans, mais ils avaient cette rectitude de jugement et de conscience faite pour donner une excellente éducation domestique, celle qui hâte par les exemples, d'une façon merveilleuse, la maturité sans tuer la jeunesse chez ceux qu'elle forme à la vie. Mon père mourut à 80 ans, et lui-même racontait que sa mère dit alors: Mon vieux compagnon est mort, je n'ai plus rien à faire sur la terre, et elle le suivit au bout de vingt-quatre heures. Par un bonheur tout particulier, Pariset, en place de son frère aîné malade, fut envoyé à l'âge de cinq ans chez un de ses oncles, parfumeur à Nantes. Un roulier voulut bien l'accueillir sur sa voiture, dans un panier placé au-dessous; mais en route il eut un de ses pieds presque écrasé et il souffrit longtemps de cette blessure. A peine arrivé, on l'envoya aux petites écoles. Enfin à onze ans, il devint garçon parfumeur, chargé ou plutôt à son âge surchargé de la partie de l'*emballage* et des commissions. Parmi les chiffons et les paperasses que le pauvre apprenti remuait sans cesse, il aperçut un livre qui n'avait ni commencement ni fin; c'était un volume de Molière. Pariset le prend, le lit, mais avec un empressement si vif et si curieux, avec une attention si exaltée, qu'il éprouva à peu de chose près ce que Malebranche sentit à la première lecture du Traité de l'homme, par Descartes, il eut des palpitations de cœur, presque des éblouis-

(1) Cette *notice biographique* m'avait été demandée pour une édition complète projetée des œuvres de Pariset.

purement névralgiques en plusieurs endroits, sans complication de la moindre rougeur ou du moindre gonflement, elles n'avaient pas plus tôt attaqué un endroit nouveau qu'on voyait les tissus correspondants se tuméfier et revêtir cette rougeur inégale et en traînées qui caractérise la lymphangite. Même alors (phénomène remarquable) douleur et gonflement émigraient encore quelquefois subitement et à de grandes distances. Nous avons vu un malade qui, après avoir été torturé de douleurs semblables, au point de courir danger de mort, en éprouva une très-violente à la cuisse droite. Cette partie goofle et rougit. Il y avait quelques heures à peine que nous avions constaté cet état de nos yeux, quand, rappelé auprès du malade, nous le trouvons en proie à une douleur atroce du mollet gauche, qui est à son tour rouge et tendu. Le membre gauche tout entier finit par se prendre, et offrit tous les caractères d'une lymphangite profonde. Le sujet a fini pourtant par guérir.

Ces différentes formes de maladies régnantes retrouveront leur place dans la prochaine *Revue sanitaire.*

SYPHILIS.

MÉMOIRE SUR LA TRANSMISSION DE LA SYPHILIS DES NOUVEAU-NÉS AUX NOURRICES; par E. BOUCHUT, médecin des hôpitaux.

Le fait de la transmission des accidents syphilitiques des nouveau-nés aux personnes qui les entourent, et particulièrement aux nourrices chargées de les élever et de les nourrir, n'est pas généralement admis. On y croit, mais on ne saurait le défendre contre ceux qui voudraient nier son existence. C'est peut-être une opinion, mais ce n'est pas encore une vérité.

Cependant c'est là une question grave, et dont la solution intéresse vivement l'hygiène publique et la jurisprudence médicale. Il n'importe pas moins de prévenir l'infection syphilitique des nourrices mercenaires dans les bureaux de location, par le refus des enfants suspects, que de faire indemniser celle qui a bien réellement contracté la syphilis d'un nourrisson infecté.

Nul doute qu'un enfant infecté de syphilis primitive, résultant du contact d'une personne étrangère infectée, ne puisse, à son tour, transmettre l'infection à sa nourrice. C'est là un fait qui n'a rien que de très-naturel, qui rentre dans les lois ordinaires de la contagion syphilitique, et qui ne saurait être contesté.

Mais la syphilis congéniale, mais la syphilis héréditaire, qui n'a pour manifestation que des accidents secondaires souvent mal déterminés, peut-elle se transmettre à la nourrice? Voilà la vraie question, question difficile que nous avons pris à tâche de résoudre en utilisant le petit nombre de faits que la science a mis à notre disposition.

On a déjà, depuis longtemps, signalé la possibilité de la transmission des accidents syphilitiques du nouveau-né à la nourrice. Cette assertion se retrouve dans les écrits de quelques-uns de nos plus anciens syphilographes; mais soit que chez eux cette idée résultât d'une conviction théorique plutôt que d'une étude attentive des faits, ils semblent ne pas y avoir ajouté beaucoup d'importance.

En 1523, Jacques Catanée, disait : *Vidimus plures infantulos lactentes, tali morbo infectos, plures nutrices infecisse.* (TRACTATUS DE MORBO GALLICO.) Plus tard, Nicolas Massa exprimait la même opinion, sans plus de preuves, et accidentellement, tout en parlant d'autre chose, absolument comme Faguer, Doublet et Bertin à notre époque, dans leurs mémoires sur la maladie vénérienne des nouveaux-nés. Quoique légèrement données, ces indications n'en sont pas moins dignes d'intérêt; elles prouvent au moins que des remarques judicieuses, vérifiées par le temps, ont été faites sur le sujet. Bertin surtout, dont l'ouvrage est fort important, signale le fait de contagion syphilitique des nourrissons à la nourrice de la manière la plus explicite. C'est une des propositions du début de son livre, et l'on est tout étonné de ne plus en trouver le développement dans le cours de la dissertation qui ne renferme qu'un fait à cet égard, encore est-il moins certain que probable.

Cullerier a essayé de réparer l'omission de Bertin, et dans ce but, il a publié dans le JOURNAL DE MÉDECINE un mémoire spécial, suivi de cinq observations à l'appui. Malheureusement une seule d'entre elles justifie son titre, et il serait difficile de juger dans les autres si c'est l'enfant qui a infecté la nourrice, ou si, au contraire, c'est la nourrice qui a infecté son nourrisson. Néanmoins ce travail accuse nettement l'opinion de son auteur, et l'observation qui reste pour lui servir de base ne saurait être attaquée. C'est une fille de deux mois, issue de parents syphilitiques et confiée à une nourrice mercenaire. Des pustules commençaient à se développer sur les grandes lèvres et à l'anus. La nourrice, bien portante, n'avait alors rien aux mamelons, ni aux parties génitales, ni sur le corps. Au bout de huit jours les symptômes s'étaient développés chez l'enfant, et les seins de la nourrice présentaient des ulcérations. L'enfant fut aussitôt retirée, et l'on donna une indemnité à la nourrice pour se faire guérir.

Il y a quelques années, M. Bouchacourt a publié une observation analogue rapportée par le REVUE MÉDICALE, et il en a tiré la juste conclusion que la syphilis d'un nouveau-né pouvait se transmettre à sa nourrice.

Voici le fait :

OBS. I.—Un enfant de deux mois, nourri jusqu'alors par une jeune femme, qui, au bout de quelques jours, était tombée malade et avait présenté des ulcères aux deux seins, des glandes engorgées au col et à la tête, fut repris par ses parents pour être offert à une seconde nourrice. Il avait alors la face gonflée couverte de boutons, les narines obstruées par la suppuration, et il ne pouvait crier.

La nourrice qui le recevait était bien portante, mère de quatre enfants, el son dernier, âgé d'un an, était en très-bonne santé.

Après six semaines de lactation, cette femme, à son tour, vit apparaître de petites pustules, des crevasses et des ulcères autour du mamelon gauche; les glandes de l'aisselle s'engorgèrent, l'une d'elles devint dure et douloureuse; son propre enfant eut bientôt le visage couvert de pustules, les lèvres excoriées; il eut une ophthalmie purulente et plus tard des pustules sur le dos, sur la nuque, sur la poitrine et autour de l'anus. Sa fille aînée, âgée de douze ans, qui soignait et embrassait maintes fois par jour le nourrisson étranger, fut aussi affectée; elle fut prise d'une inflammation vive de la bouche avec ulcération de la muqueuse buccale.

La nourrice se fait traiter, on examine ses parties génitales, celles de son mari, qui ne présentent aucune altération ni aucune cicatrice. Cependant les médecins sont d'accord; il n'y a point de doute sur l'existence d'une affection syphilitique; on la traite comme telle et elle guérit.

---

sements; on eût dit que l'esprit, plein d'une sève précoce et prompte à jaillir, s'était tout à coup éveillé en lui. Aussi le jeune Pariset, fidèle à cette voix inspiratrice, se prit-il à lire jour et nuit, et les meilleurs ouvrages, qu'un de ses camarades, petit clerc d'une paroisse voisine, voulait bien lui prêter. Telle fut la première pierre posée de son avenir et de sa célébrité. Son oncle, excellent homme, frappé de cette aptitude, dit un jour à sa femme: Je vois bien qu'Étienne veut être savant; eh bien! qu'il soit un savant; on envoya donc le petit embalieur au collége des Oratoriens, peut-être y reçut-il les leçons du grand révolutionnaire Fouché, alors dans les honneurs obscurs d'un régent de quatrième ou de seconde. Le jeune écolier devint en effet savant dans les langues de l'antiquité; le grec surtout lui plaisait singulièrement, c'est la langue des grands hommes, disait-il; je m'y abreuve de leurs pensées et de leurs exemples. Peut-être dut-il à cette prédilection ce qu'il eut toujours, cette noble hallucination de l'idéal et de la vertu, la plus belle passion de la jeunesse.

Cependant la révolution éclatait avec violence, le sang coulait, la discorde et la guerre étaient partout; Pariset, devenu *réquisitionnaire,* partit pour la Vendée, mais il y resta peu de temps. Fut-il combattre ou non parmi les Vendéens? lui-même ne s'expliquait pas nettement à ce sujet. Toujours est-il qu'il rédigea la pétition de madame de Bonchamp, et il l'écrivit de manière que le représentant du peuple Pons (de Verdun), le faiseur de petites poésies et l'ordonnateur de massacres, motiva un rapport favorable d'après les termes mêmes de cette pétition. Parvenu on ne sait comment à se faire réformer, Pariset revint à Nantes et se mit à étudier la médecine. Les blessés abondaient et les secours devenant de plus en plus insuffisants, on réclamait de toutes parts des aides chirurgiens pour les écoles de santé. Pariset concourut et fut envoyé à Paris comme *élève de la patrie* et pensionné de l'État. Mais comment alors était-on passionné? par un titre et des promesses le plus souvent illusoires; le jeune chirurgien l'éprouva, et cette coupe de malheurs, d'inquiétude et de misère portée à ses lèvres depuis son enfance était loin d'être épuisée; il y restait la lie et elle ne lui fut pas épargnée. Se trouvant à Paris à cette horrible époque de 93 et 94 dont on a dit: « Le crime allait croissant, le sang lavait la boue. » Une disette cruelle et factice se déclara; c'est alors qu'on voyait à la porte de chaque boulanger de longues files de gens affamés, armés de leur carte civique, faisant retentir de toutes parts cet étrange et funèbre cri: *Vive la république! il n'y a pas de pain dans la boutique!* En effet, n'en avait pas qui voulait. Or qu'on juge de la position d'un jeune homme sans fortune, sans appui, sans famille; aussi cette position offrait-elle le dénûment de tout porté au plus haut degré. Pariset souffrit, ainsi qu'un de ces amis, nommé Baudry, toutes les angoisses de la faim. J'étais condamné, disait-il, dans mon réduit obscur au supplice d'Ugolin dans la tour de Pise. Poussés à bout par le malheur, plus d'une fois les deux amis qui s'étaient procuré de l'opium, disaient: Est-ce pour aujourd'hui? sera-ce pour demain? tant l'aiguillon de la misère les pressait de quitter une vie aussi déplorable. Cependant un bon ange apparut tout à coup au pauvre Pariset, c'était un de ses amis, le jeune Riouffe, si célèbre depuis par son ouvrage sur les prisons pendant la terreur, et dont il épousa plus tard la belle-mère. Veux-tu du pain, dit-il à Pariset? — Et sur-le-champ, répondit celui-ci, et de plus quelques vêtements, car placé à la hauteur de l'époque actuelle, à la lettre je suis un vrai *sans culotte.* — Il s'agit, dit Riouffe, de faire

Voilà donc uu enfaul qui infecte successivement ses deux nourrices, et qui est en même temps l'occasion d'une infection semblable chez deux peronnes étrangères en rapport avec lui.

Nous rapprocherons de ce premier fait trois observations publiées par le docteur John Egan, dans le JOURNAL DE DUBLIN; quoique incomplètes sous beaucoup de rapports, elles n'en sont pas moins propres à éclairer la questions que nous agitons dans ce mémoire.

ULCÈRE AU SEIN; ÉRUPTION PUSTULEUSE (SLOUGHING); ÉROSION A LA PAROI POSTÉRIEURE DU PHARYNX; INOCULATION; RÉSULTAT NÉGATIF.

OBS II. — Rose Mac-Avenney, 34 ans, d'une vie régulière, mariée et mère de trois enfants. Son mari est d'une conduite irréprochable. Entrée le 1er juin 1844.

Cette femme déclare qu'au mois de décembre dernier elle fut chargée comme nourrice d'un enfaot de sept semaines qui paraissait jouir d'une santé parfaite. Au bout d'une semaine une éruption se déclara d'abord aux *nates*. Puis à la partie interne des cuisses cette éruption disparut et reparut plusieurs fois. Ce fut le seul symptôme de maladie qu'elle éprouva jusqu'à il y a deux mois; depuis lors elle eut mal à la bouche et la muqueuse avait une tendance à se détacher des lèvres. Jusqu'à cette époque elle avait continué à allaiter son enfant sans y voir le moindre danger pour elle, et bien qu'on eût insisté pour qu'elle y renonçât.

On aperçoit à la partie interne des cuisses et des bras de l'enfant une éruption écailleuse pen prononcée; quelques taches sont disséminées sur son corps; il n'existe aucune excroissance, *condylomatous*, ni aucune autre affection au voisinage de l'anus ou du vagin, et la bouche est parfaitemeot guérie.

Un ulcère de la graudenr d'un noyau de prune, de forme irrégulière, à bords inégaux et légèrement renversés, se voit sur la droite du mamelon gauche de la nourrice. Il se ferma peu de jours après que la bouche de l'enfant devint malade, en commençant par une simple crevasse qui a toujours été en s'agrandissant. Il est indolent. Les ganglions du voisinage n'ont point augmenté de volume. Depuis buit jours, elle se plaint de mal de gorge, une congénère crypthémateuse se voit à travers « *the back of the fauees*; » mais on n'aperçoit aucune ulcération. Augmentation de vascularité de la conjonctive palpébrale; sécrétion anormale de la glande; du reste l'œil est sain. (Inoculation au bras avec du pus de l'ulcère; cinq grains iodite de potassium dans une décoction de salsepareille, trois fois par jour. Le soir, frictions sur les paupières avec pommade au nitrate de mercure; compresses sur les parties affectées avec le sous-borate de soude et le carbonate de chaux dans parties égales d'esprit rectifié et d'eau. A l'enfant deux grains d'hydrargyrum concreta, deux fois dans les vingt-quatre heures.)

4 juin. Nourrice. État de la gorge amélioré; l'ulcère a meilleure apparence; douleurs de tête et dans le dos. (Même traitement.)

17 juin. Plus de douleurs; la gorge est bien; la conjonctive n'est plus enflammée; les paupières ne sont plus collées ensemble; l'ulcère diminue de grandeur. Effet de l'inoculation nul.

L'enfant. L'éruption disparaît; il est généralement mieux.

30 juin. L'ulcère du sein est complétement guéri. L'enfant ne présente plus de vestiges d'éruption; il paraît parfaitemeot bien portant.

5 juillet. La malade sort de l'hôpital où elle rentre de nouveau le 19 octobre.

Elle n'a pas été bien portante depuis qu'elle a quitté l'hôpital. Peu après sa sortie, des taches cuivrées parurent sur les bras et les cuisses. Elle a pris dernièrement des pilules qui ont produit le ptyalisme. Sa face est recouverte d'une éruption pustuleuse de nombreuses pustules occupent égalemeot les fesses et la partie supérieure des cuisses. L'orifice du vagin est rempli de pustules blanchâtres aplaties « *tuberculated condylomatous.* »

A la paroi postérieure du pharynx, on aperçoit des granulations recouvertes d'une couche légère de mucus purulent. La déglutition est difficile et douloureuse; l'appétit est nul; la voix est couverte; mais il n'y a pas aphonie; douleurs dans les articulations des genoux; oppression; sensation d'un poids pesant sur le cœur; palpitation; transpiration abondante pendant la nuit qui produit un soulagement considérable.

Amaigrissement considérable depuis que la malade a quitté l'hôpital; le pouls est à 120, petit et faible; gencives molles.

L'enfant est mort il y a six semaines, à la suite d'une diarrhée prolongée.

Le pharynx est touché avec le nitrate acide de mercure. La malade est de nouveau soumise à l'hydrodate de potasse avec la décoction concentrée de salsepareille.

A l'aide de ce traitement et d'un régime constant, la convalescence fut lente, mais régulière. Il y eut desquammation de la peau; l'embonpoint revint rapidement, et la gorge fut complétement guérie le 24 février lorsqu'elle fut renvoyée.

La malade eut encore une récidive du mal de gorge pour laquelle elle vint se faire traiter à l'hôpital.

ULCÈRE AU SEIN; ÉRUPTION ÉCAILLEUSE; ULCÈRE RONGEANT DES AMYGDALES.

OBS. III. — La femme Henry Fino, 36 ans, de mœurs irréprochables, mariée et mère de quatre enfants, entrée le 14 mars 1845, fut chargée comme nourrice, il y a un an, d'un enfant de six semaines paraissant parfaitement bien portant. Au bout d'un mois une éruption ayant paru sur le corps de l'enfant, elle réclama de suite les soins d'un medecin. Mon ami le docteur Isdall fut consulté, et soupçonnant une affection syphilitique il prescrivit les antisyphilitiques et recommanda à cette femme de renoncer à son nourrisson. Cependant elle ne tint aucun compte de cet avis, et croyant s'apercevoir que l'état de l'enfant s'améliorait sous l'influence du traitement qu'elle suivait, elle continua à l'allaiter (l'éruption avait presque disparu alors) jusqu'à il y a six semaines sans en éprouver le moindre inconvénient, bien que l'éruption ait reparu à plusieurs reprises. A cette époque, elle remarqua quelques pustules sur la langue et le palais de son enfant et une salivation abondante; peu après ses lèvres se gercerent. Ne l'ayant pas amené avec elle, l'enfant n'a pas été examiné.

A chaque sein, elle porte un petit ulcère. Celui du côté droit est immédiatement au-dessus du mamelon, et offre le diamètre d'un pois. Celui du côté gauche est un peu moins étendu; il se trouve sur le mamelon même, à sa partie supérieure. Ces ulcères fournissaient un peu de pus, mais ne jettent plus dans ce moment. Elle a pris pour seul traitement et dans la dernière quinzaine 4 pilules (supposées mercurielles).

C'est à peu près à cette époque qu'il s'est déclaré une éruption d'abord à la partie postérieure des avant-bras, aux poignets, puis successivement au cou et au front; elle est de nature écailleuse et bien caractérisée. Mal de gorge; déglutition difficile. La voûte palatine (*uvula*) et les amygdales sont très-enflammées. La paroi postérieure du pharynx présente une apparence morbide. (1 grain proto-iodite de mercure avec un demi-grain d'extrait de ciguë en pilules, trois fois par jour.)

19 mars. L'inflammation de la gorge a presque cédé; la déglutition est devenue facile; la paroi postérieure du pharynx plus pâle que dans l'état normal. Les ulcères ont pris un bon aspect; la bouche est guérie.

21. Les ulcères du sein ont beaucoup diminué d'étendue; commencement de desquammation de la peau.

24. Ulcères presque guéris. L'éruption disparaît. La bouche malade par l'effet du mercure. (Supprimé les pilules; gargarisme aluminé; un bain tiède.)

16. Rentrée à l'hôpital pour mal à la gorge. A la partie postérieure de l'amygdale du côté droit, il existe un ulcère (*uvula* et *velum*) très-relâché, mais pas enflammé. La voix est très-altérée. Elle parle très-bas. L'éruption a reparu

---

l'éducation de deux enfants; tu auras le vivre, le couvert et trois mille francs d'appointements. A cette proposition, Pariset réfléchit un instant et répond: Non, je volerais leur argent; donne-moi vingt-quatre heures de réflexion. Mais son compagnon de misères l'eut bientôt décidé, et surtout par cette raison: Tu gagneras du pain pour deux. Dès lors Pariset n'hésite plus, et il entre comme précepteur dans l'excellente famille P..., qui sut bientôt l'apprécier, l'aimer et le protéger. C'était un grand pas de fait, et depuis cette époque Pariset gagna dans l'opinion publique; il se fit des amis dans plusieurs classes de la société, notamment chez les gens de lettres, parmi lesquels il sut toujours garder un rang distingué. Toutefois, malgré ses occupations littéraires et préceptorales, mais surtout après la mort de ses deux élèves, il se livra à l'étude de la médecine qu'il regarda toute sa vie comme la première des sciences et la plus utile des professions, pour peu qu'on ait le désir de faire le bien pour l'amour de Dieu et par amour de l'humanité. Ce ne fut pourtant qu'à trente-cinq ans qu'il fut reçu docteur en médecine, et sa thèse, qui n'offre rien de remarquable, a pour titre: DES HÉMORRHAGIES UTÉRINES. A cet âge, avec le caractère et les habitudes du nouveau médecin, il était difficile de se livrer à la pratique, plus difficile encore de se faire une clientèle. Pariset voulut donc s'ouvrir pour ainsi dire une autre carrière, et il y parvint complétement. Déjà connu par quelques travaux, aidé de plusieurs amis, il fut nommé à différentes époques et successivement membre du conseil de salubrité publique, médecin de Bicêtre, puis successeur de Pinel à la Salpêtrière. Avec la même ardeur qu'il avait fait autrefois une tragédie en cinq actes, ÉLECTRE, imitation de Sophocle, il fit des articles dans le DICTIONNAIRE DES SCIENCES MÉDICALES, il publia avec des notes une traduction des APHORISMES D'HIPPOCRATE, etc. Il espérait aussi de mettre au jour certains ouvrages qu'il composait chaque matin, puis qu'il oubliait le soir, car faire sortir de son cerveau cette Minerve tout armée ne lui fut pas possible.

Pariset, avec la forte éducation des événements et de la nécessité, sans avoir la turbulence maladive de la médiocrité ambitieuse, remuait, s'agitait, gagnait de plus en plus dans l'opinion publique, mais ne comptait point encore parmi les célébrités. Très-savamment mondain, très-coquettement érudit, il lui manquait une occasion pour se montrer un médecin de premier ordre. Cette occasion se présenta enfin; il la saisit avec empressement, et surtout avec un rare discernement. Sur un petit mot que lui écrivit M. Decaze, ministre, dans une séance du conseil des prisons, il accepta la mission d'aller à Cadix étudier la fièvre jaune; mais quand il arriva, l'épidémie avait cessé. Elle éclata de nouveau à Barcelone en 1821, et Pariset se hâta de s'y rendre avec ses honorables et intrépides amis Bally, François et le jeune Mazet. Personne n'ignore l'admirable zèle que ces médecins déployèrent dans cette terrible circonstance. Que la fièvre jaune soit contagieuse ou non, ils n'en étaient pas moins dans le foyer où elle sévissait avec fureur; ils n'en respiraient pas moins une atmosphère empoisonnée, et les périls auxquels ils s'exposaient prouvaient, aux yeux de tous, la grandeur de leur dévouement. La mort de l'infortuné Mazet en est d'ailleurs la preuve manifestement douloureuse. Rien de plus touchant que la lettre que Pariset écrivit à ce sujet; elle eut un grand retentissement en France, et contribua beaucoup à donner à la commission cet éclat, cette consécration du sacrifice qui lui valut plus tard les récompenses de la nation. Pariset était surtout l'objet de l'admiration publique: on citait des fragments de ses lettres, on

sur quelques points du bras. (5 grains d'iodite de potassium dans la décoction concentrée de salsepareille, trois fois par jour ; pédiluve.)

Sous l'influence de ce traitement, la convalescence se fit régulièrement, et la malade est renvoyée guérie le 30 juin.

7 avril. *Exeat.*

Le troisième et dernier cas que je vais citer diffère des deux précédents en ce que la malade fut employée seulement comme domestique. Son âge, d'ailleurs, ne lui permettait plus d'être nourrice.

ÉCORCHURE PAR LAQUELLE LE VIRUS PARAIT AVOIR PÉNÉTRÉ DANS L'ORGANISME; ÉRUPTION DE NATURE DOUTEUSE ET SUSPECTE.

OBS. IV. — Elisa Walsh, 60 ans, de mœurs sobres, veuve depuis sept ans, mère de neuf enfants, entrée le 25 avril 1843.

Il y a trois mois qu'elle prit en sevrage un enfant de mauvaise santé qui avait mal autour des « *nates* » et de la bouche. La bouche était d'une couleur brunâtre et laissait échapper une abondante salive. Un jour, elle fut égratignée au cou, sans pouvoir dire si ce fut par une épingle ou les ongles de l'enfant. Étant dans l'habitude de faire reposer la face de l'enfant sur cette partie afin de l'endormir, elle suppose que c'est par le contact de sa bouche avec l'égratignure que l'infection lui a été communiquée. On voit régner le long du bord inférieur de la clavicule droite une écorchure d'environ un demi-pouce d'étendue, entourée d'une rougeur érysipélateuse qui se perd insensiblement dans les tissus voisins. Le cou et les bras sont recouverts d'une éruption dont on ne peut définir le caractère, attendu qu'elle est en voie de desquammation. Elle souffre maintenant des effets d'une abondante salivation produite par des pilules qui lui ont été prescrites au dispensaire. (Gargarisme aluminé.)

Les dents étant ébranlées et la mastication impossible, on lui donne pour nourriture de la bouillie.

30 avril. Salivation moins abondante. L'éruption continue de s'effacer. (5 grains d'iodure de potassium dans une décoction de salsepareille, trois fois le jour.)

2 mai. « *Fœtor* » mercurielle presque insupportable. (Gargarisme avec le chloride de chaux.)

5 mai. « *Fœtor* » beaucoup diminuée; salivation moins abondante. L'éruption disparaît.

12 mai. Bouche parfaitement bien, la salivation ayant cessé. La desquammation continue. La malade se sent sous tous les rapports beaucoup mieux. (On cesse le gargarisme et on continue l'iodide de potassium.)

19 mai. Éruption presque entièrement disparue, à l'exception de quelques points seulement, qui ont paru sur le bras gauche la semaine dernière.

Rien de remarquable jusqu'au 4 août, où la malade fut renvoyée guérie.

J'arrive à des faits plus importants. En voici un qui m'a été communiqué par M. Rayer.

OBS. V. — Au commencement de cette année, un médecin de Paris adressa à M. Rayer une jeune femme atteinte d'accidents secondaires de la syphilis, à savoir: d'une éruption de taches cuivreuses, situées spécialement sur le tronc, sur le front et dans les cheveux, de tubercules plats au pourtour des mamelons des seins, au nombre de deux sur chacun, de ganglions lymphatiques engorgés sous les aisselles et à la nuque, et enfin d'une ulcération au voile du palais.

D'après les renseignements donnés à M. Rayer, cette jeune femme, d'une bonne conduite et mariée à un honnête artisan, était accouchée plusieurs mois auparavant d'un enfant bien portant, étant elle-même en très-bonne santé.

Quelques semaines après ses couches, elle avait perdu son enfant en quelques jours, et d'une maladie aiguë; elle se serait alors chargée d'un nourrisson qui avait des boutons aux fesses et aux bourses, des écorchures aux commissures des lèvres, et un écoulement puriforme entre les paupières. Une huitaine de jours après avoir commencé ce nouvel allaitement, il survint aux deux mamelons de cette femme des boutons suivis d'ulcération qui rendirent l'allaitement difficile; les glandes de l'aisselle s'engorgèrent, mais le nourrisson (dont l'éruption et l'ophthalmie avaient persisté) ne tarda pas à succomber. Les ulcérations des seins finirent par guérir au bout d'un mois environ par le seul emploi de lotions adoucissantes. Mais un mois et demi plus tard, une éruption survint à la peau, de petites plaques en forme de tubercules se montrèrent aux mamelons, et, ainsi que nous l'avons dit, une ulcération se déclara dans la gorge : traitée par la tisane de Feltz et les pilules de Sédillot, à la dose de 2, puis de 3 par jour, l'éruption syphilitique et l'ulcération de la gorge avaient entièrement disparu au bout d'un mois de ce traitement. Il fut encore continué pendant quelque temps pour consolider la guérison.

Dans ce cas, la probabilité de la transmission de la syphilis du nourrisson à la nourrice est grande, le médecin a affirmé que cette femme et son mari étaient bien portants à l'époque où cette femme est accouchée; que l'enfant qu'elle avait mis au monde était sain et exempt d'éruption; que le nourrisson qu'elle a pris avait une éruption de pustules aux fesses et une ophthalmie purulente; que des ulcérations se sont d'abord déclarées aux mamelons; que les ganglions lymphatiques des aisselles se sont ensuite engorgés; que ceux des aines étaient parfaitement sains; que l'éruption syphilitique et l'ulcération de la gorge se sont déclarés un mois et demi environ après les excoriations du mamelon. Ce sont là, je le répète, de grandes probabilités; mais dans le cas où cette femme aurait intenté une action en dommages et intérêts au père du nourrisson, le médecin légiste consulté aurait dû certainement se demander si cette femme n'avait pas pu contracter la syphilis par les parties génitales avant ou après l'accouchement; une déclaration attestant la moralité du mari n'eût pas suffi; il eût fallu l'examiner et rechercher s'il n'existait pas de cicatrices suspectes aux organes de la génération ou aux aines; il eût été indispensable surtout de faire un examen tout particulier des parties génitales de cette pauvre femme. Toutefois, nous le répétons, la maladie du nourrisson et la marche de la maladie chez la femme (en supposant exacts les renseignements transmis à cet égard) rendent très-probable, dans ce cas, la transmission de la syphilis du nourrisson à la nourrice.

Voici un autre fait que j'ai observé dans le service de M. Rayer. C'est un cas de syphilis recueilli chez une femme qui a allaité un enfant suspect; mais les preuves de la transmission de la maladie par le nourrisson ne sont pas très-évidentes.

OBS. VI. — Une femme âgée de 28 ans, mariée, entra dans le service de M. Rayer à l'hôpital de la Charité, le 29 janvier 1848. Habituellement bien portante et mariée depuis plusieurs années, elle affirma qu'elle et son mari n'avaient jamais eu aux parties génitales ni boutons ni écoulement.

Il y a onze mois, elle accoucha de deux jumeaux, dont une fille qui a vécu quatre jours, et un garçon qu'elle a nourri pendant sept mois. A cette dernière époque elle prit un nourrisson (nouveau-né) qu'elle allaita concurremment avec son enfant. Le nourrisson paraissait sain lorsqu'elle s'en chargea; mais quinze jours après, elle s'aperçut qu'il avait à sa lèvre supérieure et aux deux commissures labiales, des gerçures, des boutons qui suintaient, puis il en survint sur toute la figure de cet enfant; les yeux pleuraient, les paupières étaient collées et il s'écoulait du nez une humeur roussâtre; il y avait des croûtes aux orifices des fosses nasales; puis il s'en forma aux fesses et aux jambes. Il sortait de ces boutons et de ces croûtes, disait cette femme, *du sang gâté.*

---

se communiquait ses mots et ses opinions; on le regardait comme l'âme, comme le chef inspirateur de la commission, et dans une pièce de vers qui remporta le prix de l'Académie française en 1822, *sur le dévouement des médecins français et des sœurs de Sainte-Camille à Barcelone*, on lisait les vers suivants :

> Debout et soutenant ces ruines vivantes,
> L'immortel Pariset, respecté comme un roi,
> Aux douleurs qu'il suspend semble dicter sa loi,
> Assis au bord d'un lit, témoin de ses miracles,
> Audouard en silence écrivait ses oracles (1).

A son retour, Pariset, comme ses collaborateurs, fut comblé d'honneurs et doté par l'État d'une pension viagère. Son nom acquit dès lors un caractère particulier d'illustration dont il manquait. D'ailleurs, comme écrivain élégant sa réputation était faite, et bientôt il obtint celle de bon professeur. Ses cours à l'Athénée, à la Société des bonnes lettres, et plus tard au cercle agricole, méritèrent leur célébrité sons plusieurs rapports. Rien de plus intéressant, de plus attrayant que ces leçons, où l'on voyait une foule empressée. Rapide, élégant, fleuri, Pariset charmait sans cesse l'auditoire; son imagination toujours vive, son esprit toujours varié, ne fatiguaient ni l'oreille ni l'attention : c'était le *sponte fluens eloquium* dans toute sa vérité. La clarté du langage, cet indice sûr de la précision et de la justesse des idées, fut le caractère particulier de son élocution professorale. Son improvisation était si naturelle, si melliflue, qu'on ne pouvait croire qu'il n'y eût rien d'écrit dans ses leçons. Jamais de redites, jamais d'hésitation, tant en lui l'abondance était féconde et forte, tant la pensée lui venait comme toute faite et développée. Bien qu'il laissât *sa robe doctorale à la porte*, il avait néanmoins pour principe que l'instruction réelle, positive, est la base d'un cours, que le bon sens est une plante dont l'esprit est la fleur; que sans la première, la seconde n'est que de l'apparence, de l'élégant verbiage. Aussi fut-il toujours savant, toujours érudit, sans jamais s'écarter de cette parole lucide, aisée, qui soutient l'intérêt sans l'affadir, et donne à des leçons pleines d'instruction le charme d'une conversation spirituelle.

Mais une circonstance importante fit bientôt connaître toute la valeur scientifique et littéraire de Pariset. L'Académie de médecine fut fondée en 1820, par le roi Louis XVIII. Cette compagnie, représentant l'ancienne Société royale de médecine, l'Académie de chirurgie, et de plus les sections de pharmacie et de vétérinaire, est fondée sur le grand principe de la variété, fondue dans l'*unité* de l'art. C'est aller bien au delà de l'idée de Chirac, dont on a vanté le projet avec tant de raison. Que manquait-il donc à cette Société nouvellement formée? Non-seulement une administration active, intelligente, mais un homme qui pût la représenter dans cette même unité, capable de la viviier en quelque sorte, de l'animer de son génie, et de transmettre à la postérité l'histoire, la vie, les travaux de ses membres les plus illustres : cet homme fut Pariset;

(1) Dans une seconde édition, l'auteur supprima les deux derniers vers, d'après la vive et juste réclamation de M. Audouard. Pariset avouait d'ailleurs qu'il n'avait point fait de miracles ni écrit d'oracles.

Elle nonrrit cet enfant pendant sept semaines; il mourut en octobre 1847. Pendant les sept semaines elle avait continué de se bien porter.

Quinze jours après la mort de son nourrisson, cette femme s'aperçut qu'il lui était venu de petites élevures rouges autour du mamelon; ces élevures s'excorièrent et fournirent une matière sanguinolente; en deux ou trois jours les mamelons se gercèrent et elle fut obligée de cesser de nourrir son propre enfant, qui lui *parut souffrir de la gorge*, avalant difficilement, mais n'offrant ni boutons ni taches sur le corps.

Huit jours environ après l'apparition des élevures au pourtour du mamelon, les ganglions des aisselles s'engorgèrent, devinrent très-douloureux et rendirent impossibles les mouvements des bras: en même temps il parut sur tout le corps comme une éruption de rougeole, qui disparut en trois ou quatre jours, pour être remplacée par celle qui existait encore au moment de l'entrée à l'hôpital, et qui offrait les caractères de la syphilide squameuse (psoriasis syphilique). Cette éruption, d'abord limitée au cou, aux épaules et la poitrine, a, plus tard, gagné le cuir chevelu; les cheveux ont commencé à tomber et les ganglions cervicaux se sont tuméfiés.

Il n'y a jamais eu d'engorgement des ganglions lymphatiques des aines.

Lors de l'entrée à l'hôpital, les plaques syphilitiques étaient très-nombreuses sur le dos, et il existait plusieurs ulcérations syphilitiques au fond de la bouche.

Cette femme fut mise à l'usage des pilules de Sédillot et de la tisane de Feltz. Le 12 mars, les ulcérations de la bouche étaient guéries, les ganglions de la bouche détuméfiés; l'éruption ne consistait plus qu'en taches légères, semblables à celles qui survivent assez longtemps à la guérison du psoriasis syphilitique.

Cette femme passait, auprès du médecin qui lui avait donné les premiers soins, pour avoir des mœurs irréprochables, et il n'élevait aucun doute sur la transmission de la syphilis par le nourrisson. Toutefois M. Rayer pensa qu'il était indispensable d'examiner avec soin les parties génitales de cette femme, mais elle se refusa, malgré les instances, à cet examen, auquel elle attachait une sorte de honte. On n'a pu examiner ni l'enfant, ni le nourrisson qui avaient succombé, ni le mari, qui n'habitait point Paris; de sorte qu'en résumé ce cas est un des nombreux exemples de syphilis secondaire après *allaitement d'un enfant suspect*, mais sans preuve bien positive de syphilis chez l'enfant, et par conséquent de transmission évidente à l'exclusion de tout autre mode d'infection de la nourrice.

Voici un autre fait qui m'appartient et qui est des plus intéressants.

Obs. VII. — Il y a quelques jours j'ai vu un enfant de deux mois et demi, nourri par sa mère; il avait de nombreuses ulcérations, peu profondes, à fond rouge, de grandeur variable, autour de la verge et de l'anus; ces ulcérations étaient semblables à celles qui résultent des excoriations du derme par suite de la malpropreté. — L'enfant n'avait rien sur le corps et dans la bouche; il était d'ailleurs très-chétif, et sa mère résolut de le confier à une nourrice de la campagne.

Celle-ci, âgée de 25 ans, mère de quatre enfants, le dernier venu ayant un an, n'avait jamais eu d'affections cutanées; — elle vivait sagement à la campagne avec son mari, homme de bonne conduite, fort simple, et en qui elle a toute confiance.

Quinze jours après avoir reçu ce nourrisson, à l'occasion d'une morsure au sein gauche par son propre enfant, le bout du sein devint malade et s'ulcéra. Plus tard vinrent des boutons sur le corps et à l'extérieur des parties génitales.

Son enfant, qui a continué de téter, a également des boutons aux cuisses et autour de l'anus.

Épouvantée de ces accidents survenus après la venue du nourrisson malade qui lui avait été laissé, craignant qu'il n'en fût la cause, et fatiguée de ne pas le voir profiter comme ses enfants propres, elle le rendit à ses parents au bout de deux mois.

Elle s'occupa ensuite de se faire guérir, car elle avait des plaques muqueuses au fond de la gorge, des syphilides papuleuses sur tout le corps, des plaques muqueuses aux parties génitales externes, — et avec tout cela une ulcération énorme qui a dépouillé de son épiderme tout le mamelon gauche. — J'ai examiné le mari qui n'avait rien au corps et aux parties génitales, qui n'avait aucune cicatrice ancienne, et qui assurait n'avoir jamais contracté le mal vénérien, tout en ayant conservé ses relations avec sa femme.

Quoi qu'il en soit je prescrivis un traitement anti syphilitique à suivre pendant deux mois. Les pilules de Sédillot, deux par jour, en formaient la base, et la malade guérit.

Ici la nourrice est infectée, cela ne fait aucun doute; mais ce qu'il faut déterminer, c'est l'origine du mal. Le mari ne saurait en être responsable, trop heureux pour lui d'avoir traversé le danger sans en éprouver de mal. La femme, il est vrai, pouvait bien avoir été punie par la syphilis d'une faute qu'elle aurait commise; mais cela ne m'a pas paru probable d'après ses réponses. — Elle a nié le fait, ce qui ne prouve rien, je le sais, mais comme elle ne demandait pas d'argent pour le dommage à elle survenu, comme elle ne semblait pas avoir peur de son mari qu'elle paraissait dominer, circonstances qui auraient pu l'engager à dissimuler la cause de son mal, il y a donc lieu d'ajouter foi à ses réponses; de plus, je l'ai interrogée seule, et elle m'a répondu en termes tels qu'il n'y avait pas plus de honte à avouer une faute si elle avait pu la commettre. Elle ne m'a paru rien déguiser. Au contraire, un enfant malade et justement suspect arrive; bientôt après, elle et son enfant tombent malades, présentent des signes incontestables de syphilis secondaire, et elle rapporte son mal au contact de l'enfant étranger. Il est infiniment probable que cette femme a raison, du moins je pense comme elle à cet égard; mais entre cette probabilité, si grande qu'elle soit, et une certitude absolue, il y a encore une immense différence que d'autres faits pourront seuls rapprocher.

Tels sont les faits que l'on peut invoquer en faveur de la transmission de la syphilis des enfants nouveau-nés à leur nourrice. Ils n'ont certainement pas tous la même valeur ni le même degré d'importance; ils ne peuvent tous servir également bien à la solution de la question. Il faut pour cela les diviser et les classer selon leur valeur.

Quelques-uns, comme ceux de Cullerier et de Bouchacourt, offrent un caractère de certitude qui ne permet pas le doute sur l'origine de la contagion: ce sont les plus importants; d'autres, au contraire, analogues au dernier exemple que j'ai rapporté, et parmi lesquels nous trouvons ceux de Bertin et de M. Rayer, ne donnent que les plus grandes probabilités en faveur de la contagion par l'enfant, mais ne la démontrent pas d'une manière aussi rigoureuse. Un grand nombre, enfin, manquent des plus précieux détails, ne représentent plus qu'une opinion dénuée de preuves, et ne sauraient être admis.

C'est en laissant de côté cette dernière catégorie de faits pour ne plus consulter que les deux autres, où se trouvent placés les faits les plus certains et les plus probables, que nous croyons devoir conclure en disant:

La syphilis peut se transmettre du nourrisson à la nourrice.

---

l'Académie de médecine naquit sous une heureuse étoile. Néanmoins la nomination de Pariset fut retardée, difficile même à obtenir, car s'étant plus occupé de philosophie que d'orthodoxie, on lui avait fait une réputation d'homme irréligieux qu'il ne méritait pas. Laënnec, qu'il a si bien loué depuis, fut son adversaire le plus redoutable. Cependant les obstacles s'aplanirent; on fit un compromis, et l'illustre écrivain obtint enfin le titre qu'il désirait. Tous les membres de l'Académie accueillirent avec joie cette nouvelle, car tous pensèrent qu'il n'y avait pas de choix plus flatteur et plus convenable pour la compagnie. Lorsque Cuvier fut nommé secrétaire de l'Académie des sciences, un homme aussi remarquable par la bonté de son cœur que par l'originalité de ses idées et de ses expressions, Dupont (de Nemours), dit en pleine séance: « Enfin nous avons un secrétaire qui sait *lire* et *écrire*. » Le mot est profond et plein de sens: on peut l'appliquer à Pariset; car lui aussi réunissait au plus haut degré l'art d'écrire avec éloquence et l'art de lire avec un immense talent d'élocution. Dans le recueil de ses éloges, qu'on doit considérer comme son *monumentum ære perennius*, on peut se convaincre de la vérité de cette première assertion, et ceux qui l'ont entendu savent si la seconde n'est pas aussi réelle.

Les éloges de Pariset, tous remarquables, au moins pour le plus grand nombre, ont pour ainsi dire un caractère distinct et qui n'est qu'à lui. Or c'est là précisément ce qu'il y a de plus difficile dans l'art de louer, de jeter des fleurs de rhétorique officielle sur ceux qui ne sont plus, de les placer dans le panthéon scientifique. Fontenelle, d'Alembert, Condorcet, Fourier, Vicq-d'Azyr, Cuvier, eurent en effet leur type spécial; Pariset, homme de génie, a aussi le sien, qui consiste dans le talent d'allier aux sciences médicales les plus belles créations de l'esprit et de l'imagination. C'était là le but suprême de l'illustre secrétaire perpétuel, et il y parvint complétement. Mais quand l'oreille a retenti de mots sonores, que les périodes, artistement ajustées, ont fait scintiller d'éclatantes images, la raison et la science trouvent-elles sous cette splendide enveloppe, le miel caché qu'elles y cherchent? On peut répondre hardiment par l'affirmative pour les principaux éloges de Pariset. Et comment en eût-il été autrement? N'avait-il pas reçu de la nature ce vaste savoir, ce jugement perspicace, lumineux, qui fait connaître et revivre les hommes, auxquels touche sa plume, qui dramatise en quelque sorte leur vie et leurs actions, qui fait valoir leurs veilles et leurs travaux? n'avait-il pas en outre ce talent souple et flexible qui passe des détails minutieux aux considérations les plus élevées, ce style élégant, coloré, brillant, qui paraîtrait trop abondant s'il n'était si limpide, si coulant, si rapide? A la vérité, le célèbre écrivain ne prend pas toujours les choses de très-haut: il creuse rarement une question pour arriver aux sources des principes; mais sur le terrain qu'il choisit, on le trouve d'une habileté extrême. Il avait le sens exquis de l'art, c'est-à-dire le talent de trouver la seule expression convenable et parfaitement juste d'une pensée originale, forte ou gracieuse. Aussi trouve-t-on dans ce qu'il écrit, je ne sais quelle plénitude, quelle fécondité, quel charme qui plaît, qui entraîne, d'autant plus que les idées, les expressions, ont toujours chez lui le mérite d'un à-propos heureux, que ses pensées sur chaque objet sont toujours saillantes, vives et remarquables. Toutes n'ont pas le même poids; mais toutes sont naturelles, et semblent comme l'élan, comme l'effort de la vérité inspirée. C'est là ce qui fait que la plupart de ces éloges sont animés d'une chaleur passant facilement dans l'âme de l'auditeur ou du lecteur; car

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

DES DOUCHES FROIDES ET DE LA SUDATION APPLIQUÉES AU TRAITEMENT DES NÉVRALGIES ET DES RHUMATISMES MUSCULAIRES; par le docteur L. FLEURY, agrégé à la Faculté de Paris, etc. (Mémoire présenté à l'Académie des sciences le 21 janvier 1850.)

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

2° NÉVRALGIES ANCIENNES ET REBELLES; NÉVROPATHIE GÉNÉRALE; ÉTAT NERVEUX. — Chez les sujets dont il doit être question dans ce paragraphe, la maladie se présente sous un tout autre aspect. Quelquefois elle n'offre de particulier que sa continuité, son intensité, sa longue durée, sa résistance à toutes les médications qu'on lui oppose, ses nombreuses récidives (*névralgie fixe*); d'autres fois la névralgie n'est plus exactement limitée : elle est multiple et embrasse plusieurs troncs nerveux, ou erratique, ambulante, et envahit tantôt un point, tantôt un autre (*névralgie ambulante*). Elle se montre périodiquement ou irrégulièrement sous l'influence de causes diverses, telles que le froid, l'humidité, les variations atmosphériques, les écarts de régime, les émotions morales, etc.

D'autres fois encore l'*universalité* est le principal caractère de la maladie, que l'on désigne alors par les noms de *névropathie générale*, d'*état nerveux*. Ici, en effet, il ne s'agit plus d'une affection locale; toutes les grandes fonctions de l'économie sont plus ou moins troublées, et principalement la digestion, la nutrition, la circulation et l'innervation.

C'est le degré le plus léger de ce singulier état morbide qu'a désigné M. Valleix en disant : « Il est un état qui, sans pouvoir être considéré comme un état réel de maladie, n'est cependant pas la santé : je veux parler de cet état des personnes nerveuses qui ont toujours quelque souffrance dans un point ou dans l'autre, qui sont affaiblies, qu'une simple promenade fatigue, dont les digestions sont difficiles et l'intestin paresseux. Il n'est assurément aucun médecin qui n'ait rencontré maintes et maintes fois des sujets dans cet état, et surtout des femmes. Les malades de ce genre abondent dans les établissements hydrothérapiques, et ce sont ceux chez lesquels on obtient les plus nombreux succès (1). »

Trop souvent, malheureusement, les accidents acquièrent une tout autre importance, et bien qu'on ne puisse constater aucune lésion localisée, on se trouve en présence d'*un état bien réel de maladie*, et même d'une affection d'une gravité extrême.

Les malades, qui presque tous, en effet, appartiennent au sexe féminin, éprouvent du côté des organes de la digestion des troubles sérieux : l'appétit se perd complétement; la vue seule des aliments, et principalement des viandes, inspire un dégoût insurmontable; les crudités, les acides, sont seuls recherchés; les digestions sont capricieuses, souvent accompagnées de douleurs gastralgiques très-aiguës; la constipation est opiniâtre; les malades maigrissent de plus en plus, et finissent par arriver au plus haut degré de l'émaciation.

Souvent il existe des palpitations si violentes qu'on serait tenté de les rattacher à une affection organique du cœur, si l'on ne tenait compte de leur intermittence irrégulière et des signes négatifs fournis par l'auscultation et la percussion. Le pouls est petit, serré, fréquent, irrégulier, parfois intermittent; un mouvement fébrile plus ou moins intense a lieu souvent vers le soir ou pendant la nuit.

Les forces se perdent graduellement, et les malades finissent par rester presque constamment couchées ou étendues sur une chaise longue; elles ne peuvent supporter la voiture. La marche est impossible, et c'est à peine si elles ont la force de se tenir debout.

La peau, sèche, rugueuse, écailleuse, n'est jamais humectée par la plus légère moiteur; les urines sont tantôt rares, épaisses, sédimenteuses, tantôt abondantes, claires et aqueuses.

C'est du côté du système nerveux que se montrent les phénomènes les plus graves.

Des douleurs névralgiques irrégulières se font sentir tantôt dans un point, tantôt dans un autre. La cinquième paire est leur siége le plus ordinaire; mais souvent aussi elles occupent les nerfs intercostaux, mammaires, sciatiques. Très-fréquemment des douleurs de même nature se font sentir dans l'estomac, le foie, l'utérus, la vessie (*viscéralgies*).

Les malades sont d'une irritabilité nerveuse excessive, d'une impressionnabilité extrême; le plus léger bruit les fait tressaillir et les incommode; la lumière, la musique, le monde, la conversation, la lecture, toute espèce d'occupation, de travail intellectuel, de contention d'esprit, ne peuvent plus être supportés; elles perdent le sommeil et sont en proie pendant la nuit à des terreurs, à des hallucinations, à une agitation fébrile que termine, vers le matin, une sueur plus ou moins abondante. Leur caractère est presque toujours modifié : elles deviennent irascibles, capricieuses, tristes; la moindre émotion, la plus légère contrariété, les jette dans un désespoir qui n'est nullement en rapport avec la cause qui l'a produit. Quelques-unes tombent dans une véritable lypémanie qui leur fait désirer la mort. Quelques malades éprouvent incessamment le besoin de changer de place, et plusieurs d'entre elles voyagent sans rencontrer jamais qu'un soulagement momentané acquis au prix de grands efforts, suivis bientôt d'une prostration extrême de l'esprit et du corps. Des alternatives d'activité et d'accablement physique et moral, de force convulsive pour ainsi dire et de faiblesse, de gaieté et de tristesse, d'espérance et de découragement profond, forment encore l'un des principaux caractères de la maladie.

On chercherait vainement dans les traités de pathologie la description de cette affection, dont je viens de n'indiquer que les principaux traits; mais les praticiens ne la connaissent que trop : elle est une des plus fréquentes et des plus graves parmi celles qui se présentent dans la pratique civile, et surtout chez les femmes du monde; elle fait le désespoir des malades, dont elle empoisonne l'existence pendant de longues années, et celui des médecins, dont elle déjoue tous les efforts. C'est ce même état morbide, *accompagné d'accidents locaux particuliers*, que l'on rencontre si souvent chez les femmes dont l'utérus est engorgé ou a subi un déplacement, et qui

(1) COUP D'ŒIL GÉNÉRAL SUR L'HYDROTHÉRAPIE, etc., *in* BULL. GÉNÉR. DE THÉRAP. t. XXXV, p. 101. 1848.

---

cette chaleur n'est ni exagérée ni factice : on en voit pour ainsi dire le principe, la source et le foyer.

Ce qui donne encore une grande valeur à ces éloges, ce sont les recherches qu'ils supposent dans celui qui les a écrits. Il y a tel de ces discours que Pariset a travaillé sans relâche plus d'une année. Panégyriste enthousiaste, écrivain chaud et rayonnant, il n'oubliait pas que les faits, les observations, les doctrines constituent réellement la science et ses progrès. Par une heureuse disposition de son esprit, il eut l'érudition patiente que n'ont pas toujours les hommes d'imagination et l'imagination que n'ont pas toujours les érudits. Aussi consultant sans cesse les grands écrivains de tous les temps, qu'à l'exemple de Bolingbroke, il appelait *ses amis défunts*, il savait approprier leurs idées aux travaux des savants qu'il célébrait. Personne, du reste, n'eut plus que lui le dédain du lieu commun emphatique, de l'élégance insupportable, l'élégance sans goût, du faux talent oratoire dont il avait vu tant d'exemples politiques ou scientifiques aux diverses périodes de la révolution. Qu'y a-t-il en effet de plus rebutant, surtout en ce qui concerne la science, que ces phrases pompeuses dont le vide et le bruit provoquent sans cesse l'auditeur ou le lecteur à dire : « Le moindre grain de *sens* ferait mieux mon affaire. » C'est un écueil que l'illustre secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine sut éviter avec soin et avec bonheur. Il eut aussi le talent de varier la monotonie du panégyrique, talent d'autant plus rare et difficile qu'il s'agit de louer une foule de savants dont les idées, les opinions ont quelquefois varié, dont les vues, les recherches, les systèmes embrassent les sujets les plus différents, tâche épineuse pour celui qui est obligé de les rappeler et surtout de les apprécier, de leur assigner un rang, d'en estimer la valeur dans le trésor de la science.

Toutefois, il faut avouer que tous les éloges de Pariset ne doivent pas être placés sur la même ligne de supériorité, sans cesser néanmoins d'être éloquents et attachants. Loin de nous le désir d'entrer dans la critique d'obscurs et insipides détails. On peut dire cependant qu'il est tel de ces éloges où l'appréciation des doctrines manque d'ampleur et de profondeur, où le savant n'est pas connu dans cette mesure de personnalité, d'intimité qui appartient à l'histoire de la science. On peut dire encore, sans une excessive rigueur, que le panégyriste met parfois trop d'esprit pour habiller la vérité, trop de clinquant pour la parer. Toujours vif et chaleureux, il semble comme séduit, comme emporté par une sorte de pétulance lyrique. Admettons que la manière fine, sobre et contenue de Fontenelle ne soit plus de notre temps, il n'en est pas moins vrai que quelquefois, chez Pariset, la précision, la solidité dogmatiques sont sacrifiées à l'éclat, à la métaphore saisissante; toutes les grâces chastes et sévères du style scientifique, grâces dont le charme est éternel parce qu'il est fondé sur le vrai, sont cachées sous un brocart de style éclatant et pompeux, ce qui a fait dire de plus d'un de ces éloges que ce n'était qu'un *soufflé* académique. Ce jugement, toutefois, nous semble frappé d'injustice; si Pariset manque parfois de cette haute gravité, caractère inhérent à tout ce qui tient à notre science, plus souvent encore il satisfait le lecteur par le goût exquis de son élocution, par la mesure, la beauté, la netteté des pensées, par l'élévation sans effort, l'éclat et la vivacité des images, enfin, par cet ensemble de qualités supérieures dont la réunion n'appartient qu'aux maîtres. Cela est tellement vrai que, s'étant mis plusieurs fois sur les rangs pour l'Académie française, personne ne lui contestait ses titres,

divise encore les médecins les plus expérimentés sur la question de savoir si, dans les cas de ce genre, il existe une relation de cause à effet entre la maladie utérine et la névropathie.

Dans mon travail sur les déplacements et les engorgements de la matrice, j'ai rapporté plusieurs exemples fort remarquables de cet état morbide; j'ai exposé la manière dont, selon moi, il doit être envisagé dans ses rapports avec la maladie utérine, et j'ai montré l'efficacité des douches froides, dirigées simultanément contre l'état général et contre l'affection de la matrice.

Ici il ne sera question que des névropathies générales dégagées de toute complication, de toute maladie de la matrice, de tout accident hystériforme; de ces névropathies dont la cause organique échappe complétement à nos investigations, qui se développent et se perpétuent souvent sous l'influence de perturbations morales, et que beaucoup de médecins, à bout de ressources, décorent du nom d'*hypocondrie* ou de *nosomanie* pour justifier leur insuccès passé et légitimer leur inaction future.

Quoi qu'il en soit, pour combattre avec succès une affection si complexe et si générale, on comprend que ce n'est plus à la médication transpositive qu'il faut s'adresser, à moins qu'il ne survienne accidentellement une douleur névralgique aiguë et localisée. Sans doute il est toujours utile d'agir sur la peau; en rétablissant ses fonctions l'on modifie toujours avantageusement l'état général du sujet; mais ici le calorique ne doit plus être un révulsif; c'est à titre de sudorifique qu'il doit être mis en action suivant les règles que j'ai formulées ailleurs (1), en ayant soin de ne point pousser la sudation trop loin et de ne point la répéter trop souvent pour ne pas affaiblir les malades.

L'eau froide à l'intérieur ne doit être administrée qu'à petites doses et avec ménagement; car ce n'est point son action altérante ou sédative qu'il faut rechercher, mais son action tonique (2); elle est fort utile pour amener graduellement l'estomac à supporter une alimentation presque exclusivement animale et l'usage d'un vin généreux, régime auquel il faut aussitôt que possible soumettre les malades en supprimant dès lors à peu près complétement la boisson aqueuse.

Mais les indications principales ne sont pas encore remplies; il faut stimuler les fonctions digestives et la nutrition; il faut activer, *régulariser* la circulation capillaire générale et l'innervation; il faut ramener l'harmonie et l'équilibre entre toutes les fonctions de l'économie. A quelle médication le praticien va-t-il s'adresser? Les antispasmodiques restent complétement inefficaces; les toniques ne sont point supportés ou n'amènent qu'un soulagement momentané, dû à une excitation bientôt suivie de fièvre et d'une réaction générale qui commandent d'en suspendre l'emploi; les bains de mer, les différentes eaux thermales réussissent quelquefois, mais souvent ils n'amènent qu'une amélioration de courte durée, et d'autres fois ils sont trop excitants et ne peuvent pas être supportés. L'état des forces et de l'estomac ne permet point aux malades de se soumettre au régime et à l'exercice musculaire qui seraient appelés à leur rendre service.

(1) RECH. ET OBS. SUR LES EFFETS ET L'OPPORTUNITÉ DES MODIFICATEURS DITS HYDROTHÉRAPIQUES.
(2) Ibidem.

Eh bien! je n'hésite pas à le déclarer: les praticiens trouveront dans les douches froides aidées de la sudation un moyen héroïque, à l'aide duquel ils pourront modifier l'état général des sujets, rétablir dans leur intégrité les fonctions digestives et nutritives, ramener ou développer l'embonpoint, faire disparaître les douleurs névralgiques, régulariser l'action nerveuse, obtenir en un mot la guérison complète d'une maladie contre laquelle toutes les ressources de l'art étaient venues échouer.

Cette médication m'a réussi sur 7 malades qui, pendant deux, trois, cinq, six, huit, dix années, avaient épuisé non-seulement les médications les plus diverses et les plus rationnelles dirigées par les praticiens les plus éminents de Paris, mais encore les arcanes des empiriques et des charlatans sans pouvoir se débarrasser de leur cruelle maladie.

L'administration des douches froides exige souvent ici beaucoup de discernement et de prudence, si l'on veut obtenir de bons résultats ou même éviter des accidents, et il est une foule de détails, de nuances qui sont d'une importance capitale. En raison de la grande faiblesse et de l'extrême susceptibilité nerveuse qu'on rencontre chez la plupart des malades, les premières douches causent ordinairement une impression très-vive; souvent elles déterminent une suffocation véritablement effrayante, des palpitations très-énergiques et une douleur intense dans les parties postérieures de la tête et du cou; il faut toute l'autorité du médecin pour obtenir des malades qu'ils reçoivent la douche pendant quelques secondes sans fuir, sans se soustraire à l'action de l'eau. Il ne faut point toutefois s'effrayer de ce début malheureux; lorsque le traitement est dirigé avec intelligence, qu'il est convenablement gradué, on voit au bout de cinq à six jours les malades non-seulement supporter les douches sans accidents et sans répugnance, mais encore les réclamer avec instance et les recevoir avec plaisir. J'ai vu la première douche produire chez certains sujets des effets tels, qu'il semblait impossible que le traitement pût être continué; le troisième jour la douche était reçue avec plaisir et suivie d'une sensation de bien-être très-prononcée.

Souvent la douche n'est point tolérée d'emblée; il faut y préparer le malade par des affusions, des lotions, des frictions en drap mouillé, des immersions, etc.

Le malade qui sort de l'étuve doit se placer sous la douche sans hésitation, et la recevoir sans interruption pendant le temps voulu; il ne faut donc faire transpirer les malades que lorsque déjà ils sont suffisamment familiarisés avec le contact de l'eau froide.

Il est très-important que la durée de la douche soit en rapport avec la puissance de réaction du malade; souvent, au début, elle ne doit point dépasser quelques secondes, et ce n'est que graduellement et en étudiant chaque jour avec soin la manière dont s'opère la réaction qu'on arrive à la prolonger pendant trois à quatre minutes. Quelques secondes de plus ou de moins dans la durée de la douche modifient complétement l'action de l'eau froide, et il faut au médecin beaucoup de tact et d'habileté pour arriver à une juste appréciation.

La forme de la douche mérite une attention particulière. Les douches dans lesquelles l'eau est très-divisée (*douche en pluie, en poussière*, etc.), sont ordinairement trop excitantes au début du traitement; elles augmentent l'agitation, l'irritabilité nerveuse, et je les ai vues provoquer des attaques hystériformes; il faut donc en commençant avoir recours aux immersions dans le bassin ou aux douches en nappe, en ayant soin de les diriger d'abord sur la poitrine, afin de prévenir ou de diminuer la suffocation. Ce

pour le moins d'une égale valeur à ceux de Vicq-d'Azyr, qui fut membre de cette célèbre compagnie. Du reste, Pariset avouait parfois, et sans difficulté, les quelques défauts de sa manière. Sans doute, le flatteur, le doux, l'orgueilleux et éternel serpent de l'amour-propre agissait en lui comme sur tous les cœurs, principalement sur celui des artistes, qui ont de l'âme et de l'élan. Pariset plaçait très-haut ses écrits, et il disait avec la plus admirable naïveté: « Je compte bien passer de la *perpétuité* à l'*immortalité*. » Mais enfin il écoutait les conseils qu'on lui donnait, et il savait s'y conformer. En homme supérieur qu'une critique bienveillante aiguillonne plutôt qu'elle n'afflige, écoutant volontiers des amis *prompts à le censurer*, il changeait, modifiait plusieurs parties de ses éloges, selon les avis qu'il recevait, mais qu'il pesait dans le fond de sa conscience (1). Sa modestie n'était point cette humilité feinte et grimacière, calcul intéressé d'un mérite qui se rabaisse pour qu'on l'exhausse. Il cherchait autant que possible la perfection; personne ne l'ignorait; aussi, quand il prononçait un de ses discours, le public accourait en foule; on était avide de l'entendre, et longtemps à l'avance l'attention publique lui était acquise.

R. P.

(*La suite prochainement.*)

(1) J'ai sous les yeux l'*autographe* d'une lettre qu'il adressa dans ce sens au conseil d'administration de l'Académie de médecine; la voici; elle peint d'ailleurs un des côtés de son caractère:

« Amis et très-honorés confrères, j'ai fait un monstre que j'étouffe, et je crée de nouveau: je suis enfermé; je ne sors pas de la semaine; j'aurai fini samedi. Priez pour moi; aimez-moi, car je ne vis que de bienveillance et de bonté. J'ai eu cette nuit une hémorrhagie nasale qui m'a beaucoup affaibli. A vos pieds.

» E. PARISET, ce 25 novembre 1844. »

— Par un arrêté de M. le ministre de l'instruction publique, quatre élèves en pharmacie seront entretenus, pendant les mois de juin, juillet et août 1850, par le ministre de l'agriculture et du commerce, auprès des établissements thermaux de Vichy, Néris, Bourbon-l'Archambault et Plombières, appartenant à l'État.

Ces élèves seront répartis comme il suit:

A Vichy, un élève en médecine et un élève en pharmacie.

A Néris, un élève en médecine.

A Bourbon-l'Archambault, un élève en médecine.

A Plombières, un élève en médecine et un élève en pharmacie.

Ils seront nommés au concours.

n'est souvent qu'au bout de deux ou trois mois qu'on peut employer avec avantage les douches dans lesquelles l'eau subit une grande division.

Je le répète, ces considérations sont d'une importance capitale, et elles n'ont pas échappé à la sagacité de M. Schedel. « Je considère l'hydriatrie, dit ce médecin, comme le remède le plus précieux que la science possède contre les affections nerveuses; mais à Graeffenberg le traitement est livré au hasard, et c'est à peine si Priesnitz lui-même commence à reconnaître ses fautes passées. D'ailleurs cette méthode se trouvant pour ainsi dire entre les mains des malades eux-mêmes, ils sont d'autant plus tentés d'en abuser qu'ils entendent toujours répéter que la condition *sine quâ non* de tout bon traitement hydriatrique est l'expulsion des humeurs peccantes. Dès lors ils ne rêvent que procédés violents, et les exagèrent à plaisir. »

Des observations, dont je ne reproduirai que les principaux détails, vont mettre en lumière les différents points que je viens d'établir.

NÉVRALGIE FACIALE ANCIENNE ET REBELLE.

OBS. VI. — Madame la marquise de B. est âgée de 55 ans, d'une constitution grêle, d'un tempérament nerveux. En 1840 elle ressent des douleurs très-vives, lancinantes, dans le côté droit de la face et dans les dents correspondantes; il lui semble que deux des molaires inférieures sont plus longues que les autres, et elle les fait arracher dans l'espoir de voir cesser ses douleurs; mais elle n'éprouve de cette opération aucun soulagement. Bientôt les douleurs envahissent la moitié droite de la langue, du voile du palais, des lèvres et du menton; la phonation, la mastication deviennent très-douloureuses, très-difficiles et presqu impossibles.

Pendant huit ans la névralgie tend sans cesse à s'aggraver; elle disparaît quelquefois spontanément, ou sons l'influence d'une certaine médication; mais au bout de quelques semaines au plus, elle se reproduit avec une intensité nouvelle. La malade reçoit les soins de MM. les professeurs Andral et Marjolin, qui épuisent sur elle tout l'arsenal thérapeutique. Les pilules de Méglin, le valérianate de zinc, l'iodure et le cyanure de potassium, le sulfate de quinine à hautes doses, les préparations martiales, les eaux minérales des Pyrénées, d'Ems, de Wiesbaden, l'acupuncture, les ventouses sèches placées au nombre de 12 à 60 sur la colonne vertébrale et sur les membres, une foule d'autres modificateurs restent complétement inefficaces, ou n'amènent qu'un soulagement de courte durée. En désespoir de cause, la malade s'adresse à l'homœopathie et au somnambulisme; mais après plusieurs mois d'essais infructueux, elle vient se replacer entre les mains de M. Marjolin, qui, après de nouvelles tentatives également stériles, et voyant les accidents acquérir une gravité très-inquiétante, conseille à la marquise de B. d'essayer l'hydrothérapie et de s'adresser à moi. Madame de B. vient à Bellevue le 29 mai 1848.

ÉTAT ACTUEL. — Des *douleurs continues* très-vives se font sentir dans toutes les branches de la cinquième paire, et occupent du côté droit la tempe, le front, l'orbite, le sourcil, les paupières, la joue, les lèvres, le menton; souvent elles envahissent le cou, le voile du palais et la luette, qui présente un volume considérable et produit souvent de la gêne ou même des nausées, en venant se mettre en contact avec la base de la langue. Les *accès* sont très-violents, durent plusieurs heures et se reproduisent trois ou quatre fois par jour ou même plus souvent. Les muscles élévateurs de la mâchoire inférieure sont contracturés de telle sorte que les dents sont serrées les unes contre les autres. Il est impossible à la malade de les écarter, et il en résulte que la préhension des aliments et même l'introduction des liquides est complétement impossible. La moindre tentative faite pour écarter les mâchoires provoque des douleurs atroces. Dans cet état de choses, madame de B. ne peut être alimentée qu'à l'aide de lavements de bouillon. La parole est gênée, douloureuse, saccadée, peu intelligible.

L'amaigrissement est extrême, la face profondément altérée. Depuis plusieurs années il existe une constipation opiniâtre qui exige l'emploi quotidien d'un ou de plusieurs lavements. Le sommeil est presque entièrement perdu; les nuits sont troublées par des cauchemars, des terreurs, des hallucinations. La malade tourne à l'hypocondrie; elle se préoccupe sans cesse de son état, et se croit affectée d'une affection organique dont on lui cache l'existence. Elle redoute un ramollissement cérébral ou une altération de la moelle épinière.

Le traitement est commencé le 31 mai. Deux ou trois séances par jour. Sudation en étuve sèche; douche froide générale en nappe ou en pluie.

8 juin. Une amélioration considérable s'est manifestée dès les premières douches; les douleurs continues sont devenues moins vives; les accès sont moins violents, plus rares et plus courts. Les mâchoires peuvent être écartées de plusieurs lignes, et la malade ingère les liquides avec facilité.

20 juin. Les douleurs continues ont entièrement disparu; les mâchoires sont parfaitement libres, et madame de B. mange avec appétit. Elle n'éprouve plus, dans les vingt-quatre heures, qu'un ou deux accès très-courts et peu intenses. Les nuits sont tranquilles, et la malade goûte un sommeil qu'elle ne connaissait plus depuis longtemps. La constipation a notablement diminué; les selles sont parfois spontanées.

1er juillet. Les accidents névralgiques ont complétement disparu. Madame de B. n'éprouve plus la moindre douleur; l'état général est transformé; les forces, le teint, l'appétit, le sommeil, ne laissent rien à désirer; la constipation n'existe plus. M. Marjolin, qui était loin d'espérer un succès aussi complet et aussi rapide, conseille à madame de B. de continuer le traitement pendant plusieurs mois.

15 juillet. Madame de B. est tellement satisfaite de son état qu'elle ne résiste pas au désir d'aller passer le restant de la belle saison à sa campagne, où l'appellent sa famille et ses habitudes.

26 octobre. La guérison ne s'est pas démentie un instant, et « c'est uniquement par reconnaissance pour les douches, dit madame de B., que je viens encore me soumettre au traitement pendant un mois. »

Les événements politiques ont engagé madame de B. à passer en Italie l'hiver de 1848-1849. Elle en est revenue le printemps dernier sans avoir éprouvé la plus légère douleur névralgique, et elle vient de passer l'été à sa campagne dans l'état de santé le plus satisfaisant.

Aujourd'hui 15 janvier 1850, la guérison ne s'est pas démentie un instant.

Il serait difficile, je crois, de trouver dans les annales des névralgies un exemple plus remarquable de l'efficacité d'une médication; une névralgie ayant huit années d'existence, ayant résisté à tous les moyens dont dispose la thérapeutique, disparaît, pour ne plus revenir, après un mois de traitement hydrothérapique. Un des points les plus intéressants de cette observation est la rapidité avec laquelle a cédé la contracture des muscles élévateurs de la mâchoire; il faut aussi remarquer l'efficacité du traitement quant à la constipation, et je dirai, à cette occasion, que le succès a été constant dans plus de vingt cas de constipation opiniâtre, remontant à un grand nombre d'années, et se rattachant soit à une atonie générale, soit à une inertie de l'intestin, soit enfin à un trouble de la digestion.

NÉVRALGIE SCIATIQUE.

OBS. VII. — Madame G., habitant Meudon, âgée de 56 ans, d'une constitution robuste, d'un tempérament sanguin, a éprouvé pour la première fois en 1837 des douleurs névralgiques dans le membre inférieur droit; l'accès a été combattu avec succès par la méthode endermique. En 1838, 1839 et 1840, la maladie s'est reproduite plusieurs fois chaque année, et a toujours été traitée par les vésicatoires volants ou saupondrés d'acétate de morphine. Dans l'intervalle des accès, la malade n'éprouvait aucune douleur.

En 1840, au mois de mars, un violent accès eut lieu, et les moyens jusqu'alors efficaces eurent pour effet de diminuer les douleurs, mais non de les faire disparaître. Depuis cette époque, des douleurs spontanées continues se sont constamment fait sentir dans le membre pelvien droit; elles sont exaspérées par les mouvements et par la chaleur du lit. Très-fréquemment, plusieurs fois par mois, elles acquièrent une grande violence, et la malade éprouve alors un *accès* qui se prolonge pendant plusieurs jours.

Cet état de choses a duré sept années, pendant lesquelles tous les moyens connus ont été mis en usage; à l'extérieur : méthode endermique, vésicatoires volants nombreux, cautères volants avec la potasse caustique et la poudre de Vienne, liniments de toutes sortes (ammoniaque, baume de Fioraventi, opodeldoch, essence de térébenthine, etc.), applications de sangsues, de ventouses sèches et scarifiées, etc.; à l'intérieur : sulfate de quinine, pilules de Méglin, ferrugineux, valérianate de zinc, térébenthine, opiacés.

Malgré toutes ces médications, la maladie n'a fait que s'aggraver; les douleurs sont de plus en plus violentes et continues; les accès se rapprochent; la marche est très-difficile, et le membre est notablement atrophié.

Le 8 avril 1847, madame G. commence le traitement hydrothérapique.

8 mai. Les premières douches ont exaspéré les douleurs, et la malade, effrayée de ce résultat, a été sur le point de cesser le traitement. Au bout de huit jours l'effet contraire s'est manifesté, et dès lors l'amélioration a fait d'incessants progrès. Les douleurs sont moins continues et moins vives, surtout pendant la nuit; depuis quinze jours il n'y a pas eu d'accès violents. La malade, qui ne faisait le trajet de Meudon à Bellevue que très-péniblement et appuyée sur une canne, marche beaucoup plus facilement.

8 juin. Pas d'accès; douleurs spontanées irrégulières et faibles; la marche est facile, le volume du membre a augmenté; l'état général s'améliore quant au teint, à l'appétit et aux forces.

8 juillet. La guérison est complète et la santé aussi satisfaisante que possible.

NÉVRALGIE SCIATIQUE.

OBS. VIII. — Madame D..., âgée de 44 ans, constitution faible, tempérament lymphatique. Plusieurs accès de névralgie faciale avant l'apparition d'une névralgie sciatique droite qui s'est montrée en 1829 et qui, depuis cette époque, a constamment donné lieu à des douleurs spontanées très-incommodes et à des accès assez fréquents et très-intenses. Pendant trois années madame D... a mis en usage tous les moyens conseillés en pareil cas, et notamment tous ceux que nous avons énumérés dans l'observation précédente; elle a été successivement aux eaux d'Ems, de Néris, de Vichy, de Wiesbaden, de Plombières, et elle n'a jamais obtenu qu'un soulagement de courte durée. En 1845, elle a suivi pendant six mois un traitement homœopathique qui est resté sans aucun effet; en 1846, la cautérisation transcurrente a été pratiquée et a obtenu un succès auquel il n'a manqué que la durée pour être complet. Pendant trois mois madame D... a été entièrement débarrassée de ses douleurs, mais au bout de ce temps la maladie a reparu avec toute son intensité.

En 1847, l'état de madame D... s'est beaucoup aggravé; des douleurs passagères plus ou moins violentes se sont fréquemment fait sentir dans la face, les épaules, le cou, la poitrine, le membre pelvien gauche; les nuits sont devenues mauvaises, l'appétit s'est perdu; la malade a beaucoup maigri; elle a éprouvé

de la gastralgie, des céphalalgies, des palpitations; elle a perdu graduellement ses forces et a dû passer la plus grande partie de son temps couchée sur un lit de repos. Depuis plusieurs années les évacuations alvines étaient provoquées par l'administration quotidienne d'un lavement, mais la constipation est devenue tellement opiniâtre que souvent trois ou quatre lavements restent sans effet et qu'il faut recourir à des purgatifs.

C'est dans ces conditions que madame D... commence le traitement hydrothérapique le 25 avril 1848.

25 mai. Les douleurs erratiques ont entièrement disparu; depuis huit jours il n'y a pas eu d'accès; les douleurs de la cuisse droite sont beaucoup moins vives; l'état général s'est notablement amélioré; quinze jours de traitement ont suffi pour faire cesser la constipation; la malade a une selle quotidienne et spontanée.

25 juin. Plus d'accidents du côté de l'estomac, du cœur et de la tête; les forces reviennent avec l'appétit et le sommeil. Madame D... fait tous les jours une longue promenade, et elle n'éprouve plus que quelques douleurs lancinantes dans le membre inférieur droit.

25 juillet. La guérison est complète. Aujourd'hui 15 janvier 1850, elle ne s'est pas démentie.

Dans les trois observations qu'on vient de lire, et auxquelles je pourrais ajouter un second exemple de névralgie faciale, la maladie s'est montrée d'abord sous la forme d'une affection locale, d'une névralgie fixe, exactement circonscrite à un tronc nerveux et à ses branches; ce n'est qu'au bout d'un temps plus ou moins long que l'état morbide s'est généralisé et que les grandes fonctions de l'économie se sont troublées. Souvent les choses se passent différemment: la névropathie générale se montre la première, les fonctions sont altérées sans que l'on puisse constater la moindre lésion organique, et ce n'est que longtemps après que l'on voit apparaître des douleurs névralgiques irrégulières et erratiques. Il s'agit alors de cet état morbide si complexe, si singulier, que l'on rencontre fréquemment chez les femmes, dont il a été question plus haut, et qui ne saurait être confondu avec la névralgie générale qu'a récemment décrite M. Valleix (1), puisqu'il n'existe ni points douloureux disséminés, ni tremblements, ni démarche vacillante, etc. Un exemple choisi entre trois nous fournira le type de ce remarquable désordre fonctionnel.

NÉVROPATHIE GÉNÉRALE.

Obs IX. — Madame X..., âgée de 36 ans, d'une constitution remarquablement belle, d'un tempérament nerveux très-prononcé; santé excellente jusqu'à 20 ans. A ce moment interviennent des perturbations morales dont l'influence continue à se faire sentir pendant plusieurs années et qui amènent des troubles graves dans toutes les fonctions. Madame X... se marie à 22 ans. Trois grossesses ont lieu dans l'espace de neuf années et à trois ans d'intervalle; les accouchements sont heureux, mais l'avant-dernier est suivi d'un abcès de la fosse iliaque qui compromet les jours de la malade et pour lequel sont appelés MM. Guersant fils, Chomel, Cruveilhier et Jobert. L'abcès s'ouvre spontanément dans le rectum et la guérison s'opère sans aucun accident consécutif.

La santé de madame X... s'altère de plus en plus; elle est soumise à un traitement homœopathique qui reste inefficace, et M. Pétroz lui conseille le voyage d'Italie. Trois années sont passées à Rome, à Florence, à Naples, à Ischia, où la malade prend les eaux, et madame X... revient en France en 1845 sans avoir éprouvé le moindre soulagement.

Je passe rapidement sur ces antécédents, parce que l'état dans lequel j'ai trouvé madame X... lorsque j'ai été appelé à lui donner des soins existait depuis plus de dix ans sans avoir présenté, pendant ce long espace de temps, des modifications importantes ou des circonstances dignes d'être notées.

État actuel. — Le facies est celui d'une personne qui a été épuisée par une longue maladie chronique; le teint est terreux, d'un jaune gris, le nez effilé; les joues sont profondément excavées, les pommettes saillantes, les bords libres des paupières rouges et habituellement enflammés; les yeux très-enfoncés dans les orbites ont un éclat fébrile qui cause une douloureuse impression.

L'amaigrissement est le plus prononcé qu'il m'ait été donné de rencontrer; les membres sont réduits à leur charpente osseuse; les clavicules, les omoplates, les pièces du sternum, les côtes et leurs cartilages, les apophyses vertébrales, les crêtes iliaques se dessinent comme si aucune partie molle ne les recouvrait; on peut dire littéralement que la malade n'a plus que la peau sur les os.

La peau est grise, sèche, rugueuse, écailleuse; lorsqu'on la pince on aperçoit une foule de petites rides qui lui donnent l'aspect d'une peau de chagrin ou du cuir de Russie; la perspiration cutanée est pour ainsi dire nulle; jamais la peau n'est humide, et les chaleurs les plus intenses de l'été n'y amènent point la sueur.

Les forces sont réduites à leur plus simple expression; c'est à peine si la malade peut se porter; elle ne reste quelques instants debout qu'autant qu'elle est soutenue ou qu'elle s'appuie sur un meuble; se transporter d'une chambre à une autre est pour elle un sujet d'effroi, et elle ne quitte son lit que pour s'étendre sur une chaise longue. L'exercice ne provoque d'ailleurs aucune douleur, aucun accident localisé; il est tout simplement impossible, en raison d'une faiblesse générale poussée à ses dernières limites.

Ici néanmoins se présente un phénomène curieux. Douée de facultés intellectuelles et morales remarquables, d'une imagination vive, d'une âme ardente, poussée par son organisation, par son amour pour les beautés naturelles et pour les arts; par le désir de fuir un milieu dans lequel elle subit des souffrances morales sans cesse renouvelées et aussi par un besoin maladif de changer de lieux, de se procurer des distractions, de donner incessamment des aliments nouveaux à son activité, madame X... a la passion des voyages. Pour satisfaire ce goût, ce besoin, elle fait appel dans un moment donné à toute l'énergie morale qui est en elle, et alors on la voit accomplir ce qui paraît être au-dessus des forces d'un homme robuste. C'est ainsi qu'elle gravit le Vésuve, dépassant tous ses compagnons d'ascension; c'est ainsi que mourante, à Naples, elle trouve la force nécessaire pour faire un voyage en Orient. Madame X... possède un talent musical de premier ordre et une magnifique voix de contralto; elle reste souvent plusieurs mois sans ouvrir un cahier de musique, mais le hasard ou l'inspiration la conduit un jour à son piano, et alors pendant plusieurs heures de suite, elle chante les morceaux les plus difficiles et les plus dramatiques de la manière la plus remarquable. Il ne faut point croire toutefois que ces dépenses de forces factices, que ces effets passagers d'une surexcitation nerveuse morbide ne soient point chèrement payées; à la suite de ces efforts, madame X... tombe dans un épuisement profond, accompagné souvent de fièvre et d'accidents nerveux graves.

La langue est naturelle, le ventre souple et indolent, l'appétit entièrement aboli; mad. X. a du dégoût pour les aliments et ne mange qu'un peu de laitage, de légumes ou de fruits, ne boit que de l'eau, et l'on a peine à comprendre que la vie, quelque peu active qu'elle soit, puisse être entretenue par une alimentation aussi insuffisante et aussi peu substantielle. Les garde-robes n'ont lieu que tous les sept ou huit jours; elles sont toujours provoquées par un ou plusieurs lavements. Le foie et la rate sont à l'état physiologique.

La voix a perdu de sa force et de son étendue; il est des jours où il est impossible à mad. X. d'émettre un son clair et soutenu. Du reste, les fonctions respiratoires ne sont point troublées; l'auscultation et la percussion ne fournissent que des résultats négatifs.

Le pouls est petit, serré, fréquent, parfois irrégulier et intermittent; chaque nuit, vers trois heures du matin, la malade a un mouvement fébrile très-prononcé qui dure environ deux heures et qui est suivi d'un épuisement extrême; il n'existe aucune altération organique du cœur, mais le mouvement, la plus légère émotion, le bruit inattendu d'une sonnette, d'une porte qu'on ferme, provoquent des palpitations très-violentes.

Les urines sont rares et sédimenteuses; elles renferment une quantité de sels calcaires, et pendant le séjour de madame X. à Ischia, il paraît que la proportion en est devenue extrêmement considérable. L'écoulement menstruel est régulier, mais peu abondant; rien d'anormal du côté des organes génitaux; l'utérus est parfaitement sain et ne présente ni engorgement, ni ulcération, ni déplacement d'aucune sorte.

Le système nerveux est profondément altéré; des douleurs névralgiques irrégulières, erratiques se font sentir, tantôt dans un point, tantôt dans un autre; il en existe presque constamment dans une ou plusieurs branches de la cinquième paire, et pendant l'hiver, mad. X. a des accès extrêmement violents, qui durent plusieurs semaines, se renouvellent plusieurs fois dans le courant de la saison, et sont souvent accompagnés, indépendamment des phénomènes habituels, d'une abondante sécrétion de larmes ou d'un écoulement séreux par le nez. Le froid, l'humidité, le contact de l'air provoquent des accès de névralgie faciale; aussi la malade redoute-t-elle extrêmement l'action de ces agents et a-t-elle toujours, même pendant l'été, la tête entourée de ouate, de fichus, etc.

La vue est très-affaiblie; mad. X. ne peut se livrer à aucun travail d'aiguille; le soir, la lecture est impossible, et dans la journée elle ne peut pas être continuée au delà de quelques minutes. L'ouïe a beaucoup perdu de sa finesse. La malade ne goûte, chaque nuit, que deux ou trois heures d'un sommeil agité, interrompu par des rêves, des cauchemars, des terreurs, des hallucinations; vers le matin, il se manifeste un mouvement fébrile que termine une légère moiteur, et mad. X. se lève plus fatiguée, plus faible qu'elle ne s'est couchée.

L'état intellectuel et moral est aussi fâcheux que possible. La moindre émotion pénible, la plus légère contrariété provoque un véritable désespoir qui se prolonge souvent pendant toute une journée; la malade se représente alors tous les chagrins qu'elle a éprouvés dans le cours de sa vie; elle se plonge, sans que rien puisse l'en distraire, dans un océan de souvenirs douloureux, de pensées tristes; elle tombe dans un découragement profond, elle prend la vie en dégoût, et l'on observe alors un véritable accès de lypémanie.

C'est dans un tel état de choses que mad. X. commence le traitement hydrothérapique le 7 juillet 1847.

7 septembre. Malgré tout le soin, toute la prudence qu'on y a mis, les premières applications d'eau froide (*frictions en drap mouillé, lotions rapides*) ont été très-pénibles et ont provoqué des palpitations, de la suffocation et une sensation de froid qui ne disparaissait qu'avec peine sous l'influence d'une réaction très-incomplète. Il a fallu de grands efforts pour obtenir de mad. X. de continuer le traitement. Au bout de quinze jours, des douches générales très-courtes (*douche en pluie et douche en jet promenée sur toute la surface du corps*) sont prises sans répugnance et suivies d'une réaction satisfaisante. Huit jours après, je fais précéder la douche d'une sudation en étuve sèche. Une amélioration notable ne tarde pas à se manifester. La peau blanchit et devient

(1) De la névralgie générale, *in* Bull. génér. de thérap., numéros des 30 janvier, 30 avril et 30 mai 1848.

plus unie et moins sèche; le teint se modifie; l'appétit renaît, et bientôt il est assez vif pour que la malade mange avec plaisir du poisson et des viandes blanches; la constipation s'amende; les nuits sont plus calmes; les cauchemars, les terreurs, les hallucinations ont disparu. Mad. X. a quelques heures d'un sommeil tranquille et réparateur; le mouvement fébrile ne se montre plus qu'à intervalles assez éloignés; les forces s'accroissent graduellement et permettent des promenades quotidiennes. L'état moral est meilleur.

7 décembre. Un changement considérable s'est opéré dans l'état de la malade. L'appétit est vif, et mad. X. prend avec plaisir une alimentation abondante et substantielle (*viandes noires rôties, gibier, vin de Bordeaux*); la constipation a complétement disparu; une garde-robe spontanée a lieu chaque jour; les nuits sont bonnes; mad. X. a fait de longues promenades en voiture, à pied et à cheval; elle fait de la musique régulièrement; la voix a repris toute sa force, son étendue et sa pureté; la vue et l'ouïe ont recouvré toute leur intégrité; enfin l'amaigrissement est beaucoup moins prononcé.

7 avril. Des accès de névralgie faciale se sont encore fait sentir vers la mi-janvier et ont beaucoup fait souffrir mad. X. pendant cinq ou six semaines; cependant ils ont été infiniment moins longs et moins violents que ceux des années précédentes; l'hiver s'est assez bien passé, et mad. X. a pu aller fréquemment dans le monde et au spectacle; elle a supporté avec sang-froid et courage les craintes et les émotions qu'a fait naître la révolution de février.

7 avril 1849. Mad. X. a continué le traitement jusqu'à ce jour avec régularité; l'hiver s'est passé sans que la plus légère douleur névralgique se soit fait sentir; l'état général est satisfaisant.

Le fait que je viens de rapporter est certainement un des plus curieux qu'il m'ait été donné d'observer dans ma carrière médicale; il faudrait en avoir été témoin pour se faire une juste idée de l'état désespéré dans lequel se trouvait la malade, et de l'impuissance manifeste à laquelle était condamné le médecin. On est obligé de reconnaître, en effet, que, dans des circonstances semblables, rien ne peut remplacer la médication hydrothérapique, qui seule est appelée à exercer sur l'économie une action que je considère comme l'agent nécessaire et exclusif de la guérison.

En général, on n'envisage l'hydrothérapie que comme un agent de la *médication tonique*, sans chercher à se rendre compte de son mode d'action; dans un prochain travail sur l'*action physiologique et curative des applications extérieures d'eau froide*, je m'efforcerai, par une étude plus approfondie, de montrer que son effet est complexe, multiple, et qu'il s'exerce sur toutes les grandes fonctions de l'économie: directement sur la circulation capillaire générale et l'innervation; médiatement sur la respiration, la calorification, la nutrition, l'absorption et les sécrétions. S'il est une méthode de traitement qui prenne les phénomènes physiologiques pour base et pour instruments, c'est bien certainement l'hydrothérapie.

Les faits contenus dans ce paragraphe méritent toute l'attention des praticiens. Les malades dont j'ai rapporté l'histoire souffraient depuis longues années, ils avaient épuisé toutes les ressources de la médecine, et c'est en désespoir de cause et pour ainsi dire à titre d'incurables qu'ils se sont adressés à l'hydrothérapie. Le succès a dépassé leurs espérances et les miennes, et je n'hésite pas à déclarer encore une fois que l'eau froide a en ici une action que je considère en même temps comme l'agent nécessaire de la guérison et comme l'effet d'un modificateur spécial qu'aucun autre ne peut remplacer. Pour nous rendre maître de pareils désordres nerveux, de troubles fonctionnels aussi graves, la matière médicale et l'hygiène nous offrent des palliatifs, mais pas un seul agent curatif.

(La fin au prochain numéro.)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

REMARQUES SUR UN CAS D'HÉMIPLÉGIE NON CROISÉE, AVEC PERSISTANCE DE LA SENSIBILITÉ, ET DÉTERMINÉ PAR UN TUBERCULE VOLUMINEUX SIÉGEANT DANS UN DES LOBES DU CERVELET; par M. TAILHÉ, interne des hôpitaux. (Travail lu à la Société de biologie.)

Plusieurs cas de tubercules du cervelet sont consignés dans les ouvrages de clinique ou dans les recueils périodiques; on a aussi rencontré dans cet organe d'autres tumeurs de diverses espèces, des kystes qui contiennent des matières solides ou liquides de nature très-variable, des masses fibreuses ou cancéreuses.

L'anatomie pathologique pourra peut-être, par la multiplication des faits qu'elle est appelée à fournir, répandre quelque lumière sur les symptômes encore imparfaitement établis des maladies du cervelet et sur sa physiologie, qui a donné lieu à tant d'opinions contradictoires.

Je vais rapporter une observation qui a présenté des phénomènes très-remarquables du côté de la sensibilité, et surtout du mouvement. J'observerai auparavant qu'il s'agit de lésions existant uniquement dans le cervelet, sans altération aucune des hémisphères cérébraux ou de leurs enveloppes.

Obs. — Le nommé Ferrer, militaire, âgé de 37 ans, né à Perpignan, est entré le 7 août 1849, salle Saint-Michel, n° 26, à l'hôpital de la Charité, service de M. Rayer; il est malade depuis deux ans, et surtout depuis trois mois. Mort le 22 novembre, même année.

Cet homme, d'une constitution faible, d'un tempérament lymphatique, n'a jamais fait de maladie sérieuse; il est resté quinze ans en Afrique, jouissant d'une bonne santé, sujet à la toux seulement. A l'âge de 18 ans, il a eu une blennorrhagie assez bénigne, dont il a été guéri en très-peu de temps. Il y a onze ans, il a eu un chancre à la verge, et un bubon dans l'aine qu'il a gardé quatre ou cinq mois. Traité par les préparations mercurielles, tant à l'extérieur qu'à l'intérieur, ce dernier n'a pas suppuré.

Il a fait quelques excès vénériens; son genre de vie était assez régulier.

Il y a deux ans environ, il reçut un coup très-fort sur le derrière de la tête, à la suite duquel se sont déclarées des douleurs siégeant dans cette partie. Ces douleurs, d'abord faibles et très-supportables, ont accru graduellement d'intensité; elles ont gagné le devant de la tête, et surtout les régions temporales. Le cuir chevelu tout entier est devenu excessivement sensible; mais la violence de la douleur a toujours résidé dans la région qui avait été fortement contuse.

Le malade n'a pas tardé à s'apercevoir que ses forces l'abandonnaient: il marchait difficilement, en traînant la jambe droite; le membre supérieur droit devint aussi très-faible. Enfin des douleurs se manifestèrent dans le membre inférieur droit, principalement à la jambe, et ces douleurs étaient quelquefois accompagnées de contractions involontaires des muscles du mollet et du pied. Ces derniers phénomènes n'ont point eu lieu dans le membre supérieur du même côté.

Depuis trois mois il lui est impossible de se tenir debout sans s'appuyer; la marche ne peut pas non plus s'effectuer depuis cette époque. Cette dernière aggravation, ainsi que les douleurs de tête, qui deviennent de plus en plus intenses, l'engagent à entrer à l'hôpital.

6 août. Les douleurs du derrière de la tête sont très-violentes, et empêchent le malade de dormir. La sensibilité de tout le côté droit du corps est notablement augmentée, les mouvements des membres du côté droit sont très-bornés; il n'y a point de paralysie faciale. Le cou est roide; la tête est portée en arrière; les yeux sont fixes et presque immobiles dans leurs orbites. Expression de douleur très-grande de la physionomie. L'intelligence est très-nette. Le malade tousse beaucoup et a craché un peu de sang. L'examen de sa poitrine fait reconnaître l'existence de tubercules et de petites cavernes dans toute l'étendue des deux poumons. Le pouls et la chaleur n'offrent rien de spécial.

Le malade a été d'abord soumis à l'action de l'électricité galvanique par M. Brown-Séquard, au moyen de l'appareil de Breton, d'abord dans toute sa force. Voici ce qui a été remarqué:

Les mouvements ont été constamment beaucoup plus étendus du côté paralysé que du côté sain. Les conducteurs ont été appliqués successivement sur divers points des membres, et les secousses ont été continuellement plus fortes à droite qu'à gauche.

La douleur n'était pas très-vive pendant l'expérimentation, et paraissait égale des deux côtés.

En diminuant le courant, j'ai vu sur le membre sain que le doigt médius remuait à peine. Sur l'autre membre, l'action était des plus manifestes: c'était des mouvements alternatifs de flexion et d'extension des doigts, les premiers beaucoup plus marqués que les seconds.

Ces manœuvres ont été répétées cinq ou six fois, mais le 14 août, le malade a été pris de mouvements convulsifs de tous les membres, tant du côté paralysé que du côté sain. L'électricité a été dès lors abandonnée.

M. Rayer a prescrit ensuite au malade des pilules de protoiodure de mercure. Cette médication a été continuée pendant trois semaines sans soulagement notable. La violence des douleurs et l'insomnie persistaient au même degré. Bien plus, le 7 et le 8 septembre, vers le soir, le malade a été pris de mouvements convulsifs qui ont duré au moins une demi-heure.

L'extrait gommeux d'opium à la dose de 10 centigrammes, aidé de quelques applications de ventouses et de sangsues à la nuque ou derrière les oreilles, a calmé sensiblement les douleurs, et procuré du sommeil au malade pendant quelque temps.

Mais, après un amendement de quelques jours, la céphalalgie occipitale a repris une intensité nouvelle. Les contractures de la jambe paralysée ont été assez rares.

19 novembre. Le malade a été très-agité pendant la nuit; il pousse des cris et ne répond pas aux questions qu'on lui adresse. La vessie est distendue par une grande quantité d'urine. Il se plaint de douleur au bas-ventre. Le passage de la sonde est excessivement sensible. Le pouls est fréquent, la peau chaude. (Saignée de deux palettes.)

20 novembre. Le malade est dans le même état qu'hier. Les urines sont extraites par le cathétérisme. Les pupilles sont inégalement dilatées. L'ouverture pupillaire droite est moins grande que la gauche, et l'iris est plus contractile à droite. L'œil droit est par moment dirigé en haut et en dehors.

21 novembre. Les symptômes vont toujours en s'aggravant. Les pupilles n'offrent cependant plus les différences qu'elles présentaient hier. Les urines

sont toujours retenues dans la vessie. Le malade accuse beaucoup de douleur dans le bas-ventre, et l'introduction de la sonde lui arrache des cris.

Mort le lendemain matin.

AUTOPSIE. — Les méninges sont notablement injectées, de même que la substance cérébrale, dans les lobes antérieurs principalement. Elle ne présente pas d'altération apparente.

Les ventricules latéraux contiennent 3 onces à peu près de sérosité légèrement teinte par du sang.

En examinant le cervelet, on voit à la face supérieure du lobe droit, en avant et vers la ligne médiane, une surface de couleur blanc-verdâtre qui tranche avec la couleur gris-rosé du cervelet. Elle ne fait pas de saillie appréciable; les sillons des circonvolutions se trouvent effacés par elle. Elle offre bien plus de résistance au doigt que la substance cérébelleuse qui l'entoure. Incisée par le milieu, on reconnaît qu'elle appartient à une tumeur de forme arrondie, de la grosseur d'un marron ou d'une petite noix, occupant presque toute l'épaisseur du cervelet. Elle avoisine en dedans la ligne médiane sans l'atteindre. Le vermis superior est intact. La matière dont elle est formée est une substance homogène comme du fromage, de couleur blanc-verdâtre, beaucoup plus dure à la circonférence qu'au centre, où elle est ramollie. Examinée au microscope par M. Lebert, elle offrait tous les caractères fournis par la matière tuberculeuse.

Il n'y a point d'ulcérations dans les intestins.

Les poumons présentent une infiltration tuberculeuse générale, et çà et là de petites cavernes.

Les reins sont hypérémiés; la muqueuse de la vessie est parsemée d'arborisations vasculaires.

J'ai recueilli dans les auteurs treize observations de tubercules du cervelet, sans autre lésion de cet organe ou des hémisphères cérébraux. Divers désordres du mouvement et de la sensibilité ont existé. Ces désordres sont loin d'avoir été les mêmes; je vais les passer en revue :

1° Chez trois malades, on a observé l'absence de paralysie, soit des membres supérieurs, soit des membres inférieurs, et on n'a remarqué aucun trouble dans les mouvements. Dans tous les cas, ce cervelet tout entier était parsemé de tubercules, ou presque complètement envahi par eux. Chez l'un de ces malades, il existait une sensibilité très-vive, singulière, de la peau du tronc et des membres :

1° Sensibilité très-vive; point de paralysie du mouvement. Tubercules dans les deux lobes du cervelet. (Lapeyronnie, MÉMOIRES DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES, année 1741).

2° Mouvement et sensibilité intègres, quoiqu'il y ait eu parfois des contractures dans les membres. Dans chaque lobe du cervelet, on trouva une petite tumeur tuberculeuse, autour de laquelle la substance cérébelleuse était ramollie, mais plus à droite qu'à gauche; une tumeur semblable dans la fosse occipitale droite, avec dépression du cervelet et ramollissement de son tissu. (Elliotson, LANCETTE, 28 novembre 1835.)

3° Aucune perversion dans les mouvements volontaires. L'état de la sensibilité n'est pas noté. Plusieurs tubercules dans les deux lobes du cervelet. (Devennes, GAZETTE MÉDICALE, année 1835.)

2° Deux fois les tubercules ont été trouvés dans la partie moyenne du cervelet, les deux lobes latéraux restant intacts. L'un de ces malades, qui était une fille âgée de 8 ans, éprouvait divers troubles dans la progression; car elle ne pouvait faire un pas sans le secours d'un aide, ses jambes se croisant et n'exécutant que les mouvements les plus irréguliers. Le cervelet contenait dans sa partie moyenne un tubercule du volume d'un marron. La pulpe nerveuse qui l'entourait était très-injectée, mais non ramollie. (Toulmouche, GAZETTE MÉDICALE, 1845.) Le second, chez qui on avait trouvé deux tubercules au sommet de la substance blanche du cervelet, avait un affaiblissement des membres inférieurs. Il est dit dans l'observation que le malade avait de la peine à se tenir sur ses jambes. (Lachaize fils, 1736, et reproduite par Toulmouche, GAZETTE MÉDICALE, 1845.)

L'état de la sensibilité n'a pas été noté dans la relation des deux derniers faits.

3° Trois sujets présentaient un ou plusieurs tubercules siégeant dans le lobe droit du cervelet. Dans l'un de ces cas, il n'y avait aucune altération du mouvement. (Andral, CLIN. MÉD.) Dans le second, il y avait hémiplégie du côté gauche, influence croisée du cervelet incontestable. (Hérard, BULL. DE LA SOC. ANAT., 1846.) Dans le troisième cas, les désordres de la motilité se bornaient à un tremblement musculaire des membres. La sensibilité était exagérée aux extrémités seulement. (Chomel, GAZ. MÉD., 1845.)

4° Dans une quatrième catégorie d'observations, les tubercules avaient pour siége le lobe gauche du cervelet. L'hémiplégie du côté opposé, le côté droit, a été constatée cinq fois, c'est-à-dire toutes les fois que la production accidentelle a été trouvée dans le lobe gauche. On n'a mentionné aucune modification dans la sensibilité des membres paralysés : 1° Andral, CLIN. MÉD.; 2° Duplay (ARCH. DE MÉD., 1836); 3°, 4° et 5°, (GAZ. MÉD., 1845 et 1846).

Je pourrais établir une cinquième division pour remplir le cadre des troubles si divers que subissent la sensibilité et le mouvement lorsque le cervelet est le siége de tubercules. Elle me serait fournie par l'observation que j'ai recueillie : chez le malade qui en fait l'objet, il n'y avait point, en effet, de paralysie du côté opposé à la lésion, soit dans le membre supérieur, soit dans le membre inférieur; l'influence croisée du cervelet sur la motilité était ici évidemment en défaut. Il y avait hémiplégie incomplète, il est vrai, mais le malade avait cessé de pouvoir marcher depuis longtemps. Le tubercule siégeait dans le côté droit du cervelet, la paralysie occupait aussi les deux membres droits. On observait aussi de ce côté une exagération manifeste de la sensibilité.

J'ai voulu m'assurer si, dans les autres tumeurs du cervelet, kystes, cancers, masses fibreuses, on avait rencontré des paralysies musculaires, siégeant du même côté que ces tumeurs, comme dans le cas précédent : je n'ai rien vu d'analogue. Dans ces cas, qui sont très-nombreux, l'influence croisée du cervelet sur les mouvements a été bien déterminée.

L'hémorrhagie du cervelet et le ramollissement de cet organe, lorsqu'ils avaient pour siége un seul lobe, ont toujours aussi produit une hémiplégie du côté opposé à l'épanchement sanguin, à la diffluence de la substance cérébelleuse. Dans les cas complexes de tumeurs du cervelet, d'épanchement de sang, de ramollissement d'un des lobes de cet organe, coïncidant avec des lésions analogues dans l'hémisphère cérébral du côté opposé, on a observé que la paralysie existait du même côté que la lésion; mais on a pensé très-judicieusement que l'altération du cerveau seul tenait l'hémiplégie sous sa dépendance et annulait l'influence croisée du cervelet. Il arrive quelquefois d'ailleurs que l'existence unique de tubercules dans un des lobes du cervelet, ne produit point de paralysie. J'en ai déjà rapporté deux exemples.

SUR LE TRAITEMENT DES RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTRE PAR LES GRANDES INCISIONS; réponse de M. LEROY-D'ÉTIOLLES à M. REYBARD (de Lyon).

Monsieur le rédacteur,

Vous avez inséré samedi dernier une lettre de M. Reybard (de Lyon), commençant par ces mots : « *Dans une brochure récente écrite par » M. Leroy-d'Étiolles dans le but d'apprendre au public l'admira- » tion enthousiaste qu'il professe pour ses propres travaux, je » lis, etc.* » Un mot d'abord sur ce préambule.

La brochure intitulée : THÉRAPEUTIQUE DES RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTRE ET DES MALADIES DE LA PROSTATE, à laquelle ceci s'adresse, a été analysée dans la GAZETTE MÉDICALE; elle a été écrite en vue du concours pour le prix d'Argenteuil. Comme il est d'usage dans toute candidature et comme l'ont fait tous mes compétiteurs, j'ai mis en relief ce que mes idées et mes travaux me paraissent avoir de nouveau et d'utile. J'avais d'autant plus raison de le faire, qu'ils avaient été fort maltraités et ravalés par la précédente commission de l'Académie de médecine, dans laquelle se trouvaient trois *urologistes* et *la plume* de l'un d'eux. Mais s'il était vrai qu'en voulant relever ces travaux à leur plan, je les eusse guindés un peu trop haut, je suis tout disposé à leur laisser prendre leur véritable niveau et à me faire absoudre d'une pensée de vanité si mal placée.

De la première phrase de M. Reybard, passons à la dernière : « Je pro- » teste, dit-il, contre ces *mœurs discourtoises* dont les signes caracté- » ristiques sont le mépris et l'indifférence professés pour la vérité scienti- » fique. » Je proteste à mon tour contre une telle accusation. Si j'avais l'honneur d'être mieux connu de notre honorable confrère M. Reybard, il saurait que je n'ai jamais manqué de courtoisie avec personne, pas même à l'égard d'ennemis fort discourtois; je n'ai donc garde d'en manquer avec lui, que je tiens en haute estime de toute manière; mais ne puis-je dire que je ne partage pas sa confiance dans les incisions profondes de l'urètre, sans manquer à sa personne?

Voilà pour la forme de la lettre de M. Reybard; passons maintenant au fond.

Notre honorable confrère assure que, dans ma narration des résultats des applications de sa méthode à Paris, il y a autant d'erreurs que de mots : il n'a, dit-il, opéré qu'un seul malade, *qui est guéri, radicalement guéri*. Je ferai observer d'abord que le mot *radicalement* est un peu prématuré : les rétrécissements, suite d'ulcérations urétrales, mettent fort souvent dix ou douze ans à se former; il faut attendre encore, pour affirmer que la cicatrice produite par les incisions de M. Reybard ne se rétractera pas un jour au point de fermer de nouveau le canal d'autant plus hermétiquement que cette cicatrice aura plus d'épaisseur et d'étendue. Ajournons donc à huit ou dix ans la discussion sur ce résultat définitif de la méthode; ne nous occupons que de ses dangers immédiats et de ce qui s'est passé sous

nos yeux. J'ai dit que le malade opéré par M. Reybard lui-même avait en une hémorrhagie tellement abondante que sa vie a été mise en danger et sa convalescence très-pénible. Je maintiens l'exactitude de cette assertion. Quant aux deux malades morts de résorption purulente ou de phlébite, dans le service de Blandin, à la suite d'incisions faites dans l'urètre, je suis bien certain de les avoir vus, et j'ai la confiance que les souvenirs de MM. les internes, auxquels, en l'absence de ceux du maître et de l'ami que nous avons perdu, je fais appel, seront conformes aux miens. En attendant, je trouve, dans la lettre même de M. Reybard, un commencement de confirmation de mon dire : « M. Blandin, dit-il, opéra, en 1845, un malade, » non point par ma méthode, mais par la scarification la plus superficielle. » Il succomba quelques heures après l'opération ; mais ma méthode ni moi » n'avons rien à voir dans ce fait. » J'en demande bien pardon à M. Reybard ; mais si, de la déclaration de MM. les internes, il résulte que Blandin s'est servi, dans cette circonstance, de l'instrument de M. Reybard, sa méthode a bien un peu à voir dans cette affaire. L'incision, dit-il, a été superficielle ; cela veut-il dire que la mort n'eût pas eu lieu si elle avait été plus profonde ?

M. Reybard dit que j'ai invoqué *à tort* contre lui l'autorité du nom de M. Civiale, auquel il donne sérieusement l'épithète de *savant*, puis il ajoute : « M. Civiale cite, il est vrai, le fait d'un homme qui succomba » après une opération qui faisait concevoir les plus heureuses espérances. » Charmante naïveté !

Lorsque j'aurai reçu les notes de MM. les internes du service de Blandin (l'un d'eux est à Angoulême), je les publierai et j'examinerai avec une complète impartialité et avec toute la courtoisie désirable la valeur des grandes et profondes incisions comme moyen de traitement des rétrécissements de l'urètre.

Agréez, etc.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

I. MONTHLY JOURNAL OF MEDICAL SCIENCE.

Les numéros d'avril, mai, juin, juillet, août et septembre 1849 contiennent les mémoires originaux suivants : 1° *L'attitude et les positions naturelles et anormales du fœtus dans la matrice; effet du système réflexe ou excito-moteur*; par M. Simpson. 2° *De la sûreté et de la convenance de l'emploi du chloroforme comme agent anesthésique dans les plus graves opérations de chirurgie*; par M. W. Keith. 3° *Des fièvres typhoïdes et du typhus*; par M. W. Jenner. 4° *Observations de périostite syphilitique, suivie d'ulcération phagédénique des membres inférieurs, avec quelques remarques pratiques*; par M. Critchett. 5° *Coup d'œil sur les superstitions et les pratiques populaires relatives aux accouchements et à quelques maladies des femmes et des enfants*; par M. Wilde. 6° *Observations de chirurgie, avec remarques*; par M. J. Spence. 7° *Cartilages flottants dans l'articulation du coude, enlevés heureusement*; par M. Solly. 8° *Cas de fracture du bassin, avec plaie pénétrante de la vessie*; par M. John Taylor. 9° *Cas de calcul vésical d'oxyde cystique, enlevé par l'opération*; par M. J. Miller. 10° *Observations de tumeurs vasculaires de l'urètre*; par M. Norman. (Considérations générales n'offrant rien de bien neuf. L'auteur traite ces polypes par une double ligature passée à travers le pédicule, et dont on noue ensuite les quatre chefs deux à deux.) 11° *Considérations sur quelques symptômes donnés comme signes de la phthisie commençante*; par M. Th. Thompson. 12° *Cas remarquable d'étranglement causé par un diverticulum*; par M. Pirrie. 13° *Cas d'utérus renversé causé par un polype, et heureusement enlevé par l'instrument tranchant*; par M. Higgins. 14° *Bandage utérin perfectionné, avec un pessaire élastique en gutta-percha*; par M. Ritchie. 15° *De l'anatomie pathologique du choléra*; par M. Gairdner. 16° *Des troubles nerveux et gastriques comme liés à la diathèse oxalique*; par M. Begbie. 17° *De l'amputation du cou-de-pied par un lambeau latéral interne*; par M. J. Mackensie. (L'auteur reconnaît à son procédé trois avantages sur ceux où l'on taille le lambeau en arrière. D'abord il est plus facile à exécuter; puis il convient dans les cas où les téguments de la partie externe sont déjà compromis par la lésion. Enfin, comme il permet de détacher très-aisément le lambeau, il n'expose pas les malades d'un certain âge à ce que leurs artères, incrustées et friables, soient déchirées par les efforts que nécessite ce temps de l'opération ; ce qui peut arriver dans les procédés où l'on a à séparer la peau du talon tout entière.) 18° *Sur le traitement local de l'eczéma chronique et de l'impétigo*; par M. Bennett. 19° *De la nutrition anormale dans les cartilages articulaires*; par M. Redfern. (Nous avons déjà rendu compte de ce travail, *in extenso*, dans GAZ. MÉD., 1849, p. 995). 20° *Considérations sur la présence de spermatozoaires dans le liquide de l'hydrocèle*; par M. Curling. 21° *Cas d'anus anormal*; par M. Maclagan. (L'ouverture de l'intestin eut lieu à la suite d'un coup, qui détermina de l'inflammation, puis un abcès de la paroi abdominale, par lequel sortirent des matières fécales.) 22° *Sur la pathologie du cœur*; par M. Douglas. 23° *Note sur la scarlatine*; par M. Newbigging. 24° *Sur la pathologie du cœur et des artères. De l'anévrisme disséquant*; par M. Peacock. 25° *Sur le scorbut de la factorerie d'York*; par M. W. Smellie.

L'ATTITUDE ET LES POSITIONS NATURELLES ET ANORMALES DU FŒTUS DANS LA MATRICE ; EFFET DU SYSTÈME RÉFLEXE OU EXCITO-MOTEUR ; par M. SIMPSON.

Pourquoi l'enfant, dans le sein de sa mère, a-t-il le plus ordinairement l'extrémité céphalique dirigée en bas ? Deux opinions existent sur ce point. Les uns l'expliquent par la gravitation qui entraîne nécessairement dans ce sens la partie la plus pesante. D'autres le regardent comme un effet de l'action musculaire instinctive et volontaire.

M. Simpson a porté son attention non-seulement sur l'attitude du fœtus, mais encore sur les mouvements qu'il exécute pendant la vie intra-utérine. Ils dépendent, selon lui, de l'action du système réflexe ou excito-moteur.

La première preuve qu'il en donne est que cette attitude, ainsi que ces mouvements, existent parallèlement, sont les mêmes chez les fœtus anencéphales; ce dont il a lui-même observé plusieurs exemples.

Si, durant le travail, on pique, on pince une partie de l'enfant, la main, par exemple, qui est à l'extérieur, il la retire. Ce mouvement appartient certainement à l'empire du système excito-moteur. Or il produit pour la mère une sensation absolument semblable à celles que lui causaient les mouvements exécutés par le fœtus pendant la grossesse.

Une autre considération est invoquée par l'auteur à l'appui de sa thèse ; mais celle-là, malgré tout le respect que doit inspirer l'autorité de Marshall-Hall, ne nous paraît pas, à beaucoup près, la plus décisive. En débitant le but, l'objet physiologique des mouvements réflexes, le célèbre physiologiste a écrit qu'ils « président à deux importantes classes de fonctions, savoir celles qui ont rapport à la conservation de l'individu et celles qui concernent la propagation de l'espèce. » Or, remarque M. Simpson, il serait difficile d'exprimer en termes plus précis et plus significatifs la destination que remplit la position de la tête au moment du travail.

Après ces considérations préliminaires, l'auteur entrant plus directement dans son sujet, fait d'abord observer que, au terme de la gestation, le fœtus représentant un ovoïde dont l'extrémité la moins évasée est formée par la tête, doit naturellement correspondre de tout point à l'ovoïde de même forme que constitue la cavité utérine; comme cette dernière a sa plus petite extrémité en bas, c'est par conséquent dans ce sens que la tête doit se porter.

Ce ne serait pourtant pas assez de cette adaptation physique si un pouvoir vital n'était là pour la maintenir, ou la rétablir quand elle est momentanément interrompue. Ainsi la situation du fœtus vient-elle à être modifiée par un mouvement de la mère, aussitôt les membres de celui-là exécutent une série de mouvements réflexes, actifs surtout de la part des extrémités inférieures, lesquels lui font regagner la position qu'il avait perdue. En d'autres termes, il se meut jusqu'à ce qu'il ait repris la situation où la surface de son corps subit la moindre compression possible.

Peut-être objectera-t-on que la masse liquide au milieu de laquelle le fœtus est plongé rend pour lui plus sensible l'influence des mouvements de la mère. Cela est vrai. Mais cette même raison physique qui explique combien les déplacements de son corps sont faciles, rend également raison de la facilité avec laquelle la situation primitive est ensuite rétablie.

Avant le sixième mois l'utérus a, dans son intérieur, une forme arrondie plutôt qu'ovoïde. Il contient une quantité de liquide amniotique proportionnellement plus considérable. Enfin le fœtus n'est pas encore pelotonné sur lui-même de manière à représenter un corps ovoïde. Par ces trois motifs, on comprend pourquoi les présentations de la tête n'ont lieu bien fréquemment qu'à la fin de la grossesse. Ce fait est mis en évidence par un tableau statistique que M. Simpson emprunte à la pratique de M. P. Dubois. Il en résulte que sur un total de 436 accouchements, la présentation de la tête a eu lieu 52 fois sur 100 avant la fin du sixième mois ; 68 fois sur 100 pendant le septième ; 76 fois sur 100 pendant le huitième et le neuvième ; enfin 96 fois sur 100 à terme.

L'action d'une puissance vitale doit encore s'ajouter à ces conditions matérielles pour que la tête se dirige en bas. Effectivement elle ne prend

pas cette position chez le fœtus mort. Bien plus, M. Simpson a établi que lorsqu'il meurt durant le cours de la gestation, cette circonstance peut faire ensuite varier la situation de la tête.

Quelle est la nature de ce pouvoir? D'abord il faut reconnaître que les fléchisseurs ont une contraction ou une tonicité supérieure à celle des extenseurs, dans les extrémités abdominales. Aussi l'enfant maintient-il les membres inférieurs fléchis avant et après la naissance. Au moment de l'accouchement, si on les lui pince, il les replie. C'est ainsi que l'on comprend pourquoi les mouvements qu'il exécute dans le sein de sa mère aboutissent tous à donner en définitive à l'ensemble de son corps la forme ovoïde.

Ces mouvements, avons-nous dit, sont de nature réflexe; or une loi admise de tous les physiologistes veut que les nerfs réflexes soient toujours excités à agir par l'impression de causes physiques s'exerçant sur les extrémités périphériques des nerfs incidents. Ici ces causes consistent surtout dans les changements d'attitude de la mère. Lorsque, par suite d'un de ces changements, la surface du fœtus est comprimée dans quelque point contre celle de l'utérus, l'irritation qui en résulte joue le rôle d'un stimulant *excitateur* qui suscite des mouvements réflexes, calculés pour dégager le membre ou la région quelconque comprimée, de cette situation pénible. La pression du stéthoscope, l'application de la main, éveillent parfois de semblables mouvements, que le chirurgien peut alors parfaitement apprécier. Ils sont, dans certains cas, portés à un degré tel que la femme enceinte, après les avoir produits en se penchant, par exemple, fortement en avant, est obligée de se redresser pour faire cesser la gêne qu'ils lui font éprouver. Ce rétablissement de la situation première, c'est-à-dire de la forme ovoïde, est principalement réalisé par les membres inférieurs, dont la vitalité l'emporte toujours sur celle des supérieurs.

Après la naissance, il est certaines parties du fœtus où une irritation exercée sur la peau produit des mouvements réflexes plus prononcés qu'ailleurs : ce sont la plante des pieds, les genoux et les côtés de la poitrine. L'excitabilité plus grande de ces parties est encore prouvée par ce fait que, même sur un membre paralysé (comme on le voit dans la paraplégie et l'hémiplégie), leur chatouillement détermine encore des mouvements, alors qu'il reste insensible à l'irritation des autres régions. Cette propriété diminue à mesure que le sujet avance en âge. Or elle est évidemment liée à la motilité du fœtus avant la naissance. On remarque, en effet, que les parties dont la titillation suscite le plus sûrement les contractions réflexes sont justement celles qui se trouvent le plus en contact avec la surface utérine, et reçoivent le plus souvent les stimulations extérieures.

Les mouvements réflexes, éclipsés durant la vie extra-utérine par les actes de la myotilité volontaire, s'exercent chez le fœtus, mais sont bornés à ceux dont nous venons d'indiquer le but. Ceux dont la succession produit la déglutition, la défécation, la succion, etc., ne pourraient, en effet, s'accomplir sans danger à cette époque. Ils commencent en général vers le milieu de la gestation, au moment où la mère perçoit les mouvements elle-même.

Quant aux présentations autres que celle de la tête, elles sont jusqu'ici restées pour les auteurs classiques complétement inexplicables. La théorie de M. Simpson se flatte, au contraire, d'en pénétrer l'origine, la cause première; elle y trouve même un argument de plus en sa faveur. Selon le professeur d'Édimbourg, les mauvaises présentations tiennent ou à la précocité du travail, commencé avant que le fœtus ait pris sa position naturelle, ou à sa mort, qui a empêché l'action réflexe de s'exercer; à des causes qui altèrent la configuration du fœtus (corps contenu) ou de l'utérus (corps contenant), et forcent le premier de prendre dans ses mouvements une position exceptionnelle, mais en rapport avec les circonstances où il est placé; enfin à des causes qui déplacent physiquement le fœtus ou l'une de ses parties, soit durant les derniers temps de la grossesse, soit au commencement de l'accouchement.

La démonstration de plusieurs de ces points a reçu de la part de M. Simpson des développements pleins d'intérêt. Ni recherches statistiques ni considérations tirées de la physiologie et de la pathologie n'ont coûté à l'auteur pour édifier et asseoir sa doctrine. Ainsi, sous le rapport de l'influence que la mort du fœtus exerce sur sa présentation, il déduit d'observations nombreuses que : 1° les présentations de la tête sont de seize fois sur cent moins fréquentes chez les enfants morts que chez les vivants; 2° celles de l'extrémité pelvienne sont cinq fois plus fréquentes; 3° les présentations en travers sont quatre fois plus fréquentes (toujours sur les enfants morts).

Pour ce qui est des maladies du fœtus qui altèrent sa configuration, se bornant à parler de l'hydrocéphale, qui est la plus fréquente, il rapporte, d'après M. Th. Keith, que sur 69 cas de ce genre, il y eut 59 présentations de la tête et 10 du pelvis. Rappelons que, pour les fœtus bien conformés, la proportion des présentations de la tête est de 96 sur 100, et celle des présentations du pelvis de 1 sur 31.

Sur quinze exemples de double monstruosité, la présentation des pieds a eu lieu neuf fois et celle de la tête six.

Dans les naissances de jumeaux, on a observé, sur 1,615 cas, 1,084 présentations de la tête, 498 de l'extrémité pelvienne et 33 présentations en travers.

Les contractions spasmodiques qui tourmentent certaines femmes pendant les derniers mois de la grossesse altèrent quelquefois, surtout quand elles sont partielles, la forme de la cavité utérine au point de forcer le fœtus à prendre une position anormale. Rigby dit que les présentations transversales sont souvent précédées de douleurs spasmodiques graves dans l'abdomen, qui durent quelques semaines avant l'accouchement. Nægele a soulagé d'accidents semblables une femme qui, les ayant déjà éprouvés pendant cinq grossesses précédentes, avait toujours eu des présentations du bras ou de l'épaule. Cette dernière fois, les spasmes ayant été heureusement combattus par des injections opiacées, la présentation fut naturelle.

La partie inférieure de l'ovoïde utérin se forme principalement après le sixième mois par le développement du col; mais lorsque le placenta y est implanté, on comprend qu'elle est plus ou moins gênée pour acquérir sa forme naturelle. Aussi, dans ces cas, le fœtus peut-il être forcé, par les changements survenus dans la cavité contenante, de prendre une position non naturelle. D'après un tableau comprenant le relevé de 366 faits, M. Simpson établit que, dans le cas d'implantation du placenta sur le col, la présentation de la tête n'est que de 85 sur 100, tandis que celle du pelvis l'est de 1 sur 9, et la présentation transversale de 1 sur 21.

L'angustie pelvienne exerce aussi une grande influence sur le phénomène qui nous occupe. Pour en bien juger dans le cas qui en offre l'exemple le plus prononcé, c'est-à-dire dans l'opération césarienne, M. Simpson a pris la peine de rassembler 44 observations de cette opération, où l'on a tenu compte de l'espèce de présentation. Or la présentation de la tête a été de 68 sur 100, celle du pelvis de 1 sur 5, et la transversale de 1 sur 9. (Les chiffres qui expriment la proportion de ces trois présentations dans les accouchements naturels sont, comme nous l'avons dit plus haut, de 96 sur 100, de 1 sur 31 et de 1 sur 224.

Il existe une telle proportion entre le grand axe de l'utérus et la longueur du fœtus que des coups portés sur la région hypogastrique ne peuvent, à terme, changer la position du fœtus. Ceci n'arrive que si exceptionnellement le fœtus est très-petit, la quantité de liquide amniotique considérable, ou le coup reçu par la mère violent. Si, au moment de l'accouchement, la tête, retenue par un obstacle quelconque, remonte, et qu'une présentation primitivement normale se change consécutivement en présentation anormale, l'action réflexe ne doit pas être étrangère à cette évolution, que les contractions utérines ont d'abord suscitée.)

Parmi les causes que nous venons d'énumérer, quelques-unes produisent certaines espèces de mauvaises présentations, et d'autres des espèces différentes : ainsi la statistique a prouvé à M. Simpson que la présentation transversale est surtout déterminée par l'implantation cervicale du placenta et par l'étroitesse du bassin. En effet, ces causes gênant le développement en longueur de l'ovoïde utérin, son diamètre transversal, qui se trouve alors proportionnellement plus étendu, est mieux disposé pour recevoir l'axe le plus long de l'ovoïde fœtal : d'où résulte la présentation transversale. Au contraire, les causes qui agissent sur le fœtus occasionnent de préférence les présentations de l'extrémité pelvienne : tel est surtout l'hydrocéphalie; et la statistique prouve, en effet, que l'hydrocéphale est de toutes les conditions morbides précédentes celle qui produit le moins fréquemment la situation du fœtus en travers.

C'est un fait aussi généralement reconnu que mal ou point expliqué, savoir que la même femme a très-souvent, dans ses couches successives, des présentations vicieuses, soit de même, soit de différentes espèces. La théorie de M. Simpson rend ce fait facile à comprendre. En effet, si plusieurs de leurs causes sont accidentelles, et susceptibles d'être prévenues ou traitées, il en est d'autres qui, liées à la constitution même de la femme, doivent revenir inévitablement à chaque nouvelle grossesse. Ainsi, pour prendre un exemple, la partie inférieure de la cavité utérine peut être déformée à chaque nouvelle grossesse par un vice de conformation du bassin. Ce resserrement de la ceinture osseuse empêchant son plein développement, le force constamment à prendre une forme et un type particuliers; et ce type, à son tour, oblige le fœtus à prendre une position spéciale non naturelle, pour s'adapter et s'accommoder à la forme de la cavité utérine. Une malformation de l'utérus même amène des résultats identiques. Les auteurs en citent de nombreux et remarquables exemples. Dans ces circonstances, la même déviation de l'ovoïde utérin entraîne, aussitôt que la femme redevient grosse, la même déviation de la position *adaptive* normale du fœtus.

— Le lecteur qui aura suivi avec l'attention qu'elles méritent l'enchaî-

nement de ces diverses propositions se prononcera sans peine sur leur valeur comme démonstration du théorème que l'auteur avait prétendu établir. A notre avis, M. Simpson a pris ici la seule marche qui pouvait le conduire à un résultat profitable. Ayant à scruter des phénomènes que leur nature, que leur profondeur rend impénétrables, il a sagement fait de renoncer à les vouloir constater. Les supposer réels, puis montrer comment tous les problèmes de la grossesse et de l'accouchement s'expliquent et s'éclaircissent, dans cette hypothèse, tel a été le plan qu'il a préféré, et dont il a tiré parti avec sa supériorité ordinaire. S'il ne l'a conduit qu'à des probabilités, c'est que, dans cette voie, on ne pouvait guère ambitionner plus sans s'exposer à tomber, à travers les sophismes, dans l'erreur.

CARTILAGES FLOTTANTS DANS L'ARTICULATION DU COUDE, ENLEVÉS HEUREUSEMENT; par M. S. SOLLY.

Malgré l'extrême intérêt qu'elle offre, vu la rareté de concrétions semblables dans le coude, cette observation prêterait à une critique sévère, si l'aveu de l'auteur ne la prévenait en partie. En effet, s'il a préféré une méthode essentiellement vicieuse à cause de ses dangers, l'incision *à ciel ouvert*, les détails de l'histoire clinique prouvent que c'est seulement parce qu'il croyait avoir affaire à des corps fibreux renfermés dans un kyste, et sans communication avec la cavité articulaire.

OBS. — Un homme, pilote de sa profession, âgé de 49 ans, de bonne santé et d'habitudes régulières, avait été attaqué à deux reprises d'un rhumatisme qui, la seconde fois, se porta avec beaucoup d'intensité sur le coude gauche.

Sorti de l'hôpital, il revint au bout d'un mois consulter M. Solly pour une affection de cette jointure, qui offrait tous les caractères d'une maladie des cartilages. Trouvant, après un mois de traitement, que l'amélioration ne marchait pas assez vite, l'auteur l'engagea à rentrer à l'hôpital, où il employa l'iodure de potassium à l'intérieur, et localement un séton, puis des vésicatoires. Malgré ces moyens auxquels on ajouta le mercure poussé jusqu'à salivation, les mêmes symptômes continuaient lorsqu'un jour, au lieu du gonflement uniforme qu'il avait constaté au niveau de l'articulation, M. Solly trouva à son grand étonnement une tumeur circonscrite, se prolongeant un peu derrière le condyle interne. C'était une sorte de sac où l'on reconnut plusieurs corps durs libres, très-mobiles, et produisant, lorsqu'ils se choquaient, une sensation de craquement appréciable au toucher. Le malade disait les sentir sous la peau. On pouvait presser sur eux sans faire souffrir; mais la douleur devenait très-considérable lorsqu'on imprimait des mouvements à l'articulation.

M. Solly agita alors la question de savoir à quelle opération on devait avoir recours. Il ne put, dit-il, préciser avec certitude (mais sans indiquer comment il s'y prit pour y arriver) si le sac contenant ces corps communiquait avec la cavité articulaire. La manipulation ne lui donnait pas cette sensation, bien que les antécédents de la maladie le rendissent plus probable. Quoi qu'il en soit, après en avoir conféré avec M. Green, il opéra de la manière suivante, le 11 novembre 1848.

Une incision d'un pouce environ de longueur fut pratiquée sur la tumeur, au-dessus du condyle interne, et divisa la peau, le fascia et la membrane synoviale. Elle mit ainsi à découvert les cartilages flottants, qu'on put aisément faire sortir par cette ouverture. On en retira huit. Le petit doigt introduit par la plaie sentit les surfaces articulaires de l'humérus et du radius; on crut même reconnaître, sur la crête osseuse qui sépare le radius de l'humérus, une éminence irrégulière semblable à une portion de cartilage adhérent.

La petite plaie fut réunie par un point de suture et les agglutinatifs. Une attelle placée à la partie postérieure du membre, servit à prévenir les mouvements du coude.

Quarante-huit heures suffirent pour que l'incision fût cicatrisée. Mais on laissa encore l'attelle cinq ou six jours. Après ce temps, le patient reprit la liberté de ses mouvements. Il n'avait aucunement souffert. M. Solly l'a souvent revu depuis; il est parfaitement guéri et a pu de nouveau se livrer à ses travaux.

M. Rainey, à qui l'auteur remit ces corps étrangers, les trouva enveloppés d'une membrane distincte, pouvant en être détachée, et composée de tissus fibro-celluleux, mêlés de matière granuleuse.

Quant aux corps eux-mêmes, une section faite dans leur milieu montra que deux substances entraient dans leur composition, l'une demi-transparente, semblable au fibro-cartilage, l'autre parfaitement opaque et blanche, ayant l'aspect de l'os, et ressemblant plus particulièrement aux os formés, comme les lames de l'ethmoïde, d'une feuille compacte placée entre deux membranes.

M. Rainey attribue l'origine de ces corps étrangers à une altération dans la force sécrétoire des organes chargés de fournir la synovie. Ces organes sont de petits faisceaux de capillaires, renfermés dans des saccules; ils occupent la partie de l'articulation où ils sont le moins exposés aux pressions.

Ce genre d'appareils sécrétoires a été rencontré par lui dans toutes les jointures, celles des doigts, du genou, de l'épaule, etc. On comprend que lorsque, au lieu de séparer du sang la synovie, elles sécrètent, sous l'influence de quelque action morbide, d'autres produits, tels que le cartilage, la formation des corps étrangers articulaires se trouve facilement expliquée, car le cartilage peut ensuite se convertir en os.

Les saccules sont attachés par un pédicule extrêmement mince. Quand il vient à se rompre après avoir d'abord tranmis au corps articulaire les éléments de sa nutrition, celui-ci devient libre et flottant, tel en un mot qu'on le rencontre ordinairement dans les opérations sur le vivant.

OBSERVATIONS SUR LA PATHOLOGIE DU COEUR; par le docteur HALLIDAY DOUGLAS.

L'auteur fait remarquer, en commençant, que ces observations ne contiennent, en fait, rien de nouveau, et qu'elles n'ont d'autre mérite que de venir en aide à beaucoup d'autres du même genre pour l'éclaircissement de quelques points encore obscurs ou controversés de la pathologie du cœur. Voici les particularités qu'il nous a paru le plus utile de relever.

La première observation est destinée à mettre en relief un fait dont tous les pathologistes ne sont pas assez convaincus, et à déposer contre une exagération qui remonte à l'époque où l'étude anatomique des affections chroniques du cœur a fait de si rapides progrès. On établissait alors une distinction, légitime au fond, mais beaucoup trop absolue, entre les symptômes de l'anévrisme cardiaque avec amincissement des parois, l'*anévrisme passif*, et ceux de la dilatation avec hypertrophie, ou *anévrisme actif*. Au premier l'hémoptysie, l'état bleuâtre de la face, l'hydropisie, etc.; au second l'épistaxis, la coloration rouge de la face, la sécheresse des membres, etc. Or il est avéré que le premier ordre de symptômes peut résulter de toutes les formes de dilatation, de celles dans lesquelles les parois du cœur atteignent un épaississement considérable comme dans celles où elles s'amincissent. On conçoit qu'en général ce résultat a lieu plus rapidement et à un plus haut degré dans le dernier cas que dans le premier. Mais l'hypertrophie n'empêche pas l'embarras de la circulation centrale, nécessairement amenée par la dilatation à laquelle elle se lie.

Nous avons souvent insisté sur les morts subites amenées par les affections organiques du cœur; la seconde observation de l'auteur en est un exemple. Nous entendons parler ici de ces morts dont rien à l'autopsie ne vient expliquer la soudaineté. On se rappellera peut-être que cette question a été, en 1848, à la *Société de médecine pratique de la province d'Anvers*, le sujet d'une discussion sur laquelle nous avons eu à nous expliquer (GAZ. MÉD., 1848, p. 555). Nous avons soutenu alors, d'accord en cela avec le rapporteur de l'observation qui était l'objet du débat, qu'une mort subite rapportée par l'observateur à des concrétions polypiformes, avait été produite par une *suspension subite de l'action dynamique du cœur*, sans qu'il fût permis de pousser l'explication au delà. C'est un fait de ce genre que rapporte M. Douglas. Il n'existait aucune rupture du cœur ni aucune concrétion. Cet organe était hypertrophié dans toutes ses parties, les deux ventricules dilatés; les parois du gauche avaient près d'un pouce d'épaisseur.

On a dit que les affections du cœur étaient une prédisposition à l'érysipèle de la face. C'est de cette affection qu'est mort l'un des malades de M. Douglas; mais il a soin de ne tirer de ce cas aucune déduction favorable à l'opinion dont il s'agit, et, suivant nous, c'est agir sagement. Ce même sujet a offert le curieux phénomène du *redoublement* du second broit du cœur. M. Douglas, après avoir exprimé son incertitude sur la cause d'un pareil phénomène, se montre toutefois disposé à l'attribuer à un défaut de syncronisme des contractions du ventricule gauche et de celles du ventricule droit : d'où il résulterait que le choc en retour des colonnes sanguines contre les valvules sygmoïdes n'aurait pas lieu en même temps dans l'aorte et dans l'artère pulmonaire. C'est en effet la seule explication possible dans l'état actuel de la science, et nous la tenons, quant à nous, pour fort plausible.

Signalons enfin, dans ce travail, deux observations intéressantes d'anévrisme partiel du cœur. La dilatation était multiple dans la première observation, unique dans la seconde. Réunis, ces divers anévrismes offraient les deux variétés connues sous le nom d'*anévrisme vrai* (avec dilatation des parois du cœur), et sous celui d'*anévrisme faux consécutif* (avec rupture de l'endocarde et déchirure consécutive des fibres charnues). A cette dernière variété, que la théorie de Breschet comporte seule, se rattachaient incontestablement plusieurs des poches anévrismales observées par l'auteur; mais il ne s'ensuit pas que la rupture de la membrane interne ait été la conséquence d'une ulcération. M. Douglas en fait lui-même la remarque. Après avoir concédé que plusieurs d'entre elles pourraient être rangées parmi les anévrismes faux consécutifs, il ajoute : « Néanmoins, ni dans l'un ni dans l'autre des cas précédents, il *n'y avait de bonnes raisons d'affirmer l'ulcération* de l'endocarde. » On sait que Breschet, tout en soute-

nant la rupture constante de la membrane interne, n'admettait pas son ulcération. Quelques faits, notamment une observation de M. Reynaud, semblent déposer contre cette opinion absolue ; mais on ne pourrait trouver une arme contre elle dans les nouveaux faits rapportés par M. Douglas.

CAS DE CALCUL VÉSICAL D'OXYDE CYSTIQUE[1], ENLEVÉ PAR L'OPÉRATION ; par M. J. MILLER.

La composition chimique dont ce fait offre l'exemple mériterait déjà l'intérêt, en raison de sa rareté. Mais il y a encore de plus ici cette remarquable circonstance d'un calcul formé à deux reprises, de la même manière, et chaque fois sous l'influence d'une cause traumatique. Ce point de départ exceptionnel n'a-t-il pas été pour quelque chose dans la nature singulière de la concrétion urinaire ?

OBS. — Un nommé Charles Irving reçut à 14 ans un coup sur le périnée pendant qu'il était à cheval. Ses urines devinrent sanguinolentes ; mais il se rétablit néamoins en peu de jours.

Au bout de dix ans, il eut une rétention d'urine, et commença à rendre par l'urètre de petits graviers. Huit ans après, c'est-à-dire en 1832, les symptômes d'un calcul vésical se déclarèrent, et il fut opéré en 1834 par Liston, qui retira une pierre ovoïde de près de 3 pouces de longueur et pesant 5 onces. Elle figure actuellement au musée du collége de l'Université, sous ce titre : *calcul de cystine pure.*

Le patient bien guéri, sauf quelques douleurs dans les jambes, fit en 1843 une chute de voiture, qui, au dire de son médecin, lui fractura l'épine. Il en résulta une paraplégie incomplète, que l'application de deux sétons finit par améliorer.

Dix-huit mois environ après cet accident, les signes de la pierre reparurent. Reçu le 6 février 1849 à l'hôpital, il fut opéré le 14 par M. Miller. « Je pratiquai l'incision, dit ce professeur, du même côté et sur la cicatrice même laissée par l'ancienne incision de Liston. Les parties, il est vrai, semblaient plus rigides que d'ordinaire ; elles se laissaient moins aisément dilater, et nécessitèrent plus souvent l'emploi du bistouri. Mais c'était pour moi cependant une satisfaction particulière que de suivre ainsi pas à pas la trace d'un si grand maître. Et d'ailleurs la structure dense des tissus divisés me donnait plus de garanties contre le danger de l'infiltration urinaire consécutive.

Le malade guérit en effet et quitta l'hôpital justement un mois après l'opération.

Le calcul, d'un pouce 2/5 de longueur et pesant 3 drachmes 15 grains, est recouvert d'une couche blanche de phosphate ammoniaco-magnésien, d'une ligne d'épaisseur.

Au-dessous, le calcul lui-même est rugueux, dur, et d'une couleur jaune verdâtre.

Divisé, il présente un noyau central ovoïde très-dense, mais contenant quelques excavations. Ce noyau constitue à peu près un quart du calcul.

La partie qui entoure ce noyau est de plus en plus dense à mesure qu'elle s'en rapproche. Elle est formée par l'agrégation de petits grains qui, lorsqu'on ment le calcul, reflètent la lumière comme les faces brillantes des petits cristaux.

Examiné par M. Maclagan, il présenta de beaux cristaux d'oxyde cystique, de forme hexagonale, et l'on trouva dans un morceau, analysé chimiquement, tous les caractères assignés à l'oxyde cystique. (L'observation n'est pas plus explicite à cet égard.)

En général, les calculs d'oxyde cystique sont purs, c'est-à-dire formés entièrement de ce produit. Le docteur Willis dit ne connaître que deux cas où une autre diathèse semble avoir alterné avec celle qui détermine la séparation de cet oxyde, et dans ces deux cas, c'était la diathèse lithique. Ici l'on a en affaire à une sécrétion de phosphate ; mais il est presque certain qu'elle fut causée par la maladie de la moelle, survenue intérieurement.

CAS REMARQUABLE D'ÉTRANGLEMENT CAUSÉ PAR UN DIVERTICULUM ; par M. PIRRIE.

Véritable fatalité pathologique, ce cas vient encore augmenter le nombre des variétés de l'étranglement interne ; et, qui pis est, sans apporter avec lui une seule donnée pour éclairer le diagnostic et le traitement de cette redoutable affection.

OBS. — Un jeune homme de 17 ans, ayant toujours joui d'une très-bonne santé, fut subitement atteint, en marchant dans la rue, de vomissements accompagnés de vives douleurs abdominales. Le ventre devint bientôt extrêmement sensible, puis distendu. Pouls à 130 ; souffrances intolérables ; vomissements continuels. La prostration se prononça rapidement, et il mourut, malgré tous les secours, après avoir présenté durant soixante heures les symptômes de l'étranglement le plus aigu.

A l'autopsie, on trouva dans la cavité péritonéale un peu de liquide séro-sanguinolent. L'estomac et la plus grande partie de l'intestin étaient gonflés par des vents, enflammés et convertis d'une lymphe plastique qui établissait des adhérences.

Une anse de l'iléon, de 12 pouces de longueur, était plus distendue, enflammée à l'excès et dans un état voisin de la gangrène ; puis au-dessous le tube digestif s'offrait comme affaissé et comparativement sain.

La cause de ces phénomènes fut découverte dans la présence d'un *diverticulum* anormal, allongé, naissant d'un point de l'iléon. Il s'ouvrait dans l'intestin par un orifice, que garnissait une valvule résultant d'un repli de la membrane muqueuse. La cavité du diverticulum communiquait avec celle de l'intestin, et contenait les mêmes matières. Long d'un pouce et demi, il se terminait par un cul-de-sac un peu renflé. Sa tunique séreuse se prolongeait au delà de cette extrémité par une sorte de bande dont l'autre bout était en continuité parfaite avec la lame antérieure du mésentère. Or l'anse intestinale s'était engagée et étranglée à travers l'ouverture constituée par le diverticulum, le mésentère et la portion d'intestin sur laquelle le diverticulum prenait origine.

CAS DE RENVERSEMENT DE L'UTÉRUS CAUSÉ PAR UN POLYPE, ET ENLEVÉ AVEC SUCCÈS PAR L'INSTRUMENT TRANCHANT ; par M. HIGGINS.

OBS. — Juliana Virgin, âgée de 17 ans, fut reçue à l'hôpital le 20 avril 1843 pour une affection de l'utérus supposée cancéreuse. Cette jeune fille, *vive brunette*, n'avait jamais eu ni accouchement ni fausse couche.

Toujours bien portante jusque-là, elle eut pour la première fois ses règles il y a six mois ; mais l'indisposition, assez vaguement caractérisée, qui avait accompagné ce phénomène cessa avec lui au bout de trois ou quatre jours. Les douleurs reparurent vers la fin de novembre 1842, époque où les règles revinrent. Cette fois la ménorrhagie se prolongea, et fut compliquée de sensibilité vive à l'hypogastre. Enfin, au bout d'un mois, elle fut encore guérie.

Vers les premiers jours d'avril 1843, elle fut prise d'une nouvelle perte sanguine très abondante, avec des douleurs expulsives, siégeant dans l'utérus, et ressemblant à celles du travail ; elles persistèrent quelques heures, puis cessèrent soudainement, et la malade découvrit alors un corps volumineux qui remplissait le vagin et faisait saillie hors des lèvres. Après quelques jours de soins inutiles reçus chez elle, elle se décida à entrer à l'hôpital, où l'on constata l'état suivant :

Faiblesse extrême ; pouls bas, mais calme et régulier ; appétit assez passable. Elle se plaint surtout de douleurs *tiraillantes* qui occupent l'abdomen à sa partie inférieure, ainsi que les reins, et la privent complétement de repos.

On découvrit à l'entrée des parties génitales une masse ferme, comme charnue, couverte à sa base par une autre grosseur insensible, fongoïde, de consistance spongieuse. Ces deux tumeurs distinctes, mais unies, avaient entre elles deux un volume comparable à celui du cœur d'un adulte. En examinant de plus près, on distingua qu'elles étaient unies par un pédicule large d'un demi-pouce et un peu moins long, naissant du centre de la première et allant se perdre dans la seconde. La plus grosse des deux couvrait sa voisine, plus consistante, comme si elle avait été pressée et aplatie par elle. Quelques ulcérations à la surface laissaient échapper un écoulement sanguinolent et fétide.

La première idée du médecin fut qu'il s'agissait d'un polype poussé lentement au dehors par une sorte de travail graduel et spontané. Mais pour mieux discerner la nature de ces tumeurs, on résolut d'enlever d'abord celle qui offrait le moins de consistance : on en vint aisément à bout avec le manche d'un scalpel. Cependant le pédicule, de tissu plus ferme, dut être coupé. La partie restante parut alors sous forme d'une masse ovoïde, ferme au toucher, très-sensible, du volume d'un œuf de dinde. Sur le fond de quelques abrasions qu'offrait sa surface, on apercevait la trace de fibres semblant être de nature musculaire. En touchant par le vagin, au lieu de l'orifice dilaté du col qu'on s'attendait à trouver, on fut arrêté à 3 ou 4 pouces de profondeur par un cul-de-sac, et immédiatement au-dessous de lui, on sentit un bord ou bourrelet saillant, *encerclant* le sommet de la tumeur. Les rugosités de la surface (qui contrastaient avec le lisse de celle d'un polype), l'absence sentie au-dessus du pubis de tout corps représentant l'utérus, enfin les commémoratifs, éveillèrent à l'instant dans l'esprit de M. Higgins la pensée qu'il y avait là quelque chose de plus sérieux qu'un polype.

Selon lui, c'était un des cas où le pédicule du polype étant très-court, celui-ci ne peut sortir sans entraîner avec lui et renverser la matrice. C'était donc le polype qu'on venait d'enlever, et ce qui restait maintenant était l'utérus renversé. Mais les collègues de M. Higgins ne partageant que difficilement cette manière de voir, il chercha à leur en prouver la justesse en leur faisant voir sur la surface de cette tumeur l'orifice des trompes de Fallope. Et effectivement il fut assez heureux pour les découvrir, et pour pouvoir introduire dans chacune d'elles une soie de porc à 2 ou 3 pouces de profondeur.

Pendant ces longues manipulations, la jeune malade ne se sentit que très-peu fatiguée, et perdit à peine 6 à 7 onces de sang.

Après avoir essayé inutilement de réduire l'utérus, l'auteur envoya la malade au lit, se réservant d'agir ultérieurement selon que les circonstances paraîtraient l'exiger.

La malade parut d'abord aller assez bien ; mais au bout de quelques jours, la sécrétion abondante qui s'opérait par les surfaces à découvert commença à l'affaiblir. Le fond de l'utérus s'enflamma de plus en plus, et s'excoria par places. En dépit des soins de propreté, du repos complet, de la diète tonique, ces symptômes, dus au contact de l'urine et aux frottements, allèrent toujours en augmentant. Il s'y joignit de vives douleurs du bas-ventre et des reins. Bref, l'état

devint bientôt assez grave pour faire craindre une mort prochaine. L'écoulement surtout persévérait, malgré de fréquentes lotions chlorurees, avec une abondance extrême.

M. Higgins prenant en considération la santé antérieure de cette jeune personne, l'impossibilité de réduire, le peu d'importance de l'utérus comme organe essentiel à la vie, se décida, sur les instantes prières de la malade, à en faire l'ablation. Il y fut d'autant plus fortement porté que, s'il devait rester dans cette situation, l'utérus ne pouvait assurément plus exercer aucune de ses fonctions.

En conséquence, le 5 mai 1843, la malade ayant été placée comme pour la lithotomie, il fit tirer l'utérus en bas, et entoura le vagin, aussi haut que possible, avec un ruban ou cordon aplati; puis, l'ayant serré, il excisa immédiatement au-dessous l'utérus tout entier, avec un bistouri garni de linge jusqu'à 1 pouce de son extremité. Ceci fut exécuté en quelques secondes, et presque sans hémorrhagie.

Après avoir introduit un spéculum à deux valves dans le vagin, M. Higgins passa trois points de suture à travers ces tissus, à très-peu de distance du bord divisé, dans le but d'en provoquer la réunion par première intention. A ce moment, il essaya de relâcher un peu le cordon; mais un flot de sang qui s'échappa à l'instant l'obligea de le serrer de nouveau, mais pas cependant au point d'avoir à craindre qu'il déterminât la gangrène. La double canule qui le maintenait à ce degré de striction fut appliquée contre l'une des cuisses. Il mit une éponge mouillée dans le vagin et fit coucher l'opérée.

Elle avait bien supporté ces manœuvres, mais se plaignit ensuite beaucoup de la souffrance qu'elles lui avaient causées. Vives douleurs dans le ventre et les lombes. (Larges doses de laudanum donné dans un peu de vin.)

Quatre beures après. Elle a un peu dormi, mais se plaint toujours. Pouls à 100, régulier, mais faible. Elle accuse de la sensibilité dans l'abdomen; cependant la pression au-dessus du pubis est parfaitement bien supportée. Le cathétérisme lui procure du soulagement. On relâche encore le cordon; mais la disposition à saigner se manifestant, il faut le serrer derechef, moins toutefois qu'auparavant.

Le 6 mai, elle a passé la nuit un peu mieux, sans nausées, mais accusant souvent de la soif. Pouls à 120. Elle urine d'elle-même. Pas de douleurs à la pression. Elle est encore très-faible. On relâche le cordon; pas d'apparence d'hémorrhagie.

Le 7, elle n'a plus que quelques douleurs de reins. Pouls à 110, un peu plein. Il n'y a aucune envie de prendre des aliments. On enlève le cordon, ainsi que l'éponge, et on nettoie la partie. La plaie de l'incision se cicatrisant convenablement, on coupe les fils des sutures. Elle prend un œuf. (3 grains de calomel et 5 grains de poudre de Dower, demain matin.)

Le 8, grande amélioration; il y a eu deux selles. L'appétit est revenu.

La guérison n'éprouva plus dès lors aucun arrêt, et au bout de deux mois, la malade quitta l'hôpital, entièrement rétablie. Le vagin avait 3 pouces de longueur, et se terminait par un cul-de-sac, sur le milieu duquel on sentait une ligne de cicatrice.

L'auteur a depuis lors revu plusieurs fois sa jeune opérée. Le 19 février 1844, elle vint auprès de lui, ayant fait trois milles en une heure, sans être fatiguée. Elle se sentait très-bien, à part la menstruation qui manquait; elle était pleine de reconnaissance.

Le 20 juillet de la même année, elle fit savoir qu'elle n'éprouvait autre chose que des douleurs dans les reins, revenant périodiquement une fois par mois, et durant chaque fois deux ou trois jours; mais il n'y avait jamais eu aucun écoulement qu'on pût regarder comme tenant lieu de la menstruation.

Ces douleurs périodiques allèrent ensuite en diminuant de fréquence, d'après ce qu'elle dit en dernier lieu à M. Higgins en mai ou juin 1848.

L'utérus extirpé avait 3 pouces de longueur et 2 pouces et demi de largeur, à son fond. En le divisant, on reconnut dans sa cavité la tunique péritonéale et quelques parties des ligaments ronds et larges, ainsi que les trompes de Fallope, contenant encore les soies qui avaient servi à en démontrer la situation.

M. Higgins fait suivre l'histoire de ce cas de quelques considérations propres à justifier le parti hardi qu'il a cru devoir prendre. Il cite d'abord des exemples de polype ayant amené le renversement de l'utérus. Celui qu'il emprunte à M. Oldham mérite d'être connu comme appartenant à une femme vierge. Cet auteur raconte qu'une vieille fille, de 50 à 60 ans, vierge, avait eu d'abord des hémorrhagies, puis un écoulement d'une matière très-irritante. Comme elle n'avait jamais voulu se laisser examiner, on ne put reconnaître la nature de sa maladie qu'à l'autopsie. On découvrit, en effet, un polype intimement adhérent à la corne droite de l'utérus, lequel organe était complétement renversé. Le docteur Crosse a vu un cas semblable dont la préparation est conservée dans le musée de l'hôpital Saint-Barthélemy. Von Sanden, Davis, Churchill et Brown rapportent aussi des exemples d'inversion utérine causée par un polype.

Quant au signe diagnostique consistant dans la présence de l'orifice des trompes fallopiennes à la surface de la tumeur, M. Higgins prévient avec raison que s'il manque, ce n'est pas une raison pour en conclure qu'il ne s'agit pas d'un cas d'inversion utérine; car l'orifice de la trompe peut être là sans qu'on parvienne à le découvrir. Ordinairement néanmoins cette manœuvre n'est pas difficile, et n'exige même point pour réussir une dextérité hors ligne.

Pour ce qui regarde l'extirpation de l'utérus, c'est une opération parfaitement indiquée dans des conditions pareilles. On trouve dans les traités classiques une foule d'exemples de succès obtenus à la suite de cette excision. M. Churchill a rassemblé les noms de vingt-deux auteurs qui l'ont pratiquée heureusement après un prolapsus ou un renversement complets.

Le Journal médico-chirurgical d'Édimbourg contient un exemple remarquable de l'innocuité de cette opération : il y est question d'une femme de faible constitution qui eut un accouchement heureux; le placenta vint aussi avec facilité. La sage-femme qui l'assistait ayant introduit la main dans le vagin, sentit une tumeur qu'elle prit pour un second enfant; elle tira sur lui avec tant de force qu'elle détacha l'utérus lui-même de ses connexions, et finit par le séparer du vagin avec un bistouri et l'extraire en entier. La femme fut guérie en trente jours.

— La conduite tenue dans le cas précédent nous parait mériter de tout point l'approbation. Deux points suffiraient pour le prouver (et ils sont parfaitement acquis à la science) : d'une part, la léthalité certaine d'un semblable renversement utérin abandonné à lui-même; de l'autre l'innocuité, comparativement très-grande, de l'extirpation de l'utérus ainsi déplacé.

C'est en conséquence de cette dernière vérité, dont il était bien convaincu, que nous vîmes en 1834, à l'Hôtel-Dieu, Sanson chercher à provoquer la chute d'une matrice cancéreuse, afin de l'exciser ensuite sans danger. Idée vraiment ingénieuse, et digne d'être reprise par les praticiens en position de l'appliquer. Pour réaliser son but, Sanson s'était servi d'un spéculum construit de manière à s'ouvrir largement. On comptait sur la dilatation que sa présence continuelle donnerait au vagin pour solliciter peu à peu la précipitation de l'utérus à travers cette voie béante.

Diverses difficultés contrarièrent l'exécution de ce plan. Nous proposerions d'y ajouter une gymnastique appropriée, et l'emploi fréquemment réitéré de manœuvres propres à pousser l'utérus de bas en haut. Un instrument recourbé, et à extrémité convenablement arrondie et matelassée, introduit par le rectum, pourrait remplir cette dernière indication. Armé de cet instrument, qu'il appliquerait sur le fond même de la matrice, le chirurgien irait accrocher pour ainsi dire ce viscère et le tiraillerait graduellement, de manière à l'abaisser, dans l'espace de quelques mois, de la quantité voulue. Tout, du reste, est encore à créer pour la constitution rationnelle et l'application manuelle de cette méthode.

(La fin au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 15 AVRIL.

TRAITEMENT DES FISTULES RECTO-VAGINALES PAR L'AUTOPLASTIE PAR GLISSEMENT.

M. Jobert (de Lamballe) adresse un mémoire sur les fistules recto-vaginales et leur traitement par l'autoplastie.

M. Jobert, après avoir fait l'historique de la science sur ce point, et analysé les méthodes de traitement en usage, expose de la manière suivante sa méthode.

Il pose d'abord en principe que l'on doit agir contre la cause qui a produit l'altération, c'est-à-dire diriger un traitement approprié contre la cause syphilitique, si la fistule est produite par le virus vénérien; chercher à rétablir la voie naturelle avant de songer à fermer la fistule rectale, dans le cas d'ouverture congéniale du rectum.

Lorsque la fistule recto-vaginale est sans complication, et qu'il n'existe plus que les effets de la cause qui a produit l'altération, il s'en occupe sans retard.

Les indications posées, voici en quels termes M. Jobert décrit la méthode et le procédé qui lui ont paru le mieux convenir pour arriver au but désiré.

« La malade étant suffisamment préparée (c'est-à-dire après avoir enlevé toute cause d'irritation et disposé convenablement le moral), on ravive les lèvres de la fistule, on les maintient en contact par la suture, et on rétablit un relâchement dans les lèvres de la plaie par un débridement dont je vais parler tout à l'heure.

» La position de la malade sera telle, que le siége reposera sur des alèzes, des coussins solides, et que les jambes seront fléchies sur les cuisses et celles-ci sur le bassin.

» L'opérateur, assis, dominera de toute la tête les organes génitaux de la ma-

lade, afin de pouvoir les voir et les regarder facilement pendant le temps que durera l'opération.

» Plusieurs aides sont indispensables pour l'exécution de cette opération. Deux fixent et soutiennent les membres fléchis d'une main, tandis qu'ils écartent les grandes lèvres de l'autre. Un troisième relève avec un spéculum à une valve introduit dans le vagin, la paroi supérieure de ce conduit, la vessie et son col. Quelquefois il est plus convenable d'introduire des leviers dans le vagin pour écarter les grandes lèvres, plutôt que de se servir des doigts des aides.

» Tous ces préparatifs ont pour but de mettre à découvert l'endroit sur lequel l'opération doit être faite, et de protéger les organes environnants.

» Tout cela étant disposé, et la lumière diffuse ou artificielle éclairant les parties qui sont le théâtre de l'opération, le chirurgien procède au ravivement, à la suture et au débridement des parois du vagin.

» 1° *Ravivement*. Si l'ouverture fistuleuse est très-apparente, le chirurgien saisit avec des pinces à dents la circonférence de la fistule, dont il enlève toute la cicatrice en portant le ravivement à une certaine distance sur le rectum et le vagin.

» Quelquefois la manœuvre ne s'exécute pas aussi facilement, et le chirurgien est obligé de faire tirer la cloison recto-vaginale à l'extérieur avec des érignes, des pinces, ou bien, ce qui est préférable, avec le secours du doigt d'un aide introduit dans le rectum. Celui-ci s'occupe alors de renverser la cloison, et de la porter avec son doigt, dirigé en crochet ou légèrement recourbé, à l'ouverture vulvaire.

» Lorsque le ravivement est bien fait, il s'échappe une certaine quantité de sang par le rectum et par le vagin; ce liquide est ordinairement fourni par des vaisseaux capillaires et quelquefois par des artérioles. Toujours est-il qu'on l'arrête facilement par la suture.

» 2° *Suture*. Je me sers toujours, dans cette opération, de la suture entre-croisée, qui me paraît remplir toutes les conditions désirables, sans avoir besoin de multiplier beaucoup les points de suture, qui provoquent une inflammation suppurative quand ils sont trop rapprochés. Il est à désirer qu'ils soient assez près les uns des autres pour ne pas laisser d'intervalles qui permettent aux matières de s'échapper par là. Pour deux pouces de fistule, il convient d'appliquer trois ou quatre points de suture.

» Je me sers de liens bien cirés, un peu larges, afin de ne pas couper les tissus trop tôt. Pour les mettre en place sans accident, j'introduis les doigts dans le rectum, et avec une aiguille courbe je traverse les lèvres de la fistule, du rectum vers le vagin. Cette manœuvre exige que le même fil ait à ses extrémités deux aiguilles courbes. Je me sers quelquefois d'une seule aiguille; mais alors je traverse la première lèvre du vagin vers le rectum et la seconde de l'intestin vers le vagin. Les fils en place représentent des anses à convexités rectales.

» Ce premier temps de la suture étant fait, il s'agit de nouer les fils, et c'est ce que je pratique après avoir débarrassé les parties du sang qu'elles contiennent avec des injections d'eau froide.

» Je rapproche assez les lèvres de la plaie pour qu'elles soient en contact, et la constriction se fait de manière à les maintenir fixement dans cette position par un double nœud. Avant de serrer d'une manière définitive la ligature, je surveille bien le premier nœud; car il arrive souvent qu'il se relâche, et alors les lèvres ravivées de la fistule cessent d'être en contact. Plusieurs fois j'ai vu aussi l'anse du fil se dessécher; et si je n'avais porté mon attention là-dessus, mon second nœud aurait été fait inutilement. Pour parvenir à consolider ce fil, un aide appuie obliquement sur le premier nœud avec une pince, une sonde de femme, le bout du doigt ou une pince, afin de s'opposer à l'inconvénient que je signale.

» *Troisième temps*. — Ce troisième temps est consacré au relâchement des tissus et au déplacement, par conséquent, d'une partie de l'épaisseur de la cloison qui peut être ainsi mobilisée jusqu'à un certain point. Que la fistule soit transversale ou longitudinale, le chirurgien pratiquera une ou plusieurs incisions, suivant que l'altération se présentera avec une petite ou une grande perte de substance.

» Le relâchement du vagin peut être obtenu par des incisions parallèles à son axe ou par une incision transversale à sa longueur.

» L'opérateur, avant de pratiquer ce temps de l'opération, doit se rappeler que le vagin dans sa paroi postérieure et latérale est mince, et qu'à son extrémité inférieure il offre une épaisseur remarquable.

» Il ne faut pas ignorer que le rectum est accolé au vagin dans les trois quarts de la cloison recto-vaginale, et qu'il ne lui est que médiat dans le quart supérieur. J'ajouterai que le rectum forme des saillies, des bosselures chez quelques individus, et que faute de cette connaissance on pourrait dans la manœuvre léser des parties qui ont besoin d'être respectées. C'est donc sur les parois du vagin que doit principalement porter le relâchement de la cloison recto-vaginale, et c'est en effet ce que je propose pour obtenir la cure radicale des fistules recto-vaginales.

» Cela posé, voici comment on pratique cette opération :

» 1° L'opérateur commence par élever contre le pubis, le plus possible avec un spéculum à une valve, les parties molles qui s'y rencontrent.

» 2° Il fixe et abaisse la paroi postérieure du vagin avec une érigne, lorsqu'il veut inciser transversalement le conduit vulvo-utérin, et lorsqu'il pratique des incisions longitudinales il porte alternativement à droite et à gauche la paroi postérieure du vagin, afin de découvrir ce conduit pour pouvoir l'inciser plus aisément.

» *Incision transversale*. — Comme le péritoine chez quelques personnes descend plus bas que chez d'autres, comme d'ailleurs il existe des adhérences, et que la membrane séreuse peut être refoulée en bas par des causes diverses, il convient de détacher le vagin demi-circulairement, non au niveau de la partie inférieure de la lèvre postérieure ou museau de tanche, mais un peu au-dessous et incisions en portant le bistouri de *haut en bas* et non de *bas en haut*. Le chirurgien, en promenant son bistouri sur la paroi vaginale, se rappellera que son incision ne doit pas pénétrer plus avant que deux millimètres environ. L'incision peut dépasser l'étendue du museau de tanche; mais il est inutile de l'avancer trop latéralement à cause des lacis veineux assez abondants et des ligaments larges que nous avons dit exister en cet endroit.

» Cette incision étant pratiquée, on aperçoit la partie antérieure du rectum. Il se produit alors un écartement entre les lèvres de la plaie, que l'on peut augmenter à volonté en exerçant des tractions sur la cloison recto-vaginale. L'union lâche du vagin au rectum permet d'obtenir facilement un déplacement plus ou moins considérable. La partie supérieure du vagin tend donc à descendre vers la partie inférieure de ce canal.

» *Incisions latérales*. — Ces incisions doivent être un peu plus longues que la fistule elle-même; elles doivent se diriger obliquement de dedans en dehors, de manière à éviter le rectum et les bosselures qu'il peut offrir par suite de dilatations anormales.

» L'opérateur aura sans cesse présente à l'esprit l'épaisseur du vagin, qui va en diminuant de l'extrémité vulvaire vers l'extrémité utérine du conduit vulvo-utérin.

» Le tissu érectile du vagin, plus abondant en bas qu'en haut, ne doit pas arrêter le chirurgien, non plus que quelques petites artérioles vaginales ou hémorrhoïdales qui traversent la cloison recto-vaginale, qui, divisées, fournissent une quantité de sang peu inquiétante. On peut facilement les lier ou les tordre.

» Après avoir divisé le vagin et pratiqué la suture, on procède au pansement, qui consiste à nettoyer la surface du vagin par des injections froides, et à introduire un tampon d'agaric afin de prévenir tout écoulement de sang veineux ou artériel.

» Le lendemain, le tampon est retiré; des injections dégourdies sont faites dans le vagin, et un petit linge enduit de cérat est glissé dans ce conduit. S'il existe de la suppuration, tous les matins une injection tiède sera faite dans le conduit vulvo-utérin.

» On aura soin de sonder la malade plusieurs fois par jour, ou de laisser une sonde en gomme élastique dans la vessie, afin d'éviter que l'urine baigne la plaie.

» En ce qui regarde les organes digestifs, la conduite des chirurgiens a été loin d'être la même : les uns, en effet, conseillent de constiper la malade jusqu'à la certitude du succès; les autres, au contraire, désirent que le ventre soit maintenu libre par des évacuants.

» Pour mon compte, je suis loin de partager l'opinion de ces derniers. Tout ce qui tend à exciter les mouvements du rectum et les contractions des muscles environnants me paraît dangereux.

» Ma doctrine est essentiellement différente sous ce rapport, puisque je regarde la constipation comme indispensable pendant que les fils sont en place, et pendant plusieurs jours après leur enlèvement.

» Voici quelle est la règle que j'ai adoptée :

» Avant de pratiquer l'opération, j'ai soin de purger plusieurs fois la malade, et je fais administrer alors, à dater de la veille de l'opération, des pilules d'extrait aqueux d'opium fractionnées à la dose d'un vingtième de grain jusqu'à celle de 4 ou 0,05 centigrammes par jour.

» A dater du sixième jour, les points de suture sont enlevés les uns après les autres, en mettant un jour d'intervalle entre chaque section de fil.

» Chaque jour on devra nettoyer les parties par des injections émollientes doucement faites dans le vagin.

» Lorsque la cicatrice sera solidement établie, on devra provoquer quelques évacuations alvines au moyen d'un purgatif approprié à la constitution du sujet. » (Commissaires : MM. Roux, Velpeau et Lallemand.)

SIGNE DE LA MORT RÉELLE.

M. A. Legrand écrit pour demander qu'il soit donné communication à l'Académie du contenu d'un paquet cacheté qu'il a déposé en novembre 1846. La note contenue dans ce paquet a pour titre : Des signes de la mort réelle. L'auteur s'est proposé, dans ce travail, d'exposer le résultat de ses recherches sur l'existence d'un phénomène qui lui a paru pouvoir servir de signe pour reconnaître si la mort est réelle ou apparente. Voici quel est ce phénomène :

Un œil sain, pendant la vie, donne trois images de la flamme d'une bougie qu'on place devant lui. Il continue de les donner peu de temps après la mort; mais déjà elles sont moins nettes, elles ont moins d'éclat, elles ont des contours moins bien arrêtés. Ces modifications deviennent de plus en plus marquées au fur et à mesure que par l'évaporation des liquides, qui conservaient à l'œil sa forme, qui le maintenaient humide, il survient une altération de plus en plus profonde dans les conditions physiques des surfaces réfléchissantes, jusqu'à ce qu'elles perdent entièrement cette faculté. De telle sorte que, généralement, la troisième image, qui peut cesser de se manifester presque immédiatement après la mort, disparaît la première par suite de la diaphanéité du cristallin, puis la seconde quand il est devenu presque entièrement opaque ou par suite de l'obscurcissement graduel de la cornée. Enfin, la première image, de plus en plus confuse au fur et à mesure que la cornée transparente, que la sclérotique se flétrissent davantage, finit par ne plus être perçue, et alors la mort, déjà bien probable par la disparition de la seconde image, ne saurait plus être révoquée en doute

quand la première image cesse de se produire ou est seulement fort confuse.—(Commissaires : MM. Magendie, Andral et Lallemand.)

CURE RADICALE DES TUMEURS ET DES FISTULES LACRYMALES SANS OPÉRATION.

M. Girault, médecin au Blanc (Indre), adresse un mémoire sur la cure radicale des tumeurs et des fistules lacrymales sans opération. Le traitement que propose M. Girault, et qu'il dit avoir employé plusieurs fois avec succès, consiste dans les moyens suivants :

Il commence par les dérivatifs sur le canal digestif, des frictions iodurées autour du mal, des instillations de collyre astringent dans l'œil, des frictions avec les pommades excitantes quand les glandes de Meibomius sont malades. Il fait des injections à l'eau froide dans les premiers jours du traitement et astringentes après par la partie inférieure du canal nasal, et termine par la compression, qu'il effectue avec un bandage de son invention.

Ce bandage est composé d'un ressort de montre de 3 millimètres de largeur ; à chaque extrémité est adapté un disque en laiton. Celui qui doit être appliqué sur le point malade doit être ovale, de 14 millimètres de largeur sur 23 à 25 de longueur, et d'un tiers à un demi-millimètre d'épaisseur. Celui de l'autre extrémité a de 20 à 22 millimètres de diamètre, de même épaisseur que le premier. Le premier de ces disques doit être appliqué sur la partie malade, tandis que l'autre prend son point d'appui sur l'apophyse mastoïde du côté opposé.—(Commissaires : MM. Roux, Velpeau et Lallemand.)

RÉTENTION D'URINE GUÉRIE PAR L'EXCISION DE LA VALVULE DU COL VÉSICAL.

M. Aug. Mercier communique une observation de guérison de rétention d'urine par l'excision de la valvule prostatique. Il s'agit d'un cas de calcul de la vessie, avec rétention d'urine complète par valvule du col de la vessie. Après avoir pratiqué la lithotripsie et l'extraction artificielle des fragments, M. Mercier a terminé la cure par l'excision de la valvule. (Commis., MM. Roux et Civiale.)

CHOLÉRA.

M. Pellarin adresse le résultat de nouvelles recherches auxquelles il s'est livré sur le choléra épidémique de 1849 dans la ville et dans le port de Brest. Le travail de M. Pellarin peut se résumer dans cette proposition :

La façon dont l'épidémie de choléra a débuté en septembre 1849 dans la ville de Brest fournit une preuve des plus remarquables de la vérité de cette assertion : « Que le choléra peut prendre naissance dans nos pays par l'influence de certains foyers d'infection qui s'y développent. (Même commission.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 16 AVRIL. — PRÉSIDENCE DE M. BRICHETEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend :

1° Une lettre du ministre de l'intérieur qui demande communication du rapport et de l'avis de l'Académie sur la constatation des naissances à domicile ;

2° Une lettre du ministre de l'agriculture et du commerce qui demande l'avis de l'Académie sur des graines rapportées de la côte occidentale d'Afrique, par M. Colombe ; ces graines sont preconisées contre les maux de gorge (Comm., MM. Louis, Grisolle et Mérat) ;

3° Lettre du même ministre transmettant l'échantillon d'un succédané du sulfate de quinine que le docteur Aimée Grimaud prétend avoir decouvert. (Comm. des remèdes secrets.)

CHOLÉRA.

M. Amédée de Moulon, correspondant de l'Académie à Trieste, adresse un rapport sur le choléra asiatique qui a régné à Trieste dans les mois de septembre et octobre 1849. L'auteur conclut : 1° que le choléra est une maladie *contagieuse* qui devient épidémique toutes les fois qu'elle s'étend à beaucoup d'individus ; 2° qu'elle ne finit jamais sans redevenir sporadique.

M. Denis, correspondant de l'Académie, adresse un rapport sur le choléra de l'arrondissement de Toul.

Les faits que j'ai observés et relatés avec soin, dit l'auteur, discutés sans partialité et sans prévention, me portent à conclure que le choléra s'est propagé dans l'arrondissement de Toul *épidémiquement*, et nullement par contagion, et qu'il n'a atteint plus ou moins d'individus dans chaque commune que par *voie d'infection*.

M. Fieret envoie un compte rendu de l'épidémie de choléra-morbus de La Chapelle en Thiérache (Aisne), de juillet à octobre 1849. L'auteur considère la contagion par infection du choléra comme un fait démontré.

M. Muston, de Beaucourt (Haut-Rhin), adresse une relation d'une épidémie de variole qui a régné en 1849 à Beaumont et dans les villages environnants. (Comm. de vaccine.)

M. Durand-Fardel envoie le compte rendu clinique de la saison de 1849 à l'établissement thermal de Vichy.

PLESSIMÈTRE A PERCUSSION.

M. le docteur Antoine Bongera (de Naples) adresse, par l'entremise de M. Piorry, un modèle d'un plessimètre à percussion, accompagné d'une note explicative ; une sorte de marteau métallique, mû par un mouvement de montre, vient frapper sur la plaque d'ivoire.

M. Piorry donne quelques explications sur cet instrument, auquel il reproche, entre autres défauts, de ne pouvoir pas permettre de graduer à volonté l'intensité de la percussion.

— M. Moreau, à l'occasion du procès-verbal, se plaint qu'un rapport lu récemment par M. Lagneau sur une méthode de traitement des rétrécissements de l'urètre, et qu'il désirait consulter, n'ait pas été, suivant l'usage et les règlements de l'Académie, inséré dans le Bulletin.

M. Lagneau avait cru jusqu'ici devoir s'abstenir de faire lui-même cette réclamation, mais puisque M. Moreau a pris l'initiative, il se joint à lui-même pour réclamer et se plaindre de l'espèce de déni de justice qui a été fait à M. Guillon et à lui-même en n'insérant point un rapport qui était le résultat de plus de dix années d'observation. Après quelques explications données par M. le secrétaire perpétuel sur le motif qui a empêché l'insertion, sur l'insistance de MM. Moreau, Londe et Lagneau, appuyée par un grand nombre de membres, M. le président met aux voix la question de savoir si le rapport sera inséré.

L'Académie décide l'insertion.

— M. Velpeau présente, de la part de M. Lecorché-Colombe, un mémoire sur la version. (Comm., MM. Revilliers et P. Dubois.)

M. P. Dubois fait, au nom de la section d'accouchements, le rapport verbal sur la liste de présentation des candidats à la place vacante dans le sein de la section. La section propose de porter à cinq le nombre des candidats. (L'Académie adopte.)

M. le Président annonce que l'Académie se formera en comité secret à quatre heures un quart, pour entendre le rapport de la section de pathologie externe sur les candidats à la place vacante dans cette section.

La parole est à M. Gimelle pour un rapport.

ADÉNITES CERVICALES.

M. Gimelle lit, en son nom et au nom de MM. J. Cloquet et Bégin, un rapport sur un mémoire de M. H. Larrey ayant pour titre: Mémoire sur l'adénite, ou de l'adénopathie cervicale observée dans les hôpitaux militaires, et sur l'extirpation des tumeurs ganglionnaires du cou.

M. le rapporteur, après avoir analysé le travail de M. Larrey, se résume en ces termes:

D'après ce que vous venez d'entendre, il vous sera facile, messieurs, de vous convaincre que le mémoire de M. Larrey est un travail sérieux, de longue haleine, aussi complet que possible, sur un sujet presque nouveau, au moins plus attentivement étudié depuis quelques années seulement, affectant presque exclusivement des hommes dans la force de l'âge, que, depuis les temps les plus reculés, tous les médecins avaient regardés comme exempts de cette maladie.

C'est sur l'adénite cervicale qui atteint les jeunes soldats que M. Larrey a dirigé plus particulièrement ses recherches. Ce n'est guère qu'en 1832 que notre collègue M. Bégin, frappé de sa fréquence, en décrivit la forme aiguë inflammatoire, et posa les principes du traitement de la forme chronique, consistant dans l'ablation de ces tumeurs dégénérées.

En 1835, notre collègue, M. Velpeau, émit à peu de chose près les mêmes idées. Mais depuis cette époque, l'adénite cervicale a été observée avec plus de soin sur les soldats, par les chirurgiens militaires qui en ont apprécié plus exactement la nature et les caractères, et lui ont appliqué le traitement qui lui convient dans le plus grand nombre des cas.

M. Larrey fait observer avec raison que dans les hôpitaux militaires le nombre des jeunes hommes affectés d'adénite cervicale est bien plus considérable que dans les hôpitaux civils ; que dans ces derniers établissements, ce ne sont que des sujets faibles ayant subi toutes les influences de la misère, et présentant tous les symptômes de la diathèse scrofuleuse qui en sont atteints ; tandis que dans les hôpitaux militaires, elle se présente sur des hommes fortement constitués, colorés, présentant tous les caractères physiques de la force et de la vigueur.

L'autopsie la démontre quelquefois sur de jeunes soldats qui ont succombé à d'autres maladies, et chez lesquels on n'en avait pas soupçonné l'existence.

D'après l'opinion de son illustre père et de M. Moizin, qui avaient été l'un et l'autre à la tête du service médico-chirurgical, M. Larrey pense que l'adénite cervicale était beaucoup plus rare chez les militaires de la République et de l'empire, qu'elle ne l'a été depuis la Restauration.

On reconnaîtra facilement que l'adénite cervicale qui se développe chez les jeunes soldats est le résultat de l'action de causes spéciales, lorsqu'on saura qu'ils ne sont appelés sous les drapeaux qu'à vingt et un ans, et que les jeunes conscrits qui présentent des engorgements glanduleux du cou dépendant du vice scrofuleux ou de toute autre maladie générale, sont declarés impropres au service militaire par le conseil de révision. Il est généralement admis que la maladie scrofuleuse se développe très-rarement après l'âge de la puberté ; il faut bien reconnaître que la fréquence de l'adénite cervicale sur des hommes âgés de vingt et un ans au moins, forts, vigoureux pour la plupart, n'ayant présenté jusque-là

aucun symptôme de scrofule, doit être attribuée à des causes inhérentes à la profession.

Toutes les causes générales, telles que les changements de nourriture, de climat, d'habitudes, les exercices nouveaux, la nostalgie, l'action du froid et de l'humidité, peuvent bien déterminer chez les soldats le développement de quelques adénites; mais ces causes ne sont pas les seules, car les ouvriers émigrant des provinces pauvres et se rendant dans les centres de population, sont en général moins favorablement placés sous le rapport de la nourriture, des vêtements et de l'hygiène que les jeunes militaires, et ils sont bien plus rarement atteints d'adénite cervicale.

D'accord sur ce point avec l'observation des chirurgiens militaires, M. Larrey cherche la cause de l'adénite cervicale dans l'action du froid humide agissant sur la figure et sur le cou du soldat en faction placé dans le courant d'air établi entre les deux lucarnes de la guérite. Il est incontestable que les ganglions de la région cervicale s'engorgent consécutivement lorsque les vaisseaux lymphatiques qui s'y abouchent sont enflammés, irrités par un état pathologique de leurs membranes ou des organes circonvoisins. Il est également vrai qu'en raison de leur coiffure, ces soldats à la suite de la sortie brusque d'un corps de garde, dont la température est pendant les gardes de nuit presque toujours très-élevée, ont la face, le cou, la tête, soumis le plus souvent sans précaution à l'action du froid rigoureux qui, non-seulement supprime la transpiration, mais encore détermine des ophthalmies, des rhinites, des otites, des fluxions dentaires, aggrave les excoriations du nez, des lèvres, qui sont autant de causes d'adénite cervicale, dont les infirmiers sont rarement atteints, quoique militaires, parce qu'ils ne montent pas de garde en plein air. Elle est rare chez les sous-officiers qui ne font pas de faction, et les officiers en présentent peu d'exemples.

Parmi les causes capables de produire l'adénite cervicale, il en est une qui est spéciale à l'état militaire, c'est la pression du col d'uniforme, lorsque surtout il est roide, haut, trop serré; parfois l'action de cette cause est appréciable dès les premiers temps du service chez les jeunes soldats qui n'étaient pas habitués à porter des cols, lorsqu'à cette cause s'ajoute la pression du collet de l'uniforme, celle du bonton de la chemise; objets d'habillement qui ne sont pas confectionnés sur mesure, et qui gênent plus ou moins les fonctions des parties sur lesquelles ils sont appliqués. Les jeunes soldats, tels que les zouaves et les spahis, dont le cou n'est exposé à aucune pression, n'ont présenté aucun exemple d'adénite cervicale.

L'adénite cervicale est beaucoup plus fréquente dans les garnisons situées dans un climat froid, humide, auprès des grandes rivières, que dans celles qui se trouvent dans des conditions opposées. Les garnisons de l'Alsace sont celles dans lesquelles la maladie se développe le plus fréquemment, tandis que sous l'influence du climat d'Afrique nos jeunes soldats en présentent peu d'exemples.

De l'anatomie chirurgicale des cinq régions du cou, M. Larrey déduit des conséquences pratiques puisées dans les meilleurs auteurs et dans son observation personnelle, dont le résultat serait d'empêcher des erreurs de diagnostic tant sur l'organe qui est le siége de l'engorgement que sur les adhérences qu'il doit présenter selon le siége qu'il occupe, et d'indiquer d'une manière aussi précise que possible le siége de l'adénite cervicale dans ces diverses régions, la cause qui la produit le plus ordinairement, les parties qu'elle envahit dans son développement et les divers accidents qu'elle détermine, variables en raison de la structure anatomique de ces parties.

La symptomatologie et le diagnostic différenciel de l'adénite cervicale sont établis par l'auteur du mémoire avec une précision et une clarté remarquable, une grande érudition et une saine critique.

Il en est de même des divers modes de développement de la maladie.

Le pronostic de l'adénite est toujours fâcheux, non en ce que la maladie est mortelle, mais parce que presque toujours elle est susceptible de devenir grave par ses complications, et inquiétante par l'incertitude de ses terminaisons et par les craintes de la récidive; elle est fâcheuse surtout par sa tendance à l'incurabilité et par la résistance à toutes les ressources thérapeutiques qui fait un de ses caractères essentiels.

M. Larrey examine le traitement de l'adénite cervicale sous le triple rapport de l'hygiène, du traitement local simple et du traitement chirurgical proprement dit. Quoique M. Larrey ait cherché à établir dans tout le cours de son mémoire que, dans un grand nombre de cas, l'adénite cervicale doit être attribuée à des causes locales et traitée par des moyens locaux, il ne pousse pas l'exclusion jusqu'à proscrire les moyens hygiéniques, impressionné qu'il est, avec juste raison, par la crainte de la connexion de cette maladie avec les scrofules; aussi donne-t-il les conseils les plus éclairés et les plus rationnels.

Le traitement local est l'exposé de tous les moyens qui ont été employés et auxquels on a encore recours dans cette affection, appréciés selon les résultats qui ont été la conséquence de leur emploi.

Quant à l'extirpation, dont M. Larrey indique avec raison l'introduction dans la pratique chirurgicale en faveur de la chirurgie militaire, il en fait d'abord l'historique; il en apprécie ensuite les avantages et les inconvénients, et il démontre, par l'observation des faits, que les premiers sont incomparablement supérieurs aux seconds. Il indique les précautions à prendre dans cette opération, qu'il décrit en chirurgien habile qui en possède aussi bien la théorie qu'il sait l'appliquer utilement dans les circonstances qui nécessitent son emploi.

Enfin, M. Larrey établit, d'après les faits observés, que cette opération est presque toujours suivie de succès.

Le mémoire de M. Larrey, dit en terminant M. le rapporteur, est un travail consciencieux, traitant tous les points d'une maladie qui frappe plus spécialement en raison de circonstances particulières, une classe de jeunes hommes qui ne paraissent y avoir aucune disposition. Chacun des articles de ce mémoire porte la précision et la lumière sur le point qu'il traite, et l'ensemble en est coordonné de manière à en faire une monographie aussi complète que possible, dans laquelle M. Larrey a fait preuve d'une vaste érudition, d'une rare lucidité d'exposition des faits, d'une logique sévère d'appréciation, d'une critique judicieuse et d'une application chirurgicale pratique bien entendue qui caractérisent un chirurgien distingué.

Nous avons en conséquence l'honneur de vous proposer de porter honorablement le nom de M. Larrey sur la liste des candidats à la place vacante dans la section de pathologie chirurgicale; de le remercier de sa communication et d'envoyer le mémoire au comité de publication.

M. Roux: On voit d'après le mémoire de M. Larrey que l'affection qu'il y décrit est beaucoup plus commune actuellement qu'elle ne l'était autrefois dans l'armée, du temps de l'empire par exemple. Je crois pouvoir dire qu'il en est de même pour la population civile. En partageant ma carrière chirurgicale en deux moitiés, je trouve un bien plus grand nombre de cas d'adénite cervicale dans ma pratique de ces vingt dernières années que dans les vingt années précédentes. Une telle augmentation dans la fréquence de cette maladie ne peut pas être un fait purement fortuit; il est impossible qu'il n'y ait pas une cause. Cette cause, je crois que c'est l'usage abusif, que j'appellerai immonde, du tabac. Je suis surpris que dans le beau rapport que nous a fait M. Mélier sur l'influence hygiénique du tabac, cette idée ne soit point venue dans l'esprit si lucide de notre collègue. Ce serait à mon avis un sujet d'étude digne de l'Académie que de rechercher si cette affection aujourd'hui si commune dans l'armée ne tient pas en effet, au moins en grande partie à la cause que je viens de signaler. Je recommande ce point à l'attention de M. Larrey.

Ce que je viens de dire pour les adénites, je l'appliquerai aussi aux cancers des lèvres et de la langue dont je remarque aussi une plus grande propagation depuis un certain nombre d'années, et qui, je n'en doute pas, reconnaissent aussi la même cause.

M. Gimelle: M. Larrey n'a pas négligé de signaler la circonstance dont parle M. Roux, il l'a indiquée non pas comme la cause unique, mais comme une des causes de l'adénite cervicale.

M. Piorry présente à cette occasion quelques considérations sur l'origine des engorgements lymphatiques en général, qu'il attribue à l'existence d'ulcérations ou de diverses lésions locales situées à une distance plus ou moins rapprochée du siége de ces engorgements.

M. Rochoux pense qu'on exagère aujourd'hui les inconvénients du tabac, comme on exagérait jadis ses avantages. Le tabac devait guérir le scorbut et une foule d'autres maladies; or l'expérience a démontré qu'il n'en était rien. Il en sera de même des maladies qu'on voudrait maintenant lui attribuer. Les Turcs qui fument beaucoup sont des hommes très-robustes.

Il est quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

BIBLIOGRAPHIE.

EXISTE-T-IL PLUSIEURS ESPÈCES DE PHTHISIE PULMONAIRE? (Thèse d'agrégation); par le docteur Bordes-Pagès. — Montpellier.

La question échue à M. Bordes dans son concours d'agrégation se rattache sans doute à de hauts problèmes de philosophie médicale; elle amène nécessairement à s'expliquer sur les caractères indicateurs de la nature des maladies et sur la valeur respective des méthodes de classification. Mais nous nous tenons à constater tout de suite, pour l'honneur de la science et la consolation de l'art qu'aucune dissidence de fait un peu importante ne sépare ceux qui n'admettent qu'une phthisie pulmonaire (de nature tuberculeuse), et ceux qui en comptent plusieurs espèces. Sur le terrain de la thérapeutique, les uns et les autres pourront ne pas se rencontrer; mais nous espérons montrer tout à l'heure que cela tient à des différences de doctrine d'un autre ordre, touchant aux fondements mêmes de la science et de la pratique médicales, et qui ne se rattachent pas directement au problème de l'unité ou de la diversité de l'espèce morbide appelée *phthisie pulmonaire*.

Le mot *phthisie* signifie une maladie consomptive. L'épithète *pulmonaire* veut dire que cette maladie se lie à une lésion plus ou moins grave des poumons. Tout le monde est d'accord sur l'expression symptomatologique de l'affection, et les partisans les plus déclarés de l'anatomisme s'arrangeraient, sans trop de difficultés, de la description de l'auteur. Dans le premier temps, le sujet est essoufflé au moindre mouvement; il lui est difficile de courir, de parler longtemps, sans tousser; un peu de chaleur aux mains après les repas, rougeur circonscrite autour des pommettes. Toux sèche et incommode; douleurs vagues dans la poitrine; diminution des forces; voix rauque et voilée, quelquefois aiguë et faible. Le malade s'enrhume à la moindre variation de l'atmosphère. Il y a souvent des crachements de sang, etc. Plus tard, une fièvre lente s'ajoute aux douleurs de poi-

trine. La sueur se déclare vers le matin, abondante surtout au cou; toux plus violente; sommeil agité; dyspnée croissante; haleine fétide; crachats écumeux mêlés de stries de sang, parfois constitués par de petites masses globulaires grises et cendrées. Emaciation générale, vivacité insolite des yeux, etc. Arrive enfin la période de colliquation. Sueurs plus abondantes et fétides; diarrhée, alternant parfois avec de la constipation; besoins continuels de réparation; voix de plus en plus rauque, œdème des pieds, pouls misérable, diminution et cessation des crachats, respiration convulsive, agonie. Tels sont en abrégé les principaux traits du tableau tracé par M. Bordes. On les retrouverait dans tous les traités sur la matière.

D'accord sur la signification symptomatologique, les auteurs diffèrent-ils sur la signification anatomique? Non, pas absolument; non, en ce sens que toutes regardent l'ensemble de symptômes que nous venons de rappeler comme pouvant être produit par plusieurs ordres de lésions pulmonaires. Il est bien vrai que, depuis Laennec, on s'est habitué peu à peu à restreindre le mot *phthisie pulmonaire* à la désorganisation tuberculeuse du poumon. Cette innovation, de quelque manière qu'on la juge, a consacré un progrès réel; elle a été un hommage, outré si l'on veut, mais pardonnable, à la découverte de ce fait, accordé par M. Bordes-Pagès, que « l'altération tuberculeuse existe dans l'immense majorité des cas de phthisie pulmonaire. » Mais les auteurs qui ont reçu le plus directement l'impulsion de Laennec n'en ont pas moins continué à admettre des phthisies, des consomptions pulmonaires (peu importe le mot), liées à des altérations autres que les tubercules. M. Bordes le reconnaît. Il cite M. Andral qui, après avoir noté, chez un sujet réputé phthisique, de la pectoriloquie à gauche, une diminution du bruit respiratoire du même côté, des crachats nummulaires et fétides, tous les symptômes enfin des excavations tuberculeuses, à l'exception des sueurs nocturnes, ne trouva à l'autopsie qu'une dilatation considérable des bronches, avec refoulement du poumon, dans le point où cette dilatation avait donné lieu à la pectoriloquie et s'était compliquée de catarrhe chronique. Qui a jamais nié que la suppuration lente du parenchyme pulmonaire ou de la plèvre, une bronchorrhée incessante, etc., ne puissent amener un état de consomption et la mort? Qu'on n'appelle pas ces maladies, comme M. Bordes, des *phthisies suppurantes* ou *catarrhales*, il importe peu quant au fond. Laennec lui-même, pour ne pas admettre de *phthisie nerveuse*, n'en accorde pas moins qu'un certain état nerveux des organes thoraciques peut donner lieu à la plupart des signes rationnels de la tuberculisation pulmonaire. Et il le dit expressément.

On voit donc que, sur le point de fait, comme nous le disions en commençant, les médecins ne sont réellement pas en dissidence. Néanmoins M. Bordes s'arme contre Laënnec et ses successeurs de ce principe, fort sage en soi et que nous approuvons fort, « que les altérations anatomiques ne doivent point être la base unique du diagnostic. » A la bonne heure; mais M. Bordes raisonne comme si la dénomination de phthisie pulmonaire n'avait été presque exclusivement réservée à la tuberculisation que par les partisans de l'École anatomique. A y prendre garde, on s'aperçoit, au contraire, que, sur ce terrain, l'École anatomique n'a pas conservé toute sa hardiesse. Si elle a entièrement supprimé la fièvre pneumonique, la fièvre rhumatique, pour les remplacer par la pneumonie et l'arthrite, elle n'a pas osé rompre tout à fait avec la phthisie, et au lieu de dire simplement *tubercules pulmonaires*, elle dit encore fréquemment *phthisie des poumons*; quelques-uns même ajoutent: *phthisie tuberculeuse*. C'est que, en effet, la très-grande majorité de ceux qui se servent de ces locutions et s'y conforment dans leurs classifications nosologiques, reconnaissent parfaitement, avec l'auteur, que le tubercule considéré anatomiquement, localement, n'est, dans le poumon comme ailleurs, qu'une manifestation isolée d'un état pathologique général. Avec lui, ils admettent que la localisation n'a lieu elle-même, très-fréquemment, que sous l'influence de conditions morbides particulières, l'exposition au froid et à l'humidité, l'infection syphilitique, une pneumonie antérieure, etc.; que cette localisation ne gouverne pas toute la maladie; que certains phthisiques meurent dès la seconde période de la tuberculisation, tandis que d'autres résistent à une désorganisation très-étendue et très-profonde du parenchyme. Les arguments empruntés par M. Bordes à cet ordre de faits (p. 25 et suiv.), s'ils ont la signification que nous leur prêtons ici, tombent donc un peu à faux. La question posée entre lui et ceux dont il se fait le contradicteur ne touche qu'indirectement celle de l'organicisme, et ce n'est pas en ce sens qu'il la définit lui-même en commençant. La raison pour laquelle il croit bon de rétablir plusieurs espèces de phthisie pulmonaire, ce n'est pas le caractère primitivement général de l'affection qui se détermine ensuite vers les voies respiratoires; car il serait lui-même infidèle à sa propre règle en admettant des phthisies inflammatoire, suppurante, pituiteuse, c'est-à-dire procédant de lésions locales. Sa raison, c'est que le même appareil de symptômes, celui qu'on peut exprimer par le mot de *consomption pulmonaire*, n'est pas toujours dû à la présence de tubercules dans le poumon, et qu'il peut être engendré également par une phlegmasie chronique, une suppuration, ou un état pituiteux du même organe. En d'autres termes, c'est une considération purement *symptomatologique* qu'il subordonne sa classification. On conçoit donc, dès lors, très bien qu'on puisse être en dissidence sur ce dernier terrain, tout en s'accordant sur le premier, et c'est ce qui arrive. Les uns disent: l'ensemble de symptômes connu sous le nom de *phthisie* ne se présente presque jamais hors de la tuberculisation pulmonaire; pour ce motif, nous réservons ce nom à la présence de tubercules dans les poumons. Quant aux consomptions qui peuvent avoir une autre origine, nous ne les nions pas le moins du monde, mais nous les appelons du nom de la maladie qui les détermine; nous les appelons pneumonie chronique, suppuration des poumons, etc. D'autres, au contraire, précisément parce que la phthisie peut être un symptôme d'altérations diverses des voies respiratoires, veulent qu'on rende la dénomination commune à toutes ces altérations. Mais rien n'empêche que les premiers et les seconds s'entendent parfaitement sur la nature des lésions qui font l'objet du débat. Dès lors, ils pourront s'entendre aussi sur la thérapeutique, car les méthodes de traitement se subordonnent nécessairement à la nature des maladies. Si l'accord n'existe pas toujours en fait, c'est que les doctrines médicales varient; nous ne songeons pas à le nier; nous répétons seulement que ce point est en dehors de la question traitée par M. Pagès.

Maintenant l'auteur a-t-il raison de vouloir établir plusieurs espèces de phthisie pulmonaire? Nous croyons, en effet, que cette manière d'envisager la nosologie est plus pratique et plus scientifique tout à la fois. En prenant pour base le symptôme, au lieu de la lésion anatomique, elle s'appuie sur un caractère plus fidèle, sur une émanation moins trompeuse de la cause morbide. Elle pose d'ailleurs le problème comme il se présente en face du malade. Un individu tombe en consomption; il dépérit; il a des sueurs nocturnes; l'affection est localisée dans les voies pulmonaires. Il s'agit de démêler la *cause* du dépérissement pour y opposer le traitement convenable. Il y a d'ailleurs avantage à rapprocher dans un même groupe les maladies susceptibles de se présenter sous le même appareil symptomatique. Dans l'exécution, M. Bordes s'est conformé aux vrais principes d'une bonne nosographie, en fondant ses *espèces* sur la diversité des causes essentielles, phlegmasie, scrofules, virus vénérien, etc. Il admet: 1° des *phthisies essentielles, ou héréditaires et constitutionnelles*: ce sont la phthisie *inflammatoire* et la phthisie *scrofuleuse*; 2° des *phthisies pulmonaires accidentelles*: phthisie *purulente*; phthisie *catarrhale* ou *pituiteuse*; phthisie *nerveuse*; 3° des *phthisies symptomatiques d'un vice spécifique*: phthisie *vénérienne*; phthisie *goutteuse*; phthisie *herpétique* ou *psorique*. Nous ferons sur cette classification deux remarques: la première, c'est qu'il serait peut-être facile d'augmenter le nombre des espèces. On ne voit pas pourquoi l'on n'admettrait pas, par exemple, une espèce *scorbutique*. La seconde, c'est que la présence ou l'absence de tubercules n'entre plus absolument pour rien dans la classification de l'auteur. Chacune des espèces peut être ou ne pas être tuberculeuse. Ainsi la phthisie vénérienne consiste ordinairement en un dépôt de tubercules dans le poumon sous l'influence du virus vénérien. Nous croyons que la tuberculisation, en tant que disposition générale de l'économie, est elle-même une *cause essentielle* de phthisie pulmonaire qui pourrait bien déterminer à elle seule une espèce, sauf à tenir compte des conditions secondaires, syphilis ou goutte, qui seraient susceptibles de déterminer la *localisation* dans le parenchyme pulmonaire. Nous aurions donc préféré qu'on réunît dans une même espèce toutes les phthisies réellement tuberculeuses, et qu'on instituât ensuite autant d'espèces que de causes morbides pouvant donner lieu à la consomption, telles que l'inflammation simple, la suppuration, l'engorgement vénérien ou goutteux du parenchyme.

— Par arrêté de M. le ministre de la justice, les droits de présence pour les concours qui seront ouverts dans les Facultés de droit sont fixés ainsi qu'il suit:

Au président, 15 francs par séance;
Pour chaque juge adjoint, 10 francs;
Pour chaque juge, 10 francs;
Pour le secrétaire, 6 francs.

Pour les concours qui auront lieu dans les Facultés de médecine, les droits de présence à allouer au secrétaire seront pareillement réduits à 6 francs par séance.

— Le Moniteur publie un rapport sur les collections données au Muséum par M. Arthur Morelet, fait à l'assemblée des professeurs administrateurs dans sa séance du 16 octobre 1849, au nom d'une commission composée de MM. Duméril, Milne-Edwards, et Valenciennes, rapporteur.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

SUPPRESSION DES ÉCOLES D'INSTRUCTION DES HÔPITAUX MILITAIRES.

Une mesure grave vient d'être prise à l'égard des hôpitaux militaires d'instruction et de perfectionnement. A dater du 1er mai prochain, ces hôpitaux cesseront de fonctionner comme établissements d'instruction.

Avant de nous livrer aux réflexions que cette résolution inattendue nous suggère, nous croyons devoir reproduire textuellement le rapport adressé par M. le ministre de la guerre au président de la république et le décret qui s'en est suivi.

RAPPORT AU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE.

Monsieur le président,

Le personnel de santé militaire se recrute aujourd'hui au moyen d'élèves formés dans les hôpitaux d'instruction de Lille, Strasbourg et Metz et à l'hôpital de perfectionnement du Val-de-Grâce.

On avait espéré, en adoptant cette marche, que ces élèves acquerraient, sous la direction de professeurs militaires habiles, une instruction solide et spéciale et des habitudes de discipline qui les rendraient aptes, sous tous les rapports, à répondre aux exigences du service régimentaire et aux besoins des hôpitaux et des ambulances. Une expérience de quatorze ans permet de conclure maintenant que les hôpitaux militaires d'instruction, tels que les a constitués l'ordonnance du 12 août 1836, ne sont pas en position de réaliser les avantages sur lesquels on avait cru pouvoir compter.

La preuve s'en trouve chaque jour dans les Facultés de médecine, où les élèves militaires se trouvent peu favorablement classés par leurs examens, et dans les hôpitaux d'instruction mêmes, où ces élèves donnent lieu, par des écarts de conduite, à des plaintes de plus en plus graves qui ont en ce moment pour résultat une scission presque déclarée entre eux et leurs professeurs.

Il est devenu indispensable de reviser ou même de supprimer tout à fait une institution dont les vices sont si manifestes.

J'ai mûrement examiné les considérations qui militent en faveur de l'une ou l'autre de ces alternatives, et je suis resté convaincu que la dernière est préférable.

La situation du trésor ne permet pas, en effet, de laisser peser sur le budget de la guerre des frais d'éducation qui dépassent 6,000 fr. pour chaque élève arrivant au grade de chirurgien sous-aide; elle ne permet pas davantage de tenter à grands frais des essais de réorganisation dont l'effet le plus certain serait de constituer dans les services publics, cumulativement avec les Facultés de médecine, un double emploi que rien ne semble justifier. Je suis assuré, d'un autre côté, que ces Facultés sont parfaitement en mesure, par le nombre et par l'instruction de leurs élèves, reçus docteurs, de combler les vides qui pourront se former dans le personnel de santé militaire.

D'après tous ces motifs, monsieur le président, je n'hésite pas à vous soumettre la proposition de supprimer immédiatement les hôpitaux militaires d'instruction, et je présente à votre signature un décret préparé dans ce but.

Le ministre de la guerre,
D'HAUTPOUL.

DÉCRET.

AU NOM DU PEUPLE FRANÇAIS,

Le président de la république,

Vu l'ordonnance du 12 août 1836;

Vu l'ordonnance du 6 février 1839;

Vu la décision royale du 17 décembre 1840;

Vu l'ordonnance du 19 octobre 1841;

Considérant que les hôpitaux militaires d'instruction et de perfectionnement, qui occasionnent une dépense annuelle fort élevée, ne répondent pas au but de leur institution, quant au niveau des études et quant à la pratique de la discipline militaire;

Sur le rapport du ministre de la guerre,

Décrète :

Art. 1er. L'hôpital militaire de perfectionnement du Val-de-Grâce et les hôpitaux d'instruction de Lille, de Metz et de Strasbourg cesseront de fonctionner comme établissements d'instruction, à dater du 1er mai 1850.

Art. 2. A compter dudit jour, les officiers de santé de divers grades attachés à ces établissements seront exclusivement rendus au service courant, et les élèves seront et demeureront licenciés.

Art. 3. Il est accordé à titre d'indemnité de licenciement,

Savoir :

1° Aux élèves de l'hôpital de perfectionnement, la continuité, pendant un an, de la subvention de 600 fr. que leur attribue le tarif annexé à l'ordonnance du 19 octobre 1841;

2° Aux élèves de 1re et de 2e division ou hôpitaux d'instruction de Lille, de Metz et de Strasbourg, la jouissance, pendant un an, de la subvention de 400 fr. attribuée, par le tarif susdaté, aux élèves de 1re division.

Art. 4. Les élèves liés au service militaire seront maintenus, pendant un délai qui ne pourra dépasser quatre ans, en position de congé, afin de pouvoir continuer leurs études médicales, mais sous la condition de justifier, chaque année, du nombre d'inscriptions qu'ils auront prises, soit dans les Facultés de médecine, soit dans les Écoles secondaires.

Art. 5. Le ministre de la guerre est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 23 avril 1850.

Le président de la république,
LOUIS-NAPOLÉON BONAPARTE.

Le ministre de la guerre,
D'HAUTPOUL.

En présence d'une réforme aussi importante et aussi radicale, la première chose à rechercher, c'est de savoir d'où elle vient et où elle va; d'après quels principes elle a été résolue et quelles conséquences elle doit avoir. S'il fallait s'en rapporter à la lettre du rapport et du décret, on aurait eu simplement pour but de supprimer une dépense inutile; et le résultat de cette mesure serait d'élever le niveau des études en faveur de ceux qui se destinent à la carrière de la médecine militaire. Enlever une charge à l'État et faire cesser un abus, cela serait on ne peut plus louable. Mais sur quoi s'est-on fondé, quelles lumières a-t-on consultées, et surtout de quel sentiment s'est-on inspiré pour laisser croire qu'on ait atteint et voulu atteindre ce double but? Nous ne sommes peut-être pas suffisamment informés pour traiter ces questions comme elles le mériteraient; et, pris d'ailleurs un peu au dépourvu, nous devons nous borner à hasarder sur chacune d'elles quelques réflexions que nous aurons peut être l'occasion de compléter ultérieurement.

Feuilleton.

CHRONIQUE MÉDICALE.

Une giboulée sur le corps médical. — Impôt du timbre. — Suppression des écoles de pharmacie et des hôpitaux militaires d'instruction. — Réduction des traitements des professeurs et du budget de l'Académie. — M. Capuron. Bonnes œuvres et bonnes pensées. — Nouvelle joie de la GAZETTE MÉDICALE. — Mauvais précédent académique. — Bonne plaisanterie *idem*; embarras ministériel. — Statue de Desault. — Triomphe homœopathique.

S'il est, dans la gent médicale et pharmaceutique, quelqu'un qui s'obstine à appeler le règne de la démocratie un âge d'or, nous déclarons celui-là atteint de la berlue la mieux caractérisée. Parlons peu et net. Qu'est-ce que l'âge d'or? C'est celui où l'or abonde, où la terre en fournit à qui veut la gratter, où les poules en pondent, où les arbres le donnent en guise de pommes, où les fleurs le roulent en paillettes, etc. Eh bien! non-seulement aucun de nous ne peut dire que sa poule ait pondu un œuf d'or depuis l'avénement de la république, ou que l'arbre des Hespérides ait poussé dans son jardin, mais il est certain que le précieux métal n'a jamais été autant disputé à la médecine et à la pharmacie. Nous ne parlons pas du terrain aurifère de la clientèle : celui-là, il y a longtemps que nous avons fait remarquer combien ses veines étaient devenues maigres après février. Nous parlons de cette grosse mine appelée budget où s'alimentent nos institutions, et qui pour le moment a la prétention d'abord de rogner notre lot, puis de nous reprendre par une voie détournée ce qu'elle ne pourra nous refuser. Grévement de la presse, réductions de traitement, suppression de places et d'institutions, voilà les moyens mis en œuvre pour accomplir ce noir dessein; les uns nous menaçant encore, d'autres déjà réalisés, quelques-uns enfin dont la justice divine n'a pas permis le succès.

C'est très-sérieusement, dit-on, qu'on a parlé de l'impôt du timbre sur les journaux scientifiques; et quand, dans la dernière CHRONIQUE, nous avons écarté de nos yeux cette lugubre image comme un fantôme d'imagination, il paraît que nous avons fait preuve d'un optimisme risible. La commission de l'assemblée se montre peu touchée des objections que la presse médicale élève, en ce qui la concerne, contre le projet de loi. Servant en cela parfaitement les vues du gouvernement, qui n'est pas fâché qu'on voie dans ce projet autre chose qu'une machine anti-démagogique, elle se retranche derrière les exigences du fisc. Si on l'écoute, chers abonnés, nous serons bientôt aussi timbrés que les journaux politiques, ce qui, dans un sens ou dans l'autre, ne peut avoir de conséquences agréables. Quoi qu'il en arrive, nous maintenons ce que nous avons dit il y a un mois, que le projet ne s'adressait pas primitivement aux journaux scientifiques et littéraires. Que ce fût un oubli, c'est possible; mais le fait n'est pas contestable. Il sera arrivé ici quelque chose d'analogue à ce qu'on a vu en 1803, lors de la réorganisation de la médecine en France. Avant la révolution, l'exercice de

Une chose que nous avons souvent regrettée, c'est de voir l'administration procéder, sans unité de vue et par pièces et morceaux, à la refonte de nos institutions sanitaires et à la réorganisation de la médecine. L'absence de principe s'est constamment fait sentir dans tous les expédients auxquels on s'est livré depuis la révolution de 1848. Et cependant nous n'avons cessé de le faire remarquer avec tous ceux qui comprennent l'importance et l'étendue des questions dont il s'agit. Pour nous renfermer dans l'espèce, avant de supprimer les établissements d'instruction dont on vient de faire table rase, s'est-on bien préoccupé des rapports de la médecine militaire avec la médecine civile, du caractère de la spécialité avec la généralité? S'est-on demandé si, au lieu de détruire l'enseignement de l'une, il n'eût pas été préférable de chercher à le mieux harmoniser avec l'enseignement de l'autre? C'est un fait que la médecine militaire existe; qu'elle diffère, sous de notables rapports, de la médecine civile; qu'elle a son but, son objet à part; qu'elle a affaire à des malades et à des maladies qui diffèrent plus ou moins des malades et des maladies du domaine de la médecine civile. Il ne faut pas grand effort de logique pour reconnaître que la pratique des camps n'est pas la même que la pratique des cités. Or le vrai progrès dans les institutions est de différencier nettement ce qui ne peut être confondu, et d'approprier à chaque chose ce qui lui convient. Nous aurions donc cru qu'au lieu de démolir l'enseignement de la médecine militaire pour le perdre dans l'enseignement de la médecine civile, on eût mieux fait d'en marquer plus soigneusement les attributs, afin de le perfectionner. Les auteurs du décret ne paraissent pas avoir eu ces préoccupations : ils disent que les hôpitaux d'instruction, tels qu'ils ont été organisés par l'ordonnance du 12 août 1836, ne répondent *point au but* de l'institution, et ils les suppriment. Il eût semblé plus logique de conserver le but, puisqu'on le trouve bon, et de changer ou de perfectionner les moyens. Depuis bien des années, le conseil de santé et les professeurs n'avaient, à notre connaissance, cessé de réclamer dans ce sens. On a maintenu les bases et les conditions primitives, comme si on eût voulu forcer les effets des causes que l'on s'accordait à proscrire. Ce reproche général, qu'on est en droit d'adresser à la conception d'ensemble du décret, revient de droit, comme on va le voir, à chacun de ses motifs, sinon à chacune de ses dispositions.

On accuse les hôpitaux d'instruction et de perfectionnement de n'avoir point maintenu les études au niveau de celles des Facultés. On oublie, ainsi que nous l'avons dit déjà, que leur enseignement est spécial, non général ni complet, à l'instar de celui des Facultés. La scolarité des élèves n'y était d'ailleurs que de trois années. Or une meilleure distribution des cours, un personnel plus nombreux, des répétiteurs, des chefs de travaux, le casernement des élèves, des examens plus sévères d'admission et de sortie, eussent singulièrement amélioré le système. En considérant les écoles de médecine militaire comme des moyens d'initiation appropriés à un but spécial et déterminé, il eût donc fallu ne pas les maintenir *cumulativement*, comme on le dit, avec les Facultés, mais les réorganiser de manière à éviter tout double emploi inutile.

On argue ensuite de la faiblesse des élèves, qui auraient subi faiblement leurs examens pour le doctorat. Pour donner à cette assertion l'autorité dont elle avait besoin, il eût fallu la faire reposer sur des relevés exacts et authentiques. Or, des personnes graves nous ont affirmé devant nous que les élèves des hôpitaux militaires ont présenté la même proportion de bons résultats que les élèves des Facultés. Sans vouloir nous renfermer dans une statistique rigoureuse dont les éléments nous manquent, ne peut-on pas affirmer que les Écoles où ont enseigné, ou qui ont produit les Broussais, les Larrey, les Bégin, les Fée, les Sédillot, les Laveran, les Miton, les Lévy, et tant d'autres dont les noms nous échappent, ne sont nullement marquées d'un cachet d'infériorité?

Il ne nous appartient pas de décider jusqu'à quel point les professeurs des hôpitaux militaires *n'ont pas su former* les élèves à la pratique de la discipline militaire. Si nous avons bonne mémoire, nous avons produit, dans ces colonnes, maintes réclamations contre la hiérarchie factice, contre la position subalterne de la médecine militaire en France, misérablement soumise à l'intendance. Là où il n'y a point d'autorité, il n'y a point de discipline. Et en fait, les pouvoirs conférés par les règlements aux professeurs s'étendaient moins loin encore que leur autorité morale. Dirait-on que le chef d'une école telle que le Val-de-Grâce n'avait pas le droit d'infliger des arrêts forcés? Il n'y avait point de casernement, partant point de surveillance disciplinaire possible. Mais le reproche que nous cherchons un peu à combattre a une autre signification. En ce temps où les opinions et les tendances politiques se supputent avec le plus grand soin, n'aurait-on pas remarqué que les élèves des hôpitaux militaires ne font pas suffisamment exception à l'entraînement des élèves de toutes les Écoles? Il serait prudent de chercher ailleurs les causes de cette participation qui tend singulièrement à déborder l'enceinte des hôpitaux d'instruction militaires.

Dans ce qui précède, nous nous sommes placés au point de vue de l'état actuel des choses et du perfectionnement possible de cet état. Mais ce point de vue n'est pas le meilleur, suivant nous. On sait depuis longtemps ce que nous pensons de l'organisation actuelle de la médecine en France, et en particulier du monopole des Écoles universitaires. La mesure contre laquelle nous nous élevons aujourd'hui ne fait que les fortifier en leur attribuant un nouveau privilége. Confier aux Facultés actuelles le soin et le droit d'instruire les aspirants de la médecine militaire, c'est assurer à leurs doctrines, à leurs traditions, à leurs préjugés, une nouvelle recrue d'intéressés à les défendre et à les maintenir. Certes, si on se décidait à réduire les Écoles de l'État au rôle de corps enseignants, il n'y aurait rien à dire contre la suppression des établissements d'instruction de médecine militaires; car ils se maintiendraient d'eux-mêmes avec le caractère d'utilité et d'autorité inhérent à la nature particulière de leurs attributions. On ne pourrait pas en dire autant des Facultés de médecine, qu'on charge aujourd'hui officiellement de ce soin.

OBSTÉTRIQUE.

MÉMOIRE SUR LA MORT APPARENTE DES NOUVEAU-NÉS; par M. P. Cazeaux, professeur agrégé, membre de la Société de biologie, etc.

Dans les conditions ordinaires, le nouveau-né est à peine au dehors des parties génitales qu'il respire librement, et pousse des cris plus ou moins violents; mais il arrive souvent qu'au moment de la naissance l'enfant donne à peine quelques signes de vie, et se présente dans un état de mort

---

l'art du dentiste était soumis à des prescriptions spéciales différentes de celles qui régissaient l'exercice de la médecine et de la chirurgie. La révolution supprime tous les diplômes. Arrive la loi de l'an XI, qui rétablit l'obligation du diplôme pour le médecin et le chirurgien, et oublie le dentiste. C'est sous le bénéfice de cette lacune que celui-ci exerce encore aujourd'hui son art sans garantie aucune de capacité. Eh bien! pour ce qui concerne l'impôt sur la presse, même situation. Les journaux en général avaient à supporter le cautionnement et le timbre; mais une disposition spéciale de la loi du 18 juillet 1828 dispensait de la première obligation les publications scientifiques et littéraires, disposition rappelée et de nouveau consacrée dans le remaniement des lois sur la presse, qui eut lieu en 1835. 1848 emporte tout, prescriptions générales et dispenses exceptionnelles : plus de cautionnement, plus de timbre pour quelque publication que ce soit. Enfin le gouvernement se ravise et demande le rétablissement de l'un et de l'autre, mais cette fois sans aucune restriction en faveur de la presse scientifique. Que conclure de là? L'une de ces deux choses : ou que le projet a réellement en vue d'imposer à cette portion de la presse et le cautionnement et le timbre, ou qu'il la laisse entièrement en dehors de la loi. Mais la commission elle-même proteste contre l'intention de nous assujettir au cautionnement. Alors pourquoi l'exception n'est-elle pas écrite dans le projet? Ou le gouvernement a oublié de le faire, ou il ne l'a pas voulu. Il n'y a pas de milieu. Dans les deux hypothèses, on voit que nous puisions nos motifs dans la raison et la logique, quand nous nous refusions à voir, dans le projet en lui-même, une menace pour la presse médicale; s'il la réalise dans l'avenir, ce ne sera pas de son fait propre, mais de celui de la commission ou de l'assemblée.

Ce sera le premier avantage de l'âge d'or.

Le second, encore en projet aussi, consisterait tout uniment dans la suppression des écoles de pharmacie. Une commission est nommée pour étudier la question. Les pharmaciens sortiraient des écoles de médecine, dont l'enseignement comprend, en réalité, toutes les matières de l'ordre pharmaceutique : chimie, botanique, toxicologie, histoire naturelle, physique, pharmacie proprement dite. L'économie qui en résulterait pour le trésor serait, comme on voit, assez considérable. Six professeurs à supprimer; plus de local, ni de matériel, ni de bureaux particuliers, ce n'est pas une mince aubaine. Oui, mais cet avantage tout fiscal ne serait-il pas acheté bien cher par des inconvénients d'une autre nature et plus dignes de préoccuper une grande assemblée? Au fond, nous croyons que la mesure aurait de fâcheux résultats et que les cours des écoles de médecine, sur les matières qui touchent plus ou moins directement la pharmacie, seraient exposés (en leur accordant sur l'éducation toute l'influence que l'institution suppose) à l'alternative de faire ou de mauvais pharmaciens ou de mauvais médecins. Chaque science, une dans sa partie spéculative, peut offrir dans ses applications plusieurs perspectives, peut s'étudier à plusieurs points de vue. Si les lois de la chimie sont les mêmes à la Faculté de médecine et à l'École de pharmacie, cette science n'est pourtant pas utile au même degré ni de la même manière au pharmacien et au médecin. Elle offre au premier des notions pratiques peu ou point utiles au second, et celui-ci y trouve des applications physiologiques ou pathologiques absolument superflues pour celui-là. Un professeur de chimie, dans une école pratique quelconque, médicale, industrielle ou agricole, est tenu d'adapter son enseignement à la spécialité de l'institution, et c'est

apparente, qui serait bientôt suivi de la mort réelle si les soins convenables n'étaient promptement administrés.

Cet état de mort apparente se montre sous deux aspects bien différents, décrits par la plupart des accoucheurs sous les noms d'apoplexie et d'asphyxie des nouveau-nés. Depuis longtemps déjà quelques accoucheurs anglais et allemands ont rejeté ces dénominations, comme caractérisant mal les états pathologiques auxquels on les appliquait. M. P. Dubois, dans un article plus récent, après avoir fait remarquer que le caractère anatomique le plus constant de l'apoplexie chez l'adulte manque dans ce qu'on a appelé l'apoplexie du fœtus, et que des différences énormes existent entre les symptômes de l'asphyxie chez l'adulte et ceux de l'état asphyxique du nouveau-né, conclut aussi qu'on a eu tort de donner le même nom à des états si dissemblables : avec M. Nægèle, il désigne, sous le nom de mort apparente, l'état de l'enfant nouveau-né sur lequel on ne voit aucun signe de vie, et sur lequel on ne reconnaît aucun de ceux de mort.

Les deux termes de cette définition sont évidemment contradictoires, puisque la mort se reconnaît à l'absence complète des signes de la vie. Pour nous la mort apparente est un état dans lequel, malgré l'abolition des actes de la vie animale, il reste au moins quelques-unes des fonctions de la vie organique et nécessairement les battements du cœur.

En examinant avec soin les symptômes de la mort apparente des nouveau-nés, tantôt on voit qu'elle est caractérisée par la rougeur vive de la face et de la partie supérieure du corps, la saillie et l'injection du globe oculaire, le gonflement du visage dont la peau offre çà et là des taches bleuâtres; tantôt on est frappé par la décoloration de la peau et la flaccidité des chairs. Dans le premier cas, la tête est gonflée, extrêmement chaude, les lèvres gonflées et d'un bleu foncé; les yeux sortent de la tête; la langue est collée au palais; souvent la tête est allongée, dure, le visage un peu gonflé; les battements du cœur, quelquefois encore assez forts et distincts, sont d'autres fois très-obscurs et très-faibles; le cordon ombilical est parfois gorgé de sang.

Dans le second, l'enfant est d'une pâleur mortelle; les membres sont pendants et flasques; sa peau est décolorée, et souvent souillée par du méconium; les lèvres sont pâles; la mâchoire inférieure est pendante; le cordon ombilical palpite faiblement ou point du tout; les battements du cœur sont très-affaiblis. Souvent un enfant, dans cet état, remue encore au moment de la naissance et crie; mais il retombe aussitôt après dans l'état de mort apparente.

Ces différences dans les caractères physiques des enfants nés dans un état de mort apparente peuvent tenir sans doute à des causes diverses; mais souvent aussi ils appartiennent seulement à des périodes différentes du même état pathologique, et on a eu tort de vouloir en faire absolument les signes différentiels de lésions très-différentes. Aussi, quoique convaincu que, dans quelques cas, ils doivent modifier profondément le traitement, et que, sous ce rapport, il est important d'en tenir compte, je ne crois plus pouvoir en faire la base de distinctions nosologiques, vraiment impossibles à justifier. L'expression de mort apparente ne préjugeant rien sur la nature et la cause de cet état, mérite par cela même d'être conservée.

Pour être compris dans ce que nous allons dire de la mort apparente des nouveau-nés, nous croyons devoir exposer très-brièvement le mécanisme suivant lequel s'établit la respiration aussitôt après la naissance.

Tous les physiologistes s'accordent à admettre que la moelle allongée ou bulbe rachidien est le foyer central et le régulateur des mouvements respiratoires de l'adulte; c'est également d'elle que part l'excitation motrice de la première inspiration.

Marshall-Hall a essayé de montrer par des expériences que la première inspiration résultait d'une action réflexe (1), produite par l'excitation que les nerfs de la surface du corps, et en particulier le trifacial, recevaient du contact de l'air extérieur, et que la respiration, une fois établie, continuait sous l'influence de l'action réflexe due à l'irritation du nerf pneumogastrique, par le contact de l'air introduit dans le poumon.

Les mouvements respiratoires, suivant le même physiologiste, peuvent aussi s'opérer sous l'influence d'autres causes : telles sont, par exemple, les modifications imprimées à la moelle allongée par une grande perte de sang, et les excitations que produit en elle le sang veineux. Tous les mouvements respiratoires de l'asphyxie incomplète rentrent dans cette dernière catégorie.

Dans les cas normaux où le fœtus, n'ayant nullement souffert pendant le travail, a conservé intacte sa sensibilité cutanée, l'irritation produite par le contact de l'air extérieur sur les nerfs cutanés se transmet à la moelle allongée, et celle-ci, à son tour, agissant sur les nerfs inspirateurs, produit les mouvements respiratoires.

Mais que, au moment de sa naissance, le fœtus ait été depuis un certain temps privé des éléments respiratoires qu'il puise dans le placenta, ou que celui-ci étant décollé immédiatement après l'expulsion de l'enfant, un obstacle quelconque s'oppose à l'introduction de l'air dans les bronches, il y a, dans les deux cas, commencement d'asphyxie; le sang non oxygéné irrite par son contact la moelle allongée, et cette irritation, transmise aux nerfs inspirateurs, peut encore solliciter les mouvements respiratoires des muscles de la face, de la poitrine, de l'abdomen, et produire enfin une première inspiration (2). Le moteur central sera bientôt remplacé par l'action réflexe des ramifications des nerfs pneumogastriques irritées par l'air

(1) Une impression faite à nos organes peut, en parcourant des voies différentes dans la masse cérébro-spinale, donner lieu à des mouvements de nature distincte. Ainsi, tantôt transmise à l'encéphale directement par les nerfs sensitifs crâniens, ou indirectement par les nerfs de la moelle épinière, elle va s'élaborer dans la région encéphalique où réside le *sensorium commune*, s'y transforme en sensation, et par conséquent arrive à la connaissance de l'animal qui peut réagir par des mouvements volontaires. Tantôt également transmise par les nerfs sensitifs, soit à l'encéphale, soit à la moelle épinière, cette impression occasionne, sans se transformer nécessairement en sensation, une excitation immédiatement réfléchie sur les nerfs moteurs : d'où des mouvements dits *réflexes*, à la production desquels la volonté n'a aucune part.

La puissance qui donne ainsi lieu à des mouvements sans la participation de la volonté a été considérée comme une faculté spéciale de l'axe cérébro-rachidien, et désignée sous le nom de *pouvoir*, *faculté* ou *propriété réflexe*.

(2) Marshall-Hall enlève le cerveau à un jeune chat; il coupe les nerfs pneumogastriques et ouvre la trachée-artère. Il voit la respiration se ralentir, mais continuer avec régularité. S'il bouche l'ouverture faite à la trachée, la scène change aussitôt : l'animal ouvre sa bouche largement, fait de violents efforts d'inspiration et offre quelques mouvements convulsifs. S'il rouvre la trachée, la respiration devient aussi régulière qu'auparavant; s'il la ferme, les phénomènes d'asphyxie se reproduisent. Dans les deux cas, c'est évidemment dans l'organe central, ou la moelle, qu'est l'excitation de la respiration, puisque la destruction du cerveau, la section des pneumogastriques, rend impossible l'action réflexe.

pour cela qu'il y a une chimie agricole, une chimie industrielle, une chimie médicale, une chimie pharmaceutique. Ces deux dernières sont aujourd'hui très-bien, très-fructueusement enseignées par deux hommes spéciaux; on voudrait les confier à un seul. Nous ne disons pas que ce ne soit pas possible à l'heure où nous sommes; mais nous ne craignons pas d'affirmer que, le plus souvent, ce sera au détriment de l'un des deux ordres d'élèves. Le professeur, qui est en même temps le juge des épreuves, ne sera pas assez pharmacien ou il ne sera pas assez médecin; et c'est ce que la loi en vigueur semble reconnaître, pour le dire en passant, quand elle adjoint aux jurys médicaux chargés de recevoir les pharmaciens en province, quatre pharmaciens munis de diplôme. Et que si, par hasard, le professeur était, à un degré suffisant, versé à la fois dans la médecine et la pharmacie, ce ne seraient pas, nous imaginons, des cours bien goûtés, bien suivis, que ceux dont l'élève (celui surtout qui se destinerait à la pharmacie) n'aurait à recueillir et ne pourrait comprendre que la moitié. Ainsi pour la physique, ainsi pour la botanique et les autres sciences annexes de la médecine.

Un tel système conduirait donc, si l'on voulait être conséquent, à retrancher de l'enseignement supérieur tous les cours d'application, pour ne laisser subsister que les cours de science pure, comme on l'enseigne, par exemple, à la Sorbonne ou au collége de France. Une telle mesure serait tellement déraisonnable qu'on n'y songera certainement pas; mais, comme conséquence logique du système où l'on tend à s'engager, elle peut servir à juger le système; on l'a dit avec raison dans un autre journal, la suppression des écoles de pharmacie serait le premier coup de marteau porté à la plupart des institutions qui sont l'hon-

Troisième, quatrième et cinquième avantages de l'âge d'or. Ceux-là ont un mérite de plus que les précédents. Ils sont consommés. — Nous venons de l'apprendre à l'instant même, un décret du président de la république supprime l'hôpital militaire de perfectionnement du Val-de-Grâce et les hôpitaux d'instruction de Lille, Metz et Strasbourg. Ces établissements cesseront de fonctionner à partir du 1er mai prochain. Nous demandons à nous remettre de notre étourdissement avant de caractériser la mesure. — En second lieu, MM. les professeurs de la Faculté de médecine sont invités à déposer 1,000 fr. par an sur l'autel de la patrie; et afin qu'ils n'y manquent, on les leur retiendra sur leurs appointements. Il faut bien amasser de quoi payer des conseillers d'État à 12,000 fr. et des employés de ministère à 15 ou 20,000. Les professeurs de médecine ont, il est vrai, les bénéfices de leur clientèle; mais ceux qui n'en font pas? Ah! on ne pense pas à tout. — Enfin l'Académie de médecine voudra bien agréer une petite réduction sur son budget, quelque chose comme 1,500 fr. La farouche commission de l'assemblée voulait d'abord gagner cette somme en supprimant le jeune et laborieux bibliothécaire qui, abîmé dans la poussière des manuscrits, *nocturnâ versans manu et diurnâ*, ne cherche nulle part un autre moyen de lucre. Sur de justes et vives réclamations, le bibliothécaire a été conservé, mais non la somme. C'est à l'Académie à la prendre où elle pourra.

— Nous avons cru un instant, mardi dernier, que quelqu'un allait venir à son secours. Ce quelqu'un était le vénérable Capuron, représenté par son exécuteur testamentaire; car le digne académicien a succombé à l'affection dont le début s'était manifesté huit jours auparavant, pendant la séance. M. Capuron [illegible]

introduit dans les poumons, et la respiration continuera sous l'influence seule de l'action réflexe.

Lorsque, par suite de la compression du cordon ou du décollement du placenta, le fœtus est menacé d'asphyxie dans les derniers temps de la grossesse ou pendant le travail, les mouvements convulsifs et les efforts respiratoires précèdent sa mort; aussi les mères disent alors qu'après avoir beaucoup remué, leur enfant a cessé tout à coup de se mouvoir, et Béclard a vu un fœtus renfermé encore dans sa poche intacte faire des mouvements inspiratoires, et inspirer de l'eau au lieu d'air. C'est ainsi encore que, dans certaines positions de la face, le fœtus a pu respirer, quoique renfermé encore dans le sein de la mère, et le vagissement utérin, qui suppose toujours une inspiration antérieure, ne peut s'expliquer que de la même manière. Dans tous ces cas, en effet, le sang non oxygéné a irrité la moelle allongée, et celle-ci, à son tour, transmet cette irritation aux nerfs inspirateurs. L'action réflexe ne peut en aucune façon être invoquée.

Gardons-nous toutefois de confondre ces deux excitateurs de l'inspiration : le premier est l'excitant naturel; l'autre est toujours pathologique, et seulement destiné à suppléer le stimulus normal. Or toute action pathologique n'est qu'un effort pour accomplir un acte physiologique devenu difficile ou impossible; et s'il peut, dans quelques cas, rappeler un enfant à la vie, il peut, dans beaucoup d'autres, être insuffisant.

Souvent, en effet, l'enfant, qui, né dans un état de demi-asphyxie à la suite d'un travail pénible, fait quelques brusques et violents mouvements d'inspiration, succomberait assez vite si l'action réflexe n'était mise en jeu, et si celle-ci ne remplaçait bientôt complétement l'excitant pathologique qui tont à l'heure agissait seul sur la moelle allongée.... Mais comme, dans cet état, la sensibilité émoussée de la peau n'est plus suffisamment excitée par l'air extérieur, des moyens particuliers doivent être employés, tant qu'il en est temps encore, pour réveiller l'action excito-motrice des nerfs cutanés, et lorsque l'asphyxie n'est pas trop avancée, ils sont suivis de succès. Mais lorsque l'enfant est très-faible et petit, on que les causes d'asphyxie ont trop longtemps fait sentir leur influence, les contractions des muscles inspirateurs sont faibles et éloignées; elles cessent bientôt complétement; le cœur cesse de battre, l'enfant est mort. Si, lorsque le cœur bat encore, on parvient à réveiller l'action réflexe des muscles inspirateurs, on produit un brusque mouvement inspiratoire à chaque excitation, après lequel les phénomènes de l'asphyxie continuent comme auparavant; et l'enfant succombe, quoi que l'on fasse.

S'il est vrai que l'impression produite sur la peau du corps et du visage par le froid extérieur, soit la première et l'unique cause de l'action réflexe de la moelle allongée sur les nerfs inspirateurs, et détermine ainsi la première inspiration, on comprend que toutes les circonstances propres à diminuer notablement ou à détruire la sensibilité cutanée retardent on rendent impossible le premier effort inspiratoire, et placent le fœtus dans un état de mort apparente. Les causes de celles-ci sont donc toutes celles qui paralysent plus ou moins les centres nerveux, dont l'influence, complétement inutile à l'entretien de la vie fœtale, devient indispensable à la prolongation de la vie extra-utérine.

Or ces causes sont assez nombreuses, et à l'exception de quelques-unes, elles exercent toutes leur influence fâcheuse pendant les derniers temps du travail. Elles peuvent se diviser : 1° en lésions de la respiration ; 2° lésions de la circulation ; 3° lésions des centres nerveux. Les premières peuvent produire l'asphyxie à des degrés plus on moins prononcés; les secondes peuvent produire une hémorrhagie fatale à l'enfant; les troisièmes enfin affectent directement les centres nerveux, et les rendent impropres aux fonctions qu'ils doivent remplir aussitôt après leur naissance.

1° LÉSIONS DE LA RESPIRATION. Elles résultent toutes d'obstacles à la respiration ; ainsi pendant le travail on a signalé : la compression du cordon ombilical entre les parois du bassin et la tête ou le tronc de l'enfant; l'entortillement serré du cordon autour du cou ou d'une autre partie, entortillement qui peut tout à la fois gêner la circulation veineuse du cerveau et celle du sang dans les vaisseaux ombilicaux ; le décollement prématuré du placenta, qu'il soit ou non inséré sur le col, décollement qui, entraînant toujours la déchirure des vaisseaux utéro-placentaires, rend l'hématose fœtale tout aussi impossible que la compression; la rétraction très-prononcée de l'utérus, lorsque dans l'accouchement par le siége, la tête seule est dans l'excavation, et l'enfant ne peut pas respirer, car cette rétraction, portée au delà de certaines limites, rend à peu près imperméables au sang les vaisseaux utérins. Dans tous les cas, l'asphyxie est évidemment le résultat de la suspension de la respiration placentaire : c'est le contact du sang noir qui, chez le fœtus comme chez l'adulte, asphyxie, paralyse l'action du cerveau.

Enfin, après la naissance, on comprend facilement que l'accumulation des mucosités dans le nez, la bouche et les voies aériennes, pouvant s'opposer à l'introduction de l'air dans les bronches, peut encore produire l'asphyxie; mais ici le mécanisme en est absolument le même que chez l'adulte, puisqu'elle résulte d'un obstacle mécanique à l'introduction de l'air extérieur dans les vésicules pulmonaires.

Les symptômes apoplectiques de cet état sont faciles à reconnaître : la surface du corps paraît gonflée, elle est d'un violet on plutôt d'un bleu noirâtre; cette coloration est plus marquée aux parties supérieures du corps, et surtout à la face. Les muscles sont sans mouvements; les membres conservent leur flexibilité, le corps sa chaleur; les pulsations du cordon, du pouls, celles même du cœur, sont quelquefois obscures et peu sensibles.

A l'ouverture des cadavres, on trouve les vaisseaux de l'encéphale gorgés de sang; quelquefois aussi ce fluide est épanché à la surface des membranes, on dans l'intérieur même de la substance du cerveau. Le plus souvent, suivant M. Cruveilhier, l'épanchement est limité à la surface du cervelet; quelquefois il recouvre les lobes postérieurs du cerveau. Rarement il occupe la cavité des ventricules. Dans tous les cas observés par M. Cruveilhier, il y avait dans l'arachnoïde vertébrale assez de sang pour distendre la dure-mère. C'est alors encore que l'on rencontre ces congestions du foie si communes chez les enfants naissants; ces congestions, dit Billard, varient considérablement sous le rapport de la quantité de sang accumulé dans le tissu de l'organe; il s'y trouve quelquefois en assez grande abondance pour donner lieu à une sorte d'exsudation sanguine à la surface du foie, dont la face convexe est dans ce cas teinte et humectée par une couche de sang répandu ou étalé en nappe. J'ai vu même, chez plusieurs enfants, un épanchement de sang dans l'abdomen résulter de cette turgescence. Les poumons sont aussi gorgés de sang.

L'état extérieur du fœtus asphyxié n'est pas toujours celui que nous venons de décrire, et, comme le fait remarquer M. Jacquemier, rien n'est plus commun que de voir le fœtus naître sans coloration anormale de la peau, et même avec une pâleur et une flaccidité des membres très-remarquables, bien que la cause de la mort apparente ait été la compression du

---

testament lus par M. le secrétaire perpétuel, notre pensée subite a été que cette somme viendrait bien à propos à l'infortunée compagnie, si durement menée parfois par mons budget, et qu'un certain nombre de legs de ce genre pourrait, dans un temps, lui assurer une existence indépendante et la mettre à l'abri des vicissitudes sociales. Mais notre illusion ne fut pas longue. La suite nous apprit que la somme léguée était destinée à fonder un prix dont l'Académie elle-même déterminera le sujet et fixera les termes. C'était toujours bon à apprendre et à prendre, et la savante société a paru sincèrement touchée de ce dernier souvenir d'un vieux collègue pour elle et pour la science. Le legs a encore un autre mérite, celui de ne pas enfermer à tout jamais, comme c'est l'ordinaire, les concurrents dans un même cercle de recherches, mais de permettre à l'Académie de diriger d'année en année leur émulation vers les points qui lui paraîtront appeler de nouvelles études. Heureuse innovation, à notre sens, qui relève le mérite du legs en rendant sa destination plus profitable, et ne met pas l'Académie dans l'obligation, où les autres legs la mettent trop souvent, de modifier le sens du testament pour varier le sujet du concours.

La grande fortune de M. Capuron contrastant avec ses habitudes parcimonieuses et le défaut d'héritiers directs, a souvent fait, de son vivant, l'objet des conversations. On sait aujourd'hui qu'une grande partie du revenu passait en œuvres de charité. Maintenant, le tour est venu des convoitises. Il s'agit de se partager quelques centaines de mille francs. Voilà un beau sujet de concours, si le respectable académicien avait pu avoir cette lumineuse idée! Trente mille livres de rente, peut-être plus, à conquérir à la pointe de la plume, quel gage magnifique et quelle ardeur sans égale n'eût-il pas allumée sur toute la ligne! L'eau en vient à la bouche, quand on y songe. Mais voilà, il n'y faut pas songer. Il ne faut pas non plus que cet irréparable oubli du défunt nous rende moins insensibles aux pieuses et touchantes recommandations qui terminent le testament. Prières pour son âme, modeste linceul pour son corps, pas de discours sur sa tombe, simplicité dans la mort comme dans la vie, ce sont de nobles désirs laissés derrière lui, sur le seuil du monde inconnu.

— Nouvelle élection selon notre cœur. M. Ricord est enfin entré dans la docte compagnie. Il y est entré, il est vrai, comme un coin, écartant d'année en année d'inexplicables oppositions, des antipathies mal justifiées, des fins de non-recevoir extra-académiques; mais, cette fois, le passage a été forcé triomphalement. Un seul tour de scrutin et 10 voix de majorité, à peu près comme pour M. Bouchardat, comme pour M. Lévy, les deux autres élus chers à la GAZETTE. Que l'Académie persévère dans cette voie: c'est la voie de la justice, et c'est celle aussi de l'intérêt du corps.

— Par exemple, nous ne lui conseillons pas, ou, pour mieux dire, nous ne *conseillons* pas au *conseil* de rédaction de fournir de nouveaux prétextes à un incident comme celui qui s'est élevé dans une des dernières séances. Un membre de l'Académie fait un rapport sur un mémoire relatif au traitement des rétrécissements de l'urètre par incision. Ce rapport, approuvé dans ses conclusions, n'est pas inséré dans le BULLETIN. M. le secrétaire perpétuel a donné une raison telle quelle du défaut d'insertion jusqu'à la fin du concours d'Argenteuil. Mais, se montrât-on là-dessus de bonne composition, ce à quoi nous ne sommes pas disposé pour notre part, il resterait encore à trouver une excuse au silence du BULLETIN pendant les quelques mois suivants. M. Moreau, M. Lagneau

cordon. Cette différence tient-elle, comme le pense M. Jacquemier, à ce que, dans ce dernier cas, la suspension de la respiration placentaire a été rapide et brusque, tandis que, dans le premier, elle a été lente et graduelle? Cela est probable, puisque les mêmes différences s'observent dans l'asphyxie des adultes, et que les malheureux qui, suivant l'observation de M. Devergie, meurent sous un éboulement de terrain, présentent cette décoloration des téguments. La promptitude de la mort réelle peut ici expliquer cette particularité. Mais il ne faut pas oublier que cette pâleur extérieure est aussi la conséquence d'une asphyxie lente mais par trop prolongée, et qu'elle succède souvent à la coloration violacée des tissus; que nous voyons tous les jours cette succession s'opérer sous nos yeux, quand l'asphyxie a duré trop longtemps; et qu'un enfant né avec une coloration très-prononcée devient assez rapidement pâle et flasque, si à l'aide des moyens employés on ne parvient pas à le faire respirer. Il est évident que, dans ce dernier cas, la décoloration des tissus est l'expression symptomatique d'un degré plus avancé; les battements du cœur, qui auparavant étaient encore assez forts et assez nombreux, perdent de leur fréquence et de leur intensité, reviennent seulement à de longs intervalles, et la mort réelle ne tarde pas à succéder à la mort apparente. Eh bien! ces phénomènes dont nous sommes quelquefois témoins se passent de la même manière quand le fœtus, privé de respiration placentaire, est encore renfermé dans le sein de la mère. Si, au moment de la naissance, l'asphyxie dure depuis peu de temps, l'enfant présentera la turgescence de la face, la couleur violacée de la peau, la fermeté des chairs, des pulsations du cœur encore assez nombreuses et régulières; qu'un plus long temps se soit écoulé depuis l'interruption de la circulation fœto-maternelle, l'enfant sera pâle, décoloré, les battements du cœur et du cordon faibles et intermittents; qu'enfin l'asphyxie se soit prolongée au delà des limites compatibles avec la vie du cœur, et le fœtus sera réellement mort au moment de son expulsion.

Ces deux états, en apparence si différents, tiennent donc à la même cause, et sont simplement deux degrés de l'asphyxie. Si, étiologiquement, ils ne doivent pas être distingués, il est important d'en tenir compte au point de vue du pronostic, car l'un est beaucoup plus grave que l'autre; au point de vue du traitement, car les mêmes moyens ne leur sont pas applicables.

2° Lésions de la circulation fœtale. Les déchirures du cordon ou du placenta peuvent seules produire une hémorrhagie capable de porter atteinte à la vie fœtale. Elles sont fort heureusement assez rares. Quand la perte est abondante, l'enfant succombe avant la terminaison du travail; mais si une circonstance quelconque vient s'opposer à la continuation de l'hémorrhagie, l'enfant peut encore naître vivant, mais dans un état de mort apparente analogue à celui de la syncope. Le défaut d'influence nerveuse tient manifestement ici à ce que le cerveau et le bulbe ne reçoivent plus la quantité de sang nécessaire pour qu'ils puissent réagir à leur tour sur les nerfs inspirateurs. Ce cas est des plus graves. L'enfant est décoloré, tous les muscles dans le relâchement le plus complet; quelquefois pourtant il fait quelques courtes inspirations, pousse quelques cris très-faibles; mais pour peu que l'hémorrhagie ait été abondante, il s'éteint au bout d'un temps assez court.

3° Lésions des centres nerveux. Le système nerveux céphalo-rachidien ne préside à aucune des fonctions dont l'intégrité est nécessaire à l'entretien de la vie fœtale, et la respiratinn, la circulation et la nutrition sont tout à fait sous la dépendance des nerfs de la vie organique. Ce sont les ganglions et leurs nerfs qui, comme des organes sécrétoires, retirent du sang régénéré ce principe de sensibilité et de motilité organiques, nécessaire aux mouvements involontaires ou automatiques, nécessaire aussi au maintien de l'irritabilité et de la vitalité des organes. La vie du fœtus est purement végétative ou organique, quoique déjà il possède des organes de la vie animale. Ainsi s'expliquent la vie et le développement des acéphales, car là où l'organe manque, manquent aussi les fonctions; et pourtant ces monstres sont doués d'irritabilité, ils exercent des mouvements, et leur vie se maintient intacte jusqu'au terme de la grossesse.

Puisque le cerveau et la moelle sont complétement étrangers à l'accomplissement des fonctions du fœtus, on prévoit sans peine que les lésions dont ils peuvent être le siége pendant la grossesse ou le travail, ne doivent en rien troubler l'harmonie de ces fonctions, et n'exercer aucune influence sur la vie intra-utérine. Aussi n'est-ce qu'après la naissance que l'altération ou la paralysie cérébro-spinale s'opposent à l'établissement de la vie animale, alors même que la vie organique se manifeste encore par l'intégrité de la circulation, et même de la respiration placentaire. La première respiration est, comme nous l'avons dit plus haut, le résultat des incitations du bulbe rachidien, incitations produites elles-mêmes par l'impression de la température de l'air ambiant sur les téguments du nouveau-né; mais, pour que cette impression ne soit pas stérile, il faut que la sensation soit perçue par l'organe central, et celui-ci est incapable de les percevoir dans les lésions graves de l'axe cérébro-spinal. Il y a donc cette différence importante à établir entre les diverses circonstances qui peuvent plonger le fœtus dans cet état de mort apparente, que l'asphyxie et l'hémorrhagie peuvent tuer l'enfant dans le sein de la mère, tandis que les lésions des centres nerveux le font toujours naître dans un état de mort apparente.

C'est ainsi qu'il faut comprendre l'influence que peut avoir : 1° la compression violente que subit le cerveau dans certains cas de rétrécissement du bassin; 2° celle qui, dans quelques cas difficiles, peut résulter de l'application du forceps ou du levier; 3° celle qui résulte d'une congestion vasculaire, due à la gêne apportée au retour du sang veineux dans certains accouchements par la face, dans les cas où plusieurs circulaires du cordon sont fortement serrées autour du cou, et dans les cas où celui-ci est fortement serré par le col utérin spasmodiquement rétracté; 4° enfin, la compression produite parfois par des épanchements sanguins, soit à la surface, soit dans l'intérieur même de la substance cérébrale.

C'est encore de la même manière qu'il faut comprendre l'action des lésions de la moelle allongée, lésions qui, on le sait, sont produites avec la plus grande facilité par l'exagération du mouvement de rotation imprimé à la tête, par les tractions exercées sur l'extrémité céphalique, ou sur l'extrémité pelvienne, alors que la tête est arrêtée plus ou moins haut dans le bassin, par les épanchements enfin qui peuvent se faire à la base du crâne et à la partie supérieure du canal rachidien.

Les lésions du cerveau ne s'opposant pas d'une manière absolue à l'établissement de la respiration, n'ont pas la gravité de celles de la moelle allongée. La destruction de la partie très-considérable de l'encéphale n'a pas toujours empêché l'enfant de respirer, de crier après sa naissance, et même de vivre plusieurs jours. Un fait semblable s'observe chez les anencéphales. Cela fait assez pressentir que, dans les accouchements difficiles, la compression momentanée subie par la tête peut momentanément aussi suspendre l'action cérébrale, mais que cette suspension ne mettant pas un

---

(l'auteur du rapport) se sont vivement élevés contre cet acte d'arbitraire, qui a été intempestivement et mal défendu par un membre ordinairement plus soucieux de la dignité de l'Académie. On allègue que le rapport a été imprimé et livré à la circulation par l'auteur même du mémoire. Eh bien! où est donc l'article du règlement qui interdit la publicité du Bulletin aux *rapports* imprimés en dehors de l'Académie? Aux termes de l'art. 23, on ne peut faire de rapport sur un *mémoire* imprimé; mais le rapport fait, peut l'imprimer qui veut et où il veut. C'est un droit dont les journaux de médecine usent fréquemment. Dans l'espèce, l'impression du rapport par les soins de la personne intéressée se justifiait mieux que jamais par le défaut de publication officielle. Le conseil, qui ne voulait pas publier le rapport parce qu'il était imprimé, avait eu le tort d'en provoquer l'impression hors de l'Académie en ne le publiant pas. Il faut être franc et conséquent.

L'Académie a bien fait de trancher la question par un vote. En ordonnant l'insertion, elle a consacré un principe de justice et d'impartialité.

— L'Académie des sciences a été très-spirituelle ces jours derniers. Nous ne signalons pas le fait comme une anomalie, mais simplement comme une rareté. Le métier de l'Académie est d'être savante; quand elle est spirituelle, elle déroge. C'est donc une bonne fortune pour le feuilleton quand il la surprend en flagrant délit de malice. Or un honorable confrère avait demandé au ministre de l'instruction publique une mission en Allemagne pour y étudier les effets thérapeutiques des eaux minérales et de la méthode hydrothérapique, et le ministre consultait à cet égard l'Académie. Il était clair que le postulant, praticien occupé de la capitale, ne voulait que visiter les bords du Rhin pendant la belle saison. Que fait l'Académie? Elle conseille au ministre de ne pas déranger le confrère pour si peu, mais de lui proposer un séjour de cinq ou six ans aux eaux d'Allemagne, une vraie déportation.

L'Académie de médecine s'est montrée plus facile. Sur un rapport favorable de M. Gibert, elle a déclaré la mission utile, sans considération de durée, moyennant qu'elle sera dirigée par une instruction spéciale de la commission des eaux minérales. Cette dernière condition, proposée séance tenante par M. Bégin, a paru une garantie de nature à faire tomber tous les scrupules; elle a déterminé le vote. A nos yeux, pourtant, elle ne change absolument rien à la question, si même elle n'en augmente pas les difficultés. Une promenade de quelques mois aux eaux du Rhin peut permettre tout au plus de ramasser quelques faits incohérents et incomplets; une instruction où la ligne d'observation sera tracée d'avance peut la mettre en présence d'impossibilités absolues, tout en la détournant de la recherche spontanée. La condition du temps est tout ici, et l'Académie des sciences avait mis le doigt sur le point délicat. A quoi pensait M. Gibert, quand il a prétendu que le ministre consultait l'Académie non sur la convenance de la mission, mais sur le choix du missionnaire? C'est le contraire qu'il eût fallu dire. Le ministre peut bien avoir besoin d'être éclairé et sur le côté scientifique des missions de son ressort, et sur le côté personnel; mais son incompétence est infiniment plus grande sous le premier rapport que sous le second.

En fin de compte, voilà un résultat peu propre à encourager l'autorité dans la voie qu'elle paraît vouloir adopter en ce qui concerne les missions scientifiques. Elle a jugé à propos de consulter deux corps savants, et on lui a envoyé deux réponses opposées. Voilà ce que c'est de se fier aux proverbes. Deux avis valent

obstacle absolu à la respiration, l'espèce de commotion, d'ébranlement subi par le cerveau, peut s'effacer assez promptement pour que la vie se continue.

Il n'en est pas de même des altérations de la moelle allongée, moteur unique des mouvements respiratoires; elle ne peut être affectée profondément sans rendre impossible la vie extra-utérine. Ainsi s'explique, dans la présentation de l'extrémité pelvienne, la mort si fréquente des enfants quand on a pratiqué des tractions sur le tronc pour opérer le dégagement de la tête.

Traitement. Puisque, quelle qu'en soit la cause, la mort apparente peut offrir les symptômes si différents dont nous avons parlé plus haut, il est évident que l'inspection de l'enfant ne peut rien nous apprendre sur la cause de l'état dans lequel il se trouve. Bien que pour nous la décoloration de la peau et la flaccidité des membres soient des signes d'un pronostic très-grave, il nous est impossible de préciser le degré des désordres cérébraux et de prévoir, par conséquent, quel sera le résultat des moyens propres à ranimer l'enfant. Dans le doute, il faut les soigner tous, comme s'ils donnaient quelque espoir de guérison. Une demi-heure, une heure, et même plus, écoulées depuis l'accouchement, ne sont pas un motif suffisant pour désespérer, et l'on peut citer un grand nombre de faits qui prouvent que des enfants ont pu résister une heure à l'asphyxie, et être encore rappelés à la vie. Le silence prolongé du cœur, l'absence complète de toute pulsation à la région précordiale constatée plusieurs fois et à plusieurs reprises, est le seul signe que l'on puisse considérer comme déterminant toute espérance. Le cœur est l'*ultimum moriens*, et je ne crois pas qu'on soit jamais parvenu à réveiller ses pulsations complétement éteintes. Mais la mollesse et la flaccidité des tissus, le refroidissement du tronc et de la face (1), n'autorisent nullement à abandonner l'enfant, pour peu que le cœur offre encore quelques battements même très-faibles, très-éloignés et très-irréguliers.

Lorsque les nouveau-nés s'offrent à nous avec l'injection générale des capillaires de la face et du tronc, lorsqu'ils offrent enfin les caractères de cet état appelé autrefois *apoplexie*, il est évident que l'indication première est de faire cesser l'engorgement du cerveau et des poumons. C'est ce que l'on obtient en coupant promptement le cordon ombilical, et en laissant écouler quelques cuillerées de sang: le plus souvent la respiration s'établit aussitôt après, s'il n'y a pas d'obstacles à l'introduction de l'air dans les poumons, tels que des mucosités qui obstrueraient l'arrière-bouche, mucosités qu'il faut enlever, soit avec l'extrémité du petit doigt, soit avec la barbe d'une plume; on voit alors la teinte bleue et violacée disparaître peu à peu, et faire place à une teinte rosée, d'abord sur les lèvres, puis sur les joues et le reste du corps.

La circulation est quelquefois tellement affaiblie et comme engourdie que les artères ombilicales ne versent pas de sang; alors on peut provoquer son effusion en plongeant l'enfant dans un bain, et en exprimant à plusieurs reprises le cordon de son insertion vers le lieu de sa section. Quand à l'aide de ces moyens on ne parvient pas à obtenir du sang, il faut, suivant quelques personnes, appliquer une sangsue derrière chaque oreille.

(1) Les expériences sur les animaux à sang chaud prouvent qu'ils résistent d'autant plus longtemps à l'asphyxie, qu'ils sont placés dans une température plus basse.

Mais cette application ferait perdre un temps précieux, bien mieux utilisé en recourant aux moyens suivants:

Cette petite saignée étant pratiquée, il faut appliquer tous ses soins à réveiller, par des excitations multipliées et variées, la sensibilité de la peau et l'action réflexe des nerfs cutanés.

Suivant Marshall-Hall, le meilleur moyen consiste à asperger vigoureusement la face et le corps de l'enfant avec de l'eau froide; aussitôt après on le trempera dans un bain chaud, puis on l'enveloppera de flanelles chaudes. L'efficacité de ce mode de traitement, qui peut être répété plusieurs fois de suite, dépend surtout de la rapidité avec laquelle il sera employé. L'impression du froid et du chaud doit être brusque et prompte. On emploie ensuite, pour stimuler la peau, les frictions sèches avec la main, une brosse, une flanelle sèche, des frictions avec des liqueurs irritantes, comme vinaigre, eau-de-vie. M. Moreau insiste beaucoup et avec raison sur de légères percussions faites avec la face palmaire des doigts sur les épaules et les fesses; il est aussi souvent très-utile de porter une irritation sur les surfaces muqueuses. On met dans la bouche un peu d'eau-de-vie, du vinaigre; on insuffle dans l'anus de la fumée de carte ou de papier brûlé; on introduit dans le nez, dans le fond de la gorge, les barbes d'une plume trempée dans du vinaigre, dont on peut se servir encore pour désobstruer en même temps l'arrière-bouche des mucosités qui peuvent s'opposer à l'accès de l'air. Lorsqu'on peut soupçonner que des mucosités sont accumulées dans les voies aériennes, on doit, suivant le conseil de Dewees, placer l'enfant sur le ventre, en ayant soin d'élever les pieds plus haut que la tête, et en imprimant à tout le tronc quelques légères secousses; on parvient ainsi à désobstruer la trachée et à rendre plus facile l'arrivée de l'air. C'est, dit l'auteur américain, un moyen d'une grande utilité et à l'aide duquel je suis parvenu à sauver un grand nombre d'enfants (p. 192). Après quelques instants, l'enfant sera de nouveau plongé dans un bain chaud, frotté avec des flanelles chaudes, puis soumis immédiatement à des aspersions froides.

Ces moyens seront continués longtemps après l'établissement régulier de la respiration pour prévenir l'asphyxie secondaire.

On exposera encore utilement le corps de l'enfant à un courant d'air froid, en lui imprimant brusquement des mouvements semblables à ceux de la balançoire; et même, après l'avoir ranimé et habillé, on pourra exposer sa figure à l'air frais, ou mieux l'éventer pendant quelques instants.

On a conseillé d'exercer une forte succion sur les mamelles, dans le but de dilater mécaniquement le thorax. Celle succion, dit Desormeaux, sans effet pour le but qu'on se propose, me semble propre à stimuler les muscles qui meuvent les côtes. Mais un moyen plus puissant et que vante beaucoup le même auteur est une sorte de douche portée directement sur les parois du thorax, douche qui se fait en prenant dans sa bouche une gorgée d'eau-de-vie, et en la soufflant avec force contre la paroi antérieure de la poitrine. Il est, dit-il, rarement nécessaire de réitérer plusieurs fois ce moyen; on voit bientôt son emploi produire immédiatement une contraction convulsive des muscles inspirateurs; le sang et l'air pénètrent le poumon; la respiration s'établit irrégulièrement; d'abord elle est faible et comme convulsive, mais bientôt elle devient plus forte et plus régulière.

Si ces excitations sur les nerfs spinaux et facial étaient insuffisantes, on agirait sur les ramifications du peumo-gastrique par l'insufflation.

L'insufflation compte aujourd'hui un assez grand nombre de succès pour qu'on doive y recourir toutes les fois que les moyens dont nous venons de parler n'ont pas réussi. Dans un très-bon mémoire sur ce sujet, M. Depaul

---

mieux qu'un, dit-on. Oui, s'ils s'accordent; non, s'ils se contredisent. Le ministre sera désormais obligé de consulter les sociétés savantes en nombre impair, pour s'assurer au moins une majorité.

— La chirurgie militaire et la chirurgie civile vont avoir leurs monuments. Au Val-de-Grâce, la statue de Larrey; à Lure, dans la Haute-Saône, celle de Desault. Le projet d'un monument à Desault n'est pas encore fort connu du public médical, et nous nous empressons d'être auprès de lui le messager d'une semblable nouvelle. Un honorable représentant, appartenant à la famille d'Esculape, M. le docteur Lélut, a mis son influence et son activité au service de cette œuvre de reconnaissance publique: une somme déjà assez forte a été réunie; une souscription est ouverte, la Gazette Médicale elle-même tend son escarcelle. Pour une gloire nationale, s'il vous plaît!

— *Horrible! most horrible!* Qu'y a-t-il donc pour arracher cette exclamation et faire mettre le bonnet de travers au vénérable Medical Times? Il y a que tout récemment, à deux banquets publics présidés par lord Robert Grosvenor et le comte d'Essex, une somme de 2,660 livres sterling a été souscrite pour l'entretien d'hôpitaux homœopathiques dans la capitale. N'est-ce pas dégoûtant (disgusting)? dit notre cher confrère de la presse. La somme est forte, il est vrai, et le fait semble d'abord très-significatif; mais il n'est pas inutile de faire remarquer qu'on venait de dîner, ici à *London Tavern*, là à *Albion Tavern*; de dîner, disons-nous, contrairement à toutes les règles de la méthode infinitésimale.

— Sociétés de tempérance. — On compte aujourd'hui en Angleterre, en Écosse et en Irlande 850 sociétés de tempérance, composées de 1,048,000 membres. Dans le Canada, la Nouvelle-Écosse et le Nouveau-Brunswick, il y en a 950, composées de 370,000 membres; dans l'Amérique du Sud, 70,000 personnes portent la médaille de tempérance. En Allemagne (non compris la Prusse et l'Autriche), 1,500 sociétés, 1,300,000 membres. En Suède et en Norwége, 510 sociétés, 120,000 membres. A l'île Sandwich, 5,000 membres. Au cap de Bonne-Espérance, 900.

D'après la statistique, il résulte que 7,000 personnes succombent annuellement en Angleterre à l'ivresse ou aux accidents qui en résultent; que chaque année la classe ouvrière consomme pour 550 millions de dollars de boissons spiritueuses.

En 1848, 490 millions de dollars ont été dépensés en boissons spiritueuses, et il a été fabriqué pour 520 millions de bière.

Aux États-Unis, on compte 3,712 sociétés de tempérance et 2,615,000 membres. Parmi ceux-ci, on distingue une secte dite des Enfants de l'abstinence. En Russie, l'empereur a défendu la constitution de semblables sociétés. La plus ancienne de ces sociétés a été fondée, dit-on, en 1,000, le jour de Noël.

— Une femme est morte à Marylebone-Workhouse, âgée de 103 ans. Elle a succombé à une décadence naturelle (*natural decay*).

a victorieusement réfuté les objections formulées contre elle, et confirmé par ses expériences les résultats obtenus déjà par MM. Duméril et Magendie. Comme eux il a vu qu'on se faisait une fausse idée de la résistance des vésicules pulmonaires, et que, pour produire leur déchirure, il faut souffler avec une force bien supérieure à celle qui est nécessaire pour obtenir une simple dilatation. Il a prouvé par des faits que l'insufflation réussissait à rappeler à la vie des enfants que l'insuccès des moyens généralement proposés semblait vouer à une mort certaine; que même dans les cas où elle était impuissante, parce que les lésions causes de la mort apparente étaient au-dessus des ressources de l'art, elle pouvait, lorsque l'action du cœur n'était pas encore éteinte, rendre ses pulsations plus fortes et plus fréquentes, et même parfois déterminer une inspiration spontanée, mais incomplète.

M. Depaul, qui a rendu un véritable service en appelant l'attention sur un moyen généralement abandonné comme dangereux par les uns, comme inutile par les autres, a proposé quelques règles de conduite que je crois devoir reproduire, au moins en abrégé.

Il se sert de la canule de Chaussier; il en a seulement fait disparaître les ouvertures latérales et les a remplacées par une ouverture terminale.

L'enfant, dont on entretient la température par des linges chauds, doit être placé de manière à ce que la poitrine soit plus élevée que le bassin, et la tête un peu inclinée en arrière, pour rendre plus saillante la partie antérieure du cou. Après avoir débarrassé la langue et le pharynx de toute mucosité, on porte l'index gauche, en suivant la ligne médiane de la langue, jusqu'à l'épiglotte. La main droite, tenant le tube comme une plume à écrire, dirige le long du doigt sa petite extrémité jusqu'à l'entrée du larynx, l'incline vers la commissure gauche des lèvres et, par quelques légers mouvements, cherche à soulever l'épiglotte; il suffit alors de redresser l'instrument et de le porter en même temps vers la ligne médiane, pour que son extrémité traverse la glotte. C'est là le seul temps un peu difficile de l'opération, car assez souvent le tube s'engage dans l'œsophage. Aussi, avant d'insuffler, doit-on s'assurer de sa position, en promenant le doigt sur le larynx et la trachée, et en imprimant à l'instrument des mouvements de latéralité pour voir s'ils sont suivis par le larynx. D'ailleurs, dès la première insufflation, on s'aperçoit de suite de l'erreur, car lorsque l'instrument est porté dans l'œsophage un soulèvement considérable de l'épigastre précède celui de la base de la poitrine; s'il est dirigé, au contraire, dans le larynx, la dilatation de la poitrine est uniforme, et l'abaissement du diaphragme seul produit la saillie épigastrique.

Pour empêcher le reflux de l'air qu'on va pousser et le forcer à pénétrer dans les voies aériennes, on lui ferme toute issue par l'œsophage, la bouche et les narines. Une pression modérée, exercée avec l'instrument, sert à appliquer la paroi antérieure de l'œsophage contre la postérieure. Avec le pouce et l'indicateur, on pince fortement les lèvres des deux côtés de la canule, et l'on bouche les narines en pressant le nez avec les deux doigts médius.

Les insufflations doivent être assez rapprochées les unes des autres; M. Depaul croit qu'il faut en faire dix à douze par minute. Après chacune d'elles, l'élasticité des vésicules suffit pour expulser par la canule la plus grande partie de l'air; toutefois il peut être utile de rendre l'expiration plus complète par des pressions convenablement exercées avec la main largement appliquée sur le devant de la poitrine.

Le temps pendant lequel on doit insister sur les insufflations est très-variable. Ainsi les faits prouvent que tantôt un quart d'heure a été suffisant, tantôt il a fallu les prolonger trois quarts d'heure, une heure et même une heure et demie.

Lorsque sous leur influence le cœur s'est ranimé et bat 130 fois par minute, je crois, dit M. Depaul, qu'il est du devoir du médecin de continuer jusqu'à l'apparition d'inspirations spontanées qui se renouvellent au moins de cinq à six fois par minute; s'arrêter après une première serait, dans beaucoup de cas, compromettre la vie de l'enfant; mais lorsque, après avoir réveillé les battements du cœur et même obtenu quelques efforts des muscles inspirateurs, on voit tout cela s'affaiblir et disparaître, on peut, après dix à douze minutes, cesser l'insufflation. Je n'ai jamais vu, dans ces cas, qu'on soit parvenu à ranimer les enfants.

De temps en temps il est nécessaire de retirer la canule pour la débarrasser des mucosités qui l'obstruent. Quand la trachée renferme des mucosités abondantes, facilement indiquées par un gargouillement manifeste, on peut, à l'aide de quelques aspirations, en engager dans la canule des quantités considérables et rendre ainsi plus efficaces les insufflations ultérieures.

S'il survient quelques inspirations spontanées, il faut momentanément suspendre l'insufflation.

Enfin si tous ces moyens avaient échoué, et qu'on eût une pile à sa disposition, on pourrait faire passer quelques courants électriques à travers les muscles inspirateurs; mais c'est un auxiliaire sur lequel il ne faut pas trop compter.

L'électricité est en effet beaucoup moins active sur le fœtus que sur l'adulte. L'expérience a prouvé, par exemple, que des fœtus de serpent bien développés étaient peu sensibles à l'action du galvanisme avant d'avoir respiré, tandis que peu après ils jouissaient d'une sensibilité très-délicate.

Les mêmes moyens doivent être employés dans les cas de mort apparente où les enfants sont pâles et décolorés; seulement on comprend que, loin de faire saigner le cordon ombilical, il faut s'empresser de le lier, même avant de le couper.

Quelques personnes ont conseillé, dans les cas d'asphyxie, de ne couper le cordon ombilical qu'après l'établissement régulier de la respiration pulmonaire, espérant que la persistance de la circulation fœto-placentaire remplacerait la respiration extra-utérine non encore établie. Sans admettre, avec le docteur King, que cette pratique, permettant aux contractions du cœur de chasser tout le sang dans le placenta, expose le fœtus à mourir exsangue, je pense que, dans le plus grand nombre des cas, cette précaution est au moins inutile, et même nuisible en faisant perdre un temps précieux. Presque toujours, en effet, le placenta est décollé en partie et même en totalité peu de temps après la sortie de l'enfant, et alors même que ses adhérences fussent intactes, la rétraction de l'utérus, qui succède à l'expulsion de l'enfant, a tellement modifié la circulation des parois utérines et celle des vaisseaux utéro-placentaires, que l'enfant ne pourrait certainement y trouver que des ressources insuffisantes. Cependant, si par le toucher on ne trouve pas le placenta sur le col, et que par suite on puisse croire qu'il a conservé ses rapports normaux avec la matrice, on peut, lorsque le fœtus est pâle et décoloré, ne pas se presser de couper le cordon, surtout s'il présente encore des pulsations. Mais dès qu'il cesse de battre, ou dès qu'on s'aperçoit que le placenta est décollé, il faut s'empresser d'en opérer la section.

Certains enfants, après avoir crié et respiré assez librement, retombent encore après quelques heures, quelquefois même après quelques jours, dans un état de mort apparente qui se termine rapidement par la mort réelle, si de prompts secours ne sont pas administrés. Cette mort apparente secondaire peut tenir, comme celle que nous venons de décrire, à une véritable asphyxie, ou à un défaut d'influence nerveuse auquel les excitations employées immédiatement après la naissance n'ont remédié que momentanément. L'asphyxie est produite soit par un corps étranger placé aux ouvertures de la bouche et des narines, soit par l'accumulation de mucosités dans l'arrière-gorge. Enlever les corps étrangers, désobstruer l'arrière-bouche à l'aide d'une barbe de plume, ou les bronches en sollicitant les vomissements par la titillation de la luette, tels sont les premiers moyens à employer. On pourra, si la face est violacée, appliquer avec succès une sangsue derrière chaque oreille, ou suivant le conseil de Kennedy, sur les fontanelles. Lorsqu'on peut attribuer les accidents au défaut d'action cérébrale, c'est aux excitants déjà conseillés plus haut qu'il faut de nouveau avoir recours.

THÉRAPEUTIQUE.

IODOGNOSIE, OU MONOGRAPHIE CHIMIQUE, PHARMACEUTIQUE ET MÉDICALE DES IODIQUES; par DORVAULT (1).

(Suite et fin.)

PATHOGÉNÉSIE IODIQUE.

416. Action sur la peau. — Les malades soumis à un traitement iodique, et en particulier par l'iodure potassique, ressentent assez souvent une surexcitation à la peau caractérisée par de la rubéfaction, de la chaleur, un picotement, et même par des éruptions cutanées d'aspect et de siége variables.

Ces éruptions, qui ressemblent au psydracia, à l'acné, à l'ecthyma, sont quelquefois seulement érythémoïdes. Le docteur Ricord a signalé l'herpès, le rupia, et la maladie tachetée de Werlohf.

Ces éruptions se montrent de préférence à la face et surtout au nez et au front. La marche en est aiguë.

Le docteur C. Vogel a donné la relation d'une demoiselle de 28 ans d'une complexion ictérique qui, par suite de l'emploi interne de la teinture d'iode, devint soudainement brune, tout en éprouvant d'autres symptômes morbides. La peau avait l'apparence d'avoir été fumée.

(1) Voir les articles publiés de cette monographie dans les numéros 46, 47, 49, 50 et 52 de l'année 1849 et les nos 1, 10, 11, 12 et 14 de cette année.

Il importe de ne pas confondre ces éruptions produites par la médication iodique avec celles engendrées par d'autres causes. Un bon caractère pour cela après un diagnostic exercé est la disparition de l'éruption presque aussitôt la suspension du traitement.

417. Action sur les cheveux. — Stedman (Conn. médic. gaz., t.XV.) dit que chez quelques scrofuleux l'iode améliore la chevelure; que des cheveux rouges sont devenus châtains sous l'influence prolongée de l'iode. Ici nous craignons qu'il s'agisse d'enfants dont les cheveux foncent naturellement avec l'âge.

418. Action sur les dents.—Nous avons des exemples, rares il est vrai, de personnes dont l'émail dentaire profondément attaqué laissait apercevoir le tissu osseux interne par suite de l'usage prolongé de l'iodure potassique.

Nous ne voyons d'autre précaution à prendre contre cet accident que d'avoir le soin de se laver la bouche de temps en temps dans la journée, et surtout aussitôt l'ingestion du remède.

419. Action sur les tissus cellulaire et glanduleux.—On a accusé l'iode et ses préparations de causer l'atrophie de certains organes et même de tout l'organisme. On l'a accusé plus particulièrement de causer le dépérissement des mamelles chez la femme et des testicules chez l'homme, à ce point qu'on a été jusqu'à dire que les iodiques menaçaient de stérilité la génération actuelle.

Le journal d'Hufeland rapporte trois cas d'atrophie de mamelles. Tout récemment le docteur Cullerier fils a publié (Revue médicale, 1848) un travail spécial sur ce sujet, dans lequel il a consigné plusieurs observations d'atrophie des mamelles et des testicules, qui lui sont propres, et entre autres celle d'une jeune femme qui vit son lait se tarir en même temps que ses seins s'affaisser sous l'influence de l'iodure potassique.

420. Malgré la confiance que nous avons dans la loyauté et le talent d'observation de la plupart des praticiens qui ont admis la propriété atrophique des iodiques, par suite des renseignements pris auprès des hommes qui ont le plus manié l'iode, nous disons que cette action est sinon chimérique, du moins fort exceptionnelle. La circonstance que l'iode est administré le plus souvent à des sujets lymphatiques dont tous les organes sont plus ou moins atteints de bouffissure, faisant cesser cet état d'empâtement, aura, sans nul doute, causé dans quelques cas cette fausse interprétation des faits. Mais d'ailleurs, ainsi que l'a fait observer M. Richelot, au sujet du travail de M. Cullerier, il n'est pas rare de voir un testicule qui a été engorgé fondre peu à peu et s'atrophier sans même qu'il ait été employé d'iode. Ce serait tout simplement une propriété particulière des testicules à la suite de leurs engorgements. Le même observateur croit que chez les femmes *très-grasses*, il faut mettre la fonte des seins sur le compte de l'amaigrissement général, l'iode lui paraissant diminuer l'embonpoint (en excès sans doute?) sans recourir à une action élective sur les seins.

421. Nous dirons plus: c'est qu'aujourd'hui, en considérant la masse des faits bien observés, il faut admettre un effet tout opposé, c'est-à-dire que les iodiques bien loin de produire l'atrophie, sont au contraire tres-propres au développement des organes. Le docteur Lugol en particulier, que des auteurs par erreur font parler tout autrement, dit avoir vu maintes fois des jeunes filles scrofuleuses devenir nubiles et leurs seins, ainsi que les autres organes qui se développent à cette époque, prendre un embonpoint normal et caractéristique sous l'influence du traitement iodique. Le docteur Ricord a constaté cette restauration corporelle sur les syphilitiques.

D'un autre côté, comment concilier cette action atrophique sur les organes de la génération et la propriété aphrodisiaque que des auteurs accordent à l'iode? Cela nous semble assez difficile. Sans admettre une propriété aphrodisiaque propre, nous signalerons un fait, c'est que les scrofuleux de l'hôpital Saint-Louis, où l'iode fait la base du traitement, sont fort enclins à la lubricité.

Ces résultats, du reste, ressortent pleinement de ce que nous avons déjà dit plusieurs fois touchant l'action des iodiques sur la grande circulation, par suite de laquelle le résultat ordinaire est de corriger, réveiller la nutrition qui est le plus souvent vicieuse et frappée d'inertie chez les sujets dont l'état réclame leur usage. Nous le répétons, les désordres signalés ne peuvent provenir que d'un grand abus du remède ou d'idiosyncrasies très-exceptionnelles. Nous ne les nions donc que dans une certaine mesure, comme toutes les autres sécrétions, les iodiques augmentent les sécrétions biliaire et pancréatique.

422. Action sur le système circulatoire. — Nous nous sommes occupé ailleurs de l'action physiologique des iodiques sur la grande circulation; nous avons maintenant à étudier leur action pathogénique sur le système circulatoire. On a accusé ces agents d'occasionner parfois des hémorrhagies pulmonaires et intestinales, la maladie tachetée de Werlohf. Mais ces accidents sont fort rares, et ne se produisent que chez les sujets à constitution détériorée ou chez les vieillards usés et en dehors des bénéfices des médicaments. On comprend d'autant mieux qu'il en doit être ainsi que l'un des effets constants des iodiques, nous l'avons déjà fait ressortir maintes fois, est, au lieu d'appauvrir le sang, de le rendre plus excitant et plus réparateur. Quant aux hémorrhagies pulmonaires en particulier, nous ferons remarquer que le docteur Lugol, qui administre depuis vingt ans l'iode chez les scrofuleux, tous plus ou moins tuberculeux pulmonaires, n'a jamais observé un fait de ce genre.

423. Action sur le système nerveux; iodisme. — Depuis Coindet, qui le premier crut en reconnaître l'existence, un assez grand nombre de praticiens ont parlé, et quelques-uns avec beaucoup d'insistance, d'une sorte d'incitation nerveuse causée par l'iode, et nommée à cause de cela *iodisme*, *ivresse iodique* (a), qui se produirait lorsque l'économie est saturée de ce corps; il serait analogue par conséquent à celui que produit le mercure, à la cachexie mercurielle.

Ce point tient une trop grande place dans la thérapeutique de l'iode pour que nous ne nous y arrêtions pas un moment. Les caractères que l'on assigne à cette cachexie iodique sont les suivants: Accélération du pouls, palpitations, toux sèche, insomnie, amaigrissement, prostrations, enflure des jambes ou tremblement de ces extrémités, diminution des sueurs ou sueurs visqueuses, teint livide et sale de la peau, suffocation, exaltation de la sensibilité, abattement d'esprit, disposition à la frayeur, et tout ce qui constitue le cortége ordinaire de la phthisie dite nerveuse.

424. Voilà ce que de nombreux médecins, ainsi que nous l'avons dit affirment avoir observé, il est vrai, plus fréquemment à la suite de l'administration de l'iode métalloïde que de celle de l'iodure, tandis que d'autres non moins nombreux prétendent n'avoir jamais rien observé de semblable de la part de l'un comme de l'autre. Tout au plus avouent-ils une céphalée susorbitaire passagère, de légers tintements d'oreille, un certain degré d'hébétude. Entre deux opinions aussi opposées, ce qu'il y a de plus logique à faire pour nous, ce nous semble, c'est de prendre cette question de plus haut. L'iodisme existe-t-il ou n'existe-t-il pas? Pour qu'une substance produise un phénomène de cette nature, c'est-à-dire un phénomène qui lui soit propre; il faut, à notre avis, qu'elle possède entre autres propriétés les deux suivantes: Être toxique et surtout s'accumuler dans l'économie. Or existe-t-il quelque chose d'analogue avec les iodiques? Nous avons vu que si l'iode à forte dose est un puissant caustique, il ne s'accumule pas à quelque dose que ce soit. Il y a donc ici absence de la propriété principale. D'autre part nous avons vu et nous verrons plus explicitement encore dans la toxicologie que l'iodure de potassium ne peut être considéré comme poison même à haute dose; ensuite que l'économie s'en débarrasse complétement et avec une très-grande rapidité. Donc ici les deux propriétés *sine quâ non* font défaut. Voilà, on n'en peut disconvenir, de graves présomptions contre l'existence de l'iodisme. Ne serait-il pas plus conforme à la vérité d'attribuer le phénomène que l'on a décoré d'un nom spécialement attaché à la substance censée le produire exclusivement, à une cause plus large, par exemple, à cet effet ou plutôt à l'exagération de cet effet que nous n'avons cessé de rappeler: c'est à savoir qu'un long traitement (à plus forte raison s'il est irrationnel) par les iodiques modifie, altère les fonctions vitales absolument comme le fait la médication abusive par les simples alcalins, par exemple, qu'on n'accusera cependant pas de produire une irritation nerveuse particulière, si l'on veut, l'*alcalinisme*?

425. Voici cependant la relation d'un cas remarquable d'iodisme; elle nous paraît instructive à plus d'un titre.

Obs. — Neyens, gendarme belge, âgé de 55 ans, entra à l'hôpital de Louvain pour s'y faire traiter d'une dartre pustuleuse au front (*acne indurata*) qui le mettait dans l'impossibilité de supporter le poids de sa coiffure. Il en sortit après un séjour de cinq mois, durant lesquels il fut soumis à un traitement soutenu par l'iodure potassique qui lui procura la guérison de son infirmité. Pendant les derniers temps de son séjour à l'hôpital, il éprouva dans les pieds une sensation pénible de chaleur. Le jour même de sa sortie, cette chaleur devint douloureuse; il s'y joignit un tremblement des membres et le malade éprouva tous les sentiments de l'ivresse: incertitude et balancement dans les mouvements, vacillations dans les membres inférieurs, vertiges, yeux hagards, hébétés, vue très-affaiblie; les objets lui paraissaient doubles et soumis à un mouvement de rotation. Ces phénomènes persistèrent plusieurs semaines, après quoi les muscles des deux côtés de la face se paralysèrent; il eut en outre, dans le dos, la tête et les membres, des sensations vagues, indéfinissables.

Rentré un mois après dans l'infirmerie d'Arlan, il reste guéri de sa dartre, mais les phénomènes ci-dessus continuent; de plus la parole est saccadée, bruyante et les yeux sont légèrement déviés en dehors. Le pouls est régulier, mais un peu fréquent; la pupille est à l'état normal; la langue est nette; l'appétit est bon; les organes abdominaux et thoraciques fonctionnent régulièrement; le sommeil est bon.

(a) Quelques auteurs semblent faire une différence entre les mots *iodisme* et *ivresse iodique*. Ainsi M. Lugol, qui rejette le premier et admet la dernière, signale des migraines et de la stupeur produites par l'odeur seule de l'iode. Manson a signalé des mouvements convulsifs dans les mêmes circonstances.

Une saignée de 300 grammes fut pratiquée. L'examen des urines constate la présence de l'iode. Pour éliminer ce corps, on eut successivement recours aux sudorifiques, aux diurétiques et aux purgatifs associés aux calmants du système nerveux.

Après un mois de ce traitement, l'iode paraissant éliminé; on eut recours à divers antispasmodiques, aux toniques, aux bains froids. Ce traitement, d'abord efficace, finit par ne plus rien produire. Un mois plus tard, on essaya la strychnine. Cette médication, complétement inoffensive dans le principe, amena au bout de quinze jours quelques élancements dans les membres. Après trois semaines de l'emploi de ce traitement sans grand profit, le malade fut livré à l'expectation. Son état allant en empirant, il ne tarda pas à tomber dans un état d'hypocondrie voisin de la démence, puis devint tout à fait fou. (Bull. de thérap., t. XXXIV.)

Dans cette relation, deux faits semblent infirmer notre argumentation, la nocuité du sel iodique et sa persistance au sein de l'économie. Nous émettrons à ce sujet quelques réflexions.

Il ressort manifestement de l'observation relative à Neyens que ce militaire avant d'être soumis au traitement iodique se trouvait sous l'influence d'une irritation cérébrale ; cette circonstance que depuis quelque temps il ne pouvait supporter le poids de sa coiffure le confirme pleinement, soit que cette irritation reconnût pour cause l'acné, affection chronique qui ne comporte guère de tels accidents, soit qu'elle provînt d'une autre cause. L'usage de l'iodure potassique survenant, l'irritation existante n'aura fait que s'accroître, s'exaspérer.

Quant à la persistance de l'iode dans l'économie chez ce malade, c'est un fait exceptionnel, sans aucun doute connexe avec le premier. En somme, nous voyons dans le cas du gendarme Neyens, un exemple d'idiosyncrasie individuelle, prévu dans le chapitre des contre-indications.

426. Une masse assez importante d'inconvénients est donc néanmoins attachée à la médication iodique. Mais disons-le tout de suite, ces inconvénients sont plus apparents que fondés; car les affections graves qui peuvent résulter de la médication iodique, telles sont l'hémoptysie, la maladie tachetée de Werlohf, sont excessivement rares, puisqu'il n'y a que quelques praticiens qui les aient vues. Faisons même ressortir qu'à part Coindet qui a signalé l'iodisme, ce sont les praticiens qui ont le moins occasion de manier l'iode qui l'accusent le plus de produire les accidents que nous venons de passer en revue ; car ceux qui l'emploient journellement s'arrêtent à peine sur sa pathogénésie.

Quoi qu'il en soit, tous ces accidents graves ou légers ont leur remède assuré dans la simple suspension de l'usage du médicament, suspension qui n'a même pas toujours besoin d'être complète. Généralement les accidents cessent aussitôt. Cependant, pour hâter encore ce résultat, on peut administrer les antiphlogistiques, les opiacés, les préparations de quinquina préconisés à cet effet par les docteurs Coindet et Lugol.

427. Selon le docteur Ricord, l'iodure potassique n'occasionne la plupart des accidents pathogéniques, notamment le coryza, l'ophthalmie, le ptyalisme, que lorsque la dose n'est pas en rapport avec le mal que l'on combat et la capacité du malade ; ce qui revient à dire que si le médicament était toujours convenablement dosé, ce qui n'est pas facile même aux plus expérimentés, il n'occasionnerait jamais d'accidents. C'est pourquoi, avant de fixer la dose, il essaye pendant quelques jours la capacité iodique de ses malades. D'un autre côté, il a observé qu'aussitôt que l'iodure potassique agit pathogéniquement, il cesse d'agir efficacement sur le mal, et que, le plus souvent, lorsque les accidents doivent se produire, ils le font de suite.

TOXICOLOGIE IODIQUE.

428. *Iode métalloïde.* — Il y a une grande discordance entre les praticiens ordinaires comme entre les toxicologues spéciaux sur la fixation du degré de nocuité de l'iode, et malheureusement nous ne venons point, appuyé sur une suite d'expériences concluantes, résoudre la question, mais seulement avec des inductions, des appréciations de faits isolés (*a*).

Exposons d'abord ces documents :

M. Magendie a introduit de la teinture d'iode à la dose de 4 grammes dans les veines de plusieurs chiens sans aucun effet apparent. Il en fit avaler à d'autres chiens qui vomirent sans autre accident. Voyant cette innocuité, il en avala lui-même une cuillerée à café et il n'en résulta rien, si ce n'est une saveur désagréable. Il a vu un enfant de 4 ans à qui, par méprise, on fit prendre une cuillerée à café de cette même teinture : aucun accident ne suivit cet événement.

Le docteur Cogswell a répété l'expérience de M. Magendie sur les chiens, et comme ce dernier, à la dose de 4 grammes il ne vit rien survenir de notable, mais à celle de 8 grammes il vit que les animaux périssaient. Toutefois, il rapporte plutôt la mort dans ce cas à l'alcool qu'à l'iode. Il administra 4 grammes d'iode en neuf jours à un chien : cinq jours après la cessation de l'administration de l'iode, l'animal mourut. L'urine contenait une quantité sensible d'iode ; le sang, le cerveau et l'estomac, des traces seulement.

M. Orfila appliqua 4 grammes d'iode solide sur une plaie du dos d'un chien. Il y eut irritation locale, mais pas autre chose.

Le docteur Kennedy (de Glascow) a pris 45 gramm. d'iode sous forme de teinture dans l'espace de quatre-vingts jours.

M. Dick administra l'iode à très-haute dose à un cheval pendant trois semaines. La seule particularité que présenta cet animal sous cette influence fut une aversion pour l'eau. La moyenne de la dose journalière fut 8 grammes par doses ascendantes, depuis 4 jusqu'à 60 grammes.

Zink, indépendamment du cas cité par M. Orfila, et que nous allons voir bientôt, rapporte un exemple fatal dans lequel il y eut chaleur brûlante, palpitations, pouls fréquent, violent priapisme, diarrhée intense, soif excessive, tremblement, émaciations et syncopes par intervalles. Le patient mourut après six semaines de souffrances.

La vapeur d'iode mêlée à l'air et inhalée excite la toux, développe de la chaleur dans les voies respiratoires et jette dans une sorte d'ivresse. Cette vapeur concentrée doit reproduire tous les symptômes de l'empoisonnement par le chlore.

429. Voici le tableau que fait M. Orfila des symptômes et lésions de tissus déterminés par l'iode :

« Les symptômes observés dans les cas d'empoisonnement par l'iode peuvent être réduits aux suivants : vomissements, selles, douleurs plus ou moins vives dans un ou plusieurs points du canal digestif, soif en général ardente, bouche pâteuse, agitation, palpitations, tremblement, mouvements convulsifs, syncopes; quelquefois on remarque aussi des éructations violentes, des pertes utérines, etc.

» L'usage prolongé de l'iode, même à la dose de 1 ou 2 centigrammes par jour, développe quelquefois tout à coup, et sans que l'on s'y attende, des évacuations fréquentes par haut et par bas, des douleurs épigastriques, des crampes; le pouls est petit, accéléré, et l'amaigrissement fait des progrès rapides. Ces symptômes, d'une durée variable, reparaissent quelquefois, sinon tous, du moins quelques-uns, au bout d'un certain temps.

» Il est bon de noter cependant que l'on a vu souvent des individus prendre en peu de temps 54 ou 55 grammes de teinture d'iode sans en être incommodés. (Johnson's preface to his Translation of Coindet on iodine, page 9.) M. Magendie dit en avoir avalé une fois 1 gramme 30 centigrammes sans en avoir éprouvé d'effet nuisible.

» Les altérations cadavériques qui sont le résultat de l'introduction de l'iode dans le canal digestif des chiens, présentent un caractère particulier : la membrane muqueuse de l'estomac offre plusieurs petits ulcères linéaires,

(*a*) Nous croyons utile de présenter ici comme complément de notre *iodognosie*, quelques notions de physiologie comparée.

D'après M. Bouchardat, l'iode en dissolution aqueuse a une action toxique très-puissante sur les animaux inférieurs. Les poissons périssent dans l'espace de deux à cinq minutes dans une dissolution qui contient 1/1000 d'iode. L'iode combiné aux métaux a une action iodique sur l'homme et les animaux qui s'en rapprochent le plus. Mais sur les animaux qui vivent dans l'eau, l'iodure potassique n'agit guère plus que le chlorure de ce métal ; aussi peuvent-ils vivre dans un liquide contenant 1/1000 de ce sel. Mais ils périssent dans les vingt-quatre heures dans de l'eau qui en contient 1/100.

L'iode est promptement mortel pour le sarcopte de la gale.

Selon M. Cantù, les graines de végétaux placées dans du sable pur, arrosé avec un soluté d'iode, lèvent un peu plus vite que les graines semées à l'ordinaire, et les plantes qui en proviennent sont plus vigoureuses. Ces résultats sont en complète opposition avec ceux obtenus par MM. Vogel, Robin-Massé et Bouchardat. Ces expérimentateurs pourraient bien avoir tous raison, la différence de résultats pouvant tenir uniquement à la différence de force de soluté d'iode employé par chacun d'eux.

M. Robin-Massé établit que : 1° les graines semées dans l'iode ne peuvent y germer par suite de l'altération de leur tissu ; 2° l'iode en dissolution dans l'eau empêche également la germination ; 3° les graines semées dans un terrain arrosé d'eau iodée sont en retard sur celles arrosées à l'eau ordinaire, et la plante reste plus chétive. Le même expérimentateur ayant vu des *lemna*, des *conferves* et les végétaux tout à fait inférieurs devenir bleus sous l'influence d'un arrosage à l'eau iodée, a pensé que l'iode pourrait servir de pierre de touche pour ces êtres sur la nature desquels les naturalistes sont indécis : tous ceux dont l'iode colorerait quelque partie en bleu seraient des végétaux, et ceux qui ne prendraient pas cette coloration, des animaux.

Les plantes, dit M. Bouchardat, périssent au bout de deux ou trois jours dans de l'eau contenant 1/1000 d'iode, et un soluté un peu concentré d'iodure potassique leur est très-nuisible.

Comme plus haut, nous feront remarquer que ce n'est probablement encore ici qu'une question de quantité. A faible dose, en effet, l'iode favorise, non-seulement la végétation marine, mais aussi celle d'un grand nombre de plantes d'eau douce.

bordés d'une auréole jaune; les portions ulcérées sont transparentes; on voit çà et là dans l'intérieur de ces organes, et principalement sur les plis qui avoisinent le pylore, quelques taches d'un jaune clair, tirant quelquefois sur le brun; la membrane muqueuse se détache aisément de ces parties tachées; il suffit pour cela de les étendre ou de les frotter. On observe souvent près du pylore la membrane muqueuse enflammée, rouge et recouverte d'un enduit vert foncé qui empêche d'abord d'apercevoir la rougeur.

» M. Zink a constaté une fois chez l'homme que les intestins étaient boursouflés, fortement enflammés çà et là, et presque gangrenés; l'estomac, rouge à l'intérieur, était escorié dans l'étendue de 6 centimètres carrés. La membrane séreuse était détachée dans une étendue de 6 à 9 centimètres; le foie était plus volumineux et d'une couleur lilas.

» En somme, il résulte de mes expériences et des observations recueillies chez l'homme: 1° que l'iode solide introduit dans l'estomac en petite quantité agit comme léger excitant et détermine le vomissement; 2° qu'à la dose de 4 grammes il fait constamment périr en quatre ou cinq jours les chiens dont on a lié l'œsophage, et qu'il produit lentement des ulcérations sur les points de la membrane muqueuse avec lesquels il a été en contact; 3° qu'à la dose de 8 à 12 grammes, lorsqu'on n'a point lié l'œsophage, il agit de même sur les animaux, qui tardent plusieurs heures à vomir, quand même une partie du poison aurait été expulsée par les selles; 4° qu'il produit rarement la mort lorsqu'il a été administré à l'état solide à la dose de 4 à 8 grammes, et que les animaux le rejettent peu de temps après par des vomissements réitérés; 5° qu'il ne détruit point la vie lorsqu'on l'applique à l'extérieur, quoiqu'il détermine des éruptions, la vésication, etc.; 6° qu'il est absorbé, puisque, indépendamment des expériences qui me sont propres et qui établissent sa présence dans les viscères, il a été trouvé dans l'urine, dans la sueur, dans la salive des hommes et des animaux, par MM. Wœlher, Cantù, Bennerscheidt et O'saughnessey; 7° que les effets funestes de la teinture d'iode sur les chiens dépendent surtout de l'action de l'alcool qu'il renferme; 8° qu'après avoir été absorbé, l'iode excite particulièrement le système lymphatique et les organes de la génération; 9° qu'il paraît agir de la même manière sur l'homme que sur les chiens; 10° qu'il ne faut tenir aucun compte des assertions de M. Magendie, concernant l'innocuité de l'iode. »

La conclusion à tirer de l'ensemble des documents qui précèdent est que l'iode doit être considéré comme un poison irritant, peu énergique. C'est d'ailleurs ce qui ressort de l'emploi chirurgical de l'iode.

430. *Iodure potassique.*—En traitant de l'iodure potassique sous cette tête de chapitre, nous commettons un non-sens; car ce sel ne peut, selon nous, être considéré comme poison, si l'on entend par ce mot toute substance qui, ingérée dans l'économie à petite dose, peut occasioner la mort. En effet, il ne nous paraît pas rationnel d'admettre qu'une substance a ce caractère lorsqu'elle n'est pas toxique à la dose de 10 et même 20 grammes ingérés en une seule fois; car autrement nous ne voyons plus quelle substance ne pourrait pas être classée parmi les poisons. L'iodure potassique n'est donc pas un poison, et en effet, les annales de la toxicologie ne citent pas un seul cas d'empoisonnement aigu bien caractérisé et suivi de mort par ce sel, tandis qu'on cite des cas de mort par le pain.

Wallace dit de son côté qu'il n'y a pas dans la matière médicale une substance qui soit à la fois aussi puissante comme agent thérapeutique et aussi innocente quant à son action sur l'économie, lorsqu'elle est convenablement administrée, que l'iodure potassique.

431. L'iodure de potassium n'est donc pas un poison! Cette manière de résoudre la question, qui, il y a quelques années à peine, eût paru inouïe, paradoxale, nous pouvons l'adopter aujourd'hui sans craiute d'être taxé de témérité, car nous avons pour nous l'opinion de tous les hommes compétents. Telle n'est pas cependant encore l'opinion générale; des praticiens dosent le sel d'iode, en tout état de cause, avec une prudence qui témoigne suffisamment de leur manière de voir à cet égard. Nous ne voulons pas dire cependant que l'on doive se baser sur cette innocuité pour outre-doser ce médicament, attendu que nous avons établi déjà que non-seulement une pareille manière de faire est souvent inutile pour l'obtention de l'effet cherché, mais qu'elle est même nuisible. Nous ne voulons pas dire non plus que son administration prolongée à doses thérapeutiques élevées soit sans inconvénients sur la santé; nous avons encore établi le contraire. En effet, le sel iodique n'eût-il que l'inconvénient d'exciter d'une manière anormale les liquides de l'économie, que ce serait déjà bien quelque chose; et puisqu'il est bien reconnu aujourd'hui que l'abus des simples alcalins fait éprouver à l'économie une de ces modifications profondes qu'elle ne subit jamais impunément, *à fortiori* doit-il en être de même avec l'iodure potassique.

Un exemple d'empoisonnement aigu par l'iodure de potassium ioduré a été publié par M. Dessaignes. Il est relatif à une jeune personne qui avala 6 grammes de ce composé et chez laquelle il y eut malaise général, nausées, vertiges que des boissons et des lavements émollients firent cesser. Mais comme on le voit, ce fait a trait à l'iodure ioduré et non à l'iodure neutre. Quant aux quelques faits de commencement d'intoxication par ce dernier, nous n'hésitons pas à dire qu'on n'a pas fait assez la part des idiosyncrasies individuelles et d'autres circonstances accessoires.

432. M. Devergie a publié, il y a déjà une quinzaine d'années, un mémoire sur la toxicologie de l'iodure potassique. Ses expériences ont été faites sur les animaux. « Injecté, dit-il, dans les veines d'un chien, ce sel produit une mort presque aussi prompte que l'acide hydrocyanique en agissant sur la moelle épinière et provoquant de violentes convulsions. Introduit dans l'estomac d'un chien à la dose de 4 à 8 grammes selon la force de l'animal, il détermine la mort qui ne survient que par suite de la phlegmasie de l'organe avec lequel l'iodure a été en contact. Comme plusieurs autres poisons, il développe, entre les membranes muqueuses et musculeuses, un état emphysémateux partiel qui soulève la tunique interne de l'estomac et produit dans les endroits moins malades une quantité considérable de tumeurs arrondies, à base large, d'une couleur légèrement rosée, crépitante, contenant dans leur intérieur un liquide incolore enveloppé d'air, et analogue pour l'aspect et la consistance au tissu du poumon d'un jeune enfant. Les autres altérations que détermine l'iodure potassique sont des ecchymoses nombreuses et fort larges. Appliqué sur les plaies ou sur le tissu cellulaire sous-cutané des chiens, l'iodure potassique n'exerce aucune action toxique. »

Voilà, certes, des effets très-propres à faire croire à la propriété toxique de l'iodure de potassium. Mais ces faits ont ils été observés avec toutes les précautions voulues? l'iodure était-il bien neutre ou ne contenait-il pas, au contraire, soit un excès d'iode, soit un excès d'alcali? Voilà ce que nous serions porté à admettre, ou encore que chez les chiens le sel iodique a une action irritante plus grande que chez l'homme.

433. Cependant nous ne voulons pas plus ici qu'ailleurs être trop absolu dans notre opinion. Si l'iodure est administré solide, nous concevons très-bien qu'en raison de son action fluidifiante très-grande et de son affinité non moins grande pour l'eau, que dans ce cas il enlève aux dépens de l'hygrométricité normale des muqueuses, il produise sur ces dernières des désordres considérables, mais désordres que produiront à un degré d'intensité très-voisin les autres sels alcalins qui n'ont jamais passé pour vénéneux, par exemple, le sel marin. Nous refusons donc de nouveau, non pas la propriété irritante, qui est incontestable et que tous les sels que nous venons de citer possèdent, mais la propriété toxique proprement dite, à l'iodure de potassium, pris en soluté même assez concentré. Il n'est pas plus un poison proprement dit à la longue qu'il ne l'est sur-le-champ. Cela ressort de ce qu'il ne possède pas la propriété de s'accumuler, ni de se localiser dans l'économie, et, nous ajouterons, ni de s'unir pour un temps quelque court qu'il soit à la matière organique de nos tissus comme le font les sels véritablement toxiques: tels sont, par exemple, les sels d'arsenic, de mercure, de cuivre, de plomb.

434. L'iodure potassique ne se localise pas, venons-nous de dire (1). Cependant si les observations de M. Melsens sont exactes, s'il ne se localise pas, c'est-à-dire ne stagne pas dans une partie du corps plutôt que dans une autre, il ne traverserait pas indistinctement tous les organes. Le sang du cœur et le sang du foie ne lui ont pas semblé contenir la même quantité de ce sel. Le mucus intestinal, la plèvre, contiennent du composé iodique. Les matières renfermées dans le canal intestinal lui-même n'en contiennent ordinairement jamais au delà des deux tiers de sa longueur totale. On trouve de l'iodure de potassium bien au-dessous du canal cholédoque, alors que le fiel n'en contient pas de traces. Les reins constituent l'émonctoire principal de l'iodure. On ne parvient à faire passer ce sel qu'avec beaucoup de difficulté dans les défécations, même sous l'influence des purgatifs.

Ces faits, du reste, n'infirment en rien notre manière de voir sur la nocuité ou l'innocuité de l'iodure potassique. En voici d'autres qui la corroborent. Nous citerons d'abord l'expérience de Wallace, qui en outre qu'elle démontre ce que nous voulons établir, fait connaître la différence d'action qui existe entre l'iode et son iodure alcalin. Ce praticien a trouvé qu'en introduisant de l'iode dans l'estomac d'un chien on trouvait toujours la surface muqueuse de cet organe enflammée, altérée dans sa couleur et même ulcérée, tandis que ces altérations n'avaient point lieu avec une dose non-seulement équivalente, mais même beaucoup plus considérable d'iodure potassique.

Le docteur Puche, à une époque où il n'était pas encore bien édifié sur les vertus curatives de l'iodure potassique (nous savons que ce praticien distingué y a aujourd'hui la plus grande confiance), et voulant au contraire en démontrer l'insignifiance par son innocuité même, a publié (GAZETTE DES HÔPITAUX, 1842) avoir porté sans succès (et sans doute aussi sans ac-

(1) Contrairement à l'homme et aux animaux supérieurs, des plantes (Thalassiophytes) condensent dans leurs organes les composés iodiques. Le foie de quelques poissons (morue, etc.), présente la même particularité.

cidents graves) la dose de ce sel jusqu'à 35 et même 40 grammes par jour. Nous ne voudrions pas conseiller cependant de prescrire en aucun cas, et surtout d'emblée, une pareille dose du sel iodique.

ANTIDOTE.

435. En cas d'intoxication par l'*iode* ou sa teinture, on fera évacuer le poison par un vomitif. On donnera ensuite à boire en abondance des liquides émollients tièdes, et contenant en suspension une matière amylacée, comme amidon, farine, sagou, arrow-root, avec laquelle l'iode qui n'a pas été expulsé forme un iodure insoluble et par conséquent inerte. De l'empois, de la panade pourraient être administré dans le même but.

On se conduirait de même avec l'*iodure de potassium ioduré*.

Quoi que nous ayons dit de l'innocuité de l'*iodure de potassium* normal, s'il arrivait des accidents par suite de son ingestion, le meilleur antidote à employer serait sans contredit l'eau prise en grande quantité, afin de diluer le plus possible le sel ingéré. On ferait ensuite tomber l'irritation produite par des boissons émollientes, le lait, les opiacés.

PROBATION DE LA MÉDICATION IODIQUE.

436. Il peut être utile aux praticiens de connaître la sécrétion ou l'excrétion sur laquelle se porte plus particulièrement la préparation d'iode employée; comme aussi ils peuvent avoir intérêt à s'assurer si les malades soumis par eux à un traitement iodique suivent bien leurs prescriptions. Nous avons consacré quelques lignes dans la partie chimique (151) à faire connaître les moyens propres à donner ce résultat; nous y renvoyons.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

II. LONDON JOURNAL OF MEDICINE.

Les numéros de février à septembre 1849 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Quelques expériences sur l'action thérapeutique de l'électricité*; par M. Bence Jones. 2° *De la laryngotomie et de la trachéotomie dans les maladies aiguës du larynx*; par M. Prescott-Hewett. 3° *Des évacuations intestinales dans le choléra*; par M. Parkes. 4° *De la pathologie et du traitement des fièvres tropicales*; par M. Bird. 5° *Sur la structure de la membrane synoviale qui couvre la surface des cartilages articulaires chez l'adulte*; par M. Toynbee. 6° *Cas de cancer mélanique du scrotum*; par M. Curling. 7° *Considérations cliniques sur la pathologie et le traitement de l'hydropisie consécutive à la fièvre scarlatine*; par M. Alison. 8° *Sur la pathologie et le traitement du choléra*; par M. Bird. 9° *Cas de tube resté engagé dans le conduit lacrymal pendant près de neuf ans*; par M. White Cooper. 10° *Note sur les doigts semi-morts*; par M. Marshall-Hall. 11° *De la condition morbide du sang dans le choléra*; par M. Garrod. 12° *Considérations sur le bubon rampant*; par M. Solly. 13° *Observations cliniques*; par M. Cormack. 14° *Cataracte congénitale, prise pour myopie et amblyopie*; par M. White Cooper. 15° *Inflammation subaiguë des ovaires et des trompes de Fallope comme une des causes de la stérilité fonctionnelle*; par M. Tilt. 16° *Observations de goître, avec réflexions*; par M. Alison. 17° *Des maladies climatériques chez la femme*; par M. Tyler Smith. 18° *Sur certains points du diagnostic des maladies du système nerveux*; par M. Marshall-Hall. 19° *De l'extraction de la cataracte osseuse*; par M. White Cooper. 20° *Des fractures compliquées du crâne avec dépression*; par M. Ch. Hall. (L'auteur, adversaire du trépan, cite plusieurs cas de fractures graves du crâne où, quoique cette opération n'ait pas été pratiquée, le malade a guéri en conservant une dépression.) 21° *Sur l'irritabilité de la fibre musculaire*; par M. Marshall-Hall. 22° *Statistique de 166 cas de syphilis secondaire*; par M. H. Lee. (Nous avons donné la traduction de cet intéressant travail dans Gaz. Méd., 1850, p. 156). 23° *Description d'un appareil galvanique pour appliquer le chlorure de zinc comme contre-irritant*; par M. Thomas Smith.

EXPÉRIENCES SUR L'ACTION THÉRAPEUTIQUE DE L'ÉLECTRICITÉ; par le docteur Bence Jones.

Pour l'application de l'électricité, l'auteur s'est presque constamment servi de l'appareil magnéto-galvanique de Kemp; dans quelques cas seulement il a employé la machine électrique ou la bouteille de Leyde. Les séances avaient lieu soit tous les jours, soit tous les trois jours, soit enfin deux fois par semaine, suivant les indications; elles duraient de six à dix minutes, rarement un quart d'heure.

Le nombre des malades traités est de 23, ainsi répartis : paraplégie, 3; hémiplégie, 6; paralysie saturnine, 3; faiblesse du deltoïde, 2; paralysie d'un bras ou d'une main, 6; chorée, 1; douleur au sacrum, 1; paralysie de la vessie, 1. Sur ces 23 cas, 4 fois seulement le résultat a été satisfaisant; 6 fois on n'a obtenu qu'une légère amélioration et 13 fois l'insuccès a été complet.

A la catégorie des guérisons appartiennent les trois sujets affectés de paralysie saturnine, et l'un de ceux qui portaient une paralysie du bras. Ce dernier cas est même le plus remarquable de tous et mérite d'être cité. Il s'agissait d'un homme âgé de 35 ans, qui avait quitté l'hôpital cinq semaines auparavant, guéri d'une fracture de jambe et marchant à l'aide d'une béquille. Peu de jours après sa sortie, il éprouva de la faiblesse dans les doigts de la main gauche (c'est de ce côté qu'il tenait sa béquille), et en dix jours il perdit complétement l'usage de la main; sa santé s'était du reste maintenue. Le membre supérieur gauche devait être électrisé trois fois par semaine; mais *après la première application*, l'amélioration fut très considérable, et le sujet ne vint plus se faire électriser qu'une fois. La guérison eut lieu très-rapidement.

Des 6 cas légèrement améliorés, 2 sont relatifs à l'hémiplégie, 2 à la paralysie partielle d'un bras ou d'une main, 1 à la chorée et 1 à la paralysie de la vessie.

Ces résultats, pris dans leur ensemble, ne sont pas très-brillants; néanmoins ils tendent à montrer que si, dans les expériences, on subordonnait l'emploi de l'électricité à la nature étiologique du mal, on pourrait arriver à quelque chose de précis sur la valeur thérapeutique de ce moyen. Les 4 cas dans lesquels il a parfaitement réussi concernaient, comme on a pu voir, des paralysies dont l'origine ou le siége indiquaient l'absence de lésions matérielles sur le trajet des nerfs ou dans le centre encéphalo-rachidien. C'est en effet alors qu'on a chance de pouvoir réveiller l'action engourdie du système nerveux. On n'a rien ou presque rien obtenu de l'électricité dans la paraplégie et l'hémiplégie, qui sont ordinairement l'effet d'altérations graves du tissu médullaire ou cérébral.

Il n'est pas rare d'employer avec avantage le même moyen contre les paralysies musculaires partielles, notamment contre celles du deltoïde. Ici, au contraire, le résultat a été nul : c'est sans doute que le muscle était en grande partie atrophié. Pour pouvoir ranimer l'action d'un muscle, la première condition, c'est que la fibre musculaire ait encore conservé un certain développement. Le terme même par lequel l'auteur exprime la nature du mal indique qu'il n'en était pas ainsi dans ses deux observations de paralysie du deltoïde : *Wasting of the deltoide*. C'était une atrophie paralytique.

Les observations de M. Bence Jones doivent être rapprochées de celles de plusieurs autres médecins de la Grande-Bretagne, où les applications médicales de l'électricité ont été le sujet de fréquentes expériences. M. Golding Bird s'en est beaucoup occupé à l'hôpital de Guy, et en a fait l'objet de fréquentes leçons au *Collége des médecins de Londres*, ainsi que de communications au journal The Lancet. Ce médecin, les docteurs Seymour, Pretty, Christophers, attribuent à la galvanisation plus d'efficacité qu'on ne pourrait lui en accorder d'après les seules observations de M. Bence Jones. On trouvera à cet égard des indications étendues dans la Gazette Médicale de 1847 (p. 635). Nous engageons aussi le lecteur à consulter, dans le même tome (p. 489), l'analyse d'un mémoire du docteur Hoering (d'Heilbronn) sur des expériences très-variées d'électro-magnétisme médical.

DE LA LARYNGOTOMIE ET DE LA TRACHÉOTOMIE DANS LES MALADIES AIGUES DU LARYNX; par M. Prescott-Hewett.

Ce travail, quant à la pensée qui l'a dicté, peut se résumer en deux mots : réhabilitation de la laryngotomie, ou du moins sa réhabilitation spécialement chez les adultes. Voici comment l'auteur motive sa préférence pour cette opération.

Les maladies aiguës du larynx qui se terminent par une effusion de matière offrent de grandes différences chez l'enfant et chez l'adulte. Sur le premier, le dépôt de matière a lieu à la surface libre de la muqueuse; chez l'adulte, il se fait plus fréquemment dans le tissu sous-muqueux.

Autre différence plus importante pour le point en discussion. L'enfant présente souvent des exhalations ou sécrétions dans le larynx et la trachée, tandis que, chez l'adulte, on les voit toujours limitées au-dessus de la fente de la glotte.

M. Prescott-Hewett s'attache à démontrer cette dernière proposition par l'anatomie pathologique, par les expériences et par l'étude de la structure de cette région.

Invoquant aussi largement que possible l'observation clinique, il a ras-

semblé 10 cas d'inflammation diffuse du cou, ou d'infiltration séreuse du gosier, terminés par la mort. Dans tous, l'autopsie a révélé ce caractère constant, savoir : que, quel que fût l'engorgement au-dessous des cordes vocales inférieures, ces cordes elles-mêmes avaient conservé leur bord tranchant bien limité, et la plupart du temps, leur aspect brillant, la membrane muqueuse étant à leur niveau complétement intacte. Dans aucun de ces 10 cas, ni des autres que l'auteur a vus, la muqueuse de la trachée n'était altérée.

Quelques expériences bien simples confirment cette manière de voir. Si on détache un larynx avec la trachée et qu'on les laisse dans l'eau un certain temps, le tissu cellulaire de toutes les parties situées au-dessus des cordes inférieures deviendra tuméfié et œdémateux, tandis que celles au-dessous des cordes, ainsi que les cordes, continueront à garder leur surface brillante. Si l'on injecte soit de l'air, soit de l'eau dans le tissu cellulaire du larynx, on voit que le fluide ne peut passer au delà du bord supérieur des cordes vocales inférieures.

On se rend aisément compte de tout ce qui précède en examinant la structure anatomique du larynx et de la trachée. Au-dessus des cordes vocales inférieures, la membrane muqueuse est unie aux parties sous-jacentes par un tissu cellulaire lâche qui est très-abondant, surtout au niveau des ligaments aryténo-épiglottiques. Au contraire, la muqueuse qui recouvre ces cordes ainsi que celle de la trachée est maintenue en place par un tissu ferme et dense qui rend sa séparation artificielle très-difficile.

Ceci étant posé, voici en quels termes l'auteur exprime la conclusion qu'il entend en déduire. Quoique le dépôt de matière existe au-dessus de la glotte, on trouve en pratique dans la plupart des cas que l'obstruction à laquelle le chirurgien a à remédier réside dans la fente glottique même. Cela est prouvé par les autopsies; car ordinairement, lorsque les patients sont morts de suffocation soudaine, le dépôt était trop peu considérable pour déterminer l'obstruction, et certes il ne suffit point pour expliquer les symptômes. C'est l'état spasmodique qui cause tout le mal et qui rend l'opération de la laryngotomie si utile; se déclarant subitement et violemment, cet état réclame pareillement un soulagement immédiat. L'entrée artificielle donnée à l'air doit ici, pour devenir profitable, être ouverte pour ainsi dire instantanément. Mais on sait bien que la trachéotomie ne pourrait être exécutée aussi rapidement sans danger pour le malade. L'auteur cite à ce propos l'observation d'une femme affectée d'un large ulcère syphilitique du gosier, qui la nuit, sans signes avant-coureurs, fut tout à coup prise de dyspnée extrême. On fit la trachéotomie; mais une hémorrhagie veineuse ayant rendu l'opération trop lente, la malade, qui était cependant un peu revenue à elle au moment de l'introduction de la canule, succomba. L'autopsie montra le larynx entièrement sain. La suffocation n'était venue que du spasme de la glotte.

Beaucoup de chirurgiens diront qu'il importe, au contraire, de pratiquer l'ouverture le plus loin possible du siége de l'inflammation, parce que la présence de la canule pourrait l'aggraver et en favoriser l'extension. Mais l'auteur répond que, dans les cas qu'il a spécifiés, l'altération ne s'étend jamais au delà de la glotte. Il rapporte d'ailleurs l'histoire de deux malades chez lesquels une canule ayant été laissée en place trente-six et quarante-huit heures, on ne trouva pas d'inflammation dans les tissus qui avaient été si longtemps en contact avec elle.

Bien que les considérations précédentes ne s'appliquent qu'aux adultes, l'auteur pense que la laryngotomie est également préférable chez les enfants, lorsque les accidents tiennent à ce qu'ils ont avalé de l'eau bouillante, des acides, ou quelque autre liquide irritant. — Il faut distinguer avec soin dans cette argumentation les prémisses d'avec la conclusion. La circonscription du dépôt morbide à la partie sus-glottique que M. Prescott Hewett signale est un fait des plus intéressants ; et qu'elle soit confirmée de tout point ou amendée par les recherches ultérieures, cette proposition mérite d'être prise en sérieuse considération par les observateurs. — Mais fût-elle même vraie dans toute la rigueur que lui assigne l'honorable chirurgien anglais, la conséquence qu'il en tire nous paraîtrait toujours infiniment hasardée. S'il préfère la laryngotomie, c'est, en résumé, selon lui, parce qu'on a alors besoin d'un secours instantané, et que ce procédé est seul capable de donner. Mais ne peut-on pas, ne doit-on pas exiger du médecin qu'il ait su poser l'indication de l'opération quelques minutes avant le moment où la mort va arriver fatalement si l'on ne se hâte? — Puis, quant au temps qu'elles nécessitent pour ouvrir une voie à l'air, la différence entre les deux opérations rivales est-elle aussi essentielle à leur nature, aussi incapable d'être effacée par la dextérité de l'opérateur que M. Prescott-Hewett semble le supposer? Personne ne le pensera sans doute; or il suffit de cette possibilité pour détruire la plus grande partie des raisons par lesquelles l'auteur s'efforce de défendre son opération favorite.

DES DÉJECTIONS CHOLÉRIQUES; par le docteur PARKES.

DU SANG CHEZ LES CHOLÉRIQUES; par le docteur ALFRED GARROD.

DU CHOLÉRA; par le docteur JAMES BIRD.

Il nous a paru utile de rapprocher dans une même appréciation ces trois mémoires, et de nous procurer ainsi l'occasion de résumer ce que la science possède jusqu'ici de documents sur des points extrêmement importants, on pourrait dire capitaux, de l'histoire du choléra, à savoir la composition du sang et celle du liquide rejeté par les vomissements et les garde-robes.

Le résultat le plus général des expériences chimiques entreprises sur les déjections cholériques dans l'épidémie de 1832, ou antérieurement dans l'Inde, a été qu'une partie des éléments du sang transsudait à travers la muqueuse gastro-intestinale et s'en allait par les vomissements et les selles. Quelques-uns y voyaient tous les éléments du sérum, plus de la fibrine formant la partie coagulée des déjections; d'autres n'y reconnaissaient que la partie séreuse; quelques-uns enfin les deux ordres d'éléments. Les expériences s'accordaient généralement pour attribuer aux liquides rejetés une forte alcalinité, caractère qui appartient également au sang normal, comme chacun sait.

En conformité avec ces résultats, des analyses multipliées en Angleterre et en France, semblaient démontrer : 1° que la fibrine et l'albumine diminuaient dans le sang, en même temps que la matière colorante augmentait considérablement; 2° que les sels alcalins diminuaient, mais dans une faible proportion. Hermann, qui a fait ses observations sur l'épidémie de Moscou en 1831, ajoutait que le sang des cholériques contenait un acide; rien de pareil n'a été constaté dans les expériences de MM. Lassaigne, Lecann, Thompson et autres.

La science en était là quand M. Andral lut à l'Académie des sciences, le 9 août 1847, une note dans laquelle il établit que les selles riziformes des cholériques ne sont point une partie même du sang et ne renferment ni albumine ni fibrine; que la matière blanche n'est autre chose que du *mucus* sécrété tout à coup en très-grande quantité et modifié par cela même dans ses qualités; que l'albumine du sérum garde ses proportions normales dans le sang des cholériques.

Depuis cette époque, plusieurs expérimentateurs sont venus protester contre les conclusions de M. Andral, et ont maintenu surtout la présence de l'albumine dans la matière des déjections. D'autres ont accordé l'absence de l'albumine proprement dite, mais non celle de l'*albuminose*, substance qu'on peut considérer comme le résidu de la digestion des substances albumineuses, coagulable, comme l'albumine elle-même, par le chlore, le tannin, plusieurs sels métalliques, mais incoagulable par la chaleur et les acides. M. Mialhe a exprimé cette opinion dans un mémoire lu à l'Académie de médecine le 3 avril 1849; ce chimiste attribue du reste la présence de l'albuminose dans les évacutions, non à un départ des éléments altérés du sérum, mais à l'action d'un principe *fermentifère* inconnu qui, en s'introduisant dans l'économie, *digère* pour ainsi dire l'albumine de nos tissus et engendre l'albuminose.

On voit d'après cela combien la question a besoin encore du secours des expériences chimiques. Voyons ce que disent à ce sujet MM. Parkes, Garrod et James Bird, après avoir fait remarquer toutefois combien il est fâcheux que le premier se soit occupé exclusivement des déjections et le second exclusivement du sang, les deux ordres de recherches étant connexes, comme on vient de le voir. Il est vrai que M. Garrod a fait lui-même plusieurs des expériences qui servent de base au travail de M. Parkes; mais il y a loin de là à des recherches comparatives et suivies. Quant à M. Bird, il apporte plutôt au problème, une opinion que des faits.

M. Parkes regarde le liquide des déjections cholériques comme *dérivant du sérum*, mais ne comprenant pas tous ses éléments. C'est, suivant lui, un composé d'eau, de sels, et d'une matière organique coagulable *qui est probablement l'albumine*. C'est revenir à l'opinion commune de 1832; car pour que le liquide soit identique au sérum, il n'y manque que la matière extractive et les matières grasses. Il est bon de faire observer que la coagulabilité a été constatée non à l'aide du chlore ou du tannin qui eussent précipité aussi bien l'albuminose, mais à l'aide des acides, particulièrement de l'acide nitrique, qui, d'après M. Mialhe lui-même, ne précipite pas cette dernière substance.

A cette donnée fondamentale, M. Parkes ajoute : 1° que la matière organique ou extractive, qui existe en grande quantité dans les selles normales et paraît être un résultat de la sécrétion de la muqueuse intestinale, diminue rapidement dans les selles cholériques, finit même peut-être, dans certains cas, par disparaître entièrement, et se montre de nouveau quand la réaction est établie; 2° que la quantité d'albumine est toujours très-petite, variant par exemple de 0,27 à 2,4 sur 1,000 parties (ce qui s'explique d'autant mieux, suivant une remarque de Boehm, que le sujet boit ordinai-

rement de grandes quantités de liquide); 3° qu'il n'existe pas de proportion constante entre la quantité d'albumine et la quantité de sels dissous; 4° que les déjections cholériques, contrairement à l'assertion de Wittstock, ne contiennent pas d'acide urique, du moins ordinairement, et qu'il n'en a trouvé de trace que dans une seule expérience; 5° qu'il n'a jamais pu y constater la présence du principe de la bile (c'est un fait qui avait déjà été indiqué en 1832 par M. Lassaigne).

Relativement aux altérations chimiques du sang, M. Garrod, à l'aide d'expériences assez nombreuses, paraissant très-exactes, mais où les éléments distincts du sang sont trop souvent confondus dans une évaluation commune, M. Garrod est arrivé aux résultats suivants. *L'eau* est diminuée de quantité. Le chiffre des *globules* sanguins qui est normalement de 140 pour 1,000 (en moyenne), était élevé à 166 et 171. Dans un cas où la *fibrine* a été évaluée séparément, elle était en proportion supérieure à celle de l'état normal (2,61 au lieu de 2,20 en moyenne). L'albumine n'a été évaluée que dans deux cas; son chiffre était d'environ 125 parties pour 1,000 de sérum et de 103 pour 1,000 de sang; proportion également plus élevée que chez l'homme en santé. Les sels n'ont pas été seulement trouvés en quantité normale, mais quelquefois même ils étaient augmentés, et si le sang donnait une réaction alcaline moins prononcée qu'à l'état normal, cela tenait à la présence insolite d'acides non éliminés par les excrétions. Enfin, d'après M. Garrod, le sang des cholériques contient une quantité relativement considérable d'urée.

Ainsi donc, les résultats obtenus par M. Garrod sont, sur tous les points essentiels, contraires à l'opinion qui avait prévalu en 1832. Si l'on s'en rapporte à ses expériences, il n'est pas vrai que l'albumine ni la fibrine soient diminuées de quantité; ces deux éléments ont subi au contraire une augmentation. Il n'est pas vrai que les sels alcalins aient passé dans les déjections, car ils sont en excès dans le liquide sanguin. Le seul point sur lequel l'auteur s'accorde avec ses devanciers, c'est l'augmentation des globules; encore trouve-t-il cette augmentation beaucoup plus faible que ne l'avaient dit beaucoup d'expérimentateurs. Néanmoins, de ces résultats, M. Garrod ne croit pas pouvoir conclure à la fausseté de la théorie qui voit dans le flux stomacal et intestinal un emprunt aux éléments du sang. On avait dit que si la somme d'eau soustraite à ce liquide devait infailliblement élever la proportion de l'albumine contenue dans le sérum, cette proportion pouvait néanmoins être abaissée relativement au liquide sanguin pris dans son ensemble. Mais si l'on se rappelle combien est petite la quantité d'albumine évacuée par les vomissements et les selles, quels flots de liquide, au contraire, sortent par les mêmes voies, on ne sera pas surpris de voir que la proportion d'albumine dans le sang monte au lieu de s'élever. La même remarque serait applicable à la fibrine, si l'on venait à en démontrer sans réplique la présence dans les déjections cholériques.

Nous n'avons jusqu'ici examiné la question qu'au point de vue chimique, parce que c'est à lui que se rattache le plus directement la théorie du choléra. Disons néanmoins un mot des investigations microscopiques auxquelles s'est livré l'un des auteurs, M. Parkes, sur les matières stomacales et alvines.

En France, lors de l'épidémie de 1832, la microscopie, appliquée à l'étude des globules sanguins, par MM. Magendie, Donné, Chevalier, etc., avait fort négligé celle des évacuations. Mais il n'en avait pas été tout à fait de même à l'étranger. En Allemagne, Boehm étudia avec soin et publia quelques années après des recherches minutieuses sur les altérations de l'épithélium de la muqueuse gastro-intestinale, et crut pouvoir rapporter à la présence de particules épithéliales tous les produits floconneux, riziformes, crémeux, etc., qu'on peut rencontrer dans les évacuations. Plus tard, M. Gluge soutint une opinion à peu près semblable; les grumeaux étaient composés, suivant lui, partie de noyaux de cellules épithéliales, partie de lamelles. M. Andral y vit des globules analogues, mais non semblables aux globules du pus. Enfin, en mars 1849, à la Société de biologie, M. Follin a émis l'opinion, appuyée sur un très-grand nombre d'observations, que les amas blancs et le liquide qui les contient sont formés, dans la majorité des cas: 1° par des globules, tels qu'on en rencontre dans le mucus des membranes qui commencent à subir, dit-il, *le plus léger degré d'irritation*, globules granuleux à leur surface, irrégulièrement arrondis, réunis entre eux par une masse amorphe, et contenant parmi eux quelques globules purulents parfaitement caractérisés; 2° par des cellules et des plaques épithéliales; 3° par des cristaux de cholestérine, le principe que la chimie, par les mains de MM. Lassaigne, Parkes, etc., avait vainement cherché. Voici maintenant ce dernier auteur qui, après avoir fait examiner par plusieurs confrères, MM. Rodgers, Clover, Hillman, Sharpey, etc., et avoir examiné lui-même bon nombre de déjections cholériques arrive à conclure que toutes les matières floconneuses contenues dans ces déjections, cellules, fibres, lamelles, masses amorphes, etc., ne sont que des modifications d'une seule et même substance, la fibrine.

Quant à l'état microscopique du sang, aucun des travaux dont nous donnons ici l'analyse ne s'en occupe spécialement. M. Garrod cite seulement un cas où les globules du sang, plus nombreux que de coutume, avaient une forme irrégulière. C'est une observation conforme à celles de MM. Hermann, Magendie, Chevalier, mais en opposition avec celles de MM. Donné et de plusieurs autres expérimentateurs.

On se sera sans doute aperçu, en parcourant cette analyse, de notre silence à l'égard de M. Bird. Ce n'est pas, tant s'en faut, que son travail manque de valeur; c'est, au contraire, un résumé très-bien fait des documents apportés par les dernières épidémies à l'histoire du choléra; mais sur la question spéciale de la chimie et de la microscopie, M. Bird ne possède aucun fait particulier, et il se borne à citer les auteurs, adhérant sur presque tous les points aux opinions de MM. Parkes et Garrod.

OBSERVATION D'UNE CANULE RESTÉE ENGAGÉE DANS LE CANAL LACRYMAL PENDANT PRÈS DE NEUF ANS; par M. WHITE COOPER.

OBS. — Une dame âgée de 61 ans consulta l'auteur en mars 1847. Neuf ans auparavant, étant en France, elle eut un abcès du sac lacrymal droit. L'abcès guérit; mais le canal demeura oblitéré. Un oculiste le perça avec le trocart, puis introduisit une canule en or. Ce tube, trop volumineux, ne fut placé qu'avec peine, et il s'ensuivit une inflammation assez vive, qui finit cependant par céder.

Pendant près de six ans, tout alla parfaitement bien; mais au bout de ce temps, la patiente commença à éprouver une douleur profonde dans la région du conduit lacrymal; en même temps un écoulement irritant s'établit par la narine. Six mois après un abcès se forma, s'ouvrit à l'extérieur, et la plaie resta fistuleuse.

Un *éminent* oculiste de Paris déclara que la canule n'était plus dans les voies lacrymales, et qu'il s'agissait d'une nécrose de l'os. Il prescrivit des injections fréquemment répétées avec une infusion de feuilles de noyer, et introduisit dans le canal un stylet d'argent.

Nonobstant ceci, l'écoulement continua. Il se creusa à l'angle de l'œil un ulcère qui amena peu à peu un renversement partiel en dehors de la paupière inférieure. Cet état continua trois ans, pendant lesquels elle consulta deux médecins distingués de Londres, lesquels se bornèrent à confirmer l'avis de leur confrère de Paris.

En explorant la région, M. Cooper trouva un ulcère granuleux; le stylet, introduit par cette ouverture, alla heurter contre un corps dur qu'on avait pris jusque-là pour l'os nécrosé. Mais le choc exercé contre ce corps ne détermінait aucune douleur, il jugea que c'était une substance métallique, probablement la canule anciennement mise en place. Comme les granulations saignaient abondamment, on remit toute tentative au lendemain.

Ce jour, on incisa sur l'orifice du canal, et en dilatant la plaie, on vit clairement le bord de la canule, situé à la profondeur de près d'un quart de pouce. On ne le saisit qu'avec peine, à l'aide de fortes pinces. Toute la force dont l'opérateur pouvait disposer fut ensuite nécessaire pour l'extraire. Une hémorrhagie abondante s'ensuivit; mais elle fut arrêtée par de l'eau froide et une injection de solution alumineuse. La malade s'injecta ensuite elle-même trois fois par jour avec une solution d'hypochlorite de soude. Au bout de quatre jours, tout écoulement avait cessé. Après une quinzaine, la plaie était cicatrisée.

— De pareils faits ont également été observés en France; ils y sont même assez fréquents pour n'être plus remarqués. Cela se conçoit et s'explique par l'application si étendue que l'école de Dupuytren avait faite du traitement par la canule.

De la fréquence de ces lois, on a conclu d'une manière générale contre ce mode de traitement. Selon nous, une pareille sentence est tout au moins prématurée. Ajoutons que l'on voit assez par la violence, l'aigreur même avec laquelle elle a été formulée, combien ceux qui l'ont portée étaient peu sûrs de leur bon droit. Des deux côtés, il faut bien le reconnaître, on s'est ici trop hâté de conclure. Dupuytren avait eu tort en donnant comme suffisamment probantes une masse de guérisons toutes récentes. Ses critiques, à leur tour, n'ont pas moins péché contre la logique, quand, frappés de quelques exemples authentiques de rechutes, ils se sont crus autorisés par là à rendre contre la méthode une condamnation sans appel. Ils accusaient Dupuytren de n'avoir consulté que le nombre des faits sans considérer leur qualité. Pour eux, tout au contraire, la qualité semblerait les avoir dispensés du nombre.

Tirons de ceci la conséquence que, jusqu'à production d'une statistique portant sur des cas complets, cette question doit demeurer non résolue pour tout esprit qui connaît les légitimes exigences de la bonne méthode d'observation.

NOTE SUR LE DIGITUS SEMI-MORTUUS; par M. MARSHALL-HALL.

M. Marshall-Hall appelle ainsi un certain état du doigt qui le rend semblable à celui d'un cadavre, pâle, insensible et plus froid d'environ 20° Fahrein. que les doigts voisins. L'auteur pense que le doigt ainsi affecté serait insensible à la piqûre d'une aiguille, mais il n'en a pas fait l'expérience.

Cet état est produit par le froid et disparaît sous l'action de la chaleur et des rubéfiants. Quand il s'est présenté une fois chez un sujet, il tend à revenir. On l'observe chez l'adulte aussi bien que chez le vieillard.

Telles sont les seules indications données par l'auteur dans une note de quelques lignes. Ce que nous pouvons dire, c'est que l'affection signalée ici est réelle; nous en avons vu plusieurs exemples et nous pouvons même ajouter un caractère à ceux que lui assigne la note : c'est l'état ridé et une finesse particulière de la peau du doigt au niveau de la pulpe. Nous croyons que le *digitus semi-mortuus* se rencontre principalement chez les personnes disposées aux affections du centre nerveux encéphalique, congestions, apoplexies ou ramollissements.

CONSIDÉRATIONS SUR LE BUBON RAMPANT; par M. SOLLY.

A notre avis (et nous sommes bien aise de le déclarer en commençant), les principes contenus dans ce travail sont faux, démentis par l'expérience, et qui pis est, essentiellement pernicieux. Néanmoins, comme toute opinion scientifique a le droit d'être entendue dans ses moyens de défense, nous n'avons pas cru devoir faire d'exception à l'égard de celle-ci.

Ce que M. Solly désigne par *bubon rampant* est connu dans une nomenclature plus en vigueur sous le nom d'ulcère ou chancre phagédénique serpigineux.

Un bubon ayant été ouvert, la plaie prend, comme on le sait, dans certains cas, un aspect jaunâtre, sécrète un pus ichoreux, a des bords renversés en dehors, durs et irréguliers. Souvent elle remonte jusque près de l'ombilic, envahit la cuisse jusqu'au genou, contourne ce membre pour aller gagner l'anus, creuse la fesse et s'étend à la hanche. C'est d'après cette marche de l'ulcération que M. Solly a été conduit à l'appeler *bubon rampant*.

Pour de tels ulcères, M. Solly regarde le mercure comme le souverain et le seul utile remède. En vain épuiserait-on toutes les autres ressources de la pharmacopée, le mal ne fait que s'aggraver, ou tout au moins nulle tendance à la cicatrisation ne se manifeste. Au contraire, vient-on à administrer les mercuriaux, les bords s'affaissent, des îlots de cicatrice apparaissent au milieu de la perte de substance, et l'incarnation fait de rapides progrès. Je pense, dit-il formellement ailleurs, que de pareils ulcères ne guérissent presque jamais sans mercure.

L'auteur, du reste, est un partisan déclaré du traitement mercuriel pour toutes les espèces d'accidents primitifs. Voici un échantillon de sa manière de voir sur ce sujet : « La multitude des cas de syphilis secondaire que l'on rencontre tous les jours est, je crois, une chose évidente pour tout chirurgien réfléchi et consciencieux. Aucun de ceux qui ont de fréquentes occasions d'observer ne peut nier que leur nombre va en s'accroissant. Cette augmentation vient, ce me semble, de l'adoption inconsidérée d'un plan de traitement non mercuriel. Il y a quelques années, on aurait considéré comme déshonorant et malheureux pour un chirurgien de voir survenir chez un malade traité par lui des symptômes secondaires, et il eût été responsable de ce résultat. Mais il paraît que maintenant les chirurgiens regardent ceci comme un accident qui peut arriver à tout le monde. Du moins sont-ils assurés d'une chose : c'est que s'ils se trompent, ils se trompent en bonne compagnie. »

— Cette conduite, que l'auteur critique si âprement, est celle que nous sommes heureux de suivre et fier d'avoir professée; mais ce n'est ici le cas ni de la faire connaître dans ses détails ni de la défendre dans ses principes. Pour nous en tenir au sujet spécial de ce mémoire, nous dirons qu'il y a deux sortes d'ulcères phagédéniques : les uns, accidents primitifs, dépendant le plus souvent de la misère, de la débilitation qui imprime cette déviation à la marche du chancre. On comprend qu'ici le mercure est tout à fait nuisible, puisqu'il ôterait encore au sang de sa plasticité, alors que ce défaut de plasticité est déjà le point de départ de la complication. Aussi voit-on les toniques réussir à merveille, comme les bains sulfureux et le tartrate de potasse et de fer, si heureusement manié par M. Ricord.

La seconde classe d'ulcères phagédéniques comprend ceux qui sont consécutifs à la fonte de tubercules syphilitiques : ce sont, dans ce cas, des accidents nettement tertiaires, et comme tels, les iodures leur conviennent incontestablement mieux que les mercuriaux.

M. Solly cite cependant 8 cas de ce genre guéris par son remède favori; mais si l'on considère que 7 de ces 8 cas ont été traités à l'hôpital, on comprendra aisément que le repos, des pansements plus réguliers, une nourriture meilleure que chez eux, peuvent réclamer la plus large part dans le succès, et que, pour le dire en un mot, ces malades ont guéri, non par le mercure, mais pendant, je dirais même malgré le mercure.

Notre expérience, beaucoup plus étendue sans contredit que celle de l'auteur anglais, nous permet d'affirmer que ces ulcères se cicatrisent fort bien sans le secours du mercure.

DE L'EXTRACTION DE LA CATARACTE OSSEUSE; par M. WHITE COOPER.

Cette composition de cataracte n'est pas rare chez les personnes qui ont la diathèse goutteuse ou rhumatismale; on l'observe aussi quelquefois à la suite d'une violence extérieure ayant porté sur l'œil. Remarquable par les douleurs qu'elle occasionne, cette espèce cause ordinairement aux malades qui en sont atteints des tortures atroces, lesquelles sont le résultat de l'irritation constante de l'iris causée par la pression de corps durs. Elles sont quelquefois portées au point d'occasionner du délire. L'extraction peut seule les calmer.

Mais cette opération présente des difficultés plus sérieuses qu'on ne pourrait s'y attendre en consultant ce que les ouvrages d'ophthalmologie enseignent sur ce sujet : d'abord l'hémorrhagie consécutive, dont a cité des exemples, provient vraisemblablement ici de ce que l'artère centrale de la rétine, contenue dans des parties osseuses ou ayant elle même subi cette dégénérescence, n'est plus capable de se contracter, et de mettre ainsi obstacle à l'issue du sang.

Quant à l'opération même, l'oblitération entière de la chambre antérieure par la projection de la lentille et de l'iris, rend très-difficile à accomplir le temps qui consiste à passer le couteau au travers de la cornée. Il vaut mieux, dans ces cas, diriger l'incision obliquement.

Si des adhérences très-étendues entravent l'exécution de ce procédé, c'est une question à discuter que celle de savoir s'il ne conviendrait pas de faire l'incision sur la cornée transversalement. En effet, l'objet de l'opération, dans ce cas particulier, est moins de rendre la vue au malade que de le délivrer des souffrances qu'il éprouve. D'ailleurs, on sait que des divisions semblables de la cornée, survenues par cause traumatique, se réunissent parfaitement si elles sont bien traitées.

Le point le plus difficile est ici l'extraction de la cataracte. L'iris ayant perdu son élasticité, étant d'autre part lié par des adhérences avec la lentille et peut-être avec la cornée, ne cède pas à la pression ; puis cette lentille est solide, non dépressible : par conséquent, même après qu'on l'a détachée de ses adhérences, il arrive qu'on ne peut la faire passer à travers la pupille contractée.

Dans de pareilles conjonctures, le meilleur moyen est de briser le noyau osseux et de le retirer ensuite par fragments, après tontefois avoir préalablement divisé toutes ses adhérences à l'aide d'un couteau très-délié. Avant de laisser retomber le lambeau cornéen en place, il faut bien examiner si on ne laisse aucun fragment dans l'intérieur de l'œil.

D'après l'analyse que M. Hoffman fit d'une cataracte semblable extraite par l'auteur, elle était formée principalement de phosphate de chaux; elle contenait en outre de petites quantités de sulfate de chaux, et des traces de sulfate de potasse et de chlorure de sodium. Elle avait donc une composition très-analogue à celle des os.

En général, la partie externe de la lentille est plus molle ; son centre constitue seul un noyau véritablement osseux.

Le cas suivant montre pour ainsi dire réuni dans un tableau sommaire, l'ensemble de toutes les difficultés que M. W. Cooper vient de décrire, et que le chirurgien doit s'attendre à rencontrer lorsqu'il existe une semblable complication.

OBS. — Samuel Doyle, âgé de 54 ans, entra le 16 octobre 1847 à l'hôpital ophthalmique du Nord, de Londres. Militaire pendant la plus grande partie de sa vie, il avait habité dans les contrées tropicales, endurant toutes les fatigues de la vie du soldat. Durant plusieurs années, il avait souffert de rhumatismes; à trois reprises son œil gauche était devenu enflammé. La seconde attaque laissa sa vue considérablement affaiblie; la troisième, la plus grave de toutes, qui eut lieu en 1830, le rendit aveugle. Depuis lors cet œil a été pour lui une source continuelle de tourments. La moindre irritation locale, un vent d'est, amènent une inflammation et des douleurs aiguës qui se répandent sur le côté de la tête, sur le front, et en bas jusqu'au nez. En tout temps la souffrance devient plus vive lorsqu'il se baisse.

Cet œil présente à l'examen tous les caractères d'une maladie ancienne. La sclérotique offre une surface serrée gris jaunâtre. De nombreuses veines variqueuses rampent sous sa face externe, et la cornée est entourée d'une zone d'un rouge foncé. L'iris est convexe, d'une teinte rouge brune, parsemée de taches de lymphe plastique. La pupille, immobile, est unie par des adhérences à une cataracte jaune, ayant un aspect comme pierreux, laquelle semble être comme pressée d'arrière en avant, à travers cette ouverture.

M. Cooper procéda à l'opération le 26 octobre. La chambre antérieure n'était pas complètement oblitérée; aussi parvint-il à faire traverser son couteau obliquement dans l'épaisseur de la cornée. L'incision fut ensuite élargie, pour obtenir plus d'espace, à l'aide d'un couteau en forme de sabre. Après avoir divisé plusieurs adhérences, il fit une tentative pour extraire la lentille; mais ce fut sans succès.

Il fallut alors pratiquer une incision sur le bord de la pupille; ce qui fit découvrir plusieurs autres adhérences. Le chirurgien s'efforça encore de serrer fortement le noyau cataracté pour l'amener au dehors; mais tout échoua, et l'on

fut obligé de le retirer pièce par pièce. L'opération fut pénible; cependant on arriva enfin à enlever la totalité des fragments qui constituaient la capsule ossifiée. La substance de la lentille ressemblait à de l'eau de gomme.

La longue durée des manœuvres opératoires et la plaie faite à l'iris donnaient lieu d'appréhender une violente inflammation consécutive. Aussi l'on réappliqua le lambeau avec soin; l'œil fut couvert de linges mouillés d'eau froide, et l'on administra la jusquiame à haute dose. Contrairement à ces fâcheuses prévisions, le malade se rétablit d'une manière très-satisfaisante. Quoique encore irritable de temps en temps, son œil ne lui cause plus ces souffrances qui rendaient sa vie misérable.

— Il paraît résulter du silence même de l'auteur sur ce point important que la vision ne fut pas recouvrée à la suite de l'opération.

(La fin au numéro prochain.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 22 AVRIL.

MISSIONS SCIENTIFIQUES.

M. MAGENDIE fait, en son nom et au nom de M. Pouillet, un rapport sur une demande de mission scientifique adressée à M. le ministre de l'instruction publique par M. le docteur Gouraud. M. Gouraud sollicite du ministre une mission en Allemagne pour y étudier les effets du traitement des maladies par les eaux minérales et l'eau froide.

En exécution d'un arrêté ministériel de date récente, dit M. le rapporteur, cette demande a été transmise à l'Académie par M. le ministre, et nous avons été désignés, M. Pouillet et moi, pour l'examiner.

Vos commissaires viennent vous rendre compte de la tâche quelque peu délicate que vous leur avez confiée.

Que, dans l'espace de deux ou trois mois, un médecin visite les principales eaux minérales de l'Allemagne, ainsi que les nouveaux établissements dits hydrothérapiques, ce voyage serait pour lui sans aucun doute instructif et même agréable, surtout si l'État en fait les frais. Une semblable excursion est un complément d'instruction à peu près indispensable à tous ceux qui veulent aujourd'hui exercer la médecine avec une certaine distinction.

Cependant, obligé de voir très-rapidement un grand nombre d'établissements divers, souvent très-éloignés les uns des autres; ne pouvant séjourner dans chacun au delà de quelques jours, le médecin voyageur ne peut y recueillir que des données très-générales et des renseignements fort incomplets: c'est du moins ce qui est arrivé à tous ceux qui, pour leur instruction particulière, ont réalisé ce genre de pérégrination.

Mais ce n'est pas pour son avantage personnel que M. le docteur Gouraud désire obtenir la mission qu'il sollicite. Son ambition est beaucoup plus élevée: il pense que son voyage sera utile à l'enseignement et à la pratique de la médecine dans notre pays. Non-seulement il étudierait les établissements d'eaux minérales et hydrothérapiques de l'Allemagne, mais il les ferait connaître à la France.

Vos commissaires ne sauraient partager les généreuses espérances de M. le docteur Gouraud; il leur semble très-difficile, sinon impossible, que dans un parcours nécessairement rapide, on puisse se livrer à des études sérieuses sur les propriétés médicales des eaux minérales, ainsi que des merveilles produites, dit-on, de l'emploi de l'eau froide comme moyen thérapeutique.

C'est en séjournant dans les établissements d'eaux minérales; c'est en y mettant à profit les moyens rigoureux d'investigation que possèdent maintenant les sciences physiques et physiologiques; c'est en étudiant par l'analyse chimique les modifications qu'éprouvent les sécrétions sous l'influence de l'action des eaux employées, qu'on peut arriver à des résultats qui pourront réellement devenir utiles à l'enseignement et à la pratique de la médecine.

En résumé et pour conclusion, vos commissaires sont d'avis de répondre à M. le ministre de l'instruction publique:

1° Que si la mission que sollicite M. le docteur Gouraud devait se borner à une sorte de promenade médicale aux établissements d'eaux minérales et hydrothérapiques d'Allemagne durant la belle saison, cette mission aurait peu de probabilités de résultats avantageux pour la science;

2° Que si, au contraire, cette mission consistait en un séjour prolongé pendant quelques années dans l'un des principaux établissements thérapeutiques de cette contrée, M. le docteur Gouraud offrant de plausibles garanties par son titre de professeur agrégé, il y aurait lieu de donner suite à la demande qu'il a formulée.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

CAUSES DE L'ALTÉRATION DES EAUX DE PUITS.

M. REGNAULT présente, au nom de M. BLONDEAU, professeur de physique au lycée de Rodez, un mémoire sur l'altération qu'éprouve l'eau des puits, au point de vue de l'hygiène publique.

L'auteur résume ce travail, qui renferme un grand nombre d'analyses, par les conclusions suivantes:

1° L'eau des puits peut être altérée par deux causes: par la présence des sels minéraux maintenus en dissolution, et par la présence des matières animales.

2° Les substances minérales que l'on trouve dissoutes sont de la silice, de l'alumine, des carbonates de chaux et de magnésie, des phosphates des mêmes bases, des sulfates de chaux et de magnésie, de l'alun à base de potasse, des chlorures de calcium, de magnésium et de sodium, des azotates des mêmes bases.

Ces substances n'exercent pas d'action nuisible sur l'économie lorsqu'elles ne se trouvent qu'en petite quantité dans les eaux.

Une eau de puits qui ne renferme que 4 à 5 décigrammes de ces corps en dissolution peut servir à tous les usages domestiques, pourvu qu'elle ne contienne pas une trop forte proportion de matière animale.

3° Une eau qui renferme par litre 1 gramme des substances précédemment mentionnées peut encore être bonne pour la boisson; mais elle cesse d'être propre à la cuisson des légumes et au blanchissage du linge lorsqu'elle renferme 8 grammes de chaux ou de magnésie.

4° Une eau devient impropre à tous les usages domestiques lorsque, renfermant 0g,1 de chaux ou de magnésie par litre, elle contient en outre 0g,1 de matière organique.

5° Il est de la plus haute importance de signaler l'existence et de doser la quantité de matières animales en dissolution dans les eaux; car lorsqu'elles dépassent la limite que nous venons de fixer, elles exercent une action funeste sur l'économie: elles peuvent donner la dysenterie et une foule de maladies qui paraissent contagieuses, parce que toute une population va en puiser les germes aux mêmes sources.

6° La présence de la magnésie dans les eaux potables ne produit pas une action aussi nuisible que quelques savants paraissent le supposer. Les eaux des puits de Rodez contiennent en moyenne cinq fois plus de magnésie que les eaux de la vallée de l'Isère, analysées par M. Granger, et cependant les maladies endémiques, telles que la goutte, le crétinisme, sont complétement inconnues dans le chef-lieu de l'Aveyron.

7° L'eau de certains puits possède une saveur terreuse fort désagréable: ce goût provient de l'alumine maintenue en dissolution par l'acide carbonique. Nous avons observé que c'est dans l'un des puits où cette base existe en plus grande quantité que la saveur terreuse se manifeste d'une manière plus prononcée.

8° Il résulte encore de nos expériences qu'une classification des eaux potables fondée sur les rapports qui existent entre les sulfates et les chlorures serait une classification vicieuse; car ce rapport varie dans des limites assez étendues pour une même espèce d'eau, et l'on n'est jamais sûr que celle sur laquelle on opère n'a pas rencontré dans son parcours, soit au-dessus, soit au-dessous du sol, des substances qui l'aient altérée, et changé les rapports suivant lesquels ces sels entrent dans les eaux.

EXISTENCE DES IODURES ET DES BROMURES ALCALINS DANS LES PLANTES DES EAUX THERMALES DE DAX.

M. VICTOR NEYRAC, pharmacien à Dax (Landes), adresse une note sur l'existence des iodures et bromures alcalins dans les plantes de la famille des oscillariées, qui vivent dans les eaux thermales de Dax.

On voit dans la ville de Dax une fontaine remarquable par la limpidité de son eau, par son abondance, par sa température élevée (60 degrés centig.), par la grande quantité d'azote qui s'en dégage; enfin par une plante qui appartient à la famille des oscillariées, qui croît dans cette eau minérale avec une abondance et une rapidité peu communes. Cette plante, à laquelle Bory de Saint-Vincent a donné le nom de *anabnina thermalis*, tapisse le fond et les côtés du bassin de la fontaine, croît sur la chaux sulfatée et carbonatée que cette eau dépose. L'analyse de cette plante y a démontré l'existence d'une quantité remarquable d'iode, qu'elle enlève à l'eau dans laquelle elle vit. Elle lui en laisse si peu, que c'est à peine si on peut l'y découvrir.

L'analyse a également démontré une quantité notable d'iode dans une autre oscillariée dite *oscillaria gratelupi*, qui croît dans une fontaine située aux pieds des murs extérieurs de la ville.

Une conferve qui vit dans une troisième source d'eau thermale souvent mêlée à l'eau de l'Adour sur le bord duquel elle se trouve placée, lui a donné aussi de l'iode, mais très-peu.

Ces oscillariées assimilent l'iodure avec tant d'énergie et ont pour lui une telle affinité que je n'ai pu, dit M. Neyrac, leur enlever la plus minime partie par leur ébullition de vingt-quatre heures dans de l'eau alternativement renouvelée. Mais en revanche elle abandonne à ce liquide et en abondance une substance gélatineuse qui présente presque tous les caractères physiques et chimiques de la colle animale.

Cette substance particulière se trouve aussi dissoute dans nos eaux thermales dans lesquelles vivent ces oscillaires.

— M. HEURTELOUP rappelle à l'Académie des sciences qu'au mois d'avril 1846, il a lu un mémoire sur l'*extraction immédiate des calculs vésicaux par les voies naturelles*, appuyé de 125 cas d'opérations pratiquées par ce procédé.

Depuis 1846, il a opéré deux fois devant les membres de la commission nommée pour juger ce travail, et il a guéri un nombre assez considérable d'autres malades dont quelques-uns opérés infructueusement par d'autres procédés font ressortir l'importance de l'extraction immédiate.

Nonobstant, la commission nommée n'a pas fait de rapport quoique déjà quatre années se soient écoulées.

Devant opérer samedi, à deux heures, 27 avril, un nouveau malade, il invite MM. les membres de la commission à y assister.

Cette invitation sera transmise à MM. Roux, Lallemand et Serres, membres de la commission.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 23 AVRIL. — PRÉSIDENCE DE M. BRICHETEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend :

1° Une lettre du ministre de l'agriculture et du commerce, qui consulte l'Académie sur une glacière artificielle portative, présentée comme un auxiliaire utile de la thérapeutique.

2° Lettre de M. le préfet de police transmettant le relevé statistique des décès dans la ville de Paris, pour les mois de janvier, février et mars derniers.

FONCTIONS DES MUSCLES DE LA FACE.

M. le docteur DUCHENNE (de Boulogne) communique à l'Académie la fin de son travail sur les fonctions des muscles de la face étudiées à l'aide de la galvanisation localisée.

Voici le résumé des principaux faits exposés dans cette dernière note :

1° Les fibres musculaires qui sont en rapport avec les deux tiers internes de l'arcade sourcilière, froncent et abaissent le sourcil, en le portant vers le bord interne de cette arcade; ces fibres musculaires, appartenant à l'orbiculaire des paupières et au sourcilier, doivent être déplacées sous la dépendance d'un seul muscle, en raison de leur identité d'action.

Les fibres musculaires qui sont en rapport avec le tiers externe de l'arcade orbitaire, et avec la paupière supérieure, produisent, en se contractant, l'abaissement de cette paupière.

Les fibres de la moitié inférieure de l'orbiculaire élèvent notablement la paupière inférieure, qu'elles sont, de plus, destinées à soutenir par leur tonicité.

2° Le grand et le petit zygomatiques se contractent sous l'influence de sentiments contraires. Le premier exprime toujours la satisfaction ou la gaieté franche; le second attriste la physionomie, ou annonce les larmes.

Le grand zygomatique empêche l'abaissement de la commissure des lèvres, par sa tonicité.

3° L'élévateur de la houppe du menton soulève le menton et la lèvre inférieure pour la renverser. Il préside à la prononciation des labiales, et quand il est paralysé, il est suppléé dans cette fonction, par la lèvre inférieure qui s'élève en se fronçant. Il exprime le doute en poussant les deux lèvres en avant.

4° Le peaucier du cou et de la joue (peaucier), épuisant sa force dans les téguments mobiles de la face, du cou et du thorax, n'a pas assez de force pour abaisser la mâchoire inférieure, qui est maintenue rapprochée de la supérieure par la tonicité de ses puissants élévateurs.

Il paraît surtout destiné à l'expression ou de la rage, ou de la terreur, ou de la douleur, en tirant de haut en bas et de dedans en dehors, les téguments de la partie inférieure de la face, et en découvrant les dents de la mâchoire inférieure. Dans ces diverses expressions, le peaucier gonfle le cou, en soulevant la peau de sa moitié antérieure. (Commission précédemment nommée.)

M. REY, officier de santé au Coux (Dordogne), adresse une dissertation sur les causes des maladies en général. (Comm. : MM. Chomel, Grisolles.)

M. LEROY-D'ÉTIOLLES met sous les yeux de l'Académie un urétrotome de son invention.

M. LEFÈVRE, médecin en chef de la marine, adresse des recherches sur l'épidémie de choléra asiatique observé à Rochefort en 1849. (Commission du choléra.)

MISSION SCIENTIFIQUE.

M. GIBERT lit, au nom de MM. Gérardin, Guéneau de Mussy, et au sien, un rapport officiel en réponse à une lettre de M. le ministre de l'instruction publique, relative à une mission scientifique en Allemagne, sollicitée par M. le docteur Gourand.

Il s'exprime en ces termes :

« Vous nous avez chargés de vous soumettre un projet de réponse au ministre qui a bien voulu, par une lettre en date du 5 mars dernier, consulter l'Académie sur la demande d'une mission scientifique adressée par votre confrère, M. le docteur Gourand.

» M. Gourand se propose de visiter les établissements thermaux et hydrothérapiques des bords du Rhin, dans le but de constater leurs effets et quelques-unes des guérisons que l'art y peut obtenir.

» Tout le monde s'accorde aujourd'hui à reconnaître l'efficacité thérapeutique des eaux thermales; mais il y a encore bien des mystères à éclaircir dans cette action reconnue si efficace.

» Sans contredit, comme le proclamait Bordeu, les eaux minérales sont une des plus grandes ressources de la thérapeutique dans les maladies chroniques.

» Les maladies chroniques guérissent ou par des médications *critiques*, ou par des médications *altérantes*. Il n'y a pas de plus puissants agents de ces deux sortes de médications que les eaux minérales.

» Les maladies chroniques observées dans un hôpital, trop souvent lorsqu'elles sont arrivées à leur dernier terme, réduisent plus d'une fois l'observateur à un simple travail d'anatomie pathologique : étudiées dans les établissements d'eaux minérales, elles se présentent dans des conditions plus favorables, et la médecine prend alors le véritable caractère d'une science vivante. Il ne s'agit plus, Dieu merci, de savoir comment on meurt, mais bien comment on guérit.

» L'étude des eaux minérales fait connaître toute la puissance de l'action thérapeutique, et toute la puissance de la nature médicatrice.

» Cette étude est une pierre de touche pour les théories médicales. Comment soutenir la doctrine de la localisation absolue des maladies, quand on les voit se juger et se résoudre par un si profond travail de l'économie tout entière? Comment croire que toutes les maladies sont des inflammations, quand on voit des médications si excitantes et si hardies guérir ce que rien jusque-là n'a pu guérir? Comment ne pas croire à la puissance médicatrice de la nature, quand on la voit faire des efforts si salutaires? Comment se laisser aller mollement au scepticisme médical à travers des discussions embrouillées et stériles, quand on est témoin de faits si nombreux et si frappants?

» On peut dire sans exagération que la connaissance des eaux minérales est un complément nécessaire de l'éducation et de l'expérience médicales pour les médecins qui veulent, comme le proclamait le père de la médecine : « *Avant tout, guérir le malade!* »

» Qui de nous n'a pas vu des malades désespérés, ou désespérant, épuisés par la souffrance, revenir des établissements thermaux, ou avec une santé complétement rétablie, ou avec une vie parfaitement supportable?

» Malheureusement ces exemples frappants de l'action salutaire des eaux n'ont pas toute la portée qu'ils pourraient avoir, attendu que leur interprétation scientifique laisse encore beaucoup à désirer.

» De tous les pays d'Europe, celui qui mérite le plus d'être exploré par le médecin à ce point de vue, c'est assurément l'Allemagne.

» L'Allemagne, par le nombre et la variété de ses sources minérales, aussi bien que par le mérite de ses savants, demande à être de plus en plus connue par les médecins français qui trouveront aujourd'hui dans la rapidité et la facilité des communications internationales les moyens les plus précieux d'échanger leurs idées, de comparer leurs méthodes, d'étendre leur expérience.

» Il est assurément fort utile que quelques-uns de nos confrères se dévouent de temps à autre à aller visiter ces *écoles de thérapeutique* que l'on appelle *eaux thermales*, d'où ils nous rapportent des indications précises sur les convenances thérapeutiques des différentes localités.

» D'autre part, l'*hydrothérapie*, sinon tout à fait inventée, au moins mise en singulier honneur par un empirique de génie, couvre aujourd'hui l'Allemagne d'établissements nombreux et considérables. Il est beaucoup question, dans le monde médical, des merveilles de l'hydrothérapie allemande; il y est beaucoup question aussi des malheurs qu'elle produit. Il y a donc de grandes distinctions à faire dans les résultats fournis par cette médication héroïque, et la médecine française est hautement intéressée à aller interroger sur les lieux même les faits qui peuvent éclairer la question de la cure des maladies par l'eau froide, en séparant le vrai du faux, en faisant taire l'exagération de l'enthousiasme ou du charlatanisme, et en acceptant la saine et solide observation.

» L'hydrothérapie ne peut point être une panacée universelle; mais c'est assurément une médication puissante introduite en France, il y a peu d'années, par un médecin allemand, le docteur Wertheim; elle est déjà appliquée en grand avec succès dans plusieurs établissements bien tenus et bien dirigés, parmi lesquels il me suffira de citer celui de Nancy; celui de Pont-à-Mousson, dirigé par M. Lubanski; celui de Lyon, par M. le docteur Gillebert-d'Hercourt; celui de Saint-Seine, près Dijon, dirigé par M. le docteur Guettet; celui d'Auteuil, fondé par M. Monchy, et qui a fourni à notre confrère, M. le docteur Robert-Latour, l'occasion de plusieurs communications intéressantes.

» Quelles sont les maladies qui sont du domaine de l'hydrothérapie?

» Qu'est-elle pour les maladies chroniques?

» Qu'est-elle pour les maladies aiguës?

» Quelle doit en être la mesure?

» Quels services peut-elle rendre à l'hygiène, privée ou publique?

» Indépendamment du berceau de la méthode d'où s'est élancée la réputation populaire de Priessnitz, l'Allemagne possède maintenant un grand nombre d'établissements où l'on expérimente sur une grande échelle la solution scientifique de ces différentes questions.

» Il y a donc là beaucoup à voir, à étudier, à comparer, à soumettre à l'analyse sévère et éclairée de cet esprit de critique français, si propre à tempérer les illusions où se laisse aller quelquefois l'imagination allemande.

» Professeur agrégé de la Faculté de Paris, ancien rédacteur d'un journal de médecine très-répandu, observateur judicieux, praticien habile, homme instruit et consciencieux, M. le docteur Gourand nous paraît assurément très-apte à remplir la mission scientifique que l'autorité se dispose à lui confier, et nul, nous le croyons, ne saurait contester l'utilité d'une semblable mission.

» Nous vous proposons en conséquence de répondre à M. le ministre de l'instruction publique, que la demande de M. le docteur Gourand a un but utile qui nous fait désirer qu'elle soit agréée. »

M. NACQUART : Je demande la division sur les deux objets du rapport, savoir : d'abord s'il y a lieu d'autoriser la mission demandée; en second lieu, à qui cette mission devra être confiée.

M. GIBERT : Ce que demande M. Nacquart n'est pas possible. L'Académie ne nous consulte pas sur la personne à qui devra être confiée la mission ; elle nous consulte uniquement sur l'opportunité de la mission. C'est sur ce point seul que nous avons à répondre.

M. Piorry : Il y a deux choses dans le rapport : ce qui concerne la demande de M. Gouraud, et ce qui a trait à la question des eaux minérales. M. Gibert a attaqué assez vivement la localisation ; il y aurait là matière à une discussion approfondie. Je crois que ce n'est pas le moment ; mais quand M. Gibert voudra, j'accepterai la discussion sur ce terrain. Quant à la demande de M. Gourand, pense-t-on, quelque instruit que soit d'ailleurs notre confrère, que la mission qu'il sollicite puisse avoir aucun résultat utile? Il y a déjà trop de travaux là-dessus. Pour qu'une pareille mission fût utile, il faudrait pouvoir constater d'une manière rigoureuse l'état des malades au moment de leur entrée dans les établissements et à leur sortie, ce qui ne peut se faire dans une promenade scientifique.

M. Gibert insiste sur l'utilité de la mission, et il ne doute pas qu'elle n'ait un bon résultat entre les mains de M. Gouraud.

M. Piorry : J'apprends à l'instant que l'Académie des sciences a passé hier à l'ordre du jour sur cette même question ; je crois que c'est aussi le parti que nous avons à prendre. D'ailleurs, si une mission de ce genre devait être confiée à quelqu'un, ce ne serait pas à M. Gouraud, tout instruit qu'il soit d'ailleurs, ce que je me plais à reconnaître, mais à un membre de cette Académie, ou même mieux à une commission.

M. Roux : C'est à une petite indiscrétion que M. Piorry doit la connaissance des conclusions adoptées par l'Académie des sciences. Cette décision ne doit avoir aucune influence sur celle que l'Académie de médecine croira devoir prendre ; elle doit à cet égard rester entièrement libre, et il eût été peut-être plus sage de ne point révéler ce qui s'est passé dans une autre enceinte.

M. Malgaigne : Des conclusions très-sages ayant été prises ailleurs sur ce sujet, je crois que ces conclusions doivent rester acquises et entrer dans la discussion.

M. Malgaigne donne lecture de ces conclusions (voir plus haut.)

M. Rochoux : Si l'on écarte la question personnelle pour ne tenir compte que de la question générale, on verra qu'elle se réduit à ceci : y a-t-il on non avantage à examiner les établissements thermaux et hydrothérapiques de l'Allemagne? La question ainsi posée, il n'y a évidemment qu'une manière de la résoudre, c'est par l'affirmative.

M. Nacquart : Il n'y a pas à s'occuper de ce qui a été décidé ailleurs. Le but de la mission ne paraissant pas suffisamment déterminé, je crois qu'il convient d'ajourner le vote des conclusions du rapport jusqu'à ce qu'on sache exactement ce que désire le ministre.

M. Bégin : La mission demandée doit être accordée. Il y a beaucoup de choses inconnues encore dans l'action des eaux minérales et dans les établissements thermaux de l'Allemagne. Quand cette mission n'aurait d'autre résultat que de recueillir des renseignements premiers, que l'on compléterait plus tard si cela est nécessaire, elle serait utile. Mais j'ajouterai que cette mission ne doit être donnée qu'à la condition que le médecin qui en serait chargé s'engageât à se conformer aux instructions que l'Académie rédigerait à cet effet et un programme qui lui serait indiqué.

M. Dubois (d'Amiens) : Je me joins à la proposition de M. Bégin. L'Académie ne saurait trop reconnaître par son adhésion aux intentions du ministre la bonne voie dans laquelle il vient d'entrer en ce qui concerne les missions scientifiques.

M. Gibert n'adhère point à cette proposition. Il croit qu'il vaudrait mieux laisser à cet égard toute latitude au médecin chargé de la mission.

M. Nacquart voudrait que l'on adjoignît un chimiste au médecin chargé de cette mission.

Un membre : Pourquoi faire un chimiste, il s'agit d'eau froide?

M. Lagneau appuie les conclusions du rapport. Il pense qu'il y a beaucoup à apprendre sur le mode d'administration de l'eau froide, ainsi que des eaux thermales.

M. Gibert : Le ministre, en consultant l'Académie, a voulu éviter les difficultés que soulèvent souvent ces sortes de demandes. Ces difficultés, vous les augmentez au lieu de les lever. (Aux voix ! aux voix !)

M. Bégin insiste sur l'utilité de donner des instructions spéciales. On s'est très-bien trouvé jusqu'à présent d'avoir adopté cet usage. Vous avez une commission des eaux minérales qui connaît mieux que qui que ce soit la matière. Qu'on la charge de rédiger ces instructions.

M. Bouvier réclame le renvoi à la commission.

Plusieurs membres appuient cette demande.

Une discussion s'élève entre M. Dubois (d'Amiens) et M. Malgaigne sur la priorité à donner à la proposition de renvoi et à l'amendement de M. Bégin.

L'amendement de M. Bégin est mis aux voix et adopté.

M. le président met ensuite aux voix les conclusions du rapport, sauf à mettre la rédaction d'accord avec l'esprit de l'amendement.

Les conclusions ainsi modifiées sont adoptées.

Strongle géant.

M. Ségalas lit, en son nom et au nom de MM. Rayer et Boulay jeune, un rapport sur un travail de M. Leblanc, vétérinaire à Paris, intitulé : Note sur une espèce particulière de tumeurs sous-cutanées, chez le chien, déterminées par la présence du strongle géant.

Ce travail se compose de trois observations de tumeurs sous-cutanées produites dans le voisinage du pénis, chez trois chiens, par trois strongles géants, observations recueillies par M. Leblanc, et d'un fait de trois strongles géants trouvés dans la région rénale d'un chien par M. Plasse, médecin-vétérinaire à Niort.

Conclusions : Remercier M. Leblanc de son intéressante communication, et renvoyer son mémoire au comité de publication. (Adopté.)

Alimentation forcée des aliénés ; nouvel appareil.

M. Belhomme lit un mémoire sur ce sujet, et présente à l'Académie son nouvel appareil.

Après avoir examiné les différentes méthodes inventées jusqu'à ce jour pour nourrir les aliénés qui se refusent à manger, tels que les biberons, la sonde œsophagienne, l'appareil nouveau de M. Billod, il expose un nouvel instrument qu'il appelle bâillon-biberon, et qui se compose d'un morceau de bois que l'on introduit dans la bouche entre la mâchoire, un manche-tenette à l'extérieur pour faire basculer l'instrument, un coin arrondi maintient la langue en arrière, et une bride en caoutchouc contient l'appareil, en la passant derrière la tête.

L'aliéné est placé dans une baignoire, la tête renversée en arrière ; le bâillon est introduit, et si le malade ne veut pas boire immédiatement, on introduit un conduit en argent au centre du bâillon, qui fait arriver le liquide jusque sur l'épiglotte ; alors on ferme le nez, et le malade est obligé d'avaler malgré sa volonté.

Ce moyen a constamment réussi à M. Belhomme, qui a nourri pendant des mois entiers des aliénés qui se refusaient obstinément à manger ; cet appareil a l'avantage de pouvoir être employé aussitôt que le malade ne veut plus avaler ; on évite la sécheresse et l'inflammation des premières voies digestives, et l'on empêche l'amaigrissement et le dépérissement du malade.

M. Belhomme cite, dans son mémoire, plusieurs faits qui ne laissent aucun doute sur l'efficacité de ce nouvel appareil.

M. Charrière a perfectionné cet instrument avec l'habileté si grande qu'on lui connaît.

Il est cinq heures, la séance est levée.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Présidence de M. Rayer.

Compte rendu des séances pendant le mois de février 1850 ; par M. le docteur Brown-Séquard, secrétaire.

I. — Anatomie normale.

1° Examen microscopique de l'urine de l'homme ; par MM. Ch. Robin et Verdeil.

Lorsqu'on fait évaporer de l'urine d'homme fraîche, on aperçoit d'abord se former à la surface du liquide, lorsque l'évaporation l'a diminué de moitié ou des trois quarts, une pellicule ; cette peau, examinée au microscope, se trouve composée d'une masse amorphe, plus quelques cristaux d'urate de soude, et des cristaux de phosphate de chaux neutre. Ce phosphate n'est pas le même que celui des os, et se forme lorsque le sel soluble de chaux se trouve en présence du phosphate de soude. Si l'on évapore davantage le liquide, et qu'on le laisse reposer pendant quelques heures, il se forme une quantité de sel marin et de créatine, qu'on pourra facilement distinguer au moyen de la polarisation. Par un séjour plus prolongé, on pourra distinguer des cristaux d'acide urique et d'urate de soude.

Pour faire cristalliser les autres substances contenues dans l'urine, nous procédons de la manière suivante : nous filtrons la liqueur qui est à consistance de sirop, et nous la divisons en trois parties ; la plus petite quantité est évaporée jusqu'à siccité, puis traitée par l'alcool, qui dissout l'urée, en prenant une goutte de cette solution et en y ajoutant sous le microscope un peu d'acide nitrique ou d'acide oxalique, on obtient du nitrate ou de l'oxalate d'urée qui ont des formes cristallines très-caractéristiques, comme l'on peut le voir sur les planches.

A une autre partie de la liqueur, on ajoute quelques gouttes de chlorure de zinc, et on laisse reposer ; au bout de deux jours, il s'est formé un sel double de chlorure de zinc et de créatinine qu'il est très-facile de constater, soit à l'œil nu, soit au moyen du microscope. La troisième portion du liquide est introduite dans une éprouvette, puis mêlée à trois fois son volume d'alcool absolu. Au bout de douze heures, il apparaît, aux parois du vase, des cristaux ; ces cristaux sont du phosphate de soude neutre, à réaction alcaline ; leur analyse et la forme des cristaux le démontrent. On laisse le mélange séjourner pendant vingt-quatre heures encore. Il se forme de nouveaux cristaux sur les parois du vase ; ces cristaux sont du phosphate acide de soude, comme la forme des cristaux et l'analyse le prouvent. Le phosphate de chaux et de magnésie se formera en ajoutant de l'ammoniaque.

Voilà quels sont les résultats que nous avons obtenus dans nos recherches sur l'urine de l'homme. Nous allons continuer l'étude des principes des autres tissus. Vous voyez que, pour faire de l'anatomie, nous nous sommes servis de la chimie et du microscope comme moyen, nous n'avons pas fait de la chimie et de la microscopie, nous nous en sommes servis comme moyen tout comme de la polarisation. Dans le cours de nos recherches, nous pourrons nous servir tout aussi bien de la physique, en opérant dans le vide, en nous servant de la pression, par exemple, et cependant nous ferons toujours de *l'anatomie*.

II. — PHYSIOLOGIE.

1° DE L'ARRÊT PASSIF DES BATTEMENTS DU CŒUR PAR L'EXCITATION GALVANIQUE DE LA MOELLE ALLONGÉE ET PAR LA DESTRUCTION SUBITE DU CENTRE CÉRÉBRO-RACHIDIEN; par M. BROWN-SÉQUARD.

On sait que, dans ces dernières années, plusieurs physiologistes allemands, parmi lesquels Budge, Ed. et E.-H. Weber, et plus récemment Moritz Schiff, ont constaté que, lorsqu'on galvanise la moelle allongée, au niveau de l'origine des nerfs vagues, le cœur cesse presque subitement de battre. Cet état de repos du cœur ne consiste pas en une contraction persistante, mais bien — chose singulière! — dans l'absence même de toute contraction. Ce fait est si facile à reproduire, alors qu'on se place dans les conditions signalées par les expérimentateurs allemands, qu'il serait sans utilité de publier aujourd'hui qu'on a reconnu son existence, si des doutes émis récemment par M. Longet (TRAITÉ DE PHYSIOLOGIE. Paris, 1850, t. II, B. 2e partie, p. 211—12) n'avaient rendu une nouvelle affirmation nécessaire.

M. Longet déclare n'avoir pas réussi dans les tentatives assez nombreuses qu'il a faites à cet égard. Il lui est difficile d'admettre que la suspension de toute activité survienne brusquement dans un organe au moment où l'on commence à stimuler le système nerveux qui l'anime, attendu, dit-il, qu'un pareil phénomène est en opposition complète avec ce que les vivisections démontrent chaque jour aux expérimentateurs.

Avant de passer outre, nous ferons remarquer, à propos de ce *raisonnement*, qu'il s'agit ici d'un *fait* que des physiologistes éminents disent avoir vu et avoir montré à un grand nombre de personnes.

M. Longet ajoute : « Quand j'ai fait usage d'un courant électrique interrompu, le cœur a présenté des alternatives de contraction et de relâchement ; et quand j'ai employé un courant continu, il y a bien eu suspension momentanée des battements cardiaques, mais j'ai pu reconnaître, *de visu*, qu'il y avait alors contraction soutenue de l'organe et non dilatation passive; encore dois-je ajouter qu'il ne m'a jamais été possible d'obtenir un semblable effet en faisant agir le courant seulement sur l'appareil nerveux cardiaque, et qu'il m'a fallu placer l'extrémité de l'un des réophores sur le cœur lui-même. »

Ceci montre que M. Longet ne connaissait pas les procédés employés par les physiologistes allemands, car autrement il aurait su quelle espèce de courant il fallait employer, et quels sont les meilleurs lieux d'application des réophores. Il importe beaucoup de savoir où appliquer les conducteurs, car, suivant que l'application est faite dans tel endroit ou dans tel autre, on obtient des effets tout différents les uns des autres. Ainsi, quand les réophores sont appliqués l'un sur le cœur et l'autre sur le nerf vague ou sur la moelle allongée, on voit le cœur cesser de battre, mais par suite d'une contraction persistante. Si l'appareil galvanique employé est puissant, et si, au lieu d'agir sur un mammifère, on opère sur des batraciens, on voit le cœur se vider complètement du sang de ses cavités et de ses vaisseaux, et blanchir d'une façon très-remarquable.

Au contraire, lorsqu'on applique les deux extrémités des réophores sur la moelle allongée, au niveau de l'origine des deux nerfs vagues, ou bien sur ces nerfs eux-mêmes près de leur origine, on voit, quelquefois tout aussitôt, d'autres fois au bout de quelques minutes, le cœur cesser de battre sans contraction. Si le courant continue à agir, après l'arrêt passif des battements du cœur, celui-ci noircit et se gonfle de plus en plus, le sang y affluant toujours et n'en sortant plus. Cet état d'inactivité du cœur persiste de quelques secondes à quelques minutes, après que le courant a cessé d'agir. Dans certaines circonstances, l'immobilité du cœur n'est tout à fait complète qu'à partir du moment où l'on arrête le courant.

M. Brown-Séquard, à l'aide d'un appareil électro-magnétique énergique, a répété ces expériences devant la Société, qui a vu le cœur s'arrêter dans un cas, par cessation de toute contraction, et dans un autre, au contraire, par suite d'une contraction persévérante.

M. Longet dit qu'en employant un courant interrompu, il n'a vu que des alternatives de contraction et de relâchement. Nous devons croire que M. Longet a fait usage d'un appareil galvanique peu puissant, car c'est précisément à l'aide de courants interrompus qu'il est facile d'arrêter les battements du cœur, soit par l'effet d'une contraction persistante, soit par cessation de toute contraction.

On peut produire la suspension passive des battements du cœur d'une autre manière que par l'action du galvanisme sur la moelle allongée ou sur les nerfs vagues. M. Brown-Séquard a reconnu que c'est une suspension passive, c'est-à-dire une cessation de toute contraction, qui a lieu lorsqu'on enfonce subitement un stylet dans une grande partie de la longueur du canal vertébral, par une ouverture faite au crâne d'une grenouille. Cet arrêt passif des mouvements du cœur dure moins que celui produit par le galvanisme. Legallois et les commissaires de l'Institut, chargés de faire un rapport sur ses expériences (ŒUVRES DE LEGALLOIS, avec des notes de Pariset. Paris, 1830, t. I, p. 258) avaient vu qu'en détruisant, comme nous venons de le dire, le cerveau, la moelle allongée et une partie de la moelle épinière, on suspend les battements du cœur pendant quelques secondes, mais ils n'ont pas cherché si cette suspension tient à une contraction soutenue, ou à l'absence de toute contraction.

A l'occasion de cette communication, M. Cl. Bernard rapporte que dans les curieuses expériences que M. Magendie a faites sur l'influence comparative des racines antérieures et des racines postérieures des nerfs rachidiens, sur les mouvements du cœur, c'est aussi par suspension complète des contractions, et non par persistance d'une contraction qu'avait lieu l'arrêt momentané des battements. (Séances du 22 décembre 1849 et du 9 février 1850.)

2° DE LA CONSERVATION DE LA VIE, SANS TROUBLE APPARENT DES FONCTIONS ORGANIQUES, MALGRÉ LA DESTRUCTION D'UNE PORTION CONSIDÉRABLE DE LA MOELLE ÉPINIÈRE CHEZ DES ANIMAUX A SANG CHAUD; par le même.

Personne n'ignore que chez les animaux à sang chaud la mort a lieu, au bout d'un temps très-court, après la destruction d'une partie même fort peu étendue de la moelle épinière. De tous les physiologistes qui ont fait ces expériences, Wilson Philip et M. Flourens sont ceux qui jusqu'ici ont vu les plus longues survies. C'est sur des lapins qu'opérait Wilson Philip; il cite 3 cas d'assez longue survie : l'une a été de vingt-quatre heures, une autre de vingt-sept heures et enfin il y en a eu une de trente-cinq heures. Malheureusement, à part ce dernier cas, les portions de moelle détruites n'ont pas été désignées suffisamment. Sur l'animal qui survécut trente-cinq heures, on n'avait détruit qu'une partie très-minime de la moelle épinière, celle située sous la première vertèbre lombaire. M. Flourens a expérimenté sur des lapins, des cobayes, des chats, des chiens et des oiseaux. C'est sur un pigeon et sur une poule qu'il a vu la plus longue survie; ces deux animaux, sur lesquels toute la moelle depuis la dernière vertèbre costale jusqu'à sa terminaison avait été détruite, ont survécu près de deux jours.

M. Brown-Séquard, dans une communication faite à la Société il y a plus d'un an (le 2 décembre 1848), a annoncé que la destruction des parties de la moelle qui ne servent pas essentiellement à la respiration, était promptement mortelle, bien plus en raison de l'hémorrhagie, qui en résulte, que de toute autre cause. Il en donnait pour preuves : 1° que chez les animaux qui ont le sang peu plastique, comme sont les lapins, la mort a lieu après la destruction de la moelle lombaire, beaucoup plus vite que chez les oiseaux et les cobayes; ainsi il avait vu un cobaye survivre quatre jours et demi à cette destruction; 2° qu'en produisant par une blessure de l'artère fémorale chez un lapin la perte d'une quantité de sang, à peu près la même que celle perdue par un autre lapin de même taille, lorsqu'on détruit la moelle lombaire, il voyait l'animal mourir en général aussi vite après la seule hémorrhagie qu'après la destruction de la moelle; 3° qu'en rendant, par transfusion, à des lapins sur lesquels la moelle lombaire venait d'être détruite, une quantité de sang à peu près égale à celle que ces animaux avait perdue, il en avait vu plusieurs survivre de huit à dix jours à la perte de la portion de moelle indiquée.

En outre, M. Brown-Séquard avait vu que la destruction d'une très-petite partie de la moelle comme celle qui se trouve sous la dernière vertèbre dorsale et sous la première vertèbre lombaire, 'ne portait aucune atteinte à la vie des pigeons. Depuis trois ans, il en a montré plusieurs dans cet état, soit dans ses cours publics, soit à la Société, quand il a eu à faire voir des mouvements réflexes énergiques.

Tous ces faits l'ont conduit à tenter de nouvelles expériences. Il en a fait un grand nombre, et elles lui ont fourni ce résultat capital, savoir que chez les pigeons la vie peut subsister sans paraître troublée, malgré la destruction d'une portion de moelle épinière égalant la moitié de la longueur de ce centre nerveux.

M. Brown-Séquard se proposant de publier un mémoire développé à ce sujet, nous nous contenterons de rapporter ici quelques-unes de ses expériences et de signaler quelques-unes des conclusions qu'on en peut tirer. Il a montré plusieurs pigeons dans les quatre séances du mois ; sur l'un, la moelle était extirpée environ depuis la quatrième vertèbre costale jusqu'aux dernières vertèbres sacrées. Cet animal était opéré depuis dix-sept jours quand la Société l'a vu pour la première fois, le 2 février dernier; il vit encore. Ses pattes n'ont pas la moindre trace d'action reflexe, mais il n'en est pas de même de la queue; elle se meut énergiquement par action réflexe, ce qui est tout simple puisque la moelle caudale existe. Sur plusieurs autres pigeons très-jeunes, la moelle épinière a été détruite depuis à peu près la troisième vertèbre costale jusqu'à son extrémité caudale; il n'y a plus aucune trace d'action réflexe ni dans les pattes ni dans la queue. La longueur de cette partie de moelle est au moins la moitié de celle de l'organe entier. Ces animaux sont parfaitement vivants. Ils grandissent et gagnent en poids aussi vite que des pigeons intacts du même âge. La circulation, la respiration, la digestion et probablement les sécrétions qui servent à la digestion, la chaleur animale, la nutrition et enfin la production des plumes, paraissent exister comme à l'état normal. Les matières fécales et l'urine semblent physiquement ne différer en rien de celles rendues par des pigeons intacts. Chez les pigeons adultes la survie a lieu tout comme chez les jeunes pigeons.

Ces faits témoignent énergiquement contre les opinions émises par Legallois, par Wilson Philip, par Krimer, par Chossat, relativement à l'influence de la moelle épinière sur le cœur, sur l'estomac et les poumons, sur la sécrétion urinaire et sur la chaleur animale.

Dans la séance du 27 février, M. Brown-Séquard a montré un cochon d'Inde adulte paraissant très-vivant, sur lequel la moelle épinière était détruite depuis trois jours, à partir de la dixième vertèbre costale jusqu'à la queue de cheval. Cet animal a survécu sept jours à l'opération; il est mort de myélite.

3° RAPPORT SUR UN MÉMOIRE DE M. HIFFELSHEIM, INTITULÉ : QUELQUES OBSERVATIONS RELATIVES AU PHÉNOMÈNE DE LA CIRCULATION; par MM. CL. BERNARD et BROWN-SÉQUARD, rapporteur.

« Messieurs, vous nous avez chargés, M. Cl. Bernard et moi, de vous faire un rapport sur un mémoire que M. Hiffelsheim a lu à la Société.

Ce travail est intitulé : QUELQUES OBSERVATIONS RELATIVES AU PHÉNOMÈNE DE LA CIRCULATION. L'auteur commence par rappeler que, contrairement à la ma-

que la *circulation*, ou mieux le *cercle* soit complet, il faut que le sang, parti d'un point, y revienne; or c'est ce qui n'a lieu ni pour la petite ni pour la grande circulation.

Mais s'il n'y a qu'un seul cercle, qu'une seule circulation, il n'en est pas moins vrai que l'on peut compter tout autant de circuits qu'il y a de vaisseaux capillaires entre l'artère et les veines pulmonaires, d'une part, et entre les ramifications de l'aorte et les racines des veines caves, d'autre part. Ces circuits si multipliés se confondent tous dans deux portions de leur étendue, de telle sorte que la masse entière du sang doit nécessairement passer successivement par chacune de ces deux portions. Nous n'avons pas besoin de dire que ces deux parties du cercle circulatoire sont le cœur droit et le cœur gauche. Cela posé, quel est le temps que met la masse entière du sang à passer à travers un de ces cœurs, ou, en d'autres termes, quelle est la *durée d'une circulation complète?*

Tel est le problème que M. Hiffelsheim s'est proposé de résoudre. A ce sujet, il fait remarquer d'abord la différence qui existe entre la *durée* et la *vitesse* de la circulation. On peut trouver la *durée* du parcours du cercle vasculaire tout entier par la masse entière du sang, sans pour cela connaître l'*espace* parcouru par le sang. Il n'en est pas de même pour la *vitesse* de la circulation: pour la trouver, il est essentiel de connaître l'espace parcouru par le sang dans un temps donné. Ces différences établies, M. Hiffelsheim discute la possibilité de trouver la véritable vitesse de la circulation, et il arrive à cette conclusion, qui nous paraît très-juste, c'est qu'aujourd'hui il ne nous est guère possible de connaître que la vitesse du sang dans un vaisseau particulier, et non la vitesse de la circulation tout entière (1).

Les expériences de Hering, citées presque partout comme des expériences sur la *vitesse* de la circulation, ne sont pourtant que des recherches sur la *durée* de la circulation. On sait que ces expériences ont consisté dans la recherche du temps que met une substance, introduite dans une jugulaire de cheval, à se rendre soit à l'autre jugulaire, soit à un autre vaisseau. On voit que par là on peut trouver la durée du transport de cette substance d'un point à un autre, mais nullement quel espace elle a parcouru dans un temps donné. M. Hiffelsheim examine quelle confiance méritent ces recherches; il ne les croit propres qu'à donner une solution approximative du problème, mais il n'en repousse pas moins comme peu fondées les critiques adressées par M. Mattencci au procédé de Hering. M. Hiffelsheim a préféré employer un autre procédé, contre lequel s'élèvent moins de chances d'erreur. Étant connus les trois éléments que nous allons rapporter, rien n'est plus facile que de calculer *la durée d'une circulation de la quantité totale du sang* chez un individu donné. Mais s'il n'y a à cet égard aucune difficulté, il n'en est malheureusement pas de même pour l'estimation des trois éléments en question. C'est ce que va nous montrer l'examen de ces éléments, qui sont: 1° la quantité totale de sang possédée par un homme; 2° la quantité de sang qui est chassée du ventricule gauche à chaque systole; 3° le nombre des systoles dans un temps donné.

« 1° Relativement à la quantité totale de sang que possède un homme adulte, nous n'avons que des approximations, dont la meilleure assurément est celle donnée par Valentin, qui estime que la quantité de sang chez l'homme adulte est de 12 à 14 kilogrammes. 2° Relativement à la quantité de sang chassée du ventricule gauche à chaque systole, on ne la connaît que par la mesure de la capacité de cette cavité musculaire, et en supposant qu'elle se vide presque complètement à chaque contraction. M. Hiffelsheim s'est servi à cet égard des chiffres fournis par M. Cruveilhier, sur la capacité du ventricule gauche. Nous croyons qu'il aurait pu trouver une moyenne plus vraie dans des recherches publiées récemment en Allemagne et en Angleterre. Il n'a pas fait preuve à cet égard de l'érudition qu'il montre dans les autres parties de son mémoire. 3° Relativement au nombre des systoles ventriculaires dans un temps donné, M. Hiffelsheim a eu tort, pensons-nous, de se servir des chiffres obtenus par M. Rameaux, qui n'a expérimenté que sur des militaires. Nous regrettons qu'il n'ait pas fait usage des belles recherches du docteur Guy sur le pouls.

» En se servant des données qui précèdent, M. Hiffelsheim a obtenu les résultats suivants: 1° avec les chiffres les plus forts, il trouve que la durée totale d'une circulation de toute la masse du sang est de trois minutes et trente-cinq secondes. 2° Avec les chiffres les plus faibles, il trouve que cette durée est d'une minute et quarante-six secondes. Entre ce maximum et ce minimum, la moyenne est de deux minutes et quarante secondes. Il suit de là que, *chez un homme adulte, la masse entière du sang met deux minutes et quarante secondes à opérer une circulation complète.*

» En calculant sur les mêmes bases, un auteur allemand, dont l'ouvrage était inconnu à M. Hiffelsheim, avait déjà trouvé une approximation de la durée d'une circulation complète. (Voyez Günther, LEHRBUCH DER PHYSIOLOGIE, 1847, t. II.) Le chiffre qu'il donne est inférieur à celui de M. Hiffelsheim, ce qui tient surtout à ce que le nombre des systoles pris par ce dernier est plus grand que celui employé par M. Günther. La durée de la circulation totale est, suivant M. Günther, d'environ une minute et vingt-deux secondes.

(1) C'est là ce que Huttenheim a récemment essayé de faire sous la direction de Volkmann. Le procédé employé par ces physiologistes n'est malheureusement pas à l'abri de toute cause d'erreur. Quoi qu'il en soit, voici quelques-uns des résultats obtenus.

La vitesse du sang a été trouvée:

De 273 millimètres par seconde dans la carotide gauche d'un chien.					
De 546	id.	id.	id.	id.	d'un cheval.
De 631	id.	id.	id.	id.	id.
De 318	id.	id.	id.	id.	d'une chèvre.

» Ainsi qu'on peut le voir par ce court exposé, le travail de M. Hiffelsheim est très-intéressant; il démontre chez l'auteur un excellent jugement, uni à des connaissances qui paraissent étendues. Il donne à un important problème de physiologie une solution qui s'approche beaucoup de la vérité. En conséquence vos commissaires vous proposent de voter des remercîments à M. Hiffelsheim pour son très-intéressant mémoire. Ils regrettent que ce travail soit trop étendu pour vous demander de le faire publier. »

Les conclusions de ce rapport, mises aux voix, sont adoptées.

4° DE LA TRANSMISSION CROISÉE DES IMPRESSIONS SENSITIVES PAR LA MOELLE ÉPINIÈRE; par M. BROWN-SÉQUARD.

Dans une communication faite à la Société il y a quelques semaines (voyez COMPTE RENDU DES SÉANCES DE LA SOC. DE BIOL., n° 12, décembre 1849, p. 192), M. Brown-Séquard a démontré que la transmission des impressions sensitives, pour le train postérieur, se fait d'une manière croisée, c'est-à-dire que c'est la moitié droite de la moelle qui transmet au centre percepteur les impressions sensitives faites sur le côté gauche du train postérieur, et *vice versâ*. Aujourd'hui M. Brown-Séquard vient montrer qu'il en est de même pour le train antérieur que pour le postérieur. Il fait voir un vigoureux cobaye sur lequel la moitié latérale *droite* a été coupée transversalement à la hauteur de la troisième vertèbre cervicale. L'animal peut encore se tenir debout sur ses quatre membres; il peut même marcher. Mais pour peu qu'il se presse ou qu'on l'excite, il tombe sur le côté *droit*. Il y a paralysie incomplète du mouvement volontaire de ce côté. La sensibilité est intacte, sinon exagérée, à *droite;* à *gauche*, les deux membres et les parties qui les séparent sont à peine sensibles surtout les membres postérieurs.

L'autopsie étant faite, il fut constaté que toute la moitié latérale *droite* de la moelle était coupée, à l'exception d'une très minime partie du cordon antérieur.

M. Brown-Séquard a toujours obtenu, quant à la sensibilité, des résultats analogues à ceux qui précèdent, dans les cas très-nombreux où il a fait cette expérience. Quand, au lieu de couper seulement une moitié latérale de la moelle, il empiétait sur l'autre moitié, de manière à en couper une très-faible partie, la sensibilité n'en subsistait pas moins du côté du corps où la moitié de la moelle était coupée, et il n'y en avait plus trace de l'autre côté, dans les parties recevant des nerfs nés de la moelle en arrière de l'endroit où existait la section.

Quelques membres ayant demandé si la persistance de la sensibilité dans le côté du corps où une moitié latérale de la moelle a été coupée transversalement, ne pourrait pas être expliquée par des anastomoses existant entre les nerfs qui naissent au-dessus et ceux qui naissent au-dessous du point coupé, M. Brown-Séquard répond que non-seulement l'anatomie n'est aucunement favorable à cette hypothèse, mais qu'il y a des raisons capitales qui la rendent absolument inadmissible. Ainsi: 1° S'il était vrai que la persistance de la sensibilité fût due aux anastomoses supposées, il est évident que la sensibilité ne devrait pas être ou perdue ou grandement diminuée du côté où la moelle n'a pas été coupée, puisque de ce côté aussi les mêmes anastomoses existent. 2° Si au point même où une moitié latérale de la moelle a été coupée, on coupe l'autre moitié latérale, tout aussitôt la sensibilité, qui était conservée dans les parties qui recoivent leurs nerfs de la moitié latérale de moelle située du côté et en arrière de la première section, se trouve complétement perdue. Or rien n'a été changé dans les prétendues anastomoses de ce côté; donc elles ne servent pas à la transmission des impressions sensitives.

Nous pourrions joindre d'autres preuves à celles-là, si elles ne nous semblaient plus que suffisantes. (23 février 1850.)

(La suite au prochain numéro.)

BIBLIOGRAPHIE.

DARSTELLUNG DER RHEUMATISCHEN KRANKHEITEN AUF ANATOMISCHER GRUNDLAGE. EXPOSÉ DES MALADIES RHUMATISMALES, D'APRÈS LES PRINCIPES ANATOMIQUES; par le docteur ANDR. GOTTSCHALK. — In-8° de 228 pages. — Cologne, 1845.

Dans une introduction, qui comprend l'historique des rhumatismes, l'auteur divise en trois catégories les divers auteurs qui ont parlé de cette affection.

La première catégorie (Sauvages, Cullen, Schonlein, etc.), considère le rhumatisme comme une affection générale, fonctionnelle, comme une maladie des humeurs.

La deuxième catégorie (Sydenham, Barthez, Pinel, Trousseau, Piorry, Bouillaud, etc.), en cherchant à établir les phénomènes *formels* du rhumatisme, en fait une maladie locale.

La troisième catégorie (Boerhaave, Latour, Chomel, Roche, Eisenmann, etc.), comprend les empiriques éclectiques; ils résument les deux autres catégories pour définir la maladie.

Voici les données fournies sur l'anatomie pathologique dans le rhumatisme articulaire:

1° Il n'affecte que le système séreux, et spécialement les membranes synoviales et les membranes généralement désignées comme synoviales, dans l'ordre de fréquence suivant;

Les membranes synoviales . . .	9 fois sur 32 cas,	les 9 32es.
Le péricarde.	7 —	—	les 7 —
L'endocarde.	5 —	—	les 5 —
La plèvre et le péricarde. . . .	5 —	—	les 5 —
La plèvre	3 —	—	les 3 —
Le péritoine.	2 —	—	les 2 —
L'arachnoïde	3 —	—	les 3 —
L'arachnoïde et la plèvre. . . .	2 —	—	les 2 —
La plèvre et la poitrine.	1 —	—	le 1 32e

Puis viennent la sclérotique, les membranes synoviales des intestins musculaires et tendineux, les feuillets séreux de la vessie, des intestins, la tunique vaginale, l'arachnoïde et la pie-mère vertébrale, etc. Le rhumatisme ne laisse pas de traces dans les autres tissus, tels que les membranes fibreuses, les muscles, les nerfs; il n'affecte pas les parenchymes des organes.

2° Les altérations produites par le rhumatisme dans les membranes séreuses et observées sur le cadavre sont les suivantes:

a. L'hypercrinie, une augmentation de la sécrétion normale sans hypérémie; on ne doit pas regarder cet état comme un degré inférieur d'inflammation;

b. Les épanchements de couleur jaune ou orangée, sans altération des membranes séreuses;

c. L'hypérémie simple sans épanchement;

d. L'hypérémie avec de fausses membranes et des épanchements de diverse nature;

e. La suppuration.

Néanmoins l'auteur voit dans l'affection rhumatismale, relativement au siége et à la nature du mal, « une affection simultanée, ou à peu d'intervalle, de plusieurs membranes synoviales ou séreuses, sans rechercher si la raison première n'est pas dans le système nerveux. »

Les modifications du sang constituent, à son avis, des altérations secondaires.

Quant à la symptomatologie du rhumatisme, il établit trois formes principales:

1° Le rhumatisme externe, où les membranes synoviales sont seules intéressées;

2° Le rhumatisme interne, où les membranes séreuses sont seules intéressées;

3° Le rhumatisme général, où les membranes synoviales et séreuses sont à la fois intéressées.

Le pronostic, en général favorable pour le rhumatisme externe, est grave pour le rhumatisme général avec hypérémie, exsudation, surtout lorsque des organes tels que le cœur, la plèvre, le péritoine, l'arachnoïde, sont intéressés.

L'étiologie du rhumatisme n'est pas aussi satisfaisante pour l'esprit, et ne porte pas le caractère de critérium et d'exactitude que nous avons trouvé jusqu'ici. La première occasion pathogénique venant à agir sur le système séreux en général, déjà disposé de lui-même à contracter des maladies, suffira pour produire des phénomènes anormaux, lesquels pourront prendre le type rhumatismal.

Dans le troisième chapitre, l'auteur s'occupe du traitement; il rejette, et avec raison, tous les soi-disant spécifiques: seulement nous lui reprocherons d'être un peu trop sévère. Ainsi il n'accorde de confiance ni aux saignées générales ou locales, ni au froid, ni à la méthode endermique, ni aux remèdes. « Ne devons-nous pas, dit-il, croire à la vertu curative de la constitution elle-même qui a pu sortir victorieuse de la lutte avec et sans remèdes, lorsqu'on voit Bouillaud préconiser les saignées, Aran le nitrate de potasse, Briquet la quinine, Eisenmann le vin de colchique, et d'autres la digitale, l'iodure de potassium, la résine de gayac, etc. »

Le docteur Gottschalk établit son traitement du rhumatisme d'après les phénomènes *formels* de la maladie.

Ainsi, pour le *rhumatisme externe, hypercrinique*, on peut arriver de deux manières à faire disparaître le liquide hypercrinique, comme substratum matériel de la maladie:

1° En empêchant une plus grande quantité de liquide de se produire dans la cavité synoviale, et en déterminant la résorption de l'épanchement;

2° Si le premier mode n'est pas applicable, en dirigeant le liquide au dehors.

La méthode du premier précepte consiste dans la compression méthodique, reconnue depuis longtemps comme le moyen le plus efficace de provoquer la résorption des liquides épanchés. Le bandage amidonné de Seutin est employé par l'auteur. Les parties malades doivent être laissées dans un repos absolu, afin d'éviter tout dérangement dans l'appareil et un tiraillement dans les membranes synoviales.

Trois observations rapportées par l'auteur ne nous paraissent cependant pas suffisantes pour juger une méthode de traitement qui, selon lui, est « seule capable d'arrêter les progrès de la maladie, parce qu'elle y remédie dans l'endroit d'abord affecté. »

La ponction suivie de la compression avec un bandage inamovible paraît indiquée, dans des hypercrinies si développées que la moindre pression est insupportable.

Quant aux moyens indirects capables de faire disparaître l'hypercrinie, les plus sûrs sont les exutoires, et parmi eux les vésicatoires.

Rhumatisme externe hypérémique. — L'indication à remplir est d'enlever l'hypérémie locale; on y arrive par l'emploi de moyens qui agissent sur tout le corps, et amènent une hypérémie avec sécrétion de la peau, qui dans cette forme de maladie est surtout sèche. Les bains chauds, le massage, les bains de vapeur, seront d'abord employés; s'ils sont insuffisants, on aura recours aux sinapismes et enfin aux vésicatoires.

Traitement du rhumatisme général. — La saignée est le grand moyen à employer contre les affections des séreuses; elle débarrasse de l'engorgement secondaire où ils sont, les organes que les séreuses enveloppent. Comme moyens topiques, il ne faut pas oublier les vésicatoires, que ni les sangsues ni les ventouses ne sauraient remplacer.

Quant aux médicaments, on doit les choisir d'après les principes suivants: 1° pour faire cesser une complication quelconque, et alors les émétiques seront indiqués; cependant ils sont contre-indiqués dans les affections de la séreuse intestinale; 2° pour dériver sur le système absorbant (salpêtre, colchique, digitale); 3° pour déterminer une absorption supplémentaire (mercure, émétique).

Hypercrinie de l'arachnoïde. — Large saignée; vésicatoire à la nuque, au cou; calomel à haute dose; position élevée de la tête; chambre avec demi-jour.

Hypercrinie de la plèvre. — Large saignée; large vésicatoire *loco dolenti*; calomel ou mercure à haute dose; avec la salivation la maladie a été interrompue. Boisson abondante; ponction.

Hypercrinie de la plèvre. — Saignée; émétique à haute dose; large vésicatoire; médicaments déprimants.

Même traitement dans l'hypérémie exsudative de la plèvre. Quand l'affection n'est pas bien déclarée, mercure avec opium.

Hypérémie de la plèvre costale. — Vésicatoire; bain chaud; transpiration.

Hypérémie du péricarde. — Lorsque l'épanchement est peu considérable, vésicatoire, émétique, puis calomel; s'il est abondant, large saignée. Outre les moyens déjà cités, si le mal traîne en longueur, mercure avec opium. (Ponction du péricarde?)

Hypérémie exsudative du péricarde. — Saignée jusqu'à lipothymie; large vésicatoire sur la région du cœur; calomel avec digitale; lavement excitant. Dans les cas chroniques, calomel ou iodure de mercure avec opium et vésicatoire.

Hypérémie de l'endocarde. — Diaphorétique; vésicatoire.

Hypérémie exsudative de l'endocarde. — Même traitement que la péricardite.

Hypercrinie du péritoine. — Saignée ou sangsues à l'anus, suivant la quantité de l'épanchement; large vésicatoire; émétique; calomel; lavements.

Hypérémie simple. — Bain chaud; vésicatoire; opium.

Hypérémie exsudative. — Large saignée; vésicatoire; calomel; lavements; applications de glace.

L'ouvrage se termine par deux appendices, dont l'un est consacré à un parallèle différentiel entre la goutte et le rhumatisme, et dont l'autre renferme 32 observations de rhumatismes prises dans les divers auteurs, avec les formes et les complications que nous avons passées en revue dans le cours de cet ouvrage.

Si maintenant nous jetons un coup d'œil général sur ce traité des rhumatismes, nous serons forcé d'avouer qu'il n'y a rien d'inconnu, peut-être un peu trop d'exclusivisme de la part d'un homme d'ailleurs bon observateur, et doué d'un esprit judicieux. Lorsqu'on veut mettre quelque chose à la place de ce qu'ont fait les autres, il faut, avant de rejeter entièrement leurs méthodes, être bien assuré que celui qui vous suivra, encouragé par votre exemple, n'imitera pas votre conduite.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — DE L'EMPLOI DES VÉSICATOIRES VOLANTS DANS LE RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU.

L'Académie de médecine, pour décharger ses ordres du jour un peu encombrés, à ce qu'il paraît, a pris le parti d'admettre coup sur coup à la lecture plusieurs rapports, dont elle a renvoyé la discussion aux séances prochaines. C'est là une économie de temps un peu illusoire, et qui n'est pas d'ailleurs sans inconvénient. Il faudra toujours sacrifier tôt ou tard un temps équivalent à celui qu'on gagne aujourd'hui, et il est à craindre que ce ne soit plus avec le même avantage quand la première impression des rapports sera effacée. M. Martin-Solon a paru tenir beaucoup à prendre son tour mardi, en rappelant qu'il était inscrit *depuis deux mois*. Nous nous demandons de quel profit cela peut être pour lui, d'autres rapports devant venir avant le sien à la discussion. Il est heureux que celui dont M. Bouley jeune a donné également lecture dans la dernière séance, et relatif au *débridement dans les fistules de la jugulaire chez le cheval*, ait passé à peu près sans observations; ou l'eût renvoyé rejoindre les autres; c'eût été, si nous ne nous trompons, le quatrième.

Le travail qui a été l'objet du rapport, très-sage et très-consciencieux, de M. Martin-Solon, soulève une question importante de thérapeutique, décomposable elle-même en une question de fait et une question théorique. En fait, l'auteur du mémoire, M. Dechilly, médecin de l'hôpital de Vaucouleurs (Meuse), affirme que l'usage de larges vésicatoires volants sur *toute l'étendue* des articulations malades, *pendant la période la plus aiguë* de l'arthritis, en diminue la violence et en abrège la durée. L'épispastique est appliqué de telle manière que toute la synoviale puisse être influencée par son action. A mesure que l'affection articulaire se déplace, on la poursuit d'articulation en articulation jusqu'à ce qu'elle ait cédé définitivement. Les effets immédiats de cette médication sont: de déterminer d'abord une douleur superficielle, fort aiguë à la vérité, mais peu durable, inférieure en degré à celle qu'engendre le rhumatisme lui-même, et par conséquent facile à supporter; de diminuer notablement, dès le lendemain de la vésication, le gonflement et la douleur rhumatismales; de faire tomber rapidement la fièvre. Et l'auteur ajoute que ces effets ont lieu sans que l'application des vésicatoires, quelque répétée qu'elle soit et malgré l'absence du camphre ou du nitre à leur surface, détermine le moindre accident du côté des voies urinaires. Bien plus, il les a vus, assure-t-il, diminuer une dysurie préexistante.

Tels sont, au dire de M. Dechilly, les premiers effets de la vésication. Quant aux résultats définitifs, ils ne sont peut être pas exprimés dans le rapport d'une manière assez rigoureuse pour qu'on puisse, sur cela seul, s'en former une idée exacte. L'arthrite a été *quelquefois* guérie en cinq ou six jours; mais dans d'autres cas elle a duré beaucoup plus longtemps, quinze, dix-huit jours et même davantage.

Effets immédiats ou résultats définitifs, M. Martin-Solon est venu tout confirmer par ses propres expériences. Lui aussi a vu, dans bon nombre de cas, les vésicatoires emporter la douleur et atténuer la réaction fébrile avec une promptitude remarquable. Jamais non plus, entre ses mains, la médication n'a entraîné le moindre accident. Chez un sujet, l'urine donna, le troisième et le quatrième jour de l'application vésicante, un précipité albumineux par l'acide nitrique; mais la miction ne fut pas douloureuse. Chez un autre, qui subit *à la fois* l'action de cinq vésicatoires, l'urine fut très-légèrement précipitable, mais la douleur en urinant si faible que le sujet ne l'avait pas accusée avant qu'on eût attiré son attention de ce côté. Le rapporteur n'a pas spécifié, du reste, le nombre de ses expériences ni la durée moyenne de la maladie: il a fait seulement remarquer que la vésication n'a que des avantages topiques, et n'empêche ni la propagation du rhumatisme aux autres articulations ni les recrudescences.

A quel point ces éléments d'appréciation sont-ils susceptibles de recommander, toujours au point de vue pratique, la méthode vésicante dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu? Ce n'est pas sans raison que nous avons distingué plusieurs ordres de résultats, ceux qui affectent la lésion locale et les symptômes de réaction qui en dépendent, et ceux qui concernent l'ensemble de la maladie. Avec les documents que le rapport de M. Martin-Solon met en notre possession, il est impossible de déterminer la part qui peut revenir à la médication vésicante dans la marche générale du rhumatisme. La durée totale de l'affection a-t-elle été abrégée? Cela est probable, puisque les diverses localisations dont se compose la maladie ont été avantageusement influencées par la médication; mais cette abréviation a-t-elle été aussi grande que celle à laquelle prétendent, soit la méthode des saignées répétées, soit la méthode contro-stimulante par le tartre stibié, le sulfate de quinine ou le nitrate de potasse. C'est ce qu'il est impossible d'affirmer. M. Dechilly regarde surtout comme insuffisantes la médication antiphlogistique et la médication nitrée; toutes deux pourtant affichent des résultats aussi beaux au moins que ceux qu'il attribue à la médication vésicante. M. Bouillaud fixe à sept ou huit jours en moyenne la durée du rhumatisme traité par les saignées coup sur coup, et le rapporteur lui-même, dans un travail lu il y a quelques années devant l'Académie, a proclamé la haute efficacité du nitrate de potasse. Il importe d'ailleurs d'ajouter que M. Dechilly a souvent fait précéder la vésication d'évacuations sanguines, et bien que le rapporteur regarde ce moyen supplémentaire comme impuissant à faciliter la tolérance pour les vésicatoires aussi bien qu'à favoriser leur action résolutive et à enrayer la marche envahissante du rhumatisme, c'est pourtant une circonstance dont il est impossible de ne pas tenir compte dans l'appréciation de la méthode.

Mais si, ni le mémoire de M. Dechilly, ni le rapport de M. Martin-Solon, ne permettent d'asseoir un jugement assuré sur la valeur comparative de la médication vésicante, ils donnent, selon nous, la preuve suffisante de son efficacité contre les symptômes locaux du rhumatisme aigu et contre l'appareil fébrile concomitant. Stoll l'avait dit depuis longtemps et l'expérience moderne le confirme, rien ne vaut peut-être l'application de larges vésicatoires pour apaiser la douleur et diminuer le gonflement des articulations rhumatisées. C'est un résultat très-important en soi, puisqu'il rend aux malades le calme et le sommeil, mais qui a encore un avantage consécutif, celui de neutraliser, pour ainsi dire, à mesure qu'elles se produisent, les atteintes locales de l'affection rhumatique et de prévenir ainsi de plus graves désordres dans les articulations.

Comment, dit-on! vous ne craignez pas d'appliquer des rubéfiants énergiques sur des parties en proie à une violente phlegmasie! Mais au lieu d'emporter le mal, vous allez lui donner de nouveaux aliments! C'est là ce

---

Feuilleton.

GALERIE MÉDICALE.

N° XIX.

PARISET (ÉTIENNE).

(Suite et fin.)

..... *Extinctus amabitur idem.*
(HORAT., lib. II, epist. I.)

Non-seulement, en effet, les éloges de l'illustre secrétaire perpétuel étaient remplis de ce charme de style qu'il possédait au plus haut degré, mais il savait les prononcer avec le plus attachant prestige. Quiconque n'a pas vu Pariset dans le temps où son talent était à toute sa hauteur, n'a pas l'idée de l'orateur parfait, *dicendi peritus*. Le timbre clair et plein de sa voix, cette voix douce, sonore, modulée, où l'accent de l'âme se faisait sentir, frappait tout d'abord et agréablement l'oreille; puis venait l'animation mimique et pourtant modérée qui soutient et colore la pensée, l'habileté profonde de savoir à propos élever, baisser, ménager sa parole, accentuer le mot, varier l'intonation, presser la phrase ou la ralentir, disposer avec soin la saillie du trait final, presque toujours suivi d'applaudissements: tels furent les moyens qu'il employa avec un tact parfait, avec un discernement exquis. Et qu'on ne croie pas que ces dernières expressions soient exagérées: nullement, car la manière de Pariset n'avait rien d'affecté, rien d'emphatique. Son art était si consommé qu'il semblait tout à fait naturel, facile et comme d'instinct, sans trop solliciter l'applaudissement et quêter le bravo. Aussi porta-t-il dans les esprits la conviction, la persuasion, l'assentiment les plus complets à toutes ses assertions, et nul n'a mieux prouvé que l'éloquence, comme on l'a dit, est tout à la fois une *force* et une *lumière*. Avouons pourtant qu'il ne fut pas toujours aussi heureux, notamment dans les derniers temps. Sa voix devint sans éclat et sans mordant; le souffle de l'inspiration, cette verve, ce coloris, cet entrain qui le caractérisaient, semblèrent défaillir jusqu'à un certain point, bien qu'il fût toujours vif, élégant, fleuri, et un éloquent *dupeur d'oreilles*. Pariset, comme tous les artistes, eut son bon temps et son éclat. Était-ce réellement l'effet des progrès de l'âge? Était-ce lassitude de ce rude métier de louangeur officiel, car il se disait condamné aux travaux forcés d'un panégyrique continuel? Et pourtant, même dans les derniers temps de sa vie, il eut de brillants retours, et jamais il ne fut médiocre. Son style conserva un tel prestige qu'on oubliait, comme autrefois, le fond austère et scientifique de ses discours pour ne se souvenir que des grâces de la forme et du charme pittoresque des images. Son débit même, à l'aide de quel-

côté théorique de la question que nous signalions en commençant. M. Rochoux l'a abordé avec sa franchise ordinaire, et il a déclaré que la méthode vésicante, dans le traitement du rhumatisme aigu, *ne pouvait que faire un mal affreux*, par la raison que le rhumatisme aigu est une inflammation. M. Rochoux, nous nous plaisons à le reconnaître, n'aime pas à se payer de mots. Nous craignons bien pourtant que, en cette circonstance, il n'ait dérogé à ses habitudes. Que l'on donne le nom d'inflammation ou de phlegmasie à un certain ordre de phénomènes organiques caractérisés extérieurement par de la rougeur, de la chaleur et de la douleur, rien ne s'y oppose; nous faisons généralement assez bon marché des mots; mais il ne faudrait pas puiser, dans leur sens métaphorique, la règle d'un traitement. Quelle est la raison physiologique qu'on puisse invoquer contre l'application de la méthode vésicante aux troubles organiques dits inflammatoires? Il n'y en a aucune. On ne sait pas essentiellement ce que c'est qu'une phlegmasie. Parmi les lésions qu'on désigne sous ce nom, il en est qui guérissent par les émollients, d'autres par les astringents, d'autres par les caustiques, etc.; une solution d'hydrochlorate de soude appliquée sur une patte de grenouille y développe une rougeur que l'alcool fait promptement disparaître; autant de preuves évidentes que sous l'analogie extérieure des symptômes se cache une différence de nature intime. Et souvent, c'est dans les maladies dont le type inflammatoire est le mieux caractérisé qu'on voit réussir des moyens en apparence irritants, particulièrement les vésicatoires. On les a appliqués avec le plus grand succès au bean milieu de rougeurs érysipélateuses ou sur des pustules varioliques trop turgescentes, ainsi que l'a rappelé M. le rapporteur. Le rhumatisme aigu est-il une inflammation? Oui, dans le sens convenu du mot, et si l'on regarde seulement aux altérations locales. Mais qu'importe! quelle induction en pourrait-on tirer contre l'emploi des vésicatoires, qui ne fût repoussée à l'instant par l'expérience thérapeutique? Que signifient en réalité ces localisations multiples et successives de l'affection rhumatismale? Très-probablement qu'un principe morbide parcourt l'économie et cherche une issue (quelle que soit la cause déterminante de cette élection) par les surfaces articulaires. Le travail organique dont ces surfaces deviennent le siége ne sont peut-être qu'un effort d'élimination. Qui peut dire dès lors qu'il n'y ait pas avantage à faciliter cet effort et que les vésicants n'en offrent pas le moyen?

Là-dessus, nous n'en sommes encore qu'à l'expérimentation. Acceptons-en les résultats, tels quels. C'est le plus sage, du moins suivant notre humble jugement.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

RECHERCHES SUR LA CONSTITUTION PATHOLOGIQUE DES GRANULATIONS PALPÉBRALES; par M. HAIRION, membre adjoint à l'Académie de médecine de Belgique.

Le sujet que j'aborde a été traité si souvent, et par des hommes que je tiens en si haute estime, que j'ai hésité longtemps si je communiquerais actuellement ce travail à l'Académie, ou si j'attendrais pour le faire que de nouvelles recherches, des faits plus nombreux, vinssent confirmer des opinions qui diffèrent presque en tous points de celles de mes prédécesseurs.

En présentant aujourd'hui ce travail à la compagnie, j'ai voulu apporter à la solution d'une question sur laquelle l'attention des médecins de l'armée vient, par des travaux récemment publiés, d'être appelée de nouveau, les éléments que ma position m'a mis à même de recueillir.

Ne semblerait-il pas qu'après les nombreux travaux qui ont été publiés sur les altérations pathologiques de la conjonctive dans l'ophthalmie de l'armée, ce sujet dût être entièrement épuisé? Il s'en faut cependant de beaucoup, et la confusion qui règne à cet égard est telle qu'il n'est peut-être pas un seul point de cette question qui ne soit aujourd'hui encore l'objet d'interprétations les plus diverses, d'opinions les plus contradictoires.

Je m'estimerais très-heureux si, en intervenant dans cette discussion, je parvenais à jeter quelque lumière sur une question à la solution de laquelle se rattachent de si grands intérêts; car, dans ma conviction, la fixation définitive du traitement de l'ophthalmie de l'armée, si toutefois elle est possible, est à tout entière; et aussi longtemps que ce traitement ne reposera pas sur des données anatomo-pathologiques positives, aussi longtemps que nous ignorerons la nature, le mode d'évolution, les circonstances au milieu desquelles se développent les altérations de la conjonctive que nous voyons apparaître dans cette maladie, aussi longtemps enfin qu'on n'aura pas défini la part qui revient, dans la production de ces altérations, à la cause spéciale de l'ophthalmie, au travail inflammatoire qui l'accompagne, aux agents thérapeutiques employés, tout sera vague, incertain, empirique, dans les mesures et le traitement dirigés contre ce fléau.

Mais d'où vient donc ce défaut d'entente sur un sujet si restreint en apparence, et qui depuis trente ans a exercé l'intelligence de tant d'hommes éminents, et a été de leur part l'objet des recherches les plus minutieuses? On peut à cela assigner plusieurs causes: la première, et aussi la plus importante de toutes, c'est l'ignorance dans laquelle nous nous trouvions naguère encore relativement à la structure intime de la conjonctive. Pour les uns, cette membrane est munie d'un corps papillaire, de glandes muqueuses, de villosités; pour d'autres, elle n'est pourvue que d'une partie de ces éléments ou même ne possède aucun d'eux; les uns reconnaissent le passage de la conjonctive avec tous ses éléments constitutifs au devant de la cornée, tandis que d'autres se refusent à admettre ce passage, ou ne l'accordent que pour l'épithélium seulement, ou l'épithélium et le corion, et non pour les granules muqueux. Il en est enfin qui vont jusqu'à contester à la conjonctive les attributions des membranes muqueuses, parmi lesquelles les médecins, depuis Bichat, l'ont généralement rangée.

Une autre cause qui a beaucoup contribué également à augmenter cet état de confusion, c'est la diversité d'altérations que présente la conjonctive chez ceux qui ont longtemps souffert de l'ophthalmie de l'armée, et la difficulté, au milieu de ce dédale, d'apprécier ce qui est primitif de ce qui est consécutif, de ce qui n'est que la suite du travail inflammatoire, de l'action des agents thérapeutiques mis en usage, et de diverses autres circonstances susceptibles de compliquer l'altération première et essentielle.

On comprend, d'après ce qui précède, toute l'utilité d'avoir des idées nettes, précises, sur l'organisation intime de la conjonctive, avant de pouvoir en étudier avec fruit les diverses altérations pathologiques. Ce motif m'engage à faire précéder ce travail d'une description rapide de cette mem-

---

ques moyens tenant à la prothèse, n'avait pas tellement baissé que le mot de Desgenettes, de caustique mémoire, « Pariset a très-bien fait et même *très-bien joué* son discours, » ne lui fût encore applicable.

Mais ce n'était pas seulement dans les éloges de cérémonie académique que Pariset faisait briller les éminentes qualités de son esprit; on les retrouvait aussi dans les petits discours que, d'après une pieuse et noble coutume, il prononçait sur la tombe des membres de l'Académie, et qu'à l'imitation de Vicq-d'Azyr, il appelait ses *Toussaint*. Rien de plus fini, de plus gracieusement écrit et pensé que quelques-uns de ses discours, qu'il prodiguait volontiers, et qu'on aimait à entendre. Non-seulement la trame chatoyante de son style s'y faisait remarquer, mais on y sentait comme l'élan du cœur, comme l'explosion d'un sentiment profondément triste qu'il épanchait au sein de ses collègues et qui toujours trouvait de l'écho; car Pariset, très-sensible lui-même, savait faire vibrer certaines cordes de l'âme qui ne résonnent que dans de graves circonstances.

Cette sensibilité exquise et remarquable de l'illustre écrivain tenait profondément à sa manière d'être, en un mot à son caractère. Tous ceux qui l'ont connu savent que ce caractère était essentiellement bon, mais, il est permis de le dire, sans tenue, sans consistance (1). Esprit spontané, mobile, variable, grave, sérieux, léger, allant de lumière en lumière comme le papillon, on pouvait considérer son caractère comme le reflet de ces qualités; presque toujours c'était le faisceau délié, c'était l'onde agitée et fluctuante, c'était la *rose des vents*. Esclave du moment, de la circonstance, du temps qu'il faisait, de l'homme à qui il parlait, de l'état actuel de sa santé, Pariset présentait un caractere parfois si fluant, si glissant, qu'on ne savait par où le prendre. Se laissant aller à tous les souffles de l'enthousiasme, on trouvait en lui une disposition éminemment facile à admirer, à s'indigner, à compatir, à sourire, à pleurer. Il était d'ailleurs si bienveillant qu'il promettait toujours, qu'il promettait à tous, et j'ajoute qu'il promettait sincèrement, car il dédaignait cette apparence de bonté, cette hypocrisie de bon cœur et de bonhomie si communes aujourd'hui, jamais sa plume n'a trempé dans l'eau bourbeuse et caustique de l'envie. On l'entendait répéter: « Il y a de *sales recoins dans le cœur humain*, mais je n'en suis pas moins le prochain de tout le monde, et me voilà prêt à obliger. » Malheureusement l'exécution ne répondait pas toujours aux offres et aux promesses, car deux conditions manquaient: la première, se rappeler ces promesses, la seconde, une certaine persévérance dans les moyens d'atteindre le but. Pariset avait certainement l'enthousiasme du sacrifice: dans un moment donné, il eût sacrifié sa vie pour un ami; il a même fait secrètement de belles actions, mais par élan, par excitation de sentiment, plus rarement par une combinaison, une suite d'actions et de procédés. Paresseux avec bonheur, sans souci avec délices, flâneur de la science, il savait de tout, sans beaucoup approfondir, et sous ce rapport, il paraissait incomplet. On disait de lui: « C'est un homme qui s'est échappé des mains de la nature sans lui laisser le temps de l'achever. » Ce que Pariset détestait le plus, c'était la mielleuse malignité, la finesse madrée, ou bien, selon ses expressions, les airs de Matamore avec les expédients

(1) « On ne peint pas les hommes quand on les peint sans faiblesse. »
(D'ALEMBERT.)

brane. Grâce aux travaux réunis de P.-G. Valentin, Henle, Werneck, etc., ma tâche ne sera pas difficile. Ce n'est pas toutefois qu'il existe à ce sujet, entre ces divers auteurs, une entente parfaite; aussi n'ai-je pas puisé ma conviction exclusivement dans leurs travaux : j'ai mis encore à profit les entretiens que j'ai eus avec plusieurs anatomistes distingués. Mais ce qui m'a été du plus grand secours pour établir ma conviction, pour élucider certains points demeurés obscurs dans mon esprit, c'est sans contredit l'étude au microscope des altérations pathologiques de cette membrane elle-même.

§ I. — ANATOMIE PHYSIOLOGIQUE.

Cette membrane appartient à l'ordre des muqueuses; elle en présente la structure et en a les fonctions. Elle est composée de trois parties distinctes : l'épithélium, le corion et les glandes mucipares. Ces trois couches, amoindries dans leurs éléments, passent au devant de la cornée.

A. L'épithélium présente les caractères de l'épithélium en pavé sur la conjonctive du bulbe, et ceux de l'épithélium vibratoire sur la conjonctive palpébrale.

B. Le corion, ou couche fibreuse, est composé de tissu cellulaire condensé et réuni en faisceaux qui s'entre-croisent dans tous les sens.

C. Les glandes mucipares sont des corpuscules, de petites cavités closes, variables en volume, disséminées à la surface du corion.

Tels sont, si nous y ajoutons l'existence de filets nerveux et de vaisseaux, les divers éléments constitutifs de la conjonctive.

Cette membrane ne présente pas de villosités; on n'y rencontre pas non plus ces enfoncements sacciformes, ces dépressions si nombreuses sur d'autres muqueuses, et auxquelles on a donné le nom de follicules muqueux. Les seuls organes glandulaires que renferme la conjonctive, si nous en exceptons la caroncule lacrymale et les glandes de Meibomius, qui ne lui appartiennent pas en propre, sont les corpuscules mucipares dont il a été fait mention plus haut. Qu'est-ce donc que le corps papillaire dont l'existence est généralement admise dans la conjonctive? a-t-il quelque analogie de structure ou de fonction avec le corps papillaire de la peau? Eble (Burkard) le croyait. Il en avait décrit les divers éléments avec une extrême minutie; il en plaçait exclusivement le siége dans la conjonctive palpébrale. Cependant les recherches ultérieures n'ont nullement confirmé les assertions de cet auteur, et aujourd'hui, pour quelques anatomistes, le corps papillaire serait constitué par les corpuscules mucipares disposés en couche mince à la surface du corion, tandis que d'autres ne voient dans les saillies qui le forment que des duplicatures de la conjonctive. Nous nous rangeons à cette dernière opinion, et nous nous fondons à ce sujet, d'un côté, sur la structure même des papilles qu'on trouve composées des éléments divers de la conjonctive : *épithélium, corpuscules muqueux* et *fibres*; de l'autre, sur cette circonstance qu'on voit ces saillies disparaître par la distension de la conjonctive. On peut observer parfaitement bien ces derniers effets sur sa portion tarsienne. Lorsqu'un point de cette partie de la conjonctive se trouve fortement tendu, soit par une tumeur développée dans le tissu cellulaire sous-muqueux, soit par le renversement de la paupière en dehors, dans les ophthalmo-blennorrhées aiguës, cette membrane se déplisse, devient lisse au niveau des points qui subissent la distension; les papilles s'effacent, disparaissent, tandis qu'on continue à les distinguer au voisinage. Ainsi ces mille petites éminences mamelonnées qui s'élèvent au-dessus du niveau de la conjonctive, à laquelle elles donnent parfois un aspect sablé grenu, et dont l'ensemble constitue *le corps papillaire*, sont formées par des replis de la muqueuse, et ne paraissent avoir d'autre effet que de multiplier l'étendue des surfaces sécrétantes de l'œil. Ce corps papillaire se rencontre dans les portions palpébrale et scléroticale de la conjonctive; nous ne l'avons pas rencontré au devant de la cornée, et nous n'avons nous plus jamais observé aucune altération organique qui puisse en faire soupçonner l'existence sur ce point.

Nous dirons pour nous résumer : 1° que la conjonctive est formée, dans toute son étendue : *A.* d'une couche épithéliale; *B.* d'une couche fibreuse; *C.* d'une couche de corpuscules muqueux interposée entre les deux couches précédentes; *D.* de vaisseaux et de nerfs; 2° que les saillies qui constituent le corps papillaire sont formées par des duplicatures de la conjonctive; 3° qu'à l'état normal, cette membrane ne présente ni villosités ni follicules muqueux.

Maintenant que nos idées sont fixées sur les éléments anatomiques de la conjonctive, il nous sera bien plus facile de nous faire comprendre dans l'exposition que nous allons faire des résultats de nos recherches sur les altérations pathologiques de cette membrane.

§ II. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

D'après le titre de ce mémoire, on conçoit que notre but n'est pas de traiter ici d'une manière complète des altérations de la conjonctive; d'autre part, nous n'avons pu non plus borner nos investigations exclusivement aux altérations désignées sous le nom de granulations; mais pour l'intelligence des faits, nous avons dû les étendre aussi à toutes les lésions susceptibles d'être confondues avec elles. Sous le nom de *granulations palpébrales*, il faut entendre toutes les altérations organiques susceptibles de donner à la conjonctive des paupières un aspect rugueux.

C'est en vain qu'on voudrait restreindre la signification de ce mot aux productions charnues qui s'élèvent de la surface interne des paupières et qui ont la plus grande analogie avec les bourgeons charnus des plaies suppurantes et des ulcères, ou encore qu'on voudrait n'y voir qu'une altération spéciale propre à l'ophthalmie de l'armée. Il faut bien reconnaître aujourd'hui l'impossibilité de rattacher, même avec la meilleure volonté, les différents états morbides qu'on a décrits sous les noms de granulations *miliaires, papillaires, sablées, veloutées, fongueuses, charnues, sarcomateuses, végétantes, vésiculeuses, molles, dures, calleuses, pédiculées* et *sessiles, sécrétantes* et *non sécrétantes, primitives* et *consécutives*, etc.; il faut bien, dis-je, reconnaître l'impossibilité de rattacher ces divers états morbides à une seule et même cause, à un seul et même principe, ou de ne voir dans ces aspects si distincts que les diverses phases d'une seule et même affection. Que si cette énumération ne suffisait pas pour démontrer cette vérité, l'examen des opinions émises sur la nature des granulations, la confusion extrême qui règne à cet égard, ne permettraient plus le doute. En effet, pour les uns les granulations sont des produits morbides de formation nouvelle, de véritables bourgeons charnus (Lawrence); pour d'autres, elles consistent dans l'hypertrophie du corps papillaire (Mackensie, Tavignot, Borlé, etc.), des glandes mucipares (docteur Muller, de Bensberg), des papilles et des follicules muqueux (Sichel, Stoeber, Laugier, Fallot, etc.), des villosités, etc., etc. M. Sotteau, dans la granulation vésiculeuse, ne voit qu'une phlyctène, et Carron-Duvillards qu'une vésicule

---

de Scapin. Amène, affable, gracieux dans la vie privée, avec ses confrères, qu'il tutoyait toujours, jamais malgré sa haute position, il ne conçut l'idée de se faire l'*autocrate* ou le despote de l'Académie. Cette Société était pour lui comme une réunion d'amis, comme une seconde famille. Quoique Pariset fût parfois violent et emporté, il est facile de penser qu'avec son caractère jamais il n'a conçu, et nourri bien moins encore, de ces haines intimes qui, pendant de longues années, remplissent le cœur de colère et de fiel. J'ai déjà remarqué que, sachant tout ce que Laennec avait fait auprès du ministre* pour l'empêcher d'être secrétaire perpétuel de l'Académie, il n'en a pas moins fait un magnifique éloge de ce médecin. Chervin est peut-être le seul homme pour qui il éprouva une insurmontable aversion. Cela devait être : Quel accord, quel rapprochement pouvaient exister entre deux hommes de vues, d'esprit, d'opinions, de tempérament si opposés; entre deux médecins dont l'un disait, en parlant de la fièvre jaune : « Croire à la contagion, c'est mentir à la science, à la nature, » tandis que l'autre affirmait que « nier la contagion, c'était nier Dieu? »

Pariset aimait et recherchait les honneurs, les places, les dignités, et quel homme est assez stoïque pour n'être pas atteint de cette infirmité morale? Mais le célèbre écrivain y mettait une mesure dictée par l'honneur et la prudence; jamais il ne montra cette ambition souffrante et affamée qui, sans scrupule, marche à son but par toute espèce de moyens. Je veux bien, disait-il, avoir ma part du *gâteau de Cerbère*, mais je ne veux pas qu'elle soit salie; puis il ajoutait, dans son langage énergique et pittoresque : Anathème à ceux qui diraient m'avoir vu parmi ces adorateurs de la fortune qui ont toujours le dos courbé, une main pleine et l'autre ouverte.

Quoiqu'il eût une instruction aussi variée que profonde, le caractère même de ses facultés intellectuelles fit que tout ce qui tenait à la science austère, au matériel qu'elle comporte nécessairement, lui était antipathique; sa répugnance pour ouvrir lui-même des cadavres était invincible; tout au plus pouvait-il en supporter la vue. Il avait à cet égard un procédé particulier quand il était médecin à Bicêtre. Lorsque l'un de ses malades succombait, il engageait un chirurgien ou quelque élève habile à en faire l'ouverture; quant à lui, il se tenait dans l'éloignement, ayant pris la précaution de placer de distance en distance des élèves qui, de proche en proche et vocalement, lui transmettaient le résultat des observations faites sur le cadavre; c'est là ce qu'il appelait faire des recherches d'anatomie pathologique *par voie télégraphique*. Mais l'effet le plus fâcheux de la mobilité de son caractère, c'est qu'il ne put jamais écrire un ouvrage de quelque étendue; en arranger le plan, en ordonner les parties, en concevoir l'ensemble et les détails pour marcher avec constance vers un fait capital, ou une vérité de haute portée, était au-dessus de ses forces. On ferait une longue liste des ouvrages qu'il a projetés, ébauchés, esquissés, et une plus longue encore de ceux qu'il avait dans la tête, preuve évidente, comme dit Montaigne, « que le travail est à l'*accouchement* et non à la *conception*. » Du reste, si sa philosophie scientifique n'ouvrait pas de larges horizons, sa philosophie morale tendait toujours à la bonté, à l'indulgence, bien que sa vie se soit écoulée dans le milieu d'une société ardente et passionnée et qu'il eût l'opinion que le diable dort au fond de toute argile humaine. Cependant, quoiqu'il eût vu beaucoup de monde, comme Diogène, il déclarait n'avoir pas encore découvert un homme; bien plus, il disait que, s'étudiant lui-même, il n'avait jamais été content de ce

semblable à celle de la gale, et comme celle-ci ayant son sarcopte (1). Pour M. Loiseau, les granulations, le velouté, le relâchement de la conjonctive, ne sont que des hypertrophies du corps papillaire, des villosités et du tissu cellulaire sous-jacent (2). Pour Eble, la granulation spéciale à l'ophthalmie contagieuse est constituée par le corps papillaire altéré dans sa vitalité d'une manière *qualitative* et *quantitative*, et pour M. Thiry, par des productions spéciales, hétéromorphes analogues à celles qu'on observe au col utérin et dans l'urètre, qu'il rattache à un principe commun, au virus blennorrhagique. Même confusion pour ce qui a rapport à la portion de la conjonctive qu'on assigne pour siége aux granulations. La plupart des médecins les placent dans toute l'étendue de la conjonctive palpébrale; d'autres plus particulièrement et même exclusivement dans le repli rétro-tarsien. M. Decondé, qui admet deux espèces de granulations, les unes charnues, les autres vésiculeuses, donne pour siége exclusif aux premières la conjonctive du tarse, et aux secondes sa portion rétro-tarsienne; enfin plusieurs médecins ont observé des granulations sur la conjonctive du bulbe, et Tyrrel en a vu jusque sur la cornée.

Ce qui précède suffit pour établir que, sous le nom de granulations palpébrales, on a décrit les altérations les plus diverses quant à leur nature, à leur cause, à leur siége dans tel ou tel élément constitutif ou dans telle ou telle portion de la conjonctive, et qu'il est impossible d'assigner à ces altérations morbides, si variées, d'autres caractères communs que l'aspect plus ou moins rugueux qu'elles donnent à la conjonctive.

Envisagées de cette manière, les granulations palpébrales comprennent toutes les affections que les auteurs désignaient autrefois sous le nom de *trachoma* (τραχύνω, *aspero*), affection que Plenck définit : *asperitas in internâ palpebrarum superficie*. C'est dans ce sens que nous emploierons, avec quelques médecins, le mot *granulations* dans le cours de ce travail (3).

Nous reconnaissons quatre espèces de granulations : les *granulations papillaires*, les granulations *vésiculeuses* (ou cysto-plastiques), les granulations *végétantes* (ou charnues, cellulo-vasculaires, fibro-plastiques), et les granulations *inodulaires* (ou fibreuses).

1. Granulations papillaires.

Elles sont constituées par les *papilles* de la conjonctive, amenées par l'inflammation à un état d'engorgement ou d'hypertrophie.

Elles se présentent sous forme de petits grains rougeâtres, mameloncés, très-rapprochés les uns des autres, égaux en hauteur et en volume, donnant à la conjonctive l'apparence grenue de la peau de chagrin.

Ce qu'on a appelé *aspect sablé* de la conjonctive (*trachoma sabulosum*, Plenck), n'est que l'état précédent à un moindre degré de développement. A une période plus avancée, ces granulations se ramollissent et s'ulcèrent; les pertes de substance qui en résultent alors se présentent sous deux aspects très-différents : tantôt sous la forme de plaques jaunâtres, à contours le plus souvent irréguliers, à bords coupés à pic comme par un emporte-pièce, comprenant toute l'épaisseur de la conjonctive, et laissant voir à nu, ou seulement recouvert d'une légère couche de tissu cellulaire, le cartilage tarse; d'autres fois du fond des ulcères s'élèvent des bourgeons charnus, dont l'accroissement rapide donne à la partie de la conjonctive qui en est le siége un aspect fongueux. Dans l'un et l'autre cas, il en résulte des cicatrices, souvent inégales et raboteuses, ayant la même étendue à peu près que les ulcérations auxquelles elles succèdent, et dont nous aurons l'occasion plus loin d'apprécier les funestes effets. Ces ulcérations ont pour siége de prédilection la conjonctive tarsienne des paupières supérieures.

Quoique la conjonctive palpébrale et scléroticale soit munie d'un corps papillaire dans toute son étendue, cependant l'état granuleux que nous venons de décrire n'est guère appréciable à l'œil nu qu'au niveau des tarses, là où la muqueuse se trouve unie aux tissus sous-jacents par un tissu cellulaire dense et serré; partout ailleurs cet état hypertrophique des papilles se confond, se perd en quelque sorte dans l'épaisseur de la conjonctive, considérablement accrue par l'inflammation.

Tout travail inflammatoire chronique de la conjonctive ayant une certaine durée peut donner lieu à cette espèce de granulations. Il est aussi commun, comme nous le disions ailleurs (1), de les rencontrer chez les personnes dont les yeux se trouvent habituellement dans un état de congestion ou d'irritation, comme les hommes de cabinet qui passent les nuits à travailler, les gens qui habitent des lieux enfumés, voire même les militaires dont les yeux sont maintenus, par une tenue vicieuse, dans un état permanent de congestion.

Les granulations papillaires peuvent exister seules, mais on les rencontre souvent concurremment avec les granulations vésiculeuses, charnues et fibreuses.

2. Granulations vésiculeuses.

(*Ficositas palpebrarum*, (maître Jean), (*trachoma herpeticum*) (Plenck).

Elles sont formées par des petits kystes développés dans l'épaisseur de la couche fibreuse de la conjonctive.

Peut-être cette expression, employée pour désigner des cavités closes, n'est-elle pas tout à fait heureuse, et n'a-t-elle pas peu contribué à entretenir la confusion que nous avons vue exister à l'endroit du siége et de la nature de ces produits morbides. En effet, en anatomie pathologique, le nom de vésicules ne s'applique guère qu'aux petits soulèvements de l'épiderme par un lique séreux, et l'on réserve le nom de kyste, quoique ayant étymologiquement la même signification, aux altérations pathologiques qui affectent la forme de sacs sans ouverture. Aussi pensons-nous que l'épithète *kystique* donnée à cette espèce de granulation eût été préférable, et que l'expression *cysto-plastique*, terme déjà consacré par Müller pour désigner certaines variétés de kyste, eût mieux valu encore, car, dans l'espèce, cette dénomination eût eu le double avantage d'exprimer en même temps, et la forme de ces granulations, et leur tendance à subir la transformation charnue.

Quoi qu'il en soit, n'insistons pas davantage sur ce point, nous savons d'ailleurs que nos efforts n'arriveraient pas à faire adopter ces expressions

(1) Decondé, Mémoire sur différentes questions qui se rattachent a l'ophthalmie de l'armée. Bruxelles, 1841.

(2) Mémoire sur l'efficacité de la cautérisation des granulations palpébrales par le nitrate d'argent. (Annales de la Société de médecine de Gand, 1838.)

(3) Entwurf einer anatomischen Begründung der Augenkrankheiten von doctor Hasner Edlem. v. Artha, Prag., 1847, p. 30.

(1) Considérations pratiques sur l'ophthalmie de l'armée; 1839, p. 21.

livre vivant qui s'appelait *Pariset*. Mais s'était-il bien connu lui-même? Mais son esprit capricieux, léger, à mille facettes, lui permettait-il de pénétrer au fond de sa conscience et de lui révéler le Pariset réel, le Pariset tout entier avec ses légers défauts et ses grandes qualités? Il est permis d'en douter.

Pour le bien connaître, il fallait surtout l'étudier dans la conversation; or peu d'hommes l'ont égalé à cet égard, car sa riche et pétulante imagination s'y développait à loisir et en entier : le talent d'aiguiser les idées par le contraste des mots, l'amabilité de l'entrain, l'art de lancer le trait, la rapide vivacité de la saillie, en faisaient les caractères principaux, et révélaient toutes les fantaisies d'un esprit fin, mobile, étincelant. A peu d'exceptions près, on remarquait en lui un enjouement de bon goût, qui parfois laissait entrevoir, par de soudaines échappées, un fond de désabusement et de tristesse. On était toujours surpris de la variété des sujets dont il parlait; passant tour à tour des objets les plus élevés, où il découvrait d'éblouissants points de vue, sur l'âme, sur l'éternité, à des choses d'un comique ou sérieux ou grotesque, il savait toujours plaire et captiver l'attention. D'autres fois, il soutenait des paradoxes étranges, ou de ces vérités vulgaires qu'il rajeunissait par le piquant, par l'originalité de l'expression. Quoique railleur, disons à sa louange qu'il n'était ni caustique, ni disposé à livrer un confrère publiquement au ridicule; il avait ce degré de malice, cette fine pointe d'épigrammes qui rend la plaisanterie piquante, sans la rendre blessante. Quelquefois, néanmoins, il se laissait emporter aux opinions dominantes des sociétés qu'il voyait habituellement. On sait que, se trouvant dans une réunion où il était de bon ton de nier l'existence d'une cause première et suprême, Pariset garda le silence. Bientôt on le railla sur ses sentiments religieux, qu'on assimilait comme à l'ordinaire au bigotisme. Mais Pariset, distrait et étourdi, prenant tout à coup la parole, s'écrie : Eh bien! messieurs, vous vous trompez, *je suis athée.... comme il n'y a qu'un Dieu*. Ce mot, échappé à sa conscience, comme à la vérité, et qu'il n'a pas désavoué, fit fortune dans le monde, et Pariset fut jugé sous différents rapports. Malheureusement cette plaisanterie, commentée dans un sens peu favorable, faillit lui devenir fatale quand il sollicita plusieurs emplois, et notamment la place de secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine.

Presque toujours il conserva cette sorte d'intempérance, de feu, d'élan, et les années n'y apportèrent que peu de changement. Dussaulx, le célèbre critique du Journal des Débats, avec lequel il était lié, répétait qu'il ne voulait vivre que pour le voir vieux. Eh bien! ce vœu ne pouvait être accompli; sous le rapport moral, Pariset fut toujours jeune, toujours il eut quelque chose de cette force exagérée et illusoire qui caractérise la première saison de la vie. Son activité, sa vivacité, la merveilleuse et inépuisable fécondité de son esprit, se continuèrent jusque dans ses dernières années. Quoique son intelligence n'eût peut-être pas son ardente et pleine verdeur, au premier abord il était difficile de s'en apercevoir; une gaieté si vraie, si jeune, si naïve et pourtant si gracieuse, les saillies de cet esprit qui vient naturellement, sans effort, sans qu'on y pense, sans qu'on le cherche, étaient si fréquentes qu'on oubliait aussitôt et son âge et ses rides. A la moindre excitation, l'homme d'autrefois brillait et reparaissait. Nul d'ailleurs ne savait mieux que lui l'art d'émettre ses idées, de donner de la valeur à ce qu'il disait par ses gestes, par son accent, par l'expression entière de sa personne. L'instinct scénique se révélait de toutes parts chez Pariset; il est certain que s'il

nouvelles en place de celles que le temps et l'usage ont fait passer en habitude, et bâtons-nous d'arriver à l'examen microscopique de ces produits pathologiques.

Les études microscopiques en général, et plus particulièrement la micrographie pathologique, exigent une habitude et une habileté que nous ne nous flattons nullement de posséder; aussi n'aborderions-nous ce sujet qu'avec la plus grande réserve, si les résultats des recherches auxquelles nous nous sommes récemment livré, concordant de tous points avec ceux que nous avions obtenus déjà quelques années auparavant, n'étaient de nature à nous donner un peu plus de confiance.

Toutefois, au lieu de nous borner à une simple exposition des faits, la difficulté du sujet nous engage à dire d'abord comment nous avons procédé, ce que nous avons vu, pour arriver ensuite aux conclusions.

Sur un premier malade qui présentait quelques granulations vésiculeuses transparentes, nous enlevons, au niveau du tarse, une de ces vésicules. Examinée à la loupe, nous remarquons qu'il se trouve sur ce même lambeau de conjonctive trois petites saillies qui avaient échappé à l'œil nu et que le microscope démontre être des cellules renfermant un noyau avec un nucléole situé sur un des côtés de la cellule; celle-ci contient un liquide hyalin dans lequel nagent quelques rares cellules simples. La vésicule ayant été, à son tour, soumise au même examen, nous trouvons ses parois formées d'un tissu intriqué, d'une espèce d'agrégation ou plutôt de stratification de cellules et ayant avec le tissu épidermique une certaine ressemblance. Nous n'y avons pas trouvé de vaisseaux; la matière qu'elle renferme est limpide et présente un grand nombre de cellules, dont quelques-unes dépourvues de noyau.

Sur un deuxième malade offrant des granulations vésiculeuses transparentes, très-saillantes pour la plupart, s'affaissant par la ponction avec une aiguille, et dont les conjonctives sont légèrement vascularisées, un lambeau de trois lignes de longueur sur une ligne de largeur est excisé au niveau du bord postérieur du tarse vers l'angle externe. Vu à la loupe, ce lambeau présente six granulations vésiculeuses, dont trois seulement sont visibles à l'œil nu. L'une de ces dernières vésicules est disséquée et isolée des autres au moyen de la loupe; sa base est circonscrite par un vaisseau qui envoie trois rameaux sur sa surface; examinée au microscope, elle paraît moins transparente et d'un gris jaunâtre; écrasée sous le *compressorium* d'Ehrenberg, elle se déchire sur deux points et laisse échapper par ces ouvertures une matière blanchâtre, semi-solide, composée de cellules qui ont le même caractère que chez le malade précédent.

Sur un troisième malade, dont les conjonctives enflammées sont recouvertes de granulations nombreuses et d'un rouge jaunâtre, nous enlevons le repli muqueux qui fait suite à la membrane semi-lunaire. Ce lambeau conjonctival présente douze granulations vésiculeuses, égales en volume, d'un blanc jaunâtre, disposées symétriquement sur deux lignes séparées par un sillon parcouru dans toute son étendue par un tronc vasculaire, d'où partent de nombreux rameaux qui s'épanouissent sur la surface des granulations. Indépendamment de ce lacis vasculaire d'origine commune, nous remarquons au point culminant de l'une de ces vésicules de petits vaisseaux qui ne paraissent avoir aucune communication avec les précédents. Une vésicule ayant été séparée des autres et examinée au microscope, nous trouvons, en procédant de dehors en dedans, une couche d'épithélium, quelques fibres cellulaires que nous croyons appartenir au corion de la conjonctive, des fibres à l'état rudimentaire, une couche épaisse de tissu intriqué constituant la paroi du kyste, et dans l'intérieur de celui-ci, une matière de consistance caséeuse, formée entièrement de cellules dont quelques-unes ont des noyaux et les autres pas. L'acide acétique est sans action sur ces cellules.

Enfin, ayant enlevé sur un dernier malade une partie d'une des nombreuses saillies charnues occupant des points de la conjonctive que nous avions vus recouverts quelques jours auparavant de granulations vésiculeuses, nous la trouvons composée de tissu cellulaire à l'état rudimentaire et de vaisseaux.

D'après ce qui précède, on peut établir, dans l'évolution des granulations vésiculeuses, trois périodes distinctes : dans la première, les granulations sont transparentes, non vascularisées; dans la deuxième, des arborisations vasculaires plus ou moins nombreuses en sillonnent la surface, les vésicules sont opaques et d'un rouge jaunâtre; dans la troisième, elles ont subi la transformation cellulo-vasculaire ou fibro-plastique, et aux vésicules ont succédé de petites masses rougeâtres, molles et charnues. Ainsi, les expressions granulations vésiculeuses *non vascularisées, vascularisées, et végétantes ou charnues*, répondront à ces trois termes de développement. Des considérations pratiques de la plus haute importance se rattachent à cette division. C'est elle qui a servi de base au traitement de l'ophthalmie de l'armée que nous avons exposé dans nos NOUVELLES CONSIDÉRATIONS PRATIQUES sur cette maladie, publiées dans le deuxième volume des archives de médecine militaire pour l'année 1848 (1).

Après avoir suivi les granulations vésiculeuses dans leurs transformations successives, et en avoir exposé les caractères anatomiques, nous allons donner une description succincte de l'aspect général qu'elles impriment à la conjonctive aux diverses phases de leur développement.

Dans la première période (hydrorrhée) (2), les granulations vésiculeuses sont petites, discrètes, diaphanes, disséminées sur une conjonctive lisse, blanche, nacrée comme à l'état normal, dont elles n'occupent encore que les parties voisines des commissures externes, s'affaissant quand on en pratique la ponction avec une aiguille et laissant écouler une matière limpide. La sécrétion muqueuse, un peu plus abondante peut être que dans l'état normal, conserve du reste sa transparence, et semble n'avoir encore éprouvé aucune altération. Les symptômes subjectifs sont pour ainsi dire nuls.

Indépendamment des vésicules visibles à l'œil nu, la loupe ou le microscope en découvre d'autres plus jeunes, ayant d'ailleurs les mêmes caractères que les précédentes; ce sont ces granulations que nous avons appelées quelque part *granulations latentes*, parce qu'elles échappent à l'inspection de l'œil nu et que les malades ne sont avertis de leur présence par aucun signe. Ce fait explique un phénomène dont on ne s'est pas suffisamment rendu compte jusqu'ici et que les médecins militaires observent fréquemment : c'est le développement, chez nos soldats, de granulations

(1) Hairion, CONSIDÉRATIONS PRATIQUES ET RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR L'OPHTHALMIE DE L'ARMÉE. Louvain, 1833.

(2) La granulation vésiculaire ayant probablement, comme nous le verrons plus loin, pour point de départ une cellule à noyau, une division qui prendrait pour base les états *celluleux, vésiculeux* et *charnu*, sous lesquels se montre successivement ce produit pathologique, eût été sans doute plus logique et plus scientifique en même temps que la distinction que nous avons adoptée; mais celle-ci présente un côté plus utile, plus essentiellement pratique, qui a déterminé notre préférence.

---

eût suivi la carrière dramatique, il aurait égalé, sinon surpassé Préville; la nature, sous ce rapport comme sous tant d'autres, l'avait comblé de ses dons. Une mémoire prodigieuse, une vive sensibilité, un esprit éminemment flexible, l'art de saisir le ridicule et de le représenter, un masque de physionomie pour ainsi dire typique, c'est-à-dire rieur, sérieux, mobile, expressif, peignant en artiste consommé les nuances les plus variées du sentiment et de la pensée, tout démontrait qu'il était doué de la perception comique la plus vive, la plus pénétrante, d'une verve et d'un talent comiques fort rares. Qui de nous ne l'a vu dans une scène, où il excellait comme modèle aristophanesque, se moquer de la phrénologie, plaisanterie mise en action, mais dans le fond satirique et amer, faisant rire Gall lui-même, mais non cordialement, car le parodiste blessait vivement le systématique.

En voyant Pariset, rien n'est plus vrai que sa constitution extérieure, physique, n'annonçait en aucune manière cette imagination ardente, ce feu d'esprit qui étaient à vrai dire l'essence même de sa nature. Mais si la stature médiocre, si la largeur des épaules, si des membres vigoureux, révélaient peut-être l'ancien garçon parfumeur, sa figure, dans son expressive mobilité, caractérisait bientôt l'orateur, le poëte, le philosophe, l'observateur et le peintre éloquent des hommes célèbres dans la science. On le sait, la nature ne donne que les traits, l'âme seule fait la physionomie, et ce principe était surtout applicable à Pariset. Aucun de ses traits n'était remarquable, et leur ensemble composait une physionomie qui frappait d'abord, surtout quand il était excité par un sentiment vif; ajoutons un esprit qui, passant à tout moment sur cette physionomie, y peignait aussitôt tout ce qu'il sentait, et qui la rendait aussi animée, aussi vive, aussi mobile, aussi sérieuse, aussi gaie, aussi originale qu'il l'était lui-même. Toutefois son imagination le dominait tellement qu'il semblait toujours agité, même dans les situations les plus ordinaires; pour lui, mouvement et vie étaient absolument synonymes; à la lettre, il ne pouvait rester en place. Lorsque madame G... fit son portrait en 1816, cette aimable dame, malgré ses instances et sa patience, ne put obtenir de lui qu'il posât quelque temps, la singulière mobilité de cet enfant de soixante-seize ans s'y opposa constamment, et néanmoins sa vie intime, sa vie privée fut égale et régulière. Dans la triste mêlée sociale du temps où il vécut, il passa presque comme inaperçu des grands et des puissants du jour; jamais il ne voulut descendre des hauteurs de la science dans l'arène des passions politiques; il se contenta de voir, d'observer, de méditer. Dans l'étude des hommes, une chose rare, c'est de conserver en vieillissant la bienveillance avec la triste clairvoyance qu'on obtient, et néanmoins l'illustre secrétaire de l'Académie de médecine ne varia jamais dans la ligne qu'il s'était tracée à cet égard. Il avait d'ailleurs adopté cet excellent principe, quand il est question des hommes, c'est qu'il ne faut ni les surfaire, ni les exagérer, ni les maudire, ni les adorer. Un grand poëte a dit :

« Ce que nous avons fait, tôt ou tard nous raconte. »

Pariset n'eut rien à redouter sous ce rapport : ses actions le racontaient tel qu'il était en effet, toujours bon, toujours serviable autant qu'il le pouvait. Tous les hommes distingués de son temps obtinrent ses hommages et ses respects. Ce fut lui qui paya de ses deniers la modeste pierre qui a recouvert si longtemps les restes de Bichat, au cimetière Sainte-Catherine, indication précieuse dans la

vésiculeuses sur la conjonctive, à l'occasion d'une cause irritante locale quelconque, alors que, quelques heures auparavant, une inspection minutieuse avait montré chez eux cette membrane parfaitement saine et exempte en apparence de tout travail morbide; c'est encore la multiplication, quelquefois si remarquable, de ces produits pathologiques sous l'action irritante des collyres, des pommades ou des caustiques employés d'une manière inopportune. Il est donc vrai, et dorénavant on pourra se rendre parfaitement compte de ce phénomène, que des conjonctives palpébrales, saines en apparence, peuvent néanmoins recéler en elles le germe de l'ophthalmie granuleuse.

Dans la deuxième période, les granulations plus nombreuses et aussi plus volumineuses se montrent sur toute l'étendue de la muqueuse palpébrale; assez souvent il s'en développe sur la caroncule lacrymale, plus rarement sur la conjonctive du bulbe; une seule fois nous en avons observé sur le segment supérieur des deux cornées.

La muqueuse sur laquelle elles reposent est rouge, ramollie, plus épaisse, repliée sur elle-même; le produit de la sécrétion est plus abondant, cohérent, filamenteux (phlegmathorrée), ou puriforme (blennorrhée).

Dans la troisième période, la conjonctive n'offre pas le même aspect partout: là où les granulations ont subi la transformation cellulo-vasculaire, elle est rouge, charnue, végétante; sur d'autres points, elle offre des granulations encore à l'état vésiculeux, entremêlées le plus souvent de granulations papillaires; ailleurs, on remarque déjà des traînées ou des plaques de tissu cicatriciel. Rien de plus varié, du reste, que le volume, la coloration, la forme, le nombre, la distribution des granulations et l'aspect général de la conjonctive à cette époque de la maladie.

Les petits kystes qui constituent les granulations vésiculeuses sont arrondis dès le principe; ils conservent encore cette forme lorsqu'ils sont plus volumineux, si aucune entrave ne s'est opposée à leur libre développement; ils prennent, dans le cas contraire, des formes diverses; c'est ainsi que la forme ovalaire qu'ils affectent généralement au repli rétro-tarsien, est tout à fait accidentelle et ne provient que de la pression latérale qu'ils éprouvent sur cette partie de la conjonctive.

Ces kystes n'ont guère plus de 0mm,2 à 0mm,4, que déjà ils apparaissent à l'œil nu sous l'aspect de petits points scintillants; dans leur grand développement, ils ont rarement au delà de 2 millimètres; nous en avons cependant rencontré quelquefois qui présentaient jusqu'à 3 ou 4 millimètres dans leur plus grand diamètre; ils avaient alors une forme allongée, cylindrique, et paraissaient résulter de la réunion de deux kystes par la destruction des parois à leur point de contact, ce qui semblait confirmer d'ailleurs l'existence d'un étranglement circulaire vers le milieu de leur longueur.

L'altération morbide qui constitue la granulation vésiculeuse est-elle une simple augmentation d'un élément normal, ou est-ce un produit morbide de nouvelle formation, un tissu accidentel? Dans la première hypothèse, le seul élément de la conjonctive susceptible d'être assigné comme siége aux granulations vésiculeuses étant les corpuscules muqueux, ces granulations devraient occuper nécessairement la surface du corion immédiatement sous l'épithélium; en outre, leur contenu, suivant les belles recherches de Lebert sur les tumeurs enkystées d'origine cryptense, ne serait autre que le produit même de ces glandules, c'est-à-dire du mucus plus ou moins condensé, plus ou moins riche en globules; enfin ces petites tumeurs, comme toutes celles du même genre qui se développent sur d'autres points de l'économie, se feraient remarquer par leur peu de tendance à s'enflammer. Or nous avons vu que les granulations vésiculeuses ne sont pas toutes situées sur le même plan et siégent à des degrés différents de profondeur dans la conjonctive; et d'ailleurs la tendance qu'a ce produit pathologique à faire incessamment des progrès, à s'enflammer et à subir la transformation charnue est des plus remarquables. Pour ces motifs, nous croyons que les granulations vésiculeuses sont le produit d'une formation tout à fait nouvelle et sans analogie dans l'économie. Si l'on nous demandait actuellement ce que nous pensons du mode de formation des vésicules conjonctivales, nous dirions d'abord que la composition anatomique particulière de leurs parois nous empêche d'admettre le mode de formation par condensation du tissu cellulaire, et que, ce qui du reste n'est qu'une hypothèse de notre part, nous préférerions leur donner pour origine les cellules à noyau que nous avons rencontrées plusieurs fois dans l'épaisseur des conjonctives granulées. Partant de cette donnée, nous pourrions nous rendre assez facilement compte des différentes phases d'évolution des granulations vésiculeuses; d'abord il se forme dans la conjonctive, modifiée dans sa vitalité, des cellules contenant un liquide; ce liquide se convertit successivement en cellules, dont la condensation à la face interne de la cellule primitive fournit à celle-ci une enveloppe composée (*granulations vésiculeuses non-vascularisées*); des vaisseaux se forment plus tard (*granulations vésiculeuses vascularisées*), et l'inflammation enfin, venant à s'en emparer, l'organisation de la matière d'exsudation conduit à la transformation charnue.

Les limites de ce travail ne nous permettent pas de traiter aussi longuement que l'exigerait l'importance du sujet, de l'étiologie des granulations vésiculeuses; nous nous bornerons seulement à faire remarquer que, pour se rendre compte de leur développement et de leur marche, il faut, indépendamment de la cause spéciale qui les produit, savoir faire la part qui revient à toutes les causes susceptibles d'amener l'inflammation de la conjonctive ou de l'accroître. Le rôle de ces dernières causes, c'est d'activer la marche des granulations, de rendre visibles à l'œil nu celles qui ne le sont pas encore, de faire passer les granulations du premier degré au deuxième et celles du deuxième au troisième. Le rôle de la cause spéciale, quelle que soit d'ailleurs cette cause, est bien différent; elle a pour effet de modifier la vitalité de la muqueuse et de développer en elle les éléments de la granulation vésiculeuse. C'est l'influence de cette cause spéciale qui fait que, là où elle s'exerce, les inflammations de la conjonctive, de natures les plus diverses, traumatique, catarrhale, scrofuleuse, blennorrhagique, etc., s'accompagnent si souvent de granulations vésiculeuses; tandis que dans les contrées où cette influence ne se fait pas sentir, ces diverses phlegmasies de la conjonctive ne produisent jamais rien de semblable.

3. GRANULATIONS VÉGÉTANTES.

Elles comprennent les altérations que les auteurs ont décrites sous les noms de *fongosités*, de *carnosités* de la conjonctive, de *granulations charnues*, *sarcomateuses*, et que Plenck a désignées sous le nom de *trachoma caruneulosum*. Elles peuvent revêtir les formes les plus variées; cependant, en général, elles ont l'aspect de petites masses charnues, rougeâtres, molles, saignantes au toucher, séparées par des sillons profonds et fournissent une abondante suppuration.

---

suite pour reconnaître le lieu de sépulture de ce grand physiologiste. Ainsi tout occupé de ses travaux actuels, de ses travaux projetés, d'art, de science, de réalités et d'espérances, livré au sentiment d'une vive amitié, jouissant d'une belle position, d'une considération justement acquise, Pariset eut tout le bonheur que cette vie peut donner; à vrai dire ce fut un des types les plus vrais et les plus heureux du médecin philosophe.

Cependant les années s'accumulèrent; Pariset résista longtemps, mais enfin il s'affaiblit, il se courba, et, selon son expression, il se précipitait dans la vieillesse. Mais comme son intelligence conservait encore une étonnante vigueur, il continua ses travaux, se hâta d'écrire un éloge qu'il voulait prononcer à la fin de l'année; il fit même une ode sur le sujet de prix que l'Académie française avait mis au concours, *la découverte de la vapeur*. Bientôt ses forces le trahirent, de graves accidents se déclarèrent, et faisant du regard un tendre et dernier adieu à ses amis, il expira le 3 juillet 1847; comme le juste, il s'endormit dans la mort en rêvant sans cesse aux joies du réveil.

Si jamais des regrets sincères éclatèrent à la mort d'un homme de bien, d'un homme d'un rare esprit, ce furent certainement ceux du monde savant en apprenant la fin de l'illustre secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine; mais sa mémoire, son nom, ses titres à la célébrité se conserveront dans ses écrits. Est-il rien, en effet, de plus consolant que cette longévité, cette impérissable jeunesse des belles œuvres de l'esprit? Pour être tout à fait fidèle à la vérité historique, avouons encore que Pariset n'a peut-être pas fait tout ce qu'il était capable de faire, en raison de son immense savoir et de sa haute intelligence; son imagination trop vive, trop ardente, trop mobile, embrassait sans doute trop d'objets à la fois; souvent il manqua de persévérance, surtout de cette forte attention qui pénètre, qui touche le fond des choses. Mais à qui est-il donné de réunir toutes les qualités de l'esprit et au même degré de supériorité? Selon l'opinion d'un penseur célèbre : quelque légèreté entre toujours dans les natures excellentes, et comme elles ont des ailes pour s'élever, elles en ont aussi pour s'égarer.

R. P.

— Le ministre, le gouverneur général et le conseil municipal d'Alger ont été saisis de l'étude du projet de créer en Algérie une école préparatoire de médecine et de pharmacie.

La Société de médecine d'Alger, officiellement invitée à produire son opinion motivée, s'est empressée de répondre par un mémoire où sont démontrées par des faits et des raisonnements multipliés, *l'utilité* et *l'opportunité*, tant pour Alger que pour l'Algérie, et de plus *l'immédiate possibilité* de cette création. Ces conclusions ont acquis force de décision, depuis le vote du conseil municipal, qui les a légalement sanctionnées, le 18 février.

— Par divers décrets de M. le président de la république ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur : M. le docteur Clément Ollivier, médecin à Arpajon (Seine-et-Oise), et M. Charles Merel, médecin français à Tunis, en récompense des services qu'il a rendus pendant l'invasion du choléra à Tunis.

Examinées au microscope, on les trouve composées de tissu cellulaire à tous les degrés de formation et de vaisseaux; ainsi on y voit des cellules arrondies à noyau renfermant un ou deux nucléoles, des cellules allongées, des fibres incomplétement formées, fusiformes, peu de fibres parfaites et beaucoup de vaisseaux. Lorsque l'inflammation qui a présidé à leur développement diminue d'intensité, ces petites tumeurs perdent de leur volume, deviennent moins rouges, moins sensibles, et ne saignent plus au toucher. Examinées au microscope, elles présentent des fibres plus nombreuses, moins de vaisseaux et une couche plus ou moins épaisse d'épithélium qui en recouvre la surface libre. A une époque plus reculée encore, on ne les trouve plus composées que de fibres denses et serrées et de peu de vaisseaux. Elles ont alors le caractère du tissu cicatriciel et appartiennent à la quatrième espèce de granulations dont nous allons bientôt parler.

Telle est la marche la plus ordinaire des granulations végétantes; mais lorsqu'elles occupent la conjonctive tarsienne supérieure, il arrive que, se trouvant comprimées entre le globe de l'œil et les paupières, gênées par conséquent dans leur développement, elles s'étalent en champignon à la surface de la conjonctive, tandis que par leur base elles envahissent les tissus profonds, atteignent le cartilage tarse, qui s'enflamme, se ramollit et se déforme.

4. Granulations inodulaires ou fibreuses (*Callositas palpebrum*) (maître Jean).

Toute cause susceptible de déterminer des pertes de substances dans la conjonctive peut occasionner cette espèce de granulations. Elles sont constituées par le tissu inodulaire.

L'aspect sous lequel elles se présentent à l'observateur est des plus variés. Tantôt ce sont des plaques d'un blanc jaunâtre, rugueuses, variables dans leur forme, leur étendue, leur nombre, etc.; le plus souvent ce sont des traînées de fibres d'un blanc nacré, plus ou moins saillantes, traversant la conjonctive dans tous les sens, de manière à former une trame à mailles ordinairement irrégulières, interceptant entre elles de petites portions de muqueuse qui ont la plus grande tendance à s'engorger, à s'enflammer et à bourgeonner. Ces rugosités se compliquent souvent de déformation des tarses et d'altérations du côté des cornées. Nous les avons vues souvent se ramollir et se recouvrir de végétations fibro-plastiques.

Cet état de la conjonctive est des plus graves; il est au-dessus des ressources de l'art et conduit souvent à la cécité par les désordres qu'il amène du côté des cornées.

Il est encore certains états pathologiques de la conjonctive confondus quelquefois avec les granulations palpébrales et que nous ne pouvons passer sous silence; nous citerons surtout les *anfractuosités*, l'*état villeux* et les *tumeurs sarcomateuses*.

A. Anfractuosités. — Dans les ophthalmo-blennorrhées aiguës, la conjonctive acquiert parfois une extension telle que son étendue en est presque doublée. Il arrive alors que cette membrane, dans sa portion rétro-tarsienne, refoulée d'un côté entre les angles interne et externe, de l'autre entre le globe de l'œil et les paupières, se replie sur elle-même de toutes parts; de là des plis transversaux qui s'étendent d'un angle palpébral à l'autre, et d'autres plus courts dirigés d'avant en arrière, coupant les premiers à angle plus ou moins aigu, ce qui donne à la conjonctive cet aspect inégal, irrégulier, rugueux, auquel nous avons donné le nom d'*anfractuosités* et que nous avons vu prendre pour des granulations charnues. Cet état de la conjonctive est passager, accidentel, disparaissant avec l'inflammation qui lui a donné naissance, et n'ayant de gravité qu'autant qu'on y porte le caustique, car des adhérences entre les différents replis muqueux sont alors presque inévitables, et tout le monde sait les dangers de cet accident.

B. Aspect villeux. — Dans les inflammations qui ont quelque durée, la conjonctive palpébrale prend quelquefois un aspect tomenteux, velouté. Cet état est formé par des prolongements très-fins et très-serrés, de nature cellulo-vasculaire, qui s'élèvent des parties de la conjonctive dépourvues de son épithélium ou ulcérées. Nous l'avons vu quelquefois aussi se développer sur des cicatrices ramollies par l'inflammation. Cet état n'est donc en définitive qu'une des formes variées de la granulation végétante ou cellulo-vasculaire.

C. Tumeurs sarcomateuses. — On les trouve décrites encore sous les noms de *végétations, verrues, tumeurs charnues, fibro-plastiques*, de la conjonctive.

Elles sont assez rares : dans l'espace de douze ans, et sur un nombre de plus de trois mille malades affectés d'inflammations de la conjonctive, nous ne les avons rencontrées que six fois. Nous devons dire cependant que si nous en jugeons par des observations plus récentes, elles seraient aujourd'hui beaucoup plus communes, depuis qu'on emploie l'acétate neutre de plomb pour combattre les granulations palpébrales; c'est ainsi que pendant les huit derniers mois qui viennent de s'écouler, nous en avons observé sur une quinzaine de malades qui avaient été soumis à cette méthode de traitement.

Le volume de ces tumeurs varie depuis la grosseur d'une graine de chènevis jusqu'à celle d'une petite noisette; quelquefois arrondies, globuleuses, elles sont le plus souvent aplaties, uniformes, en crête de coq. Ordinairement il n'y a qu'une seule tumeur, rarement deux ou trois. Une seule fois nous en avons rencontré quatre sur la même conjonctive; elles sont attachées à cette membrane par un pédicule très-étroit. On en débarrasse le malade par l'excision. Chez un granulé traité par l'acétate neutre de plomb, nous les avons vues repulluler plusieurs fois; chez les nôtres, jamais. Ces tumeurs que Lebert désigne sous le nom de tumeurs fibro-plastiques, sont composées de tissu cellulaire en voie de formation; mais on y trouve des fibres, des corps fusiformes, des cellules à noyau et des vaisseaux. Elles présentent donc dans leur composition les mêmes éléments que les granulations végétantes. Cependant les caractères qui les distinguent de ces dernières ne permettent pas qu'on les confonde entre elles. Ainsi les granulations végétantes sont sessiles, réunies en plus ou moins grand nombre, moins volumineuses, laissant toujours après elles des cicatrices; les tumeurs fibro-plastiques, au contraire, sont pédiculées, plus volumineuses, ne laissent ordinairement aucune trace de leur existence, et ne sont jamais d'ailleurs assez nombreuses pour donner à la conjonctive l'aspect granulé.

Nous terminerons par les conclusions suivantes :

1° Sous le nom générique de granulations palpébrales, on a confondu divers états pathologiques de la conjonctive essentiellement différents.

2° L'expression *granulations palpébrales* résume toutes les altérations organiques susceptibles de donner à la conjonctive palpébrale l'aspect rugueux.

3° L'étude de leur organisation intime permet de les diviser en granulations *papillaires, vésiculeuses, cellulo-vasculaires* et *fibreuses*.

4° Les granulations papillaires sont formées par les *papilles* de la conjonctive amenées par l'inflammation à un état d'engorgement ou d'hypertrophie; elles ont l'aspect de petits grains rougeâtres, très-rapprochés les uns des autres, égaux en volume et en hauteur, appréciables à l'œil nu seulement sur la conjonctive qui recouvre le tarse.

5° Les granulations vésiculeuses sont un produit de formation nouvelle, propre à la conjonctive et sans analogie dans l'économie. Elles sont constituées par de petits kystes développés dans l'épaisseur de cette membrane.

6° Ce produit pathologique se présente successivement sous les formes diverses de *cellule*, de *vésicule* et de *tumeur cellulo-vasculaire*. Le passage de l'état celluleux à l'état vésiculeux a lieu par la *production endogène* et la transformation de la vésicule en tissu cellulo-vasculaire, par l'organisation du liquide plastique amené par l'inflammation de ses parois.

7° Le siége principal de cette espèce de granulations est la conjonctive palpébrale, surtout sa portion rétro-tarsienne; on en voit se développer, mais plus rarement, sur la caroncule lacrymale, sur la conjonctive oculaire et même sur la cornée.

8° Les granulations *cellulo-vasculaires* ont l'aspect de petites végétations charnues; elles sont de deux espèces : les unes se présentent comme dernier terme de la période ascendante de la granulation vésiculeuse; les autres sont de véritables bourgeons charnus se développant sur des points ulcérés de la conjonctive arrivés à la période de réparation.

9° Les granulations de la quatrième espèce sont composées de tissu cicatriciel; elles sont d'un blanc jaunâtre, de volume et de forme variables, dures, résistantes, criant sous l'instrument tranchant.

10° Les granulations *papillaires, cellulo-vasculaires* et *fibreuses* se présentent comme un des résultats plus ou moins immédiats de l'inflammation; les granulations *vésiculeuses*, au contraire, sont le fait d'un travail lent, insidieux, qui n'a rien de commun avec l'inflammation, travail spécial dans sa nature, comme l'est la cause qui le détermine, et comme le sont les produits pathologiques qui en naissent.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

DES DOUCHES FROIDES ET DE LA SUDATION APPLIQUÉES AU TRAITEMENT DES NÉVRALGIES ET DES RHUMATISMES MUSCULAIRES; par le docteur L. FLEURY, agrégé à la Faculté de Paris, etc. (Mémoire présenté à l'Académie des sciences le 21 janvier 1850.)

(Suite et fin. — Voir les numéros 15 et 16.)

B. RHUMATISME MUSCULAIRE. — On admet généralement aujourd'hui qu'il y a identité de nature entre la névralgie et le rhumatisme musculaire. Émise d'abord par MM. Roche et Cruveilhier, cette opinion, après voir soulevé de nombreuses contradictions, a fini par prévaloir auprès des meilleurs observateurs. « La douleur, symptôme capital de la névralgie, dit M. Valleix, se traduit à notre observation de trois manieres différentes : si elle reste concentrée dans les nerfs, on trouve les points douloureux isolés caractéristiques : il y a une névralgie proprement dite; si la douleur se répand dans les muscles, les contractions musculaires sont principalement douloureuses : il y a rhumatisme musculaire; enfin, si elle se répand dans la peau, il en résulte une sensibilité excessive de la surface cutanée : il existe une dermalgie... Le rhumatisme musculaire dont je viens de parler est celui qui a reçu le nom de *rhumatisme nerveux*. Existe-t-il un rhumatisme inflammatoire ou d'une autre nature? Rien ne le prouve (1). »

De cette identité de nature on a dû conclure à une identité de traitement, et l'on retrouve en effet, à de légères différences près, dans la thérapeutique du rhumatisme musculaire, tous les modificateurs qui sont indiqués dans celle des névralgies : applications émollientes, topiques de différentes espèces, émissions de sang, vésicatoires, cautérisation transcurrente, médication endermique, sulfate de quinine, etc., etc.

Les bains de vapeurs, les bains russes, ont une efficacité qui n'est pas contestée, et on lit en particulier, dans les ouvrages déjà cités de MM. Rapou et Lambert, des observations qui l'établissent péremptoirement.

Enfin le rhumatisme musculaire a été jusqu'à présent le principal champ d'exploration de l'hydrothérapie, et c'est lui qui a fourni à cette méthode les succès les plus nombreux et les plus éclatants.

Il ne s'agit donc point, dans ce que j'ai à dire ici, d'une médication nouvelle, mais seulement d'une application différente, et, suivant moi, plus rationnelle et plus efficace de moyens déjà usités. Comme je l'ai fait d'ailleurs pour les névralgies, je séparerai la forme aiguë de la forme chronique.

1° RHUMATISME MUSCULAIRE AIGU. — Cette première forme est, comme on le sait, très-douloureuse, et amène une impossibilité presque absolue de mouvement dans la partie affectée. Souvent elle cède en quelques jours au repos, aux applications émollientes et narcotiques, aux sudorifiques ou aux topiques excitants, tels que les sinapismes, le liniment ammoniacal, l'alcool camphré, etc.; mais parfois elle résiste à ces divers agents, et l'on est obligé de recourir aux sangsues, aux ventouses scarifiées ou aux vésicatoires. Dans les cas de ce genre, on voit souvent la maladie avoir une durée de deux à trois septénaires, quelles que soient la nature et l'activité de la médication employée.

Or l'hydrothérapie nous offre des moyens curatifs d'une application plus facile, moins désagréable pour le malade et d'une efficacité plus constante, et surtout plus prompte.

Dans les cas légers, on réussira presque toujours en vingt-quatre heures à enlever complétement la douleur, et à rétablir l'entière liberté des mouvements à l'aide du procédé suivant.

On trempe un mouchoir de poche ou une serviette dans de l'eau très-froide, et l'on tord fortement; on applique le linge mouillé sur la partie malade en plaçant par-dessus un morceau de taffetas gommé et un linge sec assez épais à l'aide duquel on maintient le tout. Le linge mouillé ne tarde pas à s'échauffer fortement, et il en résulte une espèce de bain de vapeurs local. Au bout de douze heures, on enlève l'appareil, et on lotionne la partie malade avec une éponge et de l'eau froide. Il est rare, je le répète, qu'un rhumatisme musculaire aigu et d'une médiocre intensité résiste à deux ou trois applications de ce genre; pour ma part, j'ai obtenu un succès complet dans une douzaine de cas de lumbago, de torticolis, de pleurodynie, de rhumatisme deltoïdien, etc.

Lorsque le rhumatisme est intense, le moyen que je viens d'indiquer est insuffisant; il faut alors avoir recours au procédé à l'aide duquel j'ai combattu les névralgies aiguës, et l'on peut être assuré qu'une, deux ou trois sudations en étuve sèche, suivies d'une douche froide, en feront justice. Les observations suivantes viennent à l'appui de cette assertion.

LUMBAGO AIGU.

OBS. X. — M. G., âgé de 32 ans, capitaine d'artillerie, a contracté dans les bivouacs africains un lumbago aigu qui depuis cinq à six ans s'est toujours reproduit deux ou trois fois chaque année. La douleur est très-intense et occupe les deux gouttières lombaires; les plus légers mouvements du tronc l'exaspèrent violemment. M. G. se ment tout d'une pièce, ne marche qu'avec peine, à petits pas et le corps fortement incliné en avant; souvent il est obligé de garder le lit.

La maladie a été combattue par tous les moyens usités (cataplasmes, bains, sinapismes, liniments excitants, sangsues); mais constamment, quelle qu'ait été la médication employée, elle a eu une durée de quinze jours à trois semaines.

Le 7 mai 1849, M. G. ressent quelques douleurs lombaires, et le tendemain le lombago se montre avec toute son intensité.

Le 9, je propose à M. G. de se soumettre au traitement hydrothérapique; il y consent par complaisance, et en me disant : « Vous ne ferez pas mieux que tous les autres; j'en ai pour mes trois semaines, soyez-en sûr. »

Amélioration notable dès la première séance. M. G. se redresse, et la douleur, pendant la marche, est moins vive. Après la quatrième douche, la douleur, au grand étonnement de M. G., a complétement disparu.

TORTICOLIS AIGU.

OBS. XI. — Mademoiselle M., âgée de 20 ans, éprouve, en se réveillant, le 8 novembre 1847, dans le côté gauche du cou, une douleur très-vive, que tous les mouvements de la tête exaspèrent au point de lui arracher des cris. L'immobilité est gardée pendant toute la journée et le cou est entouré de ouate; mais le lendemain la douleur a conservé toute son intensité. Une seule séance hydrothérapique l'enlève immédiatement et complétement.

PLEURODYNIE AIGUË.

OBS. XII. — M. L., âgé de 36 ans, ressent, le 16 septembre 1848, dans le côté droit de la poitrine, une douleur très-vive, qu'exaspèrent les mouvements du tronc, du membre supérieur correspondant et les efforts inspirateurs; elle a son maximum d'intensité vers le mamelon, mais elle occupe toute l'étendue du muscle grand pectoral et les digitations du grand dentelé. Pendant deux jours le malade garde le lit et fait usage de boissons chaudes et sudorifiques. Des cataplasmes arrosés de laudanum, et plus tard un sinapisme, sont appliqués sur la poitrine.

Le 19 septembre, la douleur n'ayant rien perdu de son acuité, M. L. est placé dans l'étuve sèche, et reçoit, pour terminer la sudation, une douche en pluie générale et une douche en jet, promenée sur les parties douloureuses. Le soir, seconde séance, qui enlève complétement la douleur.

RHUMATISME MUSCULAIRE AIGU GÉNÉRAL.

OBS. XIII. — M. R., âgé de 37 ans, d'un tempérament sanguin, a eu plusieurs attaques de goutte, et ressent habituellement des douleurs rhumatismales erratiques, ambulantes, irrégulières.

Le 3 février 1847, une douleur très-vive se fait sentir dans la région lombaire; elle occupe les deux gouttières et se propage vers le dos et la nuque. Le lendemain elle est devenue à peu près générale et se fait sentir dans le muscle occipito-frontal (*gravedo*), dans les muscles des régions latérales et postérieure du cou (*torticolis et cervicodynie de M. Valleix*), dans les deux muscles deltoïdes, dans les deux côtés de la poitrine, où elle occupe principalement les insertions costales des grands pectoraux. Dans tous ces points la douleur est continue, avec élancements, et exaspérée par les plus légers mouvements. Enfin des élancements irréguliers se font sentir dans les fesses et les membres inférieurs. Le malade souffre beaucoup, est très-impatient, et réclame avec instances un soulagement immédiat.

Le tempérament du sujet, le pouls, qui était plein, dur et fréquent, l'étendue et l'acuité de la maladie, indiquaient certainement une saignée générale; le malade la demandait, et je fus sur le point de la pratiquer. Mais désireux de voir quel serait, dans ce cas, l'effet de la médication hydrothérapique, je demandai à M. R. de s'y soumettre, et il y consentit.

Le 5 février, le malade reste dans l'étuve pendant trois quarts d'heure. La transpiration est extrêmement abondante, et je ne saurais peindre l'étonnement qu'éprouve M. R. lorsque, sortant de la douche, il se trouve débarrassé, comme par enchantement, de toutes ses douleurs.

Je pourrais encore relater plusieurs faits analogues à ceux que l'on vient de citer (sept observations); mais ceux-ci suffisent, je pense, pour établir la supériorité du traitement que je préconise. Chez tous ces malades, le rhumatisme était assez intense pour autoriser le médecin à recourir d'emblée aux émissions de sang, soit locales, soit générales, et aux agents les plus énergiques de la thérapeutique usuelle; or je demande quelle est la médication qui aurait amené un résultat plus satisfaisant et plus prompt que celui que nous avons obtenu au moyen du calorique, de la sudation et des douches froides.

(1) GUIDE DU MÉDECIN PRATICIEN, t. X, p. 194. Paris, 1847. Voyez aussi ÉTUDES SUR LE RHUMATISME MUSCULAIRE, etc., in BULL. GÉNÉR. DE THÉRAP., 1848, t. XXXV, p. 293.

2° Rhumatisme musculaire chronique. — Le rhumatisme musculaire chronique se présente sous deux formes très-différentes qui n'ont pas été suffisamment étudiées et séparées.

Tantôt il est *fixe* et occupe constamment et d'une manière continue, quoique avec exacerbations irrégulières, le même lieu. Son siége le plus ordinaire est la région lombaire (*lumbago chronique*), et souvent alors il est pris pour une affection de la moelle épinière, en raison de la continuité et de la gravité des accidents dont il est accompagné. Quelquefois il envahit le muscle occipito-frontal ou les muscles de la plante des pieds, et il y a lieu de s'étonner, soit dit en passant, que le gravedo et le rhumatisme plantaire chroniques soient à peine indiqués par les auteurs, même par ceux qui se sont occupés spécialement de la matière.

D'autres fois, et cette seconde forme est de beaucoup la plus fréquente, le rhumatisme chronique est *mobile*; il est alors caractérisé par des douleurs intermittentes, irrégulières, qui se font sentir, tantôt dans un point, tantôt dans un autre, tantôt en plusieurs endroits à la fois. Il se montre de préférence dans les muscles des gouttières lombaires, de la région postérieure du cou, de la poitrine et des membres; souvent il n'occupe qu'un seul muscle : le deltoïde, le soléaire, le grand pectoral, etc.

La douleur peut être lancinante, erratique, ambulante et se porter incessamment d'un lieu à un autre, de telle sorte que dans l'espace d'une journée, elle parcourt successivement tous les points que nous avons indiqués; d'autres fois elle persiste pendant quelque temps dans le même lieu, et ce n'est qu'au bout de trois, quatre, six ou huit jours qu'elle disparaît brusquement pour se faire sentir dans une autre partie du corps.

Le froid, l'humidité, les variations atmosphériques, la direction des vents, les écarts de régime, la fatigue, ont une grande influence sur la marche, l'intensité et le retour du rhumatisme chronique mobile.

Quelle que soit la forme sous laquelle il se présente, le rhumatisme musculaire chronique est toujours une maladie sérieuse, en raison des douleurs qu'il provoque, de la gêne qu'il apporte dans les mouvements, de son extrême ténacité et de sa résistance aux efforts du médecin. Presque toujours sa durée est de plusieurs années, et il n'est pas rare de le voir se prolonger autant que la vie du sujet, qu'il n'abrége point d'ailleurs par lui-même.

La thérapeutique de cette affection est assez mal établie dans les traités de pathologie, et l'on chercherait en vain des données positives et une appréciation motivée propres à fixer le praticien sur l'efficacité et l'opportunité des nombreux modificateurs dont les auteurs se contentent de faire la stérile énumération.

Les émissions de sang locales, les vésicatoires, les cautères, les moxas, la cautérisation transcurrente, l'acupuncture, l'électro-puncture, le massage, les bains et les douches de vapeur, les bains russes, les bains sulfureux, les bains de sublimé, les bains de mer, certaines eaux thermales, le sulfate de quinine à hautes doses, l'iodure de potassium et beaucoup d'autres modificateurs composent l'arsenal thérapeutique dans lequel le praticien est réduit à puiser au hasard et le plus ordinairement sans succès. Alors intervint l'hydrothérapie, et il ne lui a fallu que peu de temps pour établir sa supériorité sur toutes les médications antérieures; ses détracteurs les plus obstinés et les plus aveugles ont dû lui concéder le rhumatisme musculaire chronique, et l'un de ses appréciateurs les plus éclairés et les plus impartiaux, M. Valleix, s'est expliqué en ces termes :

« Les faits rapportés par les auteurs sont de nature à faire considérer l'hydrothérapie comme très-utile contre le rhumatisme musculaire. Les lotions froides pratiquées rapidement une ou deux fois par jour peuvent suffire, et nous connaissons plusieurs personnes qui se sont débarrassées ainsi de douleurs rhumatismales datant de longtemps, et qui sont parvenues à sortir sans inconvénient, au fort de l'hiver, avec des vêtements légers, tandis qu'auparavant, elles étaient obligées de se couvrir fortement, même dans l'intérieur de leur appartement. Si les douleurs musculaires ne sont pas très-fortes, on remarque qu'immédiatement après une simple lotion, elles ont complétement disparu; mais il est ordinaire de les voir reparaître dans un moment de la journée plus ou moins éloigné de celui où la lotion a été faite. Cette disposition, ou du moins ce soulagement extrême de la douleur, immédiatement après l'application de l'eau froide, ne prouvent-ils pas l'action puissante de ce moyen, et ne doivent-ils pas faire espérer qu'en persévérant dans son emploi, on viendra à bout de la maladie? Aussi est-ce là, je le répète, ce qui arrive fréquemment; mais il est des cas rebelles où, malgré l'usage persévérant des lotions froides, la douleur revient toujours. En pareil cas, il faut nécessairement recourir à l'hydrothérapie complète, c'est-à-dire à l'hydrosudopathie (1). »

Ce passage demande quelques explications. Il est très-vrai que de *simples lotions froides* procurent souvent le soulagement dont parle M. Valleix, mais je ne connais pas un seul cas où elles aient suffi pour amener une guérison complète, durable, et ceci est un point important sur lequel j'appelle toute l'attention du lecteur. Aujourd'hui, il n'est pas un des praticiens de Paris qui ne fasse quotidiennement de l'hydrothérapie, mais de quelle façon? « Mettez-vous dans une baignoire ou dans un baquet, disent nos honorables confrères, et faites-vous jeter sur le corps quelques pots ou quelques arrosoirs d'eau froide. » Les malades se livrent scrupuleusement à cette manœuvre pendant quinze jours, ne ressentent aucune amélioration ou éprouvent même des accidents plus ou moins graves, et alors médecins et patients se croient autorisés à déclarer que l'hydrothérapie est une médication sans puissance, ou bien qu'elle a été inefficace ou nuisible dans tel cas donné.

Étrange manière d'expérimenter et de juger! Je pourrais citer plusieurs observations dans lesquelles on verrait tel et tel médecin se fonder sur de pareilles données pour prononcer un arrêt solennel qu'est venue réformer une médication régulière et méthodique.

L'efficacité de l'hydrothérapie est subordonnée à un grand nombre de circonstances que je me propose d'étudier dans un travail spécial; mais je puis dire ici, à l'avance, que le succès n'est possible que si l'on fait usage d'eau à une température de + 8° à + 10° centigr., de douches puissantes, *ayant une grande force de projection*, et enfin si l'on varie, suivant les indications de chaque cas, les appareils et les procédés d'applications.

Dans ces conditions, la médication hydrothérapique, méthodiquement appliquée, est sans contredit le traitement le plus sûrement et le plus promptement efficace que l'on puisse opposer au rhumatisme musculaire chronique, et j'ajoute qu'elle est beaucoup plus simple et moins pénible que ne l'ont faite Priessnitz et ses imitateurs. Les succès obtenus à Bellevue ont été aussi satisfaisants que possible, et cependant les malades n'ont pas été abreuvés d'eau, ils n'ont pas été soumis à des enveloppements toujours si longs et si désagréables, ils n'ont pas subi des applications froides incessantes; deux séances par jour de douches froides, locales et générales, précédées ou non de la sudation en étuve sèche, des bains de siége, dans les cas de lumbago, parfois des compresses mouillées appliquées *loco dolenti*, tel est le traitement que j'ai mis en usage et qui m'a constamment fourni les plus heureux résultats. Il faut même avoir soin de ne pas abuser du calorique, qui souvent réveille les douleurs, les rend plus vives, et dont l'application continuée éterniserait la maladie au lieu de la guérir. Les sudations doivent être supprimées ou tout au moins rendues très-rares (une ou deux par semaine), dès que les fonctions cutanées sont convenablement rétablies, que la transpiration est facile et abondante.

Je ne puis reproduire ici *in extenso* toutes les observations que j'ai recueillies depuis quatre ans, mais je résumerai les principales d'entre elles, car ce n'est que par l'exposé des faits que l'on peut arriver à établir l'efficacité d'une médication.

RHUMATISME OCCIPITO-FRONTAL.

Obs. XIV. — M. M., âgé de 37 ans, réfugié polonais et homme de lettres, après avoir ressenti pendant plusieurs années des douleurs rhumatismales ambulantes qui ont parcouru successivement toutes les régions du corps, et dont l'origine remonte à la guerre de Pologne, a éprouvé en 1841 une douleur continue qui occupait toute l'étendue de la région épicrânienne, et avait son maximum d'intensité vers l'occiput et le sommet de la tête. Cette douleur n'était point très-violente et ne présentait point d'élancements très-vifs, mais elle était diffuse, gravative, exaspérée par les mouvements du cuir chevelu, par la pression, par la constriction exercée par le chapeau, et sa continuité la rendait extrêmement incommode; elle donnait lieu à une sensation très-pénible de compression et à une espèce d'hébétude qui rendait M. M. complétement incapable de se livrer à aucun travail intellectuel ou même de lire son journal. Quelquefois la douleur disparaissait spontanément pour quelques jours, mais elle ne tardait pas à reparaître sans cause connue ou sous l'influence du froid, de l'humidité, d'une variation atmosphérique, d'un écart de régime, du travail de cabinet, du séjour dans un appartement très-chaud, dans une salle de spectacle, etc.

Pendant cinq ans, les traitements les plus divers ont été dirigés contre la maladie, qui, prise d'abord pour une névralgie, a été combattue par les pilules de Méglin, les vésicatoires et la méthode endermique, les sangsues aux apophyses mastoïdes et à la nuque, le sulfate de quinine, etc. Considérée plus tard comme étant de nature syphilitique, on lui opposa un traitement mercuriel qui n'apporta aucune modification.

En 1843, M. le professeur Marjolin fut consulté; il reconnut l'existence d'un rhumatisme occipito-frontal chronique, et conseilla les bains de vapeur. Ceux-ci ne purent pas être supportés par le malade : ils exaspéraient la douleur, produisaient de la congestion cérébrale et des palpitations violentes. M. Marjolin fit raser le cuir chevelu et prescrivit divers liniments, soit calmants et narcotiques, soit excitants, mais ils restèrent sans effet; de larges vésicatoires volants, recouvrant la plus grande partie du muscle occipito-frontal, ne furent pas plus efficaces. Trente-six bains sulfureux n'amenèrent aucun soulagement. M. M. se rendit à Barréges, et en revint au bout de deux mois dans le même état.

En 1844, un séton fut appliqué à la nuque et porté pendant quatre mois sans résultat; plusieurs saignées générales furent pratiquées. Au mois de juillet, M. M. alla prendre les eaux de Plombières.

(1) Coup d'œil général sur l'hydrothérapie, etc. *In* Bull. gén. de thér., 1848, t. XXXV, p. 101—102.

En 1845, un cautère fut appliqué à la jambe droite et conservé jusqu'au 11 *juillet* 1846, époque à laquelle M. Marjolin conseilla à M. M. d'essayer un traitement hydrothérapique, la maladie ayant augmenté plutôt que diminué sous l'influence des diverses médications employées jusque-là.

Au bout de quinze jours, une notable amélioration se fait déjà sentir; au bout de trois mois, la guérison est complète, et elle s'est maintenue jusqu'à ce jour.

LUMBAGO CHRONIQUE.

OBS. XV. — M. de B., âgé de 40 ans, éprouve en 1841 plusieurs attaques de lumbago aigu qui l'obligent, chaque fois, à garder le lit pendant huit jours; les douleurs sont extrêmement vives et s'irradient dans les cuisses; elles sont accompagnées de fièvre et rendent impossible toute espèce de mouvement du tronc; elles cèdent au repos, aux bains tièdes, aux cataplasmes ou aux sangsues.

En 1842 et 1843, la maladie se reproduit encore plusieurs fois, principalement pendant l'hiver, les temps froids et humides; dans l'intervalle des accès, M. de B. éprouve d'une manière continue, dans la région lombaire, des douleurs sourdes, vagues, irrégulières, et une sensation de faiblesse qui l'empêchent de marcher, de monter à cheval, de se livrer à aucun exercice; les mouvements du tronc, et surtout ceux de flexion, amènent des douleurs vives, et le malade les redoute tellement qu'il se tient constamment roide et ne se meut que tout d'une pièce.

Le 13 juillet 1843, M. le docteur Cayol est consulté; il conseille au malade d'aller passer une saison à Vichy, d'y prendre des bains mitigés et des douches, et d'aller ensuite passer quinze jours à Néris.

Juillet 1844. Les eaux de Vichy et de Néris n'ont en aucun résultat; les douleurs continues et la faiblesse lombaire ont augmenté; plusieurs accès ont en lieu, et le malade éprouve en outre, depuis six mois, des accidents dyspepsiques caractérisés par des bâillements, du malaise gastrique, de l'inappétence, des rapports nidoreux, de la constipation alternant avec de la diarrhée, etc. M. Cayol prescrivit des pastilles de Vichy, de l'eau de Spa, des bols contenant 75 centigr. de diascordium et 30 centigr. de poudre de Colombo, des bains gélatino-sulfureux et des frictions avec le baume Oppodeldoch.

1846. Depuis deux ans la maladie s'est aggravée, et M. de B., qui habite la province y a consulté plusieurs médecins qui lui ont donné à entendre qu'il était affecté d'une maladie de la moelle. Au mois de juin, il vient à Paris retrouver M. Cayol, qui conseille l'application de plusieurs cautères sur les gouttières lombaires; le malade refuse de se soumettre à ce moyen, et M. Cayol l'engage alors à essayer l'hydrothérapie, qui est commencée à Bellevue le 25 juin 1846. (Bains de siège à eau courante, sudation, douche en pluie générale et douche en jet dirigée sur la région lombaire.)

Guérison complète au bout de six semaines.

Au mois de juillet 1847, le malade fait un voyage à Paris et vient me voir; l'hiver s'est passé sans le moindre accident, aucune douleur ne s'est fait sentir, les mouvements du tronc sont libres; la guérison s'est parfaitement maintenue, mais M. de B. veut profiter de son séjour pour prendre encore des douches pendant un mois.

LUMBAGO CHRONIQUE.

OBS. XVI. — P., âgé de 22 ans, jardinier aux environs de Paris, est atteint depuis six mois de douleurs lombaires qui le condamnent à une inaction complète, tant les plus légers mouvements du tronc provoquent de vives douleurs. Le médecin de la localité a d'abord considéré la maladie comme un rhumatisme musculaire, et l'a combattue par les topiques émollients au début, puis par des sangsues, des liniments irritants, des sinapismes, et enfin des vésicatoires volants; mais les douleurs devenant de plus en plus vives, les mouvements de plus en plus difficiles malgré ce traitement énergique, il a pensé qu'il pouvait avoir affaire à une affection de la moelle, et il donna le conseil au malade de se rendre à Paris et d'y entrer dans un hôpital.

P. est soumis à mon examen le 17 décembre 1848 ; je reconnais l'existence d'un lumbago chronique, et je conseille l'hydrothérapie. P. est d'une pusillanimité extrême; il est fort effrayé de l'idée d'avoir une affection de la moelle; il n'ose exécuter le plus léger mouvement, et la perspective de la douche lui inspire un violent effroi. Le traitement est néanmoins commencé le 21 décembre; au bout de quelques jours les douches sont prises convenablement, et au bout d'un mois la guérison est complète.

RHUMATISME DELTOÏDIEN.

OBS. XVII. — M. J., âgé de 57 ans, habitant Bellevue, éprouve depuis plusieurs années dans les deux bras, et principalement dans les muscles deltoïdes, des douleurs continues et qui deviennent plus vives pendant la nuit et qu'exaspèrent le froid, l'humidité, les variations atmosphériques et les mouvements; ainsi M. J. a beaucoup de peine à se raser, et c'est là, parmi les inconvénients de sa maladie, celui qui lui est le plus désagréable. Il a eu recours sans succès à toutes sortes de liniments, d'onguents, de pommades, au papier Fayard, etc., et le 20 juin 1848 il se décide à essayer l'hydrothérapie. Six semaines après, les douleurs avaient complètement disparu.

RHUMATISME PLANTAIRE.

OBS. XVIII. — L., habitant Meudon, âgé de 49 ans, a éprouvé à plusieurs reprises des douleurs rhumatismales qui ont parcouru les différentes régions du corps, qui se sont fait sentir principalement en automne et pendant l'hiver, et contre lesquelles il n'a jamais réclamé les secours de la médecine. Depuis deux ans, ces douleurs se sont fixées d'une manière exclusive et continue dans la plante des pieds et sont devenues extrêmement incommodes; la pression avec la main est douloureuse ; lorsque dans la marche ou la station debout le poids du corps presse la plante des pieds contre un corps dur, des douleurs très-vives se manifestent, et le malade est obligé de garnir ses sabots d'une couche épaisse de paille. Il s'est adressé à des charlatans qui lui ont vendu plusieurs espèces de liniments et de pommades dont il n'a retiré aucun soulagement.

Au bout de sept semaines d'un traitement hydrothérapique commencé le 9 juillet 1847, les douleurs disparaissent complètement.

RHUMATISME MUSCULAIRE AMBULANT.

OBS. XIX. — G., âgé de 40 ans, habitant Meudon, a éprouvé, dans la nuit du 8 au 9 juillet 1846, dans les épaules et les poignets, des douleurs très-vives qui, le lendemain, se sont fait sentir également dans la nuque, la région lombaire, les fesses, les jambes et les plantes des pieds. Pendant huit jours la maladie a conservé un caractère d'acuité très-marqué. Au bout de ce temps, les douleurs ont diminué; mais depuis lors elles se sont constamment montrées, à des intervalles très-rapprochés, dans l'une ou l'autre des parties du corps ci-dessus indiquées, et souvent, lorsqu'elles occupent les lombes ou la plante des pieds, elles obligent le malade à garder le lit.

Traitement hydrothérapique commencé le 13 août 1847; guérison le 15 septembre.

Au total, dans l'espace de quatre années 23 malades affectés de rhumatisme musculaire chronique fixe ou ambulant ont été traités par les douches froides et la sudation ; tous ont guéri, et ce résultat établit, je crois, d'une manière péremptoire, la supériorité de la médication hydrothérapique sur toutes les autres méthodes de traitement.

Si maintenant nous cherchons à résumer les faits contenus dans ce travail et les conséquences qui en découlent, nous arrivons aux propositions suivantes :

1° Cinq malades atteints depuis quatre à quinze jours d'une névralgie aiguë, fixe et très-intense, ont été guéris après une à trois séances de sudation en étuve sèche, suivie d'une douche froide générale et locale. Employés à titre d'agents de la médication transpositive, le calorique et l'eau froide ont exercé une révulsion énergique sur toute la surface cutanée et ont eu une action plus promptement efficace que celle des vésicatoires volants et de la cautérisation transcurrente.

2° Onze malades atteints depuis plusieurs jours d'un rhumatisme musculaire aigu, fixe et très-violent, ont été guéris de la même manière; la médication employée ayant eu manifestement un effet plus rapide et plus heureux que celui des topiques émollients ou irritants et des émissions de sang locales.

3° Quatre malades atteints depuis quatre à dix ans d'une névralgie fixe ayant résisté à toutes les médications connues, ont été guéris par l'usage des douches froides locales et générales, quelquefois précédées de sudation en étuve sèche. La durée du traitement a été au minimum d'un mois, au maximum de cinq mois et en moyenne de trois mois. La guérison doit être attribuée à une action révulsive souvent renouvelée et à une régularisation des fonctions cutanées, de la circulation capillaire et de l'innervation générales.

4° Trois malades présentant depuis cinq à quinze ans cet ensemble de phénomènes morbides que l'on désigne par le noms de névropathie générale, d'état nerveux, arrivés au dernier degré du dépérissement et ayant épuisé toute la thérapeutique, ont été guéris de la même manière. La durée du traitement a été au minimum de sept mois, au maximum de dix-huit mois, et en moyenne de treize mois. Le succès doit être attribué à l'action qui a été exercée sur toutes les grandes fonctions de l'économie par la médication hydrothérapique, laquelle, à ce point de vue, n'a point d'équivalent.

5° Vingt-trois malades affectés, depuis quelques mois à plusieurs années, de rhumatisme musculaire chronique fixe ou ambulant, ayant résisté aux médications les plus diverses, aux eaux thermales les plus célèbres, ont été guéris par la même méthode. La durée du traitement a été au minimum d'un mois, au maximum de sept mois, et en moyenne de quatre mois.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

CONSIDÉRATIONS SUR LA TAILLE RECTO-VÉSICALE ; CALCUL VÉSICAL ; FISTULE URINAIRE A L'HYPOGASTRE ; CYSTOTOMIE RECTO-VÉSICALE ; GUÉRISON AVEC PERSISTANCE D'UNE FISTULE A LA VESSIE ; par M. le docteur FLEURY, professeur de clinique chirurgicale à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont.

La taille recto-vésicale, qui était connue bien longtemps avant 1816

(Velpeau, Médecine opératoire), n'a été érigée en méthode que depuis celle époque par Sanson, qui a indiqué le premier le manuel opératoire au moyen duquel on peut arriver par cette voie jusque dans la vessie. Cette opération, malgré les avantages que lui ont trouvé son auteur et quelques chirurgiens italiens, n'a pas été adoptée en France, et paraît même aujourd'hui complétement abandonnée. Si, en effet, les calculs sont trop volumineux pour être extraits par l'incision périnéale, on préfère la taille hypogastrique; il peut arriver cependant que celle-ci ne soit point praticable, comme chez le malade dont je rapporte ici l'observation, force est alors d'adopter la première, malgré les inconvéients qu'elle présente. Ainsi Dupuytren fut contraint de diviser le rectum chez un individu auquel il avait pratiqué la taille bilatérale. La pierre étant trop volumineuse pour sortir par l'ouverture du col de la vessie, il se vit forcé de prolonger l'incision jusqu'au bas-fond de l'organe.

Si une circonstance analogue à celle-ci s'offrait aujourd'hui, on chercherait à briser le calcul au moyen d'instruments lithotriteurs, afin d'en extraire séparément les fragments, et on ne toucherait point au rectum.

Les avantages de la cystotomie recto-vésicale ont bien de prime abord quelque chose de séduisant : l'opération est simple et facile ; l'épaisseur des tissus à diviser est peu considérable; l'incision que l'on pratique sur la ligne médiane met plus qu'aucun autre procédé à l'abri d'une hémorrhagie qui, chez les vieillards surtout, a une gravité extrême; les instruments arrivent à la vessie par une voie très-courte; les urines ont un écoulement facile et libre, et n'ont aucune tendance à filtrer dans l'épaisseur des tissus. Mais d'un autre côté, il y a un inconvénient majeur : c'est l'ouverture fistuleuse, qui persiste après l'opération. Cette infirmité est tellement dégoûtante, les conséquences en sont si fâchenses, que l'on doit choisir de préférence un procédé opératoire qui n'y prédispose pas : c'est ce qui explique l'abandon presque général de la taille recto-vésicale, qui ne peut être mise en usage que dans quelques cas exceptionnels.

On a bien, il est vrai, cité l'observation de malades chez lesquels l'ouverture s'est cicatrisée; mais ce sont des faits rares, et qui n'infirment point la règle générale.

Notre opéré n'eu a pas été plus à l'abri que les autres ; mais ici nous n'avions pas le choix, et fistule pour fistule, celle-ci avait moins d'inconvénients que celle qui existait à l'hypogastre, et dont il fallait détruire la cause pour sauver ses jours.

Obs. — Le nommé Croix (Jacques), âgé de 25 ans, exerçant la profession de berger, est entré à l'Hôtel-Dieu de Clermont le 7 octobre 1848.

Ce jeune homme, d'une constitution faible et maladive, avait joui jusqu'à l'âge de 11 ans d'une assez bonne santé, lorsqu'il vit se former, sans cause connue, un abcès au niveau de la fosse iliaque du côté gauche.

Après un séjour de six mois au lit, la suppuration s'arrêta ; mais il s'aperçut en se levant que la jambe correspondante était plus courte que l'autre, et qu'il ne pouvait marcher sans boiter. Il existait en effet de ce côté une luxation spontanée en haut et en arrière.

A dater de ce moment, il remarqua qu'il urinait plus difficilement qu'auparavant, et que des efforts étaient nécessaires pour vider la vessie. Le mal fit de jour en jour de nouveaux progrès, sans qu'il parût s'en préoccuper d'une manière bien vive. La dysurie devint de plus en plus prononcée ; enfin, le 1er août de cette année, un abcès se développa dans l'épaisseur de la paroi antérieure de l'abdomen, à quatre travers de doigt en haut et en dedans de l'épine antérieure et supérieure de l'os des iles du côté gauche. En s'ouvrant, il donna issue à du pus, et bientôt toute l'urine que contenait la vessie s'échappa par une fistule qui s'établit dans cette région. C'est seulement alors qu'il prit le parti d'entrer à l'Hôtel-Dieu.

L'ouverture fistuleuse donne constamment issue à de l'urine, qui s'en écoule tantôt goutte à goutte, tantôt par jet, lorsque le malade contracte les parois de l'abdomen ou que l'on y introduit un stylet. Le trajet de ce conduit anormal ne suit pas une ligne droite; car la sonde exploratrice, quoique d'un petit volume, est arrêtée à 3 centimètres de profondeur. Lorsque l'écoulement de l'urine est continu, le liquide paraît clair comme à l'état normal; lorsque, au contraire, on en accélère la sortie en irritant le canal, elle est troublée et d'un blanc laiteux. Une algalie en argent est introduite dans l'urètre. Le cathétérisme est douloureux, et l'instrument est bientôt arrêté au niveau du col par un calcul qui se prolonge dans sa portion prostatique.

En introduisant le doigt dans le rectum, on sent une énorme tumeur qui occupe tout le bas-fond de la vessie et qui repose sur cet intestin; il est facile, à sa dureté, d'en reconnaître la nature : c'est une pierre qui occupe l'intérieur du réservoir urinaire et qui en distend les parois. En se formant, elle a rendu pendant longtemps la miction douloureuse, puisque le malade souffre depuis quatorze ans. A la longue elle a pris un tel développement que l'urine, ne pouvant plus être contenue dans la vessie, s'est frayé une issue par une autre voie en provoquant son inflammation et celle du tissu cellulaire, qui l'unit à la paroi antérieure de l'abdomen. La sonde n'est arrivée dans la vessie qu'avec la plus grande difficulté.

Quoique les douleurs que ce jeune homme éprouve depuis si longtemps aient été bien vives, elles n'ont cependant pas altéré sensiblement sa constitution. Les principales fonctions de l'économie s'exécutent d'une manière normale, et la maigreur que l'on observe chez lui paraît être plutôt un état naturel qu'un effet d'une nutrition incomplète.

L'indication à remplir était simple : il fallait débarrasser la vessie du calcul qui y était contenu. Mais à quels moyens devait-on recourir?

La lithotritie n'était pas praticable ; la pierre offrait un volume trop considérable pour qu'on pût la saisir avec une pince à trois branches ou avec l'instrument de M. Heurteloup. L'extrémité vésicale de l'urètre était d'ailleurs tellement obstruée par elle qu'il n'eût été impossible d'arriver jusque dans la vessie, en supposant que l'on pût préalablement calmer l'irritabilité de la muqueuse. Restait alors la cystotomie.

La taille périnéale, qui est, de toutes les méthodes, celle à laquelle on a le plus généralement recours, ne pouvait pas être employée chez notre malade, l'arcade sous-pubienne n'offrant pas un degré d'écartement assez grand pour laisser passer un calcul qui paraissait énorme, lors même qu'on eût choisi la taille bilatérale, qui permet de donner à l'incision des parties molles une étendue plus considérable, en s'éloignant moins de la ligne médiane.

Restaient les tailles hypogastrique et recto-vésicale. La première offre, il est vrai, une large issue aux corps étrangers que l'on veut extraire de la vessie, mais les parties sur lesquelles il aurait fallu agir ne devaient pas offrir le degré de laxité nécessaire à la réussite de l'opération. Nul doute que les rapports de la vessie avec les parois de l'abdomen n'eussent subi quelques changements par suite de l'inflammation qui s'y était développée et que le péritoine n'eût contracté des adhérences qui auraient pu l'exposer à être intéressé par des instruments tranchants.

Nous n'avions plus alors que la taille recto-vésicale.

Des deux procédés décrits par Sanson, l'un consiste à attaquer le bas-fond de la vessie, l'autre à diviser son col en prolongeant l'incision jusqu'au rectum. Le premier offre, il est vrai, une issue plus large aux calculs, mais il expose plus que l'autre à des fistules incurables et à la lésion du péritoine; c'est donc à ce dernier que je devais m'arrêter, avec d'autant plus de raisons que la pierre se prolongeant dans le col et dans la portion prostatique du canal serait plus facilement ramenée à l'extérieur par une incision qui diviserait ces parties.

L'opération ne laissait pas que d'offrir quelques difficultés. Indépendamment de la déviation du membre pelvien du côté gauche produite par la luxation spontanée, il existait à la face interne et inférieure de la cuisse droite une cicatrice adhérente qui s'opposait à la flexion de la jambe sur la cuisse. On ne pouvait donc pas donner au malade la position à laquelle on a recours pour pratiquer l'opération de la taille. Comme on ne pouvait fixer les mains aux talons, je le fis assujettir aussi solidement que possible par des aides pendant qu'on lui faisait inspirer du chloroforme, afin de prévenir les mouvements inconsidérés qu'il aurait exécutés et auxquels il eût été impossible de remédier.

Un cathéter avait été introduit dans la vessie, mais la saillie que faisait le calcul dans le bas-fond de l'organe m'offrant un guide plus sûr que la cannelure de l'instrument conducteur, je le retirai.

L'incision, commencée à 20 millimètres au delà de l'anus, comprit la partie inférieure du rectum, le sphincter de l'anus, la partie inférieure de la prostate et l'extrémité du perinée. Ces organes, distendus par la pierre, furent incisés avec une grande facilité, leur section ne donna issue qu'à une petite quantité de sang. Glissant alors l'extrémité de l'indicateur de la main droite, entre le corps étranger et la paroi intérieure de la vessie, je cherchai à reconnaître quels étaient leurs rapports, mais le contact était tellement intime qu'il me fut impossible de passer le doigt autour du calcul, et de m'assurer de l'état de la membrane muqueuse; je craignis même qu'elle n'eût contracté avec la pierre des adhérences telles, qu'elle se déchirât par des tractions devenues indispensables pour l'extraire.

Je cherchai d'abord à la saisir avec une petite tenette, afin de savoir s'il serait possible de l'ébranler et de la dégager de la cavité qui la renfermait ; mais l'écartement des branches de l'instrument était tel qu'il me parut impossible de lui donner issue par l'ouverture pratiquée aux parties molles. Je m'étais muni dans cette prévision du lithotome de M. Heurteloup, dans l'espérance de pouvoir briser le calcul s'il était trop volumineux ; mais il me fut impossible de le saisir. Je me servis alors de fortes tenettes dont les cuillers très-larges étaient munies de dents sur leur concavité, et je les introduisis entre le calcul et les parois de la vessie. Bientôt sous l'influence d'une pression un peu forte, je sentis que la pierre cédait et se brisait. L'instrument fut retiré, et je pus, en me servant tantôt du doigt, tantôt d'une petite tenette, tantôt d'une pince à polype, retirer tous les fragments de la pierre et m'assurer de l'état de la vessie. La membrane muqueuse me parut saine; je fis au moyen d'une grosse seringue deux injections dans la cavité de l'organe, afin de le débarrasser des petits fragments qui auraient pu échapper aux instruments, et le malade fut transporté dans son lit.

L'opération pratiquée le 12 octobre avait été peu douloureuse, l'insensibilité presque complète sous l'influence des inspirations de chloroforme. Le simple cathétérisme était pour lui, nous disait-il, plus pénible que l'incision qui avait été faite pour retirer la pierre.

Dès l'instant où les urines ont pu s'écouler par l'ouverture pratiquée au col de la vessie, il ne s'en est plus échappé par la fistule hypogastrique qui était oblitérée au bout de douze jours. Il n'y a pas eu, du reste, le moindre accident inflammatoire; la fièvre a été légère et de courte durée, et bientôt le besoin de prendre des aliments s'est fait sentir.

Au bout de vingt-deux jours, quelques gouttes d'urine ont commencé à s'écouler par l'urètre et à être rendues par la verge; mais cette amélioration, qui devait nous faire espérer l'oblitération de la plaie, n'a point persisté. J'ai alors cherché, après avoir attendu trois semaines, à favoriser la miction en introdui-

sant dans la vessie une sonde d'un gros calibre qui a dû être constamment débouchée. Ce moyen a d'abord parfaitement réussi; le contact de l'instrument n'avait rien de pénible, mais bientôt les mucosités sécrétées par la vessie en ont obstrué les yeux, la verge s'est tuméfiée, et j'ai dû le retirer.

J'ai alors engagé le malade à quitter l'hôpital dans l'espérance que l'air de la campagne en rétablissant les forces et l'embonpoint faciliterait l'occlusion de la fistule.

Il est sorti le 30 novembre.

La partie de la pierre que l'on a pu conserver pèse 78 grammes; mais il n'a été possible que de recueillir les fragments les plus volumineux; la plus grande partie, réduite en poussière par la pression des tenettes, a été entraînée avec les liquides qui s'échappaient de la vessie.

J'ai revu le malade au bout de quelques mois : la fistule persistait.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

(Suite et fin.)

III. THE EDINBURGH MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL.

Les numéros de juillet et octobre 1849 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Sur les anomalies du système musculaire trouvées à l'amphithéâtre de l'Université d'Édimbourg, pendant l'hiver de* 1847—48; par M. Hallett. 2° *De la peste, de sa nature contagieuse ou non contagieuse*; par M. J. Davy. 3° *Traitement de la dyssenterie des tropiques, au moyen des lavements d'eau chaude*; par M. Hare. 4° *Considérations sur les maladies du placenta comme influençant la marche de la parturition*; par M. Bremner. 5° *Sur les cas mortels d'inhalation du chloroforme*; par M. Snow. 6° *Considérations sur l'existence du carbone à l'état libre dans le corps humain*; par M. Paxton. 7° *Statistique de l'infirmerie royale de Glascow*; par M. Steele. 8° *De la fièvre qui a régné dernièrement dans la garnison de Sainte-Anne* (*Barbades*); par M. J. Davy. 9° *Du choléra qui parut dans le dix-septième district de la cité Parish de Glascow, en novembre, décembre* 1848, *janvier, février et mars* 1849; par M. Maxwell Adams. 10° *Sur les propriétés thérapeutiques comparatives de la quinine et de la bebeerine*; par M. Strattoo. 11° *Des ganglions et des nerfs du cœur*; par M. Robert Lee. 12° *Sur la membrane fibreuse d'enveloppe ou fascia du cœur*; par le même. 13° *Tribut clinique à la pathologie, au diagnostic et au traitement de certaines maladies chroniques du cœur*; par M. Ritchie. 14° *Sur les macrocéphales de Kertsch, en Crimée*; par M. Rathke. 15° *De l'anesthésie et des substances anesthétiques en général*; par M. Nunneley. (Recherches expérimentales sur leur nature, leurs propriétés, leur action, leur valeur et leurs dangers comparatifs, et les meilleurs moyens de combattre l'effet d'une dose exagérée.)

DE LA CONTAGION DE LA PESTE; par le docteur JOHN DAVY.

Voici le fait qui sert de base au travail de M. Davy. En 1841, au mois de juin, un navire arriva à Constantinople venant d'Alexandrie, où la peste régnait alors, sous une forme médiocrement grave et sur une petite échelle. On constata à l'arrivée l'existence de la maladie parmi les gens de l'équipage et les passagers, dont quelques-uns avaient succombé pendant la traversée. Tout le monde fut débarqué et confiné, partie dans le lazaret, partie dans une petite île non habitée (Proti) de la mer de Marmara, et tenu en stricte quarantaine aussi bien que les effets et tous les objets réputés susceptibles. L'équipage et les passagers formaient une population de 96 individus, sur lesquels 6 furent mis en traitement au lazaret et 3 à Proti; 7 moururent. Tous ces malades avaient été pris par le navire en Égypte. Le fléau ne s'arrêta pas là. Parmi les employés du lazaret, tous habitants de Constantinople et ne communiquant pas avec le dehors, 4 prirent la peste, dont 3 succombèrent. L'histoire détaillée de ces cas a été publiée par M. Davy, dans les TRANSACTIONS DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE LONDRES (vol. XXV, p. 167), à la suite d'une lettre à lui adressée par M. Antoine Pezzoni, membre du conseil supérieur de santé à Constantinople. Cette histoire est certifiée par l'inspecteur général de la quarantaine à Constantinople. Il faut ajouter aux quatre cas en question, celui d'un moine de Syrie chez qui le mal fut reconnu, non au lazaret, mais le lendemain de sa sortie, à Péra.

En regard de ces faits, M. Davy se pose les trois questions suivantes : Est-il certain que la maladie dont furent atteints les employés du lazaret de Constantinople était la peste? Est-il certain que Constantinople et sa banlieue étaient à ce moment exempts de la peste? Le moine qui fut reconnu pestiféré à Péra avait-il contracté la maladie au lazaret?

M. Davy ne suppose pas qu'on puisse élever aucun doute sur la nature pestilentielle du mal. Les bubons, les charbons, tout l'ensemble des symptômes, la proportion des décès, étaient caractéristiques. On peut d'ailleurs recourir aux TRANSACTIONS DE LA SOCIÉTÉ DE LONDRES pour s'édifier complétement à cet égard.

Sur le second point, pas plus d'incertitude. Il n'y avait de peste ni à Constantinople, ni aux environs, et cela depuis trois années. A l'époque précise où la maladie y fut importée d'Alexandrie, Constantinople se trouvait en libre communication avec Vienne et le territoire autrichien par la voie du Danube, privilége accordé précisément en raison du bon état sanitaire de la capitale de la Turquie. Pendant le règne de la peste dans l'intérieur du lazaret, le bruit a quelquefois couru que le mal s'était répandu au dehors; mais une investigation attentive montra bientôt qu'il ne s'agissait que d'affections ordinaires, complétement différentes de la peste.

Quant au cas de peste observé chez le moine, il a été reconnu également qu'il avait pris naissance au lazaret. C'est là que les prodromes se sont déclarés; mais le moine les avait soigneusement dissimulés dans la crainte de retarder sa sortie.

Ces faits, dont nous n'avons aucune raison de suspecter l'authenticité ou l'exactitude, réunissent, ce nous semble, tous les caractères d'une expérience décisive. Le navire touche à un point du littoral infesté par la peste, à Alexandrie. Il y prend des passagers qui, en route, offrent tous les caractères de la peste. Ces passagers arrivent dans une ville exempte de la peste depuis trois ans, et y sont rigoureusement séquestrés, aussi bien que leurs effets. Le mal ne se déclare pas dans la ville, mais il frappe cinq des individus qui, habitant également le lazaret, sont bien obligés d'être en communication plus ou moins directe avec eux. C'est la réunion la plus complète des conditions que demandait autrefois la commission de l'Académie de médecine pour conclure avec certitude à la contagionabilité de la peste.

Maintenant, de quelle manière, dans les circonstances présentes, a eu lieu la contagion? A cet égard, les renseignements ne sont pas aussi précis qu'on pourrait le désirer. Néanmoins il est certain que l'une des personnes frappées au lazaret (le gardien) avait touché sans aucune précaution les pestiférés; qu'une autre avait manié les effets des passagers ou les objets appartenant au navire; qu'une troisième n'avait touché ni aux malades ni aux effets (M. Davy croit qu'elle n'a pu prendre la maladie que par l'intermédiaire d'objets nécessairement communs, tels que des pièces de monnaie, un miroir, etc.); que la quatrième, sœur du précédent, avait communiqué avec lui. Quant à la cinquième personne (le moine), on ne sait rien de ce qui le concerne à cet égard.

CONSIDÉRATIONS SUR LES MALADIES DU PLACENTA COMME INFLUENÇANT LA MARCHE DE LA PARTURITION; par M. BREMNER.

Le titre de ce mémoire en exprime bien le but spécial. On possédait des travaux assez nombreux sur les maladies du placenta en général; mais personne n'avait encore cherché à préciser l'influence qu'elles exercent sur l'accouchement, en entravant l'action régulière de l'utérus. C'est cette lacune que l'auteur cherche à remplir, d'après les faits observés dans sa pratique.

Il faut, avant tout, faire remarquer que M. Bremner n'a nulle part spécifié de quelle altération du placenta il voulait parler. Cette omission est peut-être volontaire, et signifie sans doute qu'il a entendu les embrasser toutes dans la même étude. Voici du reste la description générale qu'il donne de l'état anatomo-pathologique du placenta, dans les cas auxquels il fait allusion.

Le cordon, au lieu de sa couleur d'un blanc perlé, a une teinte beaucoup plus foncée. Les vaisseaux sanguins ont changé leur coloration jaunâtre ou vert de mer contre une nuance bleu-pâle, apparence que l'on distingue mieux lorsqu'ils sont ramifiés sous le placenta, à cause de la finesse de la membrane qui les recouvre alors. — Quant à la masse placentaire elle-même, souvent l'odeur qu'elle répand est une preuve suffisante de son altération. Ce caractère manque cependant quelquefois. Mais alors l'organe est plus lourd, plus facilement décomposable en segments; ce qui est, du reste, en rapport avec le degré de décomposition qu'il a subi. Il est parfois réduit de volume et plus compact que d'ordinaire.

Les causes de cette affection sont toujours assez obscures. On la rencontre habituellement chez des sujets faibles, ayant le système musculaire relâché, débilités par des pertes de sang, ou dans d'autres conditions analogues. Les femmes déjà âgées à l'époque où elles conçoivent pour la première fois y sont plus exposées que d'autres. D'ailleurs, tout ce qui tend à interrompre ou à troubler les rapports réguliers du placenta et sa circulation avec les parties voisines doit nécessairement altérer ses fonctions et sa structure. Sous ce chef figurent les coups reçus sur cette région, les efforts, les refroidissements, les déplétions sanguines considérables.

On doit étudier attentivement les symptômes de cette affection pour pouvoir la distinguer des autres états, tels que l'inflammation du col ou du corps de l'utérus, par lesquels elle pourrait aisément être simulée, contenance languissante, apparence de faiblesse, accompagnée de flaccidité des seins et de diminution de la graisse dans les interstices musculaires ainsi que sous la peau. La femme éprouve fréquemment des attaques de douleurs circonscrites, principalement au dos et à la région utérine. Mais elles sont souvent moins pénibles à supporter qu'un certain état général d'irritabilité, lequel rend la situation de la patiente des plus désagréables soit de jour, soit de nuit, et n'est que très-peu soulagé par l'emploi des calmants.

La circulation participe à ce trouble : c'est même là un des signes les plus précieux. Au lieu de ce pouls incompressible, tendu, si commun chez les femmes grosses à partir du septième mois jusqu'à terme, on observe justement le contraire. Ou si le premier caractère a lieu, c'est qu'il existait déjà auparavant; mais toujours la maladie dont nous parlons a fortement diminué cette influence phlogistique, et a par suite abattu le pouls. Le changement est surtout évident lorsque, aux approches du travail et quand le col commence à se dilater, on trouve les bords plus ténus que d'habitude; ou s'il en est différemment, on reconnaît que l'épaississement provient principalement d'une infiltration séreuse. Cet ensemble de phénomènes indique clairement la nature asthénique de la maladie.

Peut-être, malgré l'opinion de M. Bremner, le lecteur sera assez disposé à attribuer tous ces symptômes à la mort du fœtus, laquelle en effet coïncide le plus souvent avec eux. Mais il y a, dans les observations qu'il cite comme exemples de cette lésion, un trait propre à différencier les deux cas. Lorsqu'il s'agit de maladie du placenta, les douleurs, quelque prolongées qu'elles soient, n'opèrent que très-faiblement et très-lentement la dilatation de l'orifice. Dans l'observation cinquième, le col présentait une dilatabilité en apparence tout à fait naturelle. Il fallut néanmoins deux jours et demi de travail pour l'amener peu à peu au degré d'ouverture convenable. — Chez une autre femme qui avait déjà accouché cinq à six fois, la parturition accompagnée de maladie du placenta, dura le double du temps ordinaire.

L'enfant, en général, est mort avant sa naissance. S'il survit (ce qui n'est que l'exception), son existence, d'après les observations de l'auteur, ne se prolonge pas au delà du neuvième jour. De ces enfants, quelques-uns étaient venus au monde avec un volume qui ne dépassait pas de beaucoup la moitié de l'ordinaire. — Néanmoins, dans deux cas, les enfants naquirent vivants et pleins de force.

Mais enfin, qui prouve que ces symptômes, cette rigidité du col, ce danger pour l'existence du fœtus tiennent à l'altération si vaguement décrite de l'arrière-faix? On est assez étonné de trouver que, pour établir entre ces deux ordres de faits un rapport de causalité, l'auteur ne s'appuie que sur les considérations suivantes. D'abord, en raison de l'intime connexion qui unit le placenta à l'utérus, le premier ne peut pas être malade sans que les fonctions de l'autre organe soient plus ou moins troublées. En second lieu, ajoute M. Bremner, sauf deux cas, il est digne de remarque que cette maladie ne se rencontre pas dans plusieurs grossesses successives, ce qui donne la certitude (l'auteur aurait dû dire : *ce qui peut faire présumer*) que l'état du placenta en est l'origine.

Le traitement ne peut guère être que palliatif. Les opiacés et quelques cordiaux procurent surtout du soulagement. En cas de douleur très-forte fixée dans un point de l'abdomen, un emplâtre d'opium produit d'excellents effets.

SUR LES VERTUS THÉRAPEUTIQUES COMPARÉES DE LA QUININE ET DE LA BEBEERINE; par le docteur THOMAS STRATTON.

Nous avons déjà eu occasion d'appeler l'attention de nos lecteurs sur les propriétés thérapeutiques de la bebeerine. On trouvera dans la GAZETTE MÉDICALE de 1848 (p. 561) une note relative à des expériences du docteur Blair, chirurgien de la Guyane anglaise. Dans cette note, la bebeerine n'était appréciée que comme fébrifuge, et sous ce rapport, sans lui dénier quelque vertu, M. Blair ne la jugeait pas très-favorablement. M. Stratton, au contraire, lui accorde une vertu antipériodique prononcée, et de plus la croit propre à remplir certaines autres indications que malheureusement il ne prend pas la peine de définir.

Son travail comprend huit observations. Les trois premières, qui ne sont pas relatives aux fièvres d'accès, n'ont vraiment aucune valeur; elles se bornent à constater, en quelques mots, qu'un capitaine âgé de 33 ans, affecté de dyspepsie, de flatulence, fut soulagé par l'administration de 3 grains de bebeerine par jour, pendant dix jours; — qu'un individu âgé de 27 ans, resté faible après un rhumatisme, prit 6 grains de bebeerine par jour pendant une quinzaine, et recouvra des forces et de l'appétit; — enfin qu'un enfant de 19 mois, atteint d'ophthalmie scrofuleuse, fut fortifié par la bebeerine administrée à la dose de 3 grains par jour. Quant aux cinq autres observations, très-écourtées, elles ne sont rien moins que concluantes. La bebeerine a été toujours associée à d'autres médicaments, tels que la rhubarbe et les préparations mercurielles. La fièvre, dans presque tous les cas, s'est prolongée assez longtemps, même après l'administration de l'antipériodique, pour qu'on puisse admettre qu'elle s'est *usée* d'elle-même. Enfin, dans un cas, il a fallu, pour la déraciner, avoir recours à la quinine.

Nous croyons donc qu'il est sage, quant à présent, de se tenir en réserve contre cette opinion exprimée à la fin du travail, en forme de conclusion : « Chez les individus auxquels l'usage de la quinine donne des vertiges, la bebeerine doit être préférée. Le prix de la bebeerine est de 5 à 6 shellings par once, tandis que la quinine coûte le triple de cette somme; de telle sorte que, lors même qu'on devrait administrer la première à doses trois fois plus fortes que la seconde, elle ne serait pas plus coûteuse. Mais on serait injuste envers la bebeerine en disant qu'il faut 24 grains de cette substance pour produire un effet antipériodique égal à celui de 8 grains de quinine. »

La formule indiquée par l'auteur est celle-ci : 32 grains de sulfate de bebeerine; 15 gouttes d'acide sulfurique étendu; une once de sirop d'orange; 3 onces d'eau.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 29 AVRIL.

EMPLOI DE L'OXYGÈNE CONTRE LES ACCIDENTS DU CHLOROFORME.

M. DUROY, pharmacien à Paris, envoie un mémoire intitulé : DE L'EMPLOI DE L'OXYGÈNE CONTRE LES ACCIDENTS DU CHLOROFORME ET LES ASPHYXIES.

L'auteur, après avoir cherché à établir dans son mémoire : que l'introduction de l'oxygène pur dans les voies aériennes n'offre point de danger, et qu'il peut sans inconvénient être respiré pendant plusieurs heures consécutives; que l'oxygène respiré en même temps que le chloroforme retarde et affaiblit l'action du chloroforme, et combat son influence soporative; que l'oxygène est capable aussi de combattre les effets consécutifs et les dangers qui suivent l'emploi du chloroforme, conclut que l'oxygène doit être utile dans les accidents produits par le chloroforme. Il ne croit pas qu'il soit nécessaire, pour reconnaître son utilité, d'admettre qu'il décompose le chloroforme. Ce n'est pas d'ailleurs, dit-il, la cause qui n'existe pas qu'il faut combattre; mais ce à quoi il faut remédier, c'est l'effet produit. On arrive à cette fin, suivant M. Duroy, en substituant au plus vite le gaz vivifiant aux vapeurs délétères.

Ainsi, lorsque le sang artériel est altéré et comparable au sang veineux faute d'oxygénation, alors même qu'après avoir cessé l'usage du chloroforme, on voit prendre aux phénomènes consécutifs une marche ascendante et un caractère qui peut devenir mortel, on comprend que l'oxygène doit avoir une énergie supérieure à celle de l'air ordinaire.

Il résulte des faits recueillis par l'auteur que l'oxygène peut être considéré aussi comme l'antidote de toutes les asphyxies, soit par le charbon ou les autres gaz et vapeurs délétères.

L'auteur pense que ce gaz devrait toujours être employé à la suite des anesthésiques, même lorsqu'on n'aurait plus à redouter d'événement funeste, parce qu'il serait très-important, dans tous les cas, aussitôt l'opération terminée, d'effacer les traces du chloroforme, et de faire cesser promptement l'énervation, la pesanteur de tête, la réaction inflammatoire, et en général tous les accidents secondaires plus ou moins graves et de plus ou moins longue durée, qui arrivent inévitablement après l'emploi du chloroforme.

ÉPIDÉMIE DE CHOLÉRA DE 1849 DANS LA VILLE ET DANS LE PORT DE BREST.

M. PELLARIN adresse sous ce titre une relation complète de l'origine et de la marche de l'épidémie de choléra qui a régné à Brest pendant les quatre derniers mois de 1849.

Suivant cette relation, dont les éléments ont été puisés dans les rapports officiels des médecins civils et des chirurgiens de la marine, et dans le produit des recherches faites sur les lieux mêmes par M. Pellarin, le choléra s'est développé dans la ville de Brest sous l'empire de causes d'infection tout à fait semblables à celles que l'auteur signalait, il y a six mois, comme ayant présidé à l'origine de la maladie dans la garnison de Givet.

A Brest, l'épidémie de choléra s'est déclarée d'abord, du 22 au 23 septembre, chez un boulanger (M. Mesguen), dans la maison de la grand'rue, n° 64, où elle atteignit en très-peu de jours 10 personnes, dont 9 succombèrent.

En rendant compte de cette irruption du choléra, un journal de la localité, L'ARMORICAIN, du 25 septembre disait :

« Ces fâcheux événements ont dû éveiller l'attention de l'autorité. Une enquête » a été faite; il a été reconnu que la maison atteinte par le fléau est d'une excessive malpropreté; que les *fosses d'aisances*, surélagées et communes à une

» maison contiguë de la rue du Bras-d'Or, *suintent continuellement un liquide* » *décomposé*.... »

En ce qui concerne la maison du boulanger, M. Pellarin fait remarquer que le four se trouvait très-rapproché des latrines et du conduit par lequel elles communiquent avec un vaste égout creusé dans toute la longueur de la grand'rue. Le tirage de cette bouche de chaleur a bien pu contribuer à appeler de ce côté l'air méphitique. Une autre maison, située place de la Fraternité, 4, dans laquelle éclatait aussi le choléra, presque en même temps qu'au n° 64 de la grand'rue, logeait pareillement un boulanger dont le fournil est adjacent à une cour étroite, occupée presque entièrement par trois latrines sales et fétides. Il y eut ici 4 cholériques; 2 moururent, une bouchère le 23 septembre, et la femme du boulanger, madame Gélébart, le 28.

Au nombre des victimes qui ont pris le germe du choléra dans l'autre maison, celle de la grand'rue, se trouve en premier lieu le maître boulanger, M. Mesguen. Parti *bien portant* pour Landivisiau, le samedi matin 22 septembre, Mesguen éprouve, dans l'après-midi, en arrivant chez un de ses frères, les symptômes du choléra, et il expire le lendemain 23. Une domestique qui l'a soigné est prise du même mal le 24 et meurt dans la nuit : exemple de transmission qui est d'autant mieux à noter qu'il n'y eut ni avant, ni après aucun autre cas de choléra dans les environs.

Pendant la nuit du 22 au 23, le choléra attaquait plusieurs employés de la boulangerie Mesgneu, et 2 mouraient dans la journée. Quelques-unes des victimes sont, les jours suivants, transportées à l'hôpital civil. Une femme de cet établissement est prise du choléra et enlevée le 2 octobre.

On évacue les cholériques sur une succursale le 4 octobre. Dès lors il ne se déclara plus un seul cas à l'hôpital civil principal; mais dès lors aussi plusieurs des femmes vieillardes qui étaient en traitement à la succursale sont frappées : quatre succombent, ainsi qu'un infirmier atteint au moment même où il allait vider dans les latrines un vase rempli des déjections des cholériques.

Cependant, avant même la période épidémique, quelques cas isolés de choléra s'étaient montrés. Il en avait été observé un au bagne dès le 9 juillet, un autre le 9 septembre.

Il avait été reçu à l'hôpital de la Marine, le 3 septembre, un matelot de la corvette à vapeur *l'Archimède*, qui présentait tous les symptômes du typhus asiatique. Cet homme avait travaillé, pendant toute la journée précédente, à l'arrimage de la cale de son navire, qui était dans le port.

Le 9 septembre, le docteur Pauuget, médecin des épidémies, avait eu l'occasion de voir un manœuvre qui fut enlevé en douze heures par une attaque de choléra foudroyante. Ce manœuvre, plus que sexagénaire, avait été occupé toute la matinée du jour où il tomba malade, à balayer et à mettre en tas les ordures d'un lieu dit *sous la voûte*, l'un des plus sales de la ville de Brest.

Les particularités qu'a présentées le choléra dans la population du bagne sont le point sur lequel M. Pellarin a le plus insisté. La chiourme, à l'époque du début de l'épidémie dans le bagne, comprenait 2,953 condamnés; 121 se trouvaient à l'hôpital du bagne comme malades, et 170 étaient détachés comme infirmiers dans les hôpitaux de la Marine; restaient 2,662 condamnés couchant dans le bagne même, répartis entre quatre salles principales numérotées 1, 2, 3, 4, et une cinquième salle dite des *Incurables*.

Les quatre salles principales ont chacune vingt-sept latrines, afin que les condamnés de chaque banc puissent aller à la latrine qui y correspond, sans cesser d'être attachés au banc par leurs chaînes. Ces latrines se déchargent dans un conduit transversal qui communique avec un grand égout venant du quartier de l'infanterie de marine et de l'hôpital de la marine, et passant sous le bagne pour aller déboucher dans le port. A marée basse, les vents de sud-ouest s'engouffrent dans cet égout de manière à en faire refluer les gaz jusque dans les salles dont il vient d'être parlé. La salle des incurables, établie dans les combles, échappe à cette cause d'infection; elle n'a point de latrine dans son intérieur, mais des bailles en bois que l'on va vider dans une latrine placée hors de la salle et fermée habituellement. Près de la salle 5, et dans des conditions analogues sous ce dernier rapport, se trouvent les cellules hautes pour l'isolement de certains condamnés.

L'épidémie a commencé au bagne le 28 septembre, et le dernier cas de choléra s'y est déclaré le 20 décembre. Il y a eu 189 cas de choléra confirmé et 113 décès, sans comprendre 4 cholériques qui ont succombé, dans la convalescence, à des affections d'une autre nature. Eh bien! voici la répartition des cas et des décès, avec la population respective des salles du bagne à l'époque de l'invasion :

	Numéros des salles.	Condamnés.	Cas.	Décès.
Logements	1	618	42	25
dans lesquels	2	596	53	33
s'ouvrent	3	618	32	20
des latrines.	4	613	38	20
Logements		189	3	2
sans latrines.	5 cellules.	28	»	»
	Totaux.	2,662	168	100

Les autres cas qui complètent le nombre 189 ont porté sur les malades qui étaient à l'hôpital du bagne et sur les infirmiers. Il en sera question plus loin.

Si on additionne les deux catégories qu'offre ce tableau : 1° des condamnés couchant dans les salles à latrines; 2° des condamnés couchant dans la salle et dans les cellules soustraites à cette influence, on a pour les premiers un total de 2,445 individus ayant fourni 165 cholériques, c'est-à-dire 1 sur 14,8, et pour les seconds, 217 individus ayant donné 3 cholériques, soit 1 sur 72,3 (1).

La plupart des condamnés de la deuxième catégorie recevaient, à la vérité, comme *incurables* une ration de viande deux fois par semaine et un peu de vin chaque jour, et ils couchaient séparément sur des lits en fer. Mais ces avantages sont plus que compensés par l'âge avancé, par les infirmités graves de ces individus; car ce n'est pas pour des causes légères qu'on est admis parmi les incurables. D'ailleurs, les 28 condamnés qui étaient dans les cellules, quelques autres, en très-petit nombre, il est vrai, qui étaient au cachot, ne participaient à aucun de ces adoucissements. Néanmoins ils n'ont pas fourni un seul cholérique.

Les 21 autres cas de choléra, qui complètent les 189 que l'on a comptés parmi les condamnés, se répartissent ainsi :

	Cas.	Décès.
Infirmiers	9	5
Malades à la salle des fiévreux. .	10	8
Balayeur à l'hôpital.	1	»
Tailleur. id.	1	»
Totaux.	21	13

A l'exception d'un seul, tous les infirmiers qui ont été atteints appartenaient au service des cholériques, à savoir : 9 à l'hôpital du bagne et 1 à l'hôpital de la Marine. L'infirmier, objet de l'exception, était employé aux blessés du bagne; mais il avait été vu plusieurs fois dans la salle des cholériques, et s'arrêtant à causer avec quelques-uns d'entre eux, le jour même où il fut attaqué.

Dès le 30 septembre, deuxième jour de l'épidémie, dans le bagne, un infirmier employé près des cholériques fut atteint.

Le 2 octobre, l'infirmier-major, nommé Leclerc, fut pris du choléra pendant son service, sous les yeux des médecins de la salle, à onze heures du matin, et il expira dans la journée.

Les cholériques étaient alors dans la salle des fiévreux, séparés de ceux-ci par l'intervalle de quelques lits seulement. Eh bien! cet intervalle parut suffire pour atténuer sensiblement l'influence à laquelle est due la transmission du mal. Les infirmiers qui étaient en rapport immédiat avec les cholériques avaient déjà 5 de leurs atteints, qu'aucun des fiévreux ne l'avait encore été. Ces derniers ne tardèrent pas toutefois à payer tribut au dangereux voisinage qu'on ne pouvait leur épargner; car l'hôpital du bagne ne possédait alors que deux salles : une pour les fiévreux, l'autre pour les blessés. Celle-ci n'est séparée de la première que par un couloir de 4 mètres de longueur. Il n'eu a pas fallu davantage pour que les blessés fussent complétement garantis. Ils n'ont pas compté un seul cholérique.

Ils n'étaient séparés, d'autre part, de l'aile gauche du bagne (salles 2 et 3), où le fléau frappait le plus de victimes, que par une cour de 15 mètres de largeur. Cette même aile du bagne correspond à la partie de l'hôpital de la Marine dans laquelle est le logement des sœurs. Aucune de ces dames n'a subi les atteintes de l'épidémie, quand, au contraire, les individus qui séjournaient dans la salle occupée par les cholériques étaient plus que décimés. Les gardes-chiourme, qui ont un poste d'hommes à l'hôpital du Bagne, ont eu là trois des leurs atteints, deux immédiatement après une garde de nuit dans la salle où étaient les cholériques.

M. Pellarin présente ces faits, empruntés pour la plupart, en ce qui concerne le bagne, au rapport du médecin qui a été chargé en chef du service, comme étant d'un grand poids en faveur de l'opinion qu'il a émise sur les causes et sur la nature du choléra; savoir: que le choléra serait une altération du sang, un empoisonnement gazeux ou miasmatique, produit primitivement par infection, et devenant, dès qu'il existe, susceptible de transmission, c'est-à-dire contagieux.

CAUSE DU GOITRE ET DU CRÉTINISME.

M. Grange (de Genève), qui dans de précédents travaux sur la cause du goître et du crétinisme et les moyens d'en préserver les populations, a essayé de montrer que ces affections endémiques étaient indépendantes des circonstances météorologiques et orographiques comme causes premières déterminantes, et que la présence du goître sur les terrains magnésiens et au voisinage des eaux riches en sels magnésiens, était extrêmement générale, annonce aujourd'hui que les faits qu'il a étudiés dans ces derniers temps sont venus confirmer ses premières observations.

D'après une carte de distribution du goître et du crétinisme en France, qu'il a dressée, on voit que, contrairement à l'opinion généralement reçue, le goître est très-répandu dans les pays de plaine. On le trouve endémique sur le sol des départements de l'Oise, de l'Aisne, de la Somme, du Nord, dans les pays où les montagnes sont d'une moyenne hauteur, mais non comparables aux grandes

(1) Dans l'épidémie de choléra de 1832, qui fit périr 53 condamnés, la salle 5, qui comptait 301 incurables, n'eut qu'un décès. Dans le choléra de 1834, qui n'occasionna, il est vrai, que 23 décès dans le bagne, la salle 5, renfermant alors 320 incurables, ne perdit personne; il en fut de même d'une salle 6, qui était aussi placée dans les combles, hors de l'influence des latrines et des exhalaisons de l'égout.

masses des Alpes; dons les Vosges, le Lyonnais, dans quelques cantons du Jura, dans la Drôme, dans les départements qui forment le versant méridional du plateau central de la France, sur une zone considérable, qui s'étend de Noutrou à Sainte-Affrique sur les terrains du Lias et sur les grès du Trias, sur les grandes chaînes dans les Alpes françaises, et enfin dans les Pyrénées.

En résumé, le goître se montre dans les circonstances topographiques les plus opposées, les plus contradictoires. L'auteur a cherché en outre à connaître les rapports de l'affection scrofuleuse avec le goître, il a dressé à cet effet une carte de la distribution des scrofules, de laquelle il résulte qu'il n'y a aucun rapport entre ces deux maladies. Les départements où le goître fait beaucoup de ravages se trouvent précisément être ceux où ce vice scrofuleux en fait le moins. Tels sont les départements des Pyrénées.

Ainsi le goître se trouve à toutes les hauteurs au-dessus du niveau de la mer, dans les pays de plaine, dans les pays ondulés, dans les pays de hautes montagnes, sur des terrains très-variés.

M. Grange se propose de soumettre à l'Académie une suite d'analyses des eaux des points les plus importants de la Suisse, de la Savoie, du Piémont et de la France. Il annonce dès aujourd'hui qu'aucune des eaux qu'il a analysées, et qui provenaient de localités à goîtres de la Suisse, de la Savoie et de la France, ne s'est trouvée exemptée d'une quantité de magnésie bien supérieure à celle indiquée par les analyses dans les eaux du bassin de la Seine, de la Loire et de la Gironde, où cette affection est inconnue.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 30 AVRIL. — PRÉSIDENCE DE M. BRICHETEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend :

Trois lettres de M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmettant, avec plusieurs certificats à l'appui, la formule d'un nouveau remède contre la blennorrhagie, la formule d'un liniment contre les engelures, les recettes et échantillons d'une liqueur antiscrofuleuse et un modèle d'un sparadrapier avec un échantillon de sparadrap confectionné au moyen de cet instrument.

— M. Chabrier, de Chaillé-les-Marais (Vendée), adresse une note relative aux cas de choléra qui se sont présentés à son observation dans le canton de Chaillé.

— M. Jean Kiessling (d'Ausbourg) envoie un échantillon des eaux minérales de Krankenheil contenant de l'iode et de la soude.

— M. le docteur Boulay, de Gambais (Seine-et-Oise), écrit pour demander la nomination d'une commission chargée de faire un rapport sur une affaire relative à l'exercice de la médecine en général. (Comm., MM. Orfila, Adelon, Fouquier, Guibourt, Nacquart et Mélier.)

PROPRIÉTÉS PHYSIOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES DE LA DIGITALINE.

MM. Homolle et Quevenne adressent un troisième mémoire sur la digitaline. Les auteurs se proposent d'établir dans ce mémoire que la digitaline est le seul principe actif de la digitale, qu'elle en présente toutes les propriétés physiologiques et thérapeutiques, et que la constance de ses effets aussi bien que son inaltérabilité lui donnent sur les préparations pharmaceutiques de la plante un avantage incontestable. (Comm., MM. Rayer, Soubeiran et Bouillaud.)

— M. Pellarin adresse une deuxième note sur le choléra de Brest. (Voir ci-dessus.)

— M. le Président annonce que l'Académie se formera en comité secret à quatre heures et demie pour entendre le rapport sur les candidats à la place vacante dans la section d'accouchement.

DU DÉBRIDEMENT DANS LES FISTULES QUI ACCOMPAGNENT LA PHLÉBITE SUPPURATIVE CHEZ LE CHEVAL.

— M. Bouley jeune lit, en son nom et au nom de MM. Robert et Barthélemy, un rapport sur un mémoire de M. Leblane, médecin-vétérinaire, intitulé : De la valeur et de l'opportunité des débridements considérés comme moyen curatif des fistules qui accompagnent la phlébite ulcérative et suppurative de la jugulaire chez le cheval.

Voici en quels termes M. Bouley conclut et résume son rapport :

Le débridement des fistules anciennes de la jugulaire est parfaitement indiqué dans les cas que M. Leblanc spécifie, c'est-à-dire lorsque la veine est déjà obstruée par un caillot obturateur bien organisé, qu'il n'y a plus conséquemment de danger d'hémorrhagies et que la santé du cheval est excellente, condition importante et des plus favorables au succès de l'opération.

En facilitant par le débridement la sortie des caillots fibrineux qui font office de corps étrangers dans l'intérieur de la veine malade, on met les parties dans les conditions les plus favorables à la cicatrisation ; mais autant ce moyen est applicable avec avantage dans les cas de fistules anciennes non compliquées d'hémorrhagies, autant il pourrait être dangereux lorsque la phlébite suppurative est à son début et que le caillot obturateur n'est pas encore organisé; en un mot, quand les animaux se trouvent dans des conditions opposées à celles que M. Leblanc présente comme favorables à l'emploi du procédé qu'il préconise. Le débridement n'est donc pas, à proprement parler, un moyen curatif de la phlébite, mais bien d'une des conséquences éloignées de cette affection; il ne faut y avoir recours que lorsque la maladie est déjà assez ancienne pour que les dangers des hémorrhagies ne soient plus à redouter.

En résumé, bien que le débridement ait été mis en usage dès longtemps, en médecine vétérinaire, dans le traitement des fistules de la jugulaire chez le cheval, et que ce moyen thérapeutique ne puisse être considéré comme un procédé nouveau, nous nous plaisons à reconnaître que M. Leblanc a fait une chose utile en appelant l'attention de ses confrères sur un mode de traitement trop négligé et qui, dans certains cas exceptionnels peut utilement être mis en usage.

D'après ces motifs, nous vous proposons :

1° D'adresser des remerciments à l'auteur ;

2° De déposer honorablement son mémoire aux archives ;

3° De l'inviter à continuer ses communications à l'Académie.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

TRAITEMENT DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU.

M. Martin-Solon donne lecture d'un rapport sur le *traitement du rhumatisme articulaire aigu par les vésicatoires volants*, par le docteur Decbilly, médecin de l'hôpital de Vaucouleurs (Meuse), suivi de quelques considérations sur l'emploi du nitrate de potasse et du sulfate de quinine à haute dose dans la même maladie.

Le rhumatisme aigu ou chronique articulaire fibreux, musculaire simple ou goutteux, est une des maladies qui, à cause de son opiniâtreté, des douleurs atroces qu'elle occasionne souvent et des déformations qu'elle détermine quelquefois, mérite le plus la sollicitude des médecins. De toutes les formes que nous venons de mentionner, l'arthritis aiguë est celle que l'on parvient le plus facilement à guérir ; on n'a pour ainsi dire que l'embarras du choix pour adopter une méthode curative favorable.

La saignée coup sur coup, le tartre stibié, le sulfate de quinine et le nitrate de potasse donnés à haute dose ou à dose contre-stimulante, sont les moyens qui se disputent les préférences des praticiens, et à l'efficacité desquels ceux-ci ont nécessairement recours lorsque la maladie a une certaine gravité. L'expectation, dans ce cas, serait impardonnable ; car ce qu'il importe le plus dans cette terrible affection, c'est d'empêcher son passage à l'état chronique et d'éviter les altérations nombreuses et variées qui en sont la suite.

Le tartre stibié, si utile dans la pneumonie aiguë, est beaucoup moins employé dans le rhumatisme que les deux autres contre-stimulants précédemment cités. A ces divers moyens, M. Decbilly vient d'en ajouter un nouveau : c'est l'application de larges vésicatoires volants sur toute l'étendue des articulations malades pendant la période la plus aiguë de l'arthritis. L'insuffisance qu'il reproche à la saignée et au nitrate de potasse, les dangers qu'il dit avoir trouvés dans l'emploi du sulfate de quinine, ont déterminé ce laborieux confrère à rechercher quelque agent plus efficace, et à proposer l'usage de vésicatoires volants dans le but d'abréger la durée de la maladie et d'en diminuer la violence. Tel est le sujet qu'il s'est proposé d'examiner dans le travail dont nous avons l'honneur de vous rendre compte.

Le mémoire de M. Decbilly se compose de deux parties : dans la première, notre confrère émet quelques courtes considérations générales sur l'arthritis aiguë. Il rapporte, dans la seconde, 14 observations à l'appui du traitement qu'il propose. D'après M. Decbilly, la saignée combat, il est vrai, le symptôme fébrile du rhumatisme, mais n'en atteint pas l'agent morbifique. Selon lui, en effet, le rhumatisme n'est pas plus une inflammation des articulations que la variole et la rougeole ne sont des inflammations de la peau, que la fièvre typhoïde n'est une inflammation du tube digestif. Dans ces différents cas, la phlegmasie n'est que la manifestation symptomatique d'une cause morbifique qui existe dans l'économie ; c'est cette cause que M. Decbilly se propose d'attaquer par l'emploi des vésicatoires.

Dans la première observation de M. Decbilly, ce n'est qu'après le douzième jour de l'invasion du rhumatisme, quand plusieurs émissions sanguines et quelques grammes de nitrate de potasse avaient été employés sans efficacité, que notre confrère eut recours à l'application des vésicatoires volants pour guérir la maladie.

Le début du traitement est encore antiphlogistique dans la douzième observation. Son insuffisance détermine M. Decbilly, enhardi par un premier succès, à faire appliquer, dès le cinquième jour de l'affection, un large vésicatoire sur chaque articulation tibio-tarsienne. Le malade se rétablit ; mais une imprudence fait reparaître l'arthritis dans les genoux. De nouveaux vésicatoires poursuivent ensuite avec avantage le rhumatisme sur chacune des articulations envahies.

Dans la troisième observation, le premier vésicatoire est appliqué le cinquième jour de la maladie. La douleur articulaire et la fièvre diminuent et cessent ; puis d'autres articulations se prennent successivement, et la maladie se termine le quatorzième jour de son invasion, neuvième de son traitement, pour lequel on a employé presque exclusivement l'application de neuf vésicatoires sur les diverses jointures douloureuses.

En examinant les autres faits qui ont trait à l'arthritis, on leur trouve la plus grande analogie avec ceux que nous venons d'analyser rapidement.

En résumé, quand une arthritis aiguë se présente, M. Decbilly fait faire une saignée générale si le sujet est pléthorique et vigoureux. Si le cerveau, le péricarde ou quelque partie de la plèvre est menacée de congestion, il faut apposer localement des sangsues ; mais quant aux articulations malades et douloureuses,

il couvre, sans plus attendre, chacune d'elles d'un vésicatoire assez large pour que toute la synoviale puisse être influencée par son action. Dans sa sixième observation, l'auteur fait remarquer qu'une articulation radio-carpienne, enveloppée imparfaitement de vésicatoire, conserva douloureuse la portion articulaire qui n'avait point été en contact avec l'emplâtre épispastique.

La vésication détermine, il est vrai, des douleurs vives, mais elles n'égalent pas l'intensité de celles du rhumatisme. D'ailleurs, ces douleurs de vésication se dissipent complétement en douze ou quinze heures. Dès le lendemain, la tuméfaction rhumatismale est déjà moindre, et la douleur qui l'accompagnait suffisamment diminuée pour permettre de légers mouvements et ne laisser dans l'articulation qu'un sentiment d'engourdissement. Le pouls a presque toujours perdu de sa fréquence et la peau de sa chaleur fébrile. La sécrétion et l'excrétion urinaires n'éprouvent habituellement aucune modification fâcheuse. M. Dechilly affirme même que, sans prendre la précaution de camphrer les vésicatoires, il a vu dans plusieurs cas leur application diminuer une dysurie préexistante. Sa quatrième observation en fournit un exemple. Nous n'avons pas non plus observé de dysurie chez les premiers malades pour lesquels nous avons fait usage du traitement de M. Dechilly. L'urine de l'un d'eux donna cependant, le troisième et le quatrième jour de l'application vésicante, un précipité albumineux, par l'acide nitrique ; mais il n'y eut point de douleur en urinant. Chez un autre malade qui subit à la fois l'application de cinq vésicatoires, l'urine fut très-légèrement précipitable, mais la miction, assez peu douloureuse pour que le malade s'en soit seulement aperçu, parce que l'on appela son attention sur ce sujet. Nous devons faire observer que ces différents malades n'avaient point, comme ceux chez lesquels M. Morel-Lavallée a observé l'albuminurie, ou cystite cantharidienne, subi l'application de ventouses scarifiées avant celle des vésicatoires.

Pour revenir au traitement de M. Dechilly, disons que le rhumatisme continue sa marche dans les parties endolories qui n'ont point été couvertes d'épispastique, et qu'il envahit les unes après les autres les synoviales restées saines, de sorte qu'il faut poursuivre directement l'ennemi dans chaque jointure à mesure qu'il s'y présente. Ainsi le malade de la sixième observation de M. Dechilly eut treize vésicatoires posés en six applications successives, soit sur des articulations, soit sur des gaines synoviales tendineuses voisines. M. Dechilly affirme qu'aucun de ses malades n'éprouve d'accident ou d'incommodité capables de contre indiquer sa méthode. Ses observations démontrent qu'elle guérit quelquefois l'arthritis aiguë en cinq ou six jours ; mais cette issue favorable peut se faire attendre souvent plus longtemps. C'est ce qui eut lieu pour le sixième malade que nous citions tout à l'heure, et dont le rhumatisme dura dix-huit jours. La maladie se termina bien plus tard encore chez d'autres malades.

L'emploi des vésicatoires a été généralement repoussé dans le traitement des phlegmasies pendant leur période aiguë ; les auteurs varient même beaucoup sur le choix du lieu de leur application dans le déclin de la maladie, période à laquelle ils sont indiqués pour beaucoup de médecins. Barthez aimait mieux que l'application eût lieu au voisinage de la partie affectée ; Hoffmann préférait un point éloigné. La nature rhumatismale de l'inflammation aiguë a déterminé quelques médecins à ne point avoir égard à ces distinctions. Stoll était étonné, ainsi que le fait remarquer notre collègue M. de Villeneuve (article *Rhumatismale* du grand DICTIONNAIRE DES SCIENCES MÉDICALES, p. 620), de l'effet prompt et heureux des vésicatoires dans les rhumatismes fébriles. M. Dechilly a bien pu, à l'exemple de l'illustre professeur de Vienne, chercher un moyen de guérir l'arthritis aiguë dans une médication vantée par ce grand maître.

Les observations citées par M. Dechilly nous ont engagé, par les effets quelquefois satisfaisants que nous y avons rencontrés, à essayer un traitement qui pouvait avoir les avantages que l'on demandait peut-être en vain aux méthodes curatives que nous possédons maintenant.

En y réfléchissant, d'ailleurs, nous avons peu à peu perdu la répugnance que nous avions d'abord pour appliquer de larges vésicatoires sur des articulations violemment enflammées. Nous nous nous sommes rappelé les avantages de cette médication dans l'érysipèle phlegmoneux proclamés par Petit (de Lyon), souvent observés par nous à la clinique de notre illustre maître Dupuytren, avantages dont on trouve bon nombre d'exemples dans l'excellente thèse de notre collègue M. Patissier (année 1815, n° 20?), avantages enfin que M. Velpeau, plusieurs praticiens et nous-même avons souvent constatés dans ces cas.

Nous nous sommes rappelé l'utilité des vésicatoires employés pour arrêter la marche envahissante de certains érysipèles ou la turgescence beaucoup trop considérable de pustules varioliques ; nous nous sommes aussi rappelé que, contre la pleurésie aiguë, plusieurs médecins distingués (DICT. DE MÉD. ET DE CHIR. PRAT.) vantent les résultats de l'application de larges vésicatoires *loco dolenti* pendant la période d'acuité de la maladie. N'y a-t-il pas quelque analogie entre ces différents cas? Dans les premiers, le vésicatoire est placé sur la partie enflammée elle-même; dans le dernier, plusieurs tissus séparent le vésicatoire de la membrane malade ; mais dans tout il s'agit de faire disparaître une irritation locale sous l'influence de celle que l'on produit à l'aide d'un nouvel irritant, à peu près comme on voit dans les expériences de M. Hastings, en Angleterre, et de M. Gendrin, en France, une solution d'hydrochlorate de soude appliquée sur une patte de grenouille, faire aborder le sang dans les vaisseaux et y produire une hypérémie, tandis qu'aussitôt après l'application d'un autre irritant sur le même point, l'alcool modifie la circulation capillaire et diminue la rougeur de la partie. Au reste, l'expérience n'a fait que nous confirmer l'innocuité de la méthode de M. Dechilly, et nous en démontrer les avantages incontestables.

Après avoir exposé les faits observés par lui, M. le rapporteur se résume et formule en ces termes son jugement sur la méthode en question :

Si la méthode vésicante de M. Dechilly contre le rhumatisme aigu vous semble, comme méthode générale, beaucoup moins avantageuse que celle des autres stimulants internes, le sulfate de quinine et le nitrate de potasse, c'est que ce dernier surtout exerce en outre une action directe et spéciale sur l'état morbide du sang. Il liquéfie la fibrine et en diminue la quantité en même temps qu'il combat la cause rhumatismale, bien que notre confrère refuse de l'admettre.

Si la médication vésicante nous semble surtout moins proposable aux sujets délicats et irritables que la prescription du nitrate de potasse ou du sulfate de quinine convenablement administrés, c'est que peu de personnes, particulièrement en ville, accepteraient et supporteraient facilement des vésicatoires si larges et si nombreux ; il n'en est pas moins vrai que nous regardons la médication de M. Dechilly comme une méthode thérapeutique importante, pouvant remplir des indications utiles dans le traitement du rhumatisme comme moyen adjuvant ; que même, dans quelques circonstances, nous la croyons préférable à d'autres méthodes, par exemple dans les cas d'affaiblissement constitutionnel ou morbide, ou lorsque les troubles digestifs contre-indiquent l'usage des contre-stimulants internes. Cette médication mérite donc de fixer l'attention des observateurs et des praticiens.

Nous avons en conséquence l'honneur de proposer à l'Académie :

1° D'adresser une lettre de remerciments à M. Dechilly;

2° De remettre son mémoire au comité de publication.

M. ROCHOUX : Le rapport nous dit que le rhumatisme articulaire aigu n'est point une phlegmasie; or c'est là une contre-vérité des plus palpables ; le rhumatisme articulaire aigu est non-seulement une phlegmasie, mais encore une phlegmasie en quelque sorte type qui, en cette qualité, reçoit de la médication antiphlogistique l'influence la plus évidente, et sur laquelle les vésicatoires employés à la période aiguë doivent avoir la plus fâcheuse action, comme ils l'ont sur toutes les phlegmasies lorsqu'ils sont employés trop tôt.

M. MARTIN-SOLON : Je ne nie pas que le rhumatisme ne soit une inflammation, mais je dis que c'est une inflammation spéciale.

MM. GERDY et BOUILLAUD demandent la parole. L'heure étant trop avancée la discussion est renvoyée à la prochaine séance, et l'Académie se forme en comité secret à quatre heures et demie.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS DE FÉVRIER 1850 ; par M. le docteur BROWN-SÉQUARD, secrétaire.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

III. — EXPLORATION PATHOLOGIQUE.

1° HÉMATÉMÈSE MORTELLE SYMPTOMATIQUE D'OUVERTURES ARTÉRIELLES DANS L'ESTOMAC; ANÉVRISME DE L'AORTE ABDOMINALE PRÈS DE SA TERMINAISON; par M. BOULLAY.

OBS. — M. G..., âgé de 76 ans, d'un embonpoint assez prononcé et d'une santé bonne en apparence, éprouve depuis environ trente-cinq ans des vomissements glaireux, quelquefois bilieux, avec une douleur dans la région rénale droite. Cette douleur et ces vomissements présentent des intermittences de quelques jours, quelquefois de plusieurs semaines. Il a souvent rendu des graviers. Son appétit était assez bon ; ses digestions n'étaient point pénibles.

Le 1er février, à une heure du matin, le malade rendit par trois vomissements successifs, dans l'espace d'une demi-heure, environ 3 litres de sang; il y eut aussi des évacuations alvines sanguinolentes.

Dans les journées du 2 et du 3, le malade était dans l'état de tout individu qui a eu une hémorrhagie abondante.

Le 4, à quatre heures du matin, nouvelle hématémèse de plus d'un demi-litre.

Mort à neuf heures et demie.

A l'autopsie, faite le 5, on trouve tous les organes et surtout l'estomac exsangues. La cavité stomacale contient une assez grande quantité de liquide coloré fortement en rouge. A la surface interne de l'estomac, au niveau de sa petite courbure, à 6 centimètres environ à gauche du pylore, se trouve une dépression de la largeur d'une pièce de 2 francs, dont la couleur est pâle comme celle du reste de l'estomac. La circonférence est parfaitement limitée par un bourrelet ayant la consistance des fibro-cartilages. Au milieu on aperçoit, séparés par une petite lame blanchâtre, deux orifices béants qui permettent facilement l'introduction d'un gros stylet. Ces orifices conduisent, l'un dans l'artère pylorique, l'autre dans l'artère coronaire stomachique. Ces artères sont notablement dilatées ; leurs parois, comme celles de toutes les artères de la cavité abdominale, sont dures, friables. La muqueuse stomacale est ramollie et plissée. Reins normaux ; seulement les artères sont altérées là comme partout ailleurs.

Les veines ne contiennent point de sang.

A 10 centimètres environ au-dessus de la terminaison de l'aorte abdominale, on trouve sur le côté gauche une tumeur qui se termine à environ 5 centimètres de la bifurcation. Cette tumeur, du volume d'un petit œuf de poule, présente à l'extérieur une coloration rouge brunâtre ; elle donne au toucher la sensation d'une masse molle, résistante. A la surface interne de l'aorte, depuis l'origine du tronc

cœliaque jusqu'à la tumeur, on trouve des plaques blanchâtres, dures, crétacées. La tumeur contient une matière concrète, grisâtre, formée par un dépôt fibrineux; elle est tapissée par une pseudo-membrane qui remonte, sous forme de ruban, jusqu'au niveau des artères rénales et mésentérique supérieure. Cette pseudo-membrane est fixée seulement par ses deux extrémités.

2° SUR UN CALCUL SALIVAIRE OBSTRUANT LE CONDUIT DE WARTHON; par M. JOBERT (de Lamballe.)

M. Bouchut présente, au nom de M. Jobert (de Lamballe), un calcul salivaire pyriforme, long d'un centimètre et retiré du canal de Warthon. Il était résulté de l'oblitération de l'ouverture de ce conduit excréteur par ce calcul une accumulation considérable d'un liquide presque incolore, filant et doué de la propriété de transformer l'amidon en glucose.

3° KYSTE OSSEUX OU DENTAIRE TROUVÉ DANS LA MACHOIRE INFÉRIEURE D'UN CHEVAL; par M. LEBLANC.

M. Leblanc présente à la Société une tumeur du maxillaire inférieur trouvée chez un cheval. Cette tumeur, située entre les incisives et les molaires, était formée par un écartement des deux lames de substance compacte qui entrent dans la composition de l'os, écartement que remplissaient des bourgeons charnus semblables aux bourgeons de l'osteosarcome. A leur centre se trouvait une production osseuse maintenue verticale, mais nullement adhérente à l'os. En dessous, et par conséquent au fond de la cavité produite par l'écartement des deux lames, on apercevait un crochet parfaitement conformé, appliqué contre la lame interne du maxillaire.

La production osseuse, placée au centre des bourgeons, était grosse comme un petit œuf, un peu oblongue, présentant à sa face supérieure une surface plane garnie de granulations osseuses, arrondie inférieurement et divisée en deux demi-sphères inégales.

La surface intérieure était très-dure, tout à fait semblable à de la substance compacte. En faisant une coupe transversale de cette tumeur, on voit d'abord deux substances distinctes, l'une blanche et osseuse, l'autre plus jaune et ressemblant à de l'ivoire. Au centre et entourées par deux lames de substance éburnée, se trouvent deux cavités, l'une courbée, l'autre déprimée, qui ressemblent aux deux culs-de-sac inverses, qui se trouvent dans les incisives. Je pense donc que cette tumeur n'est qu'un coin caduc qui, n'ayant pas fait son évolution, a été repoussé en arrière par le coin de remplacement, a écarté les lames osseuses, irrité le tissu spongieux, fait développer les bourgeons, et enfin amené toutes les lésions qu'on a rencontrées.

4° CAS DE DÉFORMATION DE LA TÊTE DE L'HUMÉRUS, PAR COMPRESSION; par M. MOREL-LAVALLÉE.

M. MOREL présente une pièce qui est un exemple curieux de déformation des os par pression. Une tumeur axillaire volumineuse datant d'environ un an avait forcé le bras à se tenir dans un certain degré d'élévation pendant laquelle la tête humérale arc-boutait sur la voûte acromio-claviculaire. Le rebord de cette voûte s'est imprimé à une profondeur de plusieurs millimètres sur la tête humérale. Le cartilage est un peu decollé, un peu chiffonné, par suite d'un commencement de résorption du tissu osseux sous-jacent, lequel est très-raréfié et injecté dans les environs de la dépression.

M. Morel publiera dans son entier cette observation, importante sous d'autres rapports.

5° SUR DEUX CAS DE COÏNCIDENCE DU DÉVELOPPEMENT ANORMAL DE LA MAMELLE CHEZ L'HOMME, AVEC UNE TUMEUR CANCÉREUSE DE L'ÉPIDIDYME; par M. GALLIET.

L'auteur s'exprime ainsi :

« Le développement de la glande mammaire chez l'homme n'est pas chose absolument rare; la plupart des anatomistes en parlent; Burdach, dans sa physiologie, en cite plusieurs cas, ainsi que Huscke, dans sa splanchnologie. Humboldt cite même le cas d'un homme qui nourrit de son lait son fils pendant l'espace de cinq mois entiers. (Voy. HIST. DES ANOMALIES DE L'ORGANISATION, de Geoffroy-Saint-Hilaire.) Mais aucun des auteurs que j'ai pu consulter ne paraît avoir rencontré la coïncidence du développement anormal des mamelles chez l'homme avec une tumeur cancéreuse de l'épididyme, fait que j'ai eu l'occasion d'observer récemment chez deux malades.

» On sait que, chez la femme, les organes génitaux et les mamelles sont liés par une étroite sympathie, qui se manifeste aussi bien dans l'état pathologique que dans l'état physiologique. Dernièrement M. Robin, dans une communication à cette Société, a rappelé ce fait remarquable, et il a prouvé, par l'emploi du microscope, que dans les altérations chroniques de l'utérus ou même de l'ovaire, la mamelle se congestionnait légèrement, que les grains glanduleux (*acini*), invisibles hors l'état de grossesse et l'allaitement, devenaient visibles, et qu'il se faisait à la surface interne de ces parties une sécrétion d'un fluide blanc jaunâtre, visqueux, formé par l'épithélium mammaire, par les globules de lait et des granulations de colostrum. Il a établi en outre que ce liquide suivait les mêmes phases que la maladie utérine, c'est-à-dire augmentait ou disparaissait avec elle.

» Existerait-il aussi, entre le testicule et la glande mammaire chez l'homme, une sympathie obscure, que la pathologie mettrait en jeu, et que le peu de volume de cet organe aurait jusqu'ici empêché d'observer? Je ne puis l'affirmer, ne possédant, à l'appui de cette opinion, que les deux faits dont je vais présenter un résumé succinct; cependant la parfaite similitude de ces deux observations tendrait à la faire admettre. Aussi m'a-t-il semblé utile d'attirer sur ce point l'attention des observateurs.

»Dans le premier cas, il s'agit d'un jeune homme de 28 ans, parfaitement conformé, du reste, qui, en juillet dernier, subit l'opération de la castration pour une tumeur épididymaire du volume du poing; la nature cancéreuse de cette tumeur fut constatée par l'examen microscopique. Au commencement de janvier 1850, ce malade entra à l'hôpital des Cliniques portant un champignon fongueux énorme qui s'était développé sur la cicatrice de l'opération qu'il avait subie. Ce champignon, ulcéré dans presque toute sa surface, donnait lieu à un écoulement sanieux abondant, à des hémorrhagies fréquentes qui bientôt amenèrent la mort du malade.

» A l'autopsie, on trouva une chaîne volumineuse de ganglions s'étendant depuis le pli de l'aîne et les fosses iliaques internes jusqu'au diaphragme. Le foie présentait aussi une douzaine de tumeurs de volume variable. La présence de la cellule cancéreuse fut constatée dans toutes ces productions anormales. Les autres organes étaient sains.

» Chez ce sujet, la région mammaire faisait une saillie notable, autant que chez une jeune fille sur le point d'être réglée; la peau qui la recouvre est plus fine que celle des parties voisines; au centre se voit un mamelon bien conformé, entouré d'une aréole brune, de 3 centim. de diamètre, présentant quelques poils à la circonférence. Le palper donne la même sensation qu'une glande mammaire de femme, et en pressant fortement même on fait suinter par le mamelon une gouttelette d'un liquide blanc jaunâtre assez épais. Après l'avoir détachée et isolée du tissu cellulaire environnant dont elle se distingue par sa densité plus grande et sa coloration toute différente, je lui trouve 18 centim. de circonférence, 1 c. et demi de profondeur à la circonférence de l'aréole, enfin 6 c. plus quelques millimètres dans le sens vertical et horizontal. La substance qui la forme offre la même densité que chez la femme grosse. La couleur est d'un blanc rosé à la circonférence, d'un blanc opaque, un peu laiteux au centre et vers le mamelon. A la surface d'une coupe antéro-postérieure faite au niveau du mamelon, et surtout vers la circonférence, on voit de petites saillies de la grosseur d'une tête d'épingle, présentant une couleur rosée qui paraît due à l'injection sanguine. Si l'on comprime assez fortement le tissu, on voit suinter de quelques-unes de ses petites saillies ouvertes un liquide blanc jaunâtre, opaque, épais, un peu visqueux; si, avec la pointe d'un scapel, on perce celles des petites saillies qui ne sont pas ouvertes, on peut en faire suinter le même liquide.

» A l'examen microscopique, il fut facile de reconnaître dans ce liquide les caractères du colostrum avec ses corps granuleux, les uns très-gros, les autres d'un petit volume; les globules laiteux de volume aussi très-varié; enfin l'épithélium propre aux culs-de-sac de la glande mammaire, en un mot les éléments anatomiques que M. Robin a trouvés dans les mamelles des femmes portant une affection ancienne de l'utérus.

» Obs. II. — Le second malade est un jeune homme de 20 ans, garçon de café à Reviers (Calvados); il est grand et bien conformé, abondamment pourvu de cheveux et de poils d'un châtain un peu roux. Son père est mort d'un cancer de la face. Quant à lui, depuis cinq mois environ il portait une tumeur de l'épididyme du côté droit, d'un volume considérable (la circonférence en effet était de 35 c. dans le sens longitudinal, et de 25 1/2 dans le sens transversal); elle avait même déjà déterminé un commencement de cachexie, lorsque le 9 février le malade entra à la clinique; la tumeur fut opérée le 15; le 17 le malade succomba.

» La tumeur siégeait dans l'épididyme, comme dans le fait précédent; elle était aussi de nature cancéreuse, ce qui fut démontré par le microscope. J'ajouterai que d'autres productions cancéreuses existaient dans les organes intérieurs. Enfin, comme chez l'autre malade, la mamelle présente un développement anormal; elle est moins bien caractérisée, il est vrai, et surtout moins volumineuse que chez le malade précédent (elle n'a que 4 cent., 3 millim. dans son diamètre vertical et 1 cent. 1/2 dans son diamètre antéro-postérieur), mais il suffit de la voir pour être convaincu qu'elle présente la structure glanduleuse, et reconnaître les *acini* développés. Comme, du reste, je l'ai déposée sous les yeux de la Société, je me dispenserai de la décrire.

» J'ajouterai cependant que par la pression on peut, comme dans l'autre cas, faire suinter par le mamelon un peu de liquide blanc jaunâtre, opaque, un peu visqueux, présentant à l'examen microscopique les corps granuleux du colostrum, les globules du lait et l'épithélium mammaire bien reconnaissable. Sur cette pièce, on peut encore distinguer deux conduits galactophores qui se dirigent de l'épaisseur de la glande vers le mamelon. Il me reste à ajouter que ce malade ignorait cette particularité de son organisation; il n'avait jamais souffert dans la région mammaire, et n'avait pas présenté cette induration du mamelon qui s'observe quelquefois chez les adolescents, à l'âge de puberté.

» Tels sont les deux faits d'où me paraît ressortir l'opinion que j'ai émise au commencement de cette note; il serait superflu d'appuyer sur la similitude presque complète qu'ils présentent, mais deux faits ne peuvent établir une opinion; aussi ce sujet appelle-t-il de nouvelles observations. »

IV. — TÉRATOLOGIE.

1° EXISTENCE D'UN GUBERNACULUM TESTIS MUSCULAIRE CHEZ UN CHIEN ADULTE; par M. CH. ROBIN.

M. Robin montre à la Société un chien adulte que M. Cl. Bernard lui a envoyé, et sur lequel un des testicules se trouve contenu dans l'abdomen. On y voit cet organe suspendu à un *gubernaculum testis* de nature musculaire.

2° DE L'ABSENCE CONGÉNITALE DU RADIUS CHEZ L'HOMME; par M. DAVAINE.

Suivant M. Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire, le nombre des parties du système osseux est plus constant que celui des organes de presque tous les autres systèmes, et ce savant tératologiste ne cite qu'un seul cas d'absence du radius, observé par J.-L. Petit et inséré dans les MÉMOIRES DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES (1733, p. 17). J.-F. Meckel émet une opinion différente : suivant lui, il n'est pas rare qu'un des os de l'avant-bras manque. Cette assertion ne me paraît point exacte, si j'en juge par le résultat des recherches que j'ai faites à cet égard; toutefois je dois ajouter qu'Otto, comme Meckel, en parlant des anomalies du système osseux, dit que l'absence du radius avec absence du pouce et déviation de la main, n'est pas une anomalie rare; il ajoute qu'il en a observé quatre exemples. Wideman et Fleichmann ont aussi observé ce vice de conformation; néanmoins je persiste dans la même opinion, et je pense que lorsque Meckel et Otto disent que cette anomalie du système osseux n'est pas rare, ils ont plutôt en vue sa fréquence relative eu égard aux autres anomalies du système osseux ou à des anomalies du même genre, qu'aux vices de conformation en général.

L'observation de J.-L. Petit, une autre publiée par M. Cruveilhier dans la deuxième livraison de son ANATOMIE PATHOLOGIQUE, deux cas présentés à la Société anatomique, l'un par M. Lediberder (troisième série, c. 1, p. 2), l'autre par M. Prestat (1837, p. 172), sont les seuls exemples que j'aie trouvés dans les collections publiées en France. Il n'en existe qu'un exemple dans le muséum d'anatomie pathologique de Dupuytren.

M. Guy ayant eu l'obligeance de mettre à la disposition de M. Rayer deux squelettes de fœtus qui offrent ce vice de conformation, je vais en donner une courte description, que je ferai suivre de quelques remarques.

PREMIER CAS. — Le squelette, sur lequel on remarque, à l'un des avant-bras seulement, l'absence du radius, est celui d'un fœtus qui, à en juger par les dimensions du système osseux, était âgé d'environ sept mois. La tête, le tronc et les membres inférieurs n'offrent rien d'anormal, mais le membre supérieur gauche n'a point de radius. L'humérus de ce membre est plus long que celui du côté opposé, et plus long même que celui d'un fœtus à terme. Les extrémités sont aussi plus volumineuses qu'à l'état normal. Il a en longueur 1 centimètre de plus à peu près que celui du côté droit. Le cubitus de l'avant-bras, dépourvu de radius, est plus court que le cubitus droit; il est en général plus volumineux que celui-ci, surtout à son extrémité supérieure. Le pouce et son métacarpien n'existent pas. Les quatre autres doigts sont bien conformés. La main s'articule avec la face antérieure de l'extrémité inférieure du cubitus, et forme avec lui un angle droit. Le corps du cubitus et la main sont dans un même plan.

En résumé, l'anomalie du membre supérieur gauche, principalement caractérisée par l'absence du radius, offre en outre plusieurs autres particularités, à savoir : un développement anormal de l'humérus, surtout en longueur; un raccourcissement du cubitus, avec augmentation de volume du corps et de l'extrémité supérieure de cet os; enfin l'absence du pouce et la déviation de la main.

Le membre supérieur du côté opposé présente une particularité qui dépend peut-être du mode de préparation de la pièce, et qui consiste dans la position du radius au devant du cubitus et dans l'absence d'un des doigts; mais le pouce existe.

DEUXIÈME CAS. — Le second cas d'absence du radius est plus complexe : d'abord les deux radius manquent, tandis qu'un seul était absent dans le cas précédent; puis le squelette offre quelques autres anomalies.

Ce squelette est également celui d'un fœtus d'environ 7 mois. Les radius manquent complètement à chacun des avant-bras. Les deux cubitus ne présentent point entre eux de différence sensible; ils sont manifestement plus courts et plus gros que des cubitus normaux. Leur extrémité supérieure surtout est plus volumineuse; ils offrent tous les deux un aplatissement notable et une courbure en avant et en dehors. Ils s'articulent, par leur extrémité inférieure, avec le carpe. Le pouce et son métacarpien n'existent pas. Les mains offrent toutes les deux quatre doigts, du reste bien conformés. Chaque main forme un angle aigu avec l'axe du cubitus; l'une des faces de la main regarde cet os. Les os de l'épaule et les humérus sont normaux.

D'autres parties du squelette offrent des anomalies; on remarque l'absence de la branche gauche de la mâchoire inférieure; la disposition anormale de plusieurs vertèbres cervicales dont le corps se présente sous forme de petits tubercules disposés sans ordre; la diminution du nombre et l'élargissement considérable des lames des vertèbres cervicales et des premières dorsales; la fusion des quatre premières côtes du côté gauche, qui, par leur réunion, forment un os très-large qui se bifurque en avant; enfin la fusion des deux premières côtes du côté droit. Les os pariétaux forment une saillie exagérée aux bosses pariétales. Le bassin et les membres inférieurs sont bien conformés.

Si l'on rapproche ces deux cas de ceux qui ont été publiés avec des détails suffisants, on remarque :

1° Que l'absence du radius entraîne celle du pouce et de son métacarpien;

2° Que la main, non maintenue par le radius, se dévie et forme un angle plus ou moins aigu avec le cubitus;

3° Que l'absence des radius coïncide avec quelque autre anomalie, soit du système osseux, soit d'autres organes.

Dans le cas cité par M. Cruveilhier, on remarque l'absence de l'anus; le rectum venait s'ouvrir par un pertuis très-fin à l'extrémité supérieure de la luette vésicale. Dans le cas observé par M. Lediberder, il y avait en même temps absence de la clavicule, de l'omoplate et du membre supérieur de l'autre côté. Le sujet de l'observation de M. Prestat était un monstre pseudo-céphalien.

J'ajouterai qu'on a plusieurs fois observé l'absence du radius et du cubitus, la main plus ou moins complète s'articulant alors avec l'humérus ou l'omoplate; mais je ne connais pas de cas dans lequel on ait noté l'absence du cubitus et l'existence du radius. Ce fait pourra paraître d'autant plus curieux que l'on sait que, dans certains mammifères, chez les solipèdes, les ruminants, et surtout chez les chéiroptères, le cubitus devient rudimentaire; le radius est plus persistant. Chez le cachalot, l'hippopotame et le pecari, le cubitus et le radius sont soudés ensemble en partie ou en totalité; mais dans l'anomalie qui fait le sujet de cette note, il n'y a point de traces d'une semblable fusion.

Enfin j'ajoute en terminant (la comparaison entre les membres supérieurs et les membres inférieurs ayant été souvent faite par les anatomistes), qu'on a plusieurs fois observé l'absence du péroné, et qu'à ma connaissance on n'a pas noté celle du tibia, le péroné subsistant. Or, si, avec Vicq-d'Azyr et J.-F. Meckel, on regarde le péroné comme l'analogue du radius (1), l'avant-bras et la jambe offriraient un phénomène tératologique tout à fait analogue, savoir l'absence des os externes de ces parties du corps.

L'absence tératologique du péroné pourrait trouver jusqu'à un certain point son analogue dans l'état rudimentaire du péroné chez les solipèdes et chez les ruminants; mais je pense qu'il y a quelque chose de forcé et de peu fondé dans le rapprochement que quelques auteurs ont tenté entre les anomalies observées chez l'homme et une disposition normale correspondante chez un autre animal.

DIFFORMITÉS MULTIPLES CHEZ UN POULET; par M. RACLE.

Un coq de quatre mois, provenant d'un œuf couvé par des pigeons, présentait quatre espèces différentes de difformités : 1° trois courbures de la colonne vertébrale; 2° une inclinaison latérale du bassin; 3° une déviation de la queue; 4° enfin, une flexion permanente de la cuisse droite, qui déterminait de la claudication. L'animal ayant été sacrifié, la dissection montre les dispositions suivantes :

SYSTÈME OSSEUX. *Colonne vertébrale.* — Les courbures de la colonne vertébrale occupent : la première, la région cervicale; la deuxième, la région cervico-dorsale; la troisième, la région dorso-lombaire. La courbure cervicale comprend les deux tiers inférieurs du col et a sa concavité dirigée en arrière; la longueur de sa corde est de 10 centimètres, celle de sa flèche de 1 centimètre et demi. Le mouvement de flexion du col en avant est tout à fait impossible, et la tête ne pouvait être portée vers le sol que par la flexion des deux ou trois premières vertèbres cervicales les unes sur les autres, et par la rotation du bassin sur les fémurs. Le mouvement de redressement ou de flexion en arrière est au contraire tellement étendu, que le col peut se ployer en deux, et ce mouvement n'est limité que par la rencontre de la face postérieure de la moitié supérieure avec la face postérieure de la moitié inférieure du col. Quand on abandonne les parties dans cette position qui semble leur être naturelle, la tête vient se placer sur le côté gauche de la région dorsale dans la concavité de la courbure cervico-dorsale.

Cette disposition donne lieu de penser que, pendant le séjour de l'animal dans l'œuf, la tête et le col se trouvaient renversés en arrière, au lieu d'être placés sous l'aile, comme cela a lieu d'habitude.

La deuxième courbure s'étend depuis la dernière vertèbre cervicale jusqu'à la cinquième dorsale; elle est latérale et sa concavité regarde à gauche; la corde qui réunit ses deux extrémités est de 3 centimètres environ. Cette courbure est beaucoup plus prononcée du côté des corps vertébraux que du côté des apophyses épineuses; sa profondeur est indiquée dans le premier sens par une flèche de 2 centimètres, et dans le second par une flèche d'un demi-centimètre seulement. Les articulations costo-vertébrales gauches sont sur un plan antérieur à celui des articulations semblables du côté droit, en sorte que les côtes gauches ne présentent, dans leur trajet, pour venir se joindre au sternum, qu'une courbure très-légère, tandis, au contraire, que les côtes droites sont fortement ployées au niveau de leur angle. Enfin, les côtes droites sont fortement éloignées les unes des autres, tandis que celles du côté gauche sont rapprochées au point de se toucher mutuellement. Cette disposition des côtes tient à un déplacement des vertèbres, par suite duquel le côté gauche de leur corps est fortement dirigé en avant, tandis que le côté droit regarde en arrière. Les corps des vertèbres qui forment cette courbure sont diminués de hauteur et comme écrasés à gauche, tandis qu'ils conservent à droite leur hauteur normale. Enfin, ils sont tous soudés entre eux; la cinquième vertèbre seule est mobile sur la sixième.

La troisième courbure commence à cette dernière vertèbre, et s'étend jusqu'à l'extrémité du rachis; elle n'est pas égale partout; sa plus grande incurvation ou son *foyer* est à la partie supérieure. Dans ce point, les sixième, septième et huitième vertèbres dorsales sont déviées de leur position normale, à tel point que leur partie latérale gauche est devenue supérieure, tandis que leur face supérieure regarde directement à droite. La concavité de cette courbure regarde tout entière dans cette dernière direction. Sa corde a 10 centimètres de long, sa flèche 2 centimètres. Les vertèbres supérieures de cette courbure présentent seules un affaissement notable; les vertèbres inférieures, le sacrum, n'offrent qu'une très-légère incurvation latérale. Cependant tous ces os ont subi, comme ceux de la deuxième courbure, un mouvement de rotation qui a porté leur côté droit en avant et leur côté gauche en arrière. Les apophyses épineuses correspondantes ne sont pas sensiblement déviées.

Bassin. — Les os du bassin ont subi des courbures analogues à celles des côtes, mais en sens inverse. L'os iliaque droit est fortement aplati et n'offre qu'une courbure très-légère au niveau de la fosse iliaque. Celui du côté gauche est ployé à angle droit, à peu de distance de son articulation avec le sacrum.

(1) Suivant Carus, le péroné serait, au contraire, l'analogue du cubitus; mais cette opinion ne me paraît pas juste et compte peu de partisans.

L'arête déterminée par cette courbure formait sur le dos de l'animal une proéminence très-considérable du côté gauche du corps. Enfin, l'os iliaque droit est sensiblement plus élevé que celui du côté opposé, de sorte que les cavités cotyloïdes ne sont pas complétement de niveau, et que le genou droit s'élève à 2 centimètres environ plus haut que le gauche.

Tête. — La mandibule inférieure est un peu déjetée à droite, la crête est portée à gauche. La région pariétale droite est légèrement déprimée.

Membres. — Les membres antérieurs ne présentent rien d'anormal.

Membres postérieurs. — Pendant la vie, l'animal boitait de la jambe droite, qui paraissait plus courte que la gauche. Cependant les os des deux membres sont égaux, seulement le fémur droit présente une exagération de sa courbure interne.

SYSTÈME MUSCULAIRE. — Les deux muscles sus-épineux qui s'étendent depuis les premières vertèbres du col jusqu'à la première vertèbre dorsale, et qui sont placés dans la concavité de la première courbure vertébrale, forment la corde même de cette courbure; ce sont eux qui, par leur tension, l'empêchent de se redresser, et qui s'opposent par conséquent aux mouvements du col et de la tête en avant. Ces muscles ont leur volume normal; ils sont rouges et terminés supérieurement et inférieurement par des tendons larges, épais, resplendissants.

Les faisceaux intertransversaires qui s'étendent de la première à la cinquième vertèbre dorsale, dans la concavité de la deuxième courbure, se présentent sous la forme d'un cordon cylindrique, tendu, de couleur blanche et entièrement fibreux.

Les faisceaux correspondants du côté droit sont de moitié plus volumineux, et à l'état entièrement musculaire.

Les muscles latéraux de la région coccygienne droite sont plus courts que ceux du côté opposé, d'un plus petit volume et décolorés. Leur brièveté est en rapport avec la déviation de la queue du côté droit.

Nous avons dit que la cuisse droite était dans un état de flexion permanente. Cette flexion, combinée avec l'inclinaison latérale du bassin, maintenait le genou droit à la hauteur de la deuxième côte, tandis que le genou gauche, dans le plus grand état possible de flexion, ne remontait que jusqu'à la quatrième côte. La cause de cette position de la cuisse droite se trouvait dans l'état de ses muscles fléchisseurs. En effet, tous ceux des muscles pelvi-fémoraux qui concourent à ce mouvement sont dans le plus grand état de raccourcissement possible. La partie antérieure du muscle pelvi-trochantérien (grand fessier) et le muscle tenseur de l'aponévrose crurale, mesurés de leur origine supérieure à la colonne vertébrale jusqu'au grand trochanter, ont 2 cent. et demi de longueur; ceux au côté gauche, 3 cent. et demi. Les muscles adducteurs sont tendus comme des cordes. Le muscle iliaque a amené le petit trochanter aussi près que possible de l'échancrure du bassin par où il passe. Tous ces muscles s'opposent à l'extension de la cuisse; les mouvements ne sont possibles qu'après leur section. Le muscle iliaque droit présentait à sa surface péritonéale un aspect blanc nacré, à reflets irisés, dû à une couche fibreuse d'une assez forte épaisseur. Le muscle du côté opposé ne présentait rien de semblable.

SYSTÈME NERVEUX. — L'hémisphère droit du cerveau est d'un quart environ plus petit que celui du côté opposé et légèrement aplati. La pulpe cérébrale est saine, ainsi que les membranes. Le cervelet présente une déformation notable, mais dont on ne peut prendre une idée qu'à l'aide d'une figure.

Les viscères intérieurs du corps ne présentent aucun vice de conformation.

Les nombreuses particularités de ce fait ne montrent en définitif que trois ordres de lésions : 1° des lésions des os; 2° des lésions des muscles; 3° des lésions du système nerveux. Les premières consistent en courbures anormales qui affectent la colonne vertébrale, le bassin, le fémur; les secondes en raccourcissement des muscles correspondants aux parties courbées; enfin la lésion du système nerveux consiste en une atrophie de tout un hémisphère du cerveau.

Ces diverses altérations paraissent liées entre elles par les rapports les plus intimes. En effet les courbures osseuses ont toutes lieu dans le sens où il existe des muscles, et il n'y en a pas une dans un sens où il n'existe point de faisceaux musculaires. Il est donc rationnel de penser que l'action des muscles est la cause des courbures. La lésion du système nerveux vient appuyer cette opinion. On trouve dans cette lésion l'indice d'une maladie antérieure, laquelle a dû mettre en jeu la contraction musculaire et amener des convulsions permanentes dont l'action a été très-prononcée sur la substance encore cartilagineuse du squelette. Cette opinion est en outre confirmée par cette remarque : qu'il n'y a pas possibilité, dans le cas actuel, d'expliquer ces déformations par une action extérieure, une position vicieuse, puisque le développement s'est fait au sein d'un œuf, dans un liquide où tous les mouvements de l'animal étaient libres et faciles. Enfin l'état des muscles eux-mêmes montre encore que ces muscles n'ont pas été seulement passifs dans les lésions du squelette, mais qu'ils ont joué un rôle essentiellement actif. En un mot la théorie de la rétraction musculaire, comme cause de difformités du système osseux, nous semble trouver dans ce fait une confirmation intéressante.

BIBLIOGRAPHIE.

ESSAI DE PHARMACOLOGIE THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE; par le docteur A. JAUMES, agrégé et conservateur des collections à la Faculté de Montpellier, etc. — 1 vol. in-8°. A Montpellier, chez Louis Castel, et à Paris, chez J.-B. Baillière et chez Masson.

TRAITÉ DE PHARMACOLOGIE SPÉCIALE. 1er vol. (de 1847 à 18..). Chez les mêmes libraires.

La science marche par des voies différentes vers un même but. Le nombre et la variété infinie des faits anthropologiques, la différence des aspects sous lesquels ils se présentent à l'esprit, la diversité des intelligences elle-même, expliquent et justifient la différence des méthodes alternativement mises en usage. De là la variété des systèmes et des théories médicales qui a dû nécessairement se refléter sur la thérapeutique et la pharmacologie. Chaque doctrine a eu en effet ses représentants en matière médicale. Pour ne parler que de notre époque, après avoir vu successivement la matière médicale humoriste avec Dubois (de Rochefort), solidiste avec Alibert et Schwilgué, physiologique avec Barbier, contro-stimuliste avec Giacomini et l'école italienne, ne la voyons-nous pas de nos jours sous la double influence des théories humorales et iatro-physiques modernes redevenir systématiquement chimique avec MM. Mialhe et Bouchardat, physique ou mécanique avec MM. Coze et Poiseuille, pour aboutir en dernière analyse, avec MM. Trousseau et Pidoux, à l'empirisme, expression ultime de l'esprit éclectique de notre époque, qui, en médecine comme en philosophie, convie à l'œuvre commun du progrès scientifique toutes les méthodes d'investigations, tous les systèmes et toutes les conceptions de l'esprit. Une seule école semble depuis longtemps être restée étrangère à ce mouvement. Fière de sa doctrine traditionnelle et de la pérennité de ses principes, l'école de Montpellier qui, de loin en loin, n'élève la voix que pour opposer ses dogmes comme un argument sans réplique et une digue infranchissable aux prétentions des hypothèses et des théories empruntées aux sciences physiques, concentre à peu près exclusivement toute son activité dans son enseignement oral. Sauf quelques fragments, remarquables d'ailleurs, sur l'application de la doctrine vitaliste à la pharmacodynamie, publiés dans ces dernières années par le titulaire actuel de la chaire de thérapeutique, il faut remonter, en effet, jusqu'à Lamure ou à Senaux, l'éditeur des leçons de matière médicale de Barthez, pour trouver un traité didactique quelque peu complet sur ce sujet. Il y avait donc à cet égard une profonde lacune. C'est cette lacune que M. Jaumes s'est proposé de combler. Élevé au sein de l'école de Montpellier, dont il est un des agrégés les plus distingués, et nourri de la philosophie qui imprime à cette école son cachet particulier, M. Jaumes a eu principalement pour but, dans cette publication, de présenter dans un ordre synthétique les principes généraux de thérapeutique et de pharmacodynamie qui relèvent de la doctrine de ses maîtres. L'ouvrage de M. Jaumes, en effet, bien que son titre paraisse impliquer un but plus spécial et plus circonscrit, renferme non-seulement l'histoire naturelle et médicale des agents employés en médecine, mais encore l'étude de leur mode d'action et de leurs effets sur l'économie. Une analyse succincte en fera beaucoup mieux saisir la portée que ne pourrait le faire un simple commentaire.

L'ouvrage de M. Jaumes est divisé en deux parties, ou plutôt ce sont deux ouvrages distincts, mais dépendant l'un de l'autre et reliés entre eux par une étroite connexité; l'un traite de la pharmacologie thérapeutique générale, l'autre de la pharmacologie thérapeutique spéciale. Le premier est une introduction naturelle au second; c'est la physiologie pharmacologique ou l'exposition méthodique des faits généraux et des théories pharmacodynamiques qui doivent fournir les préceptes nécessaires à la pratique. C'est, pour nous servir de l'expression de l'auteur, la substance, l'esprit de la science des médicaments.

Ce que nous avons dit du but dans lequel l'auteur a conçu cet ouvrage rendrait presque superflue l'exposition des principes de philosophie médicale qui l'ont dirigé dans son entreprise. On les a déjà pressentis. Cependant, comme ces principes sont en quelque sorte la clef de voûte de tout l'édifice, il est indispensable, pour faciliter l'intelligence de cette exposition de les résumer en quelques mots.

Tout phénomène vital, considéré dans son intégralité, dans ses causes véritables, dans ses conséquences virtuelles, comprend un côté matériel susceptible de tomber sous les sens, mais le plus souvent insuffisant pour donner la conception totale du phénomène, et des qualités que l'intelligence seule peut apprécier à l'aide du raisonnement, parce qu'elles ne sont représentées par aucune image sensible. Ce sont ces qualités qui constituent le caractère spécial de la vitalité en vertu de laquelle les actions physiques et chimiques qui lui sont subordonnées sont modifiées et transformées de manière à ac-

quérir dans le milieu vivant des propriétés nouvelles, et à s'y développer d'après des lois spéciales.

Ainsi envisagé, le corps humain présente à étudier des éléments visibles et des éléments invisibles, des solides et des humeurs, d'une part, des forces, de l'autre; en d'autres termes, « les solides et les liquides réunis constituent un agrégat animé par une cause métaphysique. Ils sont les instruments de cette cause qui sent par eux et traduit par leur concours les affections qu'elle conçoit. Il faut donc tenir compte à la fois des éléments visibles et invisibles dont le corps vivant est composé, accorder aux forces la capacité de sentir et d'agir, et considérer la matière organisée comme le *substratum* obligé de ces forces. » Ce dogme, qui, dans l'esprit de l'école, domine toute l'anthropologie, l'auteur cherche à l'appliquer à la pharmacodynamie.

Partant de ce point de vue, l'auteur envisage la pharmacodynamie comme un des aspects de la physiologie; son objet doit être d'apprendre comment l'homme est modifié quand il est sous l'influence de certains agents choisis dans le milieu ambiant. Pour lui, le médicament ne doit pas être distingué, au point de vue de la théorie dynamique, des autres stimulus, soit physiologiques, soit morbides. « Le médicament, dit-il, comme tous les autres stimulus, quand il est mis en rapport avec le système vivant, est incapable de produire par lui-même les effets qu'on lui attribue; il y concourt seulement en qualité de cause occasionnelle, prédisposante, déterminante. Ces effets ont leur véritable raison d'être dans la capacité virtuelle dont jouit le corps vivant de sentir et d'agir d'une certaine manière après certaines provocations. La modification pharmaco-dynamique dépend donc du médicament d'une façon médiate, et immédiatement des pouvoirs que le système doit à sa propre constitution. Ainsi que cela se passe dans la physiologie hygide on dans la physiologie morbide, l'opération provoquée par le médicament présente, en premier lieu, un changement de la sensibilité des parties qui sont en rapport direct ou indirect avec le stimulus; puis l'économie acquiert les qualités nécessaires pour fonctionner autrement qu'elle ne faisait auparavant. Enfin elle témoigne par des actes que cette capacité a produit son effet. Il y a donc: 1° une impression subie; 2° un état d'*affection* dans lequel le système est capable de donner une direction nouvelle à l'exercice de ses facultés; 3° une manifestation de cette affection. » L'objet du livre de M. Jaumes est précisément d'exposer d'une manière abstraite ce que présente de plus important cette affection, envisagée dans sa cause extérieure, dans ses phénomènes constitutifs et dans ses qualités thérapeutiques.

L'auteur, en pénétrant dans cette étude, cherche d'abord à établir par l'observation directe les limites précises qui séparent les effets physico-chimiques et les effets dynamiques des médicaments, et à fixer ce qui appartient aux mutations affectives et ce qui regarde l'effet thérapeutique. Les réactifs n'opérant point dans le corps vivant comme dans les vases inertes, l'action chimique, si elle est énergique, ne pourrait s'exercer pleinement qu'au détriment des organes qu'elle tendrait à détruire, ou bien en n'agissant que sur des matières plus ou moins soustraites à l'influence du dynamisme. Le réactif médicamenteux attaque-t-il une partie vivante, il y a un autre élément à apprécier : la résistance opposée par cette partie, le pouvoir qu'a celle-ci d'agir d'une autre manière, résistance et pouvoir venant de facultés spéciales. Le phénomène change donc de nature; il n'est plus exclusivement chimique. La mutation survenue sera un acte dynamique. Le même raisonnement s'applique aux éléments physiques. La chimie et la physique fournissent donc des éléments utiles à la connaissance des effets des médicaments; mais elles ne sauraient expliquer ce qu'il y a de plus important dans ces effets. Leur rôle se borne à celui d'agents auxiliaires, à des phénomènes de pénétration, par exemple, etc. Le phénomène essentiel pour la manifestation d'un effet dynamique est un phénomène d'ordre vital : c'est l'impression sentie ou perception. Premier anneau de la chaîne des actions vitales, la perception est le commencement obligé de toute scène médicamenteuse de l'ordre dynamique. C'est à la suite de cette perception que commence la série des actes intimes qui vont amener l'effet thérapeutique, et que l'auteur désigne par l'expression de *mutation affective*. La mutation affective, qui n'est pas encore la mutation curative, mais qui en est le préliminaire, est ce que l'on désigne généralement par les termes d'effets primitifs, effets physiologiques ou immédiats, expressions dont M. Jaumes critique avec juste raison l'impropriété. La mutation curative est l'effet synergiquement transformé et approprié au but proposé; elle correspond à ce que l'on appelle effets secondaires ou médiats. Cette distinction répond à la nature même des choses; elle sépare le moyen du but :

Le moyen, c'est la mutation affective, qui comprend les faits de sensibilité, de sympathie, de dépression, de réaction, et les synergies dont le stimulus est l'objet.

Le but est l'effet thérapeutique, qui embrasse les événements heureux, toujours synergiques, que la maladie présente par suite de la mutation affective.

Il y a donc trois choses à considérer dans une médication quelconque : 1° le contact du médicament avec nos organes, qui implique plus ou moins des actions physico-chimiques; 2° la mutation affective, commençant la série des actes dynamiques qui doivent aboutir à l'effet thérapeutique; 3° la mutation curative, qui est cet effet réalisé : trois ordres de phénomènes unis entre eux par un lien étiologique tel qu'en supprimant l'un, le suivant n'a plus aucune raison d'existence. C'est à l'étude et à l'analyse de ces trois ordres de phénomènes dynamiques, de leurs rapports et de leurs combinaisons possibles, que M. Jaumes consacre la plus grande partie de ce livre.

Il étudie d'abord la mutation affective, abstraction faite de tout résultat thérapeutique, comme on le ferait d'une affection morbide ordinaire, c'est-à-dire dans ses causes (rapports étiologiques entre le médicament et la mutation affective), dans sa naissance, son développement et sa marche (incubation, période de réalisation), dans son siége, dans son action sur les facultés, sur les solides et les liquides, dans les modifications qu'elle imprime aux diverses parties constitutives du système vivant, etc. Au sujet de l'appréciation des rapports étiologiques des médicaments considérés comme causes ou stimulus avec la mutation affective qui en résulte, M. Jaumes se livre à une analyse extrêmement délicate de l'activité du médicament, et à une critique très-judicieuses des diverses explications que l'on a cherché à en donner jusqu'ici. De là il passe ensuite à l'étude de l'effet thérapeutique proprement dit qui implique cette seconde mutation qu'il a appelée mutation curative ou médicatrice, et qui ne sera, si l'on veut, que la mutation affective elle-même mise en œuvre en tout ou en partie par la force médicatrice. Dans cette dernière division qui présente un intérêt plus spécialement pratique, l'auteur étudie successivement les mutations curatives considérées quant à leurs procédés spéciaux (mutations par attraction ou épispase, par similitude, par antagonisme, etc.); quant au degré d'influence qu'elles exercent pour la production des effets thérapeutiques (les unes n'agissant que par insinuation, d'autres avec plus de puissance, quelques-unes d'une manière latente), et enfin dans les conditions qui sont susceptibles de les faire varier (réceptivité vitale par rapport aux médicaments, réceptivité morale et morbide, opportunité, etc.), et il termine par ce qui concerne la médicamentation ou les divers modes d'appropriation des médicaments (mélanges, combinaisons, doses, procédés d'administration, surfaces d'application, etc.).

Pour résumer les principes dont tout cet ouvrage n'est qu'un ample développement et qui, formulés ainsi d'une manière abstraite, perdent, nous ne le dissimulons pas, la clarté qu'elles reçoivent sous la plume de M. Jaumes, de la déduction logique qui les enchaîne les unes aux autres et des exemples qu'il emprunte à chaque pas à la pratique, nous dirons que toute la doctrine de l'auteur peut être exprimée par ce principe, à savoir : que dans le corps vivant chaque série spéciale de phénomènes se rattache étiologiquement à une modification particulière de la vitalité, et que les médicaments, comme les autres stimulus, seraient incapables de produire par eux-mêmes les effets qu'on leur attribue, effets qui ont leur véritable raison d'être dans la vitalité elle-même, et auxquels ils concourent seulement en qualité de causes occasionnelles, prédisposantes ou déterminantes.

On voit où tendent les idées développées avec un remarquable talent de logique et d'exposition par M. Jaumes; elles ont pour but de fonder la pharmacodynamie sur une idée générale en comblant par le raisonnement l'intervalle des anneaux extrêmes de la chaîne des faits et de soustraire la science pharmacologique à la double influence qui divise aujourd'hui les esprits et les attire dans des directions entièrement divergentes, l'influence de l'empirisme qui sous le prétexte de soustraire la médecine au joug de la spéculation scientifique, s'en tient à l'observation et à la constatation pure et simple des résultats bruts; l'influence des théories physico-chimiques qui ne tendent pas à moins qu'à absorber la physiologie dans la chimie ou la mécanique et à ramener et confondre sous une loi commune et unique tous les êtres et tous les phénomènes de la nature.

La tâche que s'est imposée M. Jaumes est ardue. En présence des tendances et des idées dominantes de notre époque de plus en plus exigeante en matière d'observation et de démonstration scientifique et défiante de tout ce qui sent l'abstraction ou la spéculation pure, un ouvrage de ce genre, pour affronter l'opinion, exigeait de la part de son auteur beaucoup de courage et beaucoup de talent. Le courage et le talent ne lui ont pas fait défaut. Quelle que soit la disposition d'esprit des lecteurs et avec quelque prévention qu'ils ouvrent ce livre, nous ne craignons pas de les assurer d'avance qu'ils y trouveront un véritable plaisir et de fréquentes occasions de méditer sur des points de vue et des problèmes de physiologie thérapeutique auxquels beaucoup d'entre eux très-probablement n'avaient jamais songé. Il est vivement à désirer que M. Jaumes ne s'arrête pas en si beau chemin, et qu'il mette promptement un terme à une entreprise aussi remarquable.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — THÉORIE ET TRAITEMENT DE LA FIÈVRE INTERMITTENTE.

Nos lecteurs connaissent notre opinion sur le rôle de la rate dans les fièvres intermittentes; nous leur éviterons pour aujourd'hui une nouvelle dissertation sur ce chapitre. M. Piorry a affirmé pour la centième fois, dans la dernière séance de l'Académie de médecine, que le gonflement de la rate au delà de 7 centimètres de hauteur, pas un millimètre de moins, entraîne nécessairement des accès fébriles M. Grisolle qui faisait son début, début heureux et de bon augure, lui a opposé les énormes gâteaux spléniques de la fièvre typhoïde, auxquels ne se lie d'ordinaire aucun symptôme périodique. Peine inutile; M. Piorry est parvenu à distinguer de petits frissons intermittents ou quelque chose d'analogue dans tous les cas de fièvre typhoïde, de ce *composé morbide* qui déplaît tant à l'honorable professeur, dans tous les cas, disons-nous, où la rate était tuméfiée. Il y a longtemps que le débat se tient dans ces termes; nous n'insistons pas.

Mais ce n'a été là qu'un épisode d'une discussion plus importante, plus neuve tout au moins. Il s'agissait de la méthode de traitement employée par M. Gondret contre les fièvres intermittentes, et consistant en des applications de ventouses le long de la colonne vertébrale au début de l'accès. Les conclusions du rapport de M. Bricheteau, appuyées sur une quinzaine d'expériences faites par M. Bouillaud et le rapporteur lui-même, étaient assez favorables; elles tendaient à provoquer des expériences en grand dans une contrée où les fièvres paludéennes soient endémiques, laissant espérer que le moyen proposé pourrait utilement venir en aide au sulfate de quinine devenu très-cher et hors de la portée des malades pauvres.

La nécessité d'une expérimentation plus étendue ne peut faire doute. Les observations de la commission seraient évidemment insuffisantes, le rapporteur en convient, pour fixer avec quelque sécurité la valeur réelle de la méthode. Elles le seraient d'autant plus que des expériences entreprises autrefois par MM. Piorry et Nonat, et tout récemment par M. Martin-Solon, n'ont eu aucun succès. M. Martin-Solon n'a vu la fièvre disparaître après l'application de ventouses, en se conformant aux règles indiquées par M. Gondret, que deux fois sur douze Un pareil résultat peut-être considéré comme nul quand on songe au bon nombre de fièvres d'accès qui se terminent d'elles-mêmes, sans l'aide d'aucun agent thérapeutique. Néanmoins il nous paraît évident que la pratique proposée par M. Gondret jouit d'une certaine efficacité. Et à ce propos nous ne saurions goûter le raisonnement de M. le secrétaire perpétuel qui ne voulait pas que l'Académie approuvât, même avec restriction, un mode de traitement recommandé seulement par quatorze observations officielles, après avoir, il y a peu de temps, refusé son approbation à un autre mode qui avait été l'objet d'une trentaine d'expériences jugées favorables par la majorité de la commission. Cette sorte de balance n'est peut-être pas aussi juste qu'elle peut le sembler au premier aspect. L'équation arithmétique n'est guère du domaine de la philosophie médicale. Quelques expériences peuvent parler plus haut en faveur de tel remède que trente, même suivies de succès, en faveur de tel autre. Le tout est de savoir de quel côté l'influence du remède sur la maladie a été le mieux démontrée. Un moyen dont l'application serait suivie deux fois, une fois même, de la guérison subite de la rougeole, de la coqueluche ou de toute autre maladie à évolution régulière, serait certainement un moyen actif: un autre pendant l'administration duquel l'angine simple aurait disparu en quelques jours, et cela dans dix, dans vingt expériences, pourrait ne jouir réellement d'aucune efficacité. Nous n'établissons pas ici de comparaison entre les deux méthodes qui ont comparu devant l'Académie; nous ne regardons qu'au principe. Dans l'espèce, nous ajoutons que l'influence des applications de ventouses sur la colonne vertébrale n'est guère contestable. Les observations de la commission ne sont pas en ce moment sous nos yeux; mais il nous suffirait à la rigueur des deux faits rapportés par M. Grisolle. Une jeune fille entre à l'hôpital pour une fièvre tierce datant déjà de quelque temps, et dont les accès s'annonçaient par des prodromes. A un moment où les prodromes étaient bien caractérisés, on appliqua les ventouses, et l'accès avorta complétement. La malade fut mise ensuite à l'usage du sulfate de quinine, et la fièvre ne reparut pas. Le second fait est plus concluant encore. L'accès avait coutume de débuter brusquement par un frisson *de deux heures et demie à trois heures*. Six ventouses, appliquées au début du frisson, l'arrêtèrent *instantanément*. L'accès se continua en sueur. Dans les accès consécutifs, le frisson manqua complétement; il n'y eut que de la chaleur et de la sueur. Le sulfate de quinine amena ensuite la guérison. Cela ne prouve pas sans doute que les ventouses suffisent à la curation des fièvres intermittentes, mais elles déposent tout au moins d'une action modificatrice; car il est sans exemple peut-être que le frisson disparaisse spontanément et tout à coup d'accès dans la durée desquels il entrait auparavant pour deux à trois heures. Le petit nombre des faits s'efface ici devant leur importance.

L'action des ventouses, appliquées le long de la colonne, sur la marche des accès périodiques, soulève une question de théorie, ou, pour mieux dire, c'est la théorie qui a, dans cette circonstance, inspiré la pratique. Acceptant l'opinion qui considère la fièvre intermittente comme le produit d'une irritation et d'une congestion de la moelle, on en a conclu qu'il serait possible d'arrêter les accès et d'en prévenir le retour en soustrayant du sang au canal médullaire. Les anciens, comme l'a rappelé M. Grisolle, appliquaient déjà, dans un but analogue, des révulsifs sur le trajet du rachis. Il serait difficile d'appuyer de fortes raisons la localisation exclusive de la fièvre intermittente dans la moelle; mais on la localiserait peut-être avec plus de succès dans le système ganglionnaire, et dans ce cas encore, on concevrait assez bien l'action révulsive des ventouses, agissant sur les gros ganglions du rachis. Quand nous parlons de localiser la fièvre intermittente, il faut nous expliquer. sous peine de nous exposer aux admonestations de M. Rochoux. Comme l'honorable académicien, nous croyons bien que la fièvre a son origine dans l'absorption d'un miasme marécageux, et ce n'est pas pour rien que nous l'appelons souvent fièvre *paludéenne*. Mais il ne s'ensuit pas du tout qu'une atteinte quelconque au système nerveux, consécutive à l'intoxication, ne soit pas nécessaire au développement des *accès*; car si l'empoisonnement du sang constituait tout le mal, on ne voit pas pourquoi le mal ne serait pas continu. Chacun sait, au contraire, que l'intermittence est le propre de beaucoup d'affections manifestement nerveuses, comme l'épilepsie, l'hystérie, la névralgie. Ce n'est supposer d'ailleurs rien de contraire à l'observation générale que d'admet-

---

Feuilleton.

DE LA PHARMACIE DES GRECS ET DES ROMAINS; par M. CAP (1).

Multa renascentur quæ jam cecidere....

I.

Hippocrate résume assez complétement l'état de la pharmacie chez les Grecs, comme Galien en présente le tableau le plus exact chez les Romains. C'est donc dans les écrits de ces deux maîtres de la science qu'il faut rechercher les traits principaux de l'histoire de cet art, aux époques où il fut le plus avancé dans les temps antiques.

On a publié plusieurs listes des médicaments simples qu'employait Hippocrate. Virey en a dressé, d'après Daniel Leclerc, un catalogue qui s'élève à trois cents substances environ (1). K. Sprengel (2) a donné une flore d'Hippocrate beaucoup plus exacte. Le docteur James, dans le discours préliminaire de son DICTIONNAIRE DE MÉDECINE, présente une assez longue liste des médicaments simples ou composés dont Hippocrate faisait usage; liste également tirée des écrits de Polybe, Thessalus, Dracon et autres qui ont, comme on sait, réuni leurs ouvrages à ceux de leur maître, et Fourcroy (3) en a extrait quelques généralités intéressantes pour l'histoire de l'art et pour ses applications.

On remarque, parmi les médicaments que comprennent ces diverses listes, un assez grand nombre de substances sans action bien prononcée. Les sangsues n'y figurent pas; plusieurs drogues connues au temps de Galien n'en font point partie. On faisait usage à l'intérieur de quelques préparations de cuivre; on connaissait la cannelle, les amomes, le poivre; on tirait d'Égypte l'opium et la scammonée; le beurre était rare et peu connu; les cantharides et d'autres insectes étaient employés à l'intérieur; on connaissait l'emploi des médicaments fétides contre les névroses et l'hystérie; on assaisonnait les aliments avec les ombellifères et les labiées; on faisait entrer dans les collyres la bile de plusieurs animaux. Mais on entendait par le mot *collyre*, comme nous le verrons plus loin, un mé-

(1) Nous devons à l'obligeance de M. Cap l'intéressant extrait qu'on va lire, d'une histoire de la pharmacie à laquelle travaille ce savant écrivain.

(1) JOURN. DE PHARM., t. I, p. 535.
(2) HISTOR. REI HERBARIÆ, t. I.
(3) L'ART DE CONNAITRE ET D'EMPLOYER LES MÉDICAMENTS, t. I.

tre une influence spéciale sur le système nerveux de la part d'un poison introduit dans le courant de la circulation. Est-ce qu'il n'en est pas de même, par exemple, des émanations plombiques? est-ce que l'intoxication saturnine, qui entre aussi par l'absorption pulmonaire, ne donne pas lieu à d'atroces coliques et à des paralysies? En un mot, nous concevons très-bien qu'on garde quelque défiance envers la théorie en question; mais nous la croyons au moins très-spécieuse, et nous n'admettons pas surtout qu'il y ait incompatibilité entre elle et l'origine paludéenne de la fièvre intermittente.

ALIÉNATION MENTALE.

DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE DES ALIÉNÉS; par le docteur J. MOREAU, médecin de Bicêtre.

Est-il vrai que le nombre des aliénés atteints de* PARALYSIE GÉNÉRALE *aille croissant depuis un certain nombre d'années?

Est-il vrai que la maladie désignée jusqu'à ces derniers temps sous le nom de* PARALYSIE GÉNÉRALE DES ALIÉNÉS *soit une affection essentiellement distincte de l'aliénation mentale; en d'autres termes, puisse se rencontrer complétement et absolument isolée de cette dernière maladie?

Les deux questions que nous venons de poser sont d'une importance qui n'a pas besoin d'être démontrée; elles ont occupé, dans ces derniers temps, l'attention de plusieurs médecins distingués. Qu'il nous soit permis de leur consacrer quelques réflexions.

En apportons-nous la solution?...

Ce sera au lecteur d'en juger.

§ I.

Pour ce qui est de la première, il est évident que des chiffres seuls pouvaient la résoudre; ou devait le croire du moins, et quelque idée que l'on se fît de la statistique, c'est cette méthode d'investigation qui la première devait avoir la parole sur le sujet dont nous nous occupons.

J'ai donc interrogé la statistique, mais après avoir pris les mesures nécessaires pour écarter toute cause d'erreur.

Voici sa réponse:

Disons d'abord que nos investigations portent sur trois classes d'aliénés appartenant aux trois grandes divisions de la société en France, divisions qui sont effacées de droit, si l'on veut, dans le temps présent, mais qui n'en subsistent pas moins encore de fait: le peuple, la bourgeoisie, l'ancienne et la nouvelle aristocratie.

Les registres de l'hospice de Bicêtre, depuis un certain nombre d'années, sont tenus avec soin. Avec le nom de chaque malade entrant, sont consignés (d'après le relevé des certificats délivrés par les chefs de service) les professions, les causes présumées, etc., enfin le genre de maladie.

L'erreur est peu à craindre (si elle l'est, et beaucoup sur d'autres points), dans le cas particulier où le médecin a eu à indiquer si le nouveau venu était ou non atteint de paralysie générale.

J'ai compulsé les registres depuis 1828 jusqu'à l'année qui vient de s'écouler inclusivement: c'est, comme on voit, une période de vingt et un ans. J'ai pensé que les résultats *tels quels*, obtenus durant une aussi longue période, avaient une valeur réelle. Ces résultats, les voici:

Le nombre des aliénés atteints de paralysie générale, admis à Bicêtre,

En 1828, a été de.......	7 pour 100.
1829, —	11 —
1830, —	12 —
1831, —	16 —
1833 (1) —	19 —
1834, —	18 —
1835, —	15 —
1836, —	23 —
1837, —	16 —
1838, —	18 —
1839, —	22 —
1840, —	25 —
1841, —	25 —
1842, —	27 —
1843, —	20 —
1844, —	25 —
1845, —	30 —
1846, —	28 —
1847, —	26 —
1848, —	31 —
1849, —	37 —

Si l'on s'en rapporte aux chiffres que nous venons de donner, il est évident que le nombre des aliénés atteints de paralysie générale a été croissant depuis une vingtaine d'années; la progression est constante et presque non interrompue.

Je sais quelles observations peuvent être faites à propos de ces chiffres: sans contester leur exactitude absolue, on peut différer d'avis quant à leur signification.

On peut prétendre, par exemple, qu'ils indiquent purement et simplement que la maladie en question étant mieux connue depuis quelques années, les médecins découvrent, dans un nombre donné d'aliénés admis pendant le cours d'une année, un plus grand nombre de paralytiques; il n'y aurait donc pas nécessité d'admettre que la maladie frappe un plus grand nombre d'individus.

Je ne veux point me faire le champion d'aucune espèce de statistique: ce serait complétement en dehors de mes idées. Cependant je ne puis m'empêcher de déclarer qu'à mes yeux l'objection ci-dessus n'a aucune valeur.

Depuis les travaux de MM. Calmeil, Bayle, etc., la paralysie générale est suffisamment connue des médecins qui se livrent spécialement à l'étude des maladies mentales, et dont la plupart vivent au milieu des aliénés. Je ne prétends pas que la science tout entière soit faite sur ce point; que chaque jour des faits, je ne dis pas nouveaux, mais mieux appréciés, mieux com-

(1) 1832 manque.

dicoment fort différent de ceux que nous désignons aujourd'hui par le même nom.

Pour Hippocrate, la thérapeutique se confondait jusqu'à un certain point avec la diététique; car il dit expréssément (1) « que les viandes et les boissons dont les hommes se servent dans l'état de santé doivent aussi leur servir quand ils sont malades. » Il examine en effet la plupart des aliments à ce double point de vue, et ce qu'il dit des qualités de la chair du chien, du renard, du cheval et de l'âne, laisse penser que ces viandes étaient alors d'un usage assez général.

Le bouillon d'orge, la diète et le repos étaient les premiers moyens qu'il mettait en usage au commencement des maladies aiguës. Il ajoutait à la tisane d'orge mondé (πτισσάνη, orge, πτισσεῖν, broyer, enlever l'écorce) un peu de vinaigre, d'huile, de sel, parfois de l'aneth ou du poireau. La boisson ordinaire des malades était composée de huit parties d'eau sur une de miel (hydromel, *mulsa* des Latins); il y ajoutait quelquefois du vinaigre (oxymel).

Le *cycéon* (mélange) était un autre breuvage dans lequel il entrait de la rue, des semences d'aneth, du céleri, de la coriandre, du vin et de la farine de froment.

Hippocrate employait le lait et le petit-lait à la fois comme aliment et comme médicament, non-seulement le lait de vache, mais celui de chèvre, de jument, et le lait d'ânesse qu'il ordonnait à très-grande dose comme laxatif.

On ne connaissait point alors de médicaments sudorifiques. Pour provoquer les sueurs, on employait les bains, les fumigations, les frictions et la chaleur de l'étuve. Les diurétiques internes étaient le vin doux, l'ail, l'oignon, le poireau, le concombre, le melon, la citrouille, le céleri, le cythise, le fenouil, le capillaire, le solanum, l'oxymel, l'hydromel, *les cantharides*, dont on enlevait les pieds et les ailes, et qu'on mêlait avec du miel et du vin.

Les narcotiques, ou plutôt les somnifères d'Hippocrate, étaient le pavot (mécon ou méconium), l'opium (de ὀπὸς, suc), le peplus (*euphorbia peplus*, L.) la mandragore et la jusquiame; ses fébrifuges, l'absinthe, la petite centaurée et quelques autres amers indigènes. Pour exciter le vomissement, il employait l'asarum, l'ellébore blanc et une plante qu'il appelle *sésamoïdes*, et que Dioscoride nomme ellébore d'Anticyre, ou bien il faisait prendre une grande quantité d'un laxatif, et faisait boire par-dessus une décoction de lentilles et d'hyssope, avec du miel et du vinaigre.

Ses laxatifs étaient la mercuriale, le chou en décoction, le petit-lait et le lait de vache ou d'ânesse salé. Il employait les suppositoires et les lavements. Les suppositoires (πρόσθετα) étaient composés de miel, de suc de mercuriale, de sel de nitre, de poudre de coloquinte et d'autres substances irritantes. Ils étaient tantôt ronds comme une balle (βαλάνοι), tantôt de forme allongée (κολλύρια). Les lavements (κλύσματα, de κλύζω, je lave) étaient composés d'une décoction de feuille de poirée, avec du miel, de l'huile, du nitre et d'autres substances laxatives. Il est à remarquer que le mot clystère ne s'appliquait qu'à l'instrument, et non point à la préparation destinée au lavement.

Les purgatifs d'Hippocrate étaient nombreux: il employait l'ellébore blanc et noir, les baies cnidiennes (*daphne mezereum*, L.), le cneoreum (*daphne thyme-*

(1) DE AFFECTIONIBUS.

pris, ne contribuent à l'étendre et à la compléter. Ce que j'affirme, c'est que de nos jours les médecins d'aliénés ne diagnostiquent pas mieux qu'il y a vingt ans l'affection qui est ici en cause.

Les chiffres ci-dessus ont été donnés successivement par MM. Ferrus, Voisin, Leurel, Delassiauve et par moi. Je suis certain que ces honorables collègues n'hésiteraient pas plus que moi à répondre de leur sincérité.

Donc, pour nous résumer et conclure, on ne saurait contester la vérité de cette proposition : les aliénés atteints de paralysie générale sont plus nombreux de nos jours qu'il y a un certain nombre d'années; depuis vingt ans environ leur nombre va croissant d'une manière soutenue et régulière.

Cela est vrai, du moins quant à une classe particulière d'individus, à cette partie de la société dans laquelle s'alimente la population de nos hospices.

§ II.

Continuons maintenant l'examen de la question qui fait l'objet de cet article, en la transportant dans une classe d'individus qui, sous plusieurs rapports, diffère de la précédente : sous le rapport de l'instruction, de la fortune, de la position qu'elle occupe dans la société, du rôle que depuis cinquante ans elle est appelée à y jouer, classe intermédiaire entre les classes pauvres et celles qui constituent ce que l'on appelait autrefois l'aristocratie.

Il est un établissement dont la population se recrute principalement, au moins depuis une vingtaine d'années environ, dans la classe que nous venons d'indiquer, la bourgeoisie : c'est la maison nationale de Charenton.

Voici quelques données sur le mouvement des aliénés paralytiques de cette maison :

1° M. Calmeil faisant le compte des aliénés paralytiques admis à Charenton pendant les cinq ou six années qui ont précédé l'époque à laquelle il composa son livre sur la paralysie générale (1825), dit : « Une masse de 1,200 hommes, soumis à un examen scrupuleux, a fourni 80 exemples de paralysie générale, ce qui établit la proportion comme 15 : 1 (1), » c'est-à-dire 6 1/2 p. 100 environ.

2° M. Bayle (2), opérant sur les malades contenus dans le même établissement, en 1826, trouve un cinquième, = 20 p. 100 environ.

3° M. Esquirol a trouvé, sur 366 aliénés (hommes) admis à Charenton pendant les années 1826, 1827 et 1828, 95 paralytiques, c'est-à-dire environ 25 p. 100 (3).

Ici encore l'accroissement successif du nombre des aliénés paralytiques est mis hors de doute; mais il est moins sensible que dans le cas précédent.

Nous regrettons d'avoir dû nous arrêter, pour notre statistique, à une époque déjà éloignée. Nous manquons de données suffisantes pour établir le chiffre des dernières années; mais si nous nous en rapportons au dire des médecins et de quelques employés de l'établissement, la proportion actuelle des paralytiques serait de beaucoup supérieure à celle qu'avait indiquée Esquirol.

(1) Calmeil, DE LA PARALYSIE, CONSIDÉRÉE CHEZ LES ALIÉNÉS, p. 370.
(2) NOUVELLE DOCTRINE DES MALADIES MENTALES, p. 15.
(3) Esquirol, MALADIES MENTALES, art. *Démence*.

§ III.

Voici maintenant quel a été le mouvement des paralytiques dans l'établissement fondé par M. Esquirol. On sait que la majorité des malades admis dans cet établissement, depuis un grand nombre d'années, appartient à l'aristocratie proprement dite. Le recensement en a été fait (ou plutôt complété, car il existait déjà pour un grand nombre d'années) par M. Mitivié, qui a bien voulu nous en donner communication.

La proportion des paralytiques,

En 1802, a été de	....	44	pour 100.
1803,	—	0	—
1804,	—	11	—
1805,	—	18	—
1806,	—	19	—
1807,	—	28	—
1808,	—	17	—
1820, (1)	—	16	—
1821,	—	29	—
1822,	—	24	—
1823,	—	22	—
1824,	—	14	—
1825,	—	29	—
1826,	—	17	—
1827,	—	34	—
1828,	—	38	—
1829,	—	8	—
1830,	—	15	—
1831,	—	15	—
1832,	—	12	—
1833.	—	15	—
1834,	—	28	—
1835,	—	15	—
1836,	—	24	—
1837,	—	22	—
1838,	—	16	—
1839,	—	27	—
1840,	—	31	—
1841,	—	25	—
1842,	—	50	—
1843,	—	57	—
1844,	—	12	—
1845,	—	46	—
1846,	—	38	—
1847,	—	5	—
1848,	—	33	—
1849,	—	36	—

Comme on le voit, nous ne trouvons ici rien qui approche de cette augmentation graduée que présentent les deux premières statistiques.

Les variations sont nombreuses, brusques, imprévues; il serait difficile de déterminer, d'après ces chiffres si dissemblables, si la maladie en ques-

(1) Il y a ici une lacune de douze années.

læa, L.), le peplus ou peplium, la thapsie, l'hippophaë rhamnoïdes, l'elaterium, la coloquinte, la scammonée, la pierre magnésienne (sorte d'aimant), le cnicus, etc. Il admettait des purgatifs *spécifiques* pour la bile, la pituite, la mélancolie, l'hydropisie. Pour *purger* la tête, il faisait respirer par les narines du suc de céleri, divers aromates, des poudres composées avec la myrrhe, les fleurs d'airain (oxyde de cuivre), l'ellébore blanc; comme expectorant, il appliquait à la base de la langue de la racine d'arum cuite dans l'eau, avec du miel, de l'huile et du sel.

On voit que la thérapeutique d'Hippocrate n'était pas tout à fait aussi simple qu'on se plaît à le répéter chaque jour. Quant aux formes pharmaceutiques en usage à son époque, on peut les ranger en deux grandes catégories : les médicaments appliqués à l'intérieur et ceux que l'on employait extérieurement.

MÉDICAMENTS EXTERNES (δερμασμα). — Les fomentations (χλίασμα) se divisaient en fomentations humides et sèches. Les premières étaient les bains partiels ou locaux, à l'eau tiède, ou avec les décoctions de plantes appropriées. On appliquait aussi sur les parties malades une outre, une vessie ou un vase quelconque rempli d'eau chaude, d'autres fois une éponge trempée dans une décoction d'orge, de semences d'orobe ou de son. Les fomentations sèches se faisaient avec du sel, du millet rôti ou des substances aromatiques que l'on enfermait dans des sachets qui s'appliquaient sur la partie malade. Pour les *fumigations*, on employait la vapeur d'eau pure ou chargée de substances médicamenteuses : par exemple, on faisait rougir des morceaux de fer que l'on plongeait dans l'urine, et l'on en dirigeait la vapeur sur le point affecté : on les faisait aussi avec la fumée des résines, des bitumes et des aromates brûlés. Ce moyen se rapprochait beaucoup des parfums. Pour ce dernier objet, on brûlait des *tablettes* (φθοΐδες) de forme plate et ronde comme une pièce de monnaie, et composées de substances odorantes.

Les *gargarismes* (ἀναγαργάριστα), qu'Hippocrate recommandait dans les maladies de la bouche et dans l'esquinancie, se composaient d'une décoction d'origan, de sariette, de céleri, de menthe, avec un peu de nitre, de miel et de vinaigre.

Les *huiles* et les *onguents* (ἔλαιον, μύρον) étaient destinés à oindre le corps, à ramollir les tumeurs, à panser les plaies. Les huiles étaient simples et composées. L'huile pure était celle d'olives. Les huiles composées, comme celle de roses et de myrte, s'obtenaient par infusion. Le *susinum* se préparait avec le lis blanc et quelques aromates; le *narcissum* avait pour base le narcisse. Le *netopum*, le *metopium*, cité par Dioscoride, et le *mendosium*, dont parle Galien, étaient des préparations du même genre encore plus compliquées.

Hippocrate appelait *cérat* (κήρωμα) un onguent composé d'huile et de cire. Un autre cérat se préparait avec la graisse d'oie, la térébenthine, la résine de lentisque, la cire et l'huile de roses. Quand on joignait de la poix au cérat simple pour lui donner plus de consistance, on obtenait le *ceropissus* (κηρόπισσος).

Les *cataplasmes* (καταπλάσματα) étaient composés de poudres végétales mêlées à des sucs de plantes, et auxquelles on ajoutait quelquefois une petite quantité d'huile ou d'onguent. Dans l'esquinancie, on appliquait sur le cou un cataplasme de farine d'orge avec du vin et de l'huile. Les cataplasmes émollients étaient composés de feuilles de poirée cuites dans l'eau, auxquelles on ajoutait parfois des feuilles d'olivier, de figuier ou de chêne.

tion a atteint plus ou moins d'individus dans un temps que dans un autre. Un véritable état stationnaire est, comme la résultante la moins douteuse, la plus certaine de ces proportions si variables d'une année à l'autre.

§ IV.

Le résumé comparatif des trois statistiques que nous venons d'exposer peut se traduire par les propositions suivantes :

1° Augmentation considérable manifeste, du nombre des fous *paralytiques* pour les classes dites inférieures.

2° Cette augmentation existe également, mais d'une manière bien moins sensible, pour les classes intermédiaires.

3° Elle est absolument nulle pour les classes supérieures.

On pourrait tirer de cet état de choses de nombreuses et graves inductions relativement aux causes générales de la folie.

La *folie paralytique* est, à nos yeux (1), la plus haute expression des désordres psycho cérébraux.

Les idées d'Esquirol, concernant l'influence de la civilisation sur le développement de la folie, sont connues de tout le monde; il y aurait lieu à en faire ici une nouvelle et large application.

Au fur et à mesure que la civilisation s'étend des couches supérieures de la société aux couches inférieures, avec elle descend l'inquiétude, l'agitation, le travail intellectuel; par suite la surexcitation du cerveau, la folie simple, et enfin le plus grave de tous les désordres cérébraux, la folie avec paralysie.

Je m'arrête; des considérations de cette nature nous entraîneraient bien au delà des bornes que nous nous sommes prescrites.

Je passe à l'examen de la deuxième question :

Est-il vrai que la maladie désignée jusqu'à ces derniers temps sous le nom de PARALYSIE GÉNÉRALE DES ALIÉNÉS *soit une affection essentiellement distincte de l'aliénation mentale; en d'autres termes, puisse se rencontrer complètement et absolument isolée de cette dernière maladie?*

Dans ces derniers temps, on a révoqué en doute l'*individualité pathologique* de la maladie qui nous occupe.

On s'est attaché à séparer l'un de l'autre les deux symptômes fondamentaux de cette maladie : la lésion des mouvements et la lésion des facultés intellectuelles.

On a dit : dans la majorité des cas, la paralysie marque le début de l'affection, les troubles de l'intelligence ne viennent qu'après; de plus, il n'est pas rare de voir, dans le cours de la maladie, la lésion des mouvements subsister alors que la raison s'est rétablie. On a été plus loin et l'on a fini par poser en principe et d'une manière absolue que, dans quelques cas, la paralysie générale pouvait exister, et existait en effet sans altération aucune de l'intelligence.

Conclusion : paralysie et aliénation mentale sont deux faits morbides, deux maladies spéciales et indépendantes que l'un a eu tort de réunir sous une seule et même dénomination.

(1) Voir la deuxième partie de cet article.

Nous ne saurions nous associer à cette manière de voir, et voici nos motifs :

Et d'abord fût-il vrai (nous démontrerons tout à l'heure que cela est loin d'être prouvé) que les deux symptômes fondamentaux se montrent parfois isolés, soit au début, soit dans le cours de la maladie, nous ne pensons pas qu'à cause de cela il y ait lieu de refuser à la paralysie générale des aliénés son individualité pathologique.

Ici, lésion des mouvements, lésion de l'intelligence, sont deux effets différents d'une cause identique, deux modes de manifestation du travail morbide qui se passe dans l'organe chargé tout à la fois des fonctions de la motilité et des fonctions intellectuelles.

En admettant que ces effets n'existent pas toujours simultanément dans toutes les phases, dans toutes les périodes de la maladie, dès que le contraire a lieu eu égard à cette même maladie prise dans son ensemble, et non pas seulement à telle ou telle époque de son évolution; dès que la non-apparition ou la disposition des uns ou des autres ne saurait être considérée que comme une suspension pure et simple des phénomènes symptomatiques; dès qu'il est certain que ces phénomènes reparaîtront tôt ou tard, et que lorsqu'on aura à tracer le tableau *complet* de la maladie, on les retrouvera tous également, cela ne suffit-il pas pour faire de la paralysie générale des aliénés un groupe nosologique à part et ayant une existence distincte de toute autre entité morbide ?

Or a-t-on rencontré un seul cas, un seul dans lequel on ait observé le contraire de ce que nous avançons?

On a cité des faits nombreux qui prouvent (en apparence du moins) que la lésion des mouvements peut devancer celle des facultés morales. La plupart des aliénistes en avaient cité des exemples, il est vrai sans y attacher d'importance (avaient-ils tort, avaient ils raison?).

Mais a-t-on cité un seul fait où la paralysie générale, cet ensemble de lésions de la motilité si particulier, si énergiquement caractérisé chez nos aliénés, je ne dis pas ait accompli son entière évolution, mais ait cheminé seule, indépendante de tout désordre intellectuel, un an ou deux, moins que cela, quelques mois, moins que cela encore, une ou deux semaines?

N'a-t-on pas vu tôt ou tard le délire apparaître, soit, comme cela arrive le plus souvent, pour ne plus cesser, soit pour se suspendre pendant un espace de temps ordinairement fort court, ou seulement diminuer d'intensité?

Qu'importe que la lésion des mouvements ait pris l'avance sur celle des facultés morales, si, fatalement, nécessairement, cette dernière doit suivre?

En résumé, nous disons que la paralysie générale des aliénés constitue une individualité pathologique réelle formée par la réunion de deux ordres de phénomènes morbides (lésion des mouvements, lésion de l'intelligence), auxquels, à cause de leur communauté d'origine, de l'identité de leurs conditions étiologiques, on ne saurait attribuer une existence spéciale et complètement indépendante.

Maintenant nous devons revenir sur une concession que nous avons cru pouvoir faire en commençant cet article. Nous avons admis momentanément le fait de séparation réelle, absolue des lésions de la motilité et des facultés morales.

A nos yeux cette séparation n'existe pas.

Dans le cas dont il s'agit, ainsi que cela arrive dans une foule d'autres

MÉDICAMENTS INTERNES. — Les préparations liquides administrées à l'intérieur (φαρμακόποτα) comprenaient les décoctions, les infusions de substances végétales dans lesquelles on délayait parfois des poudres, les sucs de plantes, les mélanges de vin, d'huile, de miel, de vinaigre et d'autres liquides simples ou composés. On employait également les *vins médicamenteux*, préparés par infusion.

Les préparations solides (καταπότα) étaient composées de sucs épaissis (extraits), de gommes, de résines, de poudres diverses, le tout mêlé avec du miel et d'autres ingrédients, et on leur donnait une forme appropriée. C'est, comme on voit, le point de départ des antidotes et des électuaires qui, dans les siècles suivants et jusqu'à nos jours, ont occupé une si large place dans la pharmaceutique. L'antidote d'Hippocrate, cité par Actuarius, ne saurait toutefois être attribué au médecin de Cos.

Les *collyres* étaient des masses solides de la longueur et de la forme d'un doigt, destinées à être introduites dans quelque cavité, comme les suppositoires et les pessaires. Les *trochisques* avaient la forme et l'emploi que nous leur connaissons. Les *éclegmes* (ἐκλείχειν, lécher) étaient des médicaments de consistance molle, que l'on mettait sur la langue et que l'on avalait lentement. Le miel et différentes poudres aromatiques ou mucilagineuses en étaient la base. Enfin on connaissait les *mellites*, les *oxymels*, les *condits*, mais non les sirops, dont le nom arabe dénote une origine beaucoup plus récente.

On ne trouve rien de détaillé dans les écrits de l'époque sur les opérations à l'aide desquelles on obtenait tous ces produits. On comprend que les procédés manipulatoires ne devaient pas être bien compliqués. L'indigestion, l'infusion, la décoction, l'expression des sucs, leur épaississement par la chaleur, la pulvérisation, étaient ceux que l'on employait le plus fréquemment. L'évaporation, la calcination, la fusion, peut-être même la sublimation, étaient connues des opérateurs de l'époque. Mais hors la lixiviation, la cristallisation des sels et l'extraction des métaux, ils ne pratiquaient aucune opération vraiment chimique, et n'avaient aucune idée des combinaisons de cette nature.

Du reste, l'art de guérir n'ayant pas encore été divisé en plusieurs branches, celui qui préparait les médicaments ne se distinguait point de celui qui les prescrivait. Hippocrate préparait lui-même la plupart de ses agents médicinaux, ou les faisait préparer par des serviteurs qu'il avait instruits à cet effet, et c'est ainsi qu'en usaient tous les médecins de son temps. On sait qu'il porta ses médicaments avec lui quand il fut appelé par les Abdéritains pour la guérison de Démocrite.

Nous allons trouver la pharmacie un peu plus avancée comme art, mais aussi beaucoup plus compliquée dans ses produits, pendant les siècles qui séparent l'époque d'Hippocrate de celle de Galien.

II.

A mesure que l'on s'éloigne de l'époque où brilla l'école de Cos pour se rapprocher de celle où régnèrent les écoles dogmatique et méthodique, on ne peut s'empêcher de remarquer cette tendance toujours croissante vers une complication indéfinie, qui s'introduisit dans la thérapeutique et la pharmacie. Le *summum* de l'art pour un médecin de cette période, et quelquefois le meilleur élé-

circonstances, pour n'avoir pas porté la vue au delà des phénomènes les plus superficiels, pour n'avoir pas remonté jusqu'à leur point de départ, en un mot pour n'avoir tenu compte que des symptômes les plus apparents, on a commis nécessairement la faute de vouloir séparer ce qui de sa nature était inséparable, deux ordres de phénomènes dont l'existence, comme fait du moins, est corrélative.

Ne l'oublions pas : la question dont il s'agit est toute du domaine de la science. Gardons-nous donc, en l'étudiant, de nous payer de mots, ainsi que cela arrive parfois aux meilleurs esprits.

Précisons la question : de quoi s'agit-il? De savoir lequel des deux phénomènes, de la lésion des mouvements ou de la lésion de l'intelligence, a précédé l'autre. Je dis *lésion*, qu'on le remarque bien, et non pas *folie*, *délire*, ce qui est bien différent, si l'on s'en tient au langage ordinaire.

Au point de vue scientifique, lésion des facultés morales, folie, sont synonymes quant à leur essence, à leur nature intrinsèque; il n'existe, entre ces deux phénomènes pathologiques, de différence que dans l'étendue des modifications subies par l'organe de la pensée.

En partant de ces données dont la vérité me paraît ne pouvoir être révoquée en doute, serait-il exact de dire que la folie, le délire commencent seulement alors que les modifications psycho-organiques en sont arrivées à ce degré d'intensité qu'on se croit le droit de leur appliquer cette dénomination, alors qu'il existe soit de l'incohérence dans les idées, soit des idées fixes?

Au point de vue philosophique ou littéraire, cela serait soutenable peut-être.

Mais au point de vue médical, dans le sens physiologique, qui le soutiendrait? qui pourrait prétendre que la lésion, la modification des facultés intellectuelles, le travail morbide psycho-cérébral ont commencé alors seulement que l'on s'est *aperçu* que l'individu déraisonnait?

Le fait est que le mal a débuté bien longtemps avant l'époque où l'on a observé des signes manifestes, pathognomoniques de déraison.

Il est rare, il est exceptionnel que la maladie arrive ainsi de plein saut et comme d'emblée à ce summum d'intensité.

On ne devient pas aliéné, au moins dans la très-grande majorité des cas, d'une manière instantanée; l'esprit ne passe pas aussi rapidement que cela lui arrive dans l'état sain d'une pensée raisonnable à une conviction délirante.

La folie proprement dite est un symptôme consécutif à plusieurs autres symptômes qui, d'ordinaire, restent cachés au fond de la conscience, faute de savoir les y découvrir, mais qui n'en sont pas moins réels, ainsi que l'on peut s'en convaincre en se mettant dans le cas de les observer sur soi-même, ou simplement en interrogeant *convenablement* les malades, c'est-à-dire en leur adressant telles questions qu'ils puissent comme en un miroir posé devant leur esprit, y voir réfléchis les phénomènes qui se sont passés en eux-mêmes.

Ces symptômes, s'ils ne sont pas la folie elle-même, n'en constituent pas moins une véritable lésion des facultés morales.

Ils peuvent se ranger dans deux classes différentes, suivant qu'ils appartiennent à l'intelligence proprement dite, ou bien aux passions affectives.

Les premiers peuvent se résumer ainsi : à la suite d'accidents purement physiques, le plus ordinairement de congestions au cerveau, de simples étourdissements, d'anomalies de la sensibilité; ou bien, sous l'influence de causes morales variées, l'individu éprouve certains changements intérieurs qui n'éveillent que tardivement son attention. Généralement les malades ne croient pouvoir mieux rendre compte de ce qu'ils ont ressenti qu'en disant qu'ils se trouvaient comme *ivres*, *entre deux vins*. Toutes leurs facultés avaient éprouvé une surexcitation qui était bien plus de nature à flatter leur amour-propre qu'à leur inspirer les moindres inquiétudes; tel qui avait l'intelligence naturellement paresseuse, engourdie même, se trouve tout à coup une aptitude au travail qui le comble de joie... Un peu plus tard, avec la mobilité des idées surviennent des distractions chaque jour plus nombreuses, plus inattendues, qui, malgré les efforts de la volonté, menacent de briser la chaîne des idées.

Les passions affectives ne sont pas non plus épargnées et subissent certaines modifications qui, comme l'a dit un auteur moderne, peuvent se résumer en une exaltation croissante du *moi*. « En même temps que le jeu des facultés semble devenir plus facile, la sensibilité plus excitable, le jugement plus hardi et plus prompt, que les idées plus abondantes et plus neuves semblent couler de source, il est manifeste que l'individu ressent un bien-être intérieur, un indicible et secret contentement de lui-même qui fait son âme s'épanouir et la dispose éminemment à recevoir, à embrasser avec ardeur les idées propres à causer ses passions vaniteuses, à agacer ses désirs déjà rendus plus irritables par le fait seul de l'excitation. » (1)

Est-il besoin de rappeler ces changements qui surviennent dans le caractère, dans les habitudes, dont la nature réelle échappe presque toujours aux amis, aux parents du malade, parce qu'ils trouvent toujours moyen de les légitimer pour ainsi dire, en les rattachant soit à une cause, soit à une autre? Ce sont choses généralement connues, et comme j'écris ici pour des médecins versés dans l'étude des maladies mentales, je crois pouvoir me dispenser d'entrer dans plus de détails sur ce sujet.

D'après les quelques considérations qu'on vient de lire, n'est-il pas de toute évidence que, bien avant d'être ce qu'on appelle fou, aliéné, à une époque déjà éloignée certainement, mais qu'il serait difficile, impossible même de préciser, tel individu qui se trouvait dans les conditions que nous venons de dire était réellement, positivement malade, que son organisation, au moral comme au physique, subissait les premières atteintes du mal, qui ne devait que plus tard se montrer sous des formes plus nettes, plus tranchées, si l'on veut, mais qui, après tout, ne décèlent qu'un degré de plus dans l'intensité de la maladie?

Que si maintenant on prend en considération les phénomènes pathologiques dont nous venons de parler, et qu'on avait oublié de faire pour ainsi dire entrer en ligne de compte dans la discussion, qui peut affirmer que la lésion des mouvements a *précédé* la lésion des facultés morales, comme la cause précède son effet?

Je vois bien ici deux effets, deux ordres de phénomènes pathologiques; je les vois naître tous les deux de la même cause, je les vois se développer d'une manière inégale, irrégulière. Mais au delà mon observation trouve des limites infranchissables, il m'est impossible de dire si l'un des deux a devancé l'autre, ou bien s'ils ne sont pas plutôt nés simultanément.

Sur cette question de priorité, on ne peut que s'en rapporter aux amis,

(1) Voir mon MÉMOIRE SUR LA FOLIE RAISONNANTE. 1840.

---

ment de sa réputation, était la composition d'un électuaire, d'un antidote dans lequel il rassemblait une foule de substances douées de propriétés diverses, et pouvant ainsi s'appliquer à un grand nombre de maladies. Les médecins du temps croyaient que chaque substance médicinale possédait, relativement à une maladie donnée, une propriété curative absolue, mais que cette propriété était accompagnée, à l'égard des organes, d'une action physique souvent contraire à son efficacité médicatrice. En conséquence, ils escortaient chaque drogue principale de plusieurs autres, destinées, les unes à corroborer son activité médicale (*adjuvant*), les autres à modifier son influence sur l'organisme (*correctif*); et son dernier soin s'appliquait à choisir les ingrédients qui devaient servir de lien, de véhicule (*excipient*) à toute cette masse, à ce chaos étrange dont se composait un électuaire.

On a souvent dit que le mot électuaire venait du mot latin *eligere*, choisir; toutefois, Cœlius Aurelianus, à peu près contemporain de Galien, place les électuaires à côté des *éclegmes*, dont nous avons donné plus haut l'étymologie grecque, et il leur donne le nom d'*eclectarium*, dont il est très-probable que l'on aura fait plus tard *electuarium*.

Quant au mot *antidote* (ἀντὶ, δοτός, donné contre), c'était un nom générique applicable à tous les médicaments composés. Galien appelait antidotes toutes les préparations administrées à l'intérieur; de là le mot *antidotaire*, longtemps employé comme synonyme de *dispensoire* ou *pharmacopée*. Plus tard, ce mot signifia, comme aujourd'hui encore, un contre-poison. A cette époque, il y avait des antidotes contre la phthisie, les contusions, la colique, les calculs, la pleurésie, la goutte, etc. Galien les divisait en trois séries : contre les poisons, contre la morsure des animaux venimeux et contre les excès. A ses yeux, la thériaque d'Andromaque réunissait ces trois propriétés.

La consistance des électuaires et des antidotes solides était à peu près la même. Leur goût était souvent désagréable. On en formait de petites boules (*catapotia*) de différentes grosseurs. Celles qui avaient la forme d'un grain ou d'un pois se nommaient *globuli*, *glomeromi* et *pilulæ* (en grec κόκκοι); d'autres avaient la forme d'une petite fève ou d'une semence de lupin, et se nommaient *pastilli* (de *pasta*) et *trochisci*, du mot grec τροχίσκοι.

Les noms que les Grecs et les Latins donnaient aux médicaments se rapportaient souvent à leur usage. Ainsi, on nommait *arteriacæ*, artériaques, ceux que l'on employait contre les maladies des poumons, de la trachée-artère; *bechicæ*, ceux dont on se servait contre la toux. Les pilules, destinées à se fondre lentement dans la bouche, et que l'on plaçait sous la langue, se nommaient *hippoglottides*. Les *éclegmes*, d'une consistance plus molle, étaient composés de gomme adragante ou arabique, de suc ou de poudre de réglisse, de myrrhe, de miel, de vin, de safran, quelquefois on y ajoutait du diacodium ou de l'opium. On les nommait alors *anodyna* ou *paregorica*. Les poudres simples et composées se rangeaient également dans la classe des médicaments solides.

Les médicaments liquides ne différaient pas beaucoup de ceux d'Hippocrate. Les boissons les plus employées étaient les infusions, les décoctions, les sucs de plantes, plus ou moins étendus. Quelquefois on délayait une prise d'antidote dans de l'eau, du vin ou de l'hydromel. Les médicaments liquides portaient en général le nom de *potiones*. Ceux que l'on obtenait par décoction se nommaient *decocta*, *apozemata*, Galien donnait aussi le nom de *decocta* à de l'eau qui avait bouilli

aux parents du malade. Mais on conçoit que la lésion des mouvements, l'hésitation de la parole, l'embarras de la prononciation, aient frappé leur attention bien avant la lésion des facultés morales; car c'est tout au plus si le malade a eu conscience de celle-ci, ou bien s'il s'en est aperçu, s'il lui est venu à l'idée d'en parler aux personnes qui l'entouraient; et d'ailleurs qu'est-ce qu'un léger changement dans le caractère, dans les habitudes d'un individu, pour que cela soit remarqué par des étrangers, pour que l'on en garde le souvenir?

Le fait est cependant que si l'on met ces personnes sur la voie, si l'on sait aider habilement leurs souvenirs, elles se rappelleront sans peine qu'à une époque déjà éloignée, antérieure même à celle où les premiers signes de paralysie ont été remarqués, le malade avait cessé, au moins à plusieurs égards, « d'être lui-même; » c'est leur expression favorite que je conserve, parce qu'elle me paraît d'une remarquable justesse.

Je ferai encore deux remarques qui me semblent propres à jeter quelque jour sur la question qui nous occupe.

La première, c'est que les principales lésions, il conviendrait mieux de dire les seules lésions que présentent les cadavres des paralytiques, intéressent justement les parties de l'encéphale qu'on s'accorde assez généralement à regarder comme chargées des fonctions intellectuelles. En outre, dans les vivisections, c'est l'intelligence et non la motilité qui se trouve lésée lorsqu'on porte le scalpel sur ces mêmes parties.

La seconde, c'est qu'on ne saurait se défendre de voir, dans la paralysie générale des aliénés, quelque chose de spécial dans sa nature dynamique comme dans ses symptômes, lorsque, d'une part, on la voit s'accompagner des perversions, mieux que cela : des dégradations les plus profondes des facultés intellectuelles, alors même qu'elle ne se trahit encore que par des symptômes à peine saisissables, tels qu'un peu de faiblesse musculaire, un peu d'hésitation dans la parole; lorsque, d'autre part, on voit, les lésions les plus graves de la motilité, telles que les paralysies partielles de toute nature, les hémiplégies, n'être suivies d'aucun trouble intellectuel.

En résumé, de tout ce qui vient d'être dit, nous nous croyons en droit de conclure :

1° Que l'affection désignée généralement sous le nom de paralysie générale des aliénés constitue bien réellement une individualité morbide, dans toute l'acception du mot, et qui n'a point d'analogue dans le cadre nosologique;

Que la lésion des mouvements et la lésion de l'intelligence sont des éléments pathologiques d'une égale valeur, quelle que soit d'ailleurs l'époque comparative de l'apparition des uns et des autres;

Que les uns impliquent nécessairement les autres (en tant que faits du moins), si l'on envisage la maladie dans son entier et complet développement, et non pas, comme on l'a fait, dans des phases isolées.

Paralysie générale et folie sont des phénomènes pathologiques liés l'un à l'autre, comme effets nécessaires, constants, d'une même cause primordiale.

Paralysie générale et folie sont donc deux mots inséparables, parce que les choses qu'ils représentent ne sauraient elles-mêmes être séparées.

2° Quoi qu'on en ait dit, je conteste que les deux phénomènes ne se montrent jamais complétement et absolument isolés l'un de l'autre, soit au début, soit dans le courant de la maladie.

Si le contraire a été soutenu, cela tient à l'idée erronée, selon nous, que l'on se fait généralement de la nature des troubles de l'intelligence; à ce que l'on confond le sens philosophique du mot *folie* avec son sens physiologique et médical.

MÉDECINE OPÉRATOIRE.

ESQUISSE D'UNE HISTOIRE DES AMPUTATIONS ET PARTICULIÈREMENT DE LA MÉTHODE DE CELSE; par M. A.-E. LACAUCHIE, chirurgien principal, chirurgien en chef du corps expéditionnaire de la Méditerranée.

§ I. — Parmi les auteurs qui se sont occupés des amputations, il en est peu qui ne se soient crus obligés de citer Celse; quelques-uns même l'ont traduit sur ce point, ou du moins ont pensé le traduire. De ces citations, de ces commentaires, il s'est formé dans la science deux opinions très-différentes : l'une prétend que ce sujet est à peine effleuré par l'auteur latin, et qu'on ne saurait voir dans son livre que l'ébauche d'une méthode; l'autre, au contraire, y trouve toutes les méthodes qui ont été imaginées depuis. Si ces deux opinions ont le mérite de se formuler nettement, elles ont le tort grave de ne se point justifier. Chacune d'elles est un lieu commun, ayant ses partisans et ses adversaires; aucune d'elles n'a ses preuves. On est d'autant plus en droit de le regretter que les hommes les plus éminents, depuis plus de trois siècles, se sont appesantis sur les amputations, et que tour à tour cette question a été aux mains des praticiens, des spéculateurs et des érudits.

Comment expliquer ce silence de tous les auteurs? Est-ce dédain, est-ce indifférence de leur part? La réflexion nous fait penser que c'est tout simplement embarras. — Par une convention, contre laquelle personne ne semble s'être élevé, les amputations, dans Celse, n'ont jamais été vues ailleurs que dans les dernières lignes du dernier chapitre du septième livre; volontairement on s'est emprisonné dans un cercle qui se prête à la fois et à l'accusation de barbarie, lancée par les uns, et à l'admiration professée par les autres. Mais les premiers, tout en criant bien haut que c'est l'art à son berceau, s'arrêtent tout aussitôt, surpris de trouver tant de maturité dans l'élégant laconisme qu'ils nous donnent pour les langes de la chirurgie. Les admirateurs n'éprouvent pas moins de gêne : ils apprécient tout le mérite du passage en litige; chaque détail est pour eux un trait de lumière. Ils reconnaissent que tout est prévu, calculé par Celse; puis au moment de raisonner, de motiver leur admiration, ils hésitent à leur tour et se taisent, rendus indécis par les lacunes qui tronquent et compromettent la pensée de l'auteur.

§ II. — Celse n'a pas tracé le cercle dans lequel on s'enferme; comme aussi, toujours clair et précis, il n'a pas traité les amputations autrement que les autres questions. Sobre de détails, Celse l'est plus encore de répétitions. Sur tous les points il se complète lui-même, soit qu'il nous renvoie à d'autres chapitres, soit qu'il nous laisse le soin de combler des vides qui ne sont jamais qu'apparents. C'est avec un esprit imbu de ce sentiment, ou disposé à l'accueillir dès qu'il se formera, qu'il faut aborder l'étude que nous allons faire; et en suivant pas à pas l'auteur, on voit l'alinéa du septième livre prendre des proportions conformes à l'importance du sujet, par le

---

et que l'on faisait ensuite rafraîchir dans de la neige (1).

Il y avait des boissons que l'on pouvait prendre en état de santé comme de maladie : c'était du vin dans lequel on faisait infuser de l'absinthe, du poivre, du casamum (espèce de cyclamen); on y ajoutait du miel et d'autres ingrédients qui donnaient leur nom à ces boissons; c'était aussi de l'eau dans laquelle on faisait bouillir des pommes, des roses, et où l'on ajoutait du verjus, du suc de grenades, des baies de myrte et du miel (2).

Les boissons composées avec du miel, du vin et des aromates se nommaient *propomata;* Paul d'Égine et Nicolas Myrepsus en ont conservé plusieurs recettes. Une sorte de propomata, que l'on buvait glacée, portait le nom de *recentatum*. Certains vins composés, que l'on nommait *condita*, se prenaient au commencement des repas pour exciter l'appétit.

Un mélange de quatre parties de vin et d'une partie de miel se nommait *vinum mulsum*, ou simplement *mulsum*. L'*hydromel*, composé d'eau et de miel, se nommait également *aqua mulsa* ou *mulsa*. L'*hydromélon* était formé d'ydromel et de suc de coings; dans l'*hydrorosatum* on ajoutait des roses, au lieu de suc de coings. Quand on mêlait ces quatre substances, on obtenait le *rhodomelon* et le *rhodostacton*, qui avaient beaucoup de rapport avec notre miel rosat. La pharmacie moderne a également conservé l'*oxymel*, mélange de miel et de vinaigre ainsi que l'*oxycrat*, mélange de vinaigre et d'eau. L'*omphacomeli* se préparait avec le miel et le verjus, le *myrtites* avec le miel et le suc de baies de myrte, et le *rhoites* avec le miel et le suc de grenades. On faisait des préparations analogues avec la plupart des fruits. L'*apomeli* était de l'eau dans laquelle on avait fait bouillir du miel en rayons.

Parmi les médicaments externes, les *huiles* tenaient le premier rang; on les préparait en faisant infuser des simples dans de l'huile d'olive, de noix, d'amandes ou de sésame. Quand cette huile était très-chargée des parties actives de la plante, on lui donnait le nom d'*unguentum* (en grec μύρον). Ce mot s'appliquait à tout ce qui servait à oindre, mais surtout aux huiles aromatiques et aux parfums liquides. L'onguent de roses ou *rosat* était le plus employé.

Les onguents se nommaient aussi *acopa* (de α, privatif, et de κόπος, fatigue, douleur), parce qu'on les employait souvent pour soulager la lassitude. Le même nom s'appliquait à toutes les préparations dont on usait à l'extérieur dans le même but, telles que des mélanges de cire, de miel, de térébenthine, de résines diverses et d'axonge. De ce nombre était le *céréléon*, mélange presque liquide de cire et d'huile. Lorsqu'il y entrait des aromates, on les nommait *myracopa*. Le *cérat* contenait non-seulement une plus grande proportion d'huile, mais on y ajoutait aussi des poudres diverses. Selon Galien, le céréléon et les acopa étaient les onguents les plus liquides; les cérats venaient ensuite, et enfin les emplâtres. Paul d'Égine dit que les *illitiones* étaient encore plus liquides que les acopa. Les *oxyrhodins* étaient un mélange de vinaigre et d'huile rosat.

La consistance des *emplâtres* tenait non-seulement à ce qu'il y entrait plus de

(1) Néron, au moment de sa mort, fugitif et obligé de boire, dans le creux de sa main, de l'eau trouble d'un fossé, s'écria : *Et hæc est Neronis decocta!* (Suétone, c. 48.)

(2) Voyez Paul d'Égine, l. VII, c. 15.

nombre et la précision des règles, par la nature des détails, par l'étendue de la pensée; et en finissant on a la conscience d'avoir lu un chapitre qui ne le cède en rien à ce que nos meilleurs maîtres ont écrit de plus complet.

§ III. — Transcrivons d'abord le passage capital :

(Lib. VII, cap. 33.) « Gangrænam inter ungues alasque ant inguina » nasci; et si quando medicamenta vincuntur, membrum præcidi oportere, » alio loco *mihi dictum est*. Sed id quoque cum periculo summo fit; nam » sæpe in ipso opere, vel profusione sanguinis, vel animæ defectione mo- » riuntur. Verum hic quoque nihil interest, an satis tutum præsidium sit, » quod unicum est. Igitur inter sanam vitiatamque partem incidenda scal- » pello caro usque ad os sic est, ut neque contra ipsum articulum id fiat; » et potius ex sana parte aliquid excidatur, quam ex ægra relinquatur. Ubi » ad os ventum est, reducenda ab eo sana caro, et circa os subsecanda est, » ut ea quoque parte aliquid ossis nudetur. Dein id serrulâ prævidendum » est, quàm proximè sanæ carni etiam inhærenti; ac tum frons ossis quam » serrula exasperasit, lævanda est, supraque inducenda cutis, quæ sub ejus » modi curatione laxa esse debet, ut quàm maxime undique os contegat. » Qua cutis inducta non fuerit, id linamentis erit contegendum, et super id » spongia ex aceto deliganda. Cætera postea sic facienda, in vulneribus in » quibus pus moveri non debet, præceptum est. »

§ IV. — Les amputations sont présentées ici comme le dernier remède que l'on doive opposer à la gangrène; mais faut-il en conclure, avec beaucoup d'écrivains, que les amputations n'étaient jamais faites que dans le cas de gangrène? C'est une conséquence que nous n'admettons pas, et nous nous fondons, pour la repousser, sur le texte même, qui dit bien que, dans telles conditions déterminées, la gangrène conduit au sacrifice du membre, mais qui ne laisse point entendre que ce fût le seul cas où la chirurgie arrivait à cette cruelle extrémité, et aussi sur ce que des livres écrits peu d'années après Celse contiennent l'énumération formelle des états, autre que celui de gangrène, qui commandaient les amputations.

§ V. — « Sed id quoque cum periculo summo fit; nam sæpe in ipso » opere, vel profusione sanguinis, vel animæ defectione moriuntur. » Cette phrase est celle qui, plus qu'aucune autre, a servi d'argument aux détracteurs de l'antiquité; ils y ont vu un aveu décelant le chirurgien peu habitué à ces redoutables opérations, ou ne les entreprenant qu'avec les ressources insuffisantes d'un art qui vient de naître. Eh quoi! il y aurait eu faiblesse de la part de Celse à écrire l'un des premiers ce que tout le monde a répété après lui! Quelques personnes diront que l'impuissance chirurgicale de cette époque ne ressort pas tant du « sed id quoque cum periculo summo » fit » que du « sæpe in ipso opere, etc., » qui vous indique que souvent les amputations étaient interrompues par la mort des opérés, qu'emportaient des hémorrhagies ou des syncopes mortelles, et mortelles parce qu'on était sans armes contre elles.

Nous répondrons d'abord que de nos jours, et avec tout le luxe de nos moyens hémostatiques, il est encore trop commun, pendant les amputations, d'être affligé par des sinistres, où nous en sommes réduits à dire comme Celse : « Vel profusione sanguinis, vel animæ defectione morium- » tur. » Mais laissant de côté un argument dont on contesterait à bon droit la valeur, arrivons avec franchise aux raisons que l'on fait valoir pour établir qu'alors la pratique chirurgicale était aussi périlleuse dans ses actes que timide dans ses résolutions. Ces raisons peuvent être formulées ainsi : on savait peu de chose de la nature du sang; — on ignorait presque complètement la marche de ce liquide; — on n'avait imaginé aucun moyen d'en suspendre le cours pendant les amputations; — et enfin à l'hémorrhagie, conséquence obligée de la section des vaisseaux, on ne savait opposer qu'un moyen cruel et d'une efficacité contestable : le feu.

§ VI. — Reprenons ces assertions une à une : On savait peu de chose de la nature du sang! Mais au liv. V, chap. II, sect. IV, non-seulement Celse parle du sang, mais il s'excuse presque d'en parler, tant ce qu'il va dire est banal : « Sanguis omnibus notus est. » Un peu plus loin ne fait-il pas, en quatre lignes, des indications fournies par cette humeur, un résumé auquel on n'a rien ajouté: « Malus autem est sanguis nimiùm aut tenuis aut » crassus, colore vel lividus vel niger, aut pituita mixtus aut varius : opti- » mus calidos, rubens, modice crassus, non glutinosus, itaque protinus » ejus vulneris expedita magis curatio est, ex quo sanguis bonus fluxit. »

§ VII. — On ignorait presque complètement la marche du fluide sanguin! C'est-à-dire que tout était empirisme dans les craintes qu'inspiraient les hémorrhagies, et dans les moyens que l'art leur opposait. Peut-on l'admettre en présence des passages suivants (sect. V) : « Ubi aliquis ritus » est quo servari potest, protinus prospicienda duo sunt, ne sanguinis pro- » fusio, neve inflammatio interimat..... Si profusionem timemus, quod ex » sede vulneris et ex magnitudine ejus, et ex impetu ruentis sanguinis in- » telligi potest, siccis linamentis vulnus implendum est, supraque impo- » nenda spongia, ex aquâ frigidâ expressa, ac manu super comprimenda. » Si parum sic sanguis conquiescit, sæpius linamenta mutanda sunt : et si » sicca parum valent, aceto madefacienda sunt : id vehemens ad sangui- » nem supprimendum est : ideo quæ quidam id vulneri infundunt. Sed alius » rursus metus subest, ne, nimis valenter ibi retenta materia, magnam in- » flammationem postea moveat. Quæ res efficit, ut neque rodentibus me- » dicamentis, neque adurentibus, et ob id ipsum inducentibus crustam, » sit retendum; quamvis pleraque ex his sanguinem suppriment. Sed si » semel ad ea decurritur, iis potiùs quo mitiùs idem efficiunt. Quod si illa » profluvio vincuntur, venæ quæ sanguinem fundunt apprehendendæ, » circàque id quod ictum est, duobus locis deligendæ, intercidendæque » sunt, ut et in se ipsæ coeant, et nihilominùs ora præclusa habeant. Ubi » ne id quidem res patitur, possunt ferro candenti aduri. » — On le voit, dans toute plaie l'hémorrhagie est l'accident qui doit d'abord fixer l'attention du chirurgien, et sa gravité se déduit du siége de la plaie, de sa grandeur, comme aussi de la force du jet sanguin. Quant aux moyens qui doivent lui être opposés, l'énumération n'en est-elle pas complète et méthodique? La compression et les astringents sont placés en première ligne, comme moins dangereux pour les tissus; puis vient la ligature des vaisseaux, et seulement en dernier lieu, et comme ressource extrême, le feu et les caustiques. Auquel de ces moyens devait-on recourir dans les amputations? — Nous verrons que la méthode de pansement admise par Celse éloigne la pensée qu'il employait la compression seule, ou aidée de liqueurs astringentes. Il se servait donc de la ligature ou des cautères. Les inconvénients attachés à l'emploi de ces derniers ne les amenant jamais que lorsque la ligature était impossible, nous sommes autorisés à croire que c'est à cette dernière qu'il avait recours. — Dira-t-on que cette petite opération n'est pas décrite? Mais si on réfléchit qu'il faut moins d'une ligne à Celse pour indiquer la ligature qui doit être faite au fond d'une plaie, on concevra qu'il n'ait pas cru nécessaire de revenir sur ce point pour une ligature

---

cire que dans les cérats, mais aussi parce qu'on y ajoutait des poudres métalliques, comme la litharge, la céruse, l'oxyde de cuivre, ou bien des terres, de la craie, du bol, etc. Les plus mous se nommaient *lipara*, emplâtres gras, ou *parygra*, emplâtres humides. Ceux où dominaient les matières sèches ou solides se nommaient *alipanda*, emplâtres sans graisse, ou *amolyntha*, qui ne salissent pas les mains. Cette dernière condition était le véritable caractère de la consistance des emplâtres.

On formait avec les emplâtres de petites masses rondes et longues comme le doigt, que l'on nommait *magdalydæ* et *rotundæ* (du grec μαγδαλία, cylindre) : ce sont nos *magdaléons*. Les *malagma* (de μαλάσσω, je ramollis) étaient une composition formée de gommes, d'aromates, de sels et autres substances, qui avait pour objet de ramollir et de fondre les tumeurs; on y ajoutait un peu de cire, d'huile ou d'axonge, ce qui les rapprochait des emplâtres. D'autres fois c'étaient simplement des gommes et des résines dissoutes dans du vin ou du vinaigre. Le mot de malagma s'étendait aussi à d'autres médicaments de la même consistance.

L'*epithema* ne différait des emplâtres et des malagma qu'en ce qu'il ne s'appliquait point sur les tumeurs ou les plaies, mais seulement sur la peau, dans le but d'agir sympathiquement ou par absorption; souvent sur l'estomac pour le fortifier, ou enfin sur les plaies récentes comme hémostatique.

Outre le *céropissus*, composé de poix et de cire, les *dropax* étaient des emplâtres que l'on appliquait sur l'épiderme et que l'on arrachait avec force, soit pour faire rougir la peau, soit pour la dénuder ou l'épiler. On y ajoutait souvent du sel, du soufre ou de la poudre de pyrèthre.

Dans les *cataplasma*, ordinairement formés de plantes, de farine ou de mie de pain, cuites dans l'eau ou dans d'autres liquides, il entrait parfois de l'huile, du miel, de la farine de graine de lin et de fenugrec, des figues, du levain, et plusieurs substances, tantôt astringentes, tantôt émollientes. Lorsqu'on voulait irriter la peau, on y ajoutait de la moutarde en poudre et même des cantharides, et on les nommait alors *sinapisma*.

Le *smegma* (de σμήχειν, nettoyer) servait à nettoyer la peau, à calmer le prurit, et même comme dentifrice. Il y entrait de la farine de fèves, de la semence de melon, de la corne de cerf, de la pierre ponce, des os de sèche, de l'antimoine, du plomb brûlé, du soufre, du sel ammoniac, du nitre, de l'alun; quelquefois de la staphysaigre, de l'ellébore, du poivre, du cardamome, des gommes, des résines et des sucs de plantes, le tout mêlé avec de l'huile. On s'en frottait le corps avant de se mettre au bain. Certaines poudres aromatiques qui portaient le nom de *diapasmata* se répandaient sur le corps pour absorber la sueur (1). Quand le smegma avait pour objet la dépilation, il contenait de l'orpiment, de la sandaraque, de la chaux vive, et il portait le nom de *psilothron*. Chez les Romains opulents, les esclaves frottaient les baigneurs avec des smegma, composés des aromates les plus rares, apportés de tous les pays du monde et renfermés dans des vases d'or, d'albâtre ou de cristal de roche. C'était l'*amoricinum*, le *magalium*, le *nardum*, et une foule d'autres, au nom desquels on

(1) *Siccis odoribus constant quæ* DIAPASMATA *vocantur*. (Plin., lib. XIII, c. 2.)

bien plus facile, celle de vaisseaux béants à la surface de la plaie d'un membre amputé.

§ VIII. — On n'avait imaginé aucun moyen de suspendre le cours du sang dans la partie sacrifiée. — Nous convenons que rien dans Celse n'indique, soit directement, soit indirectement, une manœuvre ou un instrument qui auraient été mis en usage à cet effet. Mais dans ce cas encore nous devons accepter les lumières qui nous sont fournies par des auteurs du même temps; et lorsque Archigène nous dit : « Laqueo igitur constringenda, vel consereda vasa sunt, ad partem secandam, ferentia, et in aliquibus totum membrum deligandum est, » nous ne pouvons admettre que Celse ne connaissait pas des moyens qui sont indiqués comme appartenant à la pratique habituelle. Nous le pouvons d'autant moins que la méthode suivie pour la section des diverses parties molles exigeait, comme on le verra, trop de précautions et trop de temps, pour qu'il soit possible de supposer que la célérité de l'opérateur fût alors le seul moyen opposé à l'hémorrhagie.

§ IX. — « Igitur inter sanam vitiatamque partem incidenda scalpello caro usque ad os sic est, ut neque contra ipsum articulum id fiat ; et potiùs ex sanâ parte aliquid excidatur, quàm ex ægrâ relinquatur. » Le point où la section des chairs doit être faite est nettement indiqué : c'est dans l'épaisseur des parties saines; cependant, et dans tous les cas, on doit éviter de faire cette section près d'une jointure. Les raisons sur lesquelles s'appuie ce dernier précepte sont si connues que Celse s'abstient de les rappeler. Quelques tentatives ont été faites depuis contrairement à cette règle; elles n'en ont mis que plus en lumière la sagesse incontestable. — Nous rappellerons en passant que c'est *ut neque contra ipsum articulum id fiat*, est le passage sur lequel s'appuient bien à tort beaucoup d'auteurs, Vésale entre autres, pour compter Celse au nombre de ceux qui proscrivent les désarticulations. L'inattention seule a pu une première fois causer cette erreur qui s'est propagée ensuite par le mécanisme des citations sans contrôle, l'une des grandes plaies de nos livres.

§ X. — La section des chairs doit donc être faite avec un scalpel et aller jusqu'à l'os. Mais comment doit-elle être faite? *Ubi ad os ventum est....* nous indique que nous devons chercher dans les trois lignes précédentes le mode de section qui conduisait à l'os. Après avoir distrait de ces lignes ce qui est relatif au lieu de la section, à l'état des chairs dans lesquelles celle-ci doit être faite, à la nécessité de s'éloigner de la jointure, il ne nous reste pour nous fixer sur ce mode de section que ces quelques mots : « Igitur incidenda scalpello caro usque ad os est. » Mais comment doit-on couper cette chair? Est-ce par une ou plusieurs sections?

Attaquera-t-on la peau d'abord, et les muscles ensuite? Le fera-t-on, pour ces diverses parties, à la même hauteur ou à des hauteurs différentes? Plus on relit le passage, et moins on le devine. Était-ce donc un fait secondaire pour Celse, et chacun procédant arbitrairement, suffisait-il d'arriver à l'os? Nous sommes loin de le penser : nous croyons, au contraire, que cette section avait alors toute l'importance qu'elle a eue depuis, et qu'elle n'était bien faite qu'autant qu'elle donnait un résultat que la suite indique, résultat qui lui-même conduit forcément à un mode opératoire bien déterminé. Mais pour ne point anticiper sur le texte, ajournons la discussion sur ce point et poursuivons : « Ubi ad os ventum est, reducenda ab eo sana » caro, et circa os subsecanda est, ut eâ quoque parte aliquid ossis nu» detur. »

Ce passage, que nous croyons explicite, a cependant donné naissance à deux interprétations contradictoires : les uns y ont vu qu'il faut retirer vers la racine du membre les chairs divisées, et couper de nouveau, par une section circulaire, le cône de muscles profonds que leurs adhérences à l'os empêchent d'obéir à cette traction; on exécuterait ainsi ce que nous verrons peut-être plus tard, la deuxième incision de la méthode de Louis. — D'autres y voient qu'il faut, non pas faire remonter les chairs, mais les *écarter* de l'os pour les couper par-dessous, autour de celui-ci, et de manière à le dénuder dans une certaine étendue.

Nous nous rangeons du côté de ceux qui adoptent cette seconde interprétation, et le texte, mis sous les yeux du lecteur prouvera que votre détermination repose sur la véritable signification des mots : « Dein id (os) » serrulâ præcidendum est, quàm proximè sanæ carni etiam inhærenti; ac » tunc frons ossis quam serrula exasperavit, lævanda est, suprâque inducenda cutis, quæ sub ejus modi curatione laxa esse debet, ut quàm » maximè undique os contegat. Qua cutis inducta non fuerit, id linimentis erit contegendum, et super id spongia ex aceto deliganda. Cætera, etc. »

Dans ce qui précède, tout ce qui a trait à la section de l'os, au point où elle doit être faite, ne comporte aucun commentaire. Nous pourrions en dire autant du « suprâque inducenda cutis, etc., » s'il ne contenait ce que nous avons annoncé plus haut, c'est-à-dire l'indication précise du résultat que donnaient l'incision ou les incisions qui conduisaient jusqu'à l'os. On voit, en effet, que ce résultat était une peau assez lâche pour être ramenée sur la surface de l'os qu'elle devait recouvrir. Ces deux lignes seraient-elles les seules qui nous donnassent ce renseignement, qu'elles suffiraient pour nous prouver que Celse *pansait avec la peau*, et par conséquent qu'il n'arrivait à l'os que par une méthode d'incisions qui réservait cette peau.

§ XI. — Le « cætera postea sic facienda, ut in vulneribus in quibus pus » moveri non debet, præceptum est, » nous fait un devoir de rechercher si, dans l'exposé des règles du pansement des plaies où la suppuration doit être évitée, nous ne trouverons pas des détails de nature à fortifier le sens que nous attachons au « suprâque inducenda cutis, etc. » Nous le devons d'autant plus que le chapitre que nous allons fouiller commence par ces mots : « His cognitis, etiam nunc quædam alia noscenda sunt, ad omnia vulnera » ulceraque, de quibus dicturi sumus, pertinentia. »

Nous reportant alors au livre v, cap. 16, § XXXIII, voici ce que nous lisons quant au pansement des plaies récentes : « Sanguine autem vel suppresso, » si nimius erumpit, vel exhausto, si per se parum fluxit, longe optimum » est, vulnus glutinari. Potest autem id quod vel in cute, vel etiam in carne » est, si nihil ei præterea mali accedit. »

Voici bien la réunion immédiate conseillée comme le meilleur mode de pansement : « longè optimum est! » et la plaie de l'amputation ne saurait être comprise dans l'exception indiquée par le « si nihil ei præterea mali » accedit, » puisque le premier de tous les principes est de faire cette plaie dans l'épaisseur des parties saines. » In iis vero, quæ glutinantur, duplex » curatio est; nam si plaga in molli parte est, sui debet... Si vero in carne » vulnus est, hiatque, neque in unum oræ facile attrahuntur, sutura qui» dem aliena est; imponendæ vero fibulæ sunt quæ oras, paulum tamen, » contrahant, quo minùs lata postea cicatrix sit... Ex quibus neutra ante » debet imponi, quàm intus vulnus purgatum est, ne quid ibi concreti » sanguinis relinquatur. Id enim et in pus vertitur, et inflammationem

---

ajoutait les épithètes les plus merveilleuses, comme on faisait pour les électuaires.

Le *collyre*, comme chez les Grecs, était une composition de consistance solide, de forme ronde, longue de quatre doigts, plus mince à l'un des bouts, et ainsi semblable à la queue d'un rat (κολλούριον, *quasi* κολοβὴ οὐρὰ, une queue coupée). Ainsi ce mot ne s'appliquait qu'à la forme du médicament, lequel pouvait être composé d'ingrédients fort divers. Les *tentes*, masses emplastiques destinées à être introduites dans des fistules ou des cavités naturelles, portaient également le nom de collyres. On donnait enfin le même nom à des mélanges que l'on faisait sécher pour les mieux conserver, et que l'on broyait au moment de s'en servir. De ce nombre étaient certaines compositions dont on se servait pour les maladies des yeux, et c'est par extension que l'on » donné le nom de *collyres* aux préparations destinées à cet usage (1). Les collyres *secs* contenaient des poudres métalliques, comme la céruse, le pompholix, le vert de gris, le chalcitis, la cadmie, puis du safran, de la myrrhe, de l'opium, de l'aloès, des sucs de roses, de fenouil, de chélidoine. Les collyres liquides se composaient de miel, d'opobalsamum, de fiel de vipère ou de perdrix et de suc de fenouil.

Les *trochisques* (de τροχὸς, roue), que l'on appelait aussi en grec φθοῖσκς, étaient de petites masses auxquelles on donnait diverses formes, le plus souvent la forme demi-orbiculaire, et qui ne devaient pas peser plus d'une dragme. Les uns étaient destinés à l'usage externe et avaient à peu près la même composition que les collyres; d'autres s'employaient à l'intérieur. On en plaçait dans la bouche (*postilli*) pour parfumer l'haleine (1); d'autres se brûlaient comme parfums. Les trochiques *hedychroi* (de couleur agréable) étaient principalement composés d'aromates. La masse dont on les formait portait le nom de *massa hedychroum*.

Indépendamment des *gargarismes*, les médicaments destinés à être injectés se nommaient *clysma*. Ceux que l'on aspirait par les narines s'appelaient *errhyna*.

Nous avons dit que, depuis Hippocrate jusqu'au temps de Galien, la matière médicale s'était enrichie d'un assez grand nombre d'agents nouveaux. C'est pendant cette période que Dioscoride et Pline recueillirent les nombreux documents dont se compose l'histoire naturelle médicale de l'antiquité. Quant à la pharmacie de la même époque, elle se retrouve tout entière dans les écrits de Galien, qui résuma ceux de Celse, d'Andromaque, d'Asclépiade Pharmacion, d'Archigène, et de tous les auteurs qui l'avaient précédé, sur la même matière. Outre les substances que l'on tirait des deux règnes organiques, on en empruntait déjà beaucoup au règne minéral. Plusieurs sels et oxydes métalliques entraient dans

(1) *Hic oculis ego nigra meis collyria lippus*
Illinere.... (Horat., lib. I, satyr. V.)

(1) *Ne gravis hesterno fragres Fescennia vino*
Postillos Cosmi luxuriosa voras.
(Martial, lib. I, epigr. 88.)

» movet, et glutinari vulnus prohibet. Ne linamentum quidem, quod sup-
» primendi sanguinis causâ inditum est, inibi relinquendum est; nam id
» quoque inflammat... Comprehendi vero suturâ vel fibulâ, non cutem tan-
» tum sed aliquid etiam ex carne, ubi suberit hæc, oportebit, quo valen-
» tius hæreat, neque cutem abrumpat. Utraque optima est ex aciâ molli non
» nimis tortâ, quo mitiùs corpori insidat; utraque neque nimis rara, neque
» nimis crebra injicienda est. Si nimis rara est, non continet; si nimis cre-
» bra est, vehementer afficit : quia quo sæpius acus corpus transuit, quoque
» plura loca injectum vinculum mordet, eo majores inflammationes oriun-
» tur, magisque æstate. Neutra etiam vim ullam desiderat; sed eatenus
» utilis est, qua cutis ducentem quasi suâ sponte subsequitur. Ferè ta-
» men fibulæ latius vulnus esse patiuntur. Sutura oras jungit, quæ ne ipsæ
» quidem inter se contingere ex tota debent; ut, si quid intus humoris con-
» creverit, sit quâ emanet. »

Ces détails sur l'application de la suture et des agrafes sont certainement très-complets. Rien n'est omis. On ne peut mettre en doute que les uns et les autres ne fussent employées dans l'amputation qui est en même temps *plaga in molli parte*, et *in carne vulnus*. Mais notre attention doit surtout s'arrêter sur les passages qui contiennent, selon nous, l'indication, objet de nos recherches. Le septième livre dit clairement qu'après la section de l'os, la peau, assez extensible pour cela, doit être ramenée sur lui et le recouvrir le plus possible. L'extensibilité de la peau, dont il est ici question, est-elle l'effet naturel de l'élasticité, de la souplesse qui sont une des qualités particulières du tégument cutané, en quelque partie du corps que ce soit ? Non, elle est la conséquence du procédé opératoire : *Quæ sub ejus modi curatione laxa esse debet*. Il n'est pas moins démontré que c'est à l'aide des agrafes et des sutures que les tissus étaient rapprochés; et ils ne devaient l'être que conformément aux règles indiquées plus haut. Si, en effet, agrafes et sutures agissaient sans effort, si la peau suivait d'elle-même, les aiguilles et les fils, plutôt qu'elle n'était entraînée par eux, ne faut il pas admettre que cette peau, lorsqu'on était arrivé à l'os, excédait de beaucoup les masses musculaires sous-jacentes. S'il en était ainsi, et tout se réunit en faveur de cette opinion, l'*incidenda scalpello caro usque ad os est* s'exécutait au moins par deux incisions distinctes, dont la première ne divisait que la peau, circulairement, puis la détachait dans une certaine étendue, et dont la seconde attaquant les muscles, circulairement aussi, et au niveau de la partie adhérente de la peau, allait d'un seul coup jusqu'à l'os.

§ XII. — Il résulte donc de ce qui précède qu'à l'époque où Celse écrit, les amputations sur la continuité des os sont pratiquées d'après une méthode bien déterminée dans ses temps, ses résultats et son but essentiel. — Evitant le voisinage des jointures, comme une circonstance qui aggrave les conséquences de l'opération, elle agit sur les parties molles par trois incisions : les deux premières circulaires et perpendiculaires à l'os, la troisième circulaire aussi, mais parallele à ce dernier. La première divise la peau et la detache dans une étendue convenable; la seconde coupe les muscles au point même où la peau cesse d'être libre et les divise jusqu'à l'os, et la troisième se borne à détacher les muscles de l'os, de telle sorte que l'action des rétracteurs met à nu ce dernier bien au delà de la section perpendiculaire des muscles. Cela fait, l'os est divisé par la scie et ses bords sont égalisés par la râpe, si on le juge nécessaire.

Nous avons dit que cette méthode avait ses temps; ne venons-nous pas d'en indiquer quatre distincts : trois pour la section des parties molles, le quatrième pour la section de l'os; — qu'elle avait son résultat prévu; est-il moins évident? Un os coupé profondément reste caché dans l'épaisseur des muscles; des muscles divisés bien en deçà de l'os qu'ils abritent sont eux-mêmes protégés par une peau qui les déborde; — qu'elle avait son but! N'est-il pas dans la nécessité de se soumettre à ce principe : *Longe optimum est glutinari*, et de s'y soumettre par la bonne application des régles établies sur ce point? Ce but n'est-il pas atteint par la plaie que donne la méthode de Celse? Qui ne voit avec quelle facilité les muscles se prêtent à l'action des agrafes, avec quelle facilité plus grande encore la peau suit la suture et recouvre les muscles et les os?

§ XIII. — Tout ceci ne vient-il pas encore à l'appui des idées que nous avons émises précédemment quant à l'hémostasie? On a vu avec quel soin la plaie était débarrassée de tout corps étranger, lorsque la tension immédiate devait être faite; on ne peut donc admettre que la compression fût le moyen opposé à l'hémorrhagie. Étaient-ce donc les caustiques, ou le feu? Mais Celse s'est assez étendu sur leurs dangers! Le feu surtout n'est excusable à ses yeux qu'autant que la ligature est impossible ou impuissante. Comment dès lors ne pas admettre que cette dernière était le moyen habituel, le moyen de prédilection, parce qu'elle était le moyen rationnel?

§ XIV. — Mais laissons l'auteur compléter ses idées sur le pansement : « Deinde vulneri primo imponenda est spongia ex aceto expressa : si sustinere aliquis aceti vim non potest, vino utendum est. Licet itaque sine peregrinis et conquisitis et compositis medicamentis vulnus curare : sed si quis huic parum confidit, imponere medicamentum debet quod sine sevo compositum sit. » Ce « sed si quis huic parum confidit » nous prouve que tous les chirurgiens n'étaient pas ralliés aux sages doctrines exposées par Celse. Cette dissidence s'est continuée pendant les dix-huit siécles qui se sont écoulés depuis; elle dure encore, et, il faut bien l'avouer, pendant cette longue période, les principes que nous croyons être ceux de la raison, les principes défendus par Celse, ne sont pas ceux qui ont compté le plus de partisans. Cependant, il faut ajouter que les quelques hommes qui leur restent fidèles à toutes les époques sont pour la plupart des esprits d'élite. — Dans le coup d'œil d'ensemble auquel nous conduira cette étude, nous insisterons sur ce point, parce qu'il a eu une grande influence sur ce qu'on a appelé les progrès de la chirurgie dans les amputations, et que nous appellerions volontiers ses oscillations.

« Fascia verò ad vulnus deligandum lintea aptissima est; eaque lata esse debet, ut semel injecta non vulnus tantùm, sed paulum, utrimque etiam oras ejus comprehendat. »

§ XV. — « .... Sic autem deliganda est ut et contineat nec adstringat. Quod non continetur, elabitur : quod nimis adstrictum est, cancro periclitatur. Hieme sæpius fascia circuire debet, æstate, quoties necesse est : tum extrema pars ejus inferioribus acu assuenda est; nam nodus vulnus lædit, nisi tamen longè est....... His ita primo die ordinatis, homo in lecto collocandus est, isque, si grave vulnus est, abstinere, quantum vires patiuntur, ante inflammationem a cibo debet; bibere, donec sitim finiat, aquam calidam; vel, si æstas est ac neque febris, neque dolor est, etiam frigidam. Adèo tamen nihil perpetuum est, sed semper pro vi corporis æstimandum, ut imbecillitas etiam cibum protinus facere necessarium possit, tenuem scilicet et exiguum, qui tantùm sustineat : multique etiam ex

---

la composition des médicaments. On prenait à l'intérieur diverses espèces de sels, de gommes pulvérisées, la terre de Lemnos, la pierre judaïque (pointes d'oursins fossiles que l'on trouvait en Palestine et que l'on employait contre la strangurie), la pierre hématite, le sel commun, le nitre, le sel ammoniac, des sels fossiles, la potasse, que l'on obtenait en incinérant des joncs et des roseaux et en lessivant leurs cendres, le sel thériacal et le sel de vipères dont Pline et Dioscoride donnent la préparation, enfin des sels purgatifs, probablement des tartrates, dont on augmentait l'activité en y ajoutant de la scammonée.

Les eaux minérales jouissaient déjà d'une assez grande réputation. On s'y baignait, et on les prenait intérieurement. Archigène les avait classées, d'après leurs principes constituants, en eaux sulfureuses, bitumineuses, alumineuses et salines. On les employait aussi dans les affections calculeuses. Les Grecs les appelaient αὐτοφυῆ, ce qui répond au latin *aquæ naturales*, ou *sponte nascentes*.

Les opérations pharmaceutiques n'étaient guère plus compliquées qu'au temps d'Hippocrate. Cependant Galien a fait mention du bain-marie, qui se nommait *diplangium, diploma, vas duplex*; il connaissait la sublimation, la distillation *per descensum*. Nous avons dit ailleurs ce que l'on savait à cette époque de *l'ambix*, d'où fut tiré plus tard l'alambic. Quelques ustensiles de cette époque différaient peu des nôtres. On se servait de mortiers, de pierres à broyer, de lames, de couteaux, de ciseaux, de râpes, de spatules, de presses, de bassines et de vases conservatoires de toute forme. Tous les progrès de l'art à cette dernière époque semblaient s'être concentrés sur un seul point, celui de combiner en diverses proportions, et à grand renfort d'accessoires, les agents les plus hétérogènes, dans le but d'atteindre d'un seul coup les affections les plus variées, et même de combattre à l'avance, par des moyens préventifs, des causes morbifiques qui n'existaient pas.

(La suite au prochain numéro.)

CONCOURS. — Le ministre du commerce d'Espagne a mis au concours deux prix, l'un de 20,000 reaux, l'autre de 6,000 (5,000 fr. et 1,500 fr.), à distribuer aux auteurs des deux meilleurs mémoires *sur les causes de la sécheresse constante qui désole les provinces de Murcie et d'Almérie, sur les moyens de faire disparaître ces causes, si cela est possible, ou au moins de les atténuer*.

Les mémoires devront être adressés, avant le terme d'un an, au ministère du commerce, à Madrid.

— PRIX. — La Société de médecine de Londres croit devoir rappeler aux médecins de tous les pays qu'elle a mis au concours et décernera la médaille d'or de Fothergill pour l'année 1852 à l'auteur du meilleur mémoire sur la question suivante :

De quelle manière les agents thérapeutiques introduits dans l'estomac produisent ils leurs effets particuliers sur l'économie animale?

Les mémoires devront être envoyés suivant les formes académiques, mais écrits en anglais ou en latin, au siége de la Société, 3, Bolt Court, Fleet street, avant le 1er décembre 1851.

profluvio sanguinis intermorientes, ante ullam curationem vino reficiendi sunt; quod alioqui inimicissimum vulneri est. »

§ XVI. — « Nimis verò intumescere vulnus, periculosum : nihil intumescere, periculosissimum est : illud indicium est magnæ inflammationis, hoc, emortui corporis : protinusque, si mens homini consistit, si nulla febris accessit, scire licet, maturè vulnus sanum fore. »

§ XVII. — « Ac ne febris quidem terrere debet, si in magno vulnere, dum inflammatio est, permanet. Illa perniciosa est, quæ vel levi vulneri supervenit, vel ultra tempus inflammationis durat, vel delirium movet vel si nervorum rigorem aut distentionem quæ ex vulnere orta est, ea non finit.

» Vomitus quoque bilisus non voluntarius, vel protinus, ut percussus est aliquis, vel dum inflammatio manet, malum signum est in iis dumtaxat quorum vel nervi, vel etiam nervosi loci vulnerati sunt. Sponte tamen vomere, non alienum est, præcipuè iis quibus in consuetudine fuit : sed neque protinus post cibum, neque jam inflammatione ortâ, neque quum in superioribus partibus plaga est. »

§ XVIII.—« Biduo sic vulnere habito, tertio die aperiendum, detergendaque sanies spongiâ ex aquâ frigida est, eademque rursus injicienda sunt. Quinto jam die quanta inflammatio futura est, se ostendit. Quo die, rursus detecto vulnere, considerandus color est. Qui si lividus, aut pallidus, aut varius, aut niger est, scire licet, malum vulnus esse : idque, quandocumque animadversum est, terrere nos potest. Album aut rubicundum esse ulcus, commodissimum est : item cutis dura, crassa, dolens, periculum ostendit. Bona signa sunt, ubi hæc sine dolore tenuis et mollis est.

» Sed si glutinatur vulnus, aut leviter intumuit, eadem sunt imponenda quæ primò fuerunt : si gravis inflammatio est, neque glutinandi spes est, ea quæ pus moveant jamque aquæ quoque calidæ necessarius usus est, ut et materiam digerat, et duritiam emolliat, et pus citet. Ea sic temperanda est, ut manu contingenti jucunda sit; et usque eò adhibenda, donec aliquid ex tumore minuisse, caloremque ulceri magis naturalem reddidisse videatur. Post id fomentum, si latè plaga non patet, imponi protinus emplastrum debet : maximèque si grande vulnus est, tetrapharmacum; si in articulis, digitis, locis cartilaginosis, ῥυπώδες, at si latiùs hiat, illud emplastrum liquari ex irino unguento oportet : eaque illita linamenta disponi perplagam; deinde emplastrum suprà dari, et super id succidam lanam, minùsque etiam, quàm primò, fasciæ adstringendæ sunt.

§ XIX. — « ...... Collocari quoque membrum quod ictum est ratione certâ debet. Si glutinandum est, ut superius sit; si in inflammatione est, ut in neutram partem inclinatum sit : si jam pus profluit, ut devexum sit.

» Optimum etiam medicamentum quies est : moveri et ambulare, nisi sanis, alienum est. Minùs tamen iis est periculosum qui in capite vel brachiis, quàm qui in inferioribus partibus vulnerati sunt; minimèque ambulatio convenit, femine, aut crure, aut pede laborante. Locus in quo cubabit, tepidus esse debebit. Balneum quoque, dum parum vulnus purum est, inter res infestissimas est; nam id et humidum et sordidum reddit, ex quibus ad cancrum transitus esse consuevit. Lenis frictio rectè adhibetur; sed iis partibus, quæ longius absunt à vulnere. »

§ XX.— « Inflammatione finitâ, vulnus purgandum est. Id optimè faciunt tincta in melle linamenta, supràque idem, emplastrum vel enneapharmacum dandum est. Tum demum vero purum ulcus est, quum rubet, ac nimiùm neque siccum neque humidum est. At quodcumque sensu caret, quod non naturaliter sentit, quod nimiùm aut aridum aut humidum est; quod aut pallidum, aut album, aut lividum aut nigrum est, id purum non est.

» Purgato, sequitur ut impleatur, jamque calida aqua eatenus necessaria est, ut sanies removeatur. Lanæ succidæ supervacuus usus est : lota meliùs circumdatur. Ad implendum autem vulnus proficiunt quidem etiam medicamenta aliqua; itaque ea adhiberi non alienum est : ut butyrum cum rosâ, et exiguâ mellis parte, aut cum eâdem parte mellis, aut cum eâdem rosâ, tetrapharmacum, aux ex rosâ linamenta. Plus tamen proficit balneum rarum : cibi boni succi, vitatis omnibus acribus, sed jam pleniore. Nam et avis, et venatio, et suilla elixa dari potest. Vinum omnibus, dum febris, dum inflammatio est, alienum est : itemque usque ad cicatricem, si nervi musculive vulnerati sunt, etiam si altè caro : at si plaga in summâ cute generis tutioris est, potest non pervetus, modicè tamen datum, ad implendum quoque proficere. Si quid molliendum est, quod in nervosis locis musculosisque necessarium est, ceratu quoque super vulnus utendum est. At si caro supercrevit, modicè reprimit siccum linamentum, vehementiùs squama æris. Si plus est, quod tolli opus est, adhibenda sunt etiamnum vehementiora, quæ corpus exedunt. Cicatricem, post omnia hæc commodè inducit lycium ex passo aut lacte dilutum, vel etiam per se impositum siccum linamentum. »

§ XXI. — « Hic ordo felicis curationis est. Sed quædam tamen pericula incidere consueverunt : interdum enim vetustas ulcus occupat, inducitur que ei callus, et circum oræ crassæ livent; post quæ quisquid medicamentorum ingeritur, parum proficit, quod ferè negligenter curato ulceri supervenit. Interdum vel ex nimiâ inflammatione, vel ob æstus immodicos, vel ob nimia frigora, vel quia nimis vulnus adstrictum est, vel quia corpus senile aut mali habitûs est, cancer occupat. Id genus a Græcis diductum in species est; nostris vocabulis non est.

» Omnis autem cancer non solum id corrumpit quod occupavit, sed etiam serpit, deinde aliis aliisque signis discernitur; nam modo super inflammationem rubor ulcus ambit, isque cum dolore procedit : ἐρυσίπελας græci nominant : modo ulcus nigrum est, quia caro ejus corrupta est; idque vehementiùs etiam putrescendo intenditur. Ubi vulnus humidum est, et ex nigro ulcere humor pallidus fertur, malique odoris est, caruneulæque corruptæ, interdum etiam nervi ac membranæ resolvuntur, specillumque demissum descendit aut in latus, aut deorsum; eoque vitio non nunquam os quoque afficitur. Modo oritur ea quam Græci γάγγραιναν appellant. Priora in qualibet parte corporis fiunt : hoc in prominentibus membris, id est inter ungues et alas vel inguina, fereque in senibus, vel in iis quorum corpus mali habitus est. »

» Caro in ulcere vel nigra vel livida est; sed sicca et arida : proximaque cutis plerumque subnigris pustulis impletur; deinde ei proxima vel pallida vel livida, ferèque rugosa et sine sensu est : ulterior in inflammatione est, omniaque ea simul serpunt; ulcus, in locum pustulosum, pustulæ in eum qui pallet aut livet, pallor aut livor in id quod inflammatum est, inflammatio in id quod integrum est, transit. Inter hæc deinde febris acuta oritur, ingensque sitis; quibus dam etiam delirium accedit : alii quamvis mentis suæ compotes sunt, balbutiendo tamen vix sensus suos explicant : incipit afficistomachus : fit fædi spiritus ipse odoris. Atque initium ejus quidem mali recipit curationem : ubi verò penitus insedit, insanabile est, plurimique sub frigido sudore moriuntur. »

§ XXII. — Ces citations sont longues, sans doute, mais ne sont-elles pas indispensables à qui veut connaître toute la pensée de Celse sur les amputations? Ne prouvent-elles pas sans réplique qu'on s'est trompé lorsque, s'enfermant dans les étroites limites des derniers paragraphes du septième livre, on n'a voulu y voir qu'une sorte d'énigme se prêtant à toutes les interprétations. Nous le répétons, sur ce point comme sur tous les autres, l'auteur latin se montre clair, complet et méthodique, et de passionnés commentateurs pourraient seuls croire nécessaire d'ajouter quelque chose à un texte pareil.

(La suite au prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

I. ZEITSCHRIFT FUR DIE GESAMMTE MEDICIN.

Les neuf derniers cahiers de 1848 contiennent les notices et articles originaux suivants : 1° *Réflexions sur un mode particulier de traitement de la scarlatine*; par le docteur Behrend. 2° *Deux cas de cataracte*; par le docteur Krause. (L'une, capsulo-lenticulaire, fut opérée avec succès; l'autre, lymphatique, était survenue chez une fille de 18 ans, à la suite d'une suppression d'une éruption à la tête qui existait quatre ans et demi auparavant, et qui fut guérie au bout de dix semaines par un traitement dérivatif, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur.) 3° *Nouvelles recherches sur l'invraisemblance de l'incompatibilité de la phthisie pulmonaire et de la fièvre intermittente*; par le docteur Alexander. (Un premier travail du même auteur sur le même sujet a paru dans ce recueil en 1845; aujourd'hui il cherche à compléter et à confirmer ses observations, contraires à la théorie de M. Bauders, en rassemblant les documents statistiques publiés par les médecins des diverses parties du monde.) 4° *Notes du voyage d'un médecin russe en Égypte*; par le docteur Helfft. (Rien de saillant.) 5° *Observations pour servir à l'histoire des causes essentielles des désordres de la sécrétion urinaire dans le rhumatisme aigu*; par le docteur Muller. 6° *Hernies étranglées; lavements de belladone*; par le docteur Buchheister. (La belladone en lavements, efficace dans 37 cas (voy. GAZ. MÉD., p. 12, 1845), a fait dire alors à l'auteur que ce moyen pourra toujours remplacer la herniotomie; aujourd'hui il reconnaît son erreur, en déclarant avoir rencontré depuis des cas où l'opération a été indispensable.) 7° *Remarques sur les affections de la rate*; par le docteur Aschenfeldt. 8° *Rapport sur la réunion médicale de Hambourg en 1847*; par le docteur Kothenburg. (Article d'un intérêt purement local.) 9° *Réflexions sur la situation actuelle de la thérapeutique, et sur la nécessité de la

simplifier dans la pratique; par le docteur Berend. 10° *Apport à l'histoire de l'enchondrome;* par le docteur Zeis. 11° *Remarques sur une épidémie de parotides qui a régné à Cologne;* par le docteur Horst. 12° *Sur l'emploi du carbonate de magnésie en dissolution;* par le docteur Meyer. (Rien d'inconnu.) 13° *Sur le traitement du paraphimosis;* par le docteur Lange. 14° *Communications pratiques tirées du domaine de la pathologie des nerfs;* par le docteur Helfft. 15° *Notes tirées d'un voyage en Bavière et en Autriche;* par le docteur Speogel. 16° *Description d'un appareil galvano-électrique;* par le docteur Schmalk.

RÉFLEXIONS SUR UN MODE PARTICULIER DE TRAITEMENT DE LA SCARLATINE; par le docteur NICOLAS BEREND, à Hanovre.

La scarlatine est toujours regardée comme une affection de la peau; mais si l'on considère que l'exanthème cutané ne constitue qu'un phénomène pathognomonique de la maladie, que dans les cas où elle présente quelque intensité, beaucoup d'autres organes sont entrepris, et que ces complications forment le danger de la maladie, on sera porté à ne plus regarder l'exanthème cutané comme un des symptômes, mais comme une des principales conditions de la scarlatine.

L'expérience journalière démontre qu'il ne faut pas négliger cette éruption à la peau sous peine des suites les plus funestes. Outre les affections les plus diverses qui, dans le cours de la scarlatine, peuvent intéresser toutes les parties de l'organisme, il en est une qui mérite surtout de fixer l'attention; c'est le développement de l'appareil folliculaire de la muqueuse de l'iléon et des glandes mésentériques dont Rokitansky a donné la description. Loschner parle d'une scarlatine avec une marche analogue au typhus; l'inspection cadavérique lui aurait démontré tous les signes du typhus comme complication de la scarlatine; il insiste surtout sur les altérations constantes du sang des glandes de l'intestin, du mésentère, de la rate, du foie.

Par contre, Friedleben démontre que l'entérite scarlatineuse présente des différences anatomiques essentielles avec l'entérite typhoïde. Dans l'entérite scarlatineuse on ne rencontre ni ulcération ni infiltration des glandes; ce ne sont pas les glandes de Peyer seules, mais encore, et dans une proportion égale, les glandes isolées de l'intestin grêle et du gros intestin qui sont affectées; dans le typhus, les glandes isolées sont rarement intéressées, et alors les désordres sont différents. La muqueuse intestinale elle-même est fortement injectée; ou bien elle offre une rougeur intense, et par suite d'une infiltration séreuse dans le tissu cellulaire sousmuqueux, elle a un aspect particulier qu'on pourrait comparer avec les taches blanches dans l'urticaire.

Eisenmann considère les altérations des glandes de Peyer dans la scarlatine comme l'analogue des parotides et des bubons; elles ont avec ces deux affections ce caractère commun qu'on les rencontre dans les maladies les plus diverses, et que l'inspection anatomique ne suffit pas pour déterminer la nature de la maladie.

Rokitansky, parmi les maladies du sang, note une crase exanthématique qui, selon lui, est plus sensible dans la scarlatine, et qui présente une grande ressemblance avec la crase typhoïde. Cependant il avoue que le domaine de la crase exanthématique est d'une étendue immense au point de vue anatomique; elle comprend, selon lui, une foule de maladies aiguës du sang, qui veuant à se localiser sur des portions considérables de muqueuses, y produisent des exanthèmes analogues à la scarlatine et à la rougeole.

L'auteur de cet article se range à l'idée d'une crase du sang qui produirait la scarlatine, tout en reconnaissant que cette manière de voir, au point où en sont nos connaissances, ne peut pas plus être justifiée, et n'est pas plus digne de croyance que beaucoup d'autres opinions ou théories.

Arrivons enfin au but principal de cet article. Il a paru à Hanovre un petit ouvrage intitulé: DE LA GUÉRISON ASSURÉE DE LA SCARLATINE PAR UNE MÉTHODE COMPLÉTEMENT NOUVELLE ET EXEMPTE DE DANGERS, par le docteur Schnumann.

Cette méthode consiste à frictionner tout le corps, excepté le visage et les parties de la tête recouvertes par des cheveux, avec du lard. Pendant trois semaines à partir du début de la maladie, on répète ces frictions deux fois par jour; pendant la quatrième semaine, une fois seulement par jour; le malade peut aller à l'air dès le dixième jour. Au bout d'un mois seulement, il est prudent de nettoyer la peau avec du savon et de l'eau froide. Après quelques jours on peut permettre un bain.

Malheureusement cette méthode, qui aurait deux grands avantages, d'abord de soustraire le malade au danger des refroidissements, et de borner la maladie de six à dix jours, n'est pas tout à fait nouvelle. Hamel, en 1842, avait déjà recommandé les frictions avec un corps gras pour empêcher tout refroidissement dans la période de desquammation.

Seulement la nouvelle méthode veut prévenir la desquammation par ces frictions, qu'on exécute dès le début de la maladie et qui doivent en même temps prévenir les violentes démangeaisons dont la peau est le siége. Au point de vue théorique, il est fort douteux, comme doit le faire cette méthode de traitement, que des frictions avec un corps gras pratiquées avant la période de desquammation préviennent des complications de la scarlatine, qui se montrent surtout dans les cas où l'exanthème est le moins développé; d'ailleurs l'auteur de la nouvelle méthode est obligé d'employer d'autres moyens dans les cas graves; ainsi il recommande la saignée contre les accidents cérébraux; les vessies pleines de glace qu'il préfère aux affusions froides; à l'intérieur, il exclut tout médicament, à l'exception du carbonate d'ammoniaque. A la suite de l'emploi du mercure, il prétend avoir vu trois fois le coma se déclarer. Il revient sur la belladone comme moyen préservatif de la contagion (5 à 10 centigr. dans 30 grammes d'eau distillée matin et soir, les quinze premiers jours autant de gouttes que l'enfant compte d'années.)

Cette nouvelle méthode de traitement aurait réussi à son inventeur dans deux épidémies; le docteur Berens, malgré son emploi exact et sévère, a vu la desquammation, arriver, sans difficulté, dans plusieurs cas de scarlatine.

En définitive, le vieil axiome n'est pas encore renversé par les frictions avec un corps gras: les cas légers de scarlatine peuvent se guérir avec tout un cortége de moyens héroïques; les cas graves résistent souvent à tous les moyens employés.

OBSERVATIONS POUR SERVIR A L'HISTOIRE DES CAUSES ESSENTIELLES DES DÉSORDRES DE LA SÉCRÉTION URINAIRE DANS LE RHUMATISME AIGU; par le docteur MULLER (de Mayence).

OBS. I. — Un imprimeur, âgé de 38 ans, d'un tempérament sanguin, d'une constitution vigoureuse, adonné à la boisson, éprouvait depuis plusieurs mois des phénomènes du côté de la poitrine qui pouvaient faire croire à un commencement de tuberculisation; en même temps il existait au pied gauche une tumeur avec engorgement, très-douloureuse, et de nature goutteuse. Appétit assez bon; selles régulières; excrétion urinaire peu abondante; urine tantôt claire, tantôt trouble.

L'auscultation et la percussion n'indiquaient aucune altération organique de l'appareil pulmonaire; sous l'influence d'un traitement énergique, les symptômes pectoraux et l'engorgement du pied avaient déjà cédé, lorsque tout à coup le malade fut pris de céphalalgie intense, de malaise, d'anorexie, de rapports bilieux et de vomissements; en même temps il se déclara de la fièvre et du délire nocturne; à partir de ce moment, la poitrine fut complétement dégagée, mais il se déclara des douleurs rhumatismales vagues dans le bras droit.

Le onzième jour, les accidents augmentèrent; le délire devint plus violent; l'excrétion urinaire fut supprimée pendant deux jours sans que la vessie se remplît; un collapsus général s'établit, et cinq jours après, le malade succomba.

A l'autopsie, on trouva, parmi d'autres désordres que nous noterons plus bas, une injection des enveloppes cérébrales, ainsi que des adhérences avec les circonvolutions; la substance cérébrale mollasse, pâteuse, les ventricules latéraux distendus, renfermant quelques onces de sérosité, leurs parois blanches et ramollies, le plexus fortement développé; la substance grise assez pâle; des adhérences à la base du cerveau, et plusieurs onces de sérosité. Le cœur était enveloppé d'une graisse lardacée, ses parois étaient minces et mollasses; foie pâle, fortement granulé; reins mous, gorgés de sang, réduits en bouillie; vessie pâle, vide.

La texture des reins et l'exsudation cérébrale démontrent à l'auteur la cause primitive de cette affection qui résidait, selon lui, dans un état de modification des reins et de tout le système uropoiétique; les désordres trouvés à l'autopsie ayant porté sur la surface sécrétante plutôt que sur le parenchyme des organes, il suppose que l'urée s'étant séparée dans le sang urodialytique, la maladie a pris naissance dès ce moment, les diverses complications n'ont été que la suite de ce désordre de la sécrétion urinaire. Les preuves en sont, pour l'auteur: la sécrétion d'un liquide à odeur ammoniacale dans le cerveau et dans la poitrine, la coloration foncée de la trachée, la texture mollasse du cœur, le relâchement de l'estomac, la dégénérescence du péritoine, infiltré de matière grasse, le relâchement de toutes les séreuses, et l'état de ramollissement, de putréfaction de la rate, c'est-à-dire d'un organe qui concourt d'une manière si importante à la formation du sang.

OBS. II. — Un capitaine de vaisseau, de 36 ans, d'une constitution sanguine, d'une forte stature, adonné aux spiritueux, fut pris, dans l'été de 1844, d'un rhumatisme aigu des extrémités inférieures et supérieures, avec rougeur érysipélateuse de la peau; aux accidents ordinaires, il se joignit de la constipation et une rétention des urines. Des émissions sanguines et un traitement antiphlogistique firent cesser la fièvre et amenèrent l'évacuation abondante d'une urine aqueuse, claire, sans modification des phénomènes locaux.

Le cinquième jour, les articulations devinrent libres, et le rhumatisme se jeta sur le péritoine; des sangsues et du calomel arrêtèrent l'inflammation, lorsque le jour suivant, les urines se supprimèrent, et il survint du délire. Une forte diaphorèse débarrassa la tête, mais l'urine resta bornée à une petite quantité d'un liquide trouble.

Quelques jours après se déclarèrent des symptômes d'une miliaire, en même

temps que l'œdème des pieds disparut, pour se transformer en trois jours en un anasarque. Enfin, cédant aux désirs du malade, et encouragé par des faits antérieurs, on lui donna du gin hollandais. Les accidents s'amé iorèrent si rapidement, que, huit jours après, le malade pouvait déjà marcher.

L'auteur est porté à croire que tout le cercle des phénomènes morbides qui se sont présentés dans ce cas tenait à un état urodyalitique du sang, dont le rétablissement normal de l'uropoïèse a été la fin.

REMARQUES SUR LES AFFECTIONS DE LA RATE DANS LA COLONIE LÉOPOLDINE, AU BRÉSIL; par le docteur FRÉDÉRIC ASCHENFELDT.

Les fièvres intermittentes, qui règnent d'une manière endémique dans les contrées marécageuses des tropiques, sont si souvent liées à des affections de la rate, qu'on ne saurait à laquelle des deux maladies on doit rapporter la production de l'autre, ou pour mieux dire, elles peuvent être tantôt la cause, tantôt l'effet l'une de l'autre.

Nous allons examiner seulement les affections d'hypertrophie de la rate avec ramollissement; leur fréquence (plus des deux tiers de la population blanche en est atteinte), les conditions particulières qu'elles présentent, méritent qu'elles fixent l'attention.

Chez les sujets où la rate est affectée d'hypertrophie avec ramollissement (congestion passive de la rate, hypercrinie mécanique, physconia lienis), la peau présente une teinte blafarde caractéristique; ils ont le trait gastrique autour des angles de la bouche, les lèvres pâles, la sclérotique d'un gris de perle, sans éclat.

La fréquence de l'affection paraît en rapport avec la couleur des races: les blancs y sont le plus exposés; les nègres en sont le moins atteints. Entre ces deux types, viennent les mulâtres et les Indiens.

Quant aux localités, les engorgements hypertrophiques de la rate ne se rencontrent au Brésil que là où règnent des fièvres intermittentes épidémiques.

Dans un très-petit nombre de cas, l'auteur a vu l'affection prendre naissance dans la rate, sans cause connue, sans fièvre, sans intermittence suivie; le plus souvent des fièvres intermittentes et rémittentes occasionnent des physconies liéniques Il est rare que les fièvres se terminent sans laisser une augmentation de volume dans la rate.

La congestion passive de cet organe est un état qui ne se montre, dans les climats froids, ni aussi fréquemment ni d'une manière aussi singulière que dans les contrées tropicales Dans un très-court espace de temps, parfois dans les vingt-quatre heures, en général cependant entre deux et trois jours, la rate acquiert en grosseur depuis un tiers en plus jusqu'au double de son volume naturel; rarement sans fièvre, presque toujours avec des fièvres intermittentes et rémittentes qui existent déjà. Ces fièvres une fois terminées, il peut arriver que le gonflement disparaisse sans l'emploi d'aucun médicament: mais d'ordinaire cette hypertrophie persiste dans l'organisme comme une maladie particulière; on trouve alors que la rate s'étend latéralement au delà de l'estomac, et plus loin vers en bas, souvent même jusque sur l'ombilic.

Si cette augmentation de la rate est due seulement à la stase du sang avec extension et élargissement du parenchyme, alors le toucher de la région splénique n'est pas ou est seulement très-peu douloureux; mais si la physconie est accompagnée d'un état inflammatoire de l'organe, alors les malades accusent au toucher des douleurs très-violentes; le ventre est dur et tendu. Suivant l'intensité de l'inflammation, il survient de la fièvre avec un caractère aigu ou subaigu.

Les symptômes de cette physconie liénique aiguë ne diffèrent en rien de ceux d'une liénite ordinaire. Les vomissements de sang, indiqués comme caractéristiques, n'ont jamais été notés par l'auteur.

Lorsque l'inflammation, et c'est le cas le plus fréquent, prend une marche subaiguë, la douleur n'est pas aussi intense; la fièvre de réaction est plus faible; le pouls bat de 100 à 120; il est plus petit que dans les cas aigus. Le malade se plaint de céphalalgie, souvent à gauche. Soif violente; mauvais goût; toux; langue pâle, rouge sur les bords; teinte blafarde de la face; œil mat; peau chaude et sèche; constipation; ventre ballonné; urine rare, rouge; bientôt après des œdème des pieds et de toutes les extrémités inférieures. Chez les femmes on voit souvent survenir des leucorrhées et des désordres menstruels.

Cet état de la rate se comporte d'une manière très-remarquable avec les fièvres intermittentes. Que la physconie soit le résultat de l'intermittence ou qu'elle ait existé déjà auparavant, à chaque affection, nouveau paroxysme d'intermittence. Elle augmente et revêt souvent un caractère inflammatoire. Cette dernière circonstance confond beaucoup les symptômes de l'intermittence; car alors l'apyrexie n'est jamais franche. En même temps aussi le diagnostic est difficile, et surtout lorsque la fièvre intermittente ne revêt pas un type fixe.

Parce que chaque paroxysme d'intermittence augmente les douleurs d'une physconie liénique déjà existante, en augmentant encore la congestion, il ne faut pas pour cela rejeter l'idée d'une inflammation, mais seulement dans les cas où la douleur persiste durant l'apyrexie et où tous les autres symptômes se rencontrent. D'autre part, l'inflammation de la rate, hypertrophiée, rend l'organisme plus susceptible de contracter une nouvelle affection intermittente, ce qui fait que les fièvres intermittentes et les physconies de la rate ne font que succéder l'une à l'autre jusqu'à ce que la constitution soit trop faible pour supporter ces alternations continuelles. Alors arrivent des hydropisies, le plus souvent des ascites, avec une issue funeste; ou bien c'est un paroxysme, avec la forme d'une apoplexie asthénique, qui enlève le malade.

Les résultats des autopsies n'ont rien montré de nouveau.

Les engorgements liéniques sans fièvre peuvent durer parfois plusieurs années, sans incommoder le sujet autrement que d'une manière mécanique, c'est-à-dire par la grandeur et la pesanteur de la rate. Dans d'autres cas, il se fait des épanchements de sang dans l'intestin qui occasionnent un gonflement tympanitique de l'abdomen, avec des douleurs très-vives, simulant des coliques, avec des constipations opiniâtres cinq jours). Enfin les malades rendent par les selles de gros paquets d'un sang noir et coagulé. Dans les cas de ce genre observés par l'auteur, la fièvre manquait.

Ces gonflements de la rate ne se terminent d'une manière fatale en général que par les affections qu'elles entraînent à leur suite; les hydropisies, les fièvres intermittentes malignes, la formation d'abcès.

La résolution complète spontanée est extrêmement rare; il faut pour cela un traitement convenable, ou que le malade change de lieu.

Quant au traitement, il se dirige suivant qu'il y a un état inflammatoire ou non.

Si la physconie présente un caractère inflammatoire ou sub inflammatoire, si elle accompagne une fièvre plus ou moins intense, la première indication, c'est d'avoir recours aux émissions sanguines locales; la saignée est rarement nécessaire. Quand les douleurs sont violentes, on emploiera les applications chaudes de plantes narcotiques, des frictions avec l'huile de jusquiame et même des bains généraux aromatiques de ce genre. Les mercuriaux, malgré la règle qui en interdit l'administration dans les affections de la rate, font cependant tomber le plus rapidement l'inflammation: ainsi, sans perdre de temps, dans un engorgement inflammatoire de la rate, il convient de donner le calomel (15 à 20 centigr. *pro dosi*) jusqu'à ce que les selles caractéristiques arrivent; il faut alors, par les moyens ordinaires, entretenir la liberté du ventre. L'inflammation une fois enrayée, on appliquera un vésicatoire sur la région splénique, et on le laissera suppurer quelque temps.

Si l'affection de la rate est compliquée d'une affection intermittente, on associera la quinine au calomel avec l'extrait de jusquiame. Si l'engorgement liénique est sans fièvre, sans inflammation, il y aura contre-indication des émissions sanguines; on emploiera des ventouses sèches, des frictions avec une pommade d'iode, un emplâtre de ciguë, le tout *loco dolenti*. Le sulfate de quinine n'a donné aucun résultat dans ces cas-là, les malades étant déjà accoutumés à son action, ou les forces intermittentes rebelles auxquelles ils avaient été soumis. La méthode suivie au Bengale, de traiter ces cas par les drastiques combinés aux amers, a réussi très-souvent à l'auteur. Voici la formule qu'il emploie:

Prenez:	Rad. rhei.	1 gros.
	— jalap	2 —
	— columb.	2 —
	Cremor tartari	1/2 once.
	Scammon	6 grains.
	Ferrum sulfuric. crystallisat. .	12 —

Inf. p. d. s., par jour 1, 2, 3 cuillerées à bouche, de manière à procurer deux selles.

Sous l'influence de ce traitement, en général l'engorgement de la rate disparaît en deux ou trois semaines. Si des épanchements de sang provenant de la rate se faisaient dans l'intestin, le calomel associé au castoréum, et des fomentations narcotiques sur le bas-ventre, seraient alors indiqués pour amener l'évacuation par en bas des caillots sanguins.

REMARQUES SUR UNE ÉPIDÉMIE DES PAROTIDES QUI A RÉGNÉ A COLOGNE ET DANS LES ENVIRONS PENDANT LES ANNÉES 1840 ET 1841; par le docteur HORST.

Ce genre d'affection, très-rare dans ces contrées, s'est montré d'une manière épidémique à partir du mois de novembre 1840 jusqu'au mois de mars 1841. Aucun âge, aucun sexe ne fut épargné; souvent les malades étaient atteints sans cause connue; dans les cas légers, la fièvre tombait

vers le sixième jour et les accidents locaux diminuaient par une transpiration générale et l'excrétion d'une urine hypostatique; quelquefois la crise eut lieu par des saignements de nez; au huitième jour, il ne restait en général qu'une petite induration des parotides et des glandes sous-maxillaires qui ne tardait pas à se dissiper. Dans les cas plus graves, où la fièvre et les accidents locaux étaient plus intenses, la résolution n'arriva que du quatorzième au dix-septième jour; dans les cas les plus violents, les sujets furent pris de vomissements à toutes les périodes de la maladie, sans signes gastriques concomitants, de lipothymies prolongées, surtout les femmes adultes, chaque fois qu'elles sortaient du lit ou se tenaient sur leur séant, et cela sans aucune cause prédisposante. Enfin des inflammations de l'œil se déclarèrent quelquefois, après que les autres symptômes eurent déjà complétement disparu.

L'auteur compare ensuite cette épidémie avec les autres épidémies de ce genre rapportées par les divers auteurs.

SUR LE TRAITEMENT DES PARAPHIMOSIS; par le docteur LANGE (de Berlin).

Un principe généralement admis en chirurgie, c'est qu'il faut réduire chaque paraphimosis, et si l'on n'y parvient pas, l'opérer, afin d'arriver après cela à pratiquer la réduction. Ce principe paraîtrait indiquer:

1° Que chaque paraphimosis ne peut pas être réduit;

2° Que dans les cas irréductibles, l'opération rend la réduction possible;

3° Que l'opération doit seulement être pratiquée lorsqu'on n'a pas pu faire la réduction.

Pour le docteur Lange, chaque paraphimosis au contraire est réductible; l'opération, comme on la fait ordinairement, est superflue et inutile; lorsque l'on opère, il faut le faire avant de réduire, et seulement dans les cas où la disposition du prépuce fait prévoir qu'on ne pourrait pas se dispenser d'opérer après la réduction, que l'on rend alors plus facile. Le procédé de Ricord paraît le plus convenable à l'auteur; cependant il pourrait arriver qu'on incisât trop profondément et qu'on blessât un corps caverneux.

Voici le procédé proposé par le docteur Lange; on fait disparaître avec les ciseaux les bourrelets fournis par la lamelle interne du prépuce qui mettent obstacle à la réduction; par là on se donne le moyen de pénétrer sous la lamelle externe du prépuce au point de l'étranglement; en effet, en enlevant une portion plus ou moins considérable de la lamelle interne, on forme un espace qui n'est recouvert par aucune portion de lamelle soit externe, soit interne; par cette méthode aussi la lamelle externe touche en avant à cet espace par un bord libre, et l'on divise ainsi avec une incision très-petite la lamelle externe des premiers au moyen des ciseaux introduits sous cet espace en avant, c'est-à-dire dans la direction des pubis. Ceci fait, il suffit d'une légère traction pour recouvrir le gland avec le prépuce.

La réduction doit donc être faite après l'opération, non-seulement à cause de la facilité plus grande avec laquelle elle a lieu, mais surtout parce que la lamelle interne, qui proémine sous forme de bourrelets, s'enlève bien plus aisément par de simples incisions; après la réduction, ainsi qu'après des incisions longitudinales, on arrive beaucoup plus difficilement à ces bourrelets.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 6 MAI.

EXPÉRIENCES COMPARATIVES SUR L'INFLUENCE DE L'OXYDE DE ZINC ET DE LA CÉRUSE SUR L'ÉCONOMIE ANIMALE.

M. FLANDIN adresse sur ce sujet une lettre dont nous extrayons ce qui suit:

« Il y a quelques années, M. de Ruolz s'étant proposé de remplacer la céruse par le sulfate de plomb, dans la pensée que ce sel insoluble et plus stable que le carbonate serait moins facilement réduit ou décomposé par les forces de l'organisme, me pria d'essayer l'action du sulfate de plomb sur les animaux. Pour me placer autant que possible dans les conditions où se trouvent les ouvriers exposés aux poussières ou émanations de plomb, je pris un chien de l'espèce caniche, que je fis tondre, et je le frottai chaque jour avec 4 à 5 grammes d'une pommade composée de parties égales d'axonge et de sulfate de plomb. Dès et avant le dixième jour, on pouvait remarquer que l'animal était en proie à des souffrances qui accusaient un commencement d'intoxication; il avait de la constipation, refusait de manger et maigrissait sensiblement. Bientôt le mal s'accrut, et la mort arriva le vingt-deuxième jour, moins de 60 grammes ou de 2 onces de sulfate de plomb ayant été employés dans les frictions. L'analyse chimique fit retrouver l'agent toxique dans les organes, et spécialement dans le foie de l'animal. Assez peu de temps après cette expérience, le contre-maître de la fabrique de M. Ruolz fut atteint de colique métallique, et il succomba. M. Ruolz fut le premier à renoncer à son industrie.

» Quand M. Leclaire ouvrit l'établissement qui devait fournir au commerce du blanc de zinc, je fus l'une des personnes désignées pour examiner le nouveau produit et indiquer les mesures propres à préserver les ouvriers dans la fabrication. Je me rappelai l'expérience que j'avais faite avec le sulfate de plomb; je résolus de la répéter avec l'oxyde ou blanc de zinc. Je me procurai un jeune chien que je dépouillai de ses poils sur une partie du corps, et je le frictionnai chaque jour avec 4 à 5 grammes d'une pommade composée par parties égales d'axonge et d'oxyde de zinc obtenu en fabrique. Dix, vingt et trente jours se passèrent, la friction ayant été répétée exactement toutes les vingt-quatre heures, sans que le chien éprouvât le moindre changement dans sa santé. Il fut purgé, mais une fois seulement. Loin de perdre l'appétit et de maigrir, il engraissa notablement, parce que d'ailleurs on le nourrissait bien. Dans l'intervalle de trente jours, on avait employé 140 grammes de pommade, c'est-à-dire 70 grammes ou plus de 2 onces d'oxyde de zinc. Durant dix jours, on laissa reposer l'animal, qui ne cessa de se bien porter et de bien manger; puis, comme contre-épreuve, on le soumit à des frictions faites chaque jour avec une pommade composée de parties égales d'axonge et de céruse. La nouvelle pommade fut employée dans les mêmes proportions que les précédentes. Au bout de dix jours, si ce n'est moins, l'animal avait maigri et perdu l'appétit sensiblement; tous les symptômes de l'empoisonnement apparurent, la constipation, l'égarement ou délire, la paraplégie, l'émaciation; et l'animal mourut le vingt-troisième jour, avant qu'on eût employé 120 grammes de pommade ou 60 grammes de carbonate de plomb.

» La conclusion naturelle de ces expériences est que les composés de zinc n'ont pas sur l'économie animale l'influence pernicieuse des composés de plomb. »

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 7 MAI. — PRÉSIDENCE DE M. BRICHETEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL donne lecture d'une lettre de M. le ministre de l'instruction publique contenant ampliation de trois décrets du président de la république qui approuvent les nominations de MM. Bouchardat, Michel Lévy et Ricord.

Sur l'invitation du président, MM. Bouchardat, Michel Lévy et Ricord signent la feuille de présence et prennent place parmi leurs collègues.

La correspondance officielle ne comprend que des lettres de rappel sans intérêt.

M. LECADRE, médecin des épidémies au Havre, adresse un travail intitulé: CONSTITUTION EXANTHÉMATIQUE DE L'HIVER DE 1850. (Comm. des épidémies.)

— M. NEBOUX, chirurgien-major de la marine en retraite, adresse un travail intitulé: FORMULE GÉNÉRALE D'UNE MÉTHODE THÉRAPEUTIQUE RATIONNELLE APPLICABLE AU CHOLÉRA.

— M. LE PRÉSIDENT fait part à l'Académie de la perte qu'elle vient de faire d'un de ses membres associés, M. de Blainville.

L'ordre du jour appelle l'élection d'un membre dans la section d'accouchement.

La liste de présentation porte par ordre de mérite:

En première ligne, M. Danyau.

En deuxième ligne et *ex æquo*, MM. Cazeaux, Chailly-Honoré, Depaul et Jacquemier.

Nombre de membres présents.	95. Majorité : 48.
M. Danyau obtient.	68 suffrages.
M. Caseaux.	17 —
M. Chailly-Honoré.	6 —
M. Depaul	3 —

En conséquence, M. Danyau est proclamé membre de l'Académie, sauf approbation du président de la république.

— M. BERTHET, médecin à Gray (Haute-Saône), lit une observation dont le titre suit: LUXATION DU POIGNET SUR L'AVANT-BRAS; FRACTURE DES DEUX OS DE CE DERNIER, A LEUR PARTIE MOYENNE; LUXATION DE L'ARTICULATION RADIO-HUMÉRALE; FRACTURE DOUBLE DE L'HUMÉRUS DANS SA CONTINUITÉ ET LUXATION DE LA TÊTE DE CET OS EN BAS; ENFIN PLAIE SITUÉE AU TIERS INFÉRIEUR DE LA FACE POSTÉRIEURE DU BRAS PAR LAQUELLE PASSE UN DES FRAGMENTS DE L'HUMÉRUS. (Le malade qui fait le sujet de cette observation a guéri sans mutilation.)

Le même médecin lit ensuite deux observations de gangrène de la verge.

— M. H. GAULTIER DE CLAUBRY lit cinq rapports officiels sur des remèdes secrets. Il propose pour tous cette conclusion: Il n'y a pas lieu d'appliquer les dispositions favorables du décret de 1811. (Adopté.)

MÉTHODE DE TRAITEMENT DES FIÈVRES INTERMITTENTES PAR LES VENTOUSES.

On passe à la discussion du rapport lu par M. Bricheteau, dans l'une des précédentes séances, sur la méthode de M. Gondret pour le traitement des fièvres intermittentes.

M. Bricheteau, rapporteur, après avoir rappelé sommairement l'objet du rapport, en relit les conclusions.

Voici ces conclusions :

Quelle que soit l'opinion qu'on ait sur l'action des ventouses dans la curation des fièvres intermittentes, les expériences thérapeutiques dont nous venons de rendre compte viennent confirmer la plupart des faits que M. Goudret a recueillis et qu'il a soumis à votre appréciation.

En conséquence nous vous proposons de répondre à M. le ministre que les résultats favorables obtenus par les commissaires que vous avez nommés pour examiner la méthode thérapeutique proposée par ce médecin contre les fièvres intermittentes, font désirer que des expériences plus nombreuses soient faites sur cette méthode, sur un plus grand théâtre et dans une contrée où ces maladies sont endémiques ; que l'utilité de ces essais sur un moyen simple prompt et économique de guérir est d'autant mieux fondée que le sulfate de quinine, presque exclusivement employé à la cure des fièvres intermittentes, est devenu plus cher et se trouve souvent sophistiqué, quand il n'est pas hors de la portée des malades pauvres et privés de tout autre secours efficace.

La discussion est ouverte sur ces conclusions. La parole est à M. Castel.

M. Castel : Dans ses explications, le docteur Goudret a fait la part des lois physiques beaucoup trop grande, il a fait la part des lois vitales trop petite. La pression atmosphérique n'est ici qu'un moyen ; elle exécute un rôle très-subalterne. L'exhalation cutanée, une dérivation dans certains vaisseaux capillaires, l'irritation, détournée des viscères et appelée à la surface du corps, ne doivent être considérées que comme des accessoires.

La principale cause de l'avortement de l'accès, à la suite de l'application des ventouses, est une impulsion donnée, un mouvement imprimé à un centre nerveux, une surexcitation identique ou équivalente à celle que, dans un accès, parcourent ses périodes, et amenée par la concentration de la circulation.

C'est, en un mot, à une surexcitation et ensuite à une réaction qu'est dû le dénoûment d'une fièvre intermittente, soit après l'intervention des ventouses, soit par les moyens jusqu'à présent usités.

Mais je n'hésite point à pronostiquer que les récidives seront plus fréquentes après le traitement par les ventouses, qu'elles ne le sont après le traitement par le quinquina et les autres fébrifuges.

M. Piorry : La question soumise à l'examen de l'Académie ne pouvait être résolue qu'à la condition de tenir compte de l'état de la rate, non pas en se bornant à constater approximativement son volume, mais en la mesurant exactement : c'est ce que n'a pas fait la commission. La méthode proposée par M. Goudret d'ailleurs n'est pas nouvelle ; M. Nonat l'a déjà employée. Je l'ai employée moi-même, et sans les résultats que lui attribue M. le rapporteur.

M. Bricheteau : Les commissaires ont tenu compte de l'état de la rate, ainsi que les observations consignées dans le rapport en font foi. Quant à l'assimilation que fait M. Piorry entre la méthode de M. Gendret et celle que M. Nonat a mise en usage, elle n'est pas exacte.

M. Grisolle : J'ai expérimenté deux fois la méthode de M. Goudret : la première fois chez une jeune fille atteinte d'une fièvre tierce dont les accès étaient précédés d'accidents prodromiques. Dès leur première application, les ventouses ont eu pour effet de faire cesser immédiatement les prodromes et de faire avorter l'accès ; la malade fut ensuite mise à l'usage du sulfate de quinine : les accès ne se sont plus reproduits. Dans le second cas, l'accès débutait brusquement par un frisson de deux heures et demie à trois heures de durée ; dix ventouses, appliquées dès le premier accès, arrêtèrent instantanément le frisson, mais sans faire avorter complétement l'accès, qui se continua en sueur. Dans les accès consécutifs, les frissons manquèrent. Ce malade a été guéri radicalement ensuite par le sulfate de quinine.

J'appuie les conclusions du rapport ; car le moyen préconisé par M. Goudret me paraît très-utile pour arrêter les accidents qui précèdent ou accompagnent l'accès, sauf à recourir ensuite au sulfate de quinine.

M. Martin-Solon : J'ai essayé la méthode de M. Goudret sur plusieurs malades ; mais je n'ai pas été aussi heureux que les membres de la commission. Sur 12 cas, je n'ai obtenu que deux succès ; je crois donc qu'il faut être plus réservé dans le jugement porté sur cette méthode.

M. Rochoux : On a guéri des centaines de milliers de malades de la fièvre intermittente, sans s'enquérir de l'état de la rate ; par conséquent cet examen n'a pas l'importance que lui attribue M. Piorry.

M. Bégin, appuyé par M. Dubois (d'Amiens), propose de modifier les conclusions dans ce sens :

Les observations recueillies par la commission, bien que favorables à la méthode de M. Goudret, ne sont pas cependant assez nombreuses pour permettre à l'Académie de se prononcer sur la valeur de cette méthode, et il y a lieu d'attendre de nouvelles observations.

Les conclusions ainsi modifiées sont mises aux voix et adoptées.

Il est cinq heures et demie, la séance est levée.

BIBLIOGRAPHIE.

UEBER DIE NICHTNOTHWENDIGKEIT DER TREPANATION BEI SCHAEDELEINDRUCKEN (SUR L'INUTILITÉ DE LA TRÉPANATION DANS LES ENFONCEMENTS DU CRANE) ; discours d'ouverture par le docteur Cajetan Textor. — Wurzburg, 1847. — In-4° de 16 pages.

L'auteur, dans une longue et illustre pratique, aidée d'une expérience de trente-quatre années, n'a jamais obtenu de résultats avantageux en trépanant dans un but prophylactique. Déjà en 1832 et en 1842, il avait émis, dans des écrits périodiques, cette opinion appuyée par des observations.

Depuis lors, 12 nouveaux cas, qu'il rapporte dans ce programme, sont encore venus le confirmer dans cette opinion que la trépanation, comme moyen prophylactique, est non-seulement inutile, mais même encore quelquefois nuisible. Dans 7 de ces cas, l'autopsie fit voir des enfoncements du crâne qui avaient intéressé la table externe, ainsi que l'interne ; l'emploi du trépan n'aurait, dans des cas semblables, tout au plus servi qu'à hâter sa terminaison fatale. Les indications qui doivent guider pour l'opportunité de cette dangereuse opération sont, ou bien de véritables symptômes de *compression du cerveau* (la perte du sentiment, de la connaissance), ou l'*irritation du cerveau* (des spasmes toniques ou cloniques, le délire), ou des *corps étrangers* qui ne sauraient être éliminés par aucune autre voie. Il n'est pas rare de voir les symptômes de compression et d'irritation du cerveau se dissiper sans opération ; d'autre part, des faits nombreux établissent que des corps étrangers ont pu séjourner dans l'intérieur de la boite crânienne et dans la substance cérébrale elle-même, sans suites fâcheuses permanentes. Quand donc établira-t-on d'une manière définitive que la trépanation, dans les enfoncements du crâne, doit être exclusivement réservée pour les cas où il y a désordre du côté des fonctions cérébrales.

« Bien plus, dit en terminant le célèbre et ingénieux professeur de Wurzburg, l'expérience nous apprend que, dans les désordres fonctionnels qui accompagnent les enfoncements du cerveau, il faut agir avec une grande circonspection, vu qu'ils se dissipent en partie d'eux-mêmes, en partie par les secours de l'opération ; un autre principe bien positif est encore celui-ci, c'est-à-dire qu'on peut encore trépaner avec succès lorsque les accidents du côté du cerveau se déclarent plus tard. »

VARIÉTÉS.

— Le concours ouvert le 11 mars 1850, devant la Faculté de médecine de Montpellier, pour la chaire de pathologie et de thérapeutique générales, vacante dans cette Faculté, a été clos le 26 avril dernier.

Le résultat du scrutin, transmis immédiatement à M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, conformément aux dispositions des règlements sur les concours dans les Facultés de médecine, désigne pour cette chaire M. le docteur Jaumes.

L'institution ne pourra être donnée par M. le ministre qu'après examen des procès-verbaux du concours en conseil de l'Université, et après jugement des réclamations, s'il en est intervenu dans le délai fixé par les règlements.

— Le choléra s'est de nouveau déclaré à Prague. Le nombre des victimes est de 12 par jour.

— L'augmentation sensible de la mortalité à Londres est généralement attribuée à l'accumulation des cadavres dans les cimetières, situés la plupart dans les quartiers les plus populeux de la capitale. Transporter les champs d'inhumation hors de la ville, ce serait rompre des habitudes invétérées, et l'on trouverait peut-être de l'opposition dans les campagnes où l'on verrait avec effroi s'établir des foyers d'émanations pestilentielles. Une société s'est formée pour aviser à un procédé que l'engouement de la nouveauté fera probablement adopter. Cette association, présidée par un riche propriétaire, M. Nicholis, a tenu, à l'Institut des ouvriers, dans Gould-Square, une séance annuelle. Il s'agit de renouveler l'ancien usage de brûler les morts sur un vaste bûcher dans le voisinage de Londres.

La société, qui déjà possède un capital assez considérable, ferait construire une espèce de four en briques, avec des barreaux de fer disposés par étage, et par lesquels on établirait des couches successives de charbon de terre et de cadavres. Les frais ne dépasseraient pas ceux de l'inhumation ordinaire. Les familles pourraient recueillir les cendres des morts et les déposer dans des urnes funéraires ou dans d'autres monuments, au milieu d'un jardin immense dont la société se propose de faire l'acquisition. Les cendres non réclamées seraient portées dans une sépulture commune.

— M. le docteur Ricord, chirurgien de l'hôpital du Midi, commencera ses leçons cliniques sur les maladies vénériennes, le jeudi 16 mai, à huit heures du matin, et les continuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à la même heure.

— Cours public de clinique des aliénations mentales, avec applications a la médecine légale et a l'organisation des établissements d'aliénés. — M. Falret, médecin de la première section des aliénés, commencera ce cours à l'hospice de la Salpêtrière, le mercredi 15 mai, à neuf heures du matin, et le continuera les lundi et mercredi de chaque semaine, à la même heure.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — DISCUSSION SUR LA FIÈVRE INTERMITTENTE.

Nous n'avons pas vu sans quelque surprise, à la dernière séance de l'Académie de médecine, les efforts que d'honorables membres ont été obligés de faire pour démontrer que l'affection appelée rhumatisme articulaire aigu ne ressemble ni à une phlegmasie traumatique ni même à d'autres phlegmasies de cause interne, comme le phlegmon spontané ou la pneumonie. Le rhumatisme articulaire aigu se généralise, il se déplace. La fièvre qui l'accompagne est souvent hors de proportion avec la lésion ou les lésions articulaires ; elle se prolonge quelquefois longtemps après que les articulations sont revenues à leur état normal : toutes circonstances incompatibles avec l'idée d'une inflammation locale. Nous croyions ces choses convenues depuis bien des années. La GAZETTE MÉDICALE, qui les a répétées tant de fois au bon temps du physiologisme, s'imaginait aisément qu'elles avaient vieilli ; mais la discussion de mardi dernier a bien montré qu'il n'était pas hors de saison d'y revenir, et qu'elles couraient grand risque encore de ne pas porter la conviction dans certains esprits rebelles.

Nous ne tenons pas autant que pourrait le croire M. Rochoux à *trouver un pendant au fameux variolæ sine variolis*, ou au *rubeolæ sine rubeolis*. Nous n'avons pas de ces ambitions fantasques ; mais il n'en est pas moins évident, à nos yeux, que le rhumatisme articulaire aigu se compose de deux éléments distincts, à savoir une affection générale, fébrile, et une lésion locale caractérisée par le gonflement douloureux des articulations ; que le premier élément est le principal, celui qui constitue primordialement et essentiellement la maladie, et le second une simple détermination dont le siége peut varier, qui peut être forte ou faible, qui peut même manquer absolument, sans que pour cela l'affection générale perde son caractère rhumatique ; comme on voit, dans une épidémie de rougeole, la fièvre rubéolique la mieux caractérisée, avec coryza, injection des conjonctives, larmoiement, etc., etc., être suivie de pleuro-pneumonie, l'éruption cutanée étant très-faible, ou disparaissant très-vite, ou enfin manquant complétement. Le moment est propice pour démontrer la justesse de ce rapprochement. Il existe en ce moment un assez grand nombre de rhumatismes articulaires ; on en a observé également à la fin de l'année dernière. Qu'a-t-on vu ? qu'avons-nous noté nous-même dans notre *Revue sanitaire* du dernier semestre de 1849, non-seulement d'après notre propre pratique, mais d'après celle d'un médecin plus compétent, l'honorable M. Blache ? On a vu des enfants présenter d'abord tous les phénomènes précurseurs de la rougeole, puis un commencement d'éruption rubéolique bientôt effacée, puis *un rhumatisme articulaire aigu* parcourant successivement les principales articulations, puis une pleuro-pneumonie ou une péricardite. D'autres fois c'est une bronchite, une pleurésie, une pneumonie commençante, qui disparaissent tout à coup pour faire place à un rhumatisme. Quel est l'esprit assez étroit pour ne pas comprendre que derrière ces manifestations si diverses, se cache un principe morbide général ; que ce principe, parce qu'il domine toutes les lésions, parce qu'il les précède toutes, parce qu'il les engendre toutes, parce qu'il reste un au milieu de leur diversité et de leur mobilité infinie, est vraiment, lui seul, l'élément fondamental, essentiel, de la maladie, ou plutôt constitue la maladie elle-même ? M. Guérin s'est surtout appliqué à mettre ce point de vue en évidence. Moins explicitement peut-être, la même doctrine a été soutenue par M. Grisolle. M. Bouillaud *ipse* a appelé le rhumatisme articulaire une maladie générale. Est-ce dans le sens où nous l'entendons, et que nous avons spécifié tout à l'heure ? Nous n'oserions nous en flatter. La lecture même de l'ouvrage publié sur ce sujet par l'habile professeur ne nous a pas parfaitement édifié à cet égard. Il donne bien son adhésion, quelque peu restrictive, au mot *fièvre rhumatismale* (p. 246) ; il accorde que l'*affection articulaire ne constitue pas toute la maladie et n'en est qu'un élément* (p. 247) ; il ne nie pas qu'une fièvre plus ou moins violente puisse persister alors que *tous* ou presque tous les symptômes *dépendant de l'affection articulaire* ont disparu (*ibid*). Mais que signifie, pour M. Bouillaud, cette fièvre *inhérente au rhumatisme*, comme il le dit ailleurs, et quels sont, à ses yeux, les éléments de la maladie autres que les lésions des articulations ? Cette fièvre accuse-t-elle un principe morbide antérieur à toute localisation et pouvant lui survivre ? Est-ce ce principe qui est le complément de la maladie, dont la lésion articulaire n'est qu'un élément ? Il est impossible d'extraire une semblable doctrine du livre de M. Bouillaud. Bien au contraire, il blâme les observateurs qui ont considéré la fièvre comme l'élément *prépondérant* de la maladie, qui en ont fait une nouvelle fièvre essentielle. Et il ajoute : « Les temps n'étaient pas encore venus où l'on pourrait déterminer clairement l'élément auquel il fallait attribuer l'espèce de contradiction dont nous venons de parler (la persistance de la fièvre après la disparition de l'affection articulaire), et trouver le mot de cette énigme pathologique... La doctrine de la fièvre essentielle commençait à se répandre, lorsque parurent nos recherches sur la loi de coïncidence de l'endocardite et de la péricardite avec le rhumatisme articulaire aigu. La découverte de ces deux grands accompagnements du rhumatisme articulaire jeta sur l'ordre de faits qui nous occupe une lumière aussi vive qu'elle était imprévue, et nous dévoila pour ainsi dire le secret, impénétrable jusque-là, *de la plupart de ces fièvres sans rhumatisme* dont il vient d'être question. » (P. 247.) On voit par ces citations que la fièvre sans localisation rhumatismale a pour M. Bouillaud une signification particulière ; que ce n'est plus un état général indépendant de toute lésion locale, pouvant se prolonger sans que la lésion se détermine, mais seulement une fièvre *persistant* après la disparition des gonflements articulaires ; enfin, que la persistance de cette fièvre s'explique, *dans la plupart des cas*, par le développement de complications internes, spécialement de la péricardite et de l'endocardite. Que signifie la continuation des symptômes fébriles dans les autres cas ? C'est ce que néglige de dire M. Bouillaud. Il est clair néanmoins qu'il y a une différence notable entre la doctrine que nous venons d'exposer et celle que nous avons établie en commençant. On nous pardonnera d'avoir insisté sur l'opinion de M. Bouillaud, non-seulement en raison de son autorité spéciale en cette matière, mais aussi parce qu'il s'est plaint de l'entendre inexactement rapporter par M. Grisolle, et qu'un débat paraît devoir s'engager à ce sujet entre ces deux honorables académiciens.

Étant bien entendu que la maladie connue sous le nom de rhumatisme articulaire aigu comprend deux éléments distincts, une affection générale et primordiale, et une lésion locale et secondaire, quelle idée peut-on se former, en présence des symptômes généraux et en présence des symptômes locaux, quelle idée peut-on se former de la nature du tout morbide ? Les symptômes généraux, trahissant l'élément pathologique général, ce sont

---

Feuilleton.

LETTRES D'ITALIE.

N° VII.

(Suite et fin. — Voir le n° 15.)

APERÇU DE L'HISTOIRE MÉDICALE DU CORPS D'OCCUPATION DES ÉTATS ROMAINS.

Civita-Vecchia, 31 mars 1850.

A M. le docteur Alquié, médecin-inspecteur, membre du conseil de santé des armées.

Avant de reprendre chaque affection en particulier, un coup d'œil sur la physionomie générale du règne pathologique nous paraît indispensable.

En entrant dans les hôpitaux de Rome, en septembre, nous avons été immédiatement et vivement frappé de la ressemblance des maladies avec celles qu'on observe à pareille époque dans l'Afrique septentrionale. C'étaient bien les mêmes hommes, avec leur habitude extérieure paludéenne si caractéristique, avec leur anémie, leur bouffissure, leur facies plombé, mat et jaunâtre, leur apparence cachectique. Ce premier coup d'œil ne nous avait pas trompé : l'influence miasmatique sévit sur Rome, et surtout sur sa campagne, avec autant d'intensité que dans les régions les plus insalubres du littoral algérien. Mais un examen plus attentif, un regard rétrospectif et l'observation ultérieure ont bientôt mis en relief deux faits capitaux que nous énonçons ici, sauf à y revenir plus tard : 1° Les diarrhées et surtout les dyssenteries sont infiniment moins graves et moins communes, pendant la saison d'automne, dans l'*agro romano* qu'en Algérie, et les affections hépatiques, soit isolées, soit concomitantes de la dyssenterie, sont également beaucoup plus rares. Sous ce double rapport, l'état sanitaire de la population civile a été parallèle à celui de l'armée. 2° Par opposition, la fièvre typhoïde est loin de disparaître, à Rome comme en Algérie, du cadre des affections régnantes.

Les maladies peuvent être ainsi rangées par ordre de fréquence : fièvres à quinquina, qui ont constitué les trois quarts du nombre total, flux intestinaux, fièvre typhoïde.

A défaut de statistique générale indiquant la maladie de tous les hommes admis dans les hôpitaux, le tableau suivant pourra nous guider dans notre appréciation ; il comprend la mortalité par mois et par genre de maladie, dans les hôpitaux de Saint-Dominique, Saint-André, Sainte-Thérèse. Ces documents ont été puisés dans le registre des décès tenu par l'administration ; le nom de la maladie est celui même que le chef de service a inscrit sur le billet de mort. Ce tableau ne permet pas de comparer les diverses maladies sous le rapport de leur fréquence relative, mais bien sous le point de vue de leur gravité respective ; il met aussi en évidence les différentes phases qu'ont parcourues ces affections.

ceux d'une fièvre ; nous ajouterons même volontiers que ce sont souvent ceux de la fièvre *inflammatoire* ; pouls plein et élevé, chaleur à la peau, coloration de la face, etc ; mais dans combien de cas aussi les symptômes sont-ils extrêmement peu prononcés et même nuls alors qu'un gonflement douloureux parcourt les grosses articulations ? L'appareil dit inflammatoire n'est donc pas un caractère indispensable de la diathèse rhumatismale, même aiguë. Admettons néanmoins qu'elle le soit. La question n'est pas jugée encore : car la fièvre est l'expression de beaucoup d'états morbides différents. S'il s'agit d'une affection phlegmasique, les déterminations locales qui en procèdent vont avoir le caractère d'inflammation. Or les lésions articulaires, dans le rhumatisme aigu, ressemblent-elles à des inflammations ? Voilà la question importante. M. Rochoux n'est pas le moins du monde embarrassé. Il déclare net qu'il n'y a là que de belles et bonnes phlegmasies. Si elles se déplacent avec une extrême facilité et parcourent successivement la plupart des articulations, frappant en passant le cœur, la plèvre, les poumons, c'est un caprice dont il n'y a pas à se préoccuper autrement et qui leur est commun d'ailleurs avec d'autres phlegmasies. Ainsi celles des muqueuses se déplacent également, elles sautent d'un œil à l'autre ou descendent de l'estomac aux intestins. Ce n'est pas nous qui le nierons ; mais qu'en conclure ? Tout bonnement que beaucoup de prétendus phlegmasies des muqueuses, aussi de la peau ou d'autres organes, ne sont que des manifestations isolées d'une affection générale, susceptible de porter son action morbide, simultanément ou successivement, en plusieurs points de l'économie. En quoi ces lésions locales, aussi bien que les lésions rhumatismales des articulations, sont-elles des phlegmasies ? Mais d'abord, qu'est-ce donc qu'une phlegmasie ? Comme nous le disions dans notre avant-dernier numéro, cette expression a un fâcheux sens métaphorique qui trompe l'esprit ; parce qu'elle rappelle l'action de brûler, on s'imagine facilement que toute chaleur anormale des parties est une sorte d'incendie à éteindre. En réalité qu'y a-t-il au fond du phénomène ? rien autre chose qu'un certain groupe de phénomènes organiques, douleur, congestion, etc., dont le caractère n'appelle pas plus, théoriquement parlant, les antiphlogistiques proprement dits, tels que la saignée ou les cataplasmes, que tout autre ordre de moyens, et qui, en fait, disparaissent souvent sous l'action de moyens qui sont eux-mêmes douloureux et provoquent la congestion, les vésicatoires, par exemple. En second lieu, prenant le mot inflammation comme la formule convenue d'un certain ordre de phénomènes, et toute considération théorique à part, nous disons encore que les symptômes locaux du rhumatisme articulaire aigu ne sont pas ceux de l'inflammation, pas plus que les symptômes du rhumatisme musculaire aigu, de la contracture. L'autopsie a démontré que des articulations très-douloureuses, très-tuméfiées, étaient assez souvent exemptes d'altérations matérielles ; et à supposer que le caractère principal de la phlegmasie, la suppuration, y ait été parfois constaté, ce qui est loin d'être démontré, ce qui est nié par beaucoup d'observateurs et l'a encore été mardi par M. Grisolle, il est du moins constant que le fait est exceptionnel et ne peut avoir d'autre valeur que celle d'une complication. Nous ajouterons que l'autopsie n'est même pas nécessaire pour reconnaître fréquemment une différence notable entre les caractères matériels de la lésion articulaire, dans le rhumatisme aigu, et ceux des autres phlegmasies. Il n'est pas rare de voir les articulations rester blanches, plus pâles même que de coutume, se gonfler à peine et néanmoins être le siége de douleurs intolérables. Ce sont MM. Grisolle et Gerdy qui se sont constitués les principaux champions de la thèse que nous développons ici. Le premier surtout aurait tous nos éloges s'il n'avait un peu gâté sa cause par un argument illogique dont M. Bouillaud ne manquera pas de se servir, M. Grisolle, voulant montrer la différence d'expression symptomatologique qui sépare les lésions articulaires des véritables phlegmasies, a mis ces lésions en regard des pleurésies et des pneumonies qui se développent si souvent dans le cours du rhumatisme. Il est trop évident que si ces dernières affections, qui ne sont elles-mêmes que des émanations de la cause morbide générale, étaient de vraies phlegmasies, il n'y aurait plus de raison pour soutenir que les lésions articulaires soient autre chose.

Quant à la question thérapeutique, M. Bouillaud ne s'est pas montré mécontent, du moins dans une certaine mesure, du mode de traitement proposé par M. Dechilly, de la médication vésicante. Mais il considère en même temps les vésicatoires comme des *antiphlogistiques* ; témoin leur efficacité dans la pleurésie. Il est difficile de ne pas faire remarquer que le mode d'action des vésicants ne peut pas être absolument le même dans une affection des organes thoraciques et le gonflement rhumatismal des articulations. Dans le premier cas, la partie malade est séparée de la surface soumise à la vésication par toute l'épaisseur des parois thoraciques, et le vésicatoire ne peut agir que par révulsion. Dans le second, le tissu cellulaire sous-cutané est tuméfié, la peau elle-même est souvent rouge, la pression la plus superficielle réveille les douleurs, et c'est pourtant sur cette surface malade que le vésicatoire est appliqué directement. Quant à l'efficacité comparative de la méthode vésicante, des saignées coup sur coup, du nitrate de potasse, du sulfate de quinine, elle n'a pas été discutée à fond dans la dernière séance. M. Bouillaud affirme que, traité par sa formule *bien appliquée* (à quelles conditions l'application est-elle bien faite ?), un rhumatisme articulaire, même très-intense, se prolonge rarement plus d'un septénaire ; M. Grisolle a rappelé que M. Legroux n'avait pas tiré aussi bien parti de la formule et y avait renoncé. M. Martin-Solon obtient, dit-il, par le nitrate de potasse, des résultats au moins égaux à ceux qu'annonce M. Bouillaud. La discussion sur ce chapitre s'engagera sans doute plus avant. Nous la suivrons avec attention.

REVUE SANITAIRE.

CONSTITUTION MÉDICALE DU PREMIER TRIMESTRE DE 1850.

La constitution médicale du premier trimestre de 1850 s'est distinguée par plusieurs traits caractéristiques dont nous avons récemment détaché quelques-uns pour en faire l'objet d'un article spécial (GAZ. MÉD., 1850, p. 295). Un assez grand intérêt s'attache donc cette fois à la détermination des conditions météorologiques du trimestre. Nous allons les faire connaître avec toute l'étendue et la précision habituelles. Voici d'abord les deux tableaux météorologiques, dont l'un exprime les moyennes mensuelles de la température et de la pression atmosphériques, la quantité de pluie tombée, la direction et la fréquence relative des vents ; et l'autre : 1° les oscillations barométriques et thermométriques survenues brusquement d'un jour à l'autre et mesurées par 6 millimètres au moins pour le baromètre, et 4 degrés pour le thermomètre ; 2° les *minima* et *maxima* des niveaux barométriques et thermométriques notés, pour chaque mois, du 1er au 10, du 10 au 20, et du 20 à la fin du mois.

MORTALITÉ DANS LES HÔPITAUX SAINT-DOMINIQUE, SAINT-ANDRÉ, SAINTE-THÉRÈSE.

MALADIES.	Juillet.	Août.	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.	Janv.	Totaux.
Fièvre typhoïde. . . .	4	41	54	18	10	3	2	132
Fièvres pernicieuses.	14	43	23	7	7	11	1	106
Diarrhée chronique .	1	2	10	23	28	25	16	105
Dyssenterie.	1	2	6	8	8	10	3	38
Cachexie paludéenne.	»	»	»	1	5	3	1	10
Pneumonie.	»	»	1	»	2	1	5	9
Fièvre bilieuse. . . .	1	3	1	»	»	»	»	5
Phthisie	»	»	»	2	»	1	2	5
Péritonite.	»	1	»	»	2	»	1	4
Variole	»	»	»	»	2	1	1	4
Hépatite	»	»	1	1	»	»	1	3
Congestion pulmon .	»	»	»	»	2	»	»	2
Gastro-entérite. . . .	1	»	»	»	»	»	»	1
Scarlatine.	»	»	»	1	»	»	»	1
Pleurésie.	»	»	»	»	1	»	»	1
Asphyxie.	»	»	1	»	»	»	»	1
Érysipèle facial. . . .	»	»	»	»	1	»	»	1
Gangrène du pénis. .	»	»	»	»	»	1	»	1
Non indiquée.	4	3	3	4	»	»	»	11
	22	96	100	65	68	56	33	440

440

Les fièvres à quinquina, les dothinentéries, les flux intestinaux, les affections pulmonaires, ont suivi une marche distincte et indépendante, et ont présenté une période d'augment, une apogée, une période de décroissement. L'époque de maximum d'intensité des fièvres paludéennes a été le mois d'août ; celle des fièvres typhoïdes, le mois de septembre ; celle des flux intestinaux, octobre et novembre ; enfin celle des affections des organes respiratoires, les mois d'hiver.

Les maladies qui ont causé le plus de décès devraient être ainsi rangées, en consultant le tableau : flux intestinaux, fièvre typhoïde, fièvres de marais. Nous allons démontrer, en abordant chaque affection en particulier, que l'intoxication paludéenne, sous forme d'accès pernicieux ou de cachexie, occupe en réalité le premier rang, et qu'à une assez grande distance au-dessous d'elle, arrivent les flux intestinaux et les dothinentéries, dont le chiffre est exagéré dans ce tableau.

Les fièvres à quinquina ont dominé, avons-nous dit. Sur toutes les maladies régnantes, le génie paludéen a jeté une teinte uniforme, sur laquelle les individualités morbides ne tranchaient que comme des nuances. Dans la saison endémo-épidémique, les pyrexies miasmatiques ont absorbé les autres affections plus complétement encore qu'en Algérie, puisque, ainsi que nous l'établirons plus tard, les flux intestinaux, surtout les dyssenteries, se sont toujours tenus à un rang inférieur.

Le relevé suivant, portant sur le mois de septembre, formulera plus nettement la fréquence relative des diverses affections : sur 2,932 entrées pour fièvre, blessures, syphilis, on a compté 1,889 pyrexies paludéennes, dont 202 pernicieuses

TABLE MÉTÉOROLOGIQUE DU PREMIER TRIMESTRE DE 1850, EXPRIMÉE EN MOYENNES MENSUELLES.

MOIS.	9 HEURES DU MATIN. Barom. à 0.	9 HEURES DU MATIN. Therm. extérieur.	MIDI. Barom. à 0.	MIDI. Therm. exterieur.	3 HEURES DU SOIR. Barom. à 0.	3 HEURES DU SOIR. Therm. extérieur.	9 HEURES DU SOIR. Barom. à 0.	9 HEURES DU SOIR. Therm. extérieur.	THERMOM. Moyenne du mois.	PLUIE EN CENTIMÈTR. Cour de l'Observ.	PLUIE EN CENTIMÈTR. Terrasse. de l'Obser.	Vents qui ont régné classés d'après leur ordre de fréquence (observés à midi). fois. fois. fois. fois.
Janvier	757,46	— 0,5	757,22	+ 0,8	757,13	+ 1,1	757,14	— 0,1	+ 0,0 -	4,964	4,035	S. 11. N. 9. E. 7. O. 4.
Février	761,21	+ 0,5	760,04	+ 9,3	759,49	+ 10,0	759,89	+ 6,9	+ 7,5	3,072	2,996	S. 15. O. 12. E. 1. N. 0.
Mars.	761,42	+ 4,0	761,02	+ 6,8	760,39	+ 7,0	700,96	+ 4,5	+ 4,8	1,967	1,262	N. 15. S. 8. O. 5. E. 3.

TABLEAU DES VARIATIONS BAROMÉTRIQUES ET THERMOMÉTRIQUES, OBSERVÉES A NEUF HEURES DU MATIN.

MOIS.	Baromètre à neuf heures du matin. Jours.	Élévat.	Abais.	Thermomètre à neuf heures du matin. Jours.	Élévat.	Abais.	Baromètre à neuf heures du matin. Du 1er au 10. Minim.	Maxim.	Du 10 au 20. Minim.	Maxim.	Du 20 à la fin du mois. Minim.	Maxim.	Thermomètre à neuf heures du matin. Du 1er au 10. Minim.	Maxim.	Du 10 au 20. Minim.	Maxim.	Du 20 à la fin du mois. Minim.	Maxim.
		mm	mm				mm	mm	mm	mm	mm	mm	°	°	°	°	°	°
	Du 3 au 4	»	10	Du 16 au 17	»	4												
	Du 4 au 5	»	9	Du 17 au 18	5	»												
	Du 6 au 7	8	»	Du 18 au 19	5	»												
	Du 7 au 8	12	»	Du 19 au 20	»	4												
	Du 9 au 10	»	7	Du 20 au 21	»	4												
	Du 13 au 14	»	6	Du 23 au 24	5	»												
	Du 16 au 17	7	»	Du 25 au 26	9	»												
	Du 17 au 18	8	»	Du 26 au 27	»	9												
Janvier.	Du 18 au 19	»	10	Du 28 au 29	6	»	742,97	705,80	736,05	755,56	748,93	771,71	— 3,0	+ 3,1	— 5,8	+ 5,1	— 5,3	+ 3,2
	Du 19 au 20	7	»															
	Du 20 au 21	10	»															
	Du 21 au 22	6	»															
	Du 24 au 25	»	7															
	Du 25 au 26	»	14															
	Du 20 au 27	»	21															
	Du 28 au 29	9	»															
	Du 4 au 5	»	9	Du 3 au 4	»	4												
	Du 5 au 6	»	14	Du 14 au 15	8	»												
	Du 6 au 7	9	»															
	Du 7 au 8	9	»															
Février.	Du 11 au 12	»	14				737,53	760,70	747,25	769,52	761,76	768,63	+ 4,6	+12,5	+ 2,6	+10,2	+ 1,6	+ 8,3
	Du 12 au 13	6	»															
	Du 13 au 14	14	»															
	Du 16 au 17	10	»															
	Du 2 au 3	»	10	Du 17 au 18	»	4												
Mars. .	Du 4 au 5	17	»	Du 30 au 31	4	»	753,15	774,07	700,03	771,03	747,71	762,70	+ 3,0	+ 7,5	+ 1,6	+ 5,6	+ 0,7	+ 9,0
	Du 22 au 23	»	18															
	Du 24 au 25	0	»															

On peut voir, par la comparaison de ces deux tableanx, qne le trimestre s'ouvre par des circonstances atmosphériques remarquables. Le mois de janvier offre à la fois — une température moyenne froide — une pression atmosphérique qui, sans être très-faible, est pourtant beaucoup moins forte que celle des mois suivants — des variations thermométriques assez nombrenses — des perturbations barométriques telles qne nous n'eu avons peut-être jamais rencontré de semblables depuis le commencement de ces *Revues*.

ayant causé 42 décès, et 392 diarrhées ou dyssenteries, suivies de 23 décès; enfin 651 maladies diverses, internes ou externes.

Cherchons maintenant à apprécier le nombre des entrées pour fièvre paludéenne, dans les différents mois. Les chiffres précis nous manquent; mais les affections miasmatiques ayant constitué presqne toutes les maladies régnantes, nous pouvons accepter, sans erreur notable, les chiffres qui nous représentent les entrées en bloc; ce sont :

En juillet.	2,558
En août	3,801
En septembre	2,932
En octobre.	1,928

Le maximum a donc été au mois d'août. A mesure qne la saison s'est avancée, les fièvres de première invasion ont fait place aux fièvres récidivées; en novembre, on n'observait plus guère que des rechutes.

Les corps de troupe constituant l'armée expéditionnaire ont été atteints à des degrés bien différents. Le 66e de ligne a eu en même temps plus de 1,000 malades, dont 100 à l'hôpital, tandis que, dans d'autres régiments, 200 hommes seulement étaient alités. Le 66e a été si maltraité que le nombre des entrées à l'hôpital y a dépassé le double de son effectif; il a perdu plus de 200 hommes. 3 ou 4 hommes par compagnie ont été seuls exempts de la fièvre pendant son séjour en Italie. Des deux régiments de cavalerie, l'un le 1er chasseurs a joui d'un état sanitaire satisfaisant, tandis que l'autre, le 11e dragons, était décimé par la fièvre. Quelques batteries d'artillerie ont également beaucoup souffert.

On se rend aisément compte de ces différences en considérant les divers lieux occupés par ces corps. Le 66e a séjourné longtemps, à son arrivée à Rome, sur un site réputé des plus insalubres, sur le mont Aventin, près du vieux forum désert, dont le sol est criblé, entre les ruines amoncelées, de nombreuses lacunes qui deviennent autant de foyers miasmatiques; dans des couvents dont les jardins sont pleins de vieilles citernes aux eaux croupissantes et fétides; sous les coups directs des vents méridionaux, qui ont balayé la plaine inculte, ont traversé les marais Pontins et les eaux dormantes d'Ostie; au bord du Tibre, sur un sommet dont le rayonnement nocturne conduisait les dangereuses vapeurs; sur la colline Aventine enfin, qui domine la région du Vélabre, vaste marais desséché, quartier insalubre depuis la plus haute antiquité. Les dragons avaient campé à la villa Borghèse, reconnue si malsaine pendant l'été qu'une promenade à cheval, le soir, suffit pour y faire contracter la fièvre, selon le comte de Tournon, l'un des auteurs les plus consciencieux qui aient écrit sur Rome. La fraction d'artillerie qui a le plus souffert a été casernée en dehors de la porte del Popolo, lieux que les habitants désertent pendant la saison endémo-épidémique. L'autorité n'aurait pas dû ignorer le fait suivant, dont la connaissance lui eût dicté une sage abstention. En 1811, sur 80 hommes casernés dans les mêmes bâtiments, 27 étaient morts au bout de trois semaines (1).

(1) De Tournon, ÉTUDES STATISTIQUES DE ROME, etc., 1831, t. I, p. 203.

La *température* moyenne de janvier a été de 0°,0. C'est un degré assez bas; le plns souvent, le thermnmètre reste, en moyenne, au-dessus de 0. En 1849, nous avions + 5,3. La *pression atmosphérique*, de 757,46, à neuf heures du matin, est modérée, plutôt faible que forte; elle est la même, à peu de chose près, que l'année dernière (757,60), mais supérieure à celle de 1848 (755,70).

On doit se rappeler les brusques et rapides changements de temps qui ont marqné la fin du mois de janvier; aujourd'hui un froid vif, demain une température saine: nn jour le calme de l'atmosphère, un autre l'agitation. Chacun en faisait la remarque, et l'on disait partout que le temps était bien *capricieux*. Les tables météorologiques rendent compte de ces changements. Toutes les variations brusques du thermomètre, au nombre de neuf, et dont quelques-unes atteignent 9°, appartiennent à la seconde quinzaine de janvier; presque chaque jour, du 16 au 29, la colonne thermométrique descendait ou montait d'une quantité toujours supérieure à 4°. En outre, la différence entre le *minimum* et le *maximum* dans la dernière période de dix jours est, comme on peut voir, exprimée par près de 13°; encore est-il bon de faire remarquer que cette différence s'est établie en quelques jours seulement; le 23, le thermomètre était à — 5,8; le 26, il était à + 8,2. Pour la seconde et la troisième période, nous tronvons le chiffre 6 et 10, et le total des différences pour le mois entier est de 29. Nous n'avions que 18 l'année dernière.

C'est aussi à la seconde quinzaine de janvier qu'appartiennent la plupart des variations hrnsques du baromètre. Du 1er au 15, on n'en compte que six, dont la plus élevée est de 12 mill. Du 15 an 31, on en compte dix, dont une atteint 14 mill., et une autre 21 mill. En tout, 16 oscillations brusques dépassant 6 mill. Quant anx différences entre les *minima* et les *maxima* par périodes de dix jours, elles ne sont pas proportionnellement très-considérables; elles s'expriment par les chiffres 23, 19, 23 (total, 65). Le total de janvier 1849 était de 69. Ajoutons toutefois que la colonne barométrique s'est maintenne très-basse pendant toute la seconde période, puisqu'elle a oscillé entre 736,65 et 755,56.

Toutes ces conditions atmosphériques changent après janvier, et changent rapidement. La températnre s'élève; les variations thermométriques deviennent presque nulles, et les oscillations barométriques diminuent de fréquence et d'étendue.

Ainsi la *température* moyenne, que nous avons vue à 0°,0 en janvier, est à + 7,5 en février, et le froid le plus intense de ce mois est de + 1,6. Le chiffre moyen de 1849 était de + 6,5, et celui de 1848, année très-chaude, de + 6,9. Deux fois seulement, en février, la colonne thermométrique a varié d'un jour à l'autre de plus de 4°. Ses variations graduelles, par périodes de dix jnurs, ont été relativement plns prononcées; elles s'expriment par les chiffres 8—8—8; total 24, chiffre snpérienr à celui de l'année précédente, qui n'était que de 19. Ce mois n'a donc pas, malgré l'absence presque entière d'oscillations thermométriques brusques, présenté une températnre très-uniforme: au contraire, des variations de températnre assez notables ont en lieu; seulement elles se sont faites d'une manière graduelle: voilà ce qui signifie le désaccord entre la rareté des soubresauts thermométriqnes, et le chiffre élevé des différences notées entre les *minima* et les *maxima* dans le cours de février. En mars, la température moyenne descend; elle n'est plus que de + 4,8 : c'est un degré très-bas pour cette époque de l'année. Le chiffre de mars était de + 6,2 en 1849 et de + 7,8 l'année précédente. En outre, le froid a été continu et presque uniforme. Non-seulement nous n'avons relevé que deux oscillations brusques dans tout le cours du mois, mais les différences entre les *minima* et les *maxima* sont elles-mêmes peu prononcées : elles donnent 4—4—8; total 16, au lieu de 28 que nous trouvions l'année dernière, et l'on peut voir sur notre second tablean que le thermomètre ne s'est jamais élevé au-dessus de + 9 et est descendu jusqu'à + 0,7, tandis que, dans le mois précédent, il n'était tombé, comme nous l'avons dit, qu'à + 1,6 et était monté jusqu'à + 12,5. Sons tous les rapports donc, le mois de mars a été notablement plns froid que le mois de février.

La *pression atmosphérique* moyenne, que nous avons vue modérée et même nn peu faible en janvier, est forte en février et mars : elle s'élève, dans le premier mois, à 761,21 et dans le second à 761,42, chiffres à pen près équivalents. Nous voyons rarement la pression moyenne se maintenir à un tel degré pendant ces denx mois. En 1849, nous avions ponr février 766,18, mais pour mars 758,97; en 1848, 752,30 et 749,10. De plus, à part quelques soubresauts barométriques assez considérables, de 9, 10, 14 millimètres en février, l'atmosphère n'a pas été fort troublée pendant les denx derniers mois du trimestre. Ainsi presque pas d'oscillations *brusques* en mars; variations *graduelles* modérément prononcées dans ces denx mois. Les différences entre les *minima* et les *maxima* s'expriment : pour février, par les chiffres 23, 22, 8 ; total, 53; pour mars, par 21—11—18; total, 50. L'année dernière, février nous avait donné un total de 37 et mars un total de 60. Il faut ajouter que le baromètre est encore descendu une fois très-bas, à 737, dans les premiers jours de février.

Il ne nous reste plus qu'à indiquer la quantité de pluie tombée et la fréquence relative des vents dans le cours du premier trimestre.

Les chiffres 10,003 et 8,293, exprimant en centimètres les quantités de pluie tombées dans la cour et sur la terrasse de l'Observatoire, ne sont pas élevés; ils diffèrent peu de ceux de l'année dernière (10,319 et 8,851), et sont inférieurs à ceux de 1848 (12,819 et 11,574). On remarqnera que la pluie est devenne, en moyenne, de moins en moins abondante d'un bout à l'antre du trimestre; de telle sorte qu'à tous les troubles météorologiques signalés plus baut pour janvier, il faut ajouter un temps pluvienx (car près de la moitié de la pluie tombée incombe à ce mois), et qu'au contraire le mois de mars, remarquable par le peu de fréquence et d'amplitnde des oscillations barométriques et thermométriques, a été très-sec. Il importera seulement de ne pas onblier, dans l'étude des maladies régnantes, qu'il a été en même temps très-froid, du moins eu égard à la saison.

Comme il arrive d'ordinaire, le vent du sud, plns ou moins direct, a prédominé dans le cours dn premier trimestre; il a régné trente-quatre fois, à peu près autant qu'en 1848 (35 fois). Viennent ensuite par nrdre de fréqnence, le nord (24 fois), l'onest (21) et l'est (11). On sait qne ce dernier vent est le plns rare de ceux qui soufflent à Paris. On remarqnera que dans le mois le plus chaud du trimestre, en février, le sud a soufflé pendant quinze jours snr vingt-huit, et que, en mars, où la température était relativement basse, c'est an contraire le vent dn nord qui a occnpé la moitié dn mois.

Les caractères de la constitution météorologique tels que nous venons de les exposer peuvent se résumer de la manière suivante :

En janvier, température moyenne froide, même pour la saison ; — pression atmosphérique modérée, même un pen faible en moyenne, et descendant parfois très-has; — nombrenses et considérables variations du baromètre et du thermomètre, principalement du premier, prononcées surtout

---

La fréquence des fièvres, dans les autres corps de tronpe, a été aussi en rapport avec la salubrité des lieux; mais comme la même troupe a successivement occupé plusieurs stations, il est difficile d'analyser avec rigueur ces influences complexes.

Enfin les corps venant d'Algério directement ou après un court séjour en France ont mieux résisté que les autres aux fatigues et au climat.

Le type des fièvres a été franchement intermittent ou rémittent, rarement continu. Les types quotidien et tierce ont dominé pendant l'été; le type quarte n'a jamais pris d'extension, même en automne. Les fièvres rémittentes ont été communes; les fièvres pernicieuses ont fait beaucoup de victimes, ainsi qu'on a pu s'en assurer par le tableau de mortalité par genre d'affection.

Le maximum de fréquence des accès a coïncidé avec les heures les plus chaudes de la journée. Cette loi, établie depuis longtemps par les médecins militaires pour la Grèce et l'Algérie (1), a reçu une nouvelle confirmation dans les États romains par les recherches de M. Beylot.

L'état saburral des premières voies, l'embarras gastrique et intestinal, ont été observés dans la grande majorité des fièvres. Dans la plupart des cas, ils étaient peu marqués; d'autres fois ils s'accusaient fortement et s'accompagnaient d'un accablement remarquable et de brisement des jambes, avec céphalalgie pen vive, mais continue. L'embarras des voies digestives est si fréquent parmi les fiévrenx fournis par la population civile de Rome et de Civita-Vecchia, que les médecins de ces localités appellent les pyrexies dont nous parlons, non pas fièvres intermittentes, fièvres paludéennes, mais *fièvres gastriques*, donnant ainsi à l'un des éléments non essentiels de la maladie le rôle capital, qu'il ne remplit certainement pas.

L'état bilieux proprement dit a été moins commun et moins prononcé qu'en Algérie; il s'est manifesté à la fin de l'été et en automne, époque où l'ictère s'est déclaré chez un assez grand nombre de fébricitants. Dans l'Afrique septentrionale, l'état bilieux est souvent lié à une lésion plus ou moins profonde du parenchyme hépatique, hypérémie active, congestion passive, phlegmasie, abcès; il n'en a pas été de même à l'armée d'occupation des États pontificaux.

Rarement les fièvres rémittentes ont débuté avec ce type; d'ordinaire elles se sont montrées intermittentes dès l'origine, puis l'apyrexie est devenue de moins en moins complète entre les accès.

Nous avons déjà dit que les hôpitaux se trouvaient encombrés, et que, dans les casernes, étaient couchés de nombreux fiévreux auxquels il était impossible d'administrer des soins suffisants et opportuns. Avec une médication plus prompte et plus énergique, beaucoup de fièvres eussent sans doute été arrêtées avant de revêtir le type rémittent, qui en rendait la curation plus difficile.

Les fièvres rémittentes sont assez fréquemment devenues pernicieuses. Les choses se sont alors passées de deux façons : 1° le malade tombait peu à peu, comme par suite de l'épuisement de toutes les forces de son économie, dans une

(1) Raymond Faure, FIÈVRES DE GRÈCE, etc.; — Maillot, TRAITÉ DES FIÈVRES OU IRRIT. SPIN.; — Finot, TOPOGRAPHIE DE BLIDAH, *in* RECUEIL DE MÉM. DE MÉD. MIL., t. LVI ; — Jacquot et Sonrier, MÉM. SUR LES FIÈV. COMAT. DE SEDDOU, GAZ. MÉD., 1849.

dans la seconde quinzaine du mois ; — quantité de pluie assez considérable ; — prédominance peu marquée du vent du sud.

En février, température relativement élevée ; — pression atmosphérique forte en moyenne, ne descendant jamais très-bas ; si ce n'est dans les premiers jours ; — quelques oscillations *brusques* et étendues du baromètre ; presque pas d'oscillations *brusques* du thermomètre ; — variations *graduelles* du thermomètre assez prononcées ; celles du baromètre relativement moindres ; — peu de pluie ; — prédominance très-marquée du vent du sud.

En mars, froid relatif ; — pression atmosphérique forte et continue ; — oscillations *brusques* du baromètre et du thermomètre très-rares ; oscillations *graduelles* peu étendues ; — sécheresse ; — prédominance très-marquée du vent du nord.

Nous avons signalé, dans l'article que nous rappelions en commençant, l'existence de fièvres typhoïdes, de névralgies d'un caractère pernicieux, de fièvres éruptives anormales pendant le cours du premier trimestre. Il y aura à rechercher si ces caractères de la constitution peuvent s'expliquer uniquement par les circonstances météorologiques indiquées plus haut, ou si elles ne supposent pas l'intervention d'une cause étrangère et inconnue que les variations de l'atmosphère n'auraient fait que modifier. Ce sera l'objet de la seconde partie de cette *Revue*.

GÉOLOGIE ET HYDROGRAPHIE MÉDICALES.

INFLUENCE DES LIEUX, DES EAUX ET DES HABITATIONS SUR LE DÉVELOPPEMENT DU CHOLÉRA QUI A RÉGNÉ, EN 1834 ET 1835, DANS LE MIDI DE LA FRANCE ; par M. FOURCAULT.

Lorsque l'on cherche à poser un principe, à fonder une théorie, on doit rassembler un grand nombre de faits et montrer leur subordination ; leurs rapports, leur enchaînement. Ce n'est point, *à priori*, au moyen d'observations isolées, éparses, de notions vagues incomplètes, de dissertations interminables, que l'on arrive à la solution des grands problèmes dans les sciences ; ce n'est point en suivant cette voie que l'on a fondé l'histoire naturelle, la physique, la chimie, l'anatomie pathologique. Si, par exemple, comme je cherche à l'établir, les épidémies sont sous l'influence directe, nécessaire, des conditions géologiques, géographiques et météorologiques, il faut avant tout recueillir et coordonner tous les faits qui tendent à constater ces rapports ; il faut donc, au lieu de se livrer à des discussions prématurées sur les causes auxiliaires de ces épidémies, explorer les lieux où elles se manifestent, afin de connaître les conditions matérielles sans lesquelles elles ne peuvent se développer.

Voilà la question la plus importante, celle qui doit fixer toute l'attention des véritables observateurs, des académies, des sociétés savantes, des comités d'hygiène. Vouloir s'occuper des causes actives, secondaires, avant d'avoir indiqué, par une série d'observations, ces conditions matérielles, c'est suivre une fausse voie, c'est adopter la méthode *à priori*, c'est assurément commencer par où l'on doit finir. Par ces raisons, que nous adressons à toutes les intelligences, à tous les hommes guidés par le sens commun, n'est-il pas évident que toutes les discussions qui s'ouvrent en ce moment sur l'étiologie du choléra épidémique, au sein des corps savants, doivent rester stériles en résultats importants ? Que signifient ces continuelles élucubrations sur l'existence d'un miasme cholérique, d'un poison subtil *sui generis* répandu dans quelques régions de l'atmosphère ? J'établirai sur des faits de pathologie comparée que ce poison existe dans l'organisme même, se composant de l'acide lactique et des autres éléments excrémentiels enlevés à la peau, aux reins, et refoulés dans le torrent de la circulation, par suite de la lésion profonde de l'innervation.

Mais avant de disserter sur les causes physiologiques ou organiques du choléra épidémique, il faut nécessairement entreprendre une série d'expériences dans toutes les contrées où il exerce ses ravages, avant, pendant et après son invasion, au moyen du thermomètre, du baromètre, de l'électromètre, de l'hygromètre et de la machine électrique ; il importe de suivre la marche de cette épidémie, ainsi que je l'ai déjà dit, une carte géologique, topographique et une boussole à la main ; sans ces expériences, sans ces explorations, dans lesquelles on comparera les conditions géographiques, géologiques, minéralogiques, hydrographiques et chimiques des localités atteintes et celles des localités préservées, on sera dans l'impossibilité la plus absolue de poser les principes fondamentaux de la science des épidémies, et de formuler nettement une théorie sur les causes physiques et physiologiques du choléra. Il n'est pas nécessaire d'être un savant pour apprécier l'importance de ces conseils et de cette méthode, il suffit d'être éclairé des lumières de la raison.

D'après ces remarques, il est facile de reconnaître combien il serait utile de faire entrer la géologie et la géographie physique dans les études médicales et vétérinaires ; si l'on suivait une semblable direction, on ne verrait plus une foule d'intelligences distinguées s'égarer sans méthode dans des discussions prématurées, et suivre à leur insu la fausse voie tracée par les sophistes et les réalistes du moyen-âge ; on sentirait aussi la nécessité de créer une section spéciale, dans les académies de médecine, où ces sciences, la physique et la statistique, seraient représentées ; dès lors on ne pourrait instituer des conseils de salubrité ou d'hygiène sans y admettre des géologues, des physiciens, des chimistes ; car laisser aux médecins seuls le soin de résoudre les grands problèmes de physique générale qui se rattachent directement à la science des épidémies, c'est vouloir annihiler ces conseils et arrêter les progrès de cette science. Ce n'est pas la sagacité qui manque à ces médecins, c'est la méthode. Sans ce précieux levier de l'intelligence humaine, on suit les voies communes où l'on retrouve toujours les mêmes faits, les mêmes vérités et les mêmes erreurs.

Je vais exposer, en sortant de ces voies, des faits intéressants pour la philosophie et pour l'histoire des sciences. M. Ségur-Duperron, entièrement dominé par l'opinion que le choléra se propage par l'effet de la contagion, conçut cependant l'heureuse idée, il y a environ dix-sept ans, de tracer, sur des cartes géographiques, la route qu'il a parcourue en 1832, dans toutes les parties de la France, en indiquant l'époque de l'invasion, suivant les mois, par des lignes vertes, jaunes, rouges, brunes, noires. Lors de mes recherches statistiques dans les archives du ministère de l'agriculture, relatives à cette épidémie, j'appris avec étonnement, de M. Ségur-Duperron, l'existence de ces cartes à l'Institut, où je ne pus les retrouver, à l'Académie de médecine, où elles étaient enfouies dans la bibliothèque, à l'insu du bibliothécaire lui-même. En examinant avec attention ce précieux

---

sorte de collapsus ainsi caractérisé : stupeur ; accablement général ; décubitus en supination et immobilité ; affaiblissement de l'intelligence qui l'isolait à demi des objets environnants ; fièvre continue ; redoublements irréguliers, arrivant néanmoins préférablement le soir. La mort ne tardait pas à arriver ; un traitement énergique était loin de la conjurer toujours. 2° Fièvre pernicieuse à forme typhoïde, avec tous les phénomènes précédemment décrits, et de plus fuligo, subdélirium, pétéchies, voire même météorisme, diarrhée, gangrènes, râles pulmonaires.

Cette forme de l'affection paludéenne peut certainement en imposer pour une dothinentérie ; mais une étude attentive des phénomènes, de leur marche, de leur succession, ne permet pas de persister dans une erreur contre laquelle, d'ailleurs, protestent les autopsies. Cette confusion est journellement commise par les médecins de Rome, qui, sous le nom bien vague de *fièvre nerveuse*, englobent et la véritable dothinentérie et la fièvre paludéenne à masque typhoïde. Ne cherchez pas dans leurs écrits le mot *fièvre typhoïde* ; cette affection n'a pas, pour les neuf dixièmes d'entre eux, cette existence à part qu'on lui accorde en France et en Allemagne, par exemple. Il faut bien avouer, du reste, que cette erreur a été partagée par plusieurs médecins de l'armée, que le défaut d'une pratique antérieure en Algérie exposait à une méprise bien pardonnable, et qui, vu le surcroît de besogne du moment, ne pouvaient rectifier leur diagnostic par la nécroscopie (1).

Nous avons conséquemment dit avec raison que beaucoup des décès qui, dans le tableau de la mortalité, sont mis sur le compte de la dothinentérie, doivent être éliminés de cette case pour être reportés dans celle des fièvres paludéennes. Ainsi le chiffre 105, qui représente la part des fièvres pernicieuses dans le total 440, est très-certainement bien au-dessous de la réalité.

Bien rarement ces pyrexies ont débuté brusquement par un premier accès pernicieux d'emblée ; elles se sont développées selon un des modes suivants : 1° consécutivement à un ou plusieurs accès intermittents ; 2° dans le cours d'une fièvre rémittente ; 3° après des prodromes ainsi caractérisés : une sorte d'ivresse, céphalalgie, inquiétude, étourdissements, quelquefois frissons et bouffées de chaleur, tremblement des membres, idées sans netteté, un peu de loquacité délirante, ou bien une nuance de somnolence.

Ce court aperçu indique immédiatement de bien simples, mais bien importantes déductions thérapeutiques, qu'il faut saisir et appliquer avec le plus grand soin. Si l'on guérit difficilement les fièvres pernicieuses, on peut, en revanche, les prévenir dans la majorité des cas. Nous avons déjà insisté ailleurs, à propos

(1) Voici une preuve, entre autres, à l'appui de ce que nous avançons. Le grand nombre des fièvres typhoïdes inscrites sur les cahiers qu'en leur transmettait ayant paru extraordinaire à plusieurs médecins qui avaient exercé en Algérie (MM. Mayer, Molard et moi), ils ont fait soigneusement l'autopsie de ceux d'entre ces malades qui sont venus à succomber. A peu près jamais les lésions caractéristiques n'ont confirmé le diagnostic.

document, dont l'auteur assurément ne connaissait pas toute la valeur, je reconnus facilement l'influence des conditions géologiques et hydrographiques sur la marche de l'épidémie. Le plateau central ou granitique de la France n'est marqué d'aucune ligne coloriée, et cependant, comme je l'ai exposé dans un précédent mémoire, il a été environné de quatre grands foyers épidémiques : le bassin de Paris, la Bretagne, le bassin de la Gironde, celui du Rhône vers son delta. Le choléra de 1849 a suivi les mêmes voies et les exceptions mêmes, les anomalies qu'il a présentées dans sa marche viennent confirmer une grande loi. M. Ségur-Duperron rendrait un véritable service à la science, en indiquant de la même manière les voies qu'il vient de parcourir sur une carte géologique et hydrographique. Ce travail devrait être entrepris par les gouvernements de tous les pays où l'épidémie a exercé son influence; il indiquerait, avec une rigoureuse précision, le nombre des décès dans chaque localité, dont la description topographique serait donnée avec une grande exactitude.

Dans un voyage que je fis il y a environ un an en Angleterre, dans les vues de connaître la marche géologique, hydrographique et géographique du choléra dans les îles britanniques, on me présenta une petite carte indiquant, par des teintes noires, suivant l'ingénieuse méthode de M. Charles Dupin, les lieux où cette maladie avait sévi avec le plus d'intensité; mais à l'aspect de cette carte, à la disposition de ces teintes, il me fut facile de reconnaître qu'aucune vue scientifique n'avait présidé à cette simple indication, et une notice explicative vint bientôt me convaincre que les médecins anglais, comme M. Ségur-Duperron, mais avec moins de prévision, avaient fait de la géologie, de la géographie et de l'hydrographie médicales sans le savoir. Les montagnes granitiques de l'Écosse, celles du pays de Galles, n'offrent aucune teinte noire, et les terrains primaires du Cornouaille et de l'Irlande présentent de rares exceptions à cette loi générale. On voit donc que l'histoire du choléra n'est pas plus avancée en Angleterre qu'en France; elle est encore au berceau dans les deux pays où de grands et immortels travaux ont été entrepris, dans une autre direction, pour le perfectionnement de la médecine.

J'arrive à des faits importants recueillis par MM. Dubreuil et Rech, professeurs à l'École de Montpellier, démontrant la puissance des conditions géographiques, hydrographiques et météorologiques sur la production du choléra épidémique; ces professeurs célèbres, au lieu de se borner à l'observation, ont cru devoir admettre une hypothèse gratuite qui se trouve en contradiction avec les faits qu'ils ont exposés; ils invoquent la puissance nocive de *semina*, dont ils ne peuvent prouver l'existence, et leur font jouer un rôle que la physique expérimentale ne peut admettre. En reproduisant fidèlement les notions qu'ils nous ont données sur l'épidémie qui a régné en 1834 et en 1835, dans le midi de la France, j'ajouterai de nouvelles preuves en faveur des principes que j'ai posés dans ce travail. Malgré les nombreuses lacunes que l'on rencontre dans leur relation, au point de vue de la géologie, on trouve des indications précieuses qui ne doivent point être perdues pour la science.

Le principal théâtre de l'épidémie de 1834 et de 1835 a été Marseille, Toulon et les villes les plus populeuses du delta du Rhône. Ce delta, comme les embouchures du Pô, du Nil, du Mississipi, offre une série d'étangs qui contribuent à la rendre insalubre. Ces étangs sont séparés de la mer par des levées de sables coupées par divers canaux; dans cette plage basse et humide, on trouve une plaine étendue, la *Crau*, couverte de cailloux, quelques lagunes, des salins, des marais, enfin, ce vaste terrain étendu entre les bras anciens et les branches modernes du Rhône, et auquel on donne le nom de *Camargue*. Dans ce limon composé de sables, de gravier très-fin, on trouve de la silice, de l'alumine, de la chaux carbonatée, des oxydes de fer et de manganèse, des détritus abondants du règne organique qui rendent le delta si fertile. Vers la limite supérieure de la Camargue, le sol, bas et marécageux aux environs d'Arles, est souvent submergé par les eaux du Rhône, qui augmentent ainsi et sa fertilité et son insalubrité. Dans cette vaste contrée paludéenne, on trouve des efflorescences salines, ce mélange d'eau douce et d'eau salée qui favorise la production des fièvres périodiques, d'après les recherches de plusieurs observateurs, et notamment d'après celles de M. le docteur Mélier. Il sera facile de remarquer le rapport de la gravité de l'épidémie avec les conditions d'insalubrité des lieux où sont assis les villes et les villages où elle a pénétré. Dans cette étude, les résultats généraux fixeront toute notre attention.

AVIGNON, situé sur la rive gauche du Rhône et au sommet de son delta, ayant 29,686 habitants, une mortalité moyenne de 1,153, a perdu 307 cholériques ou présumés cholériques, depuis le 15 juillet 1835 jusqu'au 23 septembre suivant. L'épidémie a été précédée et accompagnée de variations subites de la température, de fréquents orages, et elle a sévi plus particulièrement dans les quartiers situés sur les canaux souterrains où coule la Sorgue. Les vents du sud et du nord-ouest soufflent habituellement sur cette ville, où l'on observe souvent les fièvres intermittentes.

SAUVE, sur 3,000 habitants, a perdu 24 cholériques; cette ville est située au pied d'une montagne, près des Cévennes et de la source du Vidourle. Cette rivière coule lentement sur ce point et laisse habituellement la vase à découvert. Suivant la remarque importante de MM. Dubreuil et Rech, les habitants sont occupés presque uniquement à la fabrication des bonnets, des bas de coton, et séjournent, pour se livrer à ce travail, dans des espèces de caves froides et humides. De plus, ils sont entassés dans des maisons étroites, mal percées et sales. Ces circonstances, ajoutent ces observateurs, serviraient-elles à rendre raison de l'intensité de l'épidémie, au sein d'une ville située dans les montagnes, environnée au loin *de communes jouissant d'un état sanitaire parfait?* Ici la puissance nocive des causes locales et de la profession ne saurait être l'objet d'aucun doute, et ce fait vient naturellement se grouper avec ceux qui constituent la base de ce travail. Il est inutile peut-être de faire remarquer qu'il démontre encore la non-contagion du choléra dans le cours de cette épidémie.

SAINT-GILLES, sur une population de 5,560 habitants, n'a compté que 62 décès cholériques. Cette ville est située sur le penchant sud d'une double colline, tout près de la Camargue et au milieu de marais d'où s'élèvent des vapeurs froides et humides. Les rues, assez propres, y sont mal pavées; la fièvre intermittente y règne presque toute l'année, et les fièvres pernicieuses, la dyssenterie, la pustule maligne, les scrofules s'y développent assez fréquemment; les transitions de la température et l'humidité jouent, dans cette localité, un très-grand rôle dans la production de ces maladies.

MONTFRIN, dont la population est de 2,400 habitants, assis dans un pays plat et humide, sur la rive gauche du Gardon, et où les fièvres intermittentes sont fréquentes, n'a eu que 3 décès par suite de l'épidémie; elle n'a donc pu se propager par voie de contagion aux autres habitants dans une position peu favorable.

ARAMON, sur la rive droite du Rhône, abrité des vents du nord par une

---

des fièvres d'Algérie, sur ce mode de développement et sur cette thérapeutique prophylactique (1).

Il est possible de ramener à cinq les formes pernicieuses qui se sont présentées : 1° accès caractérisés par les trois stades exagérés et prolongés, avec prédominance de l'un d'eux, qui s'accompagne de délire et de quelques autres phénomènes variables; 2° forme comateuse, depuis la stupeur jusqu'au carus; 3° forme thypoïde, avec ou sans pétéchies, avec ou sans hémorrhagies; 4° forme délirante et ataxique; 5° forme algide. Les formes apoplectique, pneumonique, dyssentérique, ont été rarement observées.

Quelques cas de fièvres subcontinues pernicieuses, avec symptômes graves du côté du foie, ont porté l'un des plus habiles médecins de l'expédition, M. Donzel, à croire à l'existence de ces fièvres rémittentes bilieuses des pays chauds décrites par Twining et Stewardson, dans l'Indoustan et en Pensylvanie. Le parenchyme hépatique était dur, ou peu friable, d'une couleur bistrée ou olivâtre. Ces fièvres ont été considérées par les autres médecins de l'armée comme des fièvres pernicieuses subcontinues s'accompagnant de désordres siégeant dans le foie, et ces désordres ont été rapprochés de ceux qu'on rencontre quelquefois dans le cerveau, les méninges, la rate, la poitrine, etc., désordres qui commandent la forme de la maladie, sans autoriser à éliminer celle-ci de la grande classe des fièvres à quinquina.

Nous avons noté un certain nombre de fièvres larvées; le masque emprunté par la pyrexie paludéenne était le plus souvent une céphalalgie intermittente ou rémittente, accompagnée quelquefois d'étourdissements, d'un peu d'embarras de l'intelligence et d'anorexie. Assez souvent ces accès céphalalgiques ont remplacé les accès réguliers supprimés par les fébrifuges, et ils se sont quelquefois montrés plus rebelles que ces derniers. Fréquemment aussi les récidives s'annonçaient par ces accès céphalalgiques auxquels la fièvre normale ne tardait pas à succéder, si le médecin n'intervenait pas à temps.

Les récidives ont été d'une déplorable fréquence, et se sont reproduites avec une opiniâtreté désespérante. Nous pensons qu'on ne rencontrerait pas un homme sur douze n'ayant subi qu'une seule atteinte de fièvre. Quelques-uns ont été repris jusqu'à quinze fois et plus, et chaque rechute se composait d'une série d'accès plus ou moins prolongés. Ces rechutes ou récidives (car il est difficile de déterminer ici si c'est l'une ou l'autre) ont été séparées tantôt par des intervalles irréguliers, tantôt par des périodes régulières variant de quelques jours à un mois. A la caserne, il était à peu près impossible de les prévenir, à cause de la difficulté de suivre les hommes. A Frascati, situé hors de la sphère d'action de l'*aria cattiva*, on a observé beaucoup moins de rechutes qu'à Rome, sur les 825 hommes qui ont été admis au dépôt de convalescents établi dans cette position salubre. Les rechutes n'en ont pas moins atteint 26 pour 100. Aux hôpitaux de Rome, on ne conjurait pas sans difficulté le retour de la fièvre, comme nous allons le voir en entamant le chapitre thérapeutique.

Dans les fièvres intermittentes simples ou accompagnées d'un embarras gastrique très-peu marqué, le sulfate de quinine, à dose variable de 0,3 à 0,6, a parfai-

(1) F. Jacquot et Sonrier, mémoire cité.

petite montagne, sur le penchant de laquelle il est situé, a perdu 18 cholériques sur 250 habitants. Suivant le témoignage de plusieurs personnes éclairées, le choléra asiatique aurait été observé, en 1832, dans un village voisin au moment où il régnait pour la première fois à Arles.

VILLABRÈGUES, sur 1,652 habitants, a offert 36 décès cholériques. Ce rapport est considérable eu égard au peu d'intensité de la cause générale, dans cette partie du midi de la France. Voici les conditions particulières qui ont favorisé le développement de l'épidémie. Villabrègues est assis dans une petite île du Rhône, sur un terrain plat, submersible, au confluent du Gardon; des mares nombreuses, des fosses destinées à l'immersion des osiers dont les habitants se servent pour la fabrication de paniers, de corbeilles, augmentent l'humidité et l'insalubrité de l'air. Aussi les fièvres intermittentes n'y sont pas rares. Vanniers pour la plupart, les habitants de cette localité ont l'habitude de marcher les pieds dans la mare. Doit-on accuser l'industrie à laquelle ils se livrent, disent les rapporteurs, de l'intensité de l'épidémie locale? Oui, sans doute: l'humidité joue un rôle immense dans la production du choléra, lorsqu'elle imbibe le sol, sature l'air, et réagit immédiatement sur la peau. Ce fait vient se coordonner avec ceux qui se trouvent dans nos mémoires, dans nos observations sur l'influence des professions, des habitudes des peuples de l'Inde et de l'Égypte.

BEAUCAIRE, ayant une population de 10,000 âmes, a offert environ 130 décès cholériques. Le Rhône sépare cette ville de Tarascon, qui, sur un nombre presque égal d'habitants, n'a perdu que 37 individus par suite de l'influence épidémique. La différence observée doit-elle être attribuée à la présence du canal du Midi, qui longe la partie méridionale de Beaucaire, à l'accroissement de l'humidité du sol, à la quantité d'eau évaporable? Cette observation vient encore confirmer celles qui ont été recueillies dans les lieux où le choléra a sévi avec le plus d'intensité. Dans la description, d'ailleurs fort exacte, donnée par MM. Dubreuil et Rech, on regrette de ne point rencontrer la statistique comparative des divers quartiers des villes, indiquant le chiffre de la mortalité cholérique, suivant leur élévation, leur déclivité, la largeur ou l'étroitesse des rues, les professions, la densité de la population, le mode de construction des habitations, la nature particulière du sol et du sous-sol sur lesquels elles reposent. Néanmoins ces observations, dans un simple rapport, nous ont fourni, comme nous allons le voir, des faits importants et de précieuses indications.

ARLES, ville célèbre par ses annales et ses arènes, antiques vestiges de la puissance romaine, est située sur le Rhône, et divisée en deux parties par la principale branche de ce fleuve. Celle de la rive droite repose sur un rocher dont le versant vertical fait face au nord. Celle de la rive gauche est assise sur un terrain d'alluvion, ainsi que la partie de la ville dont la direction est parallèle sur l'autre bord. Au levant et au midi sont des terrains en culture, des prairies et une grande plage marécageuse. Au nord et à l'ouest sont également des terres labourables, et à une plus grande distance des marais, des étangs salés occupant le centre de la Camargue.

D'après cette exposition, il est facile de reconnaître les conditions géologiques, géographiques et hydrographiques qui favorisent le développement des fièvres graves, de la peste et du choléra. Comme dans le delta du Mississipi, cette dernière affection s'est développée dans le delta du Rhône, à Arles, à deux époques peu éloignées, en 1832 et en 1835, et en cette année, sur 20,000 habitants, on a compté 400 décès déterminés par son influence, proportion presque égale à celle que nous avons constatée, en 1832, dans le département de la Seine. On reconnaît ici la puissance des causes locales mises en jeu par la cause perturbatrice générale; il est donc impossible d'admettre, avec M. Brachet, que Lyon a été préservé de cette épidémie par suite de l'évolution naturelle de ses trois périodes d'augmentation, d'état et déclin. Ici la question de distance, comme celle des communications, doit être écartée. Dans sa première invasion, le choléra eût atteint Lyon avant Arles, si l'on devait en rapporter le développement à cette évolution ou à la contagion. Si de semblables idées sont émises par un savant aussi distingué que M. Brachet, combien d'erreurs peuvent être introduites dans la science des épidémies par des observateurs vulgaires!

AIX, sur 23,000 habitants, a perdu pendant l'épidémie 540 personnes, parmi lesquelles on compte 374 cholériques. Cette ville est construite sur le versant d'une colline, terminée par une vallée où coule une petite rivière. Les vents du nord-ouest y soufflent habituellement. La largeur des rues et la construction des habitations offrent les conditions hygiéniques les plus favorables. L'invasion de l'épidémie a été décrite en ces termes par MM. Dubreuil et Rech: « Le 16 juillet au matin, les soldats venaient de » faire l'exercice sous l'action d'un vent qui les avait fatigués. En rentrant » dans leurs chambres, ils ouvrirent les portes, les fenêtres, et établirent » ainsi un courant d'air très-vif... Ils se déshabillèrent et allaient se repo» ser, quand un vent brûlant pénétra dans toutes les issues, et produisit » sur les organes pulmonaires une impression tellement pénible que la suf» focation suivit immédiatement. Plusieurs militaires tombèrent de leur lit » presque asphyxiés. Le colonel, le lieutenant-colonel, le chirurgien-major » et d'autres officiers éprouvèrent un sentiment subit de gêne dans la res» piration. Dès ce moment l'épidémie se déclara; elle attaquait surtout les » hommes qui avaient été exposés à l'action de cet air brûlant. La plupart » moururent, et entre autres le lieutenant-colonel. La compagnie de grena» diers qui avaient fait l'exercice, dont les soldats avaient aussi posé la veste, » ouvert les portes et les fenêtres, n'eut de malades que plus tard. La com» pagnie hors rang, logeant dans des chambres fermées au moment de » l'événement, n'éprouva pas cette fatale influence et ne perdit qu'un seul » homme. »

Dans cet événement remarquable, rapporté par deux honorables professeurs et ayant eu pour témoins des hommes éclairés, investis de la confiance publique, on ne saurait méconnaître l'influence des vents sur la production de l'asphyxie épidémique. Ici toute erreur nous paraît impossible; car on constate cette influence par l'observation directe. D'après les recherches expérimentales de MM. Regnault et Doyère, on sait que les vents contiennent des proportions différentes d'oxygène; par la même raison, on pourrait en conclure qu'ils contiennent aussi plus ou moins d'électricité. On pourrait même avancer *à priori* que les courants atmosphériques en sont parfois entièrement privés, et qu'alors ils déterminent sur l'économie animale les effets les plus funestes; mais nous ne pouvons sortir des limites de l'observation, et, en montrant une lacune que la physique doit remplir, nous nous bornons à enregistrer un fait dont l'expérience déterminera un jour la valeur. Ceux qui créent des *aura*, des *semina*, des miasmes, des insectes cholériques, doivent aussi s'arrêter à ces limites. Cependant, entre ces deux hypothèses, j'accorde la préférence à celle qui semble être une déduction logique de l'ensemble des faits, et qui vient se rattacher naturellement aux principes généraux de la physique expérimentale.

SAINT-CHAMAS, sur 2,632 habitants, a perdu 69 cholériques et 125 personnes atteintes de diverses maladies pendant le règne de l'épidémie. Cette petite cité se trouve dans un bas-fond, au sud-est de la vaste plaine de la

---

tement réussi. Une seule dose empêchait communément l'accès suivant, ou l'amoindrissait beaucoup. Nous devons ajouter que, même dans les cas les plus simples, les évacuants gastriques ajoutent à l'efficacité du fébrifuge, vérité déjà mise hors de doute par les savants travaux de M. Boudin. Un vomitif seul, sans sulfate de quinine, a quelquefois coupé la fièvre pour un temps plus ou moins court.

L'acide arsénieux, à la dose moyenne de 3 centigrammes par jour, aidé ou non de vomitifs, a été employé, à Rome et à Tivoli, par MM. Pasquier et Gongé, qui ont été obligés d'y renoncer pour intolérance ou inefficacité. Nous nous réservons de nous prononcer au sujet de ce médicament, dans un travail spécial, accompagné de 200 à 250 observations recueillies par nous même, dans le service dont nous étions chargé.

Les fièvres rémittentes ont été rarement simples; presque toujours elles ont marché avec les états gastriques et bilieux. Ces complications et la gravité de ces fièvres ont nécessairement exigé des évacuants et le sulfate de quinine porté de 1 à 3 grammes par jour. L'expérience a prouvé que si, dans les fièvres franchement intermittentes saburrales et bilieuses, le vomitif est très-utile, mais non indispensable, il y a nécessité d'avoir recours à cette médication dans la fièvre rémittente.

Les médecins de Rome manient les évacuants avec beaucoup de timidité; une potion avec un gramme de calomel et pareille quantité d'ipéca leur paraît déjà une grande hardiesse. La constitution de leurs malades est bien différente de celle des nôtres; là probablement siége la cause de cette différence entre leur thérapeutique et celle des médecins de l'armée.

Quand même l'état comateux qui succède quelquefois à la fièvre rémittente ne paraîtrait que la conséquence d'une sorte d'usure des forces et que le miasme paludéen ne se manifesterait plus par aucun phénomène, il serait encore prudent de continuer le sulfate de quinine. Mais ce fébrifuge administré seul n'a plus qu'une efficacité douteuse: les toniques, les stimulants, les révulsifs, quelquefois les éméto-cathartiques sont alors indiqués. Un vésicatoire sur le cuir chevelu nous a rendu grand service dans quelques circonstances. Enfin il arrive qu'une congestion cérébrale demande une déplétion sanguine locale ou générale, mais ce cas n'est pas commun.

La base du traitement des fièvres pernicieuses a été le sulfate de quinine, dosé de 2 à 4 grammes par jour, bien rarement davantage. On s'est bien trouvé de l'administration du fébrifuge le plus promptement possible, quelquefois même avant la fin de l'accès.

Quand les voies digestives supérieures ne supportaient pas ce sel, on l'administrait en lavement; l'addition d'un gramme d'éther sulfurique dans l'injection intestinale, nous a paru favoriser la tolérance et exercer une utile modification sur l'économie.

Le sulfate de quinine n'a pas constitué toute la médication; la forme de la maladie dicte aussi des indications spéciales. On a recours contre ces phénomènes à une véritable médecine de symptômes. En un mot, le traitement est double; à l'aide de la quinine, il s'attaque au fond de la maladie; armé de moyens très-divers, il fait la guerre aux accidents, aux localisations. On com-

Crau et à l'est d'un étang, continuation de celui de Berre; elle est divisée, dans sa longueur, par une petite montagne percée à sa base pour faciliter la communication des deux parties dont elle est formée (le delà et le pertus). La première partie, dans toute sa longueur, fut d'abord exposée au fléau épidémique; mais il attaqua ensuite avec plus d'intensité la seconde, adossée à l'ouest à la montagne et baignée à l'est par un étang qui inonde parfois toutes les rues non pavées, et dont la pente n'est pas favorable à l'écoulement des eaux. Les habitants du sommet de la montagne furent entièrement préservés. Au midi et au nord, on retrouve la même loi, et sauf les anomalies dont les causes spéciales nous échappent encore, il faut bien reconnaître que le choléra diminue de fréquence en raison directe de l'élévation des lieux et de la sécheresse du sol. Les faits exceptionnels ne peuvent renverser cette loi, et ils doivent être l'objet de nouvelles recherches, qui nous dévoileront leur enchaînement avec les faits soumis à cette loi. Nous ne connaissons d'ailleurs que les couches superficielles de l'écorce du globe, nous ignorons la situation et l'étendue des courants et des nappes d'eau qui les arrosent et les séparent. L'hydrographie extérieure seule est bien connue.

MARSEILLE, dont la population était, à l'époque où elle a été envahie par l'épidémie, de 145,215 habitants *intra muros* et de 23,943 *extra muros*, a perdu dans les deux invasions qu'elle a subies, en 1834 et 1835, 3,273 cholériques. Cette antique cité, dans une situation pittoresque, offre des quartiers d'une beauté remarquable, dont les rues sont larges, les maisons bien construites où l'air circule avec facilité. D'après le témoignage de Ducros, c'est dans les quartiers bâtis sur des terrains d'alluvion et habités par des gens riches, jouissant par conséquent du précieux avantage de la fortune, que le choléra commença à exercer ses ravages; ce n'est que trois semaines après cette première invasion qu'il attaqua les vieux quartiers, dont les rues sont étroites, sales, les maisons mal construites et peu aérées, habitées par une population dont les habitudes et le régime favorisent ordinairement l'explosion et les effets désastreux des épidémies. Les premières personnes atteintes logeaient au chemin de la Madeleine, ancien lit du torrent de Jaret, et dans d'autres parties où furent jadis des marais, et plusieurs maisons où il existait des fontaines et des bassins offrirent de nombreuses victimes. Suivant le même témoignage, pendant le règne du choléra à Marseille, sur 50,000 âmes qui sortirent de la ville pour habiter les nombreuses maisons de campagne qui l'environnent, il n'y eut sur 1,000 qu'une personne frappée de la maladie; tandis que dans l'intérieur de Marseille le nombre des malades et des morts fut beaucoup plus considérable. Cette dernière observation, vérifiée par MM. Dubreuil et Rech, vient encore s'ajouter aux faits nombreux exposés dans ce travail, démontrant que dans les villes élevées en amphithéâtre les parties les plus déclives sont généralement celles où le choléra et la plupart des épidémies sévissent plus longtemps et avec une plus grande intensité.

A Marseille, pendant plusieurs années, la sécheresse avait été remarquable et des sources qui coulaient sans interruption de temps immémorial avaient entièrement tari; l'abondance des pluies dans l'automne de 1834 fit paraître ces sources et en fit même surgir de nouvelles dans les environs de cette ville. Lorsque le vent du nord-ouest eut desséché le sol, on vit diminuer la fréquence des attaques cholériques, et elles augmentaient au contraire sous l'influence des vents du sud et de l'humidité. Assurément ces causes auxiliaires n'ont rien de constant dans leurs effets, caractère remarquable des phénomènes telluriques et météorologiques; mais ce n'est point une raison pour en nier l'existence, pour négliger d'étudier leur action suivant les saisons, les climats, la nature et l'élévation du sol. Ici encore se retrouve la loi que nous avons établie, il est évident que le choléra, à Marseille, s'est développé sous la triple influence des conditions géologiques, géographiques et atmosphériques.

Plusieurs faits remarquables en faveur de la non-contagion furent observés dans le cours de cette épidémie; de nombreux *frotteurs* employés au soulagement des malades furent généralement épargnés, et les cholériques réfugiés dans les *bastides* construites sur les hauteurs qui dominent Marseille n'y ont point augmenté le chiffre de décès par suite de leur émigration; le fort Saint-Nicolas avec sa garnison de 908 hommes n'a perdu qu'un militaire et le fort Saint-Jean a été préservé dans les deux invasions. Le premier est à 41 m. 80 c. et le second à 47 m. 73 c. au-dessus du niveau de la mer. Enfin les filles publiques seules ont été épargnées, et cependant elles se trouvaient logées aux environs du grand théâtre signalés comme les plus maltraités. Contentons-nous d'enregistrer ces faits, et attendons avec humilité les décisions suprêmes de l'expérience.

TOULON, sur une population de 44,400 âmes, a compté 2,025 décès cholériques. Cette ville, située au bord de la Méditerranée, entourée au nord d'une chaîne de montagnes, bornée au midi par le littoral, est arrosée par des eaux courantes qui entretiennent beaucoup d'humidité dans les rues. Comme à Marseille, le vent du nord y souffle très-souvent, et aucune maladie endémique ne s'y développe.

Les médecins de Toulon, voyant l'épidémie s'étendre rapidement au moment de l'émigration des habitants dans les villages où ils venaient se réfugier, pensèrent d'abord qu'elle avait été importée; mais ensuite, ayant reconnu qu'elle ne se communique point *d'individu à individu*, ils admirent avec raison la transmission *de localité à localité*. Ici l'expérience éclairée de ces médecins est d'accord avec la marche de la nature; il s'agit seulement de savoir si la transmission s'opère par l'atmosphère, ou si au contraire la cause perturbatrice se transmet ordinairement au travers de couches terrestres: tous les faits sont favorables à cette dernière hypothèse et tendent à prouver que c'est d'une manière consécutive que l'atmosphère reçoit l'influence de cette cause générale. En effet, ce sont les localités et non les individus agglomérés dans les mêmes contrées, qui résistent plus ou moins longtemps à son action perturbatrice et destructive; et si l'air en était le véhicule, la transmission s'opérerait d'une manière graduelle, uniforme, générale. Les faits vont peut-être élucider cette importante question.

BRIGNOLES, sur 6,000 habitants, a enregistré 133 décès cholériques. Cette ville est assise sur une élévation, et elle est seulement abritée des vents du nord-ouest, qui soufflent habituellement dans cette contrée. Les rues sont étroites, les maisons mal construites; on y voit un grand nombre de fontaines formant des ruisseaux qui vont se réunir dans des fosses profondes où l'on jette des matières putrescibles, qui, avec les dépôts de fumiers, sont, aux yeux des rapporteurs, de véritables foyers d'infection. La plupart des habitants se livrent à l'agriculture; d'autres sont tanneurs, fabricants de chandelles, ou préparent la soie.

MM. Dubreuil et Rech signalent dans cette ville la fréquence des orages, des variations atmosphériques et des fièvres intermittentes; en quelques minutes, suivant ces observateurs, le thermomètre monte et descend de 7 à 8 degrés. Ces phénomènes indiquent positivement les rapports des perturbations des agents physiques, des anomalies organiques, la puissance des causes locales sur le développement des phénomènes de la chaleur et de

---

prend que, dans les circonstances où la physionomie spéciale de l'accès pernicieux dépend de la dose de poison absorbée ou de troubles purement fonctionnels, la médication dirigée contre le fond puisse suffire seule; mais quand il existe des lésions plus ou moins profondes dans les organes, ces désordres ont évidemment des exigences particulières.

Il va sans dire que, dans tout accès pernicieux, quelle qu'en soit la forme, si la vie est menacée d'extinction, il faut recourir aux stimulants, aux révulsifs capables d'empêcher cette funeste terminaison.

Nous avons parlé avec quelques détails de l'état typhoïde qui suit souvent les fièvres rémittentes. Un assez grand nombre de fièvres pernicieuses revêtent aussi cette forme, quelquefois d'emblée, mais bien plus fréquemment après un premier accès. A Rome, cet état a été l'un de ceux contre lesquels les efforts du médecin ont le plus fréquemment échoué. On a, en général, dirigé contre lui le traitement dont nous avons parlé à propos de la période comateuse qui termine quelquefois les fièvres rémittentes, traitement qui se compose de sulfate de quinine, puis d'une série de moyens stimulants, révulsifs, perturbateurs. On a cru bien se trouver de l'adjonction de quelques antispasmodiques, quand le délire et l'ataxie prenaient un notable développement. La potion composée d'éther 2 grammes, teinture d'opium 12 gouttes, avec eau distillée de menthe poivrée pour véhicule, ou bien encore le camphre à 0,5 et la teinture d'opium à 12 ou 15 gouttes, sont les médicaments auxquels notre expérience nous porte à accorder le plus d'efficacité. Enfin, l'un de nous, M. le docteur Mayer, à la pratique duquel un long séjour en Algérie donne de l'autorité, a heureusement manié, dans cet état typhoïde, de fortes doses de chlorhydrate d'ammoniaque (1).

---

(1) Quelques médecins italiens, faisant exception à la bonne confraternité que nous avons trouvée chez nos collègues de Rome, ont répandu dans les cafés, dans les officines, chez les perruquiers, le bruit que les médecins français ne savaient pas du tout soigner les fièvres graves d'Italie, et ont crié partout que la mortalité était énorme dans nos hôpitaux.

Et d'abord, les quatre cinquièmes des médecins du corps expéditionnaire avaient séjourné plus ou moins longtemps en Algérie.

Et ensuite arrivons aux chiffres.

Des médecins italiens traitaient des militaires français à Saint-Esprit; les médecins de l'armée étaient chargés d'autres hôpitaux. Les hommes admis des deux côtés se trouvaient dans les mêmes conditions. De part et d'autre, on fournissait des relevés officiels. Or il ressort de ces pièces, déposées au conseil de santé, que la proportion de la mortalité a été plus élevée à Saint-Esprit que dans les hôpitaux du Quirinal.

Nous ne donnerons pas un démenti à la réputation de courtoisie acquise aux Français, d'autant plus que la masse des médecins de Rome, et surtout les plus éclairés d'entre eux, se sont montrés pleins de sympathies. Nous attribuons la mortalité de San Spirito au site insalubre de cet hôpital et à l'encombrement qui y régnait.

l'électricité. J'ai observé, dans la campagne de Rome et dans d'autres lieux où il n'existe aucun marais, aucun foyer d'infection, les mêmes perturbations, les mêmes anomalies; mais ces faits ont les connexions les plus intimes avec d'autres faits rapportés par MM. Rech et Dubreuil. C'est le 17 juillet qu'éclatent de violents orages à Brignoles: c'est précisément à la même époque que commencent les ravages de l'épidémie. Les 1er et 2 août, ils éclatent de nouveau, et alors on observe une recrudescence de cette affection, dont la terminaison est rapidement mortelle. Ces faits ne sont point isolés, et ils ont été observés dans l'Inde et dans d'autres contrées. Mais tantôt les orages font éclater l'épidémie, et tantôt, au contraire, on la voit pour ainsi dire disparaître à la suite de ces violentes perturbations atmosphériques. Ce double phénomène a vivement frappé notre attention au mois de juin, à Paris, et M. Andraud a observé, après le violent orage qui s'est manifesté à cette époque, sur une vaste machine électrique, le retour de l'électricité atmosphérique, dont il avait constaté la disparition complète au moment où le choléra exerçait ses plus grands ravages. Sans accorder à ce résultat une grande importance, il nous est impossible de ne pas voir une relation directe entre les perturbations de l'électricité atmosphérique et le développement des anomalies organiques qui caractérisent le choléra. On peut admettre, en attendant les résultats d'expériences multipliées, indispensables pour fonder une théorie positive, que, dans les cas où l'équilibre électrique se rétablit dans l'atmosphère, le choléra cesse ou diminue d'intensité, tandis que, dans les orages où cet équilibre est rompu, l'épidémie apparaît et présente une dangereuse recrudescence. Ces observations sont de la plus haute importance, et doivent engager les scolastiques et les métaphysiciens des écoles modernes à procéder comme nous du connu à l'inconnu dans la recherche de la vérité. Ces réalistes nous apprendront sans doute un jour comment la foudre tue les insectes, neutralise les miasmes cholérifères, et comment, dans d'autres cas, la foudre ressuscite ces insectes et rend à ces miasmes toute leur activité toxique. Ces étranges suppositions peuvent-elles être admises par un esprit lucide? Je ne le pense pas. Cependant, sans ces suppositions, l'hypothèse des insectes et du miasme cholérique devient impossible, et ceux qui la préconisent sont forcés de l'abandonner ou de tomber dans l'absurde. Il n'y a pas pour eux d'autre alternative.

Un grand nombre de personnes ont quitté Brignoles pour se réfugier à la campagne, et cependant les villages environnants n'ont offert que quelques victimes. Ici on constate encore l'influence des localités sur le développement de l'épidémie; tous les faits viennent se coordonner pour en démontrer l'évidence. Cependant, au moment où nous relisons notre travail (le 28 octobre 1849), nous trouvons dans un journal de médecine une assertion absolument opposée de la part d'un médecin de Blois, qui affirme que la situation topographique des localités est nulle dans la marche du choléra. La réfutation complète de cette assertion se trouve dans le travail de MM. Dubreuil et Rech, et dans les recherches de tous les observateurs qui ne se sont point bornés à rendre compte des faits observés dans une seule contrée. Vouloir constituer la science des épidémies avec de semblables faits, recueillis dans un cercle étroit et avec les plus étranges préoccupations, c'est vouloir élever une seconde tour de Babel.

Rapportons un fait intéressant, dont les contagionistes pourront peut-être tirer quelque induction. Deux jeunes gens ayant éprouvé, pendant la nuit du 8 au 9 août, des vomissements et des selles fréquentes, partirent le lendemain matin pour une maison de campagne où étaient réunies trente-deux autres personnes émigrées, circonstance importante dans l'appréciation du fait. La société se livra, dans la journée, à la bonne chère et à tous les plaisirs de la campagne, après un dîner copieux suivi d'un bal, et quatorze de ces émigrés furent pris pendant la nuit des symptômes de l'épidémie régnante. L'un d'eux succomba dans la nuit même, cinq dans la journée du lendemain et deux quelques jours plus tard. Les jeunes gens arrivés malades furent guéris, et les parents qui leur donnèrent des soins furent les premières victimes... Mais quel rôle ces jeunes gens ont-ils joué dans le festin et la partie de campagne? Qui ne connaît, dans ce cas, la suite funeste des excès de table, d'un bal où l'on s'expose à un refroidissement étant en sueur, sous l'influence des boissons froides? D'ailleurs la rapidité et la simultanéité des accidents semblent annoncer qu'ils ne peuvent être dus à la contagion.

(*La fin au prochain numéro.*)

MÉDECINE OPÉRATOIRE.

ESQUISSE D'UNE HISTOIRE DES AMPUTATIONS ET PARTICULIÈREMENT DE LA MÉTHODE DE CELSE; par M. A.-E. LACAUCHIE, chirurgien principal, chirurgien en chef du corps expéditionnaire de la Méditerranée.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

§ XXIII. — Si l'on refusait à Celse, ou plutôt à son époque, la justice qui leur est due, on ne pourrait la refuser à Archigène, qui le suit de si près. Le chapitre de cet auteur, intitulé *De amputandis partibus*, est fait pour dissiper tous les doutes, et pour prouver aux plus incrédules que la chirurgie de ce temps n'était entachée ni d'ignorance ni de dénûment, ainsi qu'on le répète à tout propos.

Archigène indique méthodiquement les diverses affections qui peuvent nécessiter l'amputation. Ce n'est pas seulement la gangrène: ce sont les ulcères putrides ou rongeants, certaines espèces de cancer, certaines productions contre nature, etc. Les règles qu'il trace s'appliquent, c'est lui qui nous en prévient, aux incisions qui mettent à nu les parties profondes, dans l'extraction des traits, ou des divers corps que ceux-ci ont pu entraîner avec eux. — Quant aux détails opératoires, il en fait trois groupes: ceux qui précèdent l'opération; ceux qui l'accomplissent; ceux qui lui font suite.

Après avoir dit que les vaisseaux qui se rendent à la partie qui va être amputée doivent être ou étreints dans un lacs qui embrasse tout le membre ou liés isolément, il prescrit de relever la peau; de la fixer avec un ruban; de couper circulairement au niveau de ce lien; de relever encore et de couper de nouveau les parties tendineuses et membraneuses qui enveloppent l'os; enfin de scier l'os. — D'ailleurs c'est avec le feu qu'il arrête le sang, en évitant toutefois de toucher les nerfs; et l'on voit par le reste du pansement qu'il ne poursuit qu'une réunion secondaire.

§ XXIV. — Héliodore, DE EXTREMIS MEMBRIS ABSCENDENDIS, constate que l'hémorrhagie qui se produit après la section des vaisseaux donne une

---

Un des traits caractéristiques des fièvres de Rome, c'est leur tendance aux récidives. Celles-ci se manifestent certes avec autant d'opiniâtreté que dans les localités algériennes réputées très-insalubres. Le changement d'air, l'envoi à Frascati, était le meilleur préservatif. Un certain nombre de sujets, après s'être continuellement bien portés sur les collines saines de Frascati, ont vu la fièvre revenir aussitôt qu'ils ont été de retour à Rome. Un écart de régime, un refroidissement, une émotion, ont souvent été les causes occasionnelles de ces rechutes. D'autres fois celles-ci sont arrivées sans qu'on puisse invoquer autre chose qu'une nouvelle absorption du miasme.

Nous avons essayé, à l'hôpital, de prévenir les rechutes, au moyen du régime suivant: alimentation copieuse et substantielle largement arrosée de vin, décoction ou vin de kina (1), vin de gentiane et autres amers, petite centaurée, fer, café. Il est arrivé que plusieurs de nos malades recevaient à la fois presque tous ces médicaments. Nous avons eu des succès, mais ils n'ont pas été en rapport avec notre espérance. L'arsenic n'a pas répondu à notre attente. Au contraire, le traitement suivant nous a semblé mériter toute confiance: même régime que ci-dessus, amers, fer, café, quinquina sous une autre forme que le sulfate de quinine, celui-ci épuisant quelquefois son action quand on l'administre journellement; puis, à l'époque présumée du retour de la fièvre, un émétique ou un éméto-cathartique, et quelques doses de sulfate de quinine, sans discontinuer ni l'alimentation réparatrice ni les amers.

A Rome, on vante les deux préparations suivantes, comme efficaces contre les récidives opiniâtres: 1° poudre, à parties égales, de quinquina et de crème de tartre soluble; 60 grammes, à prendre en cinq jours. Ce médicament, que nous avons donné à 20 grammes par jour, est bien loin de valoir la médication à laquelle nous nous sommes arrêté. 2° Poudre, à parties inégales, de quinquina, valériane, chlorhydrate d'ammoniaque. Nous n'avons pas expérimenté ce composé.

Une vive secousse imprimée à l'économie détruit très-souvent la tendance aux récidives. A Rome, le peuple se débarrasse des fièvres quartes rebelles d'automne, en s'enivrant fortement. Dans notre service, nous avons presque toujours observé qu'une affection grave survenue, pneumonie, variole, bronchite aiguë et profonde, etc., mettait un terme aux récidives. Les flux intestinaux ne nous ont pas semblé remplir le même rôle; il faut ajouter que ceux-ci étaient le plus souvent symptomatiques de fièvres invétérées accompagnées de cachexie.

L'autopsie a révélé des lésions en rapport avec la forme des accès et les phénomènes présentés pendant la vie; lésions récentes, peu marquées en général, consécutives ou tout au plus concomitantes de l'accès sous la dépendance duquel on s'est accordé à les ranger. Ce sont des hypérémies sthéniques, des infiltrations ecchymotiques passives, des engorgements, des collections séreuses. La rate a été trouvée d'autant plus développée que la fièvre était plus ancienne; aussi était-elle énorme chez quelques sujets ayant succombé à la cachexie palu-

(1) Le vin de kina du formulaire des hôpitaux militaires est une mauvaise préparation. Au lieu de le faire par macération, on l'obtient en jetant quelques gouttes de teinture de kina dans de gros vin du midi. Pendant quatre à cinq mois, nous n'avons pu avoir que du quinquina gris pour nos décoctions.

gravité à part aux amputations qui se pratiquent soit au-dessus du genou, soit au-dessus du coude; il dit que quelques opérateurs cherchent en vain à éviter ce danger en divisant les parties molles d'un seul coup et en sciant l'os tout aussitôt. Il ajoute : « Ideo videtur mihi satius esse membri partes quæ carnes minus abundant prius incidere, ut in priori parte cruris, dein serrulâ secare, atque ubi ossa præcisa sunt, reliquas carnes excidere, ut membrum auferatur. Verum supra partem serra præcidendam vinciens quantum res fert, facere consuevi ut vasa repleantur, et tunc opus aggredi, ut propositum est. Præcisis ossibus scalpella omnino excidantur, quæ relictæ fuerant continuo carnes, et dum eæ auferuntur, linamenta magna imponantur, ac linteoli vice quod iis custodiendis adhiberi solet, panniculi complicati adversi inter se objiciantur, et super spongiæ deligentur, vincturaque adhibeatur aliquantulum adstricta, a tertio autem vel quarto die cum sanguinis profusio destitit, curatio adhibeatur puri movendo idonea, ulcere semper linamentis contecto. »

Le procédé décrit par Héliodore lui appartient-il, ou cet auteur ne fait-il que reproduire, en l'approuvant, un mode opératoire adopté par quelques-uns de ses contemporains? On ne saurait le dire; mais nous devons faire remarquer que cette opération en trois temps distincts, et qui place la section de l'os entre deux sections des parties molles, ne néglige pas cependant l'emploi du lien constricteur qui doit suspendre la marche du sang dans la partie amputée. De plus, la compression directe sur l'extrémité des vaisseaux divisés est le moyen hémostatique qu'Héliodore oppose à l'hémorrhagie. Cette compression entraîne un pansement bien différent de celui que Celse préconise, et dès lors toute la cure ultérieure est celle d'une plaie suppurante. Je dis que ce pansement est la conséquence obligée de la compression; car lorsque plus loin le même auteur parle des ablations des doigts surnuméraires, on est tenté d'admettre qu'il pansait la plaie par réunion immédiate : « Si le doigt surnuméraire n'est formé que de parties » molles, le scalpel l'enlève facilement; deinde cum vulnus modicum sit, » cicatrix cito inducitur. »

Mais ce qui suit, relativement au doigt surnuméraire pourvu de pièces osseuses, ne laisse aucun doute sur l'emploi de la réunion immédiate. Ce passage offre un autre intérêt : il contient la première mention pour nous de la méthode d'amputation à lambeaux : « Cum vero a subjecto osse exortus fuerit, præcedere oportet, idque hac ratione efficitur. Inciditur in ambitu digitus adnatus prope basim, et ab ea incisione duabus locis caro hinc et inde recta subsecatur, tum ambæ ejus partes sustolluntur. Fundamento nudato totus adnatus digitus excisoriis scalpeis excidantur, et tunc subjectum os radula levetur, ac sublatæ carnis partes adducantur et consuantur, et glutinatio fiat. »

Voilà bien, on en conviendra, l'amputation à lambeaux, et, comme nous le verrons par la suite, le plus rationnel de ses procédés.

§ XXV. — Nous ne trouvons rien dans Paul d'Égine qui mérite d'être mentionné. Cet auteur reproduit, en l'attribuant à Léonides, le procédé d'Héliodore qui place la section de l'os entre deux sections des chairs. — Albucasis ne pense pas que les amputations puissent être faites au-dessus du genou ni même au-dessus du coude. D'ailleurs il opère entre deux ligatures, et il ne veut pas que l'on attende, pour se rendre maître d'une hémorrhagie inquiétante, que le couteau ou la scie aient achevé la séparation : « Quod si acciderit hæmorrhagia in operis tui medio, eqnidem quam citissime locum uras, vel applices illi quemdam ex pulveribus sanguinem sistentibus, dein ad curationem redeas, donec absolvatur. »

§ XVI. — Guy de Chauliac. C'est au chapitre des amputations que se trouve indiquée pour la première fois la méthode des inhalations anesthésiques. La vogue qui s'est attachée depuis quelques années aux inhalations d'éther, et plus récemment à l'emploi du chloroforme, donne à ce passage un intérêt tout particulier :

« ... Nonnulli vero, ut Theodoricus medicinas somniferas ut non sentiatur incisio, dictant, velut est opium, succus solani, hyoscyami, mandragoræ, cicutæ, lactucæ. Et imbibunt eis spongiam novam, et permittunt eam ad solem exiccari; et quando est necesse, mittunt illam spongiam in aquam calidam, et dant eam odorandam donec capiat somnum; et ipso obdormitato, faciunt operationem. Deinde alia spongia aceto imbuta et naribus applicata expergefaciunt : vel succum rutæ vel fœniculi in auribus et auribus ponuot, et ita evigilant eum, ut dicunt. Alii vero dant opium potandum, et male : præcipue si juvenis est, et percipiat : quia, cum magna pugna virtutis animalis et naturalis, audivi quod incurrerunt maniam, et per consequens mortem. »

§ XXVII. — Barth Maggi, l'un des premiers, nous parle du couteau ardent qui jouissait alors d'une grande faveur; il en blâme l'usage, parce que la section et l'ustion se confondant dans un seul et même temps, les nerfs n'ont pas le temps de se retirer pour se soustraire à l'action du feu. Il aime mieux faire la section avec un couteau bien tranchant; mais avant de scier l'os, il passe rapidement, sur la plaie, un cautère en faucille; puis il scie l'os, et après cette dernière opération, il porte encore le feu sur les vaisseaux, mais avec des cautères olivaires ou sphériques. — Cependant, malgré ces cautérisations répétées, et quoique Maggi ne nous donne pas de détails sur la manière dont il divisait les parties molles, nous devons reconnaître qu'il arrivait à donner à l'os la protection des chairs.

« Sed ut transversum dissectum os contegatur in membrorum incisione ministris jubere soleo, ut amputandum membrum contineant, et ad se quantum possunt membri illius cutem carnemque trahant, ut dissecta pars, in cutis et carnis musculorum relaxatione, facilius tegatur, atque ita quandoque statim os illud contegitur, ut nullo modo conspiciatur, ex quo facilius curatio absolvetur. »

Lorsqu'il sera question des désarticulations, nous verrons que cet auteur arrivait au même résultat pour les amputations sur la contiguïté des os, par un procédé qui restera le type de tout ce qui a été fait depuis sur les désarticulations par la méthode circulaire.

§ XXVIII. — A. Paré insiste également sur la nécessité de retirer la peau et les muscles vers la racine du membre :

« Ut mox opere peracto, deorsum devoluti, excisorum ossium extrema opperiant, iisdem que cicatrice tandem inducta, pulvilli et tomenti loco sint, sic que compressionem, ne reliqua corporis mole sustentanda, iudolentius ferant : adde quod sic ad sanitatem et cicatricem regressus expeditior et celerior est : nempe quo plus carnis, cutisque ossum extremis retinquitur eo citius carne et cicatrice obducuntur. »

Paré amputait avec le couteau en faucille, *culter falcatus*, il en donne la figure, et il lui trouve surtout l'avantage de pouvoir atteindre les chairs placées dans les espaces interosseux.

« ..... Amputata membra et excisa, citissime et arctissime venæ arteriæ que deligandæ sunt; quod fiet, comprehensis vasis rostro corvino..........

Constrictis vasis, solvenda est deligatura supra excisionis locum abducta : hinc vulneris labra, ductis decossatisve acu quatuor punctis, et penitius iri carnem adactis, nectes : sic enim cutis et abscissorum musculorum, sursum

---

déenne, tandis qu'elle sortait peu des limites normales chez les individus tués rapidement par un accès pernicieux. Dans quelques cas rares, l'organe splénique avait les dimensions physiologiques. La fièvre algide ne laisse souvent que des concrétions fibrineuses dans le cœur; la fièvre comateuse, de la sérosité dans les méninges et dans les ventricules cérébraux; la forme ataxique, un peu de congestion cérébrale et souvent aucune lésion; la forme typhoïde et putride, des infiltrations ecchymotiques. Mais ces désordres sont trop inconstants pour qu'on puisse, avec quelque sûreté, rattacher une lésion fixe à une forme de fièvre donnée. D'ailleurs ils peuvent entièrement manquer.

Dans la cachexie paludéenne, l'autopsie a révélé : anasarque, hydropisies diverses, engorgement des viscères abdominaux, sang appauvri, souvent lésions intestinales. Nous insisterons ici sur un fait remarquable, sur l'absence de lésions intestinales chez quelques sujets morts de cachexie paludéenne accompagnée de diarrhée séreuse prolongée.

Cette expression *cachexie paludéenne* nous semble caractériser parfaitement l'état dans lequel tombent les individus qui ont subi de nombreuses atteintes du miasme des marais. Cet état, encore incomplétement décrit aujourd'hui, exige un travail spécial, auquel nous comptons consacrer nos soins. Qu'il nous suffise de rappeler ici, pour l'intelligence de ce qui va suivre, qu'il est, en général, ainsi caractérisé : anémie; teinte mate et jaunâtre de la peau qui devient sèche, pulvérulente, amincie; langueur de toutes les fonctions; hydropisies et anasarque; engorgements abdominaux.

Une première remarque importante est celle-ci : certains individus ont été en proie à la cachexie paludéenne après trois ou quatre rechutes seulement; d'autres ne l'ont présentée qu'à un faible degré après quatre ou cinq mois de rechutes nombreuses et rapprochées. Ordinairement lente et graduelle dans son développement, elle s'est quelquefois montrée véritablement aiguë et galopante. Nous sommes obligé de nous borner aujourd'hui à signaler ce fait, malgré le haut intérêt qui s'y rattache.

On peut grouper sous quatre chefs les différentes manières dont la mort est survenue chez les individus affectés de cachexie paludéenne : 1° par suite d'une sorte d'épuisement lent, dû en partie à l'incomplète assimilation des matières alimentaires; 2° par le progrès croissant des collections séreuses et de l'engorgement des viscères; 3° dans le coma; 4° par la diarrhée.

Insistons seulement sur la mort par le coma. Nous avons vu des individus vivre un et même deux mois avec une énorme ascite et une anasarque réellement monstrueuse, contre lesquelles le traitement le plus énergique échouait. L'appétit était conservé; il y avait souvent un peu de somnolence, conséquence de l'accumulation de sérosité dans les cavités cérébrales ou méningiennes; puis, sans prodromes, un coma profond survenait, et le malade était enlevé en un, deux ou trois jours. On a souvent pris ce coma entraînant rapidement la mort pour un nouvel accès pernicieux; or, dans la majorité des cas, il est dû à une rapide augmentation de la sérosité contenue dans les cavités cérébrales et méningiennes. Nous avons déjà relevé cette erreur pour les fièvres d'Algérie.

Quand on s'y prend de bonne heure, on enraye la cachexie paludéenne; mais lorsqu'elle est profonde et déjà ancienne, on échoue le plus souvent : l'anasarque persiste, malgré les diurétiques; un régime substantiel, les toniques, les stimulants, amènent une diarrhée qui emporte le malade; sous l'influence d'un régime

arclé amputationem abdnctas portiones, laxe ossibus ipsis indnces, ne quam maxime ipsa undique conteges, ut minus aeris appulsu feriantnr, et vulnus citius agglutinetor. Quod vero de nexu labrorum vulneris, quatnor acu dnctis punctis dicimus, non est ita audiendnm, quasi contentius conari debeas, ut ipsa sibi mutuo applices, et quodam contactu adjnngas : snfficiet si ipsa mediocri contentione sibi propius adducas : ut sic cutem, subjectam que nnà carnem, pristinæ suæ, quam ante retractionem babebant laxitati, restituas : tandemque naturæ accidente opera, vulnus facilius agglutinis. »

Deux faits importants dominent dans ce dernier passage : la ligature appliquée aux vaisseaux aprés les amputations ; la snture mise en usage pour réunir les lévres de la plaie, même aprés les ampntations faites dans la continnité des os. L'un et l'autre font un grand bonnenr à la sagacité de Paré ; il ne faut pas onblier, toutefois, qne la suture des lévres de la plaie n'avait jamais été complétement bannie de la pratique, aussi Paré n'élève-t-il aucun droit d'invention sur ce point. Il n'en est pas de même pour la ligatnre des vaisseaux, elle avait été complétement supplantée par le feu et par les caustiqnes; le feu surtout était alors conseillé par tous les maîtres, employé par presqne tous les cbirurgiens. Paré suivit d'abord cette pratique ; il l'avoue avec chagrin, ajoutant qo'il n'y pense plos qu'avec horreur ! Ce feu appliqué sur des plaies vives et saines causait au malade d'atroces donleurs qui, réagissant sur les viscères, développaient les accidents les plns graves, et le plus souvent amenaient la mort. Les deux tiers des amputés étaient victimes de ce système ; et ceux qui ne succombaient pas avaient à lutter contre la fièvre, les convulsions, et finissaient par garder des plaies incurables. — C'est pour éviter d'aussi déplorables résultats que Paré, dans les amputations, appliqne sur les vaisseaux la ligatnre qu'il trouvait indiquée par Galien, pour les vaisseaux des plaies récentes, et il engage ses confrères à l'imiter. — Nons nous plaisons à répéter qu'en tout ceci, le mérite de Paré est immense ; cependant nous devons rappeler que la ligature des vaisseaux nous semble trop clairement indiquée par Celse, pour qu'on puisse mettre en doute s'il s'en servit et si elle fut employée par quelques chirurgiens des premiers siècles de l'ère chrétienne.

§ XXIX. — C'est du vivant d'A. Paré, et lorsqne de fréquentes relations devaient résulter pour eux de leur contact obligé dans le palais de Charles IX, que Botal proposa sa machine à amputations. Paré u'en parle pas ; de son côté Botal se tait sur la ligature des vaisseaux. On le regrette, car on vondrait connaître le jugement que chacun d'enx portait sur l'invention de son confrère. Personne n'ignore la compétence de Paré dans ces questions ; on sait moins que Botal était nu esprit snpérieur, et qui a laissé la mesure de sa valeur chirurgicale dans son remarquable traité.

Ou voit dans Botal que quelques opérateurs, à l'exemple des anciens, ajoutaient à la constriction du membre amputé, celle des membres sains, *quò revocata ad hoc sanguine, minor fiat effusio.*

En appliquant anx grandes amputations la méthode de l'ablation instantanée, déjà en usage pour les doigts, cet habile médecin voulut prévenir les dangers inhérents à l'hémorrbagie et à la douleur. Sa machine se composait de deux couteaux, l'un inférieur et fixe, l'autre supérieur, très-pesant et mobile dans les mortaises verticales de deux montants latéraux. Le membre malade était placé sur le premier conteau, dans le point même où il devait être amputé, et le couteau mobile, obéissant à nn mécanisme qu'il est facile de concevoir, tombait sur lui d'une certaine hauteur, et le divisait d'un seul coup. Botal assure que la coutusion produite par cette machine est presque nulle, lorsque les couteaux conpent bien ; que la brisure de l'os elle-même a peu d'importance, *cum facilè frogmenta hoc loco, arte deducantur, vel a natura rejiciantur.* Jacob, praticien estimé de cette époque, se servait de cette macbine ; il en fait l'éloge, et il dit, cbose très-croyable, que les amputés n'éprouvaient qu'nne sensation semblable à celle que produit une étincelle de feu tombant sur le pied ou snr la maiu.

Cependant une pareille méthode devait être suivie le plns sonvent d'accidents trop graves pour ne pas être blâmée et même proscrite. C'est ce qui eut lieu en effet, surtont après la juste et sévère appréciation qu'en fit Fabrice de Hilden. « Membra uon esse scalpris absciudenda ostenditur.
» Cæterùm monitos velim cbirurgos rationales fideles, ne ni abscissione
» manuum et digitorum eos seqnantur, qui membrum in scamnum collo-
» cant, et apposito sclapro, aut securi, ictu mallei carnem et ossa simnl et
» semel maximà cnm vebementia, maximoque cum impetu abscindunt. Est
» enim operatio nimis violenta et crudelis, ac proinde rationali chirurgo
» indigna : ægris vero plané exitiosa, propter maxima, quæ ipsam sequan-
» tur, symptomata. Nou solùm enim hac operatione partes nervosæ et
» musculosæ supra modum contenduntnr, et conquassantur, verùm etiam
» ossa ipsa ad proximam articulationem usque, nt plurimum, finduntur :
» hinc et si ossa nullum babeant sensum, ratione tamen periostii doloresgra-
» vissimi, inquietudines, vigiliæ, inflammationes, convulsiones aliaque pes-
» sima symptomata sequantur, imo et nonnumquam gangræna de novo sub-
» oritnr, ægrumque perimit. Sin vero bujusmodi symptomata omnia non
» supervenerint, ulcus tamen difficnlter, et non nisi maximà difficultate ad
» cicatricem perducitur, idque propter maximam confractiouem, et com-
» mnnitionem ossium, qnæ binc et iude per partes musculosas remanent,
» et ad tempus periostio adhærent, tandem vero paulatim beneficio na-
» tnræ regicientur, atqoe expelluntur. »

Ce jngement est suivi d'une observation qoi le jnstifie de tons points. Fabrice de Hilden amputait indifféremment avec les couteanx incandescents et avec les couteaux ordinaires, et toujours il brûlait les vaisseaux. Il ne parle même pas de leur ligature ; il s'arrête an contraire sur la suture appliquée au pansement de la plaie, et la repousse.

§ XXX. — Dominique Renliu et Vésale se bornent à reproduire le dernier paragraphe dn septième livre de Celse, mais sans en faire sortir ce qu'il contient. Le dernier s'élève contre l'amputation dans le vif ; il veut qu'elle soit faite dans l'épaisseur des tissns gangrenés. Ailleurs il croit trouver dans le texte de l'auteur latin la condamnation des articulations. Cette manière de voir ne permettait pas que Vésale trouvât quelque intérêt à approfondir la pensée de Celse ; aussi ne l'a-t-il pas fait. Courtin n'altère pas moins le sens de Celse : « L'opération faite, tous les anteurs veulent qu'on
» mette le feu aux vaisseaux. Toutefois Celse se conteute de renverser la
» peau par-dessus l'os scié et la chair coupée ; et au cas qu'il n'y ait point
» de peau, il met une compresse saupoudrée de quelques astringents, et
» par-dessns une éponge baignée en vinaigre. » — Nous avons vu par Paré que *tous les auteurs* vont trop loin ; il faut se borner à dire presque tous. Celse ne dit nulle part qu'il n'opposait à l'hémorrhagie que le renversement de la peau ; il n'a pas indiqué non plus les cas où on n'aurait pas de peau, et il ne les a pas indiqnés parce qu'il ne les admettait pas.

§ XXXI. — Guillemeau, l'élève de prédilection, le collaborateur, le traducteur d'A. Paré, n'accepte pas d'one manière absolue la ligature des vaisseaux après les amputations ; il lui préfère encore le feu lorsqu'il sonp-

---

sévére, le malade s'affaiblit avec rapidité, le coma et la diarrhée l'enlévent également ; les purgatifs font tomber les forces ; en un mot, presque toujours on est impuissant à conjurer la mort. La diarrhée séreuse, atonique, qui se déclare dans les derniers temps a surtout fait notre désespoir, rien n'a pu l'arrêter, ni les opiacés, ni les évacuants, ni les toniques à l'intérieur, ni les injections intestinales opiacées et amylacées, ni les astriugents les plus actifs, tels que le sons-acétate de plomb dosé de 1 à 10 grammes, ni l'alun, à plusieurs grammes par lavement.

Le traitement anquel on s'est arrêté dans la cachexie paludéeune est définitivement celui-ci : régime réparateur, mais peu copieux, prudent et composé d'aliments facilement digestibles ; quinine de temps en temps ; décoction de kina ; café ; nitrate de potasse ; quelquefois chlorhydrate d'ammoniaque ; surveiller avec le plus grand soin l'intestin, avoir recours aux amylacés opiacés et aux légers astringents dès que la diarrhée se déclare.

C'est ici le lieu de légitimer une proposition que nous avons avancée dans la première partie de ce travail, savoir que, dans le tableau de mortalité, le chiffre des décès par flux intestinaux doit être diminué au bénéfice du nombre des décès par affection paludéenne. En effet, on a porté morts de diarrhée beaucoup de sujets ayant succombé par suite de flux intestinaux survenus dans la période ultime de la cachexie paludéenne ; or il est bien évident que la diarrhée n'est ici qu'un phenomène, qu'un accident de cette cachexie, et que la table des décès doit inscrire cette dernière affection, et non la première.

Les fièvres à quinquina figureront donc en tête des maladies qui ont régné, et à couse de leur nombre, et à cause de la mortalité résultat de ces affections.

Les diarrhées simples et constituant à elles seules toute l'affection, n'ont été ni graves, ni même très-fréqnentes. Peu aiguës, le plns commnnément elles ont cédé au régime et aux opiacés. Les pilules de Segond, les évacuants, en avaient également raison. Ainsi donc, différence complète entre ces flux intestinanx et les diarrhées liées à la cachexie paludéenne.

La dyssenterie a été beaucoup moins commune et beancoup moins grave que les flux intestinaux sanglants qui font tant de victimes chaque automne dans nos provinces algériennes. Il y a, snr ce point, une dissemblance radicale entre la pathologie des deux régions ; dissemblance qui n'existe pas seulement pour l'époqne dont nous traçons l'histoire médicale, mais qui, d'après divers renseignements, se maintient chaque année, à des degrés divers, dans le pays de Rome et de Civita-Vecchia. Sur un total de 440 décés figurant dans notre tableau, 38 seulement sont dus à la dyssenterie.

Si nous avons constaté un défaut d'analogie entre les dyssenteries des deux contrées au point de vue de la fréquence et de la gravité, nous devons, au contraire, établir un rapprochement sous le point de vue thérapeutique. En Italie, comme dans l'Afrique septentrionale, ce sont les évacnants, aidés quelquefois de l'opium, qui ont rendu le plus de services. Dans les dyssenteries aiguës au début, 4 à 8 pilules de Segond par jour, ou la potion avec 1 gramme de calomel et 1 gramme d'ipéca, ont constitué le traitement le plus communément employé. Cette potion était, quand les circonstances l'exigeaient, répétée le surlendemain, quelqnefois même le lendemain. Il nous est arrivé de la prescrire avec succès trois fois dans les six jours. Les doses qne nous avons spécifiées ont été fréquemment doublées par M. Mayer, dont la pratique a été heureuse.

Cette méthode, à laquelle on a donné bien des noms : substitutive, perturba-

gonne que les tissus conservent encore quelque virulence et quelque malignité.

§ XXXII. — P. Pigray émet la même opinion. Après la ligature ou la cautérisation des vaisseaux, cet auteur veut, comme Paré, que la peau soit ramenée sur la plaie, sans effort, *qua fieri tempore id poterit*, et qu'elle soit maintenue ainsi par deux points de suture; seulement, et avant cela, il recouvre la plaie de coton, de poils de lièvre ou d'éponge, mais sans y ajouter ni poudres ni médicaments humides. Pigray insiste, dans tous les cas, pour que l'os ne soit pas brûlé, *nec illi quidquam impanendum, quo per vim cadat; ipsi enim caro sponte superenascitur.*

Fabrice d'Aquapendente pose en principe que l'on doit toujours amputer dans le mort; il le fait un travers de doigt au-dessous des parties saines; puis il cautérise avec le fer rouge et transforme ces chairs mortes en une escarre dont il attend et favorise la chute.

Cette doctrine n'est pas généralement adoptée; A. Meck revient à la section dans le vif. Il blâme la ligature des vaisseaux comme douloureuse; mais il constate que la suture de la plaie voit s'accroître le nombre de ses partisans.

§ XXXIII. — Avant d'entrer dans le dix-huitième siècle, où nous rencontrerons de grandes prétentions aux découvertes et au progrès sur cette matière, constatons que la plupart des maîtres qui lui sont antérieurs, et qui avaient admis le principe de la section dans le vif, veulent que cette section donne, en dernier résultat, une plaie « dont les parties molles re» couvrent les extrémités des os sciés, leur servent comme de consinet et » facilitent la cicatrisation. » (Lescol, OPÉRATIONS, 1636.)

§ XXXIV. — En 1707, Dionis s'élève contre ces principes. Suivant lui, « la peau, la chair et les os doivent être coupés également. » — On conçoit qu'avec une plaie aussi peu favorable à la réunion immédiate, cet auteur n'approuve pas la suture en croix. — A plusieurs reprises, et même dans les cas où la suture n'était pas employée, on s'était efforcé de simplifier le pansement; dans Dionis il devient plus compliqué que jamais. — Sans attacher trop d'importance aux hérésies chirurgicales de cet auteur, il faut cependant admettre qu'elles dominèrent pendant un certain temps, puisque, peu d'années après, J.-L. Petit parut un novateur, lorsqu'il déclara que la pratique de toutes les amputations devait reposer sur ce principe : couper le moins possible des chairs, et le plus possible des os.

Voici d'ailleurs comment il expose ce que l'on a appelé plus tard sa méthode :

« J'ai imaginé de couper les chairs en deux temps : je commence l'incision circulaire 1 pouce plus bas que l'endroit où j'ai dessein de scier les os; je ne coupe par cette première incision que la peau et la graisse jusqu'à la membrane qui couvre les muscles; je fais tirer vers le haut ces téguments, de sorte que les chairs se trouvent découvertes de plus d'un pouce; alors je les coupe circulairement au niveau de la peau; je les relève avec la compresse fendue, et lorsque j'ai scié l'os, je le trouve enfoncé. »

Telle est la méthode qui a gardé en France le nom de son illustre auteur, et dont l'Angleterre fait honneur à Cheselden. — Nous croyons inutile de faire remarquer que cette méthode n'est autre que celle de Celse, moins l'incision qui détachait les muscles de l'os. — Toutefois le pansement de J.-L. Petit ne ressemble en rien à celui de l'auteur latin, par la raison toute simple qu'il ressemble trop à celui de Dionis.

§ XXXV. — En 1742, Al. Monro signale les inconvénients attachés aux poudres astringentes; il démontre qu'elles ne font qu'irriter les plaies. — Déjà les Anglais en avaient abandonné l'usage. Ils pansaient avec des plumasseaux imbibés d'huile de térébenthine chaude, et seulement avec de la charpie fine, lorsque la ligature des vaisseaux avait été bien faite.

§ XXXVI. — Sharp (1750) est prêt à croire que l'on trouve dans Celse la double incision que se disputent J.-L. Petit et Cheselden; il conseille la suture en croix pour compléter les avantages de cette méthode, et l'applique lui-même avec une grande prudence. — Il est peut-être bon de faire remarquer que c'est à une époque avancée de sa pratique que Sharp reconnaît et proclame la supériorité de ce mode de pansement. Il insiste aussi sur les avantages de la ligature des vaisseaux.

§ XXXVII. — Louis ne pensa pas que la double incision de J.-L. Petit fût suffisante ni pour favoriser la marche régulière de la cicatrisation ni pour prévenir la saillie de l'os, surtout à la cuisse. Après avoir démontré que cette saillie est produite par la rétraction considérable et spontanée des muscles qui n'adhèrent pas à l'os, il proposa de conserver les deux incisions; mais après avoir été directement à l'os par la première, il laissait les muscles se rétracter, les relevait même, à l'aide d'une compresse fendue; puis par la seconde incision, *il portait le bistouri sur le muscle crural, coupait le point d'adhérence des vastes et du triceps à l'épine postérieure du fémur, et sciait facilement cet os trois travers de doigt plus haut qu'on ne l'aurait fait par l'autre méthode.* — L'auteur ajoute que sa méthode n'est autre que celle de Celse. Ce que nous avons dit précédemment ne permet pas de l'admettre. Louis est de ceux qui se sont volontairement emprisonnés dans les dernières lignes du septième livre, et on ne peut en douter lorsqu'il s'élève contre la suture, et lorsqu'il assure que *si la peau outre-passait le niveau des chairs, elle se replierait sur elle-même, se flétrirait ou formerait un bourrelet calleux qu'il faudrait recouper au niveau des chairs pour pouvoir cicatriser la plaie.*

§ XXXVIII. — Valentin (1772), dans ses recherches critiques, se montre par-dessus tout violent adversaire de Louis, et la méthode qu'il veut substituer à celle de ce dernier repose pour lui sur ce principe : *On ne peut éviter la saillie de l'os qu'en ayant l'attention de mettre dans l'extension la plus forte les différents muscles qui environnent le membre qui est destiné à être séparé.*

§ XXXIX. Alanson (1779) crut aussi que la double incision pouvait être modifiée avec avantage; voici ce qu'il proposa : *Après avoir séparé le tissu cellulaire et ses attaches dans une étendue suffisante, on doit couper tous les muscles obliquement jusqu'à l'os, de manière que le tranchant du couteau soit sous les téguments. Par cette section oblique des muscles, l'os est découvert de la largeur de trois à quatre travers de doigt plus haut qu'il ne l'est quand on coupe les muscles circulairement et perpendiculairement; puis on incise le périoste, et on dénude l'os dans l'endroit seulement où doit passer la scie, ce qui s'exécute en un seul coup, en faisant tourner le couteau autour de l'os.*

Ce procédé est d'une exécution difficile; il a compté peu de partisans, même du vivant de son auteur, et l'on peut dire qu'il n'est pas resté dans la pratique. Aussi n'est-ce pas à ce titre qu'Alanson prend rang parmi les chirurgiens qui ont le plus fait pour les amputations. Il doit sa légitime célébrité sur cette matière au soin qu'il a mis à faire prévaloir le système de la réunion immédiate.

La nature, dit-il, *est très-puissante à s'aider elle-même dans la réunion des parties récemment divisées, lorsqu'elle n'est pas contrariée par l'art... L'adhérence qui résulte d'une inflammation nous*

---

trice, modificatrice, spécifique même, cette méthode a été quelquefois vraiment *jugulante*. Nous nous souvenons avoir eu la hardiesse de l'appliquer sur deux sujets très-affaiblis par des maladies antérieures et pris subitement de dysenterie qui laissait peu d'espoir; ils ont été jetés dans un collapsus des plus alarmants, dont ils sont sortis comme par enchantement. Nous ne savons pas trop néanmoins si nous oserions recommencer dans la même circonstance.

Les dysenteries légères, dans lesquelles une seule potion éméto-cathartique suffit, cèdent également, quoique avec plus de lenteur, aux opiacés ingérés dans l'estomac et injectés dans l'intestin. Mais, dans les cas graves, cette dernière médication est le plus souvent impuissante à arrêter le mal.

Lorsque la dysenterie aiguë n'a cédé qu'incomplétement aux éméto-cathartiques, la décoction avec 6 ou 8 grammes d'ipéca, est le moyen dont nous avons eu le plus à nous louer, en Italie comme en Afrique.

Les affections hépatiques ont été rares, et l'on n'a pas observé cette remarquable coïncidence entre la dysenterie et les lésions du foie, coïncidence établie en loi, pour l'Algérie, par nos confrères et amis Catteloup et Haspel. En effet, un relevé des autopsies pratiquées de septembre 1849 à janvier 1850 ne nous a fait découvrir que 3 cas d'abcès du foie. Les hypérémies hépatiques qui surviennent chez un si grand nombre de militaires en Afrique (Haspel), se sont également bien rarement montrées parmi nos troupes d'occupation.

Trois autres rapprochements vont achever le parallèle entre le règne pathologique algérien et romain; ils sont relatifs aux gangrènes, à la fièvre typhoïde, à quelques accidents qui se rattachent à la congestion cérébrale et à la calenture.

Des gangrènes des plus graves et des plus envahissantes se sont quelquefois déclarées, non-seulement dans la fièvre typhoïde, mais aussi dans les fièvres paludéennes, voire même pendant la convalescence. Elles ont siégé aux lèvres, au pénis, sur les vésicatoires. Ces accidents ne sont pas rares dans les hôpitaux civils de Rome, et ils étaient autrefois plus fréquents encore. Or, plusieurs médecins de l'armée d'Afrique, entre autres M. Haspel pour Maskara, ont signalé de pareilles gangrènes dans les fièvres automnales.

Nous serons bref au sujet de la fièvre typhoïde. Nous avons exposé les motifs qui nous portent à rétrécir beaucoup le nombre de celles qui figurent sur la table de mortalité; mais il n'en reste pas moins, d'après les autopsies, un nombre de dothinentéries proportionnellement plus considérable que cela ne s'observe en Algérie. Ce fait est peu significatif, en ce qui concerne nos militaires arrivés de France depuis quelques mois seulement. Il faudrait faire des recherches dans la population civile, si l'on voulait recueillir quelques chiffres propres à éclairer la question de l'antagonisme entre l'imprégnation paludéenne et la dothinentérie. Ces recherches sont à peu près impossibles, à cause de l'extension du mot *fièvre nerveuse*, que les médecins de Rome appliquent à la fièvre typhoïde proprement dite, et aux fièvres paludéennes de forme typhoïde. Nous avons dû conséquemment nous borner à consulter les autopsies; or, dans la population civile, la nécroscopie montre assez fréquemment des plaques gaufrées et réticulées, lésions décrites dans le recueil d'anatomie pathologique du professeur romain Falchi (1), médecin du grand hôpital de San-Spirito.

(1) Falchi, EXERCITATIO PATHOLOGICA, SEU MULTORUM MORBORUM HISTORIA PER ANATOMEN ILLUSTRATA, 2 vol. in-8°, Rome.

prouve qu'après l'amputation la peau doit être ramenée en avant, afin qu'elle puisse être maintenue dans cette situation par cette même adhérence.

Après avoir rappelé que toujours l'irritation produit l'inflammation, et celle-ci la suppuration, il déclare irrationnels tous les pansements qui accumulent entre les lèvres de la plaie la charpie sèche ou chargée de médicaments. Il est constant que ces pansements détruisent tous les avantages de la double incision ; qu'ils sont suivis le plus souvent d'une suppuration abondante et de l'exfoliation de l'os, et qu'une cicatrice large et un moignon en pain de sucre en sont le dernier résultat.

Dans sa pratique, conséquent avec ces idées, il lie les artères, en s'efforçant de ne comprendre que les vaisseaux dans la ligature ; il nettoie la plaie avec de l'eau tiède, ramène ensuite en dedans la peau et les muscles, commence par fixer la bande de flanelle autour du corps, puis descend peu à peu vers le moignon, en serrant assez pour soutenir, et pas assez pour comprimer. La peau et les muscles rapprochés, il les maintient au moyen de longues bandes de toile, d'environ deux travers de doigt de largeur, couvertes de cérat ou de quelque autre médicament rafraîchissant ; il se sert même quelquefois de bandes d'emplâtre agglutinatif ; il met par-dessus un plumasseau d'étoupes et une compresse de linge, et retient cet appareil par un bandage de plusieurs chefs.

§ XL. — B. Bell (1787) pratique la double incision de Cheselden ou de J.-L. Petit, mais en conservant plus de peau que personne ne l'avait fait avant lui. — Dès 1772, nous dit-il, j'ai établi pour règle invariable dans l'amputation des extrémités de réserver assez de peau pour en envelopper entièrement le moignon. Cette méthode m'a donné les plus heureux résultats. A la cuisse, par exemple, le chirurgien fait une incision circulaire qui doit pénétrer jusqu'aux muscles ; l'aide tirant en haut les téguments, l'on divise avec le tranchant du couteau le tissu cellulaire qui le retient aux muscles qui sont au-dessous, jusqu'à ce que l'on ait détaché de la peau, autant qu'on le juge nécessaire, pour recouvrir complétement le moignon, et l'on coupe, précisément à son niveau, les muscles, d'un seul coup de couteau perpendiculairement jusqu'à l'os.

§ XLI. — Sabatier (1796) fait la double incision à la manière de Louis, mais il se déclare partisan de la réforme introduite dans le pansement par Alanson. L'autorité de ce grand chirurgien n'amena pas les opérateurs français à appliquer cette méthode d'une manière aussi générale qu'on le faisait en Angleterre, et même à cette époque, ailleurs que dans la Grande-Bretagne, les ouvrages dogmatiques de chirurgie ne parlent que très-légèrement du système d'Alanson, quand ils en parlent.

(*La fin à un prochain numéro.*)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS DES DÉPARTEMENTS.

I. JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX.

Les numéros d'avril, mai, juin, août et septembre 1849 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Fragments d'une esquisse de l'histoire critique et philosophique de la doctrine physiologique* ; par M. Costes. 2° *De la myodesopsie* ; par M. H. Duval. 3° *Relation médico-chirurgicale du blocus de Djemilah* ; par M. Philippe. 4° *Accouchement laborieux* ; par M. Celerier. 5° *Quelques remarques sur le cancer des os* ; par M. Soulé. (Le cancer peut s'associer le parenchyme osseux en le faisant disparaître, tout comme il peut, dans d'autres cas, amener au contraire autour de lui une expansion de ce tissu et se constituer une coque enveloppante.) 6° *Mémoire sur cette question : La fièvre typhoïde est-elle contagieuse ?* 7° *Compte rendu de la clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-André* ; par M. Chaumet. 8° *Observations de choléra* ; par MM. Boney, de Sainte-Marie et Rousset. 9° *Du colchique au point de vue de sa composition chimique, de ses parties usitées en médecine, de se préparations, des doses employées dans les différents pays, et de son action physiologique* ; par M. Smith.

DU TRAITEMENT DE L'HYDROCÈLE ; par M. CHAUMET.

Nous ne pouvons qu'extraire de ce long travail quelques propositions qui, par leur justesse ou par l'importance des questions qu'elles soulèvent, méritent d'être connues du praticien.

M. Chaumet conseille de faire préalablement à la peau des bourses une petite incision, afin de faciliter l'introduction du trocart ; elle s'opère effectivement alors sans efforts, sans secousse, et l'on peut plus aisément se servir ainsi d'une canule volumineuse, ce qui ajoute à la sûreté de l'opération.

A l'occasion des hydrocèles doubles, M. Chaumet pose les trois questions suivantes :

1° Dans tous les cas de double hydrocèle ne serait-il pas plus convenable, comme on l'a conseillé pour les doubles cataractes, d'opérer d'abord d'un côté, puis d'attendre un temps plus ou moins long pour opérer celle qui reste ? Il est évident que si le malade n'est pas trop pressé de guérir, cette conduite serait la meilleure. D'une part, la réaction inflammatoire causerait moins de dangers ; de l'autre, il y aurait lieu d'espérer que, en s'irradiant au côté non opéré, l'inflammation suite de l'injection en pourrait amener la guérison spontanée.

2° Dans le cas de double hydrocèle peu ancienne ne serait-il pas plus chirurgical, plus prudent surtout, d'opérer un côté par la teinture d'iode, et immédiatement celle du côté opposé par la ponction pure et simple ? Mêmes raisons que ci-dessus, fondées sur l'innocuité du procédé et sur les chances d'obtenir d'un côté la cure sans opération.

3° Dans les vastes collections séreuses n'y aurait-il pas avantage et sécurité à faire quelques ponctions successives préalables, afin de diminuer l'étendue de la surface à modifier ? Evidemment cette conduite serait préférable ; mais quand il s'agit d'une opération réputée sans danger, trouvera-t-on beaucoup de malades assez patients pour se prêter à ce surcroît de durée dans les soins de traitement ?

La transparence de la tumeur annonce-t-elle sûrement qu'un liquide y est contenu ? D'après l'expérience journalière, tout médecin serait sans doute disposé à répondre affirmativement. Il est cependant des cas qui donnent un démenti à cette présomption, comme le fait suivant en offre un curieux exemple.

Obs. — M. Arnaud, âgé de 22 ans, a depuis plus d'un an dans la bourse

---

Rien de particulier au sujet des vraies fièvres typhoïdes qui ont régné sur nos militaires. Le traitement par les évacuants a été généralement suivi. L'autopsie a dévoilé les lésions dothinentériques qui caractérisent anatomiquement cette affection.

Dans les marches forcées en plein été et au milieu du jour, surtout dans celles qui ont amené précipitamment certains corps dans les murs de Rome, en juin, on a observé des accidents semblables à ceux qui se développent quelquefois en Algérie sur une plus grande échelle : nous voulons parler de ces subites congestions cérébrales et pulmonaires qui font tomber tout à coup les hommes, et de ces délires souvent furieux auxquels, dans un autre travail, nous avons donné le nom de *calenture de terre* (1). Si nous appelons ici l'attention sur ces accidents, c'est parce qu'on serait peut-être tenté d'en faire un état pathologique particulier à ce climat d'Algérie tant décrié. Mais ces phénomènes ont été même observés en France, dans des circonstances nombreuses.

Les courtes descriptions que nous avons consacrées aux fièvres paludéennes, aux flux intestinaux et à la dothinentérie, ont épuisé tout ce qui est relatif aux affections qui se sont réunies en groupes nombreux pendant la saison endémo-épidémique. Les autres maladies qui figurent dans notre table de mortalité, ne sont que des faits pathologiques isolés, qui ne peuvent trouver place dans une esquisse générale aussi rapide.

Un mot, cependant, sur les affections pulmonaires. Les phlegmasies de la séreuse et du parenchyme, à peu près inconnues pendant la saison chaude, se sont déclarées en automne et en hiver. Septembre nous a donné 1 décès ; octobre, 0 ; novembre, 3 ; décembre, 1 ; janvier, 5. La congestion pulmonaire a fait deux victimes en novembre ; nous avons perdu 5 hommes de phthisie pulmonaire, 2 en octobre, 1 en décembre, 2 en janvier. Ces chiffres ne peuvent donner aucune idée de la fréquence des maladies des organes respiratoires en automne et en hiver ; ajoutons, pour compléter, que les phlegmasies pleuro-pneumoniques ont été communes, et que la bronchite, souvent très-aiguë, a pris un développement à peu près aussi considérable qu'en France à pareille époque. Il ne pouvait pas en être autrement, par l'hiver exceptionnel qui a régné à Rome en 1849-50, chez le soldat mal abrité dans ses casernes, et enfumé bien plutôt que chauffé dans les hôpitaux militaires.

Deux affections épidémiques, et réputées contagieuses par bon nombre de médecins, ont fait une courte apparition en Italie et se sont éteintes sans prendre de l'extension ; ce sont : la méningite cérébro-spinale, dont on a observé trois cas mortels dans les hôpitaux de Rome en février 1850, et le choléra asiatique qui, sans gagner Rome, a fait neuf victimes à l'hôpital militaire de Civita-Vecchia, et quelques autres seulement dans la population civile. Il ne rentre pas dans l'esprit de cet aperçu général d'exposer et de discuter ici les faits à l'aide desquels on pourrait établir son importation de France à Civita-Vecchia.

F. J.

(1) F. Jacquot, LETTRES D'AFRIQUE, lettre VI, GAZ. MÉD., 1846.

gauche, une tumeur ovoïde, lisse, régulière, du volume d'un œuf de dinde, qui s'est développée sans douleur.

Cette tumeur, manifestement constituée par une hydrocèle, est diaphane dans tous ses points, excepté en haut et en dedans.

Le 20 juillet, la teinture d'iode étant préparée d'avance, M. Chaumet procéda à la ponction comme d'ordinaire, c'est-à-dire qu'il fit d'abord une petite incision de 2 centim. à la peau du scrotum, puis une ponction avec le trocart. Cependant pas une goutte de liquide ne sortit. On introduisit un stylet dans la canule, afin de la désobstruer. Mais ce stylet ne pénétra qu'avec difficulté et ne put exécuter par son extrémité des mouvements libres de circonduction comme cela se passe lorsque l'aiguille plonge dans un liquide.

Il fallut donc retirer le trocart et continuer l'opération par la méthode dite de l'*incision*. On mit ainsi à découvert une masse gélatiniforme ressemblant à la gelée au kirch, qui remplissait toute la cavité vaginale de manière à adhérer un peu à la face interne de la tunique séreuse. A l'aide du doigt, il fut facile d'extraire toute cette substance, dont l'ablation laissa voir le testicule parfaitement sain.

On excisa, par prudence, une certaine étendue de la tunique vaginale. Quelques plumasseaux de charpie dans le fond de la cavité, par-dessus un pansement simple tenant les bords de la plaie légèrement rapprochés, tel fut le traitement consécutif.

Trente jours après la guérison était complète.

Une ponction exploratrice préalablement faite avec un petit trocart, ou à l'aide d'une aiguille à acupuncture, eût sûrement prévenu ce petit mécompte, qui n'aurait pas été sans inconvénient pour la réputation du chirurgien, si le fait se fût passé dans la pratique civile.

OBSERVATIONS DE CHOLÉRA ASIATIQUE ; par M. BOUEY.

OBSERVATIONS DE CHOLÉRA ASIATIQUE ; GUÉRISON PAR LE SULFATE DE QUININE ; par M. DE SAINTE-MARIE.

OBSERVATION D'UN CAS DE CHOLÉRA ; GUÉRISON PAR LE CAFÉ ; par le docteur ROUSSET.

Ainsi que les titres l'indiquent, ces trois mémoires ne consistent qu'en un exposé d'observations particulières. Le premier et le dernier sont même absolument dépourvus de considérations scientifiques. Nous nous bornerons donc à constater, pour ce qui les concerne : 1° que les quatre cas de guérison recueillis par M. Bouey à la clinique de M. Pujol avaient été traités par les stimulants combinés avec la méthode évacuante, mode de traitement qui nous a paru toujours le plus rationnel et le plus efficace (un des sujets avait été en outre saigné dans la période de réaction); 2° que le cas de choléra grave, traité par l'infusion de café, a également guéri. Il faut ajouter néanmoins que le malade, avant de commencer l'usage du café, avait déjà pris d'autres stimulants et les a continués; seulement l'amélioration ne s'est prononcée que du moment où le café a été mis en usage à la dose de deux cuillerées à bouche tous les quarts d'heure.

Le travail de M. Sainte-Marie, relatif à trois faits empruntés au service de M. Costes, repose sur l'idée souvent émise d'une certaine analogie de nature entre les fièvres pernicieuses et le choléra, et par suite, de l'indication du sulfate de quinine dans la dernière affection comme dans les premières. Après la période de sidération, d'algidité, de phénomènes nerveux, on voit quelquefois se développer une période qu'on appelle de réaction, où en effet la plupart des symptômes graves disparaissent. Ainsi le malade se réchauffe, la sueur s'établit, la voix devient plus forte, les crampes cessent, et le médecin est disposé à porter un pronostic favorable, lorsque tout à coup, quelquefois après quatre ou cinq heures de calme, la scène change : le malade se refroidit de nouveau, semble s'endormir et expire.

M. Costes ayant observé, comme tous les praticiens, des faits semblables, « s'est, dit M. de Sainte-Marie, reproché de n'avoir pas eu recours à un moyen si souvent utile *dans les maladies analogues*, les fièvres subintrantes pernicieuses, le sulfate de quinine. » C'est sur ce fait d'observation que ce médecin s'est appuyé *pour instituer le traitement du choléra asiatique*, dès le lendemain d'un jour où il vit mourir un cholérique qu'il avait cru destiné à un meilleur sort. M. Costes fait entrer le sulfate de quinine à la dose de 1 gramme à 1 gramme 50 cent. dans une potion fortement chargée de *sirop d'éther* et de *sirop thébaïque*, de 30 à 60 grammes de chaque. On prend de cette potion toutes les deux, trois ou quatre heures, selon le degré d'urgence. Le sulfate de quinine est aussi donné en lavement, aussi bien que l'opium. On administre en même temps une infusion de thé ou de café, ou toute autre infusion stimulante. En outre, un des malades a pris un jour du sous-nitrate de bismuth à la dose de 4 grammes en quatre paquets, dont un toutes les deux heures, et le lendemain 8 grammes du même sel en deux fois; plus du bicarbonate de soude à la dose de 8 grammes par litre.

Les trois femmes soumises à ce traitement, et dont M. de Sainte-Marie donne l'observation, sont les seules qui aient survécu sur les dix premières entrées dans la salle des femmes. Plusieurs guérisons, ajoute l'auteur, ont encore été obtenues depuis cette époque par le même moyen. Mais, dit-il aussi, « *tant de traitements ont été utiles dans des cas analogues à ceux-ci*, qu'on ne peut tirer que des conclusions fort restreintes. »

Nous avons déjà eu occasion de nous expliquer au sujet du rapprochement établi par plusieurs médecins, surtout depuis Alibert, entre le choléra et la fièvre intermittente pernicieuse (voir GAZ. MÉD., 1849, p. 448). Nous persistons à croire que cette analogie est plus apparente que réelle. Les cholériques qui ont échappé aux premiers accidents tombent souvent, même après avoir offert une réaction manifeste, dans un état comparable extérieurement à celui des individus en proie à certaines formes de fièvres pernicieuses, et l'on croit pouvoir en conclure que cette nouvelle aggravation des symptômes n'est autre chose qu'un nouvel accès, et que la période dite de réaction avait été tout simplement une période de *rémission*. C'est même ainsi que l'appelle M. de Sainte-Marie. Mais rien dans la symptomatologie du choléra, rien absolument que la grossière apparence dont nous parlons, ne vient appuyer le rapprochement qu'on veut établir. Le choléra ne débute pas comme une fièvre pernicieuse; il s'annonce toujours par des prodromes (diarrhée, étourdissements, etc.), et la fièvre pernicieuse n'en présente pas ordinairement. Les fièvres pernicieuses rémittentes, même pseudo-continues, sont souvent précédées d'accès franchement intermittents, et il n'en est pas ainsi dans le choléra. La marche des deux ordres d'affections diffère aussi d'une façon remarquable. Les accès d'une fièvre intermittente ou les exacerbations des rémittentes se ressemblent plus ou moins entre eux, tandis qu'il n'y a aucune similitude entre ce qu'on voudrait considérer comme un second accès ou une seconde exacerbation cholérique, c'est-à-dire le retour d'accidents graves après la réaction, et les symptômes de la première période. Enfin les exacerbations des fièvres subintrantes se succèdent à des intervalles assez rapprochés et en nombre variable, quelquefois assez considérable. Dans le choléra, au contraire, sauf des exceptions infiniment rares, il n'y a que deux périodes graves : la première et celle qui suit la réaction; et il se passe souvent entre ces deux périodes, deux, trois ou quatre jours. On pourrait ainsi, en suivant toute l'histoire du choléra et des fièvres pernicieuses, signaler entre celles-ci et celui-là bon nombre de différences importantes, attestant une différence de nature.

Les résultats du traitement par le sulfate de quinine sont-ils plus favorables que le raisonnement à la doctrine qui a guidé la pratique de M. Costes? Lui-même, ou du moins l'auteur du mémoire n'oserait l'affirmer, puisqu'il croit ne devoir tirer de ses observations que des *conclusions fort restreintes*. En effet, 3, 4, 6 cas de choléra guéris par le sulfate de quinine, aidé, il ne faut pas l'oublier, de plusieurs autres médicaments actifs, sont un contingent qu'aucune méthode ne serait embarrassée de réunir. Il serait, au contraire, très-facile de fournir la preuve de l'insuccès du sulfate de quinine dans une foule de cas, et cet insuccès d'un médicament qui est si efficace contre les fièvres pernicieuses est un argument de plus contre l'assimilation de ces fièvres au choléra.

II. GAZETTE MÉDICALE DE STRASBOURG.

Les numéros d'avril, mai, juin, juillet, août et septembre 1849 renferment les mémoires originaux suivants : 1° *Des moyens prophylactiques mis en usage au grand hôpital de Vienne contre l'apparition de la fièvre puerpérale*; par M. Wieger. 2° *Projet d'organisation de comités cantonaux de salubrité*; par M. G. Tourdes. 3° *De l'hémorrhagie dans la grande cavité arachnoïdienne*; par M. Schutzenberger. 4° *Opération du trépan, suivie de guérison*; par M. Waillomenet. 5° *Observation de varus ou acné de la face*; par le même. 6° *Observation sur une rupture de la matrice, suivie du passage de l'œuf entier et intact dans le péritoine au terme normal de la grossesse*; par M. Stoltz. 7° *Recherches sur l'action physiologique du chloroforme*; par M. Coze. 8° *Sur le choléra*; par M. Eissen et par M. Mistler. 9° *De l'action thérapeutique de la digitaline*. 10° *Luxation du fémur réduite au moyen des moufles*; par M. Muston. 11° *Des égouts et des fosses d'aisances de Strasbourg*; par M. Roth.

DES MOYENS PROPHYLACTIQUES MIS EN USAGE AU GRAND HÔPITAL DE VIENNE CONTRE L'APPARITION DE LA FIÈVRE PUERPÉRALE; par le docteur F. WIEGER.

Il y a deux ans, le journal de Hebra (ZEITSCHRIFT DER WIENER AERZTE, décembre 1847, p. 242) fit connaître les résultats d'une mesure hygiénique employée à la première clinique obstétricale de Vienne par le docteur J. Semelweis, accoucheur en second, dans le but de diminuer les ravages de la fièvre puerpérale. Cette mesure consiste à faire laver dans de l'eau chlorurée les mains de ceux qui exercent le toucher. M. Semelweis croit en effet

que la fièvre puerpérale est le produit d'une infection par des matières putrides dont les mains des élèves sont le véhicule. Au rapport du compte rendu, le chiffre de la mortalité aurait été réduit, par cette mesure, d'une manière remarquable. Comme l'annonce d'une telle découverte a paru faire peu de sensation dans le monde savant, bien que l'auteur se soit adressé à l'Académie des sciences, M. Wieger, chef des cliniques de la Faculté de médecine de Strasbourg et médecin distingué, croit devoir venir au secours de son confrère d'outre-Rhin. D'une statistique annexée au mémoire, il résulte que la mortalité, à la clinique d'accouchement de Vienne, a été de 9,50 pour 100 en 1840, de 8,44 en 1841, 16,98 en 1842, 9,57 en 1843, 8,91 en 1844, 7,40 en 1845, 13,68 en 1846. La mesure indiquée plus haut fut introduite vers la fin de mai 1847; or, cette année, la proportion des décès n'est que de 5,21 pour 100; et, en 1848, elle n'est que de 1,27.

M. Wieger ajoute quelques détails destinés à éclairer davantage la question. Il rappelle que tous les élèves, médecins et sages-femmes, étaient autrefois répartis également dans les deux services obstétricaux, et que la maladie régnait alors dans les deux cliniques avec une égale intensité; que, à partir de 1836, la première clinique ayant été réservée aux médecins et la seconde aux sages-femmes, celle-ci ne perdit que peu d'accouchées, tandis que la mortalité fut énorme dans l'autre. Ainsi, dans une année, la clinique des sages-femmes ne fournit que 32 décès et celle des médecins 600, sur un nombre presque pareil d'accouchements. Les locaux furent échangés et la mort accompagna cette dernière clinique dans le local de la précédente. L'auteur attribue cette immunité du service des sages-femmes à ce qu'elles ne sont pas *aussi souvent* que les élèves-hommes obligées de toucher aux cadavres. Or, pour lui, nous l'avons dit, c'est la matière putride des cadavres qui, absorbée par le col utérin où le doigt l'a portée, est l'élément étiologique principal de la fièvre puerpérale. Néanmoins, toute autre matière putride, celle par exemple que fournit l'utérus dans la fièvre puerpérale elle-même, pourrait communiquer la maladie.

Tels sont les faits. Nous ne voulons pas affirmer que la doctrine qu'on en déduit soit intrinsèquement et complétement erronée; nous croyons seulement que cette doctrine ne ressort pas des faits comme une conséquence logique : par exemple, l'abaissement notable de la mortalité pendant *une année et demie*, à partir du moment où la mesure de l'ablution des mains a été mise en pratique, peut dépendre de toute autre circonstance. Qui ne connaît les oscillations capricieuses, singulières, des épidémies, et spécialement des épidémies de fièvres puerpérales. L'auteur a beau se moquer du génie épidémique, et demander pourquoi il avait quitté, juste en juin 1847, la clinique de Vienne, *où, de mémoire d'homme, il n'avait cessé de régner*; on peut répondre qu'en réalité il ne l'a pas quittée en 1847 ni même en 1848, et l'auteur en fournit lui-même la preuve. En 1847, la clinique perd encore 176 malades sur 3,375 accouchements; en 1848, 45 sur 3,526. M. Wieger dira-t-il que ce ne sont pas là des *épidémies* comme on en attribue d'ordinaire à un *génie* particulier? Soit; mais alors nous répondrons que ce génie s'était absenté de la clinique à d'autres époques, sans même remonter aussi haut que *de mémoire d'homme*; car M. Wieger lui-même nous apprend que le service des sages-femmes n'a donné que 32 décès dans une année antérieure à 1840 : 32 décès sur un nombre bien considérable d'accouchements, puisque le service des élèves-médecins perdait, à la même époque, 600 malades sur un nombre équivalent d'accouchées. Les sages-femmes maniaient *moins souvent*, dit-on, les cadavres, mais enfin elles en maniaient; et comment attribuer à une simple différence dans le nombre des autopsies pratiquées de part et d'autre la différence si énorme des tables de décès?

Que la matière putride de l'écoulement fourni par l'utérus dans la fièvre puerpérale, et transportée dans le vagin d'autres accouchées, puisse être et soit quelquefois l'agent de transmission de cette terrible maladie, nous le croyons volontiers; mais que, pour expliquer le développement initial du fléau, on croie pouvoir remplacer le génie épidémique ou l'encombrement, ou toute autre condition anti-hygiénique, par le transport de la matière putride des cadavres sur l'utérus, voilà ce qui nous semble encore loin d'être démontré. La marche des épidémies dépose trop fortement contre cette interprétation.

OPÉRATION DU TRÉPAN, SUIVIE DE GUÉRISON; par M. WUILLOMENET.

L'opération du trépan, clairement indiquée, a remédié à des désordres matériels graves; elle a ensuite évidemment fait cesser des symptômes qui menaçaient la vie. A ce titre seul, comme heureux exemple et comme exemple à suivre, elle devait trouver place dans nos colonnes.

OBS. — Un homme âgé de 33 ans reçut sur la tête un coup de pavé, le 25 août 1830.

Tombé sur-le-champ, il voulut se relever; mais il n'y parvint qu'en se faisant aider. Ne pouvant parler, il désira écrire; mais on remarqua alors que son bras droit était déjà paralysé. Une saignée fut pratiquée.

Le lendemain, quatorze heures après l'accident, M. Wuillomenet le trouva dans l'état suivant : immobilité complète; face pâle; paupières presque fermées; pupille dilatée; maxillaire inférieur très-abaissé. La somnolence continue depuis le moment de l'accident. Respiration lente, pénible, bruyante, stertoreuse; pouls à 56. En pinçant les membres droits, on détermine une sorte d'impatience qui se manifeste par de légers mouvements des membres du côté gauche. Du reste, les membres de l'un et de l'autre côté demeuraient fixés dans la position qu'on leur avait donnée.

Près de l'angle antérieur et inférieur du pariétal gauche, existait une tumeur ecchymotique du cuir chevelu de 2 pouces d'étendue, molle, conservant l'impression du doigt. A son centre, on observait une plaie de 3 lignes d'étendue.

Une incision dans toute l'étendue de la tumeur opéra un dégorgement sanguin qui permit de reconnaître une fracture du pariétal gauche, avec enfoncement des fragments.

L'opération du trépan, proposée de suite, ne put, à cause de l'opposition de la famille, être pratiquée que le 27, trente-deux heures après l'accident.

Avec l'assistance de MM. Stoltz et Stern, l'auteur fit d'abord une incision, transversale à la première. Les lambeaux étant relevés, il reconnut que la fracture avait une étendue de plus de 2 pouces. Il appliqua quatre couronnes de trépan, de manière que la circonférence de l'une s'étendît autant que possible sur celle de l'autre, afin de procurer une ouverture suffisante pour la sortie du caillot sanguin qui formait l'épanchement. Celui-ci fut évalué au poids de 6 onces. Le décollement de la dure-mère avait lieu dans une circonférence de plus de 10 pouces. Au centre de cette cavité, la dépression du cerveau était de 15 lignes, y compris les os du crâne.

Les fragments furent soit extraits, soit relevés, au moyen de l'élévatoire. On recouvrit la plaie d'un linge fenêtré, d'une compresse et d'un simple mouchoir en triangle.

Le 28, pouls à 68; respiration moins bruyante; dépression cérébrale diminuée. Du reste, même état. (2 grains d'émétique en lavage.)

Le 30, pouls à 76; l'assoupissement et la paralysie ont diminué; le malade ouvre les yeux. La respiration est plus libre. Il y a eu trois selles.

Le 1er septembre, amélioration notable; plus de somnolence; respiration encore plus libre. (1 grain d'émétique en lavage.)

Le 3, la motilité reparaît dans les extrémités du côté droit; il ne peut articuler que des sons (*sic*). Bon état de la plaie.

L'amélioration, à partir de ce moment, alla toujours en augmentant, quoique d'une manière très-lente.

Le 15 octobre, la plaie était en voie de guérison. Le blessé parvenait à se faire comprendre; mais, dit l'auteur, la parole était encore gênée par un bégayement que M. Colombat (de l'Isère) eût appelé gutturo-tétanique, et qui persévéra pendant plus de trois ans.

Aujourd'hui il ne lui reste plus de toute cette maladie qu'une cicatrice.

OBSERVATION SUR UNE RUPTURE DE LA MATRICE, SUIVIE DU PASSAGE DE L'OEUF ENTIER ET INTACT DANS LE PÉRITOINE, AU TERME NORMAL DE LA GROSSESSE; par M. STOLTZ.

OBS. — Madame M., âgée de 36 ans, ayant déjà accouché heureusement sept fois, était enceinte pour la huitième. Cette grossesse fut pénible. Dix jours avant le terme présumé, elle eut pendant plusieurs jours des pertes sanguines. Une sage-femme prescrivit divers remèdes, et se livra en dernier lieu à des manœuvres qui firent beaucoup souffrir la malade.

M. le docteur Joyeux, appelé le 4 novembre 1848, vers le milieu de la nuit, trouva une grande faiblesse, le pouls fréquent, petit, misérable, les extrémités froides. Il ne put, à l'auscultation, reconnaître de battements redoublés. Le vagin était distendu par un corps mou, volumineux. La sage-femme lui dit que la malade avait beaucoup souffert depuis deux jours.

M. Joyeux introduisit la main, et après avoir enlevé plusieurs caillots de sang, il rencontra un corps spongieux. Du sang liquide et de la sérosité continuant à s'écouler, et la femme ayant perdu connaissance, il suspendit toute manœuvre et envoya chercher M. Stoltz. Peu d'instants après, la femme expira.

M. Stoltz arrivant alors (le 5 novembre, à trois heures du matin), pour la première fois reconnut, en palpant le cadavre, des inégalités de la paroi abdominale qui dessinaient assez bien les contours d'un fœtus.

Le lendemain 6 novembre, à huit heures du soir, l'autopsie fut pratiquée. Il sortit de la cavité péritonéale une certaine quantité de sérosité sanguinolente; on tomba alors sur une tumeur formée par le fœtus, placé dans l'attitude qu'il a d'ordinaire au sein des membranes; mais on ne le voyait qu'à travers un kyste transparent, couvert çà et là de lames de sang caillé noir.

Après avoir écarté les anses intestinales, il fut aisé de découvrir que ce kyste n'était autre chose que l'œuf lui-même, lequel avait traversé tout entier, et sans que les membranes se fussent rompues, une déchirure de l'utérus.

Cet organe, ramassé en arrière, entre la tumeur formée par le fœtus et la colonne vertébrale, était recouvert de caillots. La déchirure s'étendait depuis le cul-de-sac antérieur du vagin et le bas-fond de la vessie jusqu'au fond de la matrice, exactement comme si l'on avait incisé la matrice du milieu de son fond jusqu'au cul-de-sac vaginal; seulement au fond la rupture s'était aussi étendue latéralement vers les angles. L'œuf ainsi sorti tout entier de son réservoir normal, qui, en se fendant dans toute la longueur de sa paroi antérieure, s'était,

en se contractant, retiré derrière son contenu, ne tenait à la matrice que par le placenta, qui se trouvait implanté sur l'orifice.

Le fœtus, parfaitement à terme, volumineux même, du sexe masculin, était situé en troisième position du crâne (occipito-postérieure gauche). Le sommet de la tête reposait sur le placenta, dont la partie antérieure, détachée de la matrice, était pendante dans le vagin.

Cette observation, ajoute M. Stoltz, fournit un exemple remarquable et probablement unique du passage de l'œuf à terme et encore entier par une rupture de la matrice. Le placenta implanté sur le col, bouchant son orifice, a bien pu être l'une des causes de la rupture.

— Dans le narré de ce fait intéressant, le lecteur aura sans doute remarqué la regrettable abstention des médecins en présence d'une femme qui venait d'expirer, et d'un fœtus dont rien n'annonçait sûrement la mort. Lorsqu'il *ne peut reconnaître les doubles battements*, un accoucheur est bien autorisé à supposer que le fœtus a cessé de vivre; mais entre celte présomption et la certitude, il y a un intervalle, qu'on doit craindre de franchir à la légère, alors que l'existence de l'enfant peut être sacrifiée par une erreur. La gastrotomie était ici d'autant plus indiquée que le praticien avait en quelque sorte assisté aux derniers moments de sa patiente; et n'eût-elle dû amener qu'un cadavre, comme on ne la pratiquait que sur un cadavre, elle nous aurait par cela seul semblé suffisamment légitimée.

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 13 MAI.

EMPOISONNEMENT PAR L'OXYDE DE ZINC (colique de zinc).

M. Bouvier, médecin à l'hôpital Beaujon, adresse la lettre suivante à l'occasion de la communication récente de M. le docteur Flandin :

« J'ai l'honneur de communiquer à l'Académie des faits d'empoisonnement par l'oxyde de zinc qui se seraient produits dans une des fabriques où l'on prépare cette substance.

» Le 19 avril dernier, un homme âgé de 42 ans, tonnelier, entra dans l'hôpital Beaujon, en proie à tous les symptômes de la colique métallique. Il nous dit qu'il avait été employé, depuis le 4 du mois, à la fabrique d'Asnières, avec cinq autres ouvriers tonneliers, à emballer le blanc de zinc, ou plutôt simplement à mettre des fonds aux barils déjà remplis de cette substance; qu'au bout de huit jours on les occupa à réparer d'autres barriques qui avaient déjà servi, et qu'alors ils se trouvèrent continuellement dans une atmosphère pulvérulente; qu'à dater de ce moment, ses camarades et lui commencèrent à ressentir des coliques et à éprouver la répugnance pour les aliments; que le vin et l'eau-de-vie qu'ils prenaient pour exciter leur appétit leur etaient désagréables et ne leur ôtaient pas le goût pâteux qu'ils avaient constamment dans la bouche.

» Cet homme ne put pas continuer plus de deux jours son nouveau travail. Il fut pris, le 14 avril, de vomissements, de coliques violentes, accompagnées de constipation. Ces accidents persistèrent, et même augmentèrent d'intensité pendant les cinq jours qui s'écoulèrent encore avant son entrée à l'hôpital. Il souffrit tellement à plusieurs reprises, qu'il se roulait à terre dans sa chambre.

» Le jour de son entrée, il continua de vomir et d'éprouver de vives douleurs abdominales. La matière des vomissements était bilieuse ou formée par les aliments, qui etaient rejetés aussitôt qu'il les avait ingérés. Il n'y avait pas eu de garde-robes depuis cinq jours. Le ventre était, du reste, assez naturel, la langue blanchâtre, l'appétit nul; il n'y avait pas de fièvre; les douleurs privaient le malade de sommeil.

» Le lendemain, 20 avril, la constipation fut vaincue par 60 grammes de sulfate de magnésie et par le lavement purgatif des peintres, du traitement dit de la Charité. Des évacuations assez nombreuses, et l'administration de 15 centigrammes d'opium, furent suivies de la cessation des vomissements et de la diminution de la douleur. L'amélioration fit de nouveaux progrès les jours suivants. Le malade prit, jusqu'au 26 avril, de 40 à 80 centigrammes de gomme gutte par jour, des lavements au besoin, et six bains alternativement sulfureux et savonneux. L'opium fut supprimé de bonne heure, et le rétablissement fut complet le 27. Le malade quitta l'hôpital le 4 mai.

D'après le récit du malade, il n'était pas douteux que sa maladie ne fût le résultat de l'intoxication par l'oxyde de zinc, et ne constituât une véritable colique de zinc fort analogue, dans ses symptômes, à la colique de plomb des ouvriers employés à la fabrication de la céruse. Toutefois, voulant s'assurer directement de la nature du corps resté en partie adhérent à la peau et savoir si ce corps, à supposer que ce fût du zinc, n'était pas mêlé de quelque autre substance, d'arsenic, par exemple, M. Bouvier fit procéder aux épreuves suivantes :

Le 2 mai, on lava avec soin le corps du malade, et on recueillit les eaux de lavage, que M. Chatin, pharmacien en chef de l'hôpital, voulut bien se charger d'examiner. Il est résulté de cet examen que les liqueurs ne contenaient ni plomb, ni cuivre, ni arsenic, et qu'elles renfermaient une quantité appréciable de zinc. (Commission précédemment nommée.)

CHOLÉRA.

M. Pellarin envoie à l'Académie une suite à ses communications sur le choléra.

A l'appui des propositions émises dans ses précédentes communications, M. Pellarin cite plusieurs exemples d'épidémies cholériques qui se sont développées sous l'empire de causes d'infection très-manifestes, soit dans l'Inde, soit dans nos pays d'Europe.

Parmi les faits nouveaux que cite l'auteur, le plus curieux est le suivant :

Sous l'empire de causes d'infection toutes locales qui ont été parfaitement constatées, le choléra s'est produit à l'état épidémique dans la petite commune de Pouldouran (Côtes-du-Nord), six mois avant que l'épidémie ne se montât sur aucun des autres points du département. Tandis qu'en effet, les premières localités atteintes dans les Côtes-du-Nord, Pontrieux, Saint-Brieuc, Lamballe, ne le furent qu'à la fin de septembre et en octobre, à Pouldouran, l'on comptait déjà 2 cas de choléra dès le 10 avril, et à partir de ce jour jusqu'au 23 mai, temps que l'épidémie y régna, elle frappa 113 personnes, dont 36 mortellement, sur une population de 300 âmes. D'après le rapport du docteur Kérambrun, qui fut appelé le premier à donner des soins aux malades, au moment où le choléra apparut à Pouldouran, des fouilles s'exécutaient dans le cimetière, qui laissaient voir presque à découvert des cadavres en pleine putréfaction. Plusieurs des ouvriers employés à ces travaux furent atteints du choléra, et la première victime du fléau fut une femme qui habitait la maison la plus voisine du cimetière. Il y a lieu de remarquer en outre que le village de Pouldouran est situé sur un petit cours d'eau dans lequel la marée remonte, submergeant et recouvrant alternativement plusieurs hectares de terrain vaseux. Tous les malades se trouvèrent compris dans la longueur d'un kilomètre au plus sur les bords de ce bassin.

Point, d'ailleurs, ici, d'importation du mal par des individus qui en avaient pris le germe au dehors.

Les causes particulières d'infection qui existent à Pouldouran ont-elles eu besoin, pour produire le choléra, du concours de la cause épidémique générale qui ne faisait encore sentir son action qu'à une distance de plus de 50 lieues de ce village? M. Pellarin s'abstient de décider la question. Il montre seulement que, dans l'hypothèse d'une cause épidémique générale à laquelle échappent cependant une multitude de localités des pays envahis par le choléra, il y a des difficultés non moins grandes pour se rendre compte des faits, que dans l'hypothèse contraire. « Je borne, dit-il, mes recherches sur l'étiologie du choléra à l'étude d'influences dès à présent saisissables et qui peuvent être efficacement combattues par les moyens que la science met à notre disposition. Je ne m'occupe pas de savoir si ces influences sont les causes premières et uniques, ou simplement les causes occasionnelles et secondaires du développement des épidémies de choléra. J'observe que ces épidémies n'éclatent que là où se rencontre l'une ou l'autre des conditions suivantes :

» 1° Importation du choléra par des individus qui en avaient pris le germe dans un lieu contaminé;

» Ou bien 2° production, engendrement de la maladie par des foyers d'infection appréciables.

» Voilà, dans l'état présent de nos connaissances, la seule base que nous ayons pour l'adoption de mesures prophylactiques; car évidemment, qu'il existe en outre ou qu'il n'existe pas une cause générale, on est bien forcé de convenir qu'aussi longtemps que cette cause reste pour nous un mystère, il n'y a aucune indication pratique quelconque à tirer de l'admission ou de la non admission de son existence. »

NOUVELLE MÉTHODE POUR L'OPÉRATION CÉSARIENNE.

M. Bachelocque soumet au jugement de l'Académie une manière de faire l'opération césarienne qui réussira, dit-il, très-probablement.

Cette opération consisterait :

1° A inciser la paroi postérieure du vagin dans son milieu, de haut en bas, et dans l'étendue de deux pouces, à partir de son union avec le col utérin;

2° A abandonner aux contractions de l'utérus l'expulsion de l'enfant dans la cavité abdominale, d'où on le retirerait par une incision faite à la ligne blanche.

La délivrance se ferait par les voies ordinaires.

Comme on le voit, cette opération est l'imitation exacte de la rupture naturelle du vagin, dont l'auteur a donné un exemple dans le travail qu'il a publié en 1844 sur l'opération césarienne particulière qu'il a appelée *élytrotomie*, ou *incision du vagin*.

LITHOTRIPSIE.

M. Heurteloup présente à l'Académie le malade qui était atteint de la pierre, et sur lequel l'extraction immédiate a été mise en usage sous les yeux de la commission, le 27 août dernier. Il place sous les yeux des membres du bureau les fragments de la pierre volumineuse qui a été extraite.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 14 MAI. — PRÉSIDENCE DE M. BRICHETEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend : une lettre du ministre de l'instruction publique, transmettant l'indication d'un remède secret contre le cancer (commission des remèdes secrets) et un grand nombre de lettres du ministre du commerce avec envoi d'échantillons d'eaux minérales et de procès-verbaux de puisement, et diverses demandes de brevets d'invention pour remèdes secrets.

M. Delfraysse adresse une observation de migraine dont lui-même a été le sujet, migraine qu'il a combattue avec succès par l'acétate de morphine. L'auteur fait suivre cette observation de quelques réflexions sur les propriétés spéciales de ce médicament.

M. Ollivier (d'Angers) adresse un mémoire sur deux cas de catalepsie intermittente avec douleur dans la région splénique et gonflement inflammatoire de la rate. (Commissaire, M. Piorry.)

M. Penant, médecin des épidémies à Vervins, adresse un rapport sur l'épidémie du choléra-morbus qui a régné dans l'arrondissement de Vervins depuis le 23 juillet jusqu'au 22 novembre 1849. (Commission du choléra.)

M. le Président fait part à l'Académie de la nouvelle perte qu'elle vient de faire de l'un de ses membres associés libres M. Gay-Lussac. Par suite des décès récents de MM. Gay-Lussac et de Blainville, il y a lieu à déclarer une place vacante d'associé libre.

Par suite du décès de M. Marjolin qui complète la série de trois décès, dont deux appartiennent à la même section, il y a également lieu de déclarer une place vacante dans la section de pathologie chirurgicale.

M. Huzard : Au nom de la section de médecine vétérinaire, propose de porter à trois le chiffre des candidats à la place vacante dans cette section. (Adopté.)

L'ordre du jour appelle la nomination des commissions pour les prix (prix d'Argenteuil, de l'Académie, Portal et Civrieux). Pendant que l'Académie procède au scrutin, M. le président donne la parole à M. Bouley fils, inscrit pour une lecture.

SENSIBILITÉ TACTILE DU DOIGT DU CHEVAL.

M. Bouley fils (candidat pour la section de médecine vétérinaire) lit un mémoire ayant pour titre : Quelques considérations sur la sensibilité tactile du doigt du cheval.

L'auteur établit, sous le point de vue physiologique, que la sensibilité dont les extrémités digitées du cheval sont douées à un haut degré est la condition fondamentale de la solidité de ses attitudes et de la sûreté de ses mouvements, sûreté si parfaite malgré l'insensibilité de son équilibre ; et sous le point de vue pathologique, que le médecin saura mettre à profit cette sensibilité si développée du pied du cheval pour mesurer, d'après ses degrés mêmes, la gravité des lésions dissimulées dans la profondeur de la boite cornée. (Commissaires, MM. Huzard, Barthelemy et Renault.)

MALADIE GRAVE PEU CONNUE DU CHEVAL.

M. Delafond lit un mémoire sur une maladie grave encore peu connue du cheval, qu'il croit pouvoir rattacher à une modification profonde des principes organiques du sang.

Cette maladie se présente sous deux formes : l'une aiguë s'accompagnant d'une irritation des muqueuses digestives que l'auteur décrit sous le nom d'entérite aiguë avec altération du sang ; l'autre chronique, caractérisée plus spécialement par une altération du sang dans laquelle le chiffre des globules est diminué et celui de la sérosité parfois très-augmenté ; M. Delafond la désigne sous les noms d'anhémie et d'hydrohémie. M. Delafond attribue l'origine de la maladie aiguë à l'usage des fourrages artificiels donnés abondamment et pendant longtemps, et celle de la forme chronique aux mêmes circonstances, mais dans des conditions de climat, de sol et de valeur alibiles tout opposés. (Commissaires, MM. Girard, Bouley jeune, Huzard et Caventou.)

M. le Président fait connaître le résultat du dépouillement du scrutin pour la nomination des commissions du prix. Ces commissions sont composées comme il suit :

1° Pour le prix d'Argenteuil : MM. Begin, Robert, Huguier, Laugier, Roux, Espiaud, Grisolle, Bouvier et Ricord ;

2° Pour le prix de l'Académie : MM. J. Guérin, Serres, Martin-Solon, Bricheteau et Michel Lévy.

3° Pour le prix Portal : MM. Fouquier, Husson, Honoré, Cornac et Bouley jeune ;

4° Pour le prix Civrieux : MM. Cibert, Malgaigne, Velpeau, Baillarger et Louget.

L'ordre du jour appelle ensuite la discussion du rapport de M. Martin-Solon sur le mémoire de M. Dechilly relatif au traitement du rhumatisme articulaire aigu par les vésicatoires volants.

TRAITEMENT DU RHUMATISME AIGU PAR LES VÉSICATOIRES.

M. Martin-Solon résume de vive voix le rapport qu'il a lu dans la séance du 30 avril dernier. (Voy. Gaz. Méd. du 4 mai.) Il rappelle notamment que la commission a constaté que le traitement proposé par M. Dechilly n'a pas la nocuité qu'on aurait été d'abord porté à lui attribuer, qu'il a été généralement suivi d'une amélioration notable ; mais que dans quelques cas, néanmoins, il a fallu revenir à d'autres moyens, tels que le sulfate de quinine ou le nitrate de potasse ; enfin que cette méthode, sans avoir toute l'efficacité que lui attribue son auteur, n'est cependant pas sans valeur, et qu'elle peut être prescrite avec avantage à titre d'adjuvant ou même comme méthode principale dans les cas où aucune des méthodes éprouvées par l'expérience ne pourrait être appliquée.

M. Bouillaud : D'après M. Martin-Solon, il semblerait qu'on n'a que le choix des moyens dans le traitement du rhumatisme. Cela serait très-consolant, car le rhumatisme articulaire aigu est une des maladies les plus rebelles que nous connaissions. Quant à moi, je n'ai pas cessé de la trouver très rebelle. Aussi je ne suis pas de l'avis de notre collègue, et je ne crois pas qu'on puisse mettre sur la même ligne le nitrate de potasse, le sulfate de quinine, les antiphlogistiques et les vésicatoires, qui ne sont après tout, pour moi, que des antiphlogistiques. S'il n'y avait à considérer dans le rhumatisme que la maladie extérieure, la lésion articulaire, la question aurait beaucoup moins de gravité ; il importerait peu en effet que l'inflammation articulaire durât un peu plus ou un peu moins ; mais M. Martin-Solon sait très-bien que la maladie ne se borne pas là : si le rhumatisme n'est pas promptement arrêté dans sa marche, si on le laisse suivre son cours pendant huit, dix, quinze jours, on ne tarde pas à voir survenir des accidents graves, trop souvent mortels du côté des organes internes et particulièrement du cœur, accidents qui se développent brusquement souvent alors que les douleurs avaient spontanément disparu et qu'on croyait le malade guéri. Il importe donc par-dessus tout de ne pas se borner à combattre les douleurs articulaires et de surveiller attentivement l'état des organes internes.

Malheur à quiconque a une fièvre rhumatismale qui dure plus de quinze jours, alors même que l'état morbide des articulations aurait disparu ! car celui qui se trouve dans ce cas aura presque certainement, dans un temps plus ou moins prochain, une affection organique mortelle.

Or, je l'affirme, jamais ni le sulfate de quinine ni le nitrate de potasse n'ont enlevé dans l'espace d'un septénaire une fièvre rhumatismale. Pour les cas légers, sans doute cela est possible, mais pour les cas graves, non. Ces cas graves ne céderont jamais à d'autres moyens qu'aux antiphlogistiques, mais aux antiphlogistiques employés autrement qu'on ne l'a fait jusqu'ici, autrement que le faisaient Sydenham et Stoll, par exemple. Le seul moyen de salut, dans ce cas, est dans l'usage des saignées répétées à des intervalles très-rapprochés et dans une mesure déterminée. C'est par ce seul moyen qu'on peut enlever un rhumatisme en moins d'un septénaire et de manière à prévenir tout accident ultérieur du côté du cœur. J'ai aujourd'hui plus de six cents observations de rhumatisme articulaire aigu, et jamais, quand cette méthode a été bien appliquée, elle n'a manqué d'atteindre le but que je me proposais et d'arrêter le mal dans l'espace d'un septénaire. Mais je crois devoir rappeler ce que j'ai dit bien des fois, c'est qu'il faut que la nouvelle méthode soit bien appliquée, et qu'elle ne l'a pas été par tout le monde. Il faut, de plus, qu'elle soit appliquée dès le début, et au plus tard avant la fin du premier septénaire. C'est pour n'avoir pas suivi ces préceptes que des observateurs ont été conduits à des résultats différents de ceux que j'ai obtenus.

Il n'est pas nécessaire pour appliquer la nouvelle méthode, comme on est disposé à le croire généralement, que les sujets soient pléthoriques ou d'un tempérament sanguin ; s'il en était ainsi, son emploi serait excessivement borné, car le monde est remplie de sujets anémiques et chloro-anémiques. Il faut seulement, chez les sujets faibles, proportionner les émissions sanguines aux forces de leur constitution.

Quant à ce qui est des vésicatoires dont M. Martin-Solon considère l'application comme nouvelle dans le rhumatisme, il y a bien longtemps que j'ai dit qu'il fallait y avoir recours à titre d'adjuvant après les évacuations sanguines. C'est un des moyens que je fais concourir avec les saignées, la diète, le régime et toutes les circonstances propres à prévenir ou éviter les causes qui produisent ou aggravent le rhumatisme, telles que le refroidissement, etc. En agissant ainsi, on peut se flatter de guérir en moins de huit jours les rhumatismes les plus aigus. Si j'insiste sur cette méthode que l'on a méconnue et calomniée, c'est que, en conscience, je n'en connais pas de plus efficace.

Ce n'est pas seulement dans le rhumatisme que j'emploie cette méthode, mais dans la pneumonie et la pleurésie. De larges vésicatoires, appliquées après les saignées, à l'époque de la maladie où l'on ne peut plus répéter les évacuations sanguines ou chez des sujets qui ne peuvent pas les supporter, rendent de très-grands services. Mais dans le rhumatisme articulaire aigu, je le répète, on ne guérit pas par des vésicatoires seuls, sans les avoir fait précéder par des saignées plus ou moins répétées.

Quant au sulfate de quinine et au nitrate de potasse, on en a considérablement exagéré et les avantages et les inconvénients. Ils sont loin d'être des moyens incendiaires, comme on l'a dit ; aussi n'est-ce pas pour cela que je les proscris du traitement des rhumatismes graves, mais c'est à cause de leur inefficacité.

Je ne dirai enfin qu'un mot, en terminant, sur la spécificité du rhumatisme, admise par M. Martin-Solon. Je considère, avec lui, le rhumatisme comme une maladie générale, mais une maladie essentiellement inflammatoire au même titre que la pneumonie et la pleurésie. Je n'hésite même pas à dire que c'est, à mes yeux, le type de l'inflammation. Il est donc inutile de remonter à l'existence d'une cause spécifique, d'une sorte de virus. Il n'y a pas plus de virus dans le rhumatisme que dans la pneumonie ou la pleurésie.

M. J. Guérin : M. Martin-Solon, en cherchant à caractériser la méthode vésicante, dans le traitement du rhumatisme, en a fait une methode du même ordre que les méthodes générales. C'est, suivant moi, un manque de précision. Il faut distinguer, dans le rhumatisme articulaire, deux choses différentes : la maladie générale, ce que les anciens appelaient la fièvre rhumatismale, et la lésion de l'articulation. Il y a des méthodes qui s'appliquent à la maladie générale, et d'autres qui ne s'adressent qu'à la lésion locale. Le vésicatoire appartient à cette seconde catégorie, et, sous ce rapport, c'est un moyen excellent. Quant à la maladie générale, ce n'est pas une maladie purement inflammatoire; les moyens les plus usités en pareil cas, tels que le sulfate de quinine, le nitrate de potasse, l'émétique, ne sont-ils point des antiphlogistiques, mais des modificateurs spéciaux de l'état général.

Le vésicatoire, ai-je dit, ne s'applique qu'à la lésion locale, et il est un des meilleurs moyens qu'on puisse employer contre cette lésion; cependant il ne réussit pas toujours, et dans les cas de cette sorte, j'ai été assez heureux pour trouver un moyen qui le supplée parfaitement, s'il ne lui est souvent préférable. Je veux parler des *ponctions sous-cutanées*. Voici un cas où cette méthode m'a rendu un signalé service.

Il y a quelques semaines, je me trouvais en présence d'un cas de rhumatisme articulaire des plus rebelles. J'avais employé pendant plusieurs mois, sans aucun succès, les différents moyens habituellement usités, et en particulier les vésicatoires. Indépendamment des douleurs articulaires permanentes, il y avait des accès de douleurs intermittentes des plus violentes, accompagnés de phénomènes généraux. Les antipériodiques, au lieu de faire cesser ces accès, n'avaient fait que les rapprocher et en accroître l'intensité. MM. Andral et Rayer, appelés en consultation, voulurent bien m'encourager à pratiquer de petites ponctions sous-cutanées. Cette opération fut suivie de la cessation immédiate de la douleur; je ferai remarquer qu'il s'était à peine écoulé une cuillerée à café de sang; ce n'est donc pas à une évacuation sanguine qu'il faut attribuer cette heureuse influence. Mais un phénomène plus curieux, c'est que dès le premier jour l'accès n'a duré qu'une heure au lieu de 5 heures qu'il avait duré les jours précédents. Le lendemain, je pratiquai une nouvelle ponction sur un autre point douloureux de l'articulation; cette seconde ponction, comme la première, fut suivie de la cessation de la douleur, et à dater de ce moment, il n'y eut plus d'accès. Deux autres ponctions furent pratiquées les jours suivants sur d'autres parties restées douloureuses, la douleur disparut également comme elle avait disparu dans les applications précédentes.

J'ai employé cette méthode un assez grand nombre de fois, en ayant toujours le soin de diriger les ponctions vers le siége immédiat de la douleur, et j'ai toujours obtenu le même succès. Je signale ce fait sans commentaire à l'attention de mes confrères. Il est peut-être difficile de dire comment les ponctions agissent dans cette circonstance, mais il me paraît impossible de les considérer comme un antiphlogistique et d'en attribuer les bons effets à la petite quantité de sang évacuée.

Quant aux vésicatoires, ils me semblent devoir être considérés à la fois comme un moyen résolutif de l'épanchement et un révulsif de la douleur, et par conséquent comme très-utiles contre les symptômes articulaires.

M. Martin-Solon : Si j'avais eu à faire un mémoire sur l'emploi des vésicatoires, j'aurais pu en parler autrement et d'une manière plus complète que je ne l'ai fait; mais j'ai dû me restreindre à envisager ce moyen au seul point de vue où s'est placé l'auteur du mémoire. Je n'avais donc pas à rechercher quelles peuvent être ses différentes manières d'agir dans toutes les circonstances où il peut être appliqué.

Quant au moyen dont vient de nous parler M. Guérin, il a peut-être quelque analogie dans sa manière d'agir avec l'acupuncture. J'en viens aux observations de M. Bouillaud. M. Bouillaud, après avoir passé en revue les diverses méthodes de traitements du rhumatisme, conclut en faveur de sa formule de la saignée. J'ai employé aussi la saignée, d'abord à haute dose (de 3 à 4 livres), puis plus tard à doses plus petites et répétées; je n'ai pas toujours réussi. Ce moyen, d'ailleurs, est loin d'être sans inconvenient; il produit l'hydrohémie, la faiblesse. M. Bouillaud dit que le vésicatoire n'est pas une méthode nouvelle; non sans doute, mais ce qui y a de nouveau dans la méthode de M. Dechilly, c'est la manière dont il l'emploie. Je trouve du reste que les larges vésicatoires sont un moyen tellement douloureux, qu'ils produisent un tel éréthisme, que ce serait rendre un grand service aux malades que de leur épargner l'emploi d'un moyen aussi pénible. Pourquoi donc ne pas leur préférer le sulfate de quinine ou le nitrate de potasse, si l'on peut avec ces agents obtenir le même résultat?

Quant à enlever rapidement le rhumatisme articulaire avant quinze jours, je suis parfaitement de son avis; mais le nitrate de potasse et le sulfate de quinine enlèvent le rhumatisme aussi complètement et aussi rapidement que les antiphlogistiques. C'est à tort que M. Bouillaud le conteste. J'ai enlevé pour ma part d'une manière complète, avec le nitrate de potasse, les rhumatismes articulaires les plus aigus et plus intenses en cinq, six, huit jours, rarement plus, toujours en moins de dix jours, le plus souvent entre le cinquième et le sixième jour.

M. Bouillaud me fait dire que le rhumatisme est dû à une sorte de virus. Je n'ai pas dit cela; mais peu importe le mot. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'il y a dans le rhumatisme autre chose qu'une inflammation. La polyarthrite et la monarthrite sont des affections très-différentes : *naturam morborum demonstrant curationes.*

M. Gerdy : Pour M. Bouillaud le rhumatisme est non-seulement une inflammation, mais c'est le type de l'inflammation. Je ne saurais partager cette manière de voir. Le rhumatisme n'est point une inflammation franche, mais une maladie générale d'une nature spéciale; j'en trouve la preuve dans son extrême mobilité, dans la facilité extrême avec laquelle il cesse tout à coup ou se déplace. Prenez pour terme de comparaison toute autre inflammation, l'arthrite traumatique par exemple, et voyez si elle présente cette même mobilité. Un autre caractère du rhumatisme, c'est l'absence des lésions anatomiques caractéristiques de l'inflammation. Il suffit qu'une arthrite soit mobile pour dire que ce n'est pas la même maladie qu'une arthrite traumatique. Il y a donc autre chose dans le rhumatisme articulaire que l'inflammation; cette autre chose c'est l'élément rhumatismal. La preuve que ce sont des maladies différentes, c'est que les antiphlogistiques purs et simples sont les moyens qui réussissent le mieux contre l'arthrite traumatique, tandis qu'il faut avoir recours à des formules spéciales pour vaincre une arthrite rhumatismale. Plus M. Bouillaud insistera sur la spécialité de sa formule, plus j'y trouverai la preuve de la spécialité de la maladie elle-même.

M. Rochoux : Au reproche que dans la dernière séance j'adressais au mémoire de M. Dechilly de ne pas distinguer les différentes espèces de rhumatisme, M. Martin-Solon répondait que ce mémoire traitait spécialement du rhumatisme articulaire aigu. Soit. Mais on lit au commencement du second paragraphe du rapport de notre savant collègue cette phrase : « Le rhumatisme aigu ou chronique articulaire fibreux, musculaire, simple ou goutteux, est une des maladies qui, à cause des douleurs atroces qu'elle occasionne souvent et des déformations qu'elle détermine quelquefois, mérite le plus la sollicitude des médecins. »

La réalité de la confusion contre laquelle je m'élevais étant ainsi constatée, vous me permettrez sans doute bien d'ajouter qu'elle doit avoir pour inévitable conséquence d'empêcher d'établir entre les espèces pathologiques ces distinctions sans lesquelles il n'y a ni science médicale ni thérapeutique raisonnable possibles. En pareil état de choses, plus le nombre des observations mal déterminées s'accroît, plus les questions s'embrouillent au lieu de s'éclaircir, plus la vérité s'éloigne. Si l'on veut rendre la discussion actuelle vraiment utile, il faut, comme je vais essayer de le faire, partir de la connaissance du rhumatisme aigu, articulaire simple, survenant chez un sujet avant cela en parfaite santé. Réduite à ces conditions, dont les exemples ne sont pas rares, la maladie est vraiment une inflammation des plus franches; elle présente les mêmes symptômes, reconnaît les mêmes causes, cède au même traitement que les phlegmasies.

Tout le monde reconnaît le caractère ou l'apparence inflammatoire des symptômes du rhumatisme; mais cela n'empêche pas beaucoup de médecins de nier que ce soit un mal de nature inflammatoire. Ils s'applaudissent sans doute en agissant de la sorte d'avoir trouvé un pendant au fameux non-sens si cher à Sydenham, les *variolæ sine variolis*. Quant à moi, je ne saurais m'élever à cette hauteur de pensée. De son côté, M. Gerdy prétend que dans le rhumatisme il existe une disposition générale étrangère aux phlegmasies articulaires de cause traumatique. J'en conviens volontiers; car dans les affections de ce genre il n'y a jamais d'état morbide général, ou bien il est toujours consécutif.

Dans les phlegmasies dues, comme le rhumatisme, à l'action toujours générale des causes désignées de nos jours sous le nom d'*agents physiques*, un état général précède et accompagne toujours l'affection locale. Par exemple, un homme bien portant passe une nuit froide au bivouac; le lendemain il est mal à son aise, il souffre partout, et malgré cela il en est souvent quitte pour une fièvre de quelques jours. Si les mêmes causes ont agi avec plus d'intensité, à l'état général dont il vient d'être parlé on voit s'ajouter l'affection articulaire, et il y a rhumatisme; ou bien c'est le poumon ou la plèvre qui souffrent, et il y a pleurésie ou pneumonie, mais dans un cas comme dans l'autre, véritablement inflammation. Aussi voit-on toujours, comme M. Bouillaud vient de le démontrer victorieusement, le mal-être avantageusement combattu par les antiphlogistiques, dont l'efficacité peut être secondée par l'emploi des vésicatoires en temps opportun.

Par toutes ces raisons, auxquelles viennent s'ajouter les données fournies par l'anatomie pathologique, je n'hésite pas un instant à considérer le rhumatisme simple comme une affection essentiellement inflammatoire et n'offrant rien de spécial, à part ce qui tient à la texture particulière des parties affectées. Je suis par conséquent bien loin de regarder, à l'exemple de M. Martin, le sulfate de quinine, le nitrate de potasse, les fortes saignées, comme des traitements qui se valent les uns les autres. Appeler l'attention des hommes réfléchis sur une pareille assertion, c'est l'avoir suffisamment réfutée. Je me soucie en outre fort peu de voir invoquer à son aide la théorie du contro-stimulus, conception physiologique bonne à siffler, comme tant d'autres qui ont eu aussi, elles, leur moment de vogue.

Maintenant, si le renvoi au comité de publication doit être réservé pour les ouvrages d'un mérite éminent, ai-je besoin de vous dire que dans le cas actuel je ne saurais adopter la proposition de M. le rapporteur? La chose n'est pas fort nécessaire.

M. Bouchardat : Je ne partage pas l'avis de M. Rochoux; je pense, au contraire, que le mémoire de M. Dechilly est très-digne d'approbation. Toutes les fois qu'il s'agit de juger une méthode nouvelle, il faut apporter une grande réserve. On parle souvent de choses qu'on ne connaît pas. L'auteur d'une méthode y apporte toujours un grand soin et une grande précision. Il s'attache à déterminer la période de la maladie à laquelle convient la méthode, son opportunité, la manière de l'appliquer, etc.; tandis que l'on vient ensuite avec deux ou trois expériences se prononcer pour ou contre cette méthode. Ainsi, dans l'espèce, si les vésicatoires ont un effet énergique, c'est précisément parce qu'ils sont appliqués dans une période donnée de la maladie et dans des circonstances déterminées. Pour bien apprécier une méthode, je le répète, il faut se placer au point de vue de l'auteur, et ne se prononcer qu'après avoir bien précisé toutes les conditions de son application.

M. Grisolle : M. Rochoux dit que le rhumatisme articulaire aigu est une in-

flammation; pour M. Bouillaud, c'est le type de l'inflammation. Pour moi, je crois que l'inflammation n'est pas même un élément du rhumatisme, ce n'en est qu'une complication. Ainsi, mobilité, instantanéité du début, rapidité avec laquelle la maladie atteint son apogée, la rapidité de sa disparition, telles sont autant de circonstances qui démontrent que le rhumatisme est tout autre chose qu'une inflammation. Un autre caractère encore qui différencie le rhumatisme d'avec les inflammations, c'est la persistance de la fièvre après que les douleurs articulaires ont disparu. M. Bouillaud me dira que cette fièvre est symptomatique, qu'elle est produite par une phlegmasie latente.

M. Bouillaud : Je n'ai jamais dit cela. Si M. Grisolle se rappelait bien ce que j'ai écrit sur ce sujet, il ne me ferait pas parler ainsi.

M. Grisolle : Soit; mais cette opinion n'en a pas moins été soutenue. Or je maintiens que, dans l'immense majorité des cas, rien ne démontre l'existence de ces phlegmasies. Il y a à considérer ensuite le genre de terminaison; on ne retrouve jamais, dans le rhumatisme, la terminaison par gangrène et par suppuration, si communes après les inflammations. Je sais qu'on a invoqué des faits en faveur de la terminaison du rhumatisme par suppuration; mais ces faits ne sont pas exacts, ce sont des cas où il y a eu coïncidence de phlébite et d'infection purulente. D'ailleurs, pour montrer péremptoirement que le rhumatisme n'est point une inflammation, il suffit de le comparer avec la pleurésie, la péricardite, qui le compliquent si souvent, et dont la marche est si différente.

Je disais tout à l'heure que l'inflammation n'est point un élément du rhumatisme, mais une complication, quelque chose de surajouté. C'est un phénomène analogue à ce que l'on voit quelquefois dans une pneumonie, maladie essentiellement inflammatoire, lorsqu'il survient des symptômes adynamiques qui changent complétement les indications, et qu'il faut traiter sans se préoccuper de la maladie primitive.

C'est là une question très-grave et éminemment pratique; car de sa solution dépend le choix du traitement, et c'est ce qui nous fait repousser la méthode antiphlogistique, même employée suivant la formule dite nouvelle, méthode qui, du reste, a été depuis longtemps condamnée par l'expérience.

La saignée, en effet, a été un des premiers moyens usités; Sydenham, après l'avoir employée avec libéralité, y a renoncé vers la fin de sa carrière. Stoll, qui l'employait aussi, n'a pas tardé à s'apercevoir que la saignée brisait les forces sans user la maladie. Il en est de même de Cullen et des médecins de l'École de Montpellier, de Sauvages entre autres, qui faisait jusqu'à trois saignées par jour. Or trois saignées dans un jour, c'est, je pense, un traitement antiphlogistique d'une certaine énergie, et je ne crois pas qu'on soit allé plus loin de notre temps.

Enfin, parmi nos contemporains, plusieurs ont employé les saignées à très-hautes doses et coup sur coup; je citerai particulièrement M. Legroux, qui, après en avoir longtemps fait usage, y a renoncé après leur avoir reconnu l'inconvénient de favoriser les récidives et les accidents cardiaques.

Plusieurs membres demandent encore la parole; mais, vu l'heure avancée, la discussion est renvoyée à la séance prochaine.

La séance est levée à cinq heures et demie.

BIBLIOGRAPHIE.

Histoire critique et philosophique de la doctrine physiologique; par le docteur A. Costes, professeur à l'École de médecine de Bordeaux. — Paris, chez G. Baillière. Montpellier, chez L. Castel.

C'est une œuvre difficile que l'appréciation exacte et complète d'une doctrine, quelle qu'en soit la valeur. Il n'y a guère de doctrines autogènes aux époques avancées de la science, et celles même qui ont le plus surpris par leur nouveauté, qui ont eu le plus de retentissement, procèdent presque toujours, plus ou moins directement, du passé. De même donc que l'histoire d'un homme célèbre est, dans une certaine mesure, l'histoire d'une époque, de même l'histoire d'une doctrine est aussi celle des idées qui l'ont préparée, et il faut, pour l'entreprendre, autant d'étendue dans le regard que de sûreté dans le jugement. A ces titres, M. Costes n'était pas au-dessous de la tâche qu'il s'est imposée. Son livre expose et fait facilement comprendre la filiation et les transformations d'idées qui conduisent du brownisme, de l'anatomie générale de Bichat, de la nosographie philosophique de Pinel, des travaux de Corvisart, de Caffin, de Pujol, de Mazuyer, de Réga, à la constitution de la médecine physiologique. Il montre parfaitement que tous les éléments de la réforme étaient déposés dans la science, « semblant attendre d'être reliés en système » : importance de l'irritation avec la plupart de ses divisons; prédominance des tissus anatomiques et de la localisation des maladies, surtout des affections de l'estomac; critique des *entités*; négation des spécifiques. Le temps et l'espace nous manqueraient pour suivre l'auteur dans cette revue rétrospective nécessairement très-longue. Nous nous contenterons de rechercher avec lui quelle a été l'influence de Broussais sur l'état contemporain et ultérieur de la médecine.

Cette doctrine de Broussais, quelle est-elle? On peut éprouver quelque embarras à le dire. Dans sa carrière militante, la fougue de son esprit l'a souvent jeté dans des contradictions manifestes dont il serait facile de se servir pour faire de lui, à volonté, un organicien ou un vitaliste; plus d'une fois aussi la force invincible des faits a plié son esprit jusqu'à l'obliger à confesser une *ontologie* véritable qui l'eût fait bondir dans d'autres moments; celle, par exemple, des maladies spécifiques admises dans la dernière édition de l'Examen. Mais si l'on veut avoir une idée exacte de la doctrine telle qu'elle avait été conçue spontanément dans toute la liberté de la réflexion, avant les entraînements et les inconséquences de la polémique, il faut recourir aux *propositions de médecine* qui commencent l'Examen des doctrines médicales et du système de nosologie, imprimé en 1821, sept ou huit ans après les premières tentatives de réforme. Là, Broussais pose clairement une dichotomie. Les fonctions, dit-il, sont irrégulières lorsqu'une ou plusieurs d'entre elles s'exercent avec *trop* ou *trop peu* d'énergie. L'énergie d'une fonction est excessive lorsqu'elle précipite, suspend ou dénature les autres, de manière qu'un ou plusieurs organes qui sont chargés de la fonction exagérée et de celles qu'elle a troublées soient menacés de destruction. L'énergie d'une fonction est *languissante* lorsqu'un ou plusieurs des organes qui en sont chargés *ne jouissent pas du degré de vitalité* nécessaire pour bien exécuter la fonction. La vitalité des organes peut avoir été exaltée avant d'être *diminuée*, et *vice versâ*. Tels sont les principes essentiels. Il faut ajouter, pour les présenter dans tout leur jour, que, après avoir admis, avec Brown, la nécessité de deux ordres de stimulants (sauf une restriction sur leur degré d'importance relative) pour l'entretien des fonctions, à savoir, des excitants externes et des excitants internes, il subordonne néanmoins tous les actes morbides à l'action de causes externes, agissant localement, soit sur la peau, soit sur les muqueuses, à la manière de causes traumatiques, repoussant absolument toute action spontanée. Et il gourmande rudement Rasori pour avoir attribué à certaines substances la propriété d'agir sur la fibre vivante dans un sens opposé à l'action stimulante (contro-stimulants), au lieu de s'en tenir à la théorie plus simple de Brown, d'après laquelle l'asthénie résulte uniquement de l'insuffisance des stimulants (asthénie directe) ou de l'épuisement de l'incitabilité par suite de stimulation trop prolongée (asthénie indirecte), comme la sthénie procède d'une stimulation excessive (sthénie directe) ou d'un défaut trop continu de stimulants (sthénie indirecte).

Néanmoins, la dichotomie de Broussais est loin d'être celle de Brown. Pour celui-ci, « il y a entre l'incitabilité et les excitants une proportion telle que la première est en raison directe de la faiblesse des excitants, et en raison inverse de leur force; c'est-à-dire que moins les stimulants ont d'activité, plus l'excitabilité s'accumule; plus leur action est violente, plus aussi l'épuisement est grand. Brown ne nie pas, du reste, comme le ferait supposer l'une des critiques de Broussais (Examen, p. 63), que l'asthénie indirecte soit une conséquence forcée d'une excitation trop répétée; mais ce n'est là, dans sa théorie, qu'une faible restriction. Broussais, au contraire, sans rejeter le fond de sa théorie, affirme que le plus souvent la fibre vivante devient plus irritable à mesure qu'elle est plus stimulée. Mais il faut bien le reconnaître, il semble que ce soit pour la forme que Broussais ait admis la possibilité d'une insuffisance de l'action vitale. Dans l'application de sa théorie, l'irritation joue un rôle tellement prédominant que l'autre terme s'efface et disparaît. M. Costes fait remarquer que le scorbut et les hydropisies échappent à peu près seuls au despotisme de l'irritation. Broussais, en effet, conserve au scorbut la dénomination de cacochymie, et range la *débilité* parmi les causes de l'hydropisie. Dans ses Propositions de médecine, il admettait également des névroses *passives* « dépendant quelquefois d'une influence *sédative* agissant sur les nerfs où elles se manifestent. » Et plus tard, en 1832, dans son Plan de nosologie, il établit une classe de maladies *par débilité*, le plus souvent, il est vrai, consécutives à l'irritation et à l'inflammation, mais quelquefois aussi primitives. Il est d'ailleurs à remarquer qu'à cette époque il fit d'autres concessions, et admit, par exemple, des *dénaturations* du sang non-seulement par suite d'autres affections, mais encore *par causes indépendantes*, connues ou inconnues.

Entre la dichotomie de Broussais et celle de Brown, il existe encore une autre différence capitale. Brown admet des maladies locales, sthéniques ou asthéniques, engendrées par l'action de causes locales, et des maladies générales engendrées par des causes générales. Broussais veut que toutes les maladies soient primitivement locales, et il n'accorde pas qu'un modificateur puisse affecter l'organisme entier. Il y a d'abord un point frappé, et c'est ce coup qui, en vertu de sympathies secrètes et ordinairement inexplicables, va retentir dans d'autres parties de l'organisation. Ce point est ordinairement le tube digestif, plus particulièrement l'estomac, et l'action exercée en cet endroit par la cause morbide est presque constamment stimulante, de nature par conséquent à engendrer soit une simple

irritation, soit, avec un degré plus prononcé d'action, une névrose, soit enfin une phlegmasie. La *gastro-entérite*, voilà le point de départ de la plus grande partie des affections non chirurgicales, voilà en particulier la cause de *toutes* les fièvres dites essentielles.

Ainsi, en résumé, deux ordres de maladies, les unes sthéniques, commençant à l'irritation, passant par la névrose et finissant par la phlegmasie, laquelle engendre à son tour les tubercules, le cancer, les ossifications, toutes les lésions organiques en un mot; les autres asthéniques, si rares qu'elles comptent à peine; une seule classe de causes morbides, toutes externes, agissant localement; toutes les maladies primitivement locales, le plus souvent fixées sur la muqueuse gastro-intestinale, et ébranlant le reste de l'organisme par sympathie; tels sont les traits principaux, caractéristiques, de la doctrine physiologique.

Nous avons dit que nous ne nous occuperions pas du mérite de l'invention. M. Costes s'est montré sur ce point d'une équité parfaite. Tous les éléments de la doctrine étaient trouvés; Broussais n'a eu qu'à les ordonner, et l'on vient de voir combien, même dans cette mise en œuvre, il avait emprunté au réformateur écossais. Néanmoins, si la doctrine était bonne, nous croyons que la gloire de Broussais aurait peu à souffrir des revendications exercées au nom de ses devanciers. Relier avec force, à l'aide d'une idée générale, des notions éparses, c'est toujours l'œuvre d'un esprit vigoureux, et c'est rendre souvent à la science un plus grand service que de trouver les notions elles-mêmes. Malheureusement il n'en est pas ainsi de la doctrine de Broussais. Les vices nombreux de cette doctrine sont si patents, ils sont si généralement reconnus aujourd'hui, qu'il serait vraiment superflu de les faire ressortir. Personne ne cherche plus dans l'irritation, en y ajoutant même l'asthénie, la cause prochaine de toutes les maladies; on en a fini avec l'étiologie fausse et étroite du physiologisme; tout le monde croit à l'existence de causes morbides générales agissant sur l'organisme entier, telles que celles des constitutions médicales et des épidémies; tout le monde admet des fièvres et autres affections générales; on ne s'occupe plus guère de la gastrite; et, dans tous les cas, on n'en fait plus le point de départ de la plus grande partie des maladies. La question la plus intéressante à examiner au sujet de cette théorie morte, c'est, comme nous l'avons dit en commençant, de rechercher l'influence qu'elle a pu exercer sur la médecine contemporaine et celle de nos jours.

Dans un chapitre intitulé *Conclusion*, M. Costes fait le bilan des *avantages et désavantages* de la doctrine physiologique. En voici le résumé :

1° En liant partout l'idée d'irritation à celle de phlegmasie, Broussais a dirigé les études vers la corrélation des deux ordres de phénomènes et provoqué d'importants travaux sur les rapports du système nerveux et du système sanguin, sur les phénomènes vitaux qui résultent des variations de proportion de l'influx nerveux et de la liqueur artérielle, considérés isolément ou respectivement. Un compatriote de M. Costes, M. le docteur Gintrac, a écrit d'excellentes pages sur ce sujet.

2° Si Broussais a exagéré le rôle de l'hypersthénie vasculaire, il l'a mieux fait connaître; il a dévoilé l'élément phlegmasique dans un certain nombre d'affections où on ne le soupçonnait pas.

3° En voulant trop accorder aux organes, il a forcé les médecins à leur attribuer toute la part qui leur revient.

4° Bien qu'il ait méconnu le *consensus unus, consentia omnia*, il n'en a pas moins enrichi la doctrine des sympathies et indiqué avec vérité le point de départ de certains désordres loin du lieu où ils se manifestent.

5° Il a indiqué à la nosologie une classification plus claire et plus méthodique.

6° Enfin la thérapeutique antiphlogistique, si exagérée par Broussais, occupe encore une bien plus grande place qu'autrefois, et c'est un bienfait de la médecine physiologique.

Cette appréciation est juste en général, un peu trop libérale peut-être. Nous sommes convaincu, comme l'auteur, et nous insistons sur ce rapprochement parce qu'il a été peu remarqué, qu'il y a une parenté très-directe entre la théorie qui tend à s'établir au sujet de l'action réciproque des extrémités nerveuses et des vaisseaux capillaires au sein des tissus, et la théorie de l'irritation. Le vague de ce dernier mot satisfait peu l'esprit, et pourtant on se disait qu'un acte vital quelconque devait précéder le développement de la rougeur dans une inflammation, la tuméfaction des parties dans une lésion organique. Le développement donné à l'étude anatomique du système nerveux et à celle de ses fonctions, surtout par les médecins allemands, vint offrir une explication, et on s'en empara. C'est de là que sont sorties les vues modernes sur la surexcitabilité hyper ou hyposthénique, suivant que les principes actifs du sang artériel, en contact plus ou moins direct avec les extrémités nerveuses, sont en excès ou en défaut.

Il est incontestable également que Broussais a violemment poussé les médecins vers la recherche des altérations locales, des désordres organiques, et donné ainsi un essor puissant à l'anatomie pathologique. Il est même remarquable que cet essor a dépassé les intentions de Broussais lui-même, et que dans les derniers temps de la vie il s'est cru obligé de se retourner contre ceux-là même qui s'étaient engagé sur sa trace et s'étaient habitués à voir toute la pathologie dans l'anatomie morbide. Broussais leur rappelle que la lésion matérielle n'est jamais qu'un produit, le produit d'une action vitale irrégulière; que s'il est bon de connaître l'organe qui souffre, il est bon aussi de savoir comment il souffre, afin de pouvoir adapter le remède à la cause; en sorte qu'ici Broussais, appuyé sur le plus faux des systèmes, se porta néanmoins le défenseur des vrais principes de la philosophie médicale. Ce fut, comme le remarque quelque part M. Costes, un de ses meilleurs moments. Il apporta dans cette critique une verve, une hardiesse de langage, une fermeté de touche très-remarquables. On n'eût pu choisir un plus redoutable adversaire, non pas précisément contre les défenseurs de ses propres idées, mais contre ceux qui poussaient ses idées à leurs conséquences extrêmes.

La doctrine de Broussais conduisit-elle la nosologie à une classification plus claire et plus méthodique, comme le dit M. Costes? Nous ne saurions l'accorder. Emanant d'un principe faux (l'irritation comme source presque unique des maladies) aboutissant à la localisation constante, la nosologie de Broussais ne peut qu'être inférieure à celles qui l'ont précédée. Les quatre cinquièmes des affections connues doivent s'y absorber dans une seule espèce, dont les subdivisions ont nécessairement pour base l'anatomie. La classification de Pinel peut paraître aujourd'hui fort défectueuse, mais elle vaut mieux, à nos yeux, comme méthode, que celle de Broussais.

Suivant nous encore, à supposer qu'il soit resté quelque avantage des exagérations de la thérapeutique antiphlogistique, le mal produit par la méthode a dépassé le bien de beaucoup. Aujourd'hui encore les ravages ne sont pas arrêtés. M. Costes pratique dans une ville de science éclairée où la fumée des erreurs se dissipe promptement; c'est l'avantage des foyers de lumière. Mais dans la campagne l'esprit de la médecine physiologique vit encore, et l'on en peut constater chaque jour la funeste influence.

Un mot encore. Le plus signalé service qu'ait rendu Broussais, c'a été de porter plus qu'aucun autre le doute et l'examen dans la médecine vénérée des temps anciens, de pousser la recherche hors des horizons où elle se tenait enfermée. De là une ardeur de découvrir insatiable, un immense travail, concentré par malheur dans une direction trop exclusive, détournant souvent des bonnes et saines voies de la science et de la pratique, mais amassant en fin de compte de nombreux et utiles matériaux. Ce n'est pas un mince honneur que celui d'imprimer ainsi à son époque une sorte de mouvement de totalité qui le transporte sur des terrains mal connus où elle trouve à s'enrichir. C'est un honneur qui n'échoit qu'aux hommes de génie, et on ne peut le contester à Broussais.

— **TRAITÉ PRATIQUE DE LA COLIQUE DE PLOMB**; par M. J.-L. Brachet, professeur de pathologie générale à l'École de medecine de Lyon, etc. (Ouvrage couronné par l'Académie des sciences, inscriptions et belles-lettres de Toulouse) — 1 vol. in-8° de 295 pages. — 1850. — Lyon, chez Pavy, 14, place Bellecour, et Paris, chez Baillière et V. Masson.

Cet ouvrage, entrepris dans le but de répondre à la question suivante, mise au concours par l'Académie des sciences de Toulouse : « Exposer, d'après l'état actuel de la science : 1° la nature et le véritable siége de la maladie connue sous le nom de colique saturnine; 2° les signes qui peuvent la faire distinguer des affections abdominales qui ont avec elle quelque ressemblance; 3° les indications curatives qu'elles présentent et la médication rationnelle pour les remplir, » renferme les nombreuses recherches que l'auteur a faites sur ce sujet depuis plus de vingt-cinq ans. M. Brachet établit, comme conclusion, qu'aucune médication ne doit être rejetée, mais qu'il en est une applicable à la majorité des cas : c'est l'emploi du sulfate acide d'alumine, qui guérit dans les deux ou trois premiers jours et évite les rechutes et les accidents consécutifs. L'auteur insiste en outre sur la nécessite de transformer les prescriptions hygiéniques en articles réglementaires, obligatoires pour les ouvriers, ce que l'autorité a réalisé depuis.

— M. le docteur Guyon, chirurgien en chef de l'armée d'Afrique, est de retour du voyage scientifique qu'il était allé faire dans la régence de Tunis. Le bey Ahmed-Pacha s'est empressé de fournir à M. Guyon les moyens de parcourir le pays : escortes, guides, recommandations, rien ne lui a manqué, ce qui a permis à cet officier de santé de suivre la marche de l'épidémie cholérique dans toute la régence. De plus, le bey a décoré M. Guyon et son secrétaire de l'ordre du Nichan.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE: — SUR LA NATURE ET LE TRAITEMENT DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU. — RESPONSABILITÉ MÉDICALE.

Il n'est plus guère question, à l'Académie de médecine, des vésicatoires volants de M. Dechilly. Comme il arrive d'ordinaire et assez naturellement, il faut le reconnaître, les méthodes thérapeutiques rivales qui siégent à l'Académie ont accaparé l'attention et absorbé le débat, au détriment de l'humble méthode venue du dehors. Il ne s'agit donc plus en ce moment de savoir si l'application des vésicatoires sur les articulations envahies par le rhumatisme articulaire aigu peut être utile, ni à quelles indications elle peut convenir, mais bien de savoir si les saignées coup sur coup l'emportent en efficacité sur tous les autres modes de traitement.

M. Grisolle l'a dit avec raison, pour apprécier avec sécurité l'influence d'un traitement quelconque sur la durée d'une maladie aiguë, il serait bon de connaître préalablement la durée moyenne de cette maladie livrée aux seules ressources de la nature. On ne possède pas à cet égard de données bien positives en ce qui concerne le rhumatisme, parce qu'il y a peu de praticiens qui, en présence d'une affection aussi douloureuse, se contentent de l'expectation, on que ceux qui ont la philosophie d'attendre n'ont pas publié de relevés statistiques. Mais enfin, on sait que le rhumatisme articulaire aigu, traité par les antiphlogistiques doux, quelques saignées, des boissons chaudes, le repos, etc., guérit habituellement en quinze ou vingt jours, et non pas en quarante ou cinquante jours, comme le dit M. Bouillaud. La méthode des saignées coup sur coup procure-t-elle de plus rapides guérisons? Jugule-t-elle, par exemple, la maladie en un ou deux septénaires, comme on l'a dit? Voilà le grand point.

Mais d'abord il faut rappeler que M. Bouillaud subordonne le succès des saignées à une condition indispensable, savoir, qu'elles soient pratiquées suivant les. règles de sa formule. Une formule de saignées! nous n'avons jamais bien compris cela; nous ajoutons qu'il n'y en a point, et que la prétendue formule de M. Bouillaud n'en est pas une. Le rhumatisme peut avoir beaucoup d'intensité, il peut en avoir médiocrement, il peut n'en avoir que faiblement. A coup sûr on ne devra pas tirer la même quantité de sang dans ces différents cas, et l'honorable académicien est le premier à le reconnaître. Dans les cas graves, six ou sept saignées locales et générales de trois à quatre palettes, donnant 5 à 6 livres de sang en trois ou quatre jours; dans les cas de moyenne intensité, cinq saignées générales et locales, de trois à quatre palettes, donnant 4 livres et demie de sang en 48 heures. Telle est la règle. Voilà déjà, pour l'appréciation comparative des diverses applications de la méthode, une source d'assez grandes difficultés; car on pourra toujours reprocher à celui qui n'aura pas obtenu de bons résultats de s'y être mal pris, d'avoir appliqué aux cas graves le traitement des cas moyens, et *vice versâ*. Ce n'est pas tout: M. Bouillaud, avec beaucoup de raison, veut qu'on tienne compte de l'âge, de la force, de la constitution des sujets, des complications de la maladie principale; bien plus, il admet à l'emploi des émissions sanguines des contre-indications positives. Or qu'on veuille bien se représenter tout le dérangement que peut amener dans la rigoureuse économie d'une formule, d'une *formule de saignées* encore, l'immixtion d'une demi-douzaine de restrictions comme celles qu'on vient de voir. Si, pour ménager la constitution affaiblie d'un patient, on lui mesure avec prudence les pertes de sang, croyant obéir aux préceptes de la formule, et que la guérison se fasse attendre, on dira qu'on s'est montré trop timide. Aura-t-on saigné largement un malade avancé en âge, mais atteint de rhumatisme suraigu, et en sera-t-il résulté un affaiblissement extrême et une éternisation de la convalescence, qui empêchera de dire qu'on s'est montré téméraire? Sur ce terrain mouvant, la contestation n'a pas de point fixe auquel elle puisse se prendre; et s'il est quelque part un médecin digne de foi et connu par son aptitude clinique qui ait, en son âme et conscience, expérimenté les saignées répétées dans le rhumatisme articulaire aigu, il est impossible à tout esprit non prévenu de ne pas mettre ces expériences en parallèle avec celles de l'inventeur même de la formule; il le doit d'autant plus que les indications de nature à en commander et à en régler l'application étant du ressort du tact médical, ne sont pas plus faciles à apprécier pour l'inventeur que pour tout autre praticien instruit. Or le seul observateur qui ait jusqu'ici publié avec précision les résultats d'une application suivie de la formule des saignées, M. le docteur Legroux, est loin de s'en louer. C'est ce que M. Grisolle a rappelé; c'est sur quoi M. Bouillaud n'a pas jugé à propos de s'expliquer.

Mais il y a plus. Si l'on s'en rapportait aux calculs d'un observateur dont l'Académie, qui a été près de l'admettre dans son sein et qui l'y admettra sans doute avant peu, ne contestera pas la compétence, il y aurait contre les assertions de M. Bouillaud une autre expérience, plus complète, plus décisive que celle de M. Legroux; ce serait l'expérience de M. Bouillaud lui-même. Nous n'avons pas, quant à nous, vérifié les calculs de M. Requin; mais ils ont la prétention d'établir que si M. Bouillaud avait compté la durée de la maladie, comme il aurait dû le faire, depuis le jour de l'invasion et non depuis celui de la mise en traitement, les rhumatismes traités par lui suivant les règles de sa formule, *bien appliquées* cette fois, n'auraient guéri qu'en vingt-six ou vingt-huit jours. S'il en était ainsi, M. Bouillaud serait loin de compte. Il n'est pas de méthode qui ne prétende à de beaucoup plus beaux résultats; l'opium, à une durée de dix-sept à dix-huit jours; le sulfate de quinine, à une durée de sept à huit jours; le nitrate de potasse, à moins encore.

Une apparence de contradiction nous avait toujours frappé dans les affirmations de M. Bouillaud. Il faut, dit-il, d'un côté, qu'une fièvre rhumatismale soit enlevée dans l'espace d'un septénaire, si l'on veut éviter des lésions viscérales qui aboutissent tôt ou tard à la mort. Et de l'autre, il affirme que sur 74 cas de rhumatisme aigu de grande intensité, il y a eu 64 fois coïncidence d'endocardite ou de péricardite. On ne peut accorder ces deux propositions qu'en admettant que tous ou presque tous les rhumatisants tombés sous l'observation de M. Bouillaud offraient des complications cardiaques avant d'avoir été soumis à son traitement. C'est, en effet, ce qu'il a affirmé dans la dernière séance. Nous croyons néanmoins que si l'honorable académicien veut bien revoir ses observations, y compris celles qu'il a publiées dans son TRAITÉ DU RHUMATISME, il en trouvera un certain nombre où les premiers signes de complications cardiaques se sont montrés postérieurement à l'emploi des premières émissions sanguines.

On voit qu'en dépit des louables efforts de M. Bouillaud et malgré le talent qu'il y déploie, la valeur thérapeutique des saignées coup sur coup dans le rhumatisme articulaire aigu n'est pas encore claire pour tout le

---

Feuilleton.

DE LA PROFESSION PHARMACEUTIQUE DANS L'ANTIQUITÉ.

(Suite et fin. — Voir le n° 17).

On sait que ce fut dans l'école d'Alexandrie que s'opéra pour la première fois le partage des professions relatives à l'art médical; soit que cette division ait eu pour cause, comme le pense Sprengel (1), l'oisiveté et l'opulence des médecins, qui abandonnèrent à des subalternes une partie de leurs attributions, soit que l'étendue toujours croissante des connaissances qui se rapportent à la médecine eût montré l'urgence de les séparer, pour en rendre l'étude plus facile et l'application plus profitable. Celse nous a conservé à ce sujet des documents curieux (2) auxquels nous avons emprunté ce qui concerne spécialement les attributions des pharmaciens.

L'exercice de la médecine fut partagé en trois branches. La première traitait principalement les maladies par le régime, c'était la *diététique*; la seconde par l'usage de médicaments, on l'appela la *pharmaceutique*; et la troisième employait l'opération de la main; ce fut la *chirurgie*.

On conçoit néanmoins que ces trois branches n'étaient pas tellement séparées qu'elles n'empiétassent jamais sur le domaine l'une de l'autre. Il est évident que la diététique devait souvent appeler à son aide les deux autres professions.

Cependant la chirurgie ne s'occupait que de ce qui exigeait l'opération de la main. Elle ne devait pas même traiter les plaies, les ulcères, les tumeurs, qui ne réclamaient que l'application des médicaments. C'était aux pharmaciens qu'était réservé le traitement de ces sortes d'affections, à moins qu'il ne fallût recourir à l'intervention du fer ou du feu, et dans ce cas seulement on appelait le chirurgien.

Avant ce partage entre les professions médicales, les médecins en remplissaient à la fois tous les devoirs. Il y avait pourtant deux classes de médecins; les plus savants et les plus estimés portaient le nom d'*architectes*, Ἀρχιτέκτονες, et donnaient les ordres et les conseils, d'autres exécutaient; ceux-ci étaient les *manœuvres*, δημιουργοί. Ce furent ces derniers qui se partagèrent en chirurgiens et en pharmaciens. Le mot de *vulnerarius* s'appliquait aux uns comme aux autres.

Ceux qui exerçaient la *pharmaceutique* ou la *médecine médicamentaire* s'appelaient *pharmaceutæ*. Le mot *pharmacopœus* se prenait en mauvaise part et signifiait un empoisonneur, car le mot φάρμακον s'appliquait à toutes sortes

(1) HISTORIA REI HERBARIÆ, t. I, p. 121.
(2) DE RE MEDICA.

monde. Nous aurions bonne envie de le suivre également dans son argumentation touchant la nature et le siége du rhumatisme articulaire; mais nous n'en apercevons pas l'utilité. Si la forme de l'argumentation a varié, les arguments sont restés les mêmes, et il ne nous a pas semblé qu'on leur eût donné une nouvelle force en les répétant. M. Bouillaud veut absolument compter parmi ceux qui considèrent le rhumatisme aigu comme une *maladie générale*; il reproche vivement à M. Grisolle de l'avoir rangé à cette occasion parmi les localisateurs. Il y a là-dessous une dispute de mots qu'il est bien facile de vider. Non, cent fois non, le rhumatisme aigu n'est pas pour M. Bouillaud, quoi qu'il en puisse dire, une maladie générale, dans le sens philosophique, nosologique, du mot. Son livre sur le rhumatisme, nous l'avons dit dans notre précédent article, ne peut laisser aucun doute à cet égard. A ses yeux, la maladie réside essentiellement dans les articulations; c'est la maladie locale qui engendre les symptômes généraux que, pour cette raison, il a soin d'appeler *réactionnels*; et si ces symptômes durent après la disparition plus ou moins complète des lésions articulaires, c'est que d'autres localisations ont eu lieu du côté des viscères, lesquelles perpétuent la réaction fébrile. Voilà la doctrine de M. Bouillaud, telle qu'elle est écrite à chaque page dans son ouvrage. Si ce n'est pas celle-là qu'il a voulu professer devant l'Académie, c'est qu'il en a changé.

Nous ne disons rien aujourd'hui d'un demi-discours de M. Piorry. L'heure avancée ne lui ayant pas permis de le terminer, il doit reprendre la parole dans la prochaine séance.

— L'Académie avait entendu, au commencement de la séance, un rapport circonspect de M. Mélier sur une question présumée de responsabilité médicale, sur laquelle l'attention de l'Académie avait été appelée par un honorable confrère de Gambais (Seine-et-Oise), M. le docteur Boulay. Une malheureuse femme étant morte empoisonnée à la suite d'une erreur commise dans l'administration d'un médicament, M. Boulay, mis en cause avec le pharmacien, a été condamné par le tribunal de Mantes, jugeant en police correctionnelle. Avant de faire appel, il avait voulu, dans un intérêt professionnel, soumettre le cas à l'appréciation de l'Académie de médecine. Mais la commission est venu déclarer, par l'organe de son rapporteur, que le fait soumis à son jugement ne comportait ni une question de responsabilité médicale, ni une question de science, ni une question d'art. Cela étant, nous admettons qu'elle a sagement agi en déclinant sa compétence et en refusant d'usurper les fonctions d'un tribunal ou d'un jury.

REVUE SANITAIRE.

CONSTITUTION MÉDICALE DU PREMIER TRIMESTRE DE 1850.

(Suite et fin.)

Quatre sortes de maladies ont surtout régné dans le cours du premier trimestre de 1850: des phlegmasies, des fièvres exanthématiques, des rhumatismes et des affections intermittentes. Il faut y ajouter quelques fièvres typhoïdes qui, le plus souvent, succédaient à des symptômes intermittents de diverse nature.

On se rappelle que des exanthèmes aigus s'étaient montrés à la fin de l'année 1849. Ils ont bientôt diminué de fréquence et nous ont paru cesser à peu près complétement dans le cours du mois de janvier. Venus avec les chaleurs insolites de décembre, ils ont disparu devant la température relativement froide et les si nombreuses variations barométriques et thermométriques qui ont marqué le commencement de cette année, principalement la seconde moitié du premier mois. Quelles sont les affections qui leur ont succédé?

Les plus fréquentes sont les angines, les bronchites, les hémoptysies et les pleuro-pneumonies. Ces diverses formes morbides n'ont, du reste, offert aucun caractère particulier. Les bronchites en particulier ne se faisaient pas remarquer, comme celles des années précédentes, par l'abondance de la sécrétion muqueuse, par l'adjonction d'un coryza intense. A peine méritaient-elles le nom de catarrhe bronchique; à plus forte raison eût-il été inexact de leur donner celui de grippe. Et on eût pu même trouver là une bonne occasion de remarquer les différences notables qui distinguent la vraie grippe de la simple bronchite, et qui ont été, les années précédentes, un sujet de dissentiment entre quelques organes de la presse médicale. Certainement il était impossible d'établir une assimilation entre la forme morbide de cette année, caractérisée presque uniquement par des symptômes locaux et toujours bornés aux voies respiratoires, par de la toux, une expectoration modérée, avec peu ou point de fièvre, conservation des forces, sueurs nulles ou très-peu prononcées, etc., et cette grippe de 1847, dans laquelle les symptômes généraux, la fièvre, la prostration jouaient un rôle si prédominant et pouvaient même constituer toute la maladie; dont les localisations avaient lieu quelquefois du côté de l'appareil digestif et qui enfin, quand elle se déterminait vers les voies respiratoires, donnait lieu à un flux nasal ou bronchique d'une abondance extraordinaire. L'expérience nous a appris que cet ensemble de symptômes, et en général la forme catarrhale des affections bronchiques, coïncidaient ordinairement avec une température douce et humide succédant brusquement à des froids intenses; néanmoins nous avons dû reconnaître, en rendant compte de la grippe de 1847 (GAZ. MÉD., 1848, p. 158), qu'elle n'était pas survenue au milieu de circonstances exactement semblables, et que si quelque chose dans la constitution atmosphérique pouvait rendre raison de son développement, c'étaient de brusques et fréquentes variations barométriques. Si cette unique condition suffisait, les affections des voies respiratoires qui ont régné en janvier dernier auraient dû présenter la forme catarrhale la plus accentuée, car les oscillations du baromètre et du thermomètre n'ont jamais été plus fréquentes qu'à cette époque; mais il faut ajouter tout de suite que l'une des conditions ordinaires du développement de la forme catarrhale, la douceur de la température, existait lors de la grippe de 1847, tandis que, en janvier dernier, la température a été froide, même pour la saison. Ce concours de conditions, froid relatif, variations brusques de température et de pression atmosphérique, a donné lieu, nous le répétons, à des bronchites simples, à des angines, à des pneumonies franches et à des hémoptysies.

Nous avons observé, à la même époque, un assez grand nombre d'affections intermittentes. Parmi elles, il faut placer en première ligne les névralgies, plus particulièrement la pleurodynie. Le sulfate de quinine en triomphait avec la plus grande facilité. Quelques fièvres intermittentes légitimes se sont aussi montrées, la plupart peu intenses et mal caractérisées. Le frisson en particulier était, dans beaucoup de cas, peu prononcé. Enfin, il arrivait parfois qu'après avoir coupé les accès la fièvre prenait le type continu et dégénérait en fièvre typhoïde bien caractérisée.

de drogues utiles ou nuisibles. Les Latins entendaient également par le mot *medicamentum* un médicament ou un poison.

Le mot *pharmacopola* désignait une autre profession; on appelait ainsi ceux qui vendaient des médicaments, quoiqu'ils ne les préparassent pas. On leur donnait aussi les noms de *circulatores*, *circuitores*, *circumforanei*, en grec περιοδευτοι, qui répondent au mot charlatan, et *agyrtæ*, αγυρται (1), parce que le peuple s'assemblait autour d'eux. Ceux qui avaient une officine ouverte se nommaient *sellularii*, ἐπιδιφριοι ιατροι, ou médecins sédentaires. C'est la profession qu'avait exercée Aristote, ainsi qu'Eudémus, Chariton, cités par Galien, et Galien lui-même; c'est enfin la pharmacie telle qu'elle se pratique encore aujourd'hui en Angleterre.

Les *pharmaceutribæ*, méleurs ou broyeurs de drogues, étaient probablement les mêmes que les *pharmacentæ*. Ils composaient les remèdes, mais ne les appliquaient pas. Les droguistes se nommaient *seplasiarii*, *pigmentarii*, en grec παντοπῶλαι κατολικοι et μιγματοπῶλαι. Ils vendaient des drogues pour la médecine, pour les peintres, les parfumeurs et les teinturiers. La boutique ou le magasin qui contenait les drogues se nommait *seplasium*, et la profession *seplasia*. Pline parlait déjà des altérations, des sophistications que les droguistes faisaient subir aux substances médicamenteuses, et de l'incurie des médecins, qui négligeaient de les examiner ou de les préparer eux-mêmes. Quelques siècles après Celse, les *pigmentarii*, de droguistes qu'ils étaient d'abord, devinrent de véritables apothicaires, ou du moins s'en arrogèrent toutes les attributions.

Les plantes communes se vendaient chez les herboristes, *herbarii*, en grec ριζοτομοι, *coupeurs de racines*, ou βοτανικοι, *qui cueille les herbes*. Les rhizotomes affectaient de cueillir les racines avec des cérémonies superstitieuses, et ne se faisaient pas scrupule des substitutions. Les rhizotomes et ceux qui exerçaient la pharmaceutique avaient des magasins appropriés à leur usage. On les appelait *apothecæ*, αποθηκαι, du nom général des magasins ou dépôts de marchandises, d'où l'italien *bottega*, le mot français *boutique*, ainsi que celui d'*apothicaire*.

Les chirurgiens avaient aussi des boutiques qui portaient le nom de *medicinæ*, mot générique qui s'appliquait à tous les lieux où l'on exerçait une profession dépendante de la médecine. On appelait également *pharmacon* la boutique des teinturiers; celles des *pharmacopolæ* se nommaient *pharmacopolia*; celles des parfumeurs ou onguentaires, que l'on nommait *myrepsi*, du mot grec μυρον, s'appelaient *myropolia* et *myrotheeia*. Enfin on donnait aux boutiques des barbiers le nom de κουρεῖα, et en latin celui de *tonstrinæ*.

Cette distinction entre les professions médicales ne fut jamais bien tranchée ni bien résolue; elle paraît même n'avoir eu qu'une existence momentanée, car elle s'effaça chez les Romains, et on n'en retrouve les traces que vers l'époque de la renaissance des sciences et des lettres. Peu de temps après Celse, les médecins reprirent l'ancien usage et pratiquèrent eux-mêmes, ou firent pratiquer sous leurs ordres, par des subalternes, toutes les parties de l'art médical. Ils continuèrent seuls d'écrire sur toutes les branches de la médecine

(1) De αγυρεω, *assembler*.

La fréquence des névralgies, sous l'iofluence d'une température généralement froide et snjette à des variations subites, de changements hrusques dans la pression atmosphérique, de plnies ahondantes, n'a rien qoe de très-naturel. Fant-il voir aussi, dans ces mémes conditions, spécialement dans les oscillations harométriques et thermométriqoes presqoe quotidiennes, la raison du type intermittent? C'est un aperçu que nous nous hornons à signaler. On sait qu'il serait très-favorable à certaines théories de l'intermittence, dans lesquelles on rapporte la périodicité des accidents à la périodicité d'action des causes extérienres. Quoi qu'il en soit, il y aurait tonjours à s'étonner de la dégénération de qnelqnes fiévres intermittentes en fiévres typhoïdes à cette époqne de l'année et par une température aussi froide. C'est là un des traits de la constitution médicale qu'il nous paraît impossible de concilier avec les données météorologiques, et qu'il faut hien, en conséquence, rapporter à quelque cause inconnue.

Le mois de février se distiogue par l'nniformité des caractères de sa constitntion morhide. Rien, on presque rien antre chose que des rhumes, des angines et des pleuro-pnenmonies, celles-ci médiocrement fréquentes; presque plus d'affections intermittentes ni de fiévres typhoïdes. Aux maladies des organes respiratoires qui forment le contingent principal, il faut joindre seulement un certain nomhre de rhumatismes articulaires aigus qui, à vrai dire, n'avaient pas complétement disparu depnis le mois de décemhre, mais qui se sont multipliés dès le commencement de février. On sait qne ces deux ordres d'affections marchent souvent ensemhle; c'est nne des raisons qu'on invoque en faveur de la nature phlegmasique dn rhumatisme articulaire, et nous-mémes, dans nos *Revues sanitaires*, nous avons plns d'nne fois réuni le rhumatisme et la pneumonie sous le nom commun de maladies inflammatoires. Les explications dans lesquelles nons sommes entré et nons entrons encore dans ce numéro, à l'occasion dn déhat engagé à l'Académie de médecine, ne penvent laisser aucun donte snr la portée que cette appellation pent avoir dans notre esprit. Nous ne regardons pas la pneumonie franche et le rhumatisme articulaire aigu comme étant de méme nature; mais dans un travail destiné à mettre en relief les caractères généraux des maladies régnantes, nons sommes souvent amené à rassemhler dans une méme étnde des caractères appartenant à des maladies foncièrement différentes, mais nnis entre eux par des liens étroits; tel est l'élément inflammatoire, qui est un des traits dn rhumatisme articulaire aigu et le trait principal de la hronchite et de la pneumonie. Or l'existence de ces deux affections, dans le conrs du mois de février, est hien en rapport avec les conditions météorologiques. La température moyenne de ce mois a été, il est vrai, assez élevée, du moins relativement; mais outre qu'nne température moyenne de + 7,5 n'est pas de nature à garantir de phlegmasie des voies respiratoires et de rhumatisme, il importe de remarquer, d'abord, que le mois de janvier, par les conditions rappelées plus hant, avait imprimé à la constitntion médicale un mouvement que les cooditions météorologiques les plus heureuses n'enssent pas enrayé tout à coup; ensnite, que les variations brusques dn baromètre, si fréquentes dans la seconde moitié de janvier, se sont continuées dans la première moitié de février, en même temps que les variations graduelles dn thermomètre étaient assez étendues. En voilà assez pour rendre compte et de la persistance des phlegmasies des voies respiratoires et de la recrudescence des rhumatismes articulaires, au développement desquels se montrent si favorables les variations de température et de pression atmosphérique.

Arrive le mois de mars, et avec lui ces fiévres èruptives, souvent anomales, dont nous avons parlé daos un de nos derniers numéros (1850, p. 295). Dans hon nomhre de cas, si on se le rappelle, après les symptômes prodromiques d'nn exanthéme cutané, tels que coryza, éternuemeol, rougeur des conjonctives, photophohie, nansées, etc., quelques taches de rongeole ou quelques rougeurs diffuses se montraient sur la poitrine et le cou pour disparaître presque aussitôt, ou même l'éruption manquait complétemeot, et à sa place survenait une hroochite intense ou une pnenmonie. Nous avons dit comment ces affections, par leur marche iosolite, par la facilité avec laquelle se déplaçait la phlegmasie locale, par la longueur de la convalescence, par la fréqnence des rechutes, semhlaient attester la spécialité de leur origine. Il serait inutile d'y revenir. Mais nous ajouteroos à notre exposé la description d'une autre forme morhide décrite par M. le docteur Cerise, dans L'UNION MÉNICALE, et qui ponrrait bien être, avec des caractéres extérieurs différents, l'expression du même génie épidémique. Il faut pourtant remarquer que le peu de gravité de cette forme et sa courte dnrée la distioguent de la plupart des affections qui procèdent d'one fiévre éruptive arrêtée dans sou développement et détournée vers les organes internes.

« Les malades, dit M. Cerise, soot pris, après quelques jours de prodromes, et quelquefois tout à coup, de frissons, de céphalalgie, de maux de cœnr, de nansées, suivies on non de vomissements secs ou spasmodiqnes, de fiévre intense, accompagnée d'inqniétudes vives et de grande agitation. Point de tronhles gastriqnes ni intestinaux; mais nne grande sensihilité à la plus légére palpatioo du ventre; pas de tonx, pas de coryza, pas de mal de gorge; mais quelquefois une légére sensation de chatouillement à la luette, qui concourt à provoquer les efforts des vomissements; la langue est humide, et ne prend un enduit hlanchâtre qne le deuxième on le troisième jonr. Au frisson initial qni se renonvelle souvent an déhnt, snccède nne vive chaleur avec nn ponls petit, accéléré (100 et 110 pnlsations chez l'adulte; 130, 140 chez les enfants); il y a constipation; la peau est sèche et ardente. Point d'épistaxis ni d'éternuement. Pas de coloration anormale. Les urines sont très-peu abondantes, rares, mais normales.

» Denx symptômes prédominent et sont caractéristiques. Ce sont : 1° la sensation extrêmement pénihle, doulourense même d'nne chaleur âcre et mordicante à la régiou sus-orhitaire; 2° une photophohie extrême; une aversion complète pour la lumière la plus modérée, les paupières et la conjooctive oculaire étant dans l'état normal.

» La marche de la maladie est fort simple. Pendant trente-six ou quarante-huit heures après les premiers symptômes d'invasion, le ponls reste an maximum d'accélèration, et la peau au maximum de chaleur brûlante et sèche. Après ce temps, le ponls perd progressivement de sa fréquence, et la peau de sa chaleur aride jnsqu'an retour à l'état normal. La période décroissante dure à peu prés vingt-quatre ou trente-six heures. Il ne survient qu'un peu de moiteur, souvent à peine seosihle. Aprés environ soixante-douze heures, les malades entrent en convalescence. »

Et l'auteur ajonte avec raison qu'on pent avoir ainsi en perspective, pendant quarante-huit heures, *une rougeole*, *une scarlatine*, *une variole*, ou une fiévre continue.

Qnoi qu'il en soit du vrai caractére, de la vraie natnre de cette affection, dont plusieurs faits par nous ohservés nous portent à croire la description exacte, il ne nons paraît pas douteux que celles dont les déterminations locales ont en lieu du côté des voies pulmonaires, après les prodromes or-

---

et particuliérement sur la pharmacentique. Les ouvrages sur cette matière étaient encore très-rares, les recueils de recettes étaient fort recherchés et avaient pour les bibliothèques une assez grande valeur.

Cependant la matiére médicale s'était enrichie d'un grand nombre de substances actives, de parfums, d'épices, d'aromates, venns de diverses contrées, dn fond de l'Inde et de l'Éthiopie. C'est à cette époque qne l'ou commença à connaître le sncre de canne, dont la fabrication resta longtemps grossière, mais qui remplaça peu à peu le miel comme condiment. Hérophile avait donné à l'emploi des médicaments une assez grande impulsion; ses disciples, comme il est d'nsage, exagérèrent la doctrine du maître. Mais déjà s'élevait dans la même école une secte, celle des empiriques, qui devait donner à la matière médicale une activité nouvelle, et à l'étnde des médicaments une meilleure direction.

Une circonstance intéressante à constater pour l'histoire de la pharmacie, c'est que pendant les deux ou trois siécles où les sciences flenrirent en Égypte et dans l'Asie Mineure, les souverains s'occupèrent presque tons d'études médicales, spécialement de recherches pharmaceutiques, et que leurs découvertes répandirent une certaine lumiére sur la doctrine des poisons et des contrepoisons. On sait les encouragements qui furent donnés aux sciences naturelles par les Ptolémées, et les travaux personnels de plusieurs princes de cette famille. Antiochus Philométor, Nicomède, roi de Bythinie, les reines Cléopâtre et Artémise (1), les rois Attale et Mithridate, non-seulement cultivérent les sciences médicales, mais inventèrent et composèrent eux-mêmes des médicaments auxquels ils ne dédaignérent pas de donner lenrs noms. On attribue à Agrippa, roi de Judée, l'invention de l'onguent qni portait son nom (1). Attale Philométor, roi de Pergame, fut célèbre par ses connaissances en botanique et en pharmacologie; il cultivait lui-même, dans ses jardins, la jusquiame, l'aconit, la ciguë, l'ellébore, et fit de nombreuses expériences sur l'activité de ces plantes. Galien et Marcellus Empiricus citent deux médicaments qui portèrent son nom : l'un est un emplâtre dont le blanc de plomb était la base; l'antre un remède interne contre la jaunisse.

Le plus célèbre de ces sonverains pharmaceutes fnt, sans contredit, Mithridate Eupator, roi de Pont, le rival implacable et si longtemps heureux de la puissance romaine. Sa cruauté et ses passions violentes, qni lui suscitèrent tant d'ennemis, l'avaient pénétré d'une telle crainte d'être empoisonné qu'il fit d'é-

(1) On prétend qn'Artémise, reine de Carie, femme de Mausole, donna son nom à l'armoise (*artemisia vulgaris*, L.). Il est au moins aussi probable qne le nom de ce genre vient du grec Αρτεμις, qui était l'un des surnoms de Diane, patronne des vierges, à canse de l'efficacité connue de cette plante dans certaines affections de l'utérus.

(1) On pourrait tont aussi bien rapporter le nom de cette préparation an mot ἀγριππον, qui, chez les Grecs, signifiait *suc de plante*. Suidas assnre qu'à Sparte le même mot servait à désigner l'olivier sauvage. L'huile d'olive, ainsi que le suc de plusieurs plantes, entraient en effet dans la composition de l'onguent d'*Agrippa*.

dinaires des fièvres éruptives, n'aient procédé effectivement d'exanthèmes avortés. Or le froid continu, la sécheresse de l'atmosphère, la prédominance très-marquée du vent du nord, dans le cours du mois de mars, expliquent suffisamment, ce nous semble, cette marche insolite des affections ordinaires du printemps. On verra en effet, si l'on veut bien se reporter à notre premier article, que la température moyenne de mars n'a été que de + 4,8, tandis que celle de février s'était élevée à + 7,5 ; que l'abaissement de la température a été presque uniforme ; qu'il n'est pas tombé plus de 1 cent. 262 mill. de pluie sur la terrasse de l'Observatoire, et qu'enfin le vent du nord a soufflé quinze jours, et le vent du sud huit jours seulement. Ce sont là des conditions peu favorables à un mouvement d'expansion vers la peau.

Est-ce aux mêmes influences qu'il faut rapporter ces affections rhumatiques ou plutôt névralgiques, si singulières, si insidieuses, dont nous avons également parlé dans notre dernier article sur les maladies régnantes, et dans lesquelles on voyait une douleur excessivement violente sauter de la poitrine au nerf sciatique, de la cuisse au mollet, d'un côté du corps à l'autre, rester ici exempte de toute lésion matérielle appréciable, là s'accompagner de gonflement, de rougeur inégale et en traînées, pareille à celle de la lymphangite ? La forme et la marche bizarres de cette affection sont telles qu'il nous semble plus rationnel de ne la rapporter à aucune des conditions atmosphériques concomitantes. Nous y sommes d'autant moins disposé qu'à la même époque les fièvres typhoïdes (dont quelques-unes, comme nous l'avons dit, avaient apparu en janvier) se sont montrées beaucoup plus fréquentes, et se sont fait remarquer par un degré très-prononcé des phénomènes adynamiques. Assurément il ne peut exister aucun rapport de cause à effet entre les conditions météorologiques de mars, telles que nous venons de les rappeler, et la fréquence de fièvres qui ont coutume de se montrer, au contraire, sous l'influence des grandes chaleurs. Il y a fort à présumer que la lésion n'est pas plus étroite entre ces conditions et les rhumatismes graves, accompagnés de lipothymies, de dépression du pouls, de sécheresse râpeuse de la langue, dont nous avons donné la description. (P. 295 et 296.)

C'est à cela que se bornent nos observations sur la constitution médicale du premier trimestre de 1850. Voici maintenant quel a été, pendant le règne de cette constitution, le mouvement des hôpitaux de Paris.

TABLEAU DU MOUVEMENT DES HÔPITAUX PENDANT LE PREMIER TRIMESTRE DE 1850.

Mois.	Établissements.	Malades existants le 1er du mois.	Malades admis pendant le mois.	Tot. des malad. existants au commenc. du mois et admis pendant le mois.	Malades sortis pendant le mois.	Malades décédés pendant le mois.
Janvier	Hôpitaux.	5,770	6,984	12,754	5,836	695
	Hospices.	9,663	1,087	10,750	706	299
Février	Hôpitaux.	6,265	6,513	12,778	5,981	617
	Hospices.	9,745	1,074	10,819	761	224
Mars	Hôpitaux.	6,180	6,882	13,065	6,401	627
	Hospices.	9,834	963	10,797	779	243

SYPHILIS.

DU DIAGNOSTIC DE LA SYPHILIS CONSIDÉRÉE COMME UNE DES CAUSES POSSIBLES DE LA MORT DU FOETUS ; par M. le professeur PAUL DUBOIS.

On sait que la syphilis peut atteindre le fœtus dans le sein de sa mère, soit que celle-ci la lui ait directement communiquée, soit que, par l'acte de la fécondation, il l'ait reçue de son père. Les effets de cette transmission sont différents quant à l'époque à laquelle ils se manifestent et quant à l'influence qu'ils exercent sur la santé et sur la vie de l'enfant. Il est possible, en effet, que celui-ci naisse sain en apparence, et que l'infection ne se révèle chez lui que plusieurs jours ou plusieurs semaines, et peut-être beaucoup plus longtemps encore après la naissance. Il est possible aussi que la maladie se manifeste pendant la vie intra-utérine, que l'enfant en apporte les tristes témoignages en naissant, qu'il y succombe plus ou moins longtemps après, ou qu'il y survive, grâce au prompt et utile emploi d'un traitement convenable. Il est possible enfin, et ce dernier cas est malheureusement trop commun, que le fœtus infecté meure avant de naître.

Dans les deux premiers cas, les désordres apparents témoignent de la nature du mal, et ils indiquent, dans la supposition très-admissible de nouvelles grossesses, les bases d'un traitement curatif pour les parents, et prophylactique pour les enfants à venir.

Mais cette indication précise et salutaire nous échappe trop souvent dans le troisième cas, c'est-à-dire lorsque les enfants ont succombé dans le sein de leur mère. En effet, leur mort ne dévoile pas la cause qui l'a produite ; car elle peut résulter de lésions ou d'affections très-diverses ; parmi celles-ci je ne puis m'empêcher de signaler les maladies des annexes, et surtout les altérations du placenta, qui ne me paraissent ni assez connues des médecins praticiens ni assez recherchées dans les circonstances où il importerait qu'elles le fussent.

On peut croire, il est vrai, que les renseignements relatifs à l'état de santé précédent ou actuel des parents et l'examen cadavérique du fœtus, en permettant de constater des lésions syphilitiques connues, suffiront pour éclairer sur la cause réelle de sa mort ; mais cette ressource est beaucoup moins précieuse qu'on ne peut le croire au premier abord. Le fœtus n'est pas généralement expulsé aussitôt après qu'il a cessé de vivre ; un temps assez long s'écoule souvent entre le moment de sa mort et celui de son expulsion, et pendant ce délai, les altérations cadavériques diverses que subissent le tégument externe ou les surfaces muqueuses, sont plus que suffisantes pour effacer les traces des lésions, soit extérieures, soit profondes, que l'affection syphilitique a pu produire. Il est d'ailleurs très-possible que cette affection soit mortelle pour le fœtus sans l'intervention d'aucune des manifestations pathologiques extérieures ou intérieures que l'on sait être le résultat ordinaire de la maladie vénérienne. Et quant aux renseignements attendus des parents, il arrive fréquemment qu'aux motifs d'incertitude déduits de l'insuffisance des témoignages cadavériques, s'ajoute celle qui résulte des souvenirs confus, des indications vagues ou inexactes, des réticences calculées, enfin de l'ignorance possible des parents à l'égard des conditions réelles de leur santé. Aussi l'embarras des prati-

tonnantes recherches pour connaître tout ce qui se rapportait à la toxicologie. Il faisait sur des criminels et sur lui-même l'essai de toutes les substances vénéneuses, et prenait journellement une certaine quantité de poison et de contre-poison. Il s'accoutuma tellement ainsi à l'usage des toxiques, qu'au moment de sa dernière défaite, voulant user du poison qu'il portait toujours avec lui, il ne put réussir par ce moyen à se donner la mort. On assure qu'ayant été blessé dans une bataille, les Agares, peuple de la Scythie, l'avaient guéri avec des médicaments dans lesquels entrait du venin de serpent. C'est là probablement la source de l'intérêt qu'il attachait à l'étude des toxiques et des animaux venimeux. Il écrivit sur les venins un livre qu'il intitula THERIACA (1). Mithridate est particulièrement célèbre en médecine comme auteur d'un électuaire dont la formule figurait encore naguère dans toutes les pharmacopées, et auquel il attachait une grande importance comme alexitère. Cette composition était si fameuse qu'un des [illegible]remiers soins de Pompée, après la mort de Mithridate, fut de la faire rech[illegible]her dans les papiers de ce prince. On en trouva en effet la formule parmi [illegible] mémoires secrets, qui, pour la plupart, se rapportaient à des observations [illegible]les, à l'explication des songes et [illegible] des recherches pharmacologiques. I[illegible]ndamment de la formule du [illegible] électuaire, on en trouva une autre q[illegible]on regarda comme celle d[illegible] véritable contre-poison ; elle se composait de feuilles de rue, pilées [illegible] du sel, des amandes de noix et des figues grasses (1). Pompée s'empressa de faire traduire par son affranchi Lœnus tous les livres de recettes de Mithridate, et les rapporta à Rome comme l'un des trophées de sa victoire.

Si notre but était ici de relever l'illustration de l'art pharmaceutique, dans l'antiquité, à côté des rois pharmaceutes, nous placerions les poëtes, ces autres rois de la pensée, qui ne jugèrent pas indigne de leurs talents et du langage des dieux les détails qui se rapportent à un art destiné à soulager les souffrances et à prolonger la vie des hommes. Déjà, et dès les siècles les plus reculés, Hésiode, Orphée, Musée, avaient chanté la nature et les grands phénomènes qu'elle présente ; Pythagore et Empédocles, Parménide et Épicharme avaient appliqué la poésie aux détails de la philosophie et des hautes sciences ; Eudémus avait gravé ses vers sur la porte du temple d'Esculape ; Aratus, Héliodore (d'Athènes), Nicandre, avaient employé le rythme poétique à décrire les poisons, les animaux venimeux et les moyens de combattre leurs effets délétères. Mais sous le règne des Césars, soit que les médecins de cette époque s'exagérassent l'importance des médicaments qu'ils avaient inventés, soit qu'ils voulussent, à l'aide d'un langage mesuré, prévenir l'altération de leurs formules, un grand nombre d'entre eux décrivirent en vers la composition de leurs antidotes et les procédés relatifs à leur préparation. Émilius Macer (de Vérone) traita le même sujet que

(1) Du mot θηρια, bête venimeuse.

(1) Bis denum rutæ folium, salis et breve granum
Juglandesque duas, totidem cum corpore ficus.
Hæc oriente die pauco conspersa Lyæo
Sumebat..... (Q. Serenus Sammonicus.)

ciens peut-il être extrême lorsqu'il s'agit de choisir une médication qui puisse prévenir le retour du même événement. Il ne reste alors d'autre ressource que celle d'admettre, pour ces cas de mort inexpliquée du fœtus, l'hypothèse, fondée ou non, d'une infection syphilitique, et de soumettre les parents, ou l'un d'eux, à un traitement antivénérien. Mais indépendamment des inconvénients possibles d'une telle détermination, on conviendra sans doute qu'il vaudrait beaucoup mieux qu'elle fut établie sur une donnée plus scientifique et plus positive. Il m'a paru que celle-ci pouvait être trouvée dans l'observation attentive des faits, et surtout dans la recherche d'une altération pathologique spéciale, et qui est, je crois, caractéristique d'une affection vénérienne.

En examinant, il y a plusieurs années, le cadavre d'un enfant nouveau-né qui présentait les indices les moins équivoques d'une affection syphilitique congéniale à laquelle il avait succombé quelques jours après sa naissance, je fus frappé d'une altération remarquable du thymus. Cet organe, dont les dimensions, la forme, la couleur et la consistance étaient à peu près celles de l'état normal, contenait un grand nombre de petits foyers purulents. Cette altération ne me parut d'abord avoir d'autre rapport avec l'affection vénérienne que celui d'une simple coïncidence. Je me proposai néanmoins de faire ultérieurement des recherches à ce sujet, et quelques semaines après, un enfant étant né et mort dans les mêmes conditions que le précédent, je pus découvrir également chez lui une suppuration du thymus.

Les exemples d'affection syphilitique des nouveau-nés n'étant pas rares dans les hôpitaux destinés à recevoir des femmes en couches, et cette affection lorsqu'elle est congéniale, devenant presque toujours mortelle, les occasions de constater la présence du pus dans le thymus comme phénomène au moins concomitant d'une maladie vénérienne, ne me manquèrent pas. Mes observations sur ce sujet furent donc nombreuses; je me contenterai d'en citer quelques-unes.

Obs. I. — Julie M... est accouchée d'un garçon offrant les apparences d'une bonne constitution et d'une bonne santé; cependant quatre jours après sa naissance, quelques taches parurent sur les membres, le tronc et la figure; la paume des mains et la plante des pieds prirent une teinte violette foncée, et sur ces parties se développèrent bientôt de véritables pustules d'un blanc opaque, formées par le soulèvement de l'épiderme, et contenant un liquide purulent assez épais; quelques-unes d'entre elles s'étant spontanément ouvertes laissèrent apercevoir le derme injecté et très-superficiellement ulcéré. Des pustules semblables se montrèrent disséminées sur les jambes, sur les fesses et sur les bras. Dès ce moment l'enfant, d'abord robuste, maigrit rapidement et succomba huit jours après sa naissance.

L'autopsie eut lieu le lendemain; les poumons avaient incomplètement respiré; le lobe inférieur du poumon droit offrait une densité insolite. Le thymus ne présentait rien de remarquable quant à sa couleur et à son volume; mais en le pressant après l'avoir incisé il était facile d'en exprimer des gouttelettes d'une matière semi-liquide, d'un blanc jaunâtre ayant toutes les apparences d'un liquide purulent. Soumise à l'examen microscopique par M. Donné, cette matière lui a offert tous les caractères d'un véritable pus.

La mère de cet enfant, d'une forte constitution et d'une bonne santé, ne porte aucune trace apparente d'affection syphilitique; elle assure n'avoir eu que quelques flueurs blanches, et quant à la santé du père de son enfant elle ne peut donner aucun renseignement positif.

Obs. II. — M... est accouchée à terme d'une garçon qui présente, au moment même de sa naissance, sur différentes parties du corps, mais surtout à la face palmaire des mains et à la plante des pieds, des pustules d'un blanc éclatant formées par un soulèvement de l'épiderme et contenant du pus. Ces pustules se détachent sur le fond violet foncé de la peau des mains et des pieds. Cet enfant maigrit rapidement et succombe le sixième jour après sa naissance.

L'examen cadavérique a lieu le lendemain. Quand on incise les pustules, on en fait sortir un liquide purulent épais, et l'on remarque que le derme dénudé est rouge, mais n'est pas sensiblement ulcéré. Le thymus présente la couleur et le volume de l'état normal, mais lorsqu'on l'incise et qu'on le presse on en exprime facilement un liquide blanc jaunâtre, d'une consistance semi-liquide et présentant tous les caractères physiques du pus.

La mère de cet enfant assure n'avoir jamais été atteinte d'une affection vénérienne, et elle n'en porte aucune trace apparente; mais elle ajoute que le père de son enfant, employé en qualité d'infirmier dans un hôpital militaire, a été atteint il y a plus d'un an d'une maladie vénérienne pour laquelle il est encore soumis à un traitement.

Obs. III. — Maria M. est accouchée d'une fille morte, et qui paraissait avoir succombé quinze jours environ avant sa naissance.

La surface du corps de cet enfant ne présente aucune trace de bulles ou de pustules. L'épiderme de la cuisse gauche est partiellement détaché, et celui de presque toutes les autres parties s'enlève avec une grande facilité et par le moindre frottement.

La cavité du péritoine et celles des plèvres renferment une certaine quantité de sérosité sanguinolente. Les organes abdominaux n'offrent aucune altération notable; ceux de la poitrine présentent de petites ecchymoses sous la forme de taches rouges. Celles-ci sont particulièrement remarquables par leurs dimensions sur le thymus. Cet organe, examiné comparativement avec un thymus sain, n'offre, eu égard à son volume et à sa consistance, aucune différence sensible; mais si on le presse après l'avoir incisé, on en exprime un liquide d'un blanc jaunâtre qui présente à l'œil nu et au microscope tous les caractères du pus. Ce liquide paraît être disséminé dans le tissu de l'organe, et non réuni en un foyer.

Deux ans avant son accouchement, la mère de cet enfant avait été atteinte de syphilis, et traitée pour cette affection à l'hôpital Saint-Antoine. Il y a un an, elle est accouchée à l'hospice de la Maternité d'un enfant très-maigre, dit-elle, et qui est mort quinze jours après sa naissance. Plus tard elle eut une vaginite aiguë et des tumeurs aux régions inguinales. Quand cette femme, enceinte de huit mois, s'est présentée à la Clinique, où elle fut admise, elle était affectée d'une éruption générale et de nature syphilitique; le fœtus vivait alors. La succession des faits que je viens de rappeler nous fit pressentir sa mort possible et plus ou moins prochaine, et l'altération du thymus.

Ces prévisions furent bientôt justifiées.

Le fœtus succomba en effet quinze ou dix-huit jours après l'entrée de la malade à la clinique d'accouchements, et l'autopsie permit de reconnaître la présence du pus dans le thymus.

Aux mêmes époques et dans le même établissement, beaucoup d'autres enfants ont succombé peu de jours après leur naissance, ou sont nés morts par des causes évidemment étrangères à toute infection syphilitique, et je ne me rappelle pas que l'examen comparatif qui a été fait du thymus chez eux y ait jamais révélé la présence d'un liquide purulent.

Dans les cas qui viennent d'être exposés, la part que l'infection vénérienne avait prise à la mort des enfants était rendue évidente par les indices certains de la syphilis, développée soit chez leur mère, soit chez eux-mêmes, avant ou après leur naissance. Et quand ces indices ont manqué, l'influence de la syphilis a été rendue très-probable par les témoignages des parents, ou au moins de l'un d'eux. Mais ces faits appartiennent à la pratique des hôpitaux, et s'ils peuvent, pour ce motif même, offrir quelques difficultés de

---

Nicandre; Philotas décrivit en vers la composition de plusieurs médicaments; Rufus, dans un poëme dont il nous reste quelques fragments, célébra les propriétés de certaines plantes héroïques; Philon (de Tarse), contemporain de Thémison et d'Auguste, mit en vers la composition de son électuaire, connu sous le nom de *philonium* (1). Servilius Damocrate, qui vécut sous Néron, publia deux poëmes en vers iambiques, ayant l'un et l'autre pour objet la pharmacie et la matière médicale. Il conserva ainsi la formule du *cyphi* des Égyptiens, de l'électuaire de Mithridate et des *hières* les plus célèbres. Il consacra dans ses vers la préparation de plusieurs *malagmata* et épithèmes calmants, assez efficaces, ainsi que la formule de divers *acopes* (2) ou liniments toniques, propres à dissiper la lassitude. Damocrate avait guéri la fille du consul Servilius, en lui faisant prendre le lait d'une chèvre nourrie avec les feuilles de lentisque, mode de traitement ingénieux, renouvelé par les praticiens modernes, et mis souvent en usage avec un remarquable succès.

De tous les poëtes pharmaceutes, le plus justement célèbre est Andromachus, médecin de Néron, le premier qui ait porté le titre d'*archiâtre* des empereurs. Ce fut lui qui inventa la thériaque et qui en décrivit la composition ainsi que les propriétés, dans un poëme grec, en vers élégiaques, qu'il dédia à Néron. Ce poëme, que Galien nous a conservé, a pour titre : *Galênê*, Γαλήνη, c'est-à-dire calme, tranquillité; c'était le nom qu'Andromaque donna d'abord à son antidote. Plus tard, cette composition fut appelée *thériaque*, dénomination devenue en quelque sorte générique pour les contre-poisons.

Destinée d'abord à guérir les morsures venimeuses, la thériaque fut bientôt regardée, sur la foi de son auteur, comme propre à combattre toutes les maladies. Le succès de cette composition fit perdre à l'antidote de Mithridate une grande partie de son crédit. Cependant elle ne différait guère de celui-ci que par l'addition de la chair de vipères et de quelques autres ingrédients peu énergiques. Quoi qu'il en soit, la thériaque s'empara dès lors d'une réputation qu'elle a conservée à travers les siècles. L'empereur Antonin, qui l'estimait beaucoup, la faisait préparer dans son palais, sous ses yeux, et en prenait chaque jour. Andromaque le Jeune, fils de l'archiâtre, qui mit en prose le poëme *Galênê*, modifia légèrement la composition de la thériaque, et crut soutenir la gloire de son nom en imaginant un nombre considérable d'antidotes tout aussi compliqués, dont heureusement la formule n'est pas parvenue jusqu'à nous. Galien assure qu'il en avait inventé vingt-quatre seulement pour les maux d'oreille.

C'est ici le lieu peut-être de remarquer les progrès qu'avait faits la complication des médicaments, depuis l'école de Cos jusqu'à l'époque que nous étudions. Hippocrate, qui faisait principalement consister la thérapeutique dans la diète et le régime, n'employait le plus souvent que des médicaments simples. Les for-

(1) Les vers de Philon de Tarse étaient fort énigmatiques; mais Galien en a donné l'explication. Le *philonium* était composé de safran, de pyrèthre, d'euphorbe, de poivre blanc, de jusquiame, de spicanard, d'opium et de miel attique. Cet électuaire a figuré jusqu'à nos jours dans nos pharmacopées, mais il a été souvent modifié dans sa formule, au point que son nom était devenu générique pour les compositions analogues.

(2) De ἀ privatif, et de κόπος, fatigue.

diagnostic qui résultent de l'ignorance ou de l'incurie des parents, et surtout de l'absence presque constante du père, ils sont du moins exempts de celles qui, dans la pratique de la ville, résultent tout à fois d'une réserve trompeuse de la part des parents et de la circonspection qu'exige une question aussi délicate de la part du médecin. J'en pourrais indiquer de nombreux exemples; il me suffira d'en citer un seul.

Obs. IV. — Madame..., déjà mère de deux enfants bien portants, redevint enceinte cinq ans après la naissance du dernier. Cette grossesse parvint au septième mois sans avoir été troublée par la moindre indisposition.

A cette époque, madame... éprouva tout à coup un frisson violent, suivi d'une réaction fébrile intense et de courte durée; puis un malaise extrême suivit ces premiers accidents, et les mouvements du fœtus, devenus un peu plus faibles et plus rares depuis quelques jours, cessèrent soudainement. L'expulsion d'un enfant mort eut lieu trois semaines après.

Enceinte pour la quatrième fois deux années plus tard, mad... parvint, après beaucoup de précautions, au milieu du huitième mois; alors les accidents qui avaient précédé la mort du fœtus dans la dernière grossesse (frisson, réaction fébrile intense et malaise extrême) se manifestèrent encore. Les mouvements du fœtus ne furent plus sentis, et madame... accoucha d'un enfant mort à la fin du huitième mois.

J'avais été consulté pour ce second cas, mais à une époque où la mort du fœtus était déjà certaine. J'en recommandai l'examen le plus attentif après l'accouchement, et j'insistai surtout pour que l'état des annexes fût scrupuleusement observé. J'étais en cette occasion plus préoccupé de la pensée de quelque lésion sérieuse du placenta que je ne l'étais d'une affection vénérienne, et bien que je susse comme tout médecin, qu'il n'est pas de position sociale qui mette à l'abri de cette dernière, l'idée ne s'en présenta pas à mon esprit, et je ne prescrivis pas un examen particulier du thymus. Je l'ai regretté beaucoup depuis. Madame .... n'avait certainement subi aucune atteinte de syphilis, et son mari avait affirmé que jamais aucun indice d'une affection vénérienne dont il aurait pu conserver les traces ne s'était manifesté chez lui. Cependant j'appris quelques mois après, par son médecin, qu'il avait été soumis à un traitement antivénérien pour une éruption dont la nature syphilitique n'était pas douteuse. Je crois maintenant que l'examen du thymus, s'il avait eu lieu dans ce cas, aurait pu éclairer une question obscurcie à dessein par des renseignements inexacts.

Des faits qui précèdent, j'ai cru qu'il m'était permis de conclure : 1° que la présence du pus disséminé ou réuni en foyers dans le thymus d'enfants nouveau-nés qui avaient succombé à une syphilis évidente, devait être considérée, non plus comme une simple coïncidence, mais comme un résultat et un témoignage de la maladie dont ils étaient atteints; et 2° que cette altération autoriserait, en l'absence de toute indice explicatif de la mort du fœtus, à prescrire un traitement antivénérien comme le seul moyen de prévenir le retour du même accident.

Je suis loin toutefois de regarder ces conclusions comme rigoureuses; avec moins d'expérience, je pourrais avoir cette prétention. Mais je crois, au contraire, que le sujet de ce travail mérite encore d'être attentivement étudié. Il se pourrait, en effet, que la suppuration du thymus ne fût pas une conséquence constante de l'infection syphilitique chez le fœtus ou l'enfant nouveau-né, bien que je l'aie toujours observée dans les cas où la syphilis est devenue mortelle. Il se pourrait même que, contrairement à mes observations, cette altération ne fût pas un résultat exclusivement propre à l'affection vénérienne chez le fœtus, et qu'elle fût aussi consécutive à des états pathologiques étrangers à la syphilis. Dans l'un comme dans l'autre de ces deux cas, la suppuration du thymus, que je regarde comme le témoignage d'une infection vénérienne, perdrait beaucoup de la valeur que je lui ai donnée. Des recherches ultérieures éclaireront sans doute cette question.

Il m'importe cependant de signaler une cause possible d'erreur. Le thymus sécrète, pendant la plus grande partie de la vie fœtale, un liquide blanchâtre et visqueux qu'avec un peu d'inattention on pourrait prendre pour du pus, erreur dont l'examen microscopique ne préserverait peut-être pas, parce que le liquide normal du thymus contient un certain nombre de globules muqueux fort analogues aux globules purulents. Mais le fluide sécrété par le thymus a une couleur blanche opaline transparente qui ne doit pas permettre de le confondre avec un véritable pus, qui en diffère par sa consistance crémeuse, sa couleur jaune et son opacité.

J'ajouterai, à cette occasion, qu'il me paraît probable que, dans la plupart des cas, la présence du pus dans le thymus est le résultat d'une inflammation des conduits et du réservoir de cet organe, conduits et réservoir si bien décrits par Astley Cooper (1). La dissémination habituelle de la matière purulente et son apparition en gouttelettes quand on exerce une compression suffisante, me semblent indiquer le siége particulier de la suppuration.

Je ne terminerai pas ce travail sans jeter un coup d'œil sur l'état actuel de la science relativement au sujet spécial dont je viens de m'occuper, et la première question qui se présente est celle de savoir si des faits analogues à ceux qui font la base de ce travail ont été observés par d'autres et interprétés dans le sens que je leur ai donné.

Le thymus considéré au point de vu pathologique n'a été le sujet que d'un très petit nombre de recherches et de publications; cet organe n'a un développement et des fonctions de quelque importance que pendant une très-courte période de la vie, et il n'est pas surprenant qu'il ne figure presque jamais dans l'exposé des recherches cadavériques. Les sources auxquelles on peut puiser sont donc peu nombreuses. Cependant quelques observations relatives à ce sujet, mais faites chez l'adulte, se trouvent dans un mémoire d'Haugsted publié en 1832, et en partie inséré dans les Archives de médecine (2). Dans ce travail consacré à l'étude de l'anatomie et de la pathologie du thymus, deux faits empruntés à Lieutaud sont rapportés en ces termes :

« Un jeune homme de 18 ans était infecté de la maladie vénérienne. A la suite d'un traitement mercuriel qui échoua contre son mal, il tomba » dans une fièvre lente accompagnée d'une toux très-fatigante. Il s'y joignit une oppression de poitrine, des sueurs colliquatives; le marasme » survint, les forces tombèrent et il mourut. Les poumons obstrués et tuberculeux nageaient dans une sérosité purulente; *on trouva le thymus* » altéré par la suppuration, ainsi que les parties voisines et particulièrement l'œsophage. »

« Dans le cadavre d'un autre jeune homme également affecté de syphilis, on trouva des exostoses nombreuses à la face interne du crâne; la » trachée et le larynx étaient en plusieurs points affectés de carie; les poumons étaient tuberculeux *et le thymus suppuré*. Plusieurs choses se » firent remarquer dans l'abdomen, comme les lésions de divers viscères, » mais surtout les vaisseaux lymphatiques, qu'on voyait se dessiner très-

(1) The anatomy of the thymus gland, Lond. 1832, trad dans le journal hebd. de méd., t. VIII, 2e année.

(2) T. III, 2e série, 1833.

---

mules tirées des tables votives des temples de la Santé, étaient généralement peu compliquées. Mais bientôt Hémphyle et ses sectateurs multiplièrent outre mesure les ingrédients dans les compositions pharmaceutiques. Toutefois, les premiers antidotes ne prirent naissance que dans l'école d'Alexandrie. Dès lors les compositions polypharmaques devinrent comme un sujet d'émulation parmi les médecins : chacun d'eux tint à honneur d'imaginer quelque préparation de cette nature et d'y attacher son nom. Pline, qui blâma hautement ces compositions monstrueuses, assure qu'elles étaient uniquement imaginées dans le but de faire valoir le métier (*adostentationem artis*), et non dans l'intérêt de l'art de guérir. Après les antidotes vinrent les hières (1). La plus ancienne était celle de Thémison de Laodicée, qui probablement avait imaginé cette dénomination. On l'appela *hiera picra* (sainte et amère), parce que l'aloès en était l'ingrédient principal. Les hières se distinguaient des antidotes en ce qu'elles étaient ordinairement purgatives. Elles devinrent bientôt fort nombreuses; les plus célèbres étaient, après l'*hiera picra* de Thémison, celles de Justus, d'Archigène, de Rufus, de Philon, de Logadius et d'Antonius Pacchius. La plupart de ces compositions, indépendamment du nom de leurs auteurs, portaient encore, comme les antidotes, celui de leurs propriétés spéciales ou quelque titre emphatique capable de les relever aux yeux du vulgaire; ainsi l'une s'appelait *athanasia*, immortelle; une autre *ambrosia*, divine; d'autres *isothéos*, égale à Dieu; *isochryson*, égale à l'or; *panacea*, qui guérit tous les maux; et une foule d'autres, renissant à des noms tout aussi séduisants des propriétés tout aussi hypothétiques. A la suite des antidotes et des hières, parurent les *thériaques* (1). Celles-ci ne furent pas moins multipliées. Les dispensaires arabes ont longtemps conservé celles d'Œlius Galius, d'Euclide, de Zénon, d'Antiochus, de Democrate; mais la thériaque d'Andromachus resta toujours la plus estimée. L'efficacité de cette composition célèbre, confirmée par l'expérience des siècles, lui assigne encore aujourd'hui une place distinguée dans nos formulaires, et sans admettre à son égard les éloges exagérés que lui prodiguèrent les pharmacologistes des différents âges, y compris Bordeu, qui la regardait comme le médicament par excellence, l'antidote universel, on ne saurait disconvenir qu'elle ne jouisse de propriétés réelles, comme cordiale, calmante et anthelmintique. On sait avec quelle solennité, dans les derniers siècles, la ville de Venise en faisait exécuter publiquement la préparation. Maîtresse alors du commerce des Indes, cette ville était censée posséder les drogues les mieux choisies et les plus précieuses. En France et en Allemagne, les universités et les facultés de médecine faisaient aussi préparer la thériaque en grande pompe, cérémonie qui ne laissait pas de contribuer à la réputation populaire de ce médicament, aujourd'hui fort déchu de son antique célébrité.

P.-A. Cap.

(1) De ἱερός, saint, sacré; composition sainte ou sacrée.

(1) Les mots *antidote*, *hière*, *thériaque* étaient d'abord des adjectifs indiquant la propriété d'une composition. Par la suite, ils furent pris comme substantifs. Il en est de même du mot *galéné*, tranquillité, pour *antidotus tranquillans*, composition calmante.

» distinctement en bien des endroits, sans aucune préparation anatomique. »

Ces faits me semblent avoir quelque analogie avec ceux que j'ai observés. Je ne me dissimule pas toutefois qu'il s'en faut peut-être de beaucoup qu'ils aient, pour l'éclaircissement de la question qui me préoccupe, la valeur qu'on pourrait pu leur donner au premier abord ; en effet, les sujets chez lesquels ils avaient été observés n'étaient pas seulement atteints de syphilis, ils étaient encore tuberculeux, et il n'est pas impossible que cette dernière circonstance ait eu plus de part que la syphilis à la production des abcès du thymus ; et c'est ainsi que l'auteur du mémoire les avait interprétés. « La suppuration du thymus, dit-il, est assez rare à » la suite d'une inflammation franche...... Il convient de faire remarquer » que la plupart des observations qu'on donne pour des exemples de suppuration du thymus sont bien plutôt des cas de tubercules, car on les » voit coexister avec des tubercules pulmonaires; et quant aux descriptions » qu'on en donne, elles paraissent presque toujours se rapporter à des tubercules suppurés; c'est probablement à cette classe qu'appartiennent » les observations de Haller, Lieutaud, Cranzin, etc. » Ainsi les faits que je viens de rappeler n'avaient fait naître dans l'esprit de ceux qui les avaient observés ou mentionnés aucune idée d'un rapport quelconque entre la suppuration du thymus et l'infection syphilitique. Ce qui est certain d'ailleurs, c'est qu'aucune indication relative, même à la simple coïncidence de ces deux états pathologiques, ne se trouve dans les divers ouvrages classiques consacrés à l'étude des maladies vénériennes. La même omission existe dans les descriptions peu nombreuses et peu complètes encore du pemphygus infantilis, que je regarde comme un résultat et un indice certains de l'affection syphilitique chez les nouveau-nés. Je ne sache pas du moins qu'on ait expressément indiqué la coexistence de cette éruption et d'une suppuration du thymus, à plus forte raison n'a-t-on pas signalé la relation probable de cause et d'effet qui existe entre ces deux états pathologiques.

Cependant, si la suppuration du thymus n'a pas frappé l'attention des observateurs comme étant une conséquence et un indice de l'affection vénérienne chez le fœtus, d'autres lésions organiques ont été signalées à ce double titre. Un accoucheur distingué, qu'une longue maladie a depuis quelques années éloigné de la pratique, considère comme le témoignage d'une affection syphilitique mortelle pour le fœtus les noyaux indurés blanchâtres, et les collections sanguines multiples que présente souvent le parenchyme du placenta. Je ne sais si cette opinion repose sur des observations probantes, mais je suis certain que les altérations que je viens de rappeler se voient chaque jour dans des cas où il serait impossible de leur prêter avec la moindre apparence de raison une origine syphilitique. Et quant à la mort fréquente du fœtus dans ces cas, il est beaucoup plus naturel de la considérer comme le résultat à peu près inévitable d'une désorganisation plus ou moins étendue du délivre, que celui d'une infection vénérienne.

Dans un intéressant mémoire sur la péritonite développée pendant la vie fœtale, le docteur Simpson a constaté que, dans un grand nombre des cas de cette maladie qu'il a rassemblés et qui ont été mortels pour le fœtus, les mères avaient offert des symptômes syphilitiques. Il a été en conséquence conduit à regarder l'inflammation péritonéale mortelle pour le fœtus comme un résultat assez fréquent d'une infection vénérienne qui lui aurait été transmise par sa mère. Il me parut très-probable, dit-il; d'après les recherches que j'ai déjà faites sur ce sujet, qu'une grande proportion des enfants de mères syphilitiques, lesquels succombent dans les derniers mois de la gestation, ont été victimes d'une inflammation péritonéale. Il ajoute cependant qu'avant d'attribuer à cette cause une influence trop grande et trop exclusive, il doit rappeler que, dans un certain nombre des cas qu'il a cités, les mères ne paraissaient avoir été soumises à l'action d'aucune maladie suspecte ou à celle de tout autre dérangement de la santé (1).

Depuis quelque temps un jeune médecin, M. le docteur Gubler, qui s'est appliqué à la recherche et à l'étude des lésions organiques produites par la syphilis, a constaté une altération fibro-plastique du foie chez les enfants qui succombent à une affection syphilitique développée plus ou moins longtemps après leur naissance. Cette altération d'un organe qui occupe matériellement et fonctionnellement une place si importante dans la cavité abdominale chez le fœtus et l'enfant nouveau-né, se lie par quelques rapports peut-être à l'affection péritonéale signalée par le docteur Simpson. M. Gubler se propose, si je ne me trompe, de publier bientôt le résultat de ses intelligentes recherches, et je n'ai pas mission pour en parler davantage.

Il résulte de ce court exposé des faits publiés ou des opinions exprimées relativement à la question dont je me suis occupé, qu'aucun travail spécial n'a été jusqu'à présent entrepris dans le but d'en provoquer la solution. De nouvelles et nombreuses recherches sont donc nécessaires. J'ajouterai sans doute à celles que j'ai fait connaître ; mais je sollicite aussi le concours de mes confrères, et c'est dans ce but que je soumets maintenant ce travail à leur appréciation. Si leurs recherches les conduisent aux conclusions que j'ai proposées, ils auront certainement contribué à éclairer un point de pratique dont l'importance doit être surtout appréciée par les médecins qui s'appliquent à l'étude et à l'exercice de l'art des accouchements.

(1) On peritonitis in the foetus in utero, p. 19 et 20, in Edinburgh med. and surg. Journal, n° 137.

CHIRURGIE PRATIQUE.

MÉMOIRE SUR LA RUPTURE DE L'ANKYLOSE ET SUR SA COMBINAISON AVEC DES SECTIONS SOUS-CUTANÉES ; par M. Bonnet, professeur de clinique chirurgicale à Lyon.

Tous ceux qui s'intéressent au mouvement de la chirurgie contemporaine se rappellent que la rupture des ankyloses, tombée depuis longtemps dans une complète désuétude, fut remise en pratique, il y a quelques années, par M. Louvrier, directeur d'un établissement orthopédique dans le département du Doubs. Ce chirurgien avait imaginé un appareil puissant, applicable aux ankyloses du genou, et qui servait tout à la fois à rompre les adhérences et à étendre instantanément la jambe sur la cuisse. En 1839, il en fit à Paris de nombreuses applications, et les premiers succès qu'il en obtint conduisirent à penser que la rupture de l'ankylose avait été injustement abandonnée, et qu'elle devait être remise en honneur. Cependant, un certain nombre d'accidents graves, et la fréquence des résultats incomplets ne tardèrent pas à dissiper ces préventions favorables.

En 1840, M. Auguste Bérard lut à l'Académie de médecine un rapport dans lequel étaient consignés tous les résultats obtenus par la méthode de M. Louvrier. L'exposé de ces faits et les conclusions du rapporteur entraînèrent la conviction de tous les esprits. La méthode nouvelle tomba dans l'oubli comme toutes celles qui l'avaient précédée.

En vain M. Mayor tenta d'appeler du jugement de l'Académie dans une brochure publiée en 1841, sur *la rupture accélérée des ankyloses*, ses opinions, appuyées seulement sur des faits déjà connus et sur des considérations théoriques, ne purent faire revivre la méthode qu'il défendait.

Cependant, des chirurgiens étrangers continuaient l'œuvre si rapidement abandonnée parmi nous. M. Dieffenbach décomposait le problème relatif aux ankyloses du genou, et remarquant qu'il y avait tout à la fois à rompre les adhérences et à redresser la jambe, employait une méthode analytique, si je puis dire ainsi, rompait les adhérences en pliant la jambe sur la cuisse, et ne s'occupait du redressement que lorsque le tibia et la rotule avaient été rendus mobiles sur le fémur.

M. Palasciano (de Naples), suivant la trace de M. Dieffenbach, adoptait la flexion de la jambe, comme moyen de rompre l'ankylose, mais, de plus, il imaginait de faire précéder cette flexion de la division sous-cutanée du triceps fémoral, au-dessus de la rotule. Dans sa pensée, cet os n'étant plus retenu en haut devait suivre sans peine le ligament rotulien, lorsqu'on ferait exécuter à la jambe un mouvement forcé de flexion.

Voici dans quelles circonstances j'eus connaissance de cette méthode, qui a été le point de départ des travaux que je vais publier.

M. Palasciano avait donné des soins à une dame affectée de l'une de ces inflammations aiguës et intenses du genou dans lesquelles des épanchements de lymphe plastique ramollissent d'abord les ligaments, et plus tard se convertissent en des tissus fibreux qui établissent de solides adhérences. Le membre avait été abandonné à la position que la malade avait choisie instinctivement, et lorsque, après six mois de souffrances aiguës et continuelles, l'inflammation s'était enfin dissipée, la jambe était solidement maintenue dans la flexion et l'abduction; sa partie supérieure était luxée en arrière et en dehors, M. Palasciano eut alors connaissance des méthodes que j'ai conseillées dans mon Traité des maladies des articulations, pour arrêter les douleurs des arthrites aiguës et prévenir les déformations consécutives. Il regretta vivement d'avoir ignoré ces méthodes, et il résolut de confier sa malade à mes soins.

Malheureusement, les moyens efficaces que j'aurais pu employer au début pour prévenir le mal étaient insuffisants pour le guérir ; je regrettais le long voyage qui venait d'être entrepris, et à l'issue duquel je ne voyais qu'un aveu de l'impuissance de l'art, lorsque M. Palasciano me fit part de son projet de rompre les adhérences, en pliant la jambe après avoir divisé le triceps. Il proposait, de plus, de couper simultanément le biceps et l'aponévrose fémorale externe, pour remédier à l'abduction, en d'autres termes, à l'inclinaison de la jambe en dehors. Toutes ces idées, aussi justes

que hardies, furent mises à exécution, en 1847, par M. Palasciano, avec l'innocuité la plus complète et le succès le plus satisfaisant.

Ce résultat remarquable, et plus encore, les idées ingénieuses dont il était la conséquence, fixèrent de nouveau mon attention sur la rupture de l'ankylose, que j'avais blâmée à une autre époque, mais qui se présentait, grâce aux recherches de M. Palasciano, avec des chances de succès toutes nouvelles. J'étais encouragé à suivre cette voie par la découverte de l'éthérisation qui, en épargnant de vives souffrances aux malades, diminuait la résistance musculaire et facilitait la rupture des adhérences, et je voyais encore là une application utile des appareils de mouvement que je commençais à faire construire alors.

La nécessité de vaincre les difficultés très-variées que l'on trouve dans la rupture des ankyloses du genou et dans les sections sous-cutanées qui peuvent les précéder me conduisit, à mon tour, à diverses recherches. Je perfectionnai les appareils mécaniques qui servent au redressement, après que l'ankylose a été rompue, et ceux qui facilitent la marche dans les premiers temps où le malade se lève; je pratiquai la section simultanée du biceps et de l'aponévrose fémorale externe, suivant un procédé que j'appellerai antéro-postérieur et qui prévient sûrement les abcès, ainsi que la lésion du nerf poplité externe, toujours à craindre lorsque l'on pique la peau du côté du jarret; enfin, cherchant à appliquer aux diverses jointures la méthode si heureusement créée pour le genou par M. Palasciano, j'étendis à la hanche et au coude la combinaison des sections sous-cutanées et de la rupture de l'ankylose.

Grâce à ces divers travaux, la rupture de l'ankylose peut être envisagée sous un point de vue nouveau pour tous les lecteurs, et surtout pour ceux en grand nombre qui n'ont pas eu connaissance du mémoire publié, en 1847, par M. Palasciano.

Je traiterai de cette rupture : 1° dans le genou, 2° dans la hanche, 3° dans le pied, 4° dans le coude, 5° dans les articulations du poignet et de l'épaule.

I. RUPTURE DE L'ANKYLOSE DU GENOU.

La rupture de l'ankylose du genou peut être faite : 1° lorsque le genou est droit et qu'on a simplement pour but de rétablir ses mouvements; 2° lorsque le genou est fléchi et qu'on veut rendre au membre sa rectitude.

A. Le rétablissement des mouvements est en général si incomplet après la rupture de l'ankylose, que cette opération est bien rarement indiquée lorsque le membre est droit; elle a cependant été tentée avec succès, comme le prouvent deux faits cités par Mayor dans ses EXCENTRICITÉS CHIRURGICALES, p. 350. Il s'agit, dans le premier cas, d'une dame qui avait une ankylose droite du genou, datant de trois mois, et survenue à la suite d'un accident grave. On la fit asseoir sur une chaise pendant qu'un homme lui tenait la cuisse; l'opérateur plaça son bras gauche derrière sa jambe, et au moment où elle s'y attendait le moins, il fit sentir un coup violent sous le genou, accompagné d'un bruit sec, puis il plia la jambe en arrière. Celle-ci reprit peu à peu l'exercice de ses mouvements.

Sans aucun doute ce cas était favorable, puisque la maladie avait seulement trois mois de date, que les adhérences n'étaient pas dès lors très-solides, et qu'elles étaient la suite d'un accident; mais, quoique les détails manquent pour en apprécier rigoureusement la valeur, le résultat n'en est pas moins encourageant pour imiter la conduite qui a été tenue.

Le second fait est rapporté par l'auteur en ces termes :

« Je me souviens d'avoir aussi vu dans mon enfance un grossier paysan, » qui faisait pour ainsi dire instinctivement le métier de rebouteur, s'y » prendre comme il suit, chez un jeune homme, pour ramener forcément » les mouvements articulaires du genou, dans une ankylose complète avec » extension parfaite de la jambe sur la cuisse, et qui résultait d'une cause » traumatique.

» Après avoir fait tenir vigoureusement la cuisse et placé le jarret en travers sur une pièce cylindrique de bois, le médicastre se mit lourdement » et brusquement à cheval sur la partie inférieure et antérieure de la jambe, » et parvint ainsi à faire craquer et fléchir sur-le-champ l'articulation tibio-fémorale et à rétablir impunément le jeu de cette dernière. »

A en juger par les faits dont j'ai été le témoin, la rupture des adhérences n'offre pas plus de difficultés que ne le supposent les deux observations précédentes, mais la facilité de rétablir les mouvements y est incontestablement exagérée. Lorsqu'une ankylose osseuse ou fibreuse a été détruite au genou, la mobilité de la jointure ne peut être rétablie. Si, avant la rupture, la jambe était étendue sur la cuisse, on doit s'attendre à voir le membre retomber tôt ou tard dans l'état que l'on avait momentanément détruit. La rupture est donc ici contre-indiquée, et dans les cas où les adhérences sont moins intimes que dans ceux auxquels je fais allusion, les appareils de mouvement peuvent suffire, ainsi que je l'ai démontré dans un autre travail.

B. Lorsque la jambe est ankylosée en position fléchie, la rupture des adhérences peut être indiquée, lors même que le genou ne doit pas reprendre sa mobilité. Cette rupture peut être opérée : 1° par le seul effort des mains; 2° par cet effort précédé de sections tendineuses et musculaires.

Je passe ici sous silence les machines puissantes comme celle de M. Louvrier; j'adopte l'appréciation qui en a été faite par M. Auguste Bérard dans son rapport à l'Académie de médecine; je ne connais aucune raison pour en appeler de ce jugement.

1° RUPTURE DE L'ANKYLOSE PAR LA SEULE ACTION DES MAINS.

Lorsque l'on fait des efforts pour rompre une ankylose angulaire du genou, on peut étendre ou fléchir la jambe sur la cuisse. On est porté instinctivement à mettre en pratique la première méthode ou celle de l'extension directe; elle offre cependant un grand nombre de désavantages. En l'employant, on attaque simultanément les deux difficultés à vaincre, c'est-à-dire que l'on a à rompre les adhérences qui unissent les os et à vaincre la rétraction des muscles et des tissus fibreux du creux du jarret qui s'opposent au redressement. Évidemment il est préférable de résoudre successivement ces deux problèmes; c'est ce que l'on fait en pliant d'abord la jambe: mouvement dans lequel se rompent les adhérences du tibia et de la rotule avec le fémur, et en s'occupant ensuite d'opérer le redressement.

La flexion préalable de la jambe sur la cuisse a non-seulement l'avantage de rompre l'ankylose sans qu'on soit arrêté par la difficulté de l'extension, mais elle tend à produire cette rupture dans un mouvement du tibia en arrière, lequel ne peut s'accomplir sans que la rotule ne glisse sur le fémur et ne soit détachée de cet os lorsqu'elle y est adhérente. Cette méthode a été indiquée pour la première fois à ma connaissance par M. Dieffenbach. Cet illustre chirurgien commençait par la section des tendons du jarret, puis il rompait les adhérences en fléchissant à angle aigu la jambe sur la cuisse, et ne s'occupait du redressement que lorsque la mobilité avait été rétablie entre les surfaces articulaires.

Des exemples cités dans le TRAITÉ DE LA TÉNOTOMIE SOUS-CUTANÉE de M. Phillips démontrent expérimentalement les avantages qu'on peut retirer de cette méthode; quelques inconvénients ont cependant été observés. Ainsi dans un cas on a vu la rotule, attirée en bas par la flexion de la jambe, s'enclaver entre le tibia et le fémur, et ne pouvoir être arrachée de cette position. On peut craindre aussi que la résistance opérée par les muscles qui s'insèrent en haut à la rotule, n'empêche le glissement de cet os en bas, et par suite ne s'oppose au mouvement qui seul peut le détacher du fémur, avec lequel il a toujours des adhérences plus intimes que le tibia lui-même. On peut craindre aussi qu'après le redressement, la jambe qui est toujours dans l'abduction en même temps qu'elle est fléchie, ne conserve sa déviation en dehors, puisque l'aponévrose externe du triceps n'a pas été divisée.

C'est pour faire disparaître ces inconvénients qu'a été imaginée la méthode dont il va être question dans le paragraphe suivant, méthode qui est la seule dont j'aie fait usage.

2° RUPTURE DE L'ANKYLOSE PAR LA FLEXION FORCÉE DE LA JAMBE APRÈS LA SECTION SOUS-CUTANÉE DE CERTAINS MUSCLES.

M. Palasciano, chirurgien de l'hôpital des Incurables à Naples, a fait connaître cette méthode dans un mémoire publié à Lyon en 1847, et analysé dans le BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE de la même année.

Comme M. Dieffenbach, M. Palasciano fléchit fortement le genou pour rompre l'ankylose; comme lui, il fait la section préalable des tendons fléchisseurs du jarret, mais de plus il joint à cette section sous-cutanée celle du faisceau antérieur du triceps et celle de l'aponévrose externe de la cuisse, ainsi que du muscle sous-jacent.

J'ai dit, en commençant ce mémoire, pourquoi la section du triceps précède ici la flexion de la jambe. La rotule étant fixée en haut par le tendon du crural antérieur et par le faisceau moyen du triceps, reste immobile lorsqu'on veut fléchir la cuisse, et continue à adhérer au fémur. En détruisant ses attaches supérieures, les adhérences seules s'opposeront, lorsque l'on pliera la jambe, à ce qu'elle suive le ligament rotulien qui l'entraîne en bas; elle se détachera donc nécessairement sous l'influence d'une flexion énergique.

Cette conception aussi ingénieuse que hardie a été constamment justifiée par l'expérience.

Cependant l'abaissement de la rotule est rendu difficile non-seulement par les faisceaux ligamenteux qui s'attachent à la partie supérieure de cet os, mais par ceux qui s'insèrent sur les côtés, et en particulier par le faisceau externe du triceps et par l'aponévrose fémorale.

Pour ce motif, ce faisceau externe doit être divisé ; il doit l'être aussi parce qu'il est le prolongement du muscle iléo-aponévrotique, généralement considéré comme tenseur de l'aponévrose.

M. Palasciano, par des motifs qu'il n'est pas de notre sujet d'examiner, considère ce muscle comme l'abducteur et le rotateur en dehors de la jambe. Or, comme cette abduction et cette rotation coexistent toujours avec la flexion, on voit que, pour faire cesser l'ensemble de la difformité, la section de l'aponévrose fémorale externe doit être jointe à celle des autres muscles indiqués jusqu'à présent.

En résumé, la méthode de M. Palasciano consiste :

1° Dans la section des muscles du jarret, de l'aponévrose fémorale externe et du tendon commun au faisceau moyen du triceps et au crural antérieur ;

2° Dans la flexion forcée de la jambe, consécutive à ces sections ;

3° Dans un traitement consécutif.

A. Section des tendons et des muscles.

Parmi les sections qu'exige la méthode de M. Palasciano, celles des tendons du jarret ont été déjà pratiquées et décrites. Cependant les procédés suivis dans l'exécution de la plupart d'entre elles sont encore imparfaits et doivent être modifiés (1). La section de l'aponévrose fémorale externe n'a pas été décrite avec détails par M. J. Guérin, qui l'a pratiquée le premier, et l'on ne trouve que dans le mémoire de M. Palasciano une étude de la section du faisceau moyen du triceps.

Toutes ces considérations m'engagent à décrire les procédés qu'on doit mettre en usage dans les sections destinées à faciliter la rupture des adhérences et le redressement consécutif.

La *section du biceps*, la plus importante de toutes celles qu'on peut faire au jarret, est aussi la plus épineuse. En la pratiquant, on s'expose à diviser le nerf poplité externe. Ce nerf touche le biceps dans toute sa longueur, et il en est beaucoup plus rapproché que le poplité interne ne l'est du demi-tendineux. Le biceps étant composé jusqu'à sa partie inférieure de fibres musculaires et de fibres aponévrotiques adhérant au fémur, ne cède pas brusquement, quand on le coupe, comme le fait le tendon d'Achille. Il en résulte que l'on est exposé à ne le diviser qu'en partie, si l'on agit timidement, ou à atteindre le poplité externe, si l'on coupe avec plus de hardiesse.

Diviser complétement le muscle et préserver le nerf poplité, tel est donc le problème à résoudre.

On peut atteindre ce but en imitant M. Dieffenbach. Cet auteur enfonce son ténotome en dedans du tendon, qu'il divise ensuite de sa face interne et antérieure à sa face externe et postérieure. C'est du moins ainsi que je crois devoir interpréter la description peu précise que M. Phillips donne de son procédé.

M. Duval paraît agir de la même manière.

Le procédé de M. Bouvier, qui pique la peau en dehors du muscle et divise celui-ci de la face postérieure à la face antérieure, me paraît vicieux. L'extrémité libre du ténotome étant poussée vers la partie moyenne du jarret, on coupe inévitablement le nerf, si l'on fait pénétrer l'instrument un peu en dedans du bord interne du biceps. On peut épargner le nerf, si l'on s'arrête après avoir divisé la moitié externe du muscle, qui est incontestablement la plus résistante. Mais si l'on ne s'arrête pas, et que l'on veuille faire une section complète, il est bien à craindre que l'on ne divise le nerf poplité externe, ainsi que je l'ai fait une fois en opérant de la sorte.

La section de l'aponévrose fémorale externe et du faisceau externe du triceps peut être faite indifféremment de dehors en dedans ou de dedans en dehors. On n'a pas à craindre, en l'exécutant, de diviser des nerfs ou des vaisseaux de quelque importance. M. Palasciano préférait le premier procédé ; je me suis arrêté au second, non qu'il y ait un avantage à couper l'aponévrose fémorale du fémur à la peau, mais parce que cette section doit être faite en même temps que celle du biceps, et qu'en suivant le même procédé pour l'une et l'autre, on peut les exécuter à travers une seule piqûre.

La *section simultanée du biceps et du faisceau externe de l'aponévrose fémorale* a été faite pour la première fois par M. Jules Guérin, ainsi que le prouve le rapport fait sur ses travaux (2). On trouve dans ce rapport l'histoire d'un malade affecté d'une déviation du genou en dedans, avec

(1) Nous ne pouvons partager l'opinion de notre savant et habile confrère. Il y a plus de dix ans déjà que toutes ces opérations ont été régularisées de manière à ne laisser rien à désirer pour l'exécution prompte, facile et sûre. Nous ne pouvons aujourd'hui que faire des réserves : elles seront justifiées, nous l'espérons, en temps opportun. (NOTE DU RÉD. EN CHEF.)

(2) RAPPORT SUR LES TRAITEMENTS ORTHOPÉDIQUES DE M. LE DOCTEUR JULES GUÉRIN A L'HÔPITAL DES ENFANTS ; par une commission composée de MM. Orfila, Blandin, Dubois, Jobert, Louis et Serres.

flexion, abduction et rotation en dehors de la jambe, et dans laquelle l'auteur coupa le *fascia lata* et le biceps, le 14 janvier 1844 (1).

Le procédé qui fut mis en usage n'est pas décrit ; il est dit seulement que l'on fit deux ponctions : l'une pour le biceps et le ligament latéral externe ; l'autre pour la section du *fascia lata*.

Au commencement de 1847, M. Palasciano, qui ignorait les travaux de M. Guérin, lesquels n'étaient pas encore publiés, pensa aussi de son côté à couper tout à la fois le biceps et le *fascia lata* dans les flexions de la jambe avec abduction et rotation en dehors, et il eut l'idée d'appliquer cette opération aux difformités suites de maladies du genou. Il pensa que, dans cette opération, il fallait faire les deux sections à la même hauteur, immédiatement au-dessus du condyle externe du fémur, et faire pénétrer le ténotome à travers une piqûre, du côté du jarret.

Cependant, au milieu d'un grand nombre d'opérations heureuses, pratiquées suivant cette méthode, la suppuration fut observée quelquefois. Pensant que cet accident était dû à ce que l'on coupe le biceps si près de la piqûre de la peau, que l'air peut s'introduire dans la solution de continuité, je cherchai un procédé dans lequel un canal d'un ou deux centimètres existât entre la piqûre extérieure et l'incision profonde. Je réalisai cette condition en piquant la peau, non plus du côté du jarret, mais sur la face antérieure du membre.

Je vais décrire ces deux procédés, le premier sous le nom de procédé de M. Palasciano, ou procédé postéro-antérieur ; le second sous la dénomination de procédé de l'auteur, ou procédé antéro-postérieur.

Quel que soit celui que l'on mette en pratique, l'on doit veiller avant tout à épargner le nerf poplité externe, et, dans ce but, il faut opérer à la manière de M. Dieffenbach, de la face profonde à la face superficielle des muscles.

Les instruments nécessaires sont :

1° Un ténotome pointu à deux tranchants, dont la lame, dans sa plus grande largeur, a 3 millimètres.

2° Deux ténotomes mousses dont la lame a 3 millimètres de largeur, la partie coupante 3 centimètres, et la tige 7 centimètres de longueur ; le premier sert à piquer la peau et les aponévroses ; les deux autres à faire les sections tendineuses et musculaires, l'une en dedans et l'autre en dehors.

3° Deux handelettes de diachylon, assez longues pour faire une fois et demie le tour de la jambe.

Les handelettes de diachylon peuvent être remplacées avec avantage par un petit carré de linge de 4 centimètres, que l'on imbibe de collodium au moment de l'appliquer sur la piqûre extérieure, après la section des tendons.

PROCÉDÉ DE M. PALASCIANO, OU PROCÉDÉ POSTÉRO-ANTÉRIEUR. — Le malade étant éthérisé et couché sur le côté, le membre à opérer appuyant sur le bord du lit par la face interne de la cuisse, un aide fixe celle-ci, un autre aide retient la jambe, et un troisième est employé à tendre la peau au commencement de l'opération et à comprimer le fond de la plaie, pour empêcher l'air d'y entrer, aussitôt après que les instruments en sont retirés.

Le chirurgien, placé en dehors du membre, fait tirer la peau en dehors, afin que lorsque celle-ci reviendra sur elle-même, la piqûre faite en dedans du biceps corresponde à une partie de l'aponévrose qui n'ait pas été intéressée. Le doigt indicateur de la main gauche appuyé sur le bord interne du biceps, au niveau de la partie supérieure de la tubérosité externe du fémur, le chirurgien, à l'aide du ténotome pointu, perce la peau et l'aponévrose, directement d'arrière en avant et à la profondeur d'un centimètre. Le ténotome mousse est alors substitué au précédent, et il est poussé d'arrière en avant, l'une de ces faces pressant contre la partie interne du biceps. On le fait pénétrer assez profondément pour que l'on sente sa pointe à la face antérieure du membre. Il est nécessaire de l'introduire à une profondeur qui, chez les adultes, est en général de 8 à 10 centimètres. Son tranchant est alors retourné vers le côté externe du membre, et, soit par les mouvements qu'on lui fait exécuter, soit plutôt par l'action du pouce gauche qui presse contre la lame les muscles et les tendons qui doivent être coupés, on divise successivement le faisceau externe du triceps, l'aponévrose qui le recouvre, et le biceps lui-même. Lorsque la section est complète, on reconnait l'intervalle existant entre les deux bouts divisés, et l'on sent le ténotome immédiatement au-dessous de la peau.

Pour faciliter cette section, l'aide qui tient la jambe s'efforce de faire cesser sa flexion, son abduction et sa rotation en dehors. Dès que les instru-

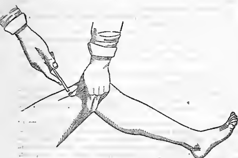
(1) Il y avait déjà plusieurs années que nous avions exécuté et régularisé cette opération ; et, lors de sa visite à l'hôpital des Enfants, M. Palasciano a pu se convaincre que ce qu'il avait publié comme une méthode à lui appartenant n'était qu'une reproduction de ce que nous avions fait un grand nombre de fois depuis 1839, à l'hôpital des Enfants. (NOTE DU RÉD. EN CHEF.)

ments sont retirés, l'on presse d'avant en arrière pour exprimer les liquides contenus dans la plaie, et un aide maintient cette compression, jusqu'à ce que l'opération soit terminée.

PROCÉDÉ DE L'AUTEUR, OU PROCÉDÉ ANTÉRO-POSTÉRIEUR. — Ce procédé consiste à faire la piqûre au devant de la cuisse, de manière à ménager un canal de 2 centimètres de long entre la piqûre de la peau et la section des tendons et des muscles.

Le malade étant couché sur le dos et éthérisé, le chirurgien cherche à sentir, avec l'indicateur gauche, le tendon du biceps du côté du jarret, il s'applique à discerner le relief formé par ce tendon de celui que produit assez fréquemment le nerf poplité externe, il pousse entre deux le doigt indicateur gauche, de manière à soulever le biceps et à laisser le nerf en dedans. Bien fixé de la sorte sur le lieu où doit aboutir l'extrémité de son ténotome, il se sert du pouce de la main gauche, dont l'indicateur reste placé en dedans du biceps, pour tirer la peau en dehors, au-dessus du condyle externe du fémur.

Avec la main droite, il fait une piqûre à la face antérieure externe de la cuisse, au-dessous de l'angle externe de la rotule et vis-à-vis le doigt indicateur gauche placé sous le jarret. Il enfonce ensuite le ténotome mousse d'avant en arrière, jusqu'à ce que l'extrémité ne soit plus séparée que par le pouce du doigt indicateur gauche qui sert de point de repère. Il tourne alors le tranchant en dehors, et en faisant mouvoir son instrument aussi bien qu'en poussant les parties contre lui, il coupe le biceps, le faisceau externe du triceps, et le *fascia lata*, il s'arrête, lorsqu'il est à 2 ou 3 centimètres de la piqûre de la peau.



La figure n° 1 donne une idée de la position des mains du chirurgien lorsqu'il opère sur la jambe droite. Pour le côté gauche, la position des doigts est la même, seulement la direction de la main gauche est différente, c'est-à-dire qu'au lieu de correspondre au côté externe du jarret, la face palmaire correspond au côté externe de la cuisse, au dessus de la piqûre. Dans l'un et l'autre cas, le chirurgien se place du côté opposé à celui qu'il opère.

Ce procédé permet d'agir avec plus de précision que celui dans lequel on commence du côté du jarret ; en exécutant ce dernier, on est obligé au moment d'opérer d'enlever le doigt qui a permis de reconnaître la position du biceps et du nerf poplité externe ; en suivant celui que je propose, le doigt sert de guide pendant tout le cours de l'opération ; mais la différence essentielle est celle-ci : lorsque l'on pique la peau du côté du jarret, malgré l'effort que l'on fait pour la tirer en dehors, la piqûre est presque vis-à-vis la plaie qui résulte de la section du biceps. La présence du nerf poplité externe empêche de se ménager ces longs canaux sous-cutanés qui mettent à l'abri de toute introduction de l'air, et sans lesquelles on ne réalise qu'imparfaitement les principes de la méthode sous-cutanée.

La section des muscles internes du jarret, c'est-à-dire du conturier, du demi-tendineux, du demi-membraneux, et du droit interne, n'est utile que lorsque la flexion est voisine de l'angle droit et dure depuis longtemps ; si la flexion est peu marquée il n'est pas nécessaire de les diviser, car le biceps étant coupé ils cèdent aisément aux efforts exercés par les appareils.

Si la section de ces muscles est moins fréquemment nécessaire que celle du biceps, c'est que, étendus à la jambe et formés en grande partie de fibres musculaires, ils se laissent distendre beaucoup plus facilement que ce dernier muscle dont une portion presque entièrement fibreuse va directement du fémur à la jambe.

On peut couper isolément le demi-tendineux qui est le plus facile à atteindre, mais si l'on se décide à opérer, il vaut mieux couper tout le faisceau des muscles internes du jarret. Cette section a été faite tantôt de la face profonde à la face superficielle des muscles, suivant le procédé de MM. Dieffenbach et Duval, tantôt de la partie superficielle à la partie profonde, suivant le procédé de M. Bouvier.

Évidemment la première méthode est celle qui doit être suivie. Voici de quelle manière il convient de procéder dans son exécution.

Pour opérer on se met en dedans du membre, et tandis qu'un aide placé vis-à-vis tire la peau en dedans, on applique l'extrémité du doigt indicateur gauche en dehors du *bord* externe du demi-membraneux, c'est-à-dire entre les muscles et le fémur. Sur l'ongle de ce doigt, on glisse à la profondeur d'un centimètre, le ténotome pointu, et celui-ci est remplacé par le ténotome mousse que l'on pousse en avant et en dedans, de telle manière que sa pointe vienne faire saillie au-dessous de la peau à la partie moyenne de la face interne de la cuisse. Le tranchant en est alors tourné du côté de la face interne du membre, et par les mouvements de l'instrument ainsi qu'à l'aide des pressions exercées sur la peau par le pouce gauche, on divise les muscles de leur face profonde à leur face superficielle.

M. Dieffenbach fait placer le malade à genoux sur une chaise, MM. Bonvier et Duval préfèrent opérer pendant que le malade est couché sur le ventre : l'une ou l'autre de ces positions est assez indifférente lorsque l'on n'emploie pas l'éthérisation ; mais la dernière est la seule que l'on puisse adopter lorsque l'on jette préalablement le malade dans l'insensibilité produite par l'éther ou le chloroforme.

M. Dieffenbach conseille de commencer par la section des tendons internes ; M. Duval, par celle du biceps : ce dernier conseil mérite incontestablement d'être suivi.

Non-seulement, comme le dit M. Duval, le biceps est de tous les muscles du jarret celui qui fait le plus de relief, mais il est le plus court, le plus résistant, et dans un grand nombre de cas cette section est suffisante pour que le redressement soit possible.

La section du droit antérieur et du faisceau moyen du triceps, destinée à faciliter la flexion de la jambe n'offre aucune difficulté En la pratiquant, on ne court le risque d'intéresser ni nerf, ni vaisseau. Elle doit se faire par la méthode sous-cutanée, et l'on est sûr de la rendre complète, en divisant les muscles à 2 centimètres au-dessus de la rotule, depuis l'aponévrose superficielle jusqu'au fémur ; le ténotome peut être introduit indifféremment du côté externe et du côté interne. M. Palasciano qui, le premier, a eu l'idée de cette section, piquait la peau en dehors et divisait le droit antérieur, ainsi que le faisceau moyen du triceps au-dessus du lieu où il avait coupé l'aponévrose fémorale externe.

Je pense qu'il vaut mieux faire la piqûre en dedans de la cuisse à la même hauteur que la division du faisceau externe des muscles ; le ténotome est alors introduit de dedans en dehors jusqu'à ce que sa pointe rencontre l'extrémité antérieure de la section des muscles externes.

Cette manière d'opérer permet de ménager une plus grande distance entre la plaie extérieure et les sections profondes, et rend plus facile la division de toutes les parties résistantes dans le lieu où il est le plus important de les couper, c'est-à-dire au côté externe.

Les *accidents* que l'on peut observer à la suite des sections qui viennent d'être décrites, sont : 1° la suppuration de la plaie sous-cutanée ; 2° la section du nerf poplité externe ; 3° l'hémorrhagie.

1° La suppuration est peut-être plus à craindre à la suite de la section des tendons du jarret qu'après toute autre opération du même genre. Nulle part, en effet, le voisinage des nerfs, comme les poplités, ne rend aussi difficile la formation d'un canal long et étroit entre la piqûre de la peau et la division des muscles.

Deux cas de suppuration ont été observés à ma connaissance à la suite de la section simultanée du biceps et du *fascia lata*, et deux fois aussi cet accident m'est arrivé dans ma pratique. Il eut lieu chez deux enfants ; dans un cas, les mouvements du malade précédant l'opération firent agrandir la piqûre de la peau, et dans un autre dont il sera question plus loin, il survint un écoulement si considérable de sang artériel, que je pensai qu'une des artères articulaires avait été intéressée.

Quoique ces deux accidents tinssent à des causes accidentelles, faciles à éviter, et quoiqu'ils survinssent après quatorze opérations heureuses, ils m'impressionnèrent douloureusement et me conduisirent à employer le procédé que j'ai décrit plus haut et qui doit permettre sûrement de les éviter.

2° Si le nerf poplité externe est coupé, la sensibilité se perd sur le de-

vant de la jambe et sur le dos du pied; celui-ci se place dans l'extension, et le malade ne peut plus le relever à volonté; enfin, malgré l'insensibilité au toucher d'une partie du membre inférieur, on observe fréquemment de très-vives douleurs dans le pied.

C'est une illusion que de croire que tous ces accidents se dissipent avec le temps. Dans un cas où je les ai observés, les douleurs se sont dissipées à la longue, mais la paralysie des extenseurs du pied a toujours persisté. On conçoit à quel point ils altèrent le résultat d'une opération qui peut avoir réussi sous tout autre rapport.

On évite sûrement des accidents en coupant le biceps de sa face profonde à sa face superficielle, et, en suivant mon procédé, l'on a un guide sûr qui permet de diriger l'instrument lorsqu'il se rapproche du nerf poplité.

3° Aucune hémorrhagie n'est à craindre lorsque l'on coupe de la manière ordinaire les tendons du jarret; mais si l'on divise, suivant la méthode de M. Palasciano, tous les muscles qui sont en dehors du fémur et si le ténotome va jusqu'à cet os, on peut intéresser l'artère articulaire supérieure externe.

C'est à cette circonstance que j'attribue l'accident que j'ai observé dans le dernier cas où j'ai opéré suivant le procédé de M. Palasciano. Au moment où je retirai le ténotome, il s'écoula une quantité effrayante de sang artériel, et lorsque cet écoulement eut été arrêté par la compression, il se fit un énorme épanchement de sang dans la plaie. Au bout de cinq semaines cet épanchement n'était pas résorbé. Après ce temps survint un phlegmon qui envahissait toute la cuisse, j'en arrêtai les progrès en ouvrant largement l'épanchement sanguin et purulent avec le caustique de Vienne et le chlorure de zinc.

Comme les autres accidents dont il a été question jusqu'ici, l'ouverture de l'artère articulaire est facile à éviter, il suffit en opérant de ne pas porter le tranchant jusqu'au fémur.

(La suite au prochain numéro.)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

RÉORGANISATION DU PERSONNEL DE L'ARMÉE D'ITALIE; ÉTAT SANITAIRE; EAUX THERMALES DE VITERBE.

Le service de santé du corps expéditionnaire vient de recevoir une nouvelle organisation. Dans la prévision d'une occupation prolongée, le gouvernement a dû instituer le personnel dans une double vue : réduire le nombre, devenu trop considérable depuis les diminutions qui ont successivement amoindri le chiffre de l'effectif de l'armée; laisser cependant en Italie un personnel de médecins tel qu'il puisse non-seulement remplir ses obligations en temps ordinaire, mais suffire également aux nombreuses exigences de la saison endémo-épidémique.

Le personnel est définitivement ainsi fixé :

Un chirurgien principal, officier de santé en chef (M. Lachauchie);
Trois médecins ordinaires (MM. Mayer, Donzel, Molard);
Trois médecins-adjoints (MM. Beylot, Félix Jacquot, Lasserre);
Trois chirurgiens-majors (MM. Petronelli, Bartharez, Philippe);
Un chirurgien aide-major (M. Renard);
Un pharmacien principal (M. Rollin);
Cinq aides-majors pharmaciens (MM. Gillet, Dusseuil, Roman, Lapeyre, Lomel);
Vingt-quatre chirurgiens sous-aides.

Chaque corps de troupe possède en outre son personnel spécial; les officiers de santé, que nous venons d'indiquer par catégories, sont destinés aux hôpitaux et ambulances.

Un fait capital et jusqu'ici sans exemple vient de se produire dans cette réorganisation; il a trop de signification pour l'avenir du corps des officiers de santé militaires pour que nous puissions nous dispenser de nous livrer à quelques commentaires à son sujet.

On sait que partout, dans le corps militaire de santé, aux armées comme aux hôpitaux, la direction et le commandement sont exercés par trois individus dont chacun représente une des trois branches de ce corps, médecine, chirurgie et pharmacie. Cette chefferie à trois têtes a mille inconvénients : défaut d'unité d'impulsion, lenteur d'action, incertitude, tiraillements, dissémination sur trois individus de la considération qui devrait s'accumuler sur un seul. L'une des améliorations que le corps militaire de santé réclame avec le plus de raison, c'est la réunion de tous les pouvoirs par un seul homme; mais pour la réaliser, il faut nécessairement une fusion telle entre la médecine et la chirurgie que les deux couleurs se fondent en une seule, que toute nuance originelle s'efface, que tout esprit de rivalité disparaisse.

Or, sous le régime actuel, avec les trois professions encore existantes et séparées nettement, on vient de supprimer deux des officiers de santé en chef de l'armée d'Italie pour remettre tout le pouvoir au troisième. Jamais pareil état de choses ne s'est vu aux armées, à moins que fortuitement et pour un temps très-court. C'est ce fait dont nous allons chercher à pénétrer la signification.

Cet antécédent est-il l'application anticipée d'une organisation qu'on attend chaque jour? Nous en acceptons l'augure de grand cœur. La fusion de la médecine et de la chirurgie, qui entraîne plus d'un grave inconvénient, semble être devenue une nécessité aujourd'hui devant l'obligation de réduire le personnel, de manière à pouvoir faire jouir ceux qui resteront des bénéfices du décret du 3 mai 1848, sans grever le budget obéré, et même en réalisant de notables économies.

Lorsque le corps de santé tout entier était en émoi, dans l'attente d'un règlement qui, après avoir fui si longtemps devant son impatience, est sur le point de paraître, la GAZETTE MÉDICALE (1) a débattu soigneusement la question de la fusion. Après avoir discuté le pour et le contre, les avantages et les inconvénients, elle a trouvé qu'en résultat définitif ces derniers l'emportent sur les bénéfices. Mais aujourd'hui, les termes de la question restant les mêmes, et la raison n'ayant pas changé de côté, la GAZETTE MÉDICALE reconnaît qu'il faut se plier aux impérieuses exigences du moment, qu'il faut sacrifier aux nécessités financières les intérêts professionnels et scientifiques. Si donc, comme tout porte à le croire, le projet qui s'élabore silencieusement dans le cabinet ministériel se montre un jour en formulant ces principes : *Fusion de la médecine et de la chirurgie, séparation de la pharmacie*, la GAZETTE MÉDICALE, tout en se réservant l'appréciation critique, s'inclinera devant une nécessité fruit des circonstances sous le régime desquelles nous vivons.

En deux mots, voici la question : rester ce qu'on est, c'est-à-dire une caste de parias, ou bien être régénérés par une organisation nouvelle, au prix des inconvénients attachés à la fusion. Le choix n'est pas douteux; acceptons le grand bénéfice avec ses charges.

Tout en nous réjouissant du présage que donne le fait qui vient de se passer à l'armée d'Italie, nous ne pouvons nous empêcher de critiquer l'esprit peu rationnel qui a présidé à l'application.

Puisque aujourd'hui il n'y a pas de fusion, et que chaque spécialité exerce chez elle, sur son terrain, il était bien naturel de confier la triple direction au chef qui représente la spécialité la plus importante. Or on a fait tout le contraire. La chirurgie de l'armée est réduite aujourd'hui aux minces proportions du service d'un simple chirurgien-major : vingt-cinq blessés et un peu plus de cent vénériens pour tout Rome. Ajoutons qu'il n'est aucune raison probable d'accroissement de ce chiffre. Les affections internes, au contraire, se maintiennent à un nombre supérieur, et bientôt la saison endémo-épidémique va accumuler dans nos hôpitaux une foule de fébricitants. Ajoutons qu'en chirurgie il y a très-peu d'observations originales à faire à Rome, tandis que le règne paludéen foisonne de faits nouveaux, au point de vue de l'hygiène, de l'étiologie, de la symptomatologie et de la thérapeutique. La raison indiquait donc que, avec nos institutions actuelles, c'était un médecin qui devait rester, et non un chirurgien.

Si on a été peu logique, au moins a-t-on été heureux par le fait. L'homme auquel reste la triple direction nous est trop connu pour que toutes nos craintes ne disparaissent pas devant son nom. C'est la question de principe que nous avons plaidée, et pas autre chose. Mais la juste confiance dans le chef qui lui est conservé n'a pu faire taire les regrets si légitimes du corps de santé de l'armée d'Italie. M. Faure-Villar laisse les souvenirs les plus sympathiques, et l'on regrette que l'hôpital des Invalides, auquel il a désiré son retour, absorbe une activité qui eût rendu les plus grands services au corps d'occupation.

De la réunion du commandement dans une seule main, nous avons déduit des probabilités relativement au règlement qui va éclore. Un second fait, plus exceptionnel encore, et qu'on peut à juste titre appeler inouï, nous mettra également sur la voie de présages d'un haut intérêt.

Le pharmacien en chef, qui participait, *à part égale*, avec le médecin et le chirurgien, à la direction générale, se trouve aujourd'hui, par ordre ministériel, simple pharmacien d'un hôpital de Rome, sous les ordres de son ancien collègue, lequel se trouve cependant bien plus jeune dans le même grade, et d'une classe inférieure. Que signifie cette violation du droit d'ancienneté, le plus sacré de tous les droits militaires? Est-ce le prélude de la séparation de la pharmacie? Nous le pensons. Il est dans les projets ministériels, assure-t-on, d'en faire un corps à part, fonctionnant sous les ordres de l'intendance, avec les attributions de laquelle ses fonctions offrent bien des connexions, en ce sens que la comptabilité joue

(1) GAZ. MÉD., 1848, p. 403 et 665.

aujourd'hui le plus grand rôle dans les travaux du pharmacien militaire.

— L'état sanitaire du corps d'occupation continue à être des plus satisfaisants. Il n'existe plus que deux hôpitaux à Rome, Saint-Dominique et Saint-André; on y compte cent cinquante fiévreux, cent vingt-cinq vénériens, vingt-cinq blessés. Un seul établissement hospitalier suffirait, mais la demi-quinzaine de juin va ramener les fièvres paludéennes.

Les fièvres printanières sont peu nombreuses, et cèdent facilement à de petites doses de sulfate de quinine. Les pluies qui ont arrosé la campagne dans ces derniers temps n'ont amené que peu d'entrées dans les hôpitaux. Il ne reste presque plus de maladies chroniques, les hommes atteints de longue date ayant été évacués sur France.

Quelques militaires, dirigés sur France il y a six mois pour jouir de congés de convalescence, commencent à revenir en Italie. Chez plusieurs, l'imprégnation paludéenne a été si profonde que leur habitude extérieure conserve encore ce cachet, auquel on ne saurait se méprendre, quand on a exercé en Algérie ou dans l'*agro romano*: empâtement du ventre, un peu d'infiltration aux malléoles et de bouffissure à la face, teint jaunâtre, ou mat et plombé, etc. Six mois n'ont pas suffi pour que leur économie se purgeât du miasme qui l'avait saturée pendant la dernière saison endémo-épidémique. Ce fait n'a rien de surprenant; les médecins de Rome savent que certaines idiosyncrasies sont tellement impressionnables au miasme et en conservent si longtemps l'empreinte, que l'expatriation devient nécessaire pour dix-huit mois ou deux ans.

La Gazette Médicale, en traçant les principaux traits de l'histoire médicale du corps d'occupation, a fait ressortir le fait suivant: état sanitaire satisfaisant en avril, mai et juin 1849; passage subit de ces conditions heureuses à un régne pathologique des plus généralisés et des plus graves. Il est probable que le nombre proportionnel des malades sera moins considérable cette année, grâce à l'amélioration du casernement et du couchage du soldat. Nous tiendrons le lecteur au courant des oscillations de l'état sanitaire.

— On vient d'envoyer, à titre d'essai, une cinquantaine de malades faire une saison à Viterbe, qui possède des eaux minérales renommées dans les États romains. La saison s'est ouverte le 25 avril et se fermera le 10 juin, époque à laquelle les baigneurs fournis par la population civile arrivent ordinairement. Le printemps n'a pas été beau, mais traversé par des pluies et des froids. L'ouverture a donc été un peu prématurée; mais outre les exigences de la municipalité, qui voulait pouvoir disposer du local à la mi-juin, une autre considération est de nature à faire passer sur ces inconvénients: Viterbe n'est pas salubre, surtout l'établissement thermal, situé à quelque distance de la ville. Or la saison, commencée de bonne heure, pourra se clore avant le développement de l'endémo-épidémie, qui, dans l'*agro romano*, coïncide avec la fin de juin.

Les militaires occupent l'établissement thermal même. Il avait été d'abord question de les baraquer sur une éminence de quelques mètres; mais la somme des dépenses et le peu de sécurité qu'offre contre les fièvres un pli de terrain d'une si faible altitude, ont dû faire renoncer à ce mode de logement et à la prolongation de la saison thermale.

La plus importante des sources de Viterbe est thermale et sulfureuse; mais il existe aussi, dans le même établissement, des eaux salines magnésiennes et des eaux ferrugineuses assez abondantes pour être administrées aux baigneurs.

Rome, 26 avril 1850.

NOTE SUR LE DIGITUS SEMI-MORTUUS par M. Gillet de Grandmont.

Mon cher confrère,

Veuillez me permettre de vous adresser quelques mots au sujet du *digitus semi-mortuus* signalé par M. Marshall Hall.

Le *digitus semi-mortuus* n'est jamais que le symptôme ou un des symptômes d'une autre maladie qu'on rencontre dans la jeunesse, l'âge mûr ou chez les vieillards.

Cet état est souvent un des symptômes de la chlorose des jeunes filles; je l'ai aussi quelquefois remarqué chez les femmes grosses qui ont l'aspect anémique.

Chez les jeunes filles, quelquefois un doigt, mais presque toujours plusieurs, sont affectés à la fois. La température de l'organe malade est plus forte; cela s'apprécie aisément par le contact de la main ou par le thermomètre. Les doigts sont insensibles à une pression assez forte. Une piqûre d'épingle ne produit pas de douleur. Cette piqûre ne saigne pas ou donne à peine une trace rosée. La faculté du mouvement se continue; mais il est embarrassé, et paraît à la malade comme mécanique. L'apparence de la peau est celle qu'offre la cire. La vie semble s'être retirée.

Cet état, qui dure plus ou moins longtemps, se manifeste principalement le matin, au sortir du lit, et dans la matinée; plus rarement il se reproduit dans la journée.

Les frictions sèches ou alcooliques excitantes, l'immersion dans l'eau à une température un peu élevée, l'exercice de la main, tel que le volant ou le saut à la corde, le font disparaître; mais à mesure que les autres symptômes de la chlorose disparaissent sous l'influence d'un traitement convenable, on voit s'éloigner, pour ne plus reparaître, ce singulier symptôme.

Parmi les chlorotiques les plus assujetties à cette singulière maladie, sont celles qui présentent des dents d'un gris blanc, indice d'une prédisposition aux affections spasmodiques convulsives. Les malades qui éprouvent les symptômes du *digitus semi-mortuus* accusent plus particulièrement, parmi les autres symptômes de la chlorose, la douleur de tête, des pandiculations, et quelquefois des secousses dans les membres, et qui rentrent dans la forme de l'hystérie.

Depuis quelques années, j'ai rencontré très-souvent cette affection chez les jeunes filles chlorotiques, car mon attention avait été arrêtée sur ce symptôme par une jeune demoiselle de ma famille qui en était atteinte et qui finit par me faire remarquer l'état de ses doigts, qui lui paraissait à elle et à sa sœur très-singulier, ce qu'elle exprimait en disant à sa sœur: Voilà encore mes doigts morts. Alors elle les frappait, ou les brossait, ou les plongeait dans de l'eau très-chaude, et ce n'est qu'après un certain temps que cette affection disparaissait, après la durée d'une demi-heure et une heure et plus.

Ce symptôme n'est pas constant, il reparaît à des intervalles éloignés ou rapprochés, selon l'état général, mais il accompagne presque toujours, précède ou suit l'état nerveux convulsif; j'ai vu plusieurs jeunes filles annoncer qu'elles seraient plus malades en voyant paraître plus souvent ou persister ce phénomène.

Comme je l'ai déjà dit, le traitement de la chlorose, en faisant disparaître la cause de la maladie, chasse le *digitus semi-mortuus*. Mais lorsqu'ils sont à peu près guéris, les malades négligent, comme cela arrive souvent, l'emploi des ferrugineux; alors on voit reparaître les doigts morts parmi les signes précurseurs de la maladie.

Le *digitus semi-mortuus* qu'on rencontre dans l'âge mûr et dans la vieillesse n'a pas les caractères de celui que je viens de décrire; dans ce second cas, le symptôme est précédé d'un fourmillement très-léger, d'un refroidissement plus graduel, mais beaucoup plus persistant; il est accompagné parfois d'une légère flexion du doigt sur la paume de la main ou des premières phalanges du doigt sur les dernières. Ici l'apparence de la peau est moins singulière et n'a pas cet air de privation de la vie qui existe dans le premier cas, mais il se prolonge plus longtemps, et lorsque la sensibilité renaît, elle semble comme le résultat d'une électrisation interne légère, ou la suite de petites secousses électriques, comme on l'observe dans les névralgies; d'autres fois le doigt tremble, il devient un peu douloureux dans son extrémité; il n'y a presque jamais qu'un seul doigt affecté au début, principalement le médian; le doigt reste souvent droit et ne peut pas répondre aisément à la volonté de le fléchir; il semble aussi affecté comme d'un prurit ou d'une rétraction interne légère.

Ainsi que toute maladie grave qui commence par des symptômes légers et en quelque sorte fugaces, cette affection est le début d'une maladie très-sérieuse, qui marche lentement, mais sans s'arrêter; c'est la première indication d'une affection qui n'est déjà plus à son début, des centres nerveux encéphaliques et rachidiens.

Le médecin ne peut apporter trop d'attention à l'étude de ces premiers symptômes qui semblent aux malades un enfantillage, parce qu'avec ces symptômes ils peuvent continuer les habitudes de leur vie. Les hommes de cabinet, les hommes publics livrés à des travaux excessifs ne voient souvent pas que de terribles maladies leur arrivent avec le début de ces symptômes légers en apparence.

Nous connaissons un homme qui a laissé une trace lumineuse sur son passage dans les affaires, qui aujourd'hui traîne une existence pénible, parce qu'il n'a pas voulu céder aux conseils d'un médecin qui lui ordonnait de cesser tout travail, tandis que cet homme éminent ne considérait son mal que comme une névrose légère, et cependant le *digitus semi mortuus* était ici le point de départ d'une maladie grave du cervelet et de la moelle allongée.

Agréez, etc.

LETTRE SUR L'ÉTAT DU CHOLÉRA DANS LA RÉGENCE DE TUNIS ; par M. GUYON, chirurgien en chef de l'armée d'Afrique.

Bône, le 21 avril 1850.

Monsieur le rédacteur,

J'arrive de Tunis. A mon départ, le 19, le choléra y était à peu près terminé; on n'en observait plus qu'un ou deux cas de loin en loin, ainsi que cela se présente dans presque toutes les localités où il a régné épidémiquement.

L'invasion du choléra à Tunis remonte à la mi-décembre ; sa persistance dans cette ville tient sans doute à la population, à la fois nombreuse et si pressée, de la capitale tunisienne. Il débuta dans la population israélite, et ne se porta sur les musulmans que vers la fin de janvier ; à peine effleura-t-il la population européenne. L'immunité dont jouirent pendant quelque temps et les musulmans et les Européens était ainsi expliquée par les premiers, très-disposés, comme on sait, à donner une explication à tout.

Le choléra, après être passé de France en Algérie, se rendait de cette dernière contrée à Tunis. (Il va sans dire qu'il voyageait ainsi sous forme humaine, à laquelle quelques musulmans de Tunis ajoutaient un bâton pour aider cette nouvelle sorte de juif errant dans ses longues pérégrinations). Le choléra, tout en cheminant, arrive au cap Carthage, où s'élève la chapelle (marabout) de Sidi-bou-Saïd. A l'imminence du danger couru par les musulmans tunisiens placés sous sa protection, le saint sort aussitôt de son long sommeil : — Où vas-tu, téméraire ? — A Tunis. — Quoi faire ? — Ce que j'ai fait partout, des victimes ; des victimes, il m'en faut ! — Eh bien ! prends-les toutes chez les juifs; prends-en aussi chez les chrétiens : je ne tiens guère plus aux uns qu'aux autres. Quant aux musulmans, ce sont les miens ; je ne puis souffrir que tu y touches, tu n'y toucheras pas. Ce fut convenu.

Le choléra poursuit sa marche ; il est bientôt devant la chapelle de Saint-Louis ; le saint français, le saint chrétien n'est pas moins jaloux du salut de ses coreligionnaires que Bou-Saïd de celui des siens ; il surgit aussitôt de sa tombe : — Malheureux, où vas-tu ? — Tu le sais. — Je suis le protecteur des chrétiens de Tunis, tu les respecteras, tu n'y toucheras pas. Ce fut encore convenu.

Le choléra reprend sa route, en se dirigeant droit sur Tunis, en laissant la Goulette sur la gauche. La chronique ajoute qu'il n'y serait peut-être pas entré si, dans ce dernier parcours de son voyage, il eût encore rencontré quelque autre saint protecteur de la nation israélite....

Le chiffre des décès israélites a été assez élevé : il peut être évalué à 1,600, et il a été un jour de 37. Un certain dimanche il fut inhumé jusqu'à 54 morts, mais ces 54 morts représentaient la mortalité de deux jours, les israélites, comme on sait, n'enterrant pas le samedi. Le relevé des décès musulmans n'avait pas encore été fait à mon départ. Quant aux décès européens, ils ne s'élevaient qu'à 12 à la date du 17. Ces 12 décès avaient été fournis par 7 Maltais dont 3 femmes, 3 Sardes et 2 Siciliens dont une femme. Le premier décès européen eut lieu le 30 novembre; il fut fourni par le maltais Mariano Mula, qui venait de Bège, où régnait alors le choléra, et ce fut lui qui en apporta la nouvelle à Tunis.

L'invasion du choléra dans la régence de Tunis remonte à la fin de novembre 1849, époque à laquelle il était dans les tribus voisines de la frontière algérienne, près de Bège (*Vacca*); il était dans cette dernière ville dès les premiers jours de décembre, et sa durée y fut de deux mois et demi. A ses ravages étaient venus se joindre pour les enfants ceux de la rougeole. Il s'est porté ensuite sur Mater (*Oppidum Materense*), sur Tabarca et autres lieux, au nord, et sur Keff (*Sicca Veneria*) au sud. Il était peu après à Tunis. Depuis assez longtemps déjà, il sévissait dans les tribus placées entre Bizerte (*Hippo Zaritus*) et Porto-Farina, à l'embouchure de la Méjerda, lorsqu'il éclata dans la première de ces deux villes; la dernière jusqu'à présent a été respectée.

A mon départ de Tunis, le 19, le fléau existait encore, mais en s'affaiblissant chaque jour davantage dans les localités suivantes : Bizerte, sur le lac du même nom ; Tébourba (*Tuburbum*), sur la rive gauche de la Méjerda (*Bagrada*), fabrique de drap du gouvernement, village et tribu qui en sont voisins, sur la rive droite du même fleuve ; Burgyn et Msachen, deux populations à l'ouest de Sousse (*Adrumetum*), la première à cinq lieues de cette ville, la dernière à trois lieues seulement, route de Kaïrouan.

BIZERTE. — Le choléra était à Bizerte dans les premiers jours de mars. Le 12, sur huit cas qui se présentèrent, sept se terminèrent par la mort. Le docteur Mancel, médecin français, qui avait rendu d'exellents services à Bège et à Mater (1), se trouvait alors à Bizerte ; il ne put y rester, la population l'accusant d'y avoir introduit la maladie (2).

TÉBOURBA. — A Tébourba, où nous étions du 4 au 11 de ce mois, le fléau remontait au 24 mars ; quelques cas seulement y avaient été observés antérieurement, alors que le cordon établi sur les Méjerda y était encore. La maladie se maintint légère pendant quelque temps, et, comme tous ceux qui en étaient atteints se faisaient saigner, on attribuait à cette opération les guérisons qu'on obtenait. Cette confiance en la saignée ne tarda pas à être ébranlée ; elle le fut complétement lorsqu'on vit des malades expirer en moins de quinze à dix-huit heures (3). Les cas de cette nature étaient nombreux à la date du 10, jour où mourut le père du caïd, dont la maladie ne dura que quatorze heures. C'était un vieillard très-estimé de ses concitoyens, et dont la perte jeta une assez grande consternation dans le pays. A la date du 11, on comptait à Tébourba environ soixante décès depuis le début épidémique du fléau. C'était un chiffre assez élevé, en égard à la population tébourbienne, qui n'est pas bien forte.

FABRIQUE DE DRAPS DU GOUVERNEMENT. — La fabrique de draps du gouvernement emploie de quatre cents à quatre cent trente ouvriers indigènes; la plupart habitent Tébourba. A la date du 11 de ce mois, les travaux de l'établissement étaient entièrement interrompus par l'absence des ouvriers ; les uns étaient malades, et les autres les soignaient. A la même date, aucun des Européens du même établissement, au nombre d'une trentaine, n'avait encore été atteint, mais la plupart éprouvaient des indispositions qui pouvaient être rattachées à la maladie régnante.

VILLAGE VOISIN DE LA FABRIQUE. — Le choléra y parut peu après son invasion à Tébourba. Dans le nombre des malades que j'y vis, je n'en citerai qu'un seul, à raison de la rapidité des accidents : tombé malade à midi, comme il travaillait à son ordinaire, il n'était plus à minuit. Ceci se passait le 9 de ce mois.

TRIBU VOISINE DE LA FABRIQUE. — Cette tribu s'aperçoit sur la droite de la route, lorsqu'on vient de Tunis à la fabrique : elle vit partie sous la tente, partie dans des gourbis. Le choléra s'y montra peu après son apparition au village précité ; il y faisait d'assez grands ravages du 12 au 15 de ce mois.

BURGYN. — C'est un hameau dont la population ne s'élevait guère qu'à deux cents âmes, femmes et enfants compris. Nous y étions le 29 mars, avec M. le docteur Clément, chirurgien-major de la garnison de Sousse. A cette date, il y avait eu douze morts, et il y en eut encore trois autres à la même date. Ceux ci furent fournis par trois malades, tous trois du sexe masculin, que nous avions visités à notre arrivée. Nous en avions déjà vu plusieurs autres, tous militaires, dont un sergent-major, et qui n'étaient atteints que depuis quelques heures. Ces militaires faisaient partie du cordon que le commandant supérieur de Sousse, M. le général Reschid, avait établi depuis deux ou trois jours en deçà de Burgyn et de la population dont nous allons bientôt parler, Msachen. En deçà de Burgyn, à dix minutes à l'est, est le hameau de Birbih, dont la population est d'une centaine d'individus au plus. Pour le moment, l'état sanitaire en était bon ; mais des cas de choléra, dont quelques-uns s'étaient terminés par la mort, s'y étaient présentés au commencement du mois. Le premier avait été fourni par un individu venu de l'ouest de la régence, après la rupture du cordon qui avait été établi sur la Méjerda.

MSACHEN. — C'est une ville sainte habitée seulement par des chérifs; ni chrétien ni juif ne peut y pénétrer en temps ordinaire. Sa population est au moins de vingt mille âmes. Nous y étions aussi à la date précitée, c'est-à-dire le 29 mars. Il y avait quatre jours qu'on y avait inhumé un de ses habitants, mort du choléra qu'il avait contracté à Burgyn, où il était propriétaire d'un jardin. Depuis, et ainsi qu'il résulte des rapports parvenus au gouvernement de S. A, le fléau s'est remontré dans la population; il s'y est étendu, et à notre départ de Tunis, on annonçait que ses ravages continuaient.

---

(1) Il en fut récompensé, à son retour, par son admission dans l'armée du bey, qui lui conféra en même temps son Nichan Sfikar.

(2) On supposait qu'il la lançait et par son souffle et par son regard. On lui attribuait aussi une légère brume qui fut remarquée sur les eaux stagnantes de la localité le jour où apparurent les premiers cas de choléra; il y en eut deux ce jour-là. Une émeute se forma contre le redouté tébib, et peut-être n'y a-t-il échappé que par la crainte qui dut retenir les bras levés sur lui, à la pensée de ses funestes facultés. Depuis, nous nous sommes trouvés ensemble à Tébourba, où les scènes de Bizerte eussent bien pu se renouveler.

(3) L'action de la saignée, dans le choléra, n'est pas moins difficile à apprécier que celle de nos autres agents thérapeutiques. La saignée, d'un autre côté, est impraticable dans une atteinte bien prononcée de la maladie (le sang alors ne coule pas, la circulation étant plus ou moins enrayée); on ne peut y recourir que dans les cas légers ou lors des prodromes, qui passent si vite, d'une attaque grave. C'est, du reste, ce que savent fort bien tous les médecins qui ont la moindre expérience du fléau dont nous parlons.

Je borne là, monsieur le rédacteur, les quelques mots que je me proposais de dire sur le fléau tunisien ; j'en aurais fait le sujet d'un travail particulier si ce travail ne devait être donné, avec tous les développements qu'il comporte, par l'habile premier médecin de S. A. le bey de Tunis, qui possède, sur la marche et les ravages du choléra dans la régence, tous les matériaux désirables. Le travail de notre confrère ne se fera pas attendre ; seulement il est subordonné à la fin du fléau dans la régence. Ce travail rectifiera les quelques inexactitudes qui ont dû nécessairement se glisser dans le peu que je viens d'en dire. Je saisis cette occasion, et la saisis avec bien de l'empressement, pour renouveler au digne représentant de la médecine tunisienne, l'expression de tous les sentiments de profonde affection que je lui ai vouée, et qu'il mérite à tant d'égards. Qu'il me soit permis de le dire ici : on ne saurait rencontrer un médecin plus attaché à sa profession et à ses devoirs, plus bienveillant pour ses confrères, comme plus digne de la confiance de son généreux souverain, que le docteur Lumbroso.

Agréez, etc.

ANÉVRISME TRAUMATIQUE FAUX CONSÉCUTIF, GUÉRI PAR LA LIGATURE D'APRÈS LA MÉTHODE D'ANEL; observation recueillie par M. CH. BRESSE, D. M. P., chirurgien sous-aide-major à l'hôpital militaire de Rennes.

OBS. — Bouché (Charles-François), musicien au 9e régiment d'artillerie, fut apporté à l'hôpital militaire de Rennes, dans le cours de la journée du 3 novembre 1849. Cet homme était porteur d'une tumeur anévrismale au pli du bras gauche qui s'était développée à la suite d'une saignée pratiquée complaisamment, six mois avant, par un médecin civil.

Pendant ce laps de temps très-long, Bouché, par sa position de musicien, parvint à cacher à son chirurgien-major l'accident qui lui était arrivé et continua de se faire soigner par ce même médecin. La compression d'abord, puis plus tard la galvano-puncture, d'après le procédé de M. Petrequin, furent pratiquées sans aucun succès. L'ulcération de la tumeur, causée par l'application réitérée des aiguilles, donna lieu à une hémorrhagie artérielle très-abondante que l'on arrêta au moyen de la compression à la partie supérieure du bras. C'est alors que le médecin ne se voyant plus que peu de chances de guérison, conseilla à Bouché de déclarer son état afin d'être envoyé de suite à l'hôpital militaire.

A son entrée, cet homme présente les symptômes suivants :

Tuméfaction considérable du bras dans toute son étendue ; affaiblissement de la contractilité musculaire, diminution marquée de la température ; peau livide, bleuâtre ; le membre est dans la demi-flexion. Le pli du bras est le siége d'une tumeur ovoïde, du volume d'un œuf de poule, offrant des pulsations presque imperceptibles au toucher ; l'oreille appliquée sur un des côtés ne perçoit aucun frémissement. La peau qui recouvre la tumeur est noire, fort amincie et confondue pour ainsi dire avec le sac qui même a contracté avec elle d'intimes adhérences ; elle est gangrénée dans une grande partie de son étendue ; l'escarre détachée en un point donne issue à un pus sanieux et à quelques débris d'un volumineux caillot sanguin accumulé dans cette partie. Par cette ouverture se produit une hémorrhagie artérielle abondante, dès qu'on enlève le tourniquet au moyen duquel on exerce la compression à la partie supérieure du bras. La douleur qui antérieurement était très-vive, surtout le long de la face antérieure de l'avant-bras et de la main n'existe maintenant que sous forme de fourmillement et d'engourdissement dans tout le membre.

Dans cet état de choses, la difficulté de saisir l'artère au milieu du désordre dont le pli du bras était le siége, la crainte de voir se développer dans cette partie une grande inflammation et un vaste foyer de suppuration si on venait à porter l'instrument tranchant dans la tumeur firent renoncer de prime abord à l'idée de lier le vaisseau au lieu de sa lésion. Le danger de voir l'hémorrhagie se renouveler par le bout inférieur, si on se décidait à pratiquer seulement une ligature entre la tumeur et le cœur, et dans ce cas l'incertitude de la résorption de la grande quantité de sang épanché, firent proposer l'amputation du membre comme seul moyen de salut. M. le chirurgien en chef Saiget, ne partageant pas les craintes de ses confrères, pensant d'ailleurs qu'il serait toujours temps de recourir à l'amputation, si la ligature échouait, se décida à opérer par la méthode d'Anel.

L'artère humérale fut découverte à la partie supérieure du bras, non sans quelques difficultés, à cause de l'engorgement considérable du membre. Quoi qu'il en soit, elle fut trouvée saine et capable de supporter la ligature qui y fut appliquée au niveau de l'insertion humérale du muscle coraco brachial, c'est-à-dire à la partie supérieure du tiers moyen de l'humérus. Les bords de la plaie furent faiblement maintenus rapprochés au moyen de bandelettes de diachylon, afin de ne gêner en rien la circulation du membre. (Pansement simple sur la ligature et la tumeur.)

Quatre jours après l'opération, l'appareil à pansement fut levé, l'hémorrhagie ne s'était pas reproduite par le bout inférieur de l'artère, comme on aurait pu le craindre ; le pouls commençait à laisser percevoir un léger frémissement ; la chaleur du membre était à peu près normale. Le caillot sanguin accumulé dans la tumeur se détache de jour en jour par petites portions. La plaie de la ligature commence à se cicatriser et ne donne qu'une légère suppuration. Tout, en un mot, se présente dans les meilleures conditions possibles.

Vers le 10 novembre, la tumeur est complétement détergée et laisse une plaie large à fond rosé, d'où naissent déjà quelques bourgeons charnus ; la plaie de la ligature est presque entièrement cicatrisée et ne donne que quelques gouttelettes de pus par le point d'où sort le fil.

Le 19, la ligature tombe, et deux jours après, la cicatrisation est complète.

L'état du malade est très-satisfaisant ; le pouls radial devient un peu plus sensible ; le bras reprend peu à peu ses mouvements.

Enfin, le 10 décembre, la plaie du pli du bras est totalement cicatrisée ; le bras jouit d'une manière presque complète de tous ses mouvements.

Le 15 décembre, cet homme sort de l'hôpital pour retourner à son corps.

Ce cas des plus graves, couronné d'un succès si prompt et si heureux, est une nouvelle preuve que la ligature du bout supérieur de l'artère, comme le pratiquaient Anel et Desault, peut suffire dans le cas de plaie des artères ou dans ceux d'anévrismes faux consécutifs, même après l'ouverture du sac.

On peut encore en tirer cet enseignement qu'avant de recourir à l'amputation en semblable circonstance, le chirurgien doit tenter la ligature, alors même qu'elle ne présente que peu de chances de succès.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS DES DÉPARTEMENTS.

(Suite et fin.)

III. GAZETTE MÉDICALE DE MONTPELLIER.

Les numéros d'avril, mai, juin, juillet, août et septembre 1849 contiennent les articles originaux suivants : 1° *Leçons du cours de M. Lordat.* 2° *Compte rendu de la clinique médicale (service de M. Caizergues)*; par M. Ressiguier. 3° *Influence de la suspension des travaux industriels dans les prisons sur la santé des prévenus* ; par M. Boileau-Castelnau. 4° *Quelques mots sur les eaux minérales sulfureuses froides de Cauvalat* ; par M. Verdier. 5° *Compte rendu des principaux faits observés à la clinique médicale de Saint-Eloi de Montpellier pendant les mois d'août, septembre, octobre et novembre 1848*; par M. Bourely. 6° *Du buste d'Hippocrate en bronze antique de la Faculté de médecine de Montpellier, et de son inscription*; par M. Kunholtz. 7° *Note sur le choléra asiatique de Lunel* ; par M. Ménard.

DE L'HYDROPISIE (extrait du compte rendu de la clinique médicale de l'hôpital de Saint-Éloi) ; par le docteur RESSEIGUIER.

Nous choisissons à dessein, dans le compte rendu de la clinique de M. Caizergues, un passage relatif aux hydropisies, parce qu'il soulève une question intéressante de pathogénie. L'auteur rappelle que, de même qu'il existe des hydropisies sans lésion organique, de même il y a des lésions organiques sans hydropisies ; que, dans le cas de coïncidence des deux maladies, l'hydropisie, qui est l'effet, peut disparaître, quoique la maladie du cœur, qui est la cause, soit incurable. Mais, ajoute-t-il, « ce qui constitue la cause prochaine et indispensable de l'hydropisie, c'est l'existence d'une *disposition particulière de l'économie à produire de la sérosité*; c'est une véritable diathèse séreuse. L'auteur rapporte ensuite l'histoire d'un douanier atteint depuis plusieurs années d'une hypertrophie des plus considérables de la rate et d'une ascite. Dans un séjour de dix mois qu'il fit à l'hôpital, on pratiqua onze fois la paracentèse ; chaque ponction donnait de 12 à 15 litres de liquide. Mais vingt-quatre heures après, le ventre avait repris le volume qu'il avait avant l'opération. Sous l'influence des toniques, de l'usage prolongé du sel ferrugineux de Lagrésie, on obtint une grande amélioration, mais qui porta exclusivement sur la diathèse séreuse, et nullement sur l'hypertrophie de la rate. Le malade quitta l'hôpital, délivré de son hydropisie, mais ayant la rate aussi grosse que la tête d'un adulte.

On demande quelquefois où sont les signes d'une distinction entre l'École de Paris et l'École de Montpellier. Il nous semble qu'on en pourrait trouver un dans l'explication qui précède. Sans doute, en thèse générale, l'École de Montpellier admet les altérations du sang ; elle recommande de les poursuivre à l'aide du microscope et de l'analyse, comme on le fait à l'École de Paris. Jusque-là, concordance parfaite ; mais en pratique, le disparate est bientôt manifeste. Qu'une affection se présente dont il soit raisonnable de demander l'explication aux altérations du sang, et le médecin de Montpellier, le médecin indigène, n'y songera seulement pas, dominé qu'il est toujours par la grande préoccupation des aberrations du principe vital. Jamais il ne viendra à l'esprit d'un médecin sorti de l'École de Paris, de chercher

la cause *prochaine et indispensable* de l'hydropisie dans une *disposition particulière de l'économie à produire de la sérosité*. Ce médecin croirait n'avoir rien dit, et il se demanderait si un état anormal du sang ne rendrait pas suffisamment compte des hydropisies sans lésions organiques du cœur, de la rate ou du foie. A Montpellier, on sait bien aussi que cette locution : *disposition à produire de la sérosité*, cache un inconnu ; mais on ne cherche pas plus loin, parce qu'on ne croit pas pouvoir rien trouver de mieux. Nous engageons, à cette occasion, le lecteur à se reporter au mémoire de MM. Becquerel et Rodier, tout récemment publié par la Gazette Médicale (n° 15), sur les hydropisies produites par la diminution de l'albumine du sang.

IV. GAZETTE MÉDICALE DE LYON.

Les numéros d'avril, mai, juin, juillet, août et septembre 1849 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Note sur une opération chirurgicale dans un cas de tumeur hypertrophique de la lèvre supérieure ;* par M. Pétrequin, recueillie par M. L. Gnbian. 2° *Notice sur quelques améliorations apportées au traitement des ulcères et des bubons vénériens ;* par M. Levrat-Perrotton. 3° *Note sur un cas d'asphyxie intra-utérine d'un enfant à terme, causée par deux nœuds du cordon ombilical ;* par M. Passot. 4° *Compte rendu de la clinique ophthalmologique ;* par M. Rivaud-Landrau. 5° *Note et observations sur le diabète sucré ;* par M. Devay. (Travail dont nos lecteurs ont déjà pu apprécier la portée élevée et l'excellent esprit pratique.) 6° *Luxation remarquable du pied droit, avec fracture du péroné ;* par M. Barrier. 7° *Mémoire sur les réactions acides ou alcalines de l'urine par suite de l'usage des eaux de Vichy ;* par M. Durand-Fardel. 8° *Considérations tendant à prouver que les fractures du corps des vertèbres sont le plus souvent le résultat d'une flexion forcée du rachis en avant ou en arrière ;* par M. Philipeaux. 9° *Emploi de l'ergotine dans les hémorrhagies ;* par M. Bonjean. 10° *Coup d'œil sur les blessés de juin ;* par M. Valette. 11° *Note sur un accouchement provoqué avant terme dans une maladie grave de la mère ;* par M. Bourland. 12° *Fracture complète de la jambe au tiers inférieur, compliquée d'accidents nerveux extraordinaires et de rhumatisme ;* par M. Leriche. 13° *De l'emploi du cyanure de mercure dans les maladies syphilitiques ;* par M. Ramadier. 14° *De quelques conformations naturelles prises pour des maladies ;* par M. Diday. 15° *Note sur la carbonométrie pulmonaire dans l'air comprimé ;* par M. Hervier. 16°. *Observations sur le traitement des brûlures par le collodion ;* par M. Lambert. 17° *Observations analytiques sur les sources des eaux ferrugineuses de Charbonnières ;* par M. Ormancey. 18° *Du traitement des plaies par armes à feu ;* par M. Valette. 19° *Note sur un voyage médical aux eaux thermales de Luxeuil, Plombières et Bains ;* par M. Bouchet. 20° *Note sur les signes de la mort ;* par M. Brachet.

Sur une opération chirurgicale pour une tumeur hypertrophique de la lèvre supérieure, faite par M. Pétrequin ; note recueillie par M. L. Gubian.

Il ne s'agit pas ici d'une tumeur développée dans le tissu labial, mais de la tuméfaction de la lèvre entière, due à l'hypertrophie de sa couche cellulo-adipeuse. Ce cas, exagération morbide de ce qui s'observe ordinairement chez les scrofuleux, embarrasse d'autant plus le chirurgien qu'il n'y a pas de tumeur distincte à extirper, et que cet état, loin d'être atténué, pourrait, au contraire, augmenter par suite d'une opération défectueuse. Le procédé de M. Pétrequin nous paraît donc combler une lacune réelle, et les nouvelles applications qu'on en fera ultérieurement démontreront de plus en plus sa parfaite convenance.

Obs. — Une fille de 24 ans, lymphatique, mais non scrofuleuse, portait depuis l'âge de 10 ans une hypertrophie de cette espèce, qui, croissant d'année en année, lui donnait une figure difforme. Allongée et épaisse outre mesure, la lèvre supérieure avait refoulé en arrière trois dents correspondantes. Voici l'opération que pratiqua M. Pétrequin le 10 février 1849.

Premier temps. — Incision verticale sur le milieu de la lèvre et dans toute son épaisseur.

Deuxième temps. — La lèvre étant ainsi divisée en deux moitiés latérales, on reconnaît que l'hypertrophie occupe principalement ses deux tiers postérieurs. L'opérateur dissèque alors dans chaque moitié un lambeau représentant une pyramide triangulaire, qu'il cerne à l'aide d'un bistouri effilé dans l'épaisseur même de la lèvre, dans les points précisément où l'hypertrophie est plus prononcée, de manière à enlever toute l'exubérance morbide de cet organe.

Troisième temps. — On réunit, dans chaque moitié de la lèvre, le bord postérieur avec le bord antérieur, ce qui s'obtient en y passant verticalement une anse de fil dont le plein répond dans la cavité buccale, et dont les deux chefs sont noués en avant.

Quatrième temps. — Il consiste à réunir ensemble les deux moitiés de la lèvre divisée ; on y réussit par la suture entortillée, appliquée comme pour le bec-de-lièvre.

Cinquième temps. — L'affrontement, exact en arrière, laissant quelque chose à désirer en avant, on achève de rapprocher les bords béants en ce point, au moyen de deux petites épingles et quelques tours de suture entortillée.

Malgré deux érysipèles qui envahirent successivement le siége de l'opération, la jeune malade en retira l'effet le plus satisfaisant. Retenue à dessein jusqu'au 19 mars, elle laissa voir que la lèvre ne présentait pas plus d'épaisseur ni de saillie que chez beaucoup d'individus chez qui elle est naturellement un peu grosse. La cicatrice était réduite à une ligne étroite et blanchâtre. Déjà les dents déviées commençaient à reprendre leur place normale.

Notice sur quelques améliorations apportées au traitement des ulcères et des bubons vénériens ; par M. Levrat-Perrotton.

M. Levrat-Perrotton nous avertit que sa communication a surtout pour objet de prendre date des améliorations thérapeutiques qu'il propose.

Pour les chancres, il a adopté la méthode de les panser matin et soir avec de la charpie imbibée de :

Eau distillée.	10 grammes.
Nitrate d'argent cristallisé. . . .	5 décigrammes.

Chaque pansement est précédé d'un bain local dans l'eau de Goulard, ce qui a pour effet d'émousser la sensibilité de l'ulcère.

M. Levrat-Perrotton ordonne pendant la durée du chancre primitif un traitement mercuriel, par la liqueur de Van Swieten, le sirop de Bellet ou le dento-phosphate de mercure.

Enfin il emploie encore, soit pour ces accidents, soit *dans les blennorrhagies rebelles* ou chroniques, la poudre suivante :

Deuto-phosphate de mercure. . . .	3,75
Nitrate de potasse.	280,00
Sucre blanc en poudre.	440,00
Gomme arabique.	440,00

Mêlez et faites cent paquets. A prendre un par jour dans un litre d'eau. Dix ou quinze paquets suffisent ordinairement pour guérir des accidents primitifs.

Quant aux bubons, s'il est consulté à temps, l'auteur en obtient presque toujours la résolution par des frictions avec une pommade composée de 4 grammes de deuto-phosphate de mercure sur 44 grammes d'axonge.

— Indépendamment de la valeur pratique qu'on pourra trouver à ce travail, nous l'avons principalement mentionné à cause de la netteté de l'opinion qui y est formulée sur le traitement de la blennorrhagie. Beaucoup d'écrivains regardent comme oiseuses les discussions qui s'agitent actuellement sur sa nature virulente ou simple. Qu'importent à la pratique, disent-ils, tous ces débats, puisque tout le monde est d'accord qu'un traitement non mercuriel suffit à la cure de cette maladie ?

L'exemple de M. Levrat-Perrotton vient à point pour montrer, au contraire, l'utilité, l'urgence d'une solution positive dans un sens ou dans l'autre. Il prouve, — ce qui eût semblé à quelques-uns difficile à croire, — qu'en France, en 1849, un médecin d'hôpital, homme d'ailleurs justement estimé, ordonne le mercure pour la blennorrhagie ! Ceci peut être utile à rappeler plus tard. Que M. Levrat prenne date : à la bonne heure. Nous, nous prenons note.

Observation d'accouchement provoqué avant terme dans un cas de maladie grave de la mère ; par M. Bourland.

L'accouchement prématuré doit-il n'être provoqué que pour les vices de conformation du bassin ? convient-il, au contraire, également dans le cas de maladies qui mettent la femme en danger durant le cours de sa grossesse ? Cette dernière question ne saurait plus aujourd'hui être résolue par la négative. Néanmoins on ne peut se dissimuler qu'il est bien difficile de la fixer d'une manière absolue et générale. L'indication d'agir variant selon chaque cas, et dans chaque cas selon la perfection du pronostic porté, il n'y a d'autre moyen d'éclairer fructueusement cette partie de la tocologie qu'en rapportant tous les faits de ce genre où l'accoucheur s'est décidé à hâter artificiellement le travail d'une parturition anticipée. A ce titre, le cas suivant, emprunté à la pratique de M. Bouchacourt, mérite d'être connu et médité.

Obs. — Constance Goyet, âgée de 27 ans, de bonne constitution, entra à la Charité (de Lyon) enceinte de sept mois. Huit jours après, elle se plaignit de dyspnée, surtout dans la région du cœur, et d'un œdème douloureux de la jambe gauche.

En peu de temps l'œdème gagna les deux jambes, les cuisses et l'abdomen, ainsi que la face et les membres supérieurs. Matité du côté du poumon gauche.

Les diurétiques, la manne, des mouchetures, n'apportent aucune amélioration.

Le 7 janvier 1849, on constate que les deux cavités pleurales et le péricarde sont envahis par l'épanchement. La malade ne peut respirer qu'assise, et même avec une difficulté extrême. (Deux larges vésicatoires sur la poitrine.)

Le 9, — un mois avant l'époque où, au dire de la malade, elle devait accoucher, — un érysipèle menace de s'établir à la face. La suffocation est imminente. Malgré les difficultés du toucher, on constate une présentation du vertex, à travers les parois utérines amincies. Le col est un peu effacé. Le même jour, à trois heures du soir, M. Bouchacourt, après avoir reconnu les dimensions normales du bassin, fait pénétrer dans le col, à une profondeur de 2 à 3 centimètres, un morceau d'éponge préparée, qui est laissé en place.

A neuf heures du soir, quelques douleurs de reins se déclarent.

Le 10, à sept heures du matin, les éponges sont expulsées, et trois quarts d'heure après environ, l'accouchement était terminé. La délivrance se fit presque immédiatement.

L'enfant, garçon bien portant, avait 46 centimètres 1/2 de longueur, pesait 1,900 grammes. Le diamètre occipito-mentonnier offrait 11 centim. 1/2, l'occipito-frontal 11, le bi-pariétal 8.

Cet enfant, quoique bien constitué, fut, suivant les usages de la maison, et parce qu'il parut un peu faible, allaité seulement au biberon, et mourut au bout de treize jours.

L'accouchée passa dès le lendemain une nuit bien meilleure que depuis longtemps. Tout alla de mieux en mieux. Quelques sangsues à la vulve, de légers laxatifs, furent les seuls remèdes employés. Dès le 21, l'anasarque et les divers épanchements avaient presque complétement disparu, lorsque la malade se plaignit de nouveau d'un œdème douloureux à la jambe et au pied droit. Grâce aux diurétiques, aux opiacés, associés au quinquina, ce nouvel accident n'eut pas de suites. La guérison fut complète. Six semaines après les règles reparurent, et depuis lors cette femme s'est toujours bien portée. M. Bouchacourt a encore pu s'en assurer au mois de mai.

DE QUELQUES CONFORMATIONS NATURELLES PRISES POUR DES MALADIES; par M. DIDAY.

Parmi les malades, surtout ceux qui ont ou ont eu des affections vénériennes, M. Diday en a vu un certain nombre dont l'imagination alarmée trouve partout, même dans les conformations les plus naturelles, des vestiges d'un mal qu'ils ne peuvent croire complétement guéri. Ayant eu l'idée d'en prendre note au fur et à mesure que son observation lui en offrait des exemples, il est arrivé à obtenir une liste des mieux fournies. Ainsi il a constaté à plusieurs reprises que des individus prennent :

Le reflet grisâtre de la muqueuse du commencement de l'urètre — pour un chancre de cette région;

Les papilles qui couronnent la base du gland — pour des végétations ;

Le raphé sous-pénien — pour une dartre;

Les follicules pileux du scrotum — pour des pustules syphilitiques ;

Le mucus, produit normal de l'érection, — pour un suintement gonorrhéique ;

La sécrétion sébacée du gland et l'écoulement du liquide prostatique après la défécation — pour la même maladie;

Les caroncules myrtiformes — pour des tubercules;

Le clitoris (fait à peine croyable, mais que l'auteur affirme avoir observé chez une femme affectée auparavant de maladie vénérienne) — pris pour un tubercule muqueux;

Le repli frangé qui borde les veines ranines — pour des excroissances de mauvaise nature;

Les glandules et papilles de la base de la langue — pour des nodus ou pustules vénériennes.

Même observation pour les glandules existant au point où la langue s'unit au pilier palatin antérieur. La couleur jaunâtre de cette partie y fait souvent voir des ulcères.

Le sillon longitudinal de la langue — pris pour des fissures tertiaires ;

Les plis de la muqueuse buccale derrière les incisives supérieures — pour des excroissances ;

La saillie longitudinale médiane de la voûte palatine, normale chez beaucoup de sujets, — prise pour une exostose;

La déviation latérale de la luette, normale aussi chez quelques personnes, — prise pour le signe d'une lésion du nerf facial;

Les lacunes amygdaliennes — prises pour des chancres ou des ulcères gangréneux.

Certains points du voile du palais circonscrits par deux ou trois vaisseaux très-ténus, en imposent aussi, même à des médecins, pour une ulcération.

Les follicules muqueux normaux de la paroi postérieure du pharynx — pris pour des tubercules et dénommés par des pathologistes distingués *angine folliculaire ;*

La caroncule lacrymale — pour une végétation;

Les diverses tubérosités du crâne et même le condyle de la mâchoire inférieure — pour l'engorgement des ganglions de cette région, qui annonce l'invasion de la vérole constitutionnelle ;

La saillie normale des glandes inguinales — pour un bubon ;

L'apophyse mastoïde et l'appendice xyphoïde — pour des exostoses;

Les follicules pileux de la peau — pour des syphilides.

Ces notions ne remplissent point un simple but de curiosité; elles mettent d'abord les médecins en garde contre de prétendues maladies, que trop souvent des clients aveuglés ou opiniâtres s'obstinent à leur présenter comme réelles ; elles les avertit, en second lieu, que, en pareil cas, c'est par le raisonnement, non par des remèdes, qu'il faut procéder. Le meilleur moyen que le praticien puisse employer pour désabuser ceux qui le consultent est de leur faire voir que lui-même porte la conformation qu'ils regardent comme une lésion morbide.

OBSERVATIONS SUR LE TRAITEMENT DES BRULURES PAR LE COLLODION; par M. V. LAMBERT.

Le collodion, appliqué en nature et étendu comme une sorte de vernis sur toute la surface brûlée a, selon M. Lambert, l'avantage de remplir mieux que tout autre agent, la triple indication suivante :

1° Il procure une réfrigération rapide, une diminution de la douleur et par suite une réaction inflammatoire.

2° Il provoque le resserrement, l'astriction des tissus.

3° Il préserve la plaie du contact de l'air.

Que ces indications soient les seules ou même les plus importantes à remplir dans toute brûlure; que la première d'entre elles, la réfrigération, ait dans le collodion le meilleur et le plus durable moyen de l'obtenir, c'est ce qui pourra sembler douteux aux chirurgiens. Mais ce qu'on ne peut nier, c'est que des avantages incontestables et frappants sont, en pratique, le résultat de ce pansement. Deux brûlures étendues aux second et troisième degrés, dans le service et par les soins de M. Valette, ont guéri, à l'Hôtel-Dieu, dans un très-court espace de temps; et, chose surtout remarquable, sans que l'évolution de la maladie ait amené la moindre réaction fébrile.

Le soulagement suit instantanément la première application que M. Valette fait avec un pinceau. On met une seconde couche de collodion au bout de quelques jours, si la première s'est écaillée ou fendue.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 20 MAI.

SONDES ET BOUGIES EN GUTTA PERCHA.

M. CIVIALE lit, au nom de M. Pelouze et au sien, un rapport sur une communication de M. Cabirol, relative à de nouveaux instruments de chirurgie, et particulièrement aux sondes et bougies qu'il fabrique avec la gutta percha.

Les sondes et les bougies en gutta percha faites par les procédés de M. Cabirol fournissent, dit M. le rapporteur, de nouveaux et utiles moyens à la thérapeutique chirurgicale. Mais elles ne sauraient remplacer dans tous les cas ceux qui sont depuis longtemps en usage dans la pratique.

1° Les bougies de cire molle, dont on obtient chaque jour les plus heureux résultats dans le traitement des coarctations urétrales, conservent des avantages qui leur sont propres. Elles suffisent pour la guérison du plus grand nombre des rétrécissements ; leur introduction facile, peu douloureuse, n'est que très-rarement suivie de réaction et de fièvre. Quand on les retire, elles rapportent l'image en relief de la partie malade. Ces empreintes, qu'on obtient par la marche ordinaire de la dilatation, et sans qu'il soit nécessaire de recourir à des explorations spéciales, servent de guide au praticien pour la direction du traitement.

2° Dans quelques cas de dureté considérable des parois urétrales, avec lésion de la prostate, on ne réussit à introduire les sondes flexibles dans la vessie, qu'après des tentatives répétées et des manœuvres prolongées. Souvent alors les sondes en gutta percha, qui se ramollissent plus promptement que les autres, se recourbent, se tortillent, se déforment de différentes manière et ne pénètrent pas, tandis que le chirurgien et même les malades réussissent très-bien par l'emploi des sondes flexibles ordinaires.

3° Il peut être indiqué dans la pratique d'introduire un mandrin rigide droit ou à faible courbure dans une bougie creuse, préalablement placée dans l'urètre, afin d'exercer une compression sur la face inférieure du col vésical. Il y aurait danger de recourir à cette manœuvre avec les bougies nouvelles. Leurs parois, ramollies par la chaleur, ne conservent pas une résistance suffisante. Le mandrin, au lieu de cheminer dans le tube, en redressant le canal, pourrait percer les parois de la bougie et blesser l'urètre, ce qui est arrivé.

Si les résultats que nous venons d'indiquer sont de nature à encourager la fabrication des sondes et des bougies en gutta percha, ils stimuleront aussi le zèle et l'activité des anciens fabricants de bougies molles et de sondes flexibles ordi-

naires. Les nouveaux instruments, en effet, n'ont pas encore de supériorité absolue sur les anciens. La préférence qu'on doit accorder à chacun d'eux est restreinte à des séries particulières de cas. Mais ce qu'on doit espérer, c'est que les établissements anciens se voyant dépossédés d'une fabrication exclusive, dont ils se croyent assurés, redoubleront d'efforts et obtiendront des produits plus parfaits. Formons des vœux pour que l'émulation que ne peuvent manquer d'exciter les nouveaux instruments, tourne au profit de la thérapeutique chirurgicale.

Nous avons l'honneur de proposer à l'Académie d'adresser des remerciments à M. Cabirol pour son intéressante communication.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

— M. Roux lit la deuxième partie de son mémoire sur la staphylorapbie.

INFLUENCE DE L'IODE ADMINISTRÉ PENDANT LA GROSSESSE SUR LE DÉVELOPPEMENT DU FŒTUS.

M. Delfrayssé (de Cahors) soumet à l'Académie quelques observations relatives à l'influence de l'iode sur les développements de l'enfant pendant les deux derniers mois de la gestation. M. Depaul a proposé, comme on sait, dans ces derniers temps, de soumettre à des saignées répétées et à la diète les femmes enceintes affectées de rétrécissement ou vice de conformation du bassin, dans le but de modérer la croissance du fœtus et de l'empêcher d'acquérir un volume capable de s'opposer à son passage à travers les détroits. M. Delfrayssé propose de substituer à cette méthode, dont il fait la critique, l'usage de l'iode au sixième ou septième mois de la grossesse. On prescrira à la femme mal conformée le moyen suivant :

Iode pur	1	gramme.
Iodure de potassium. . . .	2	id.
Eau distillée	30	id.

Faites une solution qui sera prise pendant les deux derniers mois de la gestation à la dose de 6 à 8 gouttes par jour dans 30 grammes d'eau sucrée, une heure au moins avant le repas.

L'iode, en vertu de ses propriétés fondantes, diminue et affaiblit la nutrition de l'utérus, et par suite celle du fœtus qu'il renferme.

Du septième au neuvième mois, la croissance de l'enfant s'arrête sous l'influence de l'iode, sans qu'on ait rien à redouter pour sa vie ni pour sa santé.

M. Delfrayssé, après avoir essayé l'emploi de ce moyen chez quelques animaux, l'a expérimenté sur la femme.

Voici les deux observations qu'il rapporte.

Obs. I. — Une dame C., un peu goitreuse, avait eu trois enfants morts-nés dans l'espace de cinq années. La naissance des deux premiers fut des plus laborieuses, et l'art fut obligé d'intervenir à l'aide du forceps. L'expulsion du troisième enfant fut provoquée au septième mois de la grossesse, et la délivrance s'opéra sans difficultés, parce qu'il était moins gros que les deux autres. Néanmoins il mourut quelques instants après l'accouchement. Le bassin de cette dame offrait un rétrécissement remarquable dans son diamètre antéro-postérieur, qui n'avait pas 8 centimètres d'étendue.

L'expulsion d'un fœtus à terme et d'une grosseur ordinaire ne pouvait donc s'effectuer sans un très-grand danger pour sa vie, et M. Delfrayssé résolut de soumettre cette dame à l'usage de l'iode pendant les deux derniers mois de la gestation. Dans ses grossesses subséquentes, qui furent au nombre de deux, elle prit chaque matin 6 et plus tard 8 gouttes de la solution formulée plus haut, et des deux enfants qu'elle mit au monde, l'un pesait 728 grammes de moins que les premiers, et l'autre, qui était une fille, 734. Ils offraient, du reste, le volume et le poids de celui qui fut expulsé au septième mois de la grossesse. Leur naissance fut spontanée, comme celle de ce dernier; mais plus heureux que lui, ils naquirent vigoureux et bien portants. Leur mère n'en éprouva nou plus aucune espèce de dérangement, si ce n'est que les mamelles se développèrent moins que dans les grossesses précédentes, et que son embonpoint parut diminuer un peu.

Obs. II. — La dame V... accoucha quatre fois avec de très-grandes difficultés dans l'espace de quelques années, et aucun de ses enfants ne put être amené vivant. A un cinquième accouchement, tout aussi malheureux, M. Delfrayssé s'assura de l'existence d'un rétrécissement du bassin. Une sixième grossesse étant survenue, M. Delfrayssé prescrivit, du septième au neuvième mois, 6 gouttes de la solution d'iode. L'accouchement eut lieu au terme ordinaire, et donna un enfant robuste et bien constitué, quoiqu'il pesât 1,250 grammes de moins que ses aînés. Il vint au monde sans le moindre accident, et jouit aujourd'hui d'une santé et d'une constitution vigoureuses.

— M. Bardenat, médecin à Duglan (Dordogne), envoie un travail sur la physiologie, subdivisé en six petits mémoires dont voici les titres :

1° Des périodes de la vie, considérées dans leurs rapports avec les mouvements périodiques de l'univers.
2° Qu'est-ce que la vie?
3° Que faut-il entendre par propriétés vitales et de tissus?
4° Que les propriétés des tissus sont les propriétés vitales.
5° Que faut-il entendre par phénomènes chimiques de la respiration?
6° Sur la sensibilité et la contractilité sensibles et insensibles de Bichat.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 21 MAI. — PRÉSIDENCE DE M. BRICHETEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend :

1° Huit lettres du ministre de l'agriculture et du commerce, avec envoi de rapports sur les eaux minérales de Sylvanis (Aveyron), de Cransac (même département), de Bagnères de Luchon (Haute-Garonne), d'Eucausse (même département), de Vic (Cantal), de Luxenil (Haute-Saône), de Lamalou (Hérault), de Balaruc (même département) ;

2° Le relevé statistique des décès dans la ville de Paris, pour le mois d'avril dernier ;

3° Des états de vaccinations de l'Aveyron, des Vosges, de la Haute-Loire et de la Haute-Garonne.

M. Bonnafont, chirurgien en chef de l'hôpital militaire d'Arras, communique deux nouvelles observations d'hydrocèle guérie par l'injection gazeuse d'ammoniaque, sans aucun accident. (Comm. : MM. Velpeau et Robert.)

MM. H. Larrey et Hutin écrivent qu'ils se portent candidats pour la place vacante dans la section de pathologie chirurgicale.

RESPONSABILITÉ MÉDICALE.

M. Mélier, au nom d'une commission composée de MM. Orfila, Adelon, Fouquier, Guibourt, Nacquart, et Mélier, rapporteur, lit un rapport sur une lettre de M. le docteur Boulay, médecin à Gambais (Seine-et-Oise), appelant l'attention de l'Académie sur une affaire judiciaire, considérée par lui comme question de responsabilité médicale.

Cette affaire est celle d'une femme, mère de famille, morte empoisonnée par suite d'une erreur commise dans l'administration d'un médicament.

Mis en cause avec le pharmacien, et condamné comme lui par le tribunal de Mantes, M. Boulay, avant de faire appel, a cru devoir soumettre l'affaire à l'appréciation de l'Académie de médecine.

La commission, après avoir donné à l'examen des pièces la plus sérieuse attention, s'est convaincue qu'il n'y avait dans le fait soumis à son appréciation ni une question de responsabilité médicale, ni une question de science, ni même une question d'art ou d'application ; que ce n'était en réalité qu'une question ordinaire, d'appréciation commune, et dans laquelle la médecine ne saurait apporter aucune lumière spéciale. Dès lors l'Académie, corps scientifique, ne saurait en connaître ni s'en occuper, sans sortir de son véritable caractère et usurper, pour ainsi dire, le rôle de la justice.

En conséquence, M. le rapporteur propose, au nom de la commission, de répondre à M. Boulay que l'affaire portée par lui devant l'Académie n'ayant rien de scientifique, ni rien qui constitue, à proprement parler, une question de responsabilité médicale, l'Académie, exclusivement vouée à la science, ne croit pas devoir s'en occuper.

M. le rapporteur, regrettant que le silence qu'il est obligé de garder sur l'ensemble de l'affaire ne lui permette pas d'en faire connaître quelques détails qui eussent fait ressortir la conduite parfaitement honorable de M. Boulay dans cette circonstance, propose en outre d'accompagner cette réponse d'une lettre d'intérêt et de sympathique considération.

Ces conclusions sont adoptées, après quelques observations sans importance.

— M. le Président annonce que M. Valentine Mott, l'un de ses correspondants étrangers, est présent à la séance.

La parole est à M. Dubois (d'Amiens) pour une communication.

UN ÉPISODE DE L'HISTOIRE DE L'ACADÉMIE ROYALE DE CHIRURGIE.

M. Dubois (d'Amiens) communique à l'Académie un document, un autographe, qui lui est tombé tout récemment entre les mains, en examinant pièce à pièce les archives de l'ancienne Académie royale de chirurgie.

Ce document concerne le doyen d'âge actuel de l'Académie, le respectable M. Duval ; c'est une pièce écrite de sa main et déposée par lui sur le bureau de l'Académie royale de chirurgie le 5 juillet 1792. Cette pièce, écrite à l'occasion de la candidature de M. Duval pour le titre de conseiller (membre titulaire), énumère ses titres antérieurs et les travaux qu'il avait composés en sa qualité d'académicien libre, travaux qui remontent pour la plupart à plus de soixante années. L'énumération de ces travaux prouve, ce que tout le monde sait déjà du reste, que les études de M. Duval n'ont jamais été exclusivement limitées à l'art du dentiste. On y trouve en effet des travaux de grande chirurgie, tels sont les rapports sur l'opération du trepan, la formation du cal, les amputations; des travaux *ex professo* sur la bronchotomie et sur des sujets de philosophie médicale, l'influence des passions de l'âme dans les maladies chirurgicales.

La circonstance pour laquelle fut rédigée et présentée la note dont il s'agit fournit à M. Dubois l'occasion d'exposer quelques documents historiques peu connus aujourd'hui sur l'organisation et les usages de l'ancienne Académie de chirurgie.

La lecture de ce document est accueillie par les applaudissements et les marques nombreuses d'assentiment de l'assemblée.

M. le président félicite au nom de l'Académie M. Duval, et remercie M. Dubois de cette communication.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le rapport de M. Martinson, relatif au traitement du rhumatisme.

SUR LA NATURE ET LE TRAITEMENT DU RHUMATISME MUSCULAIRE AIGU.

M. Bouillaud : L'Académie comprendra que j'aie quelques motifs de me plaindre du genre d'argumentation de M. Grisolle à mon égard. Lorsqu'on re-

produit les doctrines de ses adversaires, on devrait au moins les reproduire fidèlement. M. Crisolle m'a prêté des opinions qui ne sont pas les miennes. Je me vois donc dans la nécessité de les rétablir. J'ai dit que le rhumatisme articulaire aigu, bien caractérisé, le rhumatisme fébrile, qu'il ne faut pas confondre avec les douleurs fugitives du rhumatisme musculaire, lorsqu'on l'examine avec soin dans sa marche, dans ses symptômes, dans ses lésions anatomiques, dans ses complications et ses coïncidences, ne pouvait laisser aucun doute sur sa nature inflammatoire que tout vient démontrer. Sous quelque rapport qu'on l'envisage, on le voit se comporter à la manière des phlegmasies. Qu'y voit-on en effet?

Autour des articulations : rougeur, chaleur, gonflement, développement des vaisseaux capillaires.

Comme symptômes généraux : appareil fébrile caractéristique de la fièvre angéioténique, type de la fièvre dite inflammatoire par les anciens; que si l'on retire du sang, on y trouve un caillot dur et consistant recouvert d'une couenne épaisse et une augmentation considérable du chiffre de la fibrine, porté à son maximum, circonstance signalée comme le caractère essentiel de l'inflammation d'après les recherches modernes; enfin à l'autopsie on trouve des épanchements séreux, une exsudation pseudomembraneuse. Je le demande où peut-on placer une pareille affection, sinon dans les phlegmasies?

Quels sont maintenant les accompagnements du rhumatisme articulaire qu'on avait méconnus jusqu'à nous, faute d'une méthode rigoureuse d'observation? Ce sont : la péricardite et l'endocardite, la pneumonie, la pleurésie, en un mot des types de maladies inflammatoires. Or ces maladies se développant sous l'influence de la même cause, ce qui me les a fait désigner sous le nom de rhumatismes internes, pourquoi voudrait-on qu'elles fussent d'une nature différente?

On m'a également fait dire sur le siége du rhumatisme tout le contraire de ce que j'avais dit. Il était évidemment impossible de ne pas regarder les membranes synoviales comme le siége principal du rhumatisme. Cependant je n'ai pas dit que ce fût là son siége exclusif, j'ai ajouté que les tissus environnants et en particulier les tissus fibreux participaient également à l'inflammation, ce qui est aujourd'hui admis par tout le monde.

Voilà pour ce qui regarde la nature inflammatoire de la maladie. Ce point me paraît mis hors de toute contestation.

Quant à ce qui regarde la localisation du rhumatisme, je suis extrêmement surpris qu'on m'ait reproché d'avoir voulu le localiser quand j'ai été un des premiers à démontrer que le rhumatisme était une maladie générale, une maladie qui procède de l'état du sang lui-même. Il est vraiment singulier de me voir ainsi traité en bouc émissaire de toutes les exagérations précisément pour m'être attaché toute ma vie à apporter dans l'étude des faits la plus grande rigueur et la plus grande exactitude possibles. Dance a parfaitement caractérisé avant moi la maladie qui nous occupe, en disant que c'est de toutes les maladies la plus tenace. Il n'y en a pas, a-t-il dit, d'aussi inamovible, c'est l'expression dont il s'est servi, que le rhumatisme. J'en ai fait voir pour ma part des exemples bien remarquables; et il n'y a pas ici un chirurgien qui n'ait observé que lorsqu'une grosse articulation est prise de rhumatisme, si l'on ne combat immédiatement l'inflammation, celle-ci ne tarde pas à dégénérer en tumeur blanche.

On a parlé des causes. Le rhumatisme diffère-t-il sous ce rapport des autres phlegmasies? M. Crisolle a reconnu lui-même, avec Sydenham, Stoll et tous les bons observateurs, que la cause du rhumatisme est le plus ordinairement la même que celle de la pneumonie et de la pleurésie, c'est presque toujours un refroidissement lorsque le corps était en sueur. Ainsi, sous ce rapport encore, analogie parfaite; c'est la même cause qui produit le rhumatisme et les phlegmasies.

J'arrive maintenant au traitement.

On a dit : *Naturam morborum ostendit curatio*. J'accepte cet axiome. Mais la question est de savoir si, quand on a affaire à un rhumatisme articulaire bien caractérisé, à la fièvre rhumatismale, comme disaient si bien les anciens, le traitement antiphlogistique réussit mieux que les autres traitements. C'est ici qu'il faut préciser de plus en plus la question.

Les difficultés que soulèvent les questions de traitement ne peuvent se résoudre qu'au lit du malade. C'est donc à l'aide des faits seuls que j'ai cherché à résoudre celle de la thérapeutique du rhumatisme; ces faits, je les ai publiés en partie, et tout le monde peut maintenant les juger; mais pour cela, il ne faut pas les tronquer comme on l'a toujours fait; il ne faut pas se borner à dire que je saigne toujours et à tout propos coup sur coup; j'ai au contraire spécifié les cas avec le plus grand soin, et j'ai rigoureusement déterminé la quantité de sang qu'il fallait tirer dans chaque cas donné. J'ai dit, en outre, que dans les cas légers la saignée était inutile, ce qui prouve que je ne suis tombé dans aucune exagération, comme le répètent sans cesse ceux qui, avec la prétention d'être modérés, sont beaucoup plus exagérés que moi. Je mets au défi qui que ce soit de me citer un seul cas dans lequel j'ai abusé de la saignée, dans lequel je l'ai employée sans nécessité, dans lequel j'ai déterminé le plus léger accident.

C'est en catégorisant ainsi les faits que j'ai pu arriver à énoncer cette vérité qu'à l'aide de la formule que j'emploie, pratiquée dans toute sa sévérité, on parvient à arrêter en quatre jours presque tous les cas graves de phlegmasies articulaires, pneumoniques, endocardiques, etc., et rendre la mort une exception presque sans exemple. Cette assertion est basée aujourd'hui sur 3,000 faits rigoureusement observés.

On a dit : Par cette méthode, vous allez prolonger la durée de la maladie, les malades ainsi saignés ne pourront pas se relever. S'il est un résultat remarquable de cette méthode, c'est précisément l'abréviation de la durée des maladies. En trois ou quatre jours, un rhumatisme est enlevé. Qu'est-ce qui abat les malades? C'est la durée des maladies et non les saignées. Le sang se répare avec une grande facilité. Quand on ne saigne pas et qu'on laisse la maladie suivre sa marche ordinaire, qu'arrive-t-il? des maladies organiques du cœur.

On m'a opposé Sydenham. Sydenham a en effet préconisé la saignée dans le rhumatisme articulaire aigu; il pratiquait de trois à quatre saignées; mais croyez-vous qu'il fît ces saignées dans un seul jour, comme je le fais? Non, ces quatre saignées, il les faisait dans l'espace de huit jours. Pensez-vous que ces deux méthodes soient comparables? Sydenham pouvait peut-être réussir en agissant ainsi, dans le rhumatisme de peu d'intensité; mais dans les cas graves, je le nie. Mais, nous a dit M. Crisolle, Sydenham a renoncé plus tard à cette méthode, et il nous a cité en preuve un passage d'une lettre de Sydenham à Robert Brady, où il se demande si, pour éviter les inconvénients des énormes pertes de sang qu'exige le traitement du rhumatisme, il ne conviendrait pas de chercher une autre méthode. Cette méthode, qu'il a cherché à substituer à l'usage de la saignée, c'est l'usage du petit-lait et des rafraîchissants. Mais croyez-vous qu'il l'ait généralisée? Non. Il cite un cas, puis il revient à l'usage des saignées, mais avec plus de modération. On voit par là que Sydenham n'avait pas, comme l'a dit M. Crisolle, renoncé du tout à l'usage des évacuations sanguines, seulement il les a employées, vers la fin de sa carrière, d'une manière plus modérée.

L'Académie comprendra que ces rectifications étaient indispensables. Je m'en tiens là pour le moment.

M. Crisolle : M. Bouillaud, en revenant sur la question soulevée dans la dernière séance, ne me paraît avoir réfuté aucun de mes arguments. Il ne s'agit pas de dire si le rhumatisme est ou n'est pas une inflammation, je n'ai pas nié l'inflammation dans le rhumatisme, mais la question est de savoir si l'inflammation est un élément essentiel du rhumatisme; or je crois avoir démontré qu'elle n'en était pas même un élément, que le rhumatisme a une existence propre, indépendante de toute inflammation; que celle-ci n'en constitue qu'un accident ou une complication. J'ai prouvé en effet que le rhumatisme se distinguait des inflammations proprement dites par tous ses caractères, par son invasion, par sa marche, sa terminaison. J'ai contesté les prétendues terminaisons du rhumatisme par suppuration; et en effet, je défie qu'on m'en cite un seul cas authentique. Sur les 22 cas de suppuration rapportés par M. Bouillaud dans son ouvrage, il n'y en a pas un seul qui ne soit contestable.

M. Bouillaud : Ces cas ne m'appartiennent pas.

M. Grisolle : Mais vous en avez pris la responsabilité en les publiant. Et d'ailleurs, si vous les récusez vous-même, sur quoi vous appuierez-vous désormais pour admettre la suppuration? Je répéterai donc ce que je disais dans la dernière séance, que le rhumatisme diffère essentiellement par tous ses caractères des inflammations franches.

La question de doctrine résolue, la question de pratique sera bien près de l'être. Si le rhumatisme n'est pas une maladie inflammatoire, le traitement antiphlogistique ne saurait lui convenir. Les faits abondent pour le démontrer. Il y a aussi l'autorité, l'autorité de tout le monde. J'ai cité Sydenham qui, dans sa lettre à Brady, fait amende honorable. Mais nous profitons rarement de l'expérience d'autrui, et alors même que les faits ont prononcé, nous nous mettons toujours à répéter les mêmes expériments. Tout ce que l'on a voulu tenter dans ces derniers temps contre le rhumatisme avait déjà été essayé autrefois. Un homme, à qui je n'ose pas donner le titre de médecin, s'est trouvé qui a osé conseiller de tirer jusqu'à vingt livres de sang dans un jour; et je vous prie de croire que sa méthode était parfaitement formulée : il voulait qu'on saignât quatre fois par jour (rires et chuchotements); et cet homme avait des admirateurs!

Il s'est trouvé d'autres médecins qui, tombant dans une exagération d'un autre genre, se sont demandé s'il ne conviendrait pas de livrer le rhumatisme à lui-même. Il y a ici une observation à faire à l'égard de l'expectation. Je ne crois pas qu'il ait été fait de recherches bien rigoureuses sur la question de savoir quelle est l'influence de l'expectation comparativement aux diverses méthodes actives en usage, sur la marche de la maladie, si elle en prolonge ou non la durée; je mets de côté la question de mortalité, la mort étant tout à fait exceptionnelle dans le rhumatisme. Eh bien! quoique les documents nous manquent à cet égard, je n'hésite pas à affirmer cependant que l'expectation ne convient point dans le rhumatisme; je crois qu'il faut agir.

Ceci me conduit naturellement à examiner la question de la saignée. La saignée convient-elle dans le rhumatisme? Comment convient-il de la pratiquer? J'ai rappelé qu'autrefois, à Montpellier, elle était en grand honneur; Sauvages saignait jusqu'à trois fois par jour pendant plusieurs jours de suite. Parmi nos contemporains, il y en a qui saignent beaucoup, d'autres très-peu. Ceux qui saignent beaucoup disent que les malades sont bien plus promptement soulagés et que la durée de la maladie est de beaucoup abrégée. Le rhumatisme céderait suivant eux à la saignée entre le premier et le deuxième septénaire, tandis que, par les autres méthodes, il ne céderait qu'au bout d'un temps beaucoup plus long. D'après les calculs qu'à faits à cet égard mon honorable maître, M. Chomel, la durée ordinaire du rhumatisme articulaire serait de deux à trois septénaires; d'où l'on voit que, dans une maladie d'une durée aussi courte, on peut abréger cette durée encore d'un septénaire, ce serait là un très-grand avantage. Mais voyons si cela est bien vrai.

Il y a plusieurs manières d'évaluer la durée d'une maladie. Pour la plupart des médecins, la durée d'une maladie se calcule à dater de son invasion jusqu'à la convalescence; mais il en est qui ne comptent pas ainsi et qui ne font dater la maladie que du jour où ils commencent le traitement, faisant ainsi abstraction de tout le temps écoulé entre l'invasion réelle et l'époque de l'entrée du malade à l'hôpital. Or en rectifiant les calculs faits d'après de pareilles données, M. Requin a vu que des malades que l'on disait guéris en deux septénaires n'avaient guéri en somme qu'en vingt-six ou vingt-huit jours, et quelquefois davantage. Depuis ce temps-là se serait-il opéré quelque prodige? aurait-on habitué le

rhumatisme à la saignée comme antrefois Silva voulait y habituer la variole? Si l'on compte bien encore aujourd'hui, on verra que, soit que l'on fasse des saignées abondantes et coup sur coup (de 5, 6 on 7 livres de sang), on que l'on ne saigne que modérément et à des distances éloignées, la durée du rhumatisme est tonjours à peu près la même. Or je prétends que si les saignées à outrance ne sont pas utiles, si elles n'abrégent pas la durée de la maladie, elles sont par cela même nuisibles; car il n'entrera dans l'esprit de personne qu'il puisse être indifférent de retirer à un malade 5 on 6 livres de sang en quelques jours. La saignée, lorsqu'elle n'est pas utile, est nuisible.

J'ai cité des autorités anciennes, j'ai cité Stoll, Sydenham qui avait presque entièrement renoncé à la saignée, parce qu'il avait remarqué qu'elle prolongeait la convalescence, qu'elle rendait les récidives plus fréquentes, et qu'elle constituait une plus grande propension à contracter d'autres maladies. Je citerai des contemporains, je n'en citerai que deux seulement, car le nombre est petit des médecins qui ont osé essayer la méthode des grandes saignées: ce sont MM. Monneret et Legroux. D'après M. Monneret, les saignées abondantes prolongent la convalescence, produisent la chloro-anémie et rendent plus difficile le traitement que l'on pourrait avoir à opposer ultérieurement aux récidives on aux rechutes du rhumatisme. M. Legroux va plus loin: il accuse les saignées répétées de favoriser les complications cardiaques. M. Beau a publié des recherches très-importantes qui prouvent que les saignées abondantes déterminent l'hypertrophie du cœur. Je n'ai pas besoin de rappeler l'opinion de M. Louis sur ce sujet; tout le monde la connaît. Il résulte en un mot de toutes ces observations que plus les sujets ont été affaiblis par les saignées, plus il y a imminence de complications. La théorie indiquait ce résultat, mais les faits le démontrent d'une manière péremptoire. J'ai été frappé, pour mon compte, du grand nombre de complications que l'on voit survenir à la suite des saignées abondantes. Ainsi je vois dans l'ouvrage même de M. Bouillaud que sur 74 cas de rhumatisme, il a constaté 64 fois la complication de l'endocardite.

M. Bouillaud : Oui, mais avant les saignées.

M. Grisolle : J'ai fait un relevé dans le service de M. Chomel où cette méthode n'est point en usage, et le nombre des complications a été trouvé beaucoup moins élevé.

En résumé, soit qu'on consulte les doctrines, les faits on les autorités, on arrive toujours à ce résultat que les saignées sont nuisibles. Cela est si vrai que les élèves même d'une certaine école ne peuvent parvenir à les faire accepter dans leur pratique. Les malades, par une sorte d'instinct de conservation, les repoussent. Pour moi, je ne condamne pas d'une manière absolue les saignées dans le traitement du rhumatisme, mais je repousse les saignées exagérées. Je crois qu'on doit en général leur préférer l'emploi du sulfate de quinine ou de l'opium. Je ne me prononce pas à l'égard du nitrate de potasse que je n'ai pas osé encore employer à des doses aussi élevées que l'a fait M. Martin-Solon.

M. Martin-Solon : La discussion a mis en lumière deux points importants, l'un relatif à la nature du rhumatisme, l'autre concernant le traitement. Pour ce qui concerne la nature du rhumatisme, on peut dire que les différents membres qui ont pris part à la discussion forment deux camps : l'un dans lequel on considère le rhumatisme comme une inflammation franche et même comme le type de l'inflammation; l'autre, au contraire, où l'on envisage cette inflammation comme étant d'une nature toute spéciale. Cette dernière opinion est la mienne. Si l'on examine le rhumatisme dans sa marche, on est frappé de ce que celle-ci offre d'insolite et d'irrégulier, de la différence qu'il présente avec les inflammations franches, sous le rapport des lésions et des désordres anatomiques. Cependant je ne partage pas entièrement l'opinion de M. Grisolle à l'égard de la terminaison du rhumatisme par suppuration. On voit dans quelques cas l'inflammation rhumatismale se comporter comme elle le fait dans les membranes séreuses et se terminer par suppuration. J'ai trouvé dans ces cas des couches d'exsudation purulente sur la membrane synoviale plus ou moins fortement injectée; mais ce que je n'ai jamais vu, par exemple, c'est la terminaison par gangrène. Un mot sur le traitement. Pourquoi le traitement antiphlogistique n'est-il pas généralement adopté? C'est parce que le rhumatisme n'est pas une maladie franchement inflammatoire. M. Bouillaud en convient implicitement lui-même par la nécessité où il est de modifier sa formule. Le traitement antiphlogistique n'est pas adopté par tout le monde; et la preuve, c'est qu'on en est encore à chercher de nouveaux moyens de traitement: témoin la méthode même qui fait l'objet de cette discussion, l'emploi des vésicatoires dont en définitive nous devrions bien nous occuper un peu. M. Dechilly n'emploie pas les vésicatoires comme tout le monde. Comme M. Bouillaud, il a aussi sa formule; ce n'est pas un vésicatoire qu'il applique, mais 2, 3, 4, 6, 10, autant qu'il y a d'articulations malades. Pour moi, je ne pense pas que cette méthode puisse être admise à titre de méthode générale, mais comme méthode particulière, elle peut être parfaitement convenable dans certains cas dont les praticiens auront à déterminer les indications.

M. Piorry : Depuis près de vingt-cinq à trente ans je m'occupe du sujet en litige; j'ai donc quelque expérience à ce sujet.

De tout temps on a saigné dans le rhumatisme; car les médecins ne peuvent guère sortir, pour la pratique générale, des évacuations sanguines, des purgatifs, des vésicatoires, des boissons aqueuses, de l'abstinence, etc. : seulement autrefois on déterminait mal les cas; on saignait sans préciser nettement les circonstances où il convenait de le faire; on traitait la maladie, et non les organes malades. Le véritable progrès a consisté dans la mesure puisée dans l'état organique, et c'est ce que les modernes ont cherché à faire.

Parmi les auteurs qui ont élucidé l'histoire de l'hémi-arthrite, il est à regretter que, dans la discussion, on ait oublié de citer le nom de Sarcône. Peu de travaux ont été aussi utiles que les siens. Pour lui, la matière rhumatismale est la fibrine en suspension dans le sérum; c'est la couenne du sang. Or celle-ci se retrouve dans l'hémi-arthrite, la pleurite, la pneumonie, l'érysipèle aigu, etc.; et jusqu'à présent la chimie n'a fait en rien voir qu'il y eût de la différence entre la fibrine recueillie dans ces cas divers.

Cependant des médecins regardent l'état du sang, dans le rhumatisme aigu, comme le fait du rhumatisme, tandis que d'autres l'attribuent à l'inflammation, tant il est vrai que la nomenclature vulgaire est un affreux chaos dont il était temps de sortir. Il est pénible de parler en public de ses propres travaux; mais puisqu'on ne m'a point cité, permettez-moi de revendiquer la priorité de certaines recherches.

Quand j'ai vu, en 1823 et 1824, pratiquer des saignées si abondantes, j'ai voulu expérimenter par la pondération comparée sur un très-grand nombre d'animaux les limites du possible. J'ai recueilli des observations sur l'homme, et j'ai lu devant l'Académie un mémoire dans lequel j'établissais que l'on pouvait faire perdre dans une première saignée, et sans provoquer actuellement la mort, jusqu'à la vingt-quatrième partie du poids du corps d'un chien, et que les saignées abondantes ultérieures étaient dangereuses. J'ai prouvé, contre les assertions de Broussais, que le pouls, sous l'influence des pertes de sang, s'accélérait, ce qui m'éclaira sur plusieurs des opinions qui régnaient. On pouvait saigner un assez grand nombre de fois en un jour sans inconvénients, pourvu que la perte ne fût pas très-abondante. Il arriva même qu'un chien perdit en un mois un poids total de sang égal à celui de son corps, et cela sans aucun accident. Des observations sur l'homme conduisent aux mêmes résultats. Ceci explique comment on a pu tirer 20 livres de sang dans le traitement du rhumatisme; mais certes il ne convient pas et il n'est pas utile d'en tirer à beaucoup près autant.

C'est de ce mémoire, messieurs, que datent mes principales recherches sur le traitement de l'hémi-arthrite, de la pneumonite, de la pleurite, etc.

La priorité de cette méthode des saignées *réitérées*, que M. Bouillaud a dénommées saignées *coup sur coup*, m'appartient donc. Il est vrai que j'ajoutais les boissons à hautes doses, les cataplasmes sur les jointures malades, l'élévation des membres phlegmasiés, ce que M. Gerdy a appliqué plus tard au traitement des autres arthrites sans me citer.

Il n'y a entre la méthode de M. Bouillaud et la mienne que cette différence, qu'il suit une formule tracée *à priori*, tandis que, dans ma pratique, c'est l'état des organes, des qualités et des quantités de sang et de la circulation, l'intensité des accidents qui doivent donner la mesure des saignées et de leur réitération. Ce n'est que cinq mois plus tard que M. Bouillaud fit paraître dans le Journal hebdomadaire son travail sur le rhumatisme.

Cette question de date éclaircie, ajoutons que c'est non-seulement dans le volume du pouls, mais encore dans la plénitude des veines, dans la coloration des tissus, dans le volume augmenté du cœur, dans un certain degré de matité du poumon en rapport avec les quantités de sang qu'il contient, que l'on doit chercher, dans le rhumatisme articulaire aigu, si l'on peut sans inconvénient tirer encore du sang.

Une longue pratique m'a appris que, sous l'influence des saignées convenablement répétées, tous les accidents se dissipent en très-peu de jours (trois jours et demi pour la moyenne.)

Je reviendrai sur les détails de ce traitement dans la première séance. Voici seulement ce que je désire encore ajouter aujourd'hui.

Suivant moi, il n'y a aucune différence fondamentale entre la pleurite, la pneumonite et le rhumatisme articulaire aigu. Dans tous les cas il y a hémite, dans tous les cas les désordres sont les mêmes.

M. Piorry entre ici dans quelques détails anatomiques, symptomatiques et étiologiques, qui prouvent, suivant lui, que le rhumatisme est une inflammation comme la pneumonie.

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

De l'emploi de l'éther sulfurique et du chloroforme à la clinique chirurgicale de Nancy; par M. E. Simonin. — Trois livraisons (2 vol. in-8°). — Paris, 1849. — Chez J.-B. Baillière, libraire, 19, rue Hautefeuille.

L'ouvrage que vient de publier M. Simonin sur l'emploi de l'éther et du chloroforme dans les opérations chirurgicales est certainement un des plus consciencieux et des plus riches, soit en observations cliniques, soit en remarques intéressantes, qui aient paru jusqu'à ce jour.

C'est la méthode analytique qui a été suivie dans la rédaction de ce travail : les faits d'abord, puis les déductions. On trouve même çà et là dans le courant du livre quelques chiffres alignés qui témoignent que l'éther, lui aussi, peut être soumis et soumis avec avantage à la statistique.

Soixante et onze observations y sont rapportées, cinquante-deux avec de grands détails, dix-neuf d'une manière plus sommaire. Bien que ces observations aient été recueillies par l'opérateur lui-même, au milieu des préoccupations qui précèdent, accompagnent et suivent toujours les opérations chirurgicales, elles offrent des développements et une précision qui ne laissent rien à désirer; elles forment à elles seules le texte du premier volume, où elles sont classées avec beaucoup de méthode.

Dans un premier chapitre figurent toutes les opérations où l'éther a été

employé; dans un second chapitre, toutes celles où l'on a fait usage du chloroforme, et dans un troisième toutes les observations d'éthérisation locale à l'aide de l'un ou de l'autre agent.

M. Simonin a soin, en outre, de rapprocher dans des sections distinctes toutes les observations où un même appareil a été employé. Ces appareils sont :

Pour l'éther : 1° l'appareil à deux tubulures de MM. Jackson et Morton; 2° un appareil à fumigations; 3° l'appareil à soupapes planes de M. Charrière; 4° un appareil de l'invention de l'auteur à l'aide duquel les vapeurs d'éther furent dirigées dans le rectum.

Pour le chloroforme : 1° une compresse imbibée de chloroforme ou bien une capsule remplie de ce liquide, et dans laquelle le malade se penchait pour respirer; 2° l'appareil Charrière à soupapes planes; 3° celui du même fabricant à soupapes sphériques.

Dans le chapitre réservé aux éthérisations locales, on voit l'éther et le chloroforme successivement appliqués sur la peau, sur les membranes muqueuses, sur les nerfs et sur les plaies récentes.

M. Simonin note avec les plus grands détails la quantité et la qualité des agents anesthésiques employés, la durée de leur emploi et toutes les circonstances accidentelles qui ont pu troubler quelquefois ou interrompre les inhalations. Il signale tous les symptômes observés sur ses malades aux différentes époques de l'opération et cherche à surprendre ces phénomènes autant que possible au moment même de leur apparition.

Les opérations pratiquées par M. Simonin sont très-variées : un grand nombre d'avulsions de dents, beaucoup d'amputations, d'ablations de tumeurs, des ligatures d'artères, des tailles, des réductions de luxations et de hernies, etc. Parmi ces cas, il en est quelques-uns, trop peu nombreux peut-être pour l'élucidation de cet important problème, où l'éther a été respiré dans un but purement physiologique.

Cette partie de l'ouvrage de M. Simonin, qui est comme la base de tout son travail, est donc à nos yeux établie de la manière la plus solide. Les faits sont nombreux et variés, les expériences entreprises et poursuivies dans des circonstances et avec des précautions bien déterminées, les effets notés avec beaucoup de soins. Muni d'un instrument de contrôle aussi sûr, c'est avec une pleine confiance que le lecteur aborde maintenant la seconde partie où la généralisation fait place à l'analyse.

Toutefois nous ne quitterons pas cette première partie sans signaler d'une façon toute spéciale le chapitre où l'éther et le chloroforme ont été portés directement sur les tissus. Ces éthérisations locales qui ont occupé déjà quelques expérimentateurs, et entre autres notre habile confrère M. Longet, nous semblent mériter d'être répétées sous d'autres formes et continuées avec persévérance. Peut-être un jour viendra-t-il où l'anesthésie locale suffira à remplacer l'anesthésie générale pour les besoins des opérations. Est-il défendu d'espérer qu'on parviendra à suspendre la sensibilité des cordons nerveux sans agir sur les centres, de même qu'on suspend la circulation des vaisseaux sans agir sur le cœur ?

Nous ne tenons pas moins à relever une expression qui est trop répétée et trop en relief pour que nous la passions sous silence. Elle figure dans le titre même de la seconde partie du livre : exposition des lois formulées à la suite du travail d'analyse. Le mot *loi*, dans le langage scientifique, est réservé, comme on sait, à ces quelques formules qui ont le privilége, non pas de résumer un certain nombre de faits, mais d'être l'expression la plus générale de tout un ensemble de phénomènes. Or, qu'est-ce que M. Simonin expose ici sous le nom de loi? Ce sont tous les effets, sans distinction, sans aperçu général qui les domine, de l'éther et du chloroforme sur l'économie; c'est simplement la symptomatologie de l'éthérisation.

Du reste, dans cette seconde partie, M. Simonin étudie l'influence de l'éther et du chloroforme sur l'organisme avec une grande sagacité, unie à toute la rigueur de la bonne méthode d'observation. Il marque en minutes et secondes le moment où apparaissent les premières modifications intellectuelles; il étudie ces mêmes modifications sous toutes leurs formes, telles que la surexcitation, la perversion et la suspension des actes intellectuels, celle-ci pouvant survenir d'emblée ou bien n'apparaître qu'à la suite d'un des états précédents. Il cherche à établir, sous ces rapports variés, les différences que peuvent offrir les inhalations de l'éther et celles du chloroforme.

Tout le monde a été frappé de voir quelquefois survenir à la fin de l'éthérisation des modifications intellectuelles de même nature que celles du début. Telle est la perversion de l'intelligence que M. Simonin a vue précéder, puis suivre la suspension complète des actes intellectuels et qu'il appelle, dans ce dernier cas, *perversion de retour* — expression heureuse appropriée à toute cette classe de phénomènes qui montre la similitude étiologique de certaines phases successives de la même affection, et dont le râle crépitant de la pneumonie fut l'origine et demeure le type.

Les modifications sensorielles sont aussi très-convenablement observées. Tous les sens sont, sous ce rapport, passés en revue : le goût, l'odorat, la vue et l'ouïe. Quant au toucher, on comprend que ses modifications rentrent dans celles de la sensibilité générale.

Pour donner au lecteur une idée plus exacte de la manière de M. Simonin, nous emprunterons çà et là au résumé de cette partie du livre les propositions qui nous paraissent les plus neuves et les plus importantes :

« La surexcitation de l'intelligence fut observée six fois après les inhalations de l'éther, et jamais après celles du chloroforme. »

— « Onze fois la perversion de l'intelligence se manifesta par des rêves qui le plus souvent avaient pour objet les travaux habituels du malade. »

— « Huit fois la suspension des actes intellectuels fut observée sans être précédée ni suivie de surexcitation ou de perversion, six fois après l'inhalation éthérée, deux fois après l'emploi du chloroforme. »

— « Douze fois la suspension des actes intellectuels fut à la fois précédée et suivie soit de surexcitation, soit de perversion de l'intelligence; deux ou trois fois seulement elle fut précédée ou bien suivie de l'un de ces deux états. »

— « Diverses modifications sensorielles accompagnèrent ces troubles de l'intelligence. »

— « Une fois la suspension de l'odorat fut observée d'un seul côté. »

— « La saveur des agents anesthésiques parut en général désagréable aux malades et fut perçue aussi bien après les éthérisations rectales qu'après les inhalations pulmonaires. »

— « La plupart des malades éprouvèrent des bourdonnements et des hallucinations de l'ouïe, quelques-uns crurent entendre le bruit d'un marteau, le son d'une cloche, des chants, etc. »

— « La contraction de la pupille fut plus souvent observée que sa dilatation : la perte de la vue fut précédée d'hallucinations visuelles dans quelques cas où le chloroforme fut employé, et seulement de perception imparfaite des objets à la suite des inhalations éthérées. »

— « Le temps pendant lequel la conscience fut abolie varia de une à quarante-huit minutes, dans la série des faits relatifs à l'action de l'éther, de une et demie à trente minutes, dans la catégorie des cas suscités par l'influence du chloroforme. »

— « L'éthérisme de la sensibilité n'apparaît en général qu'après celui de l'intelligence et persiste moins longtemps. »

— « Les sensations perçues consistent surtout, au début de l'éthérisation, en un sentiment d'engourdissement général plus prononcé aux extrémités qu'au tronc. »

— « L'insensibilité, quel que soit l'agent qui la produise, débute par la périphérie du corps; la peau du front et des régions temporales ne devient insensible le plus généralement que plusieurs secondes ou plusieurs minutes après que l'anesthésie a été constatée à la peau des mains et à celle des pieds. »

— « Les régions sont d'autant moins sensibles à l'action des agents stupéfiants qu'elles sont plus profondément situées. »

— « Les parties qui sont le siége d'une inflammation sont plus difficilement anesthésiées que celles qui sont à l'état normal. »

— « L'éthérisme de la sensibilité, comme l'éthérisme de l'intelligence, peut s'accroître après la cessation de l'emploi de l'éther et du chloroforme. »

— « La disparition des phénomènes de l'anesthésie a lieu dans un ordre inverse à celui de leur apparition. »

— « La durée de l'éthérisme de la sensibilité a varié, après l'usage de l'éther, de quinze secondes à sept minutes; avec le chloroforme, d'une à sept minutes. »

— « Une partie du corps non privée d'épiderme, plongée pendant quarante minutes dans l'éther et pendant vingt-cinq minutes dans le chloroforme, n'acquiert pas une anesthésie locale suffisante pour qu'une très-légère opération chirurgicale soit pratiquée sans douleur. »

— « La vapeur d'éther, dirigée en jet pendant douze minutes, à l'aide d'un appareil spécial, sur une solution de continuité récente, a provoqué l'insensibilité locale complète, sans déterminer l'éthérisme général. »

Le livre de M. Simonin n'est pas achevé. Dans la dernière livraison, il se propose d'étudier l'influence de l'éther et du chloroforme sur la circulation, la respiration, les mouvements, la digestion, les sécrétions, etc. Des applications générales de toutes ces données seront faites à la physiologie et à la pratique des opérations.

Espérons que la fin répondra au début. Nous n'aurons pas là sur l'éthérisation un ouvrage classique de plus, un livre d'érudition ou de critique à ajouter à tant d'autres, mais un de ces traités *ex professo* où l'on trouvera l'opinion, expérimentalement motivée, d'un praticien distingué sur une question qui est devenue tout à coup et restera longtemps encore la plus importante de la chirurgie contemporaine. J. R.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

DISCUSSION SUR LE RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU. — PONCTIONS SOUS-CUTANÉES.

La discussion sur le rhumatisme articulaire aigu a continué dans la dernière séance. Mais commencée à près de quatre heures et interrompue à quatre heures et demie pour un comité secret, elle n'a pu être fort approfondie. Nous craignons, du reste, qu'au point où le débat est arrivé, il n'en sorte plus beaucoup d'aperçus nouveaux. M. Piorry, dans un discours écrit, qui eût été, nous le croyons, fort écouté, si le retour fréquent de mots inconnus au public médical ne fût venu de temps à autre distraire l'assemblée, M. Piorry a combattu pour la seconde fois en faveur de la nature inflammatoire du rhumatisme articulaire. Son argumentation se réduit à ceci : le sang est couenneux ; la fibrine, souvent augmentée de quantité, est tenue en suspension dans le sérum ; ce sont les caractères des affections phlegmasiques (cette altération du sang, M. Piorry l'appelle *hémite*, non, ajoute-t-il, pour dire que le sang est enflammé, mais pour exprimer « l'état du sang constaté dans les maladies et dans les fièvres dites inflammatoires) ; » d'un autre côté, les articulations sont rouges, tuméfiées, douloureuses, autres caractères de phlegmasie. La maladie des articulations est donc une *arthrite*, et l'ensemble de l'affection est une *hémitarthrite*.

Passons sur les mots et voyons le raisonnement. Il n'est pas nouveau, mais ce serait un faible défaut, s'il était bon. L'état couenneux du sang, l'excès de fibrine qu'on y remarque, ne révèle pas, dit-on, une inflammation du liquide sanguin lui-même ; il révèle quelque part, dans l'économie, un travail d'inflammation aiguë. Nous sommes d'accord là-dessus ; mais alors la question se rétrécit notablement ; l'altération du sang n'a plus aucune valeur intrinsèque, elle n'a ni plus ni moins de signification, ni une autre signification, que la phlegmasie articulaire dont elle procède, et le problème à résoudre, à savoir, si la phlegmasie est l'élément fondamental de la maladie, n'est en rien avancé par la constatation de la couenne dans le sang. En d'autres termes, l'état couenneux du sang traduit une phlegmasie articulaire qui se révélerait bien sans lui, et il ne dit en aucune manière si la phlegmasie constitue l'essence de la maladie ou n'en est qu'une complication.

Conformément à sa doctrine, M. Piorry a beaucoup vanté l'efficacité des émissions sanguines. Il n'a pas dit s'il s'était astreint aux règles de la *formule*. A vrai dire, nous croyons qu'il ne s'en inquiète guère, et que son esprit pratique ne conçoit pas beaucoup mieux que le nôtre une formule de saignées. Quoi qu'il en faille penser, M. Piorry affirme que sur cinquante-huit cas pris au hasard parmi ses nombreuses observations d'*hémitarthrite*, de larges saignées, aidées de boissons aqueuses à hautes doses et de l'élévation des membres malades, ont dissipé *tous les accidents aigus en quatre-vingts heures à peu près*. Nous n'avons aucune raison de contester ce résultat : pour parler franchement, d'abondantes évacuations sanguines nous semblent très-propres à calmer ce qu'on appelle les accidents aigus, à abattre la fièvre, à diminuer l'éréthisme local et général ; mais nous craignons que ce genre de succès ne soit sujet à des illusions, qu'il ne porte plus sur les symptômes que sur le mal. Il faudrait voir ensuite si la guérison définitive ne se fait pas aussi plus longtemps attendre qu'après l'emploi des autres modes de traitement. Nous avons dit comment de nouvelles supputations de chiffres, tirées des ouvrages mêmes des partisans les plus décidés de la méthode des saignées, paraissaient peu favorables à cette méthode. Nous ne savons ce que donnerait une statistique empruntée à la pratique particulière de M. Piorry ; mais il n'est pas défendu de se tenir pour le moment sur la réserve. Ajoutons seulement que des médecins fort instruits n'ont pas obtenu des émissions sanguines répétées, même cette atténuation rapide des symptômes aigus annoncée par l'honorable académicien.

— Plusieurs personnes nous ont fait l'honneur de nous demander quelques explications sur l'emploi des ponctions sous-cutanées comme moyen de combattre les douleurs rhumatismales. En attendant que nous ayons rassemblé tous les faits propres à établir la valeur de cette pratique, et à poser les indications diverses à son emploi, voici quelques remarques qui pourront guider provisoirement nos confrères.

Souvent les articulations qui ont été envahies par un accès de rhumatisme demeurent le siége de douleurs très-tenaces. En examinant de très-près, on s'assure aisément que la douleur articulaire n'est ni uniforme ni générale, mais partielle et localisée dans certains points. On sent même, au toucher, qu'au niveau du siége immédiat de la douleur, il existe de petits points noueux excessivement sensibles à la pression. Ces points existent même dans la période aiguë du rhumatisme ; toutefois ils sont moins aisés à reconnaître et à isoler que dans la période subaiguë. C'est vers ces points que la ponction sous-cutanée doit être dirigée, en ayant soin de faire, pour cette ponction, comme pour les applications ordinaires de la méthode, un pli cutané. La pointe de l'instrument va diviser et débrider le point gonflé et comme induré. Ainsi que nous l'avons dit, aussitôt que ce débridement a eu lieu, la douleur cesse, et la pression ne laisse plus découvrir aucune trace de la nodosité détruite. Qu'il s'écoule ou non quelques gouttes de sang, le résultat est le même : ce qui nous a fait dire que cette pratique ne pouvait être considérée comme agissant à la façon des antiphlogistiques. Nous disons que c'est un *débridement*, voilà tout.

HYGIÈNE PROFESSIONNELLE.

DE L'INTOXICATION ZINCALE OBSERVÉE CHEZ LES OUVRIERS TORDEURS DE FILS GALVANISÉS; par MM. LANDOUZY et MAUMENÉ (de Reims (1).

La note lue à l'Institut par M. le docteur Flandin, sur l'innocuité des composés de zinc, pouvant donner lieu à une sécurité dangereuse, nous croyons utile de faire connaître une affection qui n'a pas encore été signalée

(1) Ce mémoire a été lu à l'Académie de Reims le 26 avril, c'est-à-dire près d'un mois avant l'observation communiquée à l'Institut par M. Bouvier.

Dès le 15 mars, d'ailleurs, M. Maumené avait appelé sur ce point l'attention du maire de Reims et du conseil d'hygiène.

Quant à cette courbature qui se manifeste subitement chez les ouvriers après la fonte du cuivre, et que M. Blandet avait signalée en 1845 sous le nom de *maladie de zinc* (parce qu'il l'attribuait au zinc qui entre dans la composition du laiton, etc.), elle paraît due plutôt à l'action prolongée d'une haute température qu'à la vaporisation du zinc ; car on ne l'observe pas dans les fonderies de zinc.

Feuilleton.

CHRONIQUE MÉDICALE.

Encore un sacrifice. — Une économie du conseil d'administration de l'Académie. — Question de responsabilité médicale. — Un dos-à-dos. — Règne de la sorcellerie. Une scène atroce. — Observation de médecine fournie par des voleurs. — Noblesse de bas étage.

Nous y voilà décidément ; il n'y a plus à revenir là-dessus ; le sacrifice est consommé ; Jupiter seul peut faire que la chose commencée ne s'achève pas, que la chose ordonnée ne soit pas exécutée : en vain on se plaindra, on se lamentera, on se récriera, on courra de ci et de là, éperdu, effaré,

. . . . . . Plus pâle qu'un rentier
A qui vient un arrêt d'arracher un quartier ;

Vain désespoir ; l'arrêt fatal est prononcé ; les exécuteurs ne sont pas loin ; les chiens sont à la porte et demandent leur proie ; médecins, dentistes, avocats, huissiers, peintres, sculpteurs, vous n'avez plus qu'à tendre la tête : *Venit ineluctabile tempus!*

Quand nous disons la tête, nous exagérons un peu ; il ne s'agit que de tendre sa bourse, et les chiens ne sont autres que messieurs les percepteurs ; ce n'est pas encore, comme vous voyez, la pire espece. Un tout petit article du budget élève la cote mobilière des professions libérales au quinzième du loyer, au lieu du dixième qui est la règle commune ; moyennant quoi lesdites professions ne seront pas assujetties à la patente. Certes le trait est cruel, et tout médecin économe et *rangé* doit s'y montrer sensible ; le trait est même un peu perfide en ce qu'il s'est glissé obscurément parmi les dispositions d'un budget qu'on ne discute guère, le budget des recettes ; il a enfin ceci de particulièrement douloureux, qu'il a passé à travers le groupe assez compact des médecins qui siégent à l'assemblée législative sans rencontrer le plus mince bouclier confraternel ; mais la magnanimité sied aux grands cœurs. Allons, pas de jérémiades ! pas de supplications ! Monsieur Dimanche, asseyez-vous là ; combien vous doit-on? Vous êtes habitué, depuis ce vaurien de don Juan, à vous voir éconduit poliment ; il n'en sera rien avec nous, et vous allez être payé incontinent.

Nous l'avons dit, ce nous semble, en quelque autre endroit. Si le *quinzième* ne se peut pas mieux justifier, en principe, que la patente ; si toutes les objections de fond qu'on peut adresser à celle-ci et qui avaient autrefois prévalu devant les pouvoirs publics, après une discussion approfondie, conservent toutes leurs forces contre celui-là ; si l'un et l'autre constituent pour la plupart des professions libérales, plus particulièrement pour la profession médicale, une aggravation de charges exceptionnelle, la répétition inique d'un impôt déjà acquitté par les frais universitaires ; néanmoins le quinzième est de beaucoup préférable à la patente, c'est-à-dire beaucoup moins insupportable. Il ne consacre pas une assimilation que nous n'avons pas besoin d'indiquer, une assimilation qui n'est ni dans la dignité de la profession, tout préjugé à part, ni dans l'esprit de la loi, qui attache aux honoraires des garanties spéciales et ne reconnaît pas le trafic de la clientèle. Il établit une échelle dont

dans la science, et que nous proposons d'appeler *intoxication zincale*, par analogie avec l'intoxication mercurielle, saturnine, etc.

Voici en peu de mots l'historique de cette affection.

Le fil de fer employé au ficelage des vins de Champagne est envoyé, en couronnes de 1 à 10 kilogrammes, à des ouvriers dits *tordeurs*, qui, à l'aide d'un métier ingénieux, coupent et tordent à la fois dix à vingt brins de fils de fer. Ces fils sont mis ensuite en paquets de 1 kilogramme, et battus avec un morceau de bois pour être redressés et serrés en faisceaux.

Chaque ouvrier fait ainsi quarante à cinquante paquets de fil de fer par jour.

Quoique ce travail fût fait par les mêmes ouvriers depuis huit et quinze ans, dans de très-mauvaises conditions hygiéniques (1), il n'avait cependant jamais eu d'inconvénient appréciable, lorsque, vers les premiers jours de janvier 1850, le fil de fer ordinaire ayant été remplacé par des fils dits *galvanisés*, c'est-à-dire par des fils de fer zincés, les mêmes ouvriers se plaignirent bientôt d'un goût de poussière sucrée à la gorge, d'un besoin incessant de tousser et de cracher, de frissons, de malaise général, etc.

En effet, ces fils galvanisés, fabriqués précipitamment et sans tous les soins nécessaires, étaient recouverts d'une couche assez épaisse de poussière de zinc, d'oxyde et de carbonate de zinc, qui s'échappait abondamment pendant la manutention des couronnes, pendant le tordage des fils, et surtout pendant le battage des paquets (2).

(1) L'atelier n° 1, dans lequel travaillaient, mangeaient et couchaient trois personnes, n'a pas 50 mètres cubes. Les fenêtres n'avaient pas été ouvertes une seule fois en deux mois d'hiver, et la porte restait presque constamment fermée.

L'atelier n° 2, où la femme travaille seule toute la journée, et où elle couche avec son mari, a 28 mètres cubes. La fenêtre n'a jamais été ouverte, et elle est même condamnée par des bandes de papier; seulement la porte communiquant avec une petite cuisine reste presque toujours ouverte. Les ouvriers n'y prennent pas leur repas; on y travaille quelques heures de moins que dans l'atelier n° 1, et on peut attribuer à ces circonstances l'intensité moindre des accidents.

(2) La poussière qui se détache des fers galvanisés consiste en *zinc, oxyde, de zinc, carbonate de zinc, alliage de fer et de zinc, fer, fer oxydé*. Les deux derniers corps peuvent être séparés par le barreau aimanté.

Le zinc est en parcelles qui se brisent très-aisément en paillettes cristallines à angles et à arêtes aigus.

La saveur sucrée reconnue par les personnes atteintes n'est pas due à du plomb. Nous nous sommes assuré que la *poussière* n'en renferme pas la moindre trace.

Nous avons soumis les fils galvanisés à l'action du vin et de l'air en réalisant autant que possible les conditions qui se trouvent réunies dans les caves. Cent fils, placés dans un large entonnoir, ont reçu goutte à goutte pendant trois jours le vin de quatre bouteilles (trois litres et demi), tombant d'une hauteur de 30 centimètres. Afin d'éviter les pertes et de diminuer l'évaporation, nous faisions tomber les gouttes de vin par le milieu du bec d'un entonnoir renversé sur celui qui contenait les fils. L'expérience terminée, nous avons reconnu que les cent fils avaient perdu 1 gramme 87 de zinc métallique converti soit en tartrate double de zinc et de potasse, soit en acétate.

Les effets analogues qui pourraient se produire dans les caves par l'effet de la casse et pendant l'opération du dégorgeage devront éveiller la sollicitude du conseil d'hygiène.

M. Maumené, consulté par les ouvriers sur le malaise qu'ils éprouvaient, n'hésita pas à le rapporter à l'abondance des poussières de zinc, et à conseiller provisoirement l'abandon des fils galvanisés, et M. Landonzy, chargé par le fabricant, M. M....., de faire une enquête médicale sur les accidents attribués à cette nouvelle industrie, put constater une angine spécifique et des symptômes non équivoques d'intoxication métallique.

Sur six ouvriers employés à cette fabrication, quatre travaillaient dix à quatorze heures par jour : c'étaient deux jeunes gens de 15 et 17 ans, très-robustes, et deux femmes, l'une de 40, l'autre de 46 ans, assez bien portantes, et qui font ce métier huit à neuf mois de l'année depuis huit et quinze ans.

Les deux autres (ce sont les maris des deux ouvrières) se bornaient à mettre, le soir, les fils en paquets, et à battre ces paquets pour les serrer, les dresser et les lier. Pendant la journée ils travaillaient, comme tonneliers, dans les caves.

Or tous six furent atteints d'accidents qu'il est impossible de ne pas rapporter à l'action des poussières de zinc.

Quatre éprouvèrent un accablement général, des frissons, de la céphalalgie, de l'anorexie, une soif vive, un violent mal de gorge avec dysphagie, de la douleur à l'angle de la mâchoire et à la région laryngienne, un engorgement des ganglions sous-maxillaires, une tuméfaction considérable des amygdales avec ulcération, rougeur de la voûte palatine, pellicules blanchâtres sur les gencives, salivation, fétidité de l'haleine, et enfin des coliques et de la diarrhée.

Chez l'un, les coliques et la diarrhée furent les seuls accidents observés.

Chez un autre, les coliques furent accompagnées de nausées, de ténesme et d'une constipation opiniâtre.

Chez trois d'entre eux, les accidents débutèrent au bout de six à huit jours de travail.

Chez un autre, au bout de quinze jours.

Chez deux autres, après trois semaines ou un mois.

A l'exception de l'ouvrière qui travaillait dans l'atelier n° 1, et chez laquelle les accidents fébriles durèrent plus de quinze jours, les autres ne furent pas plus de trois à six jours sans reprendre leurs occupations.

Chez tous, les symptômes généraux cessèrent aussitôt qu'on cessa d'employer les fils zincés.

Chez les trois qui éprouvèrent une angine et une stomatite assez violentes, la rougeur du palais, le gonflement et l'ulcération des amygdales, le gonflement et les pellicules des gencives existaient encore quinze jours après le début des accidents.

Ajoutons, enfin, qu'un petit garçon de 3 ans, qui couchait dans l'atelier n° 1, fut atteint d'angine avec toux, salivation, etc., tandis que son frère, âgé de 9 ans, qui se bornait à y prendre son repas, n'eut aucune indisposition.

Quinze jours après ces accidents, les mêmes ouvriers, dans les mêmes conditions hygiéniques, recommencèrent le même travail, avec le même fil galvanisé, exempt de toute poussière, et il ne se manifesta aucun des phénomènes qu'ils avaient observés la première fois.

Bien que ces exemples d'intoxication zincale doivent être très-rares, puisqu'ils n'ont pas encore été inscrits dans la science, et bien qu'il suffise d'en indiquer la cause pour en éviter le retour, cependant l'usage si ré-

les degrés sont laissés au choix des contribuables, au lieu de passer, comme la patente, le même niveau sur les positions les plus différentes. On pourra toujours abaisser l'impôt en montant d'un étage, et ainsi deviendra matériellement exacte une image d'un représentant phraséologue, cette image qui a fait passer un si joyeux moment à l'assemblée et dans laquelle la société était figurée par une grande maison où chaque classe avait son palier. Il sera de bon genre d'avoir un médecin *du premier*, au risque de n'avoir pas toujours, par ce moyen, le premier des médecins.

Du reste, ainsi que l'a déjà fait remarquer un de nos confrères de la presse, tout budget ne vaut que pour un an. La disposition dont on l'a cette fois armé contre nous n'est donc pas aussi solide que si elle eût été implantée dans une loi spéciale; elle reviendra au vote chaque année. Une manœuvre de bras peut la condamner. Si, pour un de ces jours-là, les médecins législateurs pouvaient devenir des Briarées!

— Pour en finir avec les questions fiscales, vous savez par quel procédé commode l'assemblée a pu opérer des réductions sur le buget de la Faculté de médecine et de l'Académie. Son raisonnement a été des plus simples. « Nous ne savons par où vous péchez, nous ne savons même pas si vous péchez par un côté quelconque; mais il nous faut une économie de telle somme; tirez-vous-en comme il vous plaira » Et voilà pourquoi la Faculté, déjà meurtrie par la réduction du traitement des professeurs, cherche maintenant sur quels appointements elle pourrait bien rattraper une somme de quelques milliers de francs, et pourquoi l'Académie vient de réduire de 1,000 fr. le traitement du secrétaire du conseil. On se rappelle que la commission du budget avait d'abord voulu supprimer le bibliothécaire; que, sur de vives réclamations du ministre, le bibliothécaire a été maintenu, mais avec réduction au budget d'une somme équivalente à la quotité des appointements. C'est, comme nous avons dit, l'honorable M. Bousquet qui supportera la grosse part de la réduction. Nous nous garderons bien de l'en plaindre. Son aimable philosophie, aussi inaccessible au chagrin des événements qu'au souci des théories médicales, ne se troublera pas pour si peu. Nous pouvons même affirmer, après l'observation la plus attentive, que son visage ne portait nullement, mardi dernier, l'empreinte de sinistres préoccupations. On ajoute, du reste, — mais ce n'est pas à cela que nous attribuons cette sérénité, — que le spirituel secrétaire, en compensation de son sacrifice, aura désormais voix délibérative au conseil, au lieu de la voix consultative que lui conférait l'article 49 du règlement.

— Voici une triste affaire, dont il est bon de faire connaître les principaux détails aux praticiens, qui pourront y puiser une règle de conduite. L'Académie, en tant que corps savant, a pu refuser d'y intervenir; la presse a d'autres devoirs. Un médecin très-honorablement connu, habitant le département de Seine-et-Oise, envoie à un pharmacien des environs une lettre écrite sur un morceau de papier plié en deux. Le *recto* du premier feuillet contient la demande *pour lui-même*, demande très-clairement formulée, de bandages inguinaux et de 15 *grammes d'extrait de belladone* délayés dans 5 grammes d'eau. Au bas de la page, après les compliments d'usage, la signature du médecin. Au *verso* du même feuillet, on lit : « *Veuillez faire du tout un paquet*, en y joignant la note. » Enfin, sur le *recto* du même feuillet, se trouve l'ordonnance d'une potion purgative, formulée suivant l'art, avec indication de la personne

pandu du zinc sous toutes les formes, et dans toutes les industries, pouvant donner lieu à des accidents dont la véritable nature resterait méconnue si elle n'était signalée, nous avons pensé qu'il n'était pas inutile d'appeler sur ce point l'attention des médecins.

En résumé, sept personnes exposées à la poussière des composés de zinc, dans des ateliers insuffisants et insalubres, sont prises d'accidents qui cessent dès qu'on substitue le fil de fer simple aux fils zincés, et qui ne se reproduisent pas dès qu'on substitue aux anciens fils galvanisés de nouveaux fils de même nature, exempts de toute poussière.

Au point de vue pathologique, l'intoxication produite par les composés de zinc constitue une affection spécifique qui peut être inscrite dans la nosologie sous le nom d'*intoxication zincale*, par analogie avec l'intoxication mercurielle, saturnine, etc.

Cette analogie, jointe à la cessation de la cause avant qu'elle ait produit tous ses effets, peut faire penser que l'*intoxication zincale* prolongée amènerait les mêmes résultats graves que l'intoxication du mercure et du plomb, et doit, par conséquent, éveiller toute la sollicitude des observateurs sur les affections des ouvriers en zinc.

Au point de vue hygiénique général, cette affection doit engager l'autorité à exercer une surveillance active sur les ateliers où se fabriquent le zinc et ses composés, et à exiger des procédés propres à mettre les ouvriers à l'abri des poussières qui s'en dégagent.

Au point de vue hygiénique local, c'est-à-dire au point de vue des ouvriers en vins de champagne, on peut déduire des faits précédents les conclusions suivantes :

1° Les couronnes de fils galvanisés doivent être livrés aux ouvriers tordeurs exempts de toute poussière ;

2° Les fils galvanisés peuvent être employés sans aucun inconvénient par les ouvriers tonneliers ;

3° Les vins de casse et de dégorgeage pouvant contenir une certaine quantité de sels de zinc devront être examinés avant d'être livrés au commerce.

GÉOLOGIE ET HYDROGRAPHIE MÉDICALES.

INFLUENCE DES LIEUX, DES EAUX ET DES HABITATIONS SUR LE DÉVELOPPEMENT DU CHOLÉRA QUI A RÉGNÉ, EN 1834 ET 1835, DANS LE MIDI DE LA FRANCE ; par M. FOURCAULT.

(Suite et fin. — Voir le n° 20.)

AMPUS, dont la population s'élève à 1,166 habitants, ayant une mortalité moyenne de 37 individus, a perdu 46 cholériques du 12 août au 11 septembre. Ce village est assis, à deux lieues nord-ouest de Draguignan, sur la partie montagneuse de la Provence. Les rues sont étroites, mal tenues et arrosées inégalement par des eaux courantes. Dans la partie haute et dans la partie basse, on remarque deux grands ruisseaux formés par une source supérieure. Le vent du nord-ouest y prédomine, et malgré l'abri d'une montagne, les variations atmosphériques y sont fréquentes. Au printemps de cette année, les pluies étaient tombées en abondance; la grêle avait enlevé les récoltes; des brouillards épais s'étaient élevés pendant la nuit; la température avait été froide pendant l'été. On se tromperait sans doute grossièrement si on considérait ces causes comme essentielles, primitives : elles sont auxiliaires, déterminantes, lorsque l'organisme est profondément modifié par la cause perturbatrice générale.

LORGUES, sur 5,444 habitants, a compté, du 18 juillet au 18 août, 206 décès cholériques et 4 décès par suite de diverses maladies, la mortalité moyenne étant de 136. Cette ville est bâtie en amphithéâtre sur le penchant d'une petite montagne qui l'abrite des vents du nord et du nord-ouest. Sous ce climat doux et salubre, la vie moyenne est de 40 ans.

Dans Lorgues, on distingue la ville vieille et la ville nouvelle : dans la première, les maisons sont sur la hauteur, les rues sont étroites et fort sales; la seconde, construite dans une plaine, offre des rues propres et bien percées. L'une et l'autre sont arrosées, dans presque tous les points, par des eaux courantes qui fournissent deux sources prenant naissance dans les parties supérieures.

On trouve dans la ville basse de nombreux cloaques où les habitants jettent toutes leurs immondices; de grandes fosses reçoivent les eaux de la ville, qui s'y accumulent et servent à l'arrosage des jardins. Ce fut dans cette partie, *la plus propre*, la mieux bâtie, habitée par la population la plus riche, que l'épidémie s'est déclarée et a sévi avec le plus d'intensité. Cependant, dans cette partie même, les rues les plus étroites et les plus sales furent plus particulièrement maltraitées, et l'on n'a compté que trois ou quatre cas de choléra à la campagne, où la population était plus que doublée par l'émigration.

DRAGUIGNAN, sur 8,600 habitants, a perdu 58 cholériques et 28 personnes par diverses maladies pendant la durée de l'épidémie, c'est-à-dire du 13 juillet au 8 septembre. Ici les notions topographiques recueillies par M. Dubreuil et Rech sont fort peu importantes; ils n'ont point observé cette humidité du sol, ces réservoirs d'eau qui exercent tant d'influence sur l'extension de l'épidémie. Ici encore l'observation vient justifier les précédentes remarques, et les conditions locales favorables qu'offre Draguignan expliquent l'affaiblissement de la cause perturbatrice et l'apparition d'affections intercurrentes.

CADENET, sur 2,595 habitants, ayant une mortalité moyenne de 79 individus, a compté 41 décès cholériques du 14 août au 15 décembre 1835. La Durance forme de nombreuses mares près de Cadenet; on y trouve aussi de grandes fosses, cloaques recevant les eaux qui ont lavé ses différents quartiers. Les vents du nord soufflaient lorsque l'épidémie se déclara; les changements de la température avaient été brusques, des pluies abondantes étaient tombées à diverses époques et des orages nombreux s'étaient manifestés. Sans attribuer à ces phénomènes météoriques une grande influence, il convient cependant de les mentionner. Les fièvres intermittentes qui régnaient alors dans cette localité devinrent plus rares. Au moment où l'épidémie commença à sévir, quinze jeunes gens, après s'être livrés aux plaisirs de la table, éprouvèrent pour la plupart des accidents que l'on considéra d'abord comme les signes d'un empoisonnement. Plus de la moitié d'entre eux furent victimes de cette imprudence. Elle explique l'événement arrivé dans les environs de Brignoles et signale le danger de se livrer à de semblables excès pendant le règne du choléra.

Les communes environnantes présentèrent des cas peu nombreux de cette affection.

à qui elle était destinée, et dûment signée. Cette lettre est portée au pharmacien par un enfant de quatorze ans, fils de la malade qui devait prendre le purgatif. Le pharmacien ne lit que le *recto* du premier feuillet, livre à l'enfant les bandages réunis en paquet, plus une fiole contenant l'extrait de belladone. La fiole est remise à la mère, qui délaye l'extrait dans un verre d'eau tiède et l'avale d'un coup. La mort eut lieu vingt-six heures après. On aura une notion complète du fait quand nous aurons ajouté ces deux circonstances établies au procès : 1° que l'enfant ayant dit au pharmacien, en recevant la fiole : « C'est pour ma mère, » celui-ci se contenta de répondre : « C'est bien; » 2° que le médecin, en chargeant l'enfant de la commission, y avait ajouté cette instruction verbale que, à la pharmacie, on lui remettrait une bouteille pour sa mère et un paquet qu'il aurait à déposer chez lui, médecin.

C'est dans ces circonstances que le tribunal de Mantes, appelé à connaître de l'affaire, a condamné le médecin et le pharmacien, chacun à 100 fr. d'amende et aux dépens. Les motifs du jugement, en ce qui concerne le premier, sont : que le *recto* du premier feuillet était dépourvu de tout signe propre à indiquer que la missive n'était pas terminée ; que cette forme devait empêcher le destinataire d'apercevoir l'indication, écrite au *verso*, de *faire un paquet du tout*; enfin, que le médecin. en avertissant le commissionnaire qu'une fiole devait être délivrée à sa mère, aurait rendu l'erreur plus facile.

Nous avons beau nous dégager de toute prévention qui pourrait naître de l'esprit de confraternité, il nous est impossible de charger le médecin de la moindre part de responsabilité dans ce déplorable malentendu. Il est de règle, à la vérité, dans ces sortes d'affaires, que l'apposition de la signature du médecin au bas d'une prescription qui termine la page est considérée comme un signe suffisant que la prescription ne s'étend pas au delà, et absout d'avance le pharmacien des accidents qui pourraient résulter de l'ignorance de toute autre indication écrite sur l'autre côté du feuillet ou sur le feuillet suivant. Mais il est évident que c'est à la condition seulement que le pharmacien se sera conformé au moins, pour la partie de l'ordonnance qu'il aura lue, aux règles et formes prescrites. Or il n'en est pas ainsi dans l'espèce. Le malheur a sa source précisément dans la négligence apportée à l'exécution de l'ordonnance écrite au *recto* du premier feuillet. Faites pour un moment abstraction du *verso* et du second feuillet tout entier; c'est la position dans laquelle se retranche le pharmacien; quel était alors son devoir? Il avait ordre d'envoyer au médecin, à 6 kilomètres de distance, des appareils et une substance toxique; la formule était précise; c'en était assez pour lui imposer l'obligation d'envelopper, de cacheter, d'étiqueter et d'inscrire le nom du destinataire, comme on le fait pour tous les envois de cette nature. A cet égard, l'instruction donnée au *verso* de faire un paquet du tout n'était pas nécessaire au pharmacien et n'entrait pas rigoureusement dans les obligations du médecin.

Ainsi, des précautions suffisantes n'ont pas été prises dans l'exécution de la seule ordonnance qui a été connue du pharmacien, bien qu'elles fussent commandées par la nature même de cette ordonnance. Ainsi, on ne peut pas rejeter la faute sur l'ignorance des instructions ou prescriptions contenues dans une autre partie de la missive. Cette autre partie eût-elle été connue, on peut douter qu'un malentendu eût été évité; que le pharmacien eût attaché une désignation précise à la fiole contenant l'extrait de belladone; que cette fiole n'eût pu être

Nîmes, sur 42,000 habitants, ayant une mortalité moyenne de 1,625 individus, a offert 238 décès cholériques, et un plus grand nombre de victimes atteintes de diverses maladies ; cette ville, assise dans un bassin au pied des Cévennes, des montagnes du Vivarais, abritée des vents du nord par les collines qui se trouvent dans cette direction, est exposée à ceux du midi, qui, en passant sur des plaines marécageuses, se chargent d'un excès d'humidité et deviennent ainsi insalubres. Des rues étroites et tortueuses, un sol ayant une pente faible sont les seules conditions topographiques extérieures qui favorisent le développement des épidémies.

Dans cette circonstance, je dois encore le faire remarquer, la statistique comparée nous offre des différences notoires entre Nîmes, Avignon et Arles : la première ville, forte de 42,000 âmes, n'a perdu que 238 cholériques ; la seconde, ayant environ 29,000 habitants, a offert près de 300 décès, et Arles, dont la population ne s'élève qu'à 20,000, a compté 400 victimes du choléra, et deux fois elle en a subi les atteintes. Après tous ces faits, qui pourrait encore méconnaître l'influence des conditions locales sur l'intensité de l'épidémie ?

On a remarqué à Nîmes, comme dans une foule de grandes cités, des anomalies singulières dans la marche du choléra que la science ne saurait encore expliquer ; ainsi il a épargné la maison centrale ayant une population de 1,200 détenus ; un seul a succombé. On a fait les mêmes remarques pour quelques couvents. Dans la maison des aliénés, le quartier des femmes fut seul maltraité ; il a sévi avec quelque intensité dans les rues occupées par les tanneurs, les marchands de peau.

Il est maintenant utile d'indiquer les causes probables de ces bizarreries apparentes, afin de montrer la direction qu'il importe de donner aux recherches expérimentales propres à rattacher ces anomalies à des lois générales. Tant que l'on suivra la voie tracée par la science moderne, on ne pourra parvenir à ce but ; en effet, admettre des *semina*, un miasme, un poison subtile répandu dans l'atmosphère, faire voyager les entités au gré de son imagination, c'est, suivant nous, une manière fort commode *d'expliquer* toutes les anomalies, toutes les bizarreries du choléra ; et si à ces entités on ajoute la contagion, on aura composé un véritable roman, mais non l'histoire étiologique de cette maladie. Cette mauvaise physique pouvait convenir à l'époque où l'illustre Ramus enseignait la philosophie au collége de France ; aujourd'hui elle doit être écartée par les médecins éclairés du dix-neuvième siècle. « Cet assemblage de dogmes incomplets qu'un siècle » lègue à un autre, cette physique, dit M. de Humboldt, qui se compose de » préjugés populaires, n'est pas seulement nuisible parce qu'elle perpétue » l'erreur avec l'obstination qu'entraîne toujours le témoignage des faits » mal observés ; elle empêche aussi l'esprit de s'élever aux grandes vues » de la nature. »

En effet, l'hypothèse d'un miasme toxique répandu dans l'atmosphère ne peut être admise que comme un dogme mystérieux, un article de foi, et non comme la base ou l'élément d'une véritable théorie. Non-seulement l'origine, la nature du prétendu miasme cholérique sont tout à fait inconnues, mais il faut avoir une imagination poétique, ardente pour chercher à expliquer ses pérégrinations fantastiques. Assurément il ne voyage point dans l'atmosphère du delta du Gange, sur les bords de la Seine, du Rhône ou vers les rives de la Tamise ; ses longues courses n'ont rien d'uniforme, de régulier. Nous le répétons, il marche par sauts et par bonds, en épargnant dans sa course une foule de contrées, de villes, de villages, d'habitations qu'il rencontre ; ce ne sont pas les hommes, ce sont les lieux qui lui opposent ces résistances inexpliquées par la scolastique. Mais supposer que le miasme cholérique voyage au travers des couches terrestres, ce serait faire un plus grand effort d'imagination et arriver d'un plein saut jusqu'à l'absurde ; on désire, cela se conçoit, être compté parmi les savants, mais avant tout il faut avoir le sens commun. Cependant une supposition s'est présentée maintes fois à mon esprit, je l'avais d'abord admise dans des vues conciliatrices, et, chose malheureusement impossible, pour n'être point classé parmi les systématiques ; je supposai que dans ces mutations incessantes qu'éprouvent les forces centrales du globe, une action électro-chimique, variant d'intensité suivant les couches géologiques, favorisait le dégagement de ce poison subtil dont parlent les métaphysiciens, et, je l'avoue avec franchise, j'étais heureux de celle petite découverte ; mais je ne tardai pas à m'apercevoir que j'étais entré avec eux dans une fausse voie. En effet, les excrétions ou les émanations toxiques de la terre déterminées par l'action d'un agent physique comme l'électricité, par exemple, doivent varier suivant la nature du sol, du sous-sol et des couches géologiques profondes : admettre que les terres d'alluvion, les formations tertiaires, secondaires, primaires, dont la constitution minéralogique et la composition chimique diffèrent essentiellement ; que le littoral de la mer, des fleuves, les cloaques les plus infects, puissent dégager le miasme cholérique, un élément toxique d'une nature invariable, ce serait créer une hypothèse en opposition avec les lois simples de la nature et celles du sens commun. Ce n'est donc que par voie d'exclusion que je cherchai dans la géologie et la physique générale, les causes des grands fléaux qui ravagent la terre et par conséquent la raison des anomalies que présente, à chaque instant, la marche du choléra venant de l'Inde pour parcourir le monde.

Et déjà nous l'avons démontré par un grand nombre de faits, les terrains suivant leur nature, le sol suivant son élévation, les vallées suivant leur profondeur, les plages marécageuses suivant leur degré d'humidité, exercent une influence profonde, incontestable, sur la marche de l'épidémie ; évidemment les conditions matérielles des habitations, les éléments dont elles sont construites, le sol sur lequel elles sont élevées, dont l'humidité est plus ou moins considérable, les arbres ou d'autres abris dont elles sont environnées, etc., sont autant de causes d'anomalies dans le développement du choléra. Il faut envisager la maison, le vêtement protecteur de la famille sous un double rapport, comme un vaste récipient où l'air s'altère plus ou moins facilement, suivant la grandeur des chambres, le nombre des individus qui les habitent, et dont les murailles, les fondements sont des conduits plus ou moins imparfaits de la chaleur et de l'électricité. Quelle que soit la théorie, l'observation prouve que les cabanes construites de manière à favoriser l'accès d'un froid humide et les vicissitudes de l'atmosphère sont les plus insalubres ; c'est dans des cabanes ainsi construites que les habitants pauvres des pays marécageux sont frappés de fièvres intermittentes rebelles ; c'est dans ces cabanes que les parias de l'Inde sont foudroyés par les attaques les plus violentes du choléra ; c'est dans ces cabanes que la peste est endémique en Égypte et qu'elle se développe avec toute sa violence. Il est également démontré que les maisons privées de caves, construites sur un sol souvent imbibé par les eaux lors du débordement des fleuves, des rivières, sont les plus insalubres ; dans les rues où le choléra exerce ses ravages, le côté le plus voisin du littoral de ces cours d'eau est généralement le plus maltraité ; les professions qui exposent le plus à l'action de l'humidité sont celles qui, toute proportion d'ailleurs égale, donnent le plus grand nombre de cholériques : ainsi, hu-

---

encore donnée à la malade à la place de la potion de belladone. Quoi qu'il en soit, le médecin n'a pas à répondre de ces éventualités. Son ordonnance du premier feuillet, sévèrement exécutée, ne pouvait amener aucun malheur, le pharmacien n'ayant lu et exécuté que celle-ci, si un malheur est arrivé, ce n'est pas le médecin qui en est cause. Il avait, ajoute le dispositif du jugement, annoncé à l'enfant qu'une fiole lui serait remise pour sa mère ; mais quoi de plus naturel, puisque, dans sa pensée comme dans la règle, la fiole à lui destinée devait être enveloppée et expédiée à son adresse ! Loin que ce fût une instruction imprudente, c'était au contraire une très-louable précaution.

L'affaire est en appel devant la cour de Versailles. Nous verrons le jugement.

— Nous venons de rappeler un jugement dont nous ne sommes pas satisfaits. Pour prouver que nous ne sommes pas des esprits chagrins et malades de l'hypocondre, nous allons en citer un autre qui nous a réjouis considérablement. Celui-là consacre la loi du talion en matière de polémique. En présence d'une réciprocité de récriminations, d'attaques, d'allégations blessantes, ayant amené une demande de dommages-intérêts, d'une part, et de l'autre une demande reconventionnelle, le tribunal civil de la Seine, voyant qu'il y avait lieu d'appliquer une peine des deux côtés, a trouvé puéril d'ordonner un échange de billets de banque entre les parties, et a placé spirituellement la peine de chacune d'elles dans les gros mots de l'autre. Voici le système : M. Gannal demande à M. Sucquet 15,000 fr. de dommages-intérêts pour concurrence déloyale et diffamation. Le tribunal accorde sans difficulté que Sucquet *a excédé les limites d'une concurrence* licite ; mais comme Gannal l'en avait puni par anticipation, *en prenant l'initiative de la lutte engagée, en attaquant* ou *faisant attaquer Sucquet dans diverses publications*, la besogne du tribunal se trouve toute faite. — Sucquet a eu le plus grand tort d'imputer à Gannal de *blesser par son procédé la pudeur des familles*, et d'employer l'arsenic alors que son liquide en était exempt ; mais il l'a payé cher, et Gannal ne s'est pas gêné pour lui dire que, *maître du jardin de l'École de médecine, où avaient été déposés les cadavres par eux embaumés et objet du concours jugé par l'Académie, il avait employé des moyens déshonnêtes pour se ménager le succès.* — Assurément les *insertions faites dans le* Constitutionnel *et la* Gazette des hôpitaux *par Sucquet, relativement à certaines opérations d'embaumement pratiquées par Gannal*, n'étaient pas bienveillantes ; oui, mais *elles avaient été précédées d'interpellations à lui adressées dans les mêmes journaux.* — Finalement, le tribunal déboute à la fois MM. Gannal et Sucquet, et compense les dépens entre les parties.

Si le principe de ce jugement était souvent et impartialement appliqué, il est à penser que beaucoup de querelles se videraient dans le champ-clos de la polémique, au lieu d'aller réveiller les échos du palais.

— La Chronique, depuis quelques semaines, ne voit que sorciers. Si ce sont des hallucinations purement *psychiques* ou des hallucinations *psycho-sensorielles*, les inventeurs de la chose pourraient le dire ; pour sa part, elle n'en sait rien. Toujours est-il que ce mal lui est venu pour avoir lu une foule d'histoires de sorcellerie dont les journaux ont retenti tout récemment. Il n'est pas question ici de magnétisme, on sait bien que les magnétiseurs ne sont pas sorciers, mais bien de magie véritable et de vieille souche, où les charmes de Thessalie, le diable du moyen âge, les formules cabalistiques, le crapaud, la vipère, voire même le

midité du sol, des fondements de l'habitation, de l'air, des vêtements, de la peau, telle est la condition la plus favorable au développement du choléra. A ces faits, j'ajouterai des observations qui porteront la conviction dans les esprits; j'aurai occasion de prouver que le corps de l'homme en contact avec la terre humide et froide se trouve dans la condition la plus favorable au développement de la peste, de la fièvre jaune, de la fièvre typhoïde, des fièvres intermittentes, du choléra indien, dans tous les lieux où règnent endémiquement ou épidémiquement ces fléaux.

Dans cette position, la rupture de l'équilibre organique, les accidents graves et variés qui caractérisent ces maladies sont évidemment le résultat du refroidissement de la peau, de la suppuration rapide, de la transpiration insensible, du refoulement d'un sang altéré dans le système capillaire interne et des anomalies de l'action nerveuse. Cette étiologie est confirmée de tous points par mes observations, par mes expériences sur les fonctions de la peau et par l'histoire de plusieurs épizooties. Ces expériences ont été répétées, avec succès, au collége de France, par M. Magendie; mais trop souvent les faits nouveaux que j'ai introduits dans la science sont confondus, dans ses leçons, avec les résultats particuliers qu'il a obtenus lui-même par l'application de ma méthode. On se convaincra de cette vérité en lisant mon Traité des causes générales des maladies chroniques, où l'on trouve le précis de mes recherches expérimentales.

La physique expérimentale doit féconder ces faits, car déjà ils rentrent dans son domaine; déjà elle nous explique les anomalies du choléra, ses prétendues bizarreries, en ce qui concerne les conditions géologiques, hydrographiques, l'habitation et diverses professions; le physiologiste, éclairé des notions de la physique, doit donc chercher à connaître, dans ces graves conjonctures, l'action de l'humidité, de la chaleur et du froid, sur nos organes et surtout sur notre système sensible; il ne suffit pas de construire les habitations dans les vues de les préserver des vicissitudes de la température; il faudrait encore choisir, autant que possible, les matériaux les plus propres à les préserver à la fois de la foudre, et, ce qui est plus important, des fléaux épidémiques. Tous les corps non hygrométriques et mauvais conducteurs atteindront ce double but.

En émettant ces faits et ces inductions peut-être prématurés, j'indique les lacunes à remplir dans le vaste champ de l'observation; je désire faire sentir l'utilité de chercher les causes des étranges anomalies du choléra, non dans les suppositions de la métaphysique, mais dans les réalités observables de la physique, dans des conditions matérielles; une fois ces conditions connues, la cause active, générale, perturbatrice, sera plus facilement dévoilée; car il existe, dans l'ordre physique, un enchainement admirable de causes et d'effets que l'observateur intelligent peut saisir, étant une fois sur la voie de la vérité.

Mais, indépendamment des conditions matérielles indiquées qui changent la direction de la cause générale à laquelle nous attribuons, par anticipation, le choléra asiatique, il faut ajouter les tendances les plus opposées, les mouvements les plus compliqués des courants terrestres et atmosphériques mis en jeu par cette cause; et à ce sujet, nous allons encore étayer notre opinion de celle de M. de Humboldt: « Si l'on considère, dit » ce physicien, la perpétuelle mobilité des phénomènes du magnétisme ter» restre, les anomalies qu'offrent son intensité, la déclinaison, l'inclinaison » suivant les heures du jour, de la nuit, suivant les saisons, et même en » égard aux années écoulées, on ne peut se refuser à croire que les cou» rants électriques dont ces phénomènes dépendent, forment des *systèmes* » *partiels, très-complexes* dans l'intérieur de l'écorce du globe (1). »

Si nous comparons maintenant les courants atmosphériques aux courants terrestres, nous retrouvons ces *systèmes partiels* et *ces anomalies* dans les phénomènes si bizarres des orages électriques et magnétiques, dans les effets de la foudre. Ces perturbations, ces anomalies, ces bizarreries sont-elles expliquées par les théories des physiciens? La réponse est facile: ils se bornent à constater ces phénomènes en les rattachant à de grandes lois. Les médecins doivent donc suivre cette voie, sans se perdre dans un labyrinthe sans issue, en cherchant à tout expliquer.

D'après les expériences réitérées de M. Audrand et de quelques physiciens, à l'époque du choléra, les quantités d'électricité atmosphérique ne sont plus les mêmes dans tous les quartiers où fonctionne une machine électrique; ici elle donne de vives étincelles, et là elle ne produit absolument aucun effet; ces expériences viennent s'ajouter aux observations de M. de Humboldt, et nous indiquent l'analogie et peut-être aussi les rapports de ces deux ordres de courants, de ces deux sortes de perturbations, les unes terrestres et les autres atmosphériques. Les limites restreintes de ces courants tendent à démontrer qu'ils sont perpendiculaires à l'horizon et s'étendent peu dans la direction opposée; on conçoit que, dans ce cas, les expériences, pour être concluantes en ce qui concerne le choléra, doivent être répétées plusieurs fois par jour, dans tous les quartiers d'une grande cité et dans son pourtour, et, comme je l'ai dit, avant, pendant et après l'épidémie; sans ces mesures indispensables, la physique des corps bruts ne peut éclairer celle des corps organisés, ni jeter de la clarté sur les causes actives des maladies générales dues à la soustraction des agents impondérables, ou à leurs vicissitudes.

Les faits que j'ai rapportés, en profitant des documents publiés par des médecins dont l'hypothèse m'a paru inadmissible (l'intervention des *semina*), viennent s'ajouter à ceux que j'ai fait connaître; ils attestent positivement, malgré les assertions contraires, l'influence des conditions géographiques et hydrographiques sur la production et sur la marche du choléra: il a suivi, sur les bords de la Méditerranée, une zone de 2 myriamètres environ, et ne s'est point écarté de cette zone, si ce n'est vers l'embouchure des fleuves et des rivières, malgré les communications incessantes des habitants du littoral et ceux des provinces centrales; enfin, ces faits nous indiquent encore les relations intimes des perturbations de l'électricité atmosphérique et de la température avec les anomalies qui caractérisent cette affection; ils viennent se joindre aux observations des médecins qui ont étudié les causes appréciables des fièvres intermittentes dans les contrées paludéennes et dans celles qui n'offrent point les mêmes conditions topographiques; ils montrent enfin les connexions nécessaires existant entre la physique des corps bruts et celle des corps vivants.

Ces observations ne sauraient diminuer l'importance de l'étude des causes secondaires ou auxiliaires du fléau indien; au nombre de ces causes, nous avons admis la contagion, lorsque l'encombrement vient ajouter l'élément typhoïde à l'élément cholérique. Dans ce cas exceptionnel, la contagion est active, meurtrière, et ne peut être méconnue. Aujourd'hui de nouveaux faits tendent à prouver que le choléra asiatique devient contagieux sans cette complication. Ces faits seront bientôt coordonnés et appréciés par de judicieux observateurs. Quoi qu'il en puisse être, ils ne

(1) Cosmos.

---

bûcher, jouent un grand rôle. Qui est-ce qui prétend qu'on ne croit plus en France aux effets surnaturels? Il n'y a qu'à passer les fortifications pour avoir la preuve du contraire, et encore ne serait-il pas très-difficile de trouver son affaire *intrà muros*. Qu'est-ce donc à la campagne, surtout à quelque distance des centres de civilisation! Là c'est aux effets naturels qu'on croit le moins; le surnaturel y paraît beaucoup plus vraisemblable et inspire une foi plus robuste. Un exemple extraordinaire et terrible des ravages qu'exerce encore dans les campagnes ce genre de superstition, est raconté par un journal de Tarbes. Une femme de Camalès était atteinte depuis longtemps d'une maladie combattue en vain par les hommes de l'art; elle se figura que son mal était causé par un mauvais génie, qu'un *sort* lui avait été jeté, et chercha à reconnaître la personne qui avait pu la mettre en cet état. Ses soupçons tombèrent sur une malheureuse femme des environs, âgée de 80 ans; aussitôt elle arrêta avec son mari un plan infernal. La prétendue sorcière est attirée dans la maison; les portes sont fermées avec soin, et sautant à la gorge de la vieille infirme, le mari lui dit: « Tu as donné du mal à ma femme par tes maléfices; il faut que tu la guérisses tout de suite. — Miséricorde! que dites-vous là? répondit la femme avec effroi; mais comment voulez-vous que j'aie rendu malade votre femme? — Allons, pas tant de raisons; veux-tu la guérir, oui ou non? — Que voulez-vous que je fasse, mon Dieu? Ah! si je pouvais, je n'hésiterais pas; mais, encore une fois, je ne puis rien, je ne sais rien. — Ah! tu refuses! s'écria l'implacable mari; tu refuses!.. Eh bien! regarde ce bois, nous allons en chauffer le four qui est là, et quand il sera bien chaud, je t'y enfermerai toute vivante! » L'infortunée prie, supplie, verse des larmes; tout est inutile. Le four est chauffé à blanc, et le mari, soulevant la victime avec force, l'introduit dans le brasier, les jambes en avant; puis, comme la prétendue sorcière ne faisait que pousser d'affreux hurlements et ne disait rien pour guérir la malade, il la retire un moment du four et l'y introduit de nouveau, mais cette fois la tête la première. Alors les hurlements de cette malheureuse devinrent si violents, elle fit tant d'efforts désespérés, qu'elle parvint enfin à faire lâcher prise au bourreau, qui lui ouvrit tranquillement la porte et la laissa partir se traînant à peine. La justice informe.

Voilà pourtant un homme qui paye sa cote personnelle, inscrit sur le rôle de la prestation en nature, électeur et éligible!

— Les journaux anglais racontent que des voleurs ayant soumis à l'action du chloroforme un homme qu'ils voulaient dévaliser, celui-ci est mort sur-le-champ. Il est bien fâcheux que ces messieurs n'aient pas songé à prendre l'observation; l'Académie de médecine en eût pu faire son profit.

—L'anecdote qui précède pourrait bien être un simple *canard*; mais la suivante est des plus véridiques. Il y a quelque trois cents ans, le roi de Savoie fut affecté d'une constipation opiniâtre. La royauté, profession en ce temps-là des plus sédentaires, prédisposait particulièrement à ce genre d'incommodité. Or, après avoir vainement épuisé le savoir et l'adresse des médecins et apothicaires de son royaume, il paraîtrait que le prince finit par trouver un soulagement à ses maux. C'est à Belley qu'il put enfin connaître la liberté... du ventre, si l'on en juge par des lettres de noblesse qu'il accorda à un praticien de cette ville. On y lit effectivement, en toutes lettres, comme motif de cette royale faveur: « *Propter libertatem alvi nobis feliciter redditam.* »

peuvent renverser ceux qui forment la base de notre travail. Cette base sera considérablement élargie par d'autres recherches, si des circonstances étrangères à notre volonté ne paralysent point nos efforts.

CHIRURGIE PRATIQUE.

MÉMOIRE SUR LA RUPTURE DE L'ANKYLOSE ET SUR SA COMBINAISON AVEC DES SECTIONS SOUS-CUTANÉES; par M. BONNET, professeur de clinique chirurgicale à Lyon.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

B. Rupture de l'ankylose du genou par la flexion forcée de la jambe après la section des muscles.

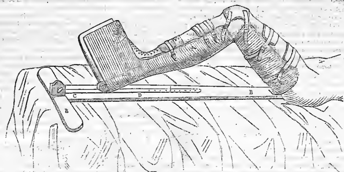
Lorsque toutes les sections sous-cutanées sont terminées, l'opérateur fait avancer la cuisse sur le bord du lit; il place l'avant-bras du côté gauche derrière la partie supérieure de la jambe, et avec la main droite placée en avant et en bas de celle-ci, il lui imprime des secousses successives tendant à produire la flexion. Sous leur influence, on entend un craquement dans la jointure, et après une hésitation plus ou moins longue, on voit la jambe se fléchir, entraînant avec elle la rotule par l'intermédiaire du ligament rotulien. Cette flexion doit être portée au moins jusqu'à l'angle droit. Lorsque l'on ramène ensuite la jambe dans l'extension, on reconnaît, en saisissant la rotule entre les doigts, qu'elle est devenue complétement mobile sur le fémur. Ces résultats ont été obtenus dans tous les cas qui seront cités plus loin.

C. Traitement consécutif.

Dans ses premières opérations, M. Palasciano cherchait à redresser immédiatement et autant que possible le genou fléchi; il plaçait le membre malade dans un appareil droit et à extension continue; mais les vives douleurs que produisit ce redressement immédiat l'ont conduit à ne pas soumettre tout de suite le membre aux tractions qui doivent le redresser, et à le placer pendant quelques jours dans une gouttière articulée, fléchie au degré où était le genou avant l'opération. Dans le repos qui succède ainsi à la rupture de l'ankylose, les douleurs se calment au bout de quelques jours, et lorsque l'inflammation est apaisée, on étend peu à peu le membre, toujours en se servant de la gouttière articulée.

Voici la description et le dessin de cette gouttière, qui est la reproduction, sous plusieurs rapports, de celle de Delpech.

FIG. 2.

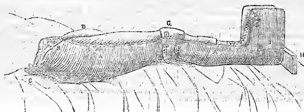


A, A, gouttière en fil de fer matelassée à l'intérieur, composée de deux pièces, réunies au niveau du jarret par une articulation à charnière. Dans la portion qui correspond au pied, les parois de la gouttière sont assez hautes pour mettre cet organe à l'abri du poids des couvertures. A sa partie supérieure, la gouttière est fixée par une articulation à charnière sur un support horizontal B, destiné à donner de la solidité à l'appareil et à fournir à l'extrémité inférieure de la gouttière un plan où elle puisse glisser et où elle puisse aussi être fixée à volonté.

Le membre inférieur, placé dans la gouttière, y est maintenu par des courroies qui exercent une pression circulaire et par une traction longitudinale agissant sur la jambe. La ligne ponctuée que l'on voit sur le dessin (n° 2) montre comment cette traction s'exerce sur la jambe par l'intermédiaire d'une chaussette, à laquelle est adaptée une courroie qui vient s'enrouler sur un tourniquet, fixé à l'extrémité inférieure de la gouttière. De cette extrémité partent deux courroies : l'une C vient aboutir à un tourniquet à l'aide duquel on peut, par une traction graduelle, faire cesser l'angle que forment les deux pièces de la gouttière, et conséquemment étendre la jambe; l'autre D, qui a une direction opposée, est percée de distance en distance de trous qui permettent de la fixer sur une petite tige de fer plantée dans le support; elle sert à maintenir l'appareil dans le degré de flexion que l'on désire.

Cependant, comme il est impossible, dans une gouttière qui n'est pas munie d'accessoires destinés à l'extension et à la contre-extension, d'opérer un redressement complet, et que ce redressement n'est pas la seule indication à remplir, puisque, dans l'immense majorité des ankyloses du genou, il existe un déplacement du tibia en arrière et en dehors, il faut avoir, pour compléter le traitement mécanique, un appareil qui satisfasse à ces indications multiples. C'est dans ce but que j'ai fait construire la gouttière dont voici le dessin, et qui a été employée dans tous les cas qui seront rapportés plus loin,

FIG. 3.



La gouttière A,A, que l'on voit représentée dans la figure n° 3, est construite en fil de fer et matelassée à l'intérieur; elle se moule sur le membre inférieur dans la position étendue. Elle offre en dehors et en haut un prolongement qui s'étend sur les côtés du bassin et fournit en B et C deux points d'attache pour un sous-cuisse D en cuir souple, formant une sorte de boudin arrondi.

Une traverse en bois H, placée à l'extrémité inférieure de la gouttière, empêche l'appareil de tourner, et sert de support à un tourniquet sur lequel va s'enrouler la courroie I, représentée dans le dessin par une ligne ponctuée. (*La disposition de la figure ne permet pas de voir ce tourniquet, dont il est facile d'ailleurs de comprendre le mécanisme.*) La courroie I vient se rendre sur le milieu d'une traverse solide aux extrémités de laquelle sont fixées deux courroies qui partent des côtés de la chaussette dont la jambe est entourée. Cette traverse a pour but d'empêcher que les malléoles ne soient exposées à une pression douloureuse pendant les efforts d'extension.

Le membre inférieur placé dans la gouttière est soumis à des tractions et à des pressions destinées à lui rendre sa rectitude. L'extension se fait, ainsi qu'il vient d'être dit, au moyen de la courroie I, la contre-extension a pour agent le sous-cuisse D. La genouillère G dont les points d'attache sont à la face postérieure et au côté externe de la gouttière sert à ramener en dehors l'extrémité inférieure du fémur, tandis que des coussins de remplissage repoussent en haut et en dehors l'extrémité supérieure du tibia.

Lorsque le membre est complétement redressé, faut-il faire exécuter à l'articulation des mouvements artificiels, afin de lui rendre l'exercice de ses fonctions? C'est ce qui a été fait chez deux des malades que j'ai opérés; le soulagement que paraissaient produire ces mouvements artificiels m'a engagé à insister sur leur usage pendant plusieurs mois; cependant il a été impossible de rendre de la mobilité au genou et l'ankylose a fini par s'établir. La désorganisation des surfaces articulaires étant toujours trop grande pour permettre le rétablissement des fonctions, je pense aujourd'hui qu'il est inutile d'insister sur les mouvements artificiels à moins que les surfaces articulaires n'aient conservé leurs formes. Aussitôt que la rectitude est obtenue, il faut soutenir le membre au moyen d'un tuteur qui lui donne de la solidité et faire marcher le malade avec des béquilles. Ce tuteur peut être un bandage amidonné ou mieux une gouttière en cuir, solide en arrière, lacée au devant, et qui s'étende du tiers supérieur de la cuisse au tiers inférieur de la jambe.

Ce genre de gouttières portatives a été utilisé chez madem. K. qui fait le sujet de la cinquième observation; il me semble aujourd'hui pouvoir être remarquablement perfectionné par l'addition d'un appareil en tout semblable aux membres artificiels que construit M. Martin pour ceux dont la jambe a été amputée à sa partie inférieure. On sait que ces appareils qui se composent de deux branches latérales réunies à la chaussure, articulées au niveau du pied et du genou et régnant tout le long du membre inférieur, se terminent en haut par un cuissard dont la partie supérieure appuie contre la tubérosité de l'ischion. Grâce à l'ensemble de ses dispositions lorsque le malade est debout, le poids du corps repose sur l'ischion et est transmis au sol par les branches latérales et non par le membre amputé.

Évidemment, en plaçant dans un appareil de ce genre un genou affaibli par de graves lésions et par une rupture d'ankylose, on pourra permettre au malade de se tenir debout et de marcher presque aussi facilement qu'il le ferait avec une béquille.

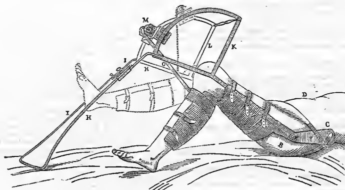
Les résultats que j'ai obtenus de ce moyen dans des tumeurs blanches du genou ne me permettent pas de douter qu'il ne pût être également utile après la rupture de l'ankylose.

Cependant il est des cas graves dans lesquels les moyens mécaniques que je viens de décrire sont insuffisants; ce sont ceux dans lesquels le tibia fait un angle aigu avec le fémur et où sa tête est luxée en arrière et en dehors.

Dans ces cas, si l'on opère le redressement en faisant parcourir un arc de cercle à l'extrémité inférieure de la jambe, sans agir spécialement sur son extrémité supérieure, celle-ci reste dans le creux du jarret et la luxation devient plus complète.

Pour prévenir ce fâcheux résultat, j'ai fait construire l'appareil suivant qui remplit très-bien le but auquel il est destiné.

FIG. 4.



La cuisse est reçue dans une gouttière A qui enveloppe sa face postérieure, et sur laquelle elle est maintenue par des courroies. Cette gouttière est fixée entre deux tiges de fer placées suivant l'axe du fémur, l'une en dedans, l'autre en dehors de la cuisse.

La tige externe présente du côté du bassin: 1° une brisure articulée B, au niveau de la jointure de la hanche; 2° un prolongement C qui sert de point d'attache à un sous-cuisse D. Les deux tiges se prolongent parallèlement en avant et à 30 centimètres environ au delà du genou, elles se terminent par deux autres branches HI dirigées obliquement en bas, où elles sont réunies par une tige transversale. Ces branches servent de support à l'appareil; on peut leur donner plus ou moins de hauteur en les faisant glisser dans les coulisses qui les reçoivent et où elles sont fixées à l'aide d'une vis de pression. Par suite de cette disposition et de la brisure B existant au niveau de l'articulation coxo-fémorale, il est facile de donner à l'appareil un degré d'inclinaison en rapport avec la flexion de la cuisse sur le bassin.

Au niveau du genou, les tiges parallèles placées sur les côtés de la cuisse présentent chacune une branche K, L, de 30 centimètres de hauteur dirigée en haut et perpendiculaire à leur direction.

Au sommet de ces branches, ainsi qu'à l'extrémité des prolongements antérieurs, sont fixés deux arcs de cercle égaux et disposés parallèlement; ils servent à supporter un tourniquet M, lequel peut glisser sur leur convexité et être fixé avec une vis de pression sur chacun des points de leur étendue.

Une portion de gouttière N, indépendante de celle qui entoure la cuisse, enveloppe la jambe dans ses deux tiers postérieurs; une courroie O, fixée à la partie supérieure de cette gouttière vient s'enrouler sur le tourniquet M, que supportent les arcs de cercle. On comprend comment les tractions

exercées sur la courroie O, agissent sur l'extrémité supérieure de la jambe perpendiculairement à son axe, et tendent à la ramener en avant, en d'autres termes à réduire la luxation du tibia en arrière. Pendant que cet effort d'extension a lieu, la contre-extension se fait au moyen du sous-cuisse D. En fixant la courroie O au côté externe de la jambe, on peut produire le mouvement de rotation en dedans, en même temps que l'on porte le tibia en avant. Il convient aussi de combiner avec l'usage de cet appareil l'emploi de coussins qui supportent légèrement la jambe en arrière ainsi que le talon, et qui tendent à redresser la jambe en même temps que les tractions sont exercées sur l'extrémité supérieure du tibia.

Les lignes ponctuées que l'on remarque dans le dessin n° 4 figurent l'action de l'appareil, lorsque la jambe, au lieu d'être fléchie à angle droit ou à angle aigu sur la cuisse est ramenée à un moindre degré de flexion. On voit que, pour conserver aux tractions exercées sur le tibia une direction perpendiculaire à son axe, il suffit de changer la place du tourniquet et de le fixer plus haut sur les arcs de cercle.

Les faits que je vais citer démontreront mieux que toutes les dissertations quels résultats on peut attendre de la méthode que je cherche à apprécier. Avant de les faire connaître, je crois devoir prouver combien elle diffère de celle de M. Louvrier, et combien il serait injuste de lui adresser les reproches que l'on a faits à cette dernière.

En consultant le rapport de M. Bérard, on voit que, sur 22 applications de la méthode de M. Louvrier, 4 seulement ont été suivies d'accidents.

Chez l'un de ces quatre malades, la peau fut déchirée en arrière, et il survint une suppuration abondante qui entraîna la mort. Évidemment cette déchirure est impossible, lorsqu'après avoir rompu l'ankylose par flexion de la jambe, on ne procède que graduellement à l'extension.

Chez un autre malade de M. Louvrier, il y eut gangrène de la jambe. On attribue celle-ci à la rupture de l'artère poplitée, l'extension graduelle eût mis à l'abri de cette rupture. Enfin, chez deux malades, l'on constata une fracture du fémur. L'une de ces fractures, celle du condyle interne se produisit aussi sur une des malades que M. Bérard place dans la catégorie des 21 cas sans accidents; elle fut constatée après la mort, survenue, dit l'auteur du rapport, sous l'influence d'une cause tout à fait indépendante de l'opération.

Je n'ai pas besoin de dire que ces fractures, suite d'une extension brusque, ne sont pas possibles lorsqu'on fléchit la jambe et qu'on l'étend ensuite graduellement.

Ce qu'il peut y avoir de commun entre les deux méthodes que nous comparons ici, c'est l'existence de la luxation du tibia en arrière, lorsque le redressement est opéré. Je ne crains pas d'affirmer que cette luxation s'est produite dans tous les cas où l'on a mis en usage la méthode de M. Louvrier; ce n'est même qu'avec des précautions infinies qu'on peut l'éviter, lorsque l'on combine les sections tendineuses avec la rupture de l'ankylose.

APPLICATIONS DE LA MÉTHODE DE M. PALASCIANO.

La méthode de M. Palasciano a été employée, à ma connaissance :

1° Deux fois dans des ankyloses datant d'un certain nombre de mois, et consécutives à des inflammations aiguës et pseudo-membraneuses du genou ;

2° Une fois pour une ankylose consécutive à une inflammation chronique ;

3° Deux fois pour des ankyloses survenues à la suite des lésions connues sous le nom de tumeurs blanches.

Au lieu de présenter l'histoire de ces opérations par ordre de date, je préfère commencer par l'observation d'un malade qu'un catarrhe suffocant fit périr plus de sept semaines après la rupture de l'ankylose. Les détails de l'autopsie permettront de juger du genre de lésions qui peuvent s'opposer aux succès qu'il est permis d'attendre de l'opération, et du mode suivant lequel se réparent les solutions de continuité faites aux muscles de la cuisse par la méthode sous-cutanée.

ANKYLOSE DU GENOU GAUCHE; RUPTURE SUIVANT LA MÉTHODE DE M. PALASCIANO; ABSENCE D'ACCIDENTS; PASSAGE A L'ÉTAT AIGU D'UN CATARRHE PULMONAIRE CHRONIQUE; MORT CINQUANTE-CINQ JOURS APRÈS L'OPÉRATION; AUTOPSIE.

Obs. I. — Pierre Despinasse, âgé de 67 ans, cultivateur, d'une constitution originairement bonne, mais détériorée par la misère et l'action de l'humidité, éprouvait depuis dix ans des douleurs dans le genou gauche, et depuis deux ans ne pouvait marcher qu'avec deux béquilles, lorsqu'il entra à l'Hôtel-Dieu de Lyon, salle Saint-Philippe, le 11 octobre 1847.

Le genou malade présentait à cette époque l'état suivant : la jambe fait avec la cuisse un angle obtus, voisin de l'angle droit, sans abduction de la jambe, mais avec un peu de déplacement en arrière de l'extrémité supérieure du tibia. La rotule ne peut exécuter aucun mouvement sur le fémur; sa soudure paraît complète. Les mouvements de la jambe sont extrêmement bornés; c'est à peine si le pied se meut d'avant en arrière dans l'étendue de 8 à 10 centimètres. Ces mouvements, qui sont très-douloureux, s'accompagnent de crépitation. L'augmentation de volume du genou est peu considérable. Sa circonférence est de 0,35 centimètres; celle du genou droit est de 0,34. On ne sent nulle part de fluctuation. La tumeur ne semble formée que par des os et par des tissus fibreux.

Pour faire cesser les douleurs vives du genou, on essaya des cataplasmes de farine de lin délayée avec l'alcool saturé de camphre, et des douches de vapeurs. L'insuccès de ces moyens et la difficulté extrême que le malade éprouvait à marcher me décidèrent à tenter la rupture de l'ankylose.

Le 30 octobre, je fis la section de tous les muscles du jarret, de l'aponévrose fémorale externe et du muscle quatriceps, au-dessus de la rotule. Les piqûres, convenablement recouvertes de bandelettes de diachylum, j'imprimai au genou un mouvement de flexion forcé. Après plusieurs secousses inutiles, des craquements perceptibles à l'oreille des assistants, se firent entendre, et la jambe put être fléchie au point de faire avec la cuisse un angle de 45 degrés. La rotule fut entraînée par ce mouvement et devint mobile. La jambe fut ensuite portée dans l'extension.

Le redressement n'était pas complet; mais l'angle formé par le tibia et le fémur n'était plus que de 135 à 140 degrés.

Le membre fut placé immédiatement dans une gouttière droite, semblable à celle qui avait réussi dans des cas opérés antérieurement (fig. 3); mais la jambe n'entrant dans cette gouttière qu'incomplétement, le genou n'était pas soutenu en arrière. Le malade ressentit de vives douleurs, et l'on remarqua qu'à mesure que le tibia se redressait, sa partie supérieure se luxait en arrière.

Après dix jours d'essais infructueux, pendant lesquels on enleva et l'on replaça la gouttière droite, celle-ci fut abandonnée, et on laissa le membre reposer sur des coussins au degré de flexion qu'il avait avant la rupture des adhérences. Les douleurs se calmèrent dès ce moment, et la jointure reprit sa forme et sa direction habituelles.

Les piqûres produites par le ténotome étaient d'ailleurs complétement cicatrisées, et le genou n'était le siége ni de chaleur ni de gonflement inflammatoire.

Pour opérer le redressement, qui n'avait pu être obtenu par les moyens ordinaires, je fis construire l'appareil représenté fig. 4; mais la santé du malade ne permit pas d'en faire usage.

Dans le commencement de décembre, Despinasse, qui souffrait depuis plusieurs années d'un catarrhe pulmonaire chronique, fut atteint d'une bronchite aiguë, avec fièvre et dyspnée extrême. Cette maladie, dont il ne fut pas possible d'arrêter les progrès, se termina par la mort, le 22 décembre, cinquante-cinq jours après l'opération.

Autopsie cadavérique. — Rougeur de la muqueuse bronchique; mucosités abondantes. En arrière et à droite, hépatisation rouge du parenchyme pulmonaire, occupant le tiers du lobe inférieur; hypertrophie peu considérable des deux ventricules du cœur.

La jambe gauche était au même degré de flexion qu'avant la rupture de l'ankylose. A l'extérieur et dans le tissu cellulaire sous-cutané, il n'existait aucune trace d'inflammation récente qui pût être attribuée à l'opération. Sur la face antérieure de l'extrémité de la cuisse, à 4 centimètres de la rotule, on voyait une dépression qui coupait transversalement l'axe du membre. L'aponévrose, dans ce point, avait une teinte brune; elle était moins brillante que dans les parties voisines, et n'avait pas l'aspect nacré propre à cette membrane. Suivant tout le trajet de cette dépression, qui avait un demi-centimètre de largeur, l'aponévrose était adhérente au muscle quatriceps. Celui-ci, dans le point correspondant à cette adhérence, présentait moins d'épaisseur qu'au-dessous et au-dessus d'elle; il était en quelque sorte interrompu par une intersection fibro-celluleuse. Cette disposition anatomique était manifestement le résultat de la section pratiquée le 30 octobre.

Si l'espace qui séparait les deux portions du muscle était peu étendu, c'est qu'après le mouvement de flexion imprimé à la jambe pour détacher la rotule, l'articulation avait été placée autant que possible dans l'extension, et que cette attitude favorisait le rapprochement des bords de la solution de continuité.

Au côté externe, le biceps présentait une intersection de 2 centimètres. Dans cet espace, à la place de l'aponévrose et des fibres charnues, existait une matière fibrineuse, offrant de l'analogie avec la couenne inflammatoire qui recouvre, dans quelques cas, le sang des saignées, avec plus de ténacité toutefois, et avec l'apparence de quelques fibres longitudinales. Au milieu de cette substance de nouvelle formation, se trouvait un petit foyer sanguin de forme allongée; il était parfaitement limité. Le sang, dans son intérieur, était fluide, et autour de lui la matière fibrineuse formait une sorte de kyste.

L'aponévrose fémorale externe offrait une dépression et un intervalle cellulo-fibreux, analogues à ceux que nous avons décrits pour la face antérieure.

Au côté interne, le muscle demi-tendineux avait échappé à la section. Le muscle demi-membraneux n'avait été intéressé que dans sa partie aponévrotique. L'extrémité inférieure du grand adducteur était intacte. Les muscles couturier et grêle interne avaient été coupés entièrement; les extrémités de leurs tendons offraient une solution de continuité de plus de 2 centimètres. Elle était comblée, comme pour le biceps, par une substance fibreuse de nouvelle formation. Les adhérences de l'aponévrose fémorale et l'épaississement du tissu cellulaire au niveau des solutions de continuité empêchaient de reconnaître si la substance nouvelle destinée à la régénération des tendons était distincte des autres parties. Pour le biceps et pour le grêle interne seulement, il m'a paru que les parties fibrineuses qui réunissaient les deux bouts des muscles étaient, comme les muscles eux-mêmes, enveloppées d'une couche celluleuse souple, qui les isolait des parties voisines. Il s'était d'ailleurs écoulé trop peu de temps depuis l'opération pour que

l'on pût voir les résultats du travail réparateur à leur dernier point d'organisation.

Ce que l'on peut conclure du cas que nous avons eu sous les yeux, c'est que les bouts des tendons se réunissent, après les sections, par l'intermédiaire d'une matière fibreuse, résistante, qui répare entièrement la perte de substance, et qui permet au muscle de reprendre ses fonctions. Dans les points occupés par des fibres charnues, ces fibres ne nous ont pas régénérées; mais l'intervalle qui est produit par la section est rempli par un tissu cellulaire fibreux de nouvelle formation, qui offre une grande ressemblance avec les intersections celluloaponévrotiques qui existent normalement sur le trajet de certains muscles, les grands complexus, les muscles droits de l'abdomen, par exemple.

Les vaisseaux et les nerfs étaient intacts.

Les ligaments extérieurs à l'articulation et le tissu cellulaire qui les entoure étaient augmentés d'épaisseur et d'aspect lardacé. En appuyant fortement sur la face postérieure du fémur et sur celle du tibia, la rotule reposant sur un plan solide, on rompit l'ankylose; mais alors les ligaments postérieurs se déchirèrent et furent arrachés à leurs points d'implantation, d'où ils détachèrent des fragments osseux. On vit manifestement que la fixité des os dans la position fléchie ne tenait pas seulement aux muscles, mais surtout à l'altération des ligaments et des surfaces articulaires. Les deux condyles du fémur étaient ulcérés et aplatis en arrière; les condyles du tibia étaient également creusés et sa surface était hérissée de pointes osseuses, il n'y avait plus de traces de cartilages; les ménisques inter articulaires n'existaient qu'à la partie postérieure de l'articulation où l'on trouvait encore des restes des ligaments croisés. La face postérieure de la rotule et la partie du fémur sur laquelle reposait cet os étaient moins rugueuses, moins ulcérées que les autres portions de la jointure. On ne voyait plus de cavité ni de membrane synoviales; il existait seulement à la partie moyenne et antérieure de l'articulation des adhérences fibro celluleuses qui semblaient être une transformation de la membrane synoviale. Les os étaient un peu gonflés, la tubérosité interne du fémur était surtout augmentée de volume; le diamètre transversal du fémur avait 1 centim. de plus que celui du côté opposé. Au niveau des condyles, la rotule était aussi d'un centimètre plus large que celle du côté sain.

Cette observation sert à démontrer que dans les cas difficiles on perd tout le fruit de l'opération, si l'on n'a pas à sa disposition les appareils dont j'ai cherché à faire sentir l'utilité, et qui servent, d'une part, à faire reposer le membre tant que des douleurs s'y font sentir, et de l'autre à opérer ensuite le redressement avec les précautions qui préviennent la luxation du tibia en arrière. Faute de ces divers moyens, et sans doute aussi à cause de l'ulcération profonde que présentaient en arrière les condyles du fémur, à cause de l'ancienneté de la maladie et de l'âge avancé du malade, le résultat définitif a été complétement nul.

En même temps que ce fait prouve la nécessité d'un traitement consécutif bien dirigé, il fait voir la nature des lésions qui maintiennent avec fixité l'immobilité de la jambe sur la cuisse, à la suite de certaines inflammations rhumatismales, et, ce qu'il est toujours beaucoup plus rare d'observer, il montre le mode suivant lequel se répare la solution de continuité des muscles coupés au dessous de la peau.

L'opération pratiquée sur le genou n'a contribué en rien à la mort du malade. Toutes les incisions sous-cutanées se sont cicatrisées parfaitement; il n'est survenu aucune inflammation vive dans le genou, et l'exaspération des douleurs qui a eu lieu pendant quelques jours, lorsque l'on faisait des efforts pour redresser le genou, a cessé dès le sixième jour. Pendant près de six semaines, cette jointure a été sous tous les rapports aussi peu enflammée, aussi peu douloureuse qu'avant l'opération. L'affection catarrhale qui a entraîné le malade se serait développée et aurait eu probablement les mêmes conséquences, si la maladie du genou avait été abandonnée à elle-même.

J'arrive à l'histoire des deux opérations de rupture de l'ankylose du genou qui ont été faites dans des cas où l'articulation avait été le siége d'une inflammation aiguë dont l'invasion datait de moins d'une année. Ces deux opérations ont été pratiquées, la première par M. Palasciano, la deuxième par M. Bouchacourt. L'histoire de ces malades offre des détails à peu près identiques relativement à la nature et à la durée de l'ankylose, ainsi que sous le rapport du procédé suivi dans le traitement consécutif. On a pu se contenter pour achever le redressement de la gouttière droite qui fut insuffisante dans le cas précédent; la seule différence essentielle est la suivante. La malade de M. Palasciano fut opérée en deux temps. Dans une première opération, cet ingénieux chirurgien pratiqua la section des muscles abducteurs de la jambe; dans une seconde, la section du faisceau antérieur du triceps, ainsi que la rupture de l'ankylose. M. Bouchacourt, qui agissait après ce premier essai, exécuta en une seule séance tout l'ensemble de la méthode.

INFLAMMATION AIGUE DE L'ARTICULATION DU GENOU; LUXATION CONSÉCUTIVE EN ARRIÈRE ET EN DEHORS; SOUDURE DE LA ROTULE ET DU FÉMUR; ANKYLOSE FIBREUSE DU TIBIA ET DU FÉMUR; APPLICATION DE LA MÉTHODE DE M. PALASCIANO; RÉTABLISSEMENT COMPLET DE LA FORME NORMALE DU GENOU; MARCHE BEAUCOUP PLUS FACILE; PERSISTANCE SEULEMENT DE LA ROIDEUR DES MOUVEMENTS.

Obs. II. — Une dame de 36 ans, bien constituée, éprouva, sans cause connue, l'une de ces inflammations aiguës et intenses du genou dans lesquelles des épanchements de lymphe plastique ramollissent la membrane synoviale et les ligaments. Le membre inférieur fut abandonné à la position vicieuse dont j'ai démontré avec tant d'insistance les dangers; on laissa reposer le membre sur le côté externe du talon. Après six mois de souffrances aiguës et continuelles, l'inflammation disparut; mais le tibia était luxé en arrière et en dehors; la rotule l'avait accompagné dans ce dernier sens, et la jambe était dans la flexion, l'abduction et la rotation en dehors. Au huitième mois, on chercha à réduire cette luxation, et l'on employa dans ce but une gouttière droite munie d'accessoires à l'aide desquels des tractions étaient exercées sur la jambe, tandis que l'extrémité supérieure du tibia était portée en avant et dans la rotation en dedans. Cette machine employée chaque jour pendant deux mois ne produisit aucun résultat. Au dixième mois, M. Palasciano coupa sous mes yeux le biceps et la partie externe de l'aponévrose fémorale. Aussitôt après cette section, on put ramener la crête du tibia un peu plus en dedans, et les mouvements à peine perceptibles dans la jointure, qui paraissait presque entièrement ankylosée, devinrent sensibles, quoique toujours extrêmement bornés. Pour aider à ce résultat immédiat, on plaça de nouveau le membre dans l'appareil qui avait été jusque-là employé inutilement.

Au bout d'un mois, voici les résultats qui avaient été obtenus :

La rotation en dehors et l'abduction de la jambe avaient complétement cessé, la flexion était un peu moindre; cependant le tibia était toujours luxé en arrière et en dehors, la rotule était toujours fixée au devant du condyle externe du fémur; les mouvements, quoique distincts, étaient toujours bornés; le problème n'était pas résolu complétement; mais l'élément de la difformité que l'opération était destinée à combattre avait disparu.

Cette première section avait permis de faire cesser la rotation en dehors et l'abduction de la jambe, et des mouvements moins obscurs avaient pu s'exécuter entre le tibia et le fémur; ces mouvements étaient toutefois extrêmement bornés et la rotule restait toujours complétement immobile et adhérente au condyle externe du fémur.

Un mois après, M. Palasciano pratiqua la section sous-cutanée du quatriceps de la cuisse et celle du ligament latéral externe du genou, après que la malade eut été plongée dans le sommeil au moyen de l'éther. Des efforts violents et prolongés pendant près de deux minutes furent nécessaires pour rompre, en fléchissant la jambe, les adhérences qui l'unissaient au fémur. Lorsque cette rupture eut été effectuée, on put porter la flexion jusqu'à l'angle droit. La rotule fut détachée du fémur et ramenée sur la ligne médiane; elle continua cependant à être adhérente au tibia, comme si le ligament rotulien eût été en partie ossifié.

Le redressement que l'on put obtenir immédiatement fut tel que le membre inférieur étant placé dans une gouttière droite, le jarret n'était élevé que de trois travers de doigts. Les douleurs vives que la malade ressentit en se réveillant du sommeil produit par l'éther, n'eurent d'intensité que pendant trois ou quatre heures, et le gonflement ainsi que la chaleur qui survinrent dans la journée se dissipèrent vers le quatrième jour. On les combattit par des applications d'eau fraîche. Peu à peu le genou entra dans l'appareil, et au commencement de la troisième semaine il y était reçu complètement. La malade commença alors à marcher; ses béquilles ne lui furent bientôt plus nécessaires; et lorsqu'elle quitta Lyon, trois mois après le début du traitement, le redressement était complet; elle pouvait marcher pendant dix à quinze minutes avec une canne. Du reste la rotule paraissait être soudée au fémur, et les mouvements du tibia étaient très-obscurs, bien que l'on eût cherché à diverses reprises à imprimer quelques mouvements du genou.

L'amélioration a fait des progrès successifs sous le rapport de la facilité dans la marche.

J'ai appris, un an après le traitement, que la personne qui est le sujet de cette observation pouvait marcher sans l'appui d'une canne, aussi longtemps que si elle n'eût jamais été malade. La jambe ne pouvait pas se fléchir et la rotule était ankylosée.

ANKYLOSE OSSEUSE DU GENOU COMPLIQUÉE DE LUXATION DU TIBIA EN DEHORS ET EN ARRIÈRE, MALADIE DATANT DE SEPT MOIS ET CONSÉCUTIVE A UNE ARTHRITE AIGUE; RUPTURE SUIVANT LA MÉTHODE DE M. PALASCIANO, PAR M. BOUCHACOURT, CHIRURGIEN EN CHEF DE L'HOSPICE DE LA CHARITÉ DE LYON; REDRESSEMENT COMPLET; MARCHE SANS BÉQUILLES.

Obs. III. — Le sujet de cette observation est une fille de 25 ans, bien constituée. Elle était retenue depuis sept mois à l'Hôtel Dieu de Lyon par une inflammation aiguë très-intense du genou. Les douleurs vives et le gonflement avaient cessé depuis le cinquième mois de la maladie, mais la marche était impossible sans l'aide de deux béquilles. Le genou était fléchi de 45 degrés à peu près. Le tibia, entraîné dans l'abduction et la rotation en dehors, était luxé du côté externe et postérieur, sa soudure et celle de la rotule avec le fémur étaient complètes; il était impossible de faire exécuter à ces os le moindre mouvement. Du reste, le genou, quoique douloureux, était complétement désenflé au mois d'août 1847; M. Bouchacourt opéra suivant la méthode et les procédés de

M. Palasciano; le biceps et l'aponévrose externe furent coupés de dehors en dedans, et la section du faisceau antérieur du triceps fut faite à 3 centimètres au-dessus de celle des muscles du jarret.

Quoi qu'il en soit, le seul effort des mains suffit, après quelques tentatives, pour rompre les adhérences, fléchir la jambe et rendre à la rotule sa mobilité. Cette rupture et les mouvements que l'on fit après produisirent des craquements très-prononcés. Le membre put être placé immédiatement dans l'appareil représenté fig. n° 3; le genou dépassait à peine le rebord de l'appareil.

Au bout de trois jours, sans qu'il fût nécessaire de recourir à aucune application, l'inflammation suite de cette opération était dissipée. Huit jours après, le genou était parfaitement droit. La luxation du tibia en arrière et en dehors persistait toutefois, quoiqu'un peu affaiblie. A la fin de la troisième semaine, la malade pouvait se lever et marcher avec des béquilles; à la fin de la cinquième semaine, un bâton était suffisant, et au bout d'un mois et demi, la malade pouvait marcher dans les salles, sans avoir besoin d'appui.

Aucun mouvement artificiel n'a été essayé, et l'ankylose est redevenue complète. Mais, grâce au redressement, elle n'empêchait plus l'exercice de la marche.

Dans ce cas, que pour ma part j'avais jugé incurable, le résultat a été aussi prompt que satisfaisant.

(La suite prochainement.)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

NOTE SUR LA FAUSSE VACCINE, LA VACCINE ET L'INOCULATION; par M. le docteur LUCIEN PAPILLAUD, médecin à Porto-Alègre (Brésil).

Au mois d'août 1847, nous eûmes occasion de pratiquer des vaccinations avec la matière de pustules vaccinales qui paraissaient régulières tant par leur forme que par le temps qu'elles avaient mis pour arriver à maturité. Deux de ces vaccinations donnèrent lieu, outre l'éruption locale qui se fit avec régularité, à une éruption secondaire et générale qui apparut tant par pustules larges et isolées que par plaques confluentes et qui durait encore plus d'un mois après l'insertion et le développement du vaccin. Des inoculations furent faites avec la matière de ces éruptions secondaires sur sept enfants non vaccinés. Toutes réussirent parfaitement, et voici quels en furent les résultats.

OBS. I. — Chez O. L., enfant de 15 mois, il y eut une éruption locale de six pustules uniloculaires qui arrivèrent à maturité en un septénaire, dont le pus était jaune, et qui en se desséchant donnèrent des croûtes élevées et jaunâtres. A côté de cette éruption locale et en diverses autres régions apparurent d'autres pustules avec les mêmes caractères pendant les deux septénaires suivants. L'éruption locale comme l'éruption générale furent précédées de quarante-huit heures de mouvement fébrile. La matière de l'éruption secondaire de cet enfant servit pour faire de nouvelles inoculations.

OBS. II. — P., G. et J., le premier âgé de 8 ans, le deuxième de 2 ans, et le troisième de 4 mois, furent soumis à l'inoculation de l'éruption secondaire de O. L., sujet de l'observation précédente. Chez eux l'éruption suivit une marche des plus rapides; en quarante-huit heures les pustules furent à maturité. Ouvertes par les ongles et par le frottement de la manche, elles se vidèrent, puis se remplirent, se vidèrent de nouveau et se remplirent encore plusieurs fois pendant un septénaire; après quoi elles se desséchèrent définitivement. Elles furent étroites, acuminées, uniloculaires, donnèrent une matière incolore; l'éruption fut simplement locale et sans mouvement fébrile. Dans l'année suivante, ces enfants vécurent impunément dans le voisinage de plusieurs varioleux.

OBS. III — F. et X., l'un et l'autre de 2 à 3 ans, furent inoculés avec la matière provenant d'une éruption secondaire datant de vingt-sept jours après une vaccination régulière. Chez ces deux enfants, les pustules petites, acuminées, et recouvertes d'une pellicule mince contenaient du liquide dès le deuxième jour: grattées par les ongles, elles se vidèrent et se remplirent à plusieurs reprises pendant un septénaire. Point de mouvement fébrile, point d'éruption secondaire, cicatrices qui en imposent pour celles d'une vaccine régulière.

OBS. IV. — M. R, fille de 4 ans, fut inoculée avec la matière provenant de l'un des deux enfants de l'observation précédente. Les pustules arrivèrent à maturité en un septénaire; elles furent grandes, larges et se desséchèrent en croûtes jaunâtres. L'année suivante cette enfant eut plusieurs varioleux dans son voisinage et ne fut point atteinte de la contagion.

En 1848, nous avons eu occasion d'observer trois de ces enfants en contact avec des varioleux.

OBS. V. — Ant., âgé de 17 mois, vacciné régulièrement huit mois avant et l'un de ceux dont la vaccine insérée à un autre enfant avait donné lieu à une éruption locale régulière, suivie d'une éruption secondaire générale, fut atteint de varicelle pendant que la ville semblait être sous l'influence d'une constitution variolique importée par des nègres neufs. A peine guéri de sa varicelle, il se trouve en contact avec une enfant atteinte de variole inoculée, et bientôt après il est pris de la fièvre d'invasion qui est très-violente, dure trois jours et se termine par l'éruption d'une varioloïde assez abondante; pas de fièvre secondaire.

OBS. VI. — F. et X., l'un et l'autre sujets de l'obs. 3, se trouvent, huit mois après leur inoculation, en contact avec la mère de l'un d'eux qui, bien que portant des cicatrices de vaccine légitime, n'en avait pas moins contracté une variole semi-confluente pour avoir porté et touché un enfant atteint de variole inoculée. F. gagna de sa mère une variole semi-confluente avec fièvre d'invasion et de suppuration; X. gagna seulement une varioloïde très-discrète et sans fièvre secondaire.

L'infection dans cette maison fut successive et complète. La famille se composait de la maîtresse de la maison, âgée de 24 ans, de sa fille âgée de 8 ans, toutes deux vaccinées; de trois négresses de 20 à 28 ans, toutes trois vaccinées; d'une petite mulâtresse de 3 ans, vaccinée; et enfin des deux enfants, F. et X., inoculés comme nous l'avons rapporté à l'observation 3. Nous y ajouterons une petite fille de 5 ans, vaccinée, qui, sans être de la famille, fréquentait la maison.

Dona C., âgée de 24 ans, fut la première à ressentir une céphalalgie et un mouvement fébrile qui furent accompagnés (je ne dis pas suivis, car ils persistèrent), au bout de trois à quatre jours, de boutons peu nombreux, irrégulièrement repandus et mal caractérisés, et qui disparurent peu à peu sans venir à suppuration. L'inoculation de la variole fut pratiquée à cette femme dans cette circonstance. Les points d'insertion devinrent immédiatement douloureux et enflammés, et vingt-quatre heures après, ils étaient purulents. Ces pustules, d'abord petites et acuminées, s'élargirent graduellement; plusieurs fois entamées par les ongles ou les vêtements, elles continuèrent de se remplir et ne se desséchèrent que vers la fin du deuxième septénaire en croûtes jaunâtres et volumineuses. La fièvre recommença, ou mieux, continua avec le développement de cette éruption. Tandis que les boutons mal caractérisés, apparus avant l'éruption, restaient stationnaires et se terminaient par résolution, des pustules varioliques parfaitement caractérisées se montraient aux pieds et sur quelques autres points du corps.

Pendant que dona C. était malade, une de ses esclaves, ayant de très-belles cicatrices vaccinales, fut prise d'une fièvre d'invasion variolique des plus violentes, avec délire, surdité et somnolence, et qui se termina au troisième jour par une éruption semi-confluente, qui fut marquée plus tard par la fièvre secondaire.

En même temps, la petite fille de 5 ans, qui avait été en contact avec son frère, l'enfant inoculé, fut prise d'une fièvre qui nous parut en tout semblable à celle de l'invasion variolique. Elle fut immédiatement, et pendant cette fièvre, soumise à l'inoculation, quoiqu'elle portât des cicatrices vaccinales; quelques insertions prirent et donnèrent des pustules qui devinrent purulentes en moins de quarante-huit heures. La fièvre continua encore quelques jours. Il n'y eut point d'éruption ni antérieure, ni postérieure à l'inoculation.

Des trois négresses, les deux qui restaient en santé furent, bien que munies, elles aussi, de cicatrices vaccinales, soumises à l'inoculation. Chez l'une, plusieurs insertions prirent et donnèrent lieu à des pustules qui se développèrent en moins d'un septénaire, sans mouvement fébrile; chez l'autre, l'inoculation fut infructueuse.

Vinrent ensuite l'invasion de la variole chez l'enfant F., et de la varioloïde chez l'enfant X.

Enfin, la jeune dona E., fille de dona C., âgée de 8 ans, ayant des cicatrices vaccinales parfaites, fut prise d'une fièvre qui dura trois jours, qui fut analogue à celle de l'invasion variolique, et qui se termina tout à coup avec l'apparition de deux ou trois boutons mal caractérisés, et qui ne vinrent pas à suppuration.

Restait la petite mulâtresse de 3 ans, également vaccinée; elle fut inoculée avec la matière des pustules de l'enfant F. Cette inoculation donna lieu à des pustules qui vinrent à maturité en un septénaire, sans mouvement fébrile.

En résumant les observations qui précèdent, nous trouvons que, élimination faite des sujets inoculés avec une fausse vaccine, il en reste huit qui, ayant eu une vaccine légitime, selon toutes les apparences, se trouvèrent soumis à l'épreuve du contact des varioleux; que de ces huit, un contracta une variole, un une varioloïde, trois une fièvre variolique, avec une éruption nulle ou presque nulle; que quatre furent accessibles à la contagion variolique par inoculation, et qu'en tout sept sur huit avaient conservé une aptitude à divers degrés pour la contagion variolique, proportion qui serait énorme si elle était normale, et à laquelle peut-être il ne manque pour être normale que la condition pour tous les vaccinés d'être soumis à des causes d'infection suffisamment continues et prolongées pour vaincre la résistance préservatrice de la vaccine.

De cinq autres enfants inoculés avec une vaccine fausse, c'est-à-dire avec la matière d'une éruption secondaire, aucun d'eux n'a encore contracté la variole, bien qu'elle ait régné dans leur voisinage et qu'aucune précaution n'ait été prise à leur égard. Il est probable que s'ils eussent subi l'influence de la contagion d'aussi près et d'une manière aussi continue que la subirent les enfants de la maison de dona C., la puissance préservatrice de leur inoculation eût été vaincue comme pour ces derniers.

Loin de nous l'idée d'atténuer les bienfaits de la vaccine et la foi en sa

puissance; mais puisqu'il a été reconnu que cette puissance n'était pas illimitée, qu'elle n'était que temporaire chez un certain nombre de sujets, et qu'il fallait y remédier par les revaccinations, il est bon de reconnaître aussi que, même dans ses limites, cette puissance n'est pas absolue chez tous, et que, sur un certain nombre, elle n'est que relative à l'intensité et à la persistance de la cause d'infection.

Si l'on peut suppléer à l'illimitation de la puissance vaccinale par les revaccinations, ne serait-il pas possible de suppléer aussi au non-absolu de cette même puissance? Il nous semble que l'inoculation variolique, pratiquée après la vaccination, serait le moyen d'atteindre ce but. On objectera peut-être que les revaccinations suffisent pour le remplir : c'est un point à contester. Tous les médecins, en effet, ont pu observer, dans le nombre de leurs vaccinations, quelques sujets complétement réfractaires à la vaccine. Pour notre part, nous avons rencontré un bon nombre de ces idiosyncrasies exceptionnelles pour lesquelles la contagion vaccinale n'existe pas, et qui, soumises à des épreuves répétées et faites avec le plus grand soin, ne donnent aucun résultat. Eh bien! de ces sujets réfractaires à la vaccine, une fraction, qui est la minorité, est également réfractaire à l'inoculation variolique, mais une autre fraction, qui est la grande majorité, est très-apte non-seulement à cette inoculation, mais aussi très-apte à l'infection indirecte. Nous avons vu des sujets qui, vaccinés plusieurs fois sans succès, avaient été abandonnés à eux-mêmes comme suffisamment préservés par la nature, et qui, à quelques jours de là, contractaient des varioles confluentes sans qu'il y eût eu une cause directe de contagion, et nous en avons observé d'autres enfin qui, après plusieurs vaccinations inutiles, étant soumis à l'inoculation variolique, donnaient un résultat parfait. Ces faits, qui sont vulgaires, prouvent que l'inaptitude pour la vaccine n'emporte pas nécessairement et toujours l'inaptitude pour la variole. Tel est l'état des choses dès la première vaccination; mais quand il s'agit de revaccinations, les proportions changent, et on ne calcule plus que sur des exceptions. Alors c'est la majorité des sujets qui n'a plus d'aptitude pour la vaccine, et la fraction qui y est accessible une deuxième fois n'est plus que d'un tiers. Si, au lieu de la revaccination, on pratique l'inoculation variolique, on trouvera l'aptitude chez les cinq huitièmes. Du reste, il suffit de savoir que des sujets primitivement réfractaires à la vaccine n'en sont pas moins aptes à la variole, pour admettre que, parmi ceux réfractaires à une deuxième vaccination, il y en aura un grand nombre d'aptes à la contagion variolique modifiée. Il en serait de même pour l'inoculation en mettant les choses dans un ordre différent, c'est-à-dire que la vaccination, pratiquée postérieurement à l'inoculation, réussirait dans un bien plus grand nombre de cas qu'une seconde inoculation.

Quant aux résultats prophylactiques, le raisonnement et l'expérience ne peuvent laisser le moindre doute sur la préservation plus complète qui devrait résulter de la combinaison de la vaccine et de l'inoculation, et cette préservation pourrait être rendue indéfinie en répétant ces deux opérations à certaines époques de la vie.

L'inoculation post-vaccinale est tout à fait exempte des inconvénients de l'inoculation primitive; elle ne donne lieu qu'à une éruption locale discrète, presque toujours sans mouvement fébrile. Les cas où il se montre des pustules ailleurs que sur les points d'insertion sont tout à fait exceptionnels et n'en sont pas plus graves pour cela. Les pustules sont celles de la varioloïde.

Qu'on le remarque bien, nous n'allons point contre ce qui est connu et prouvé; nous savons et nous professons que le pouvoir antivarioleux de la vaccine est supérieur à celui de la variole elle-même, mais nous croyons que de leur combinaison résulte une préservation plus efficace que de leur action séparée. Nous croyons, par exemple, qu'un sujet vacciné et inoculé est plus sûr d'être à l'abri de la contagion variolique que celui qui est simplement vacciné, et enfin, que celui qui aura été soumis deux fois à cette double épreuve (qu'elle ait réussi ou non chaque fois) sera plus en sûreté que celui qui aura été simplement vacciné et revacciné, quel qu'en ait été le résultat.

On pourrait objecter que des précautions préservatrices si multipliées ne s'adressent en définitive qu'à une maladie presque insignifiante et sans danger, la varioloïde. D'accord; cependant nous croyons qu'il n'est pas un seul sujet, suffisamment doué d'intelligence, qui, étant certain d'avoir la varioloïde, ne consentît à l'éviter au prix d'une inoculation post-vaccinale, et même d'une revaccination et d'une deuxième inoculation post-revaccinale. Et de plus, nous rappelons au souvenir de nos lecteurs que la varioloïde la plus bénigne peut donner la variole par contagion, que malheureusement il y a en grand nombre et qu'il y aura longtemps encore des sujets qui, par leur faute ou par la faute de leur idiosyncrasie, sont ou seront aptes à contracter cette grave maladie, et qu'en épargnant la varioloïde aux uns, on épargnera aux autres la variole elle-même, avec ses chances de mort, de cécité et de cicatrices difformes. Il ne s'agit que d'une affection bénigne pour les premiers, mais il se peut qu'il s'agisse d'une affection mortelle pour les seconds.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX AMÉRICAINS.

THE BRITISCH AMERICAN JOURNAL OF THE MEDICAL AND PHYSICAL SCIENCE.

Les numéros de l'année 1849 contiennent les articles originaux suivants : 1° *Observations sur le climat des Barbades et de son influence sur les maladies, avec quelques remarques sur l'angioleucite*; par M. Bovell. 2° *Sur la glossite*; par M. Griffin. 3° *Considérations sur le traitement de l'épilepsie par la* scutellaria geniculata; par M. W. Evans. 4° *Considérations sur le choléra*; par M. Géo. Griffin. 5° *Plaie par une lame de faux, ayant percé la poitrine de part en part, suivie de guérison*; par M. Sewell. 6° *Pustule maligne ou charbon*; par M. Gilmour. 7° *Considérations sur l'hydrocèle de la tunique vaginale et sur les tumeurs enkystées de la grande lèvre*; par M. Macdonnell. (L'auteur ne s'occupe que du traitement chirurgical de ces deux affections, qu'il envisage isolément l'une de l'autre.) 8° *Observations de tumeurs cysto-carcinomateuses dans l'abdomen*; par M. Crawford. 9° *Cas de plaie par déchirure de l'orbite*; par M. Griffin. (L'accident fut produit par un morceau de fer lancé par la poudre à canon.) 10° *Fracture de l'humérus non réunie, guérie par l'opération*; par M. H. Hill. 11° *Correspondance transatlantique*; par M. Wright. 12° *De l'action des agents physiques dans les fonctions des corps organisés, avec quelques données sur la nature du choléra*; par M. Russell. 13° *Remarques cliniques sur deux cas de tumeurs de l'utérus, mettant obstacle à la parturition*; par M. Bowell. 14° *Respiration intra-vaginale pour le cas où la vie de l'enfant est mise en danger par la compression du cordon pendant l'accouchement*; par M. M'Culloch. 15° *Rapport sur la maladie à bord du vaisseau le* Saint-Georges, etc.; par M. Gibb. 16° *Nouvelles considérations sur le traitement de l'inflammation chronique de la vessie par les injections de nitrate d'argent*; par M. Macdonnell. (L'auteur se borne ici à constater par plusieurs observations l'efficacité thérapeutique des injections de nitrate d'argent, dans cette maladie, ordinairement si rebelle que sir B. Brodie l'a nommée l'*opprobre de la chirurgie*.) 17° *Sur la glunoïne*; par M. Hunt. 18° *Réduction d'une luxation de l'humérus datant de quatre mois*; par M. Stratford. (Succès dû à l'emploi des poulies.) 19° *Péricardite aiguë*; par M. Badgley. 20° *Cas de tétanos traumatique aigu; large emploi du chloroforme, de l'éther, du chanvre indien et de l'aconit; mort*; par M. Archibald Hall. 21° *Du traitement du choléra algide ou asiatique par le calomel*; par M. Yates. 22° *Des préparations de fer dans le traitement du choléra*, par M. Th. Reynolds. 23° *Apparition du choléra à Kingston*; par M. Yates. 24° *Fracture comminutive du bassin, simulant une fracture du col du fémur*; par M. Gibb. 25° *Hypertrophie avec dilatation du cœur*; par M. Badgley. 26° *Cas d'arrêt de développement de l'avant-bras droit chez le fœtus*; par M. Archibald Hall. 27° *Sous-carbonate de fer et soufre contre la fièvre et la peste*; par M. le major R. Lachlau. 28° *De l'emploi des sangsues contre le choléra*; par M. Marsden. 29° *Sur le traitement de la sclérotite et de la scléro-iritis par l'hydriodate de potasse*; par M. Macdonnell. (L'auteur préconise cet agent comme pouvant remplacer, à titre d'altérant, le mercure, et sans présenter les inconvénients de celui-ci. Il le donne à la dose de 15 décigr. par jour.) 30° *Cas de fièvre endémique du Canada, avec ses complications ordinaires*; par M. John Jarron. 31° *Le choléra à Cobourg*; par M. Goldstone. 32° *Sur la contagion du choléra*; par M. Marsden. (Considérations purement théoriques.) 33° *Autopsie d'un cas d'anévrisme de l'aorte, et récit succinct des symptômes qui ont précédé la mort*; par M. Barrett.

SUR LA GLOSSITE; par M. GRIFFIN.

Cette maladie, du moins celle qui se développe spontanément, est assez rare pour qu'on en doive recueillir avec intérêt les exemples qui présentent, comme ceux-ci, toutes les garanties désirables de capacité et de sincérité dans l'observateur.

M. Griffin dit que, pendant une pratique de plus de 35 ans, il n'a été témoin que de deux cas de glossite. Le premier avait rapport à un marin, Napolitain d'origine, qu'il vit en 1822, dans les îles Ioniennes. Appelé auprès de lui, il trouva la langue énormément tuméfiée, saillante entre les

dents; la respiration précipitée, anxieuse, difficile, s'exécutant entièrement par les narines; suffocation imminente, face livide, gémissements incessants, continuelle agitation.

La fièvre qui compliquait cet état était purement inflammatoire, avec chaleur vive et pulsations très-fortes, surtout aux carotides et aux artères temporales.

Ne pouvant articuler, il n'exprimait sa détresse que par signes. On fit une très-large saignée du bras; et l'on donna un purgatif énergique. Mais on eut à peine le temps d'attendre l'effet de ces remèdes; car il devint évident que, sans un prompt secours, le malade allait périr. N'ayant aucun confrère auprès de lui, M. Griffin ne prit conseil que de l'urgence du cas. Il abaissa donc la langue autant que cela lui fut possible, au moyen d'une cuiller, et fit avec un bistouri deux incisions longitudinales sur la face dorsale de cet organe, une de chaque côté.

Le soulagement fut immédiat. Les plaies fournirent beaucoup de sang, mais pas de suppuration. Le dégorgement s'opéra avec tant de rapidité que, dès le lendemain, il était presque impossible de reconnaître la place où les incisions avaient été pratiquées.

Une ou deux semaines après, M. Griffin fut témoin d'un second cas de ce genre, qui lui fut également offert par un marin. Mais averti par le premier exemple, il ne temporisa point, et fit immédiatement les incisions sur la langue.

Les deux malades guérirent bien. Le traitement consécutif consista en petites doses de mercure, administrées de manière à affecter la bouche. — Mais, à ce sujet, l'auteur remarque que ces cas datent aujourd'hui de vingt-six ans, et que maintenant il ne donnerait pas de mercure. — Il faut, en effet, tout le préjugé des médecins anglais en faveur de ce métal, pour qu'ils ne comprennent pas à quel point la stomatite mercurielle serait à craindre dans le traitement d'une affection qui souvent accompagne la même stomatite mercurielle. En déclarant qu'il abandonnerait actuellement ces errements, M. Griffin fait preuve d'un bon sens dont la manifestation, parmi ses compatriotes, exige quelque courage.

PLAIE PAR UNE LAME DE FAUX, AYANT PERCÉ LA POITRINE DE PART EN PART, SUIVIE DE GUÉRISON; par M. SEWELL.

OBS. — Un jeune homme de 18 ans marchait en tenant dans les mains la lame de sa faux, lorsque son pied ayant heurté contre un tronc d'arbre, il tomba de telle manière que la pointe pénétra dans l'aisselle droite, entre la 3ᵉ et la 4ᵉ côte, traversa horizontalement la poitrine, et sortit vers les côtes correspondantes à gauche. La plaie d'entrée avait de 2 pouces et demi à 3 pouces de longueur, celle de sortie un pouce seulement.

Son frère, qui était présent à l'accident, parvint, avec une admirable présence d'esprit, à extraire la lame en tenant compte dans cette manœuvre de sa courbure. L'hémorrhagie fut moins considérable qu'on n'aurait pu s'y attendre. Le blessé put, en se faisant soutenir, regagner son domicile à quelques centaines de pas.

A l'arrivée du médecin, la plaie ne saignait plus. Il n'y eut non plus aucun crachement de sang.

Le récit (que M. Sewell n'a fait que transcrire) se borne ensuite à énoncer que la guérison eut lieu sans qu'aucune médication active fût devenue nécessaire.

M. Mac Connel, l'un des médecins, déclare qu'on ne peut expliquer cette guérison que par un acte *inscrutable* de la Providence. M. Spronle admet, lui aussi, très-formellement le miracle; seulement il pense que si le tranchant de la faux, au lieu d'être dirigé en avant, avait été tourné vers les gros vaisseaux dans le médiastin postérieur, cette circonstance se fût sans doute opposée à l'accomplissement du prodige.

FRACTURE DE L'HUMÉRUS NON RÉUNIE, GUÉRIE PAR L'OPÉRATION; par M. H. HILL.

OBS. — M. Lackie, âgé de 16 ans, eut, le 28 octobre 1847; l'humérus droit fracturé à 3 ou 4 pouces au-dessus du coude par la chute d'un tronc d'arbre. La peau fut contusionnée, mais il n'y avait ni plaie ni déchirure. Au bout de six heures, on appliqua l'appareil ordinaire, composé de quatre attelles. Renouvelé seulement au bout de cinq semaines, il fut alors réappliqué pendant encore le même espace de temps; mais à l'expiration de cette période, on reconnut que la consolidation n'avait pas eu lieu. On frotta les fragments l'un contre l'autre, et on replaça le membre pendant trois semaines dans la même attitude que précédemment. Nouvel échec. On revint au frottement sans plus de succès. Il fut alors convenu en consultation de passer un séton, ce qui fut fait sans amener un résultat plus avantageux. Mais d'après la place qu'occupent actuellement les cicatrices, il est très-probable que le séton ne fut pas mis entre les deux fragments, mais qu'il correspondait seulement à l'un des côtés du fragment supérieur.

Rien n'avait été fait depuis lors jusqu'à la fin de novembre 1848, époque à laquelle le malade fut confié aux soins de M. Hill. A part un amaigrissement notable, le bras droit offrait à peu près la même conformation que le gauche. Au niveau de la fracture, il existait une fausse articulation ayant tous les caractères d'une énarthrose. Les bouts osseux paraissaient être arrondis et mousses; leur partie moyenne semblait être unie par une production ligamenteuse ou demi-cartilagineuse. Du reste, aucun dépôt de cal ne s'était fait, et les os, à leur extrémité, étaient isolés et bien circonscrits comme dans une fracture récente.

Après avoir pris en considération ce qui avait été fait jusqu'alors, on résolut d'essayer la résection des bouts osseux. En conséquence, le 1ᵉʳ novembre, on pratiqua cette opération, le sujet ayant été préalablement soumis à la chloroformisation.

On fit d'abord une incision selon l'axe du membre, de 4 pouces et demi de longueur, sur le côté externe, commençant justement au dessous de l'insertion du deltoïde. Prolongée, couche par couche, jusqu'à l'os, elle mit à découvert les deux extrémités, qu'on isola, dans une certaine étendue, de leurs connexions celluleuses et musculaires. On plaça alors entre chaque extrémité et les vaisseaux brachiaux une pièce solide pour protéger ces derniers contre l'action de la scie. Avec cet instrument, on enleva une portion aussi peu étendue que possible, mais suffisante pour obtenir une surface osseuse saignante. On excisa enfin la bande demi-cartilagineuse qui maintenait les deux bouts réunis.

L'opération étant terminée, les lèvres de la plaie furent unies par la suture, le bras fléchi, et placé dans un appareil de carton qu'on avait préparé d'avance.

Le second jour, il survint un gonflement inflammatoire qui força de substituer à cet appareil un bandage avec trois attelles, afin de pouvoir mettre la surface malade à découvert et y appliquer des lotions évaporantes. Malgré ce moyen, la tuméfaction persista au point d'empêcher pendant cinq semaines de serrer les attelles d'une façon suffisante. Ce contre temps fit songer à maintenir autant qu'on le put le membre immobile; on passa donc une bande sur la clavicule et sous le coude, et l'on fixa l'avant-bras appliqué contre le tronc. Simultanément aussi, on fit prendre au malade trois fois par jour une cuillerée à café d'une solution concentrée de muriate de chaux, et on le mit à un régime nourrissant.

Sous l'influence de ces divers soins, on remarqua un prompt changement dans sa santé générale, et dès la sixième semaine, il devint évident que la consolidation commençait. On put à ce moment serrer davantage les attelles, de manière à rendre le bras immobile.

Au bout de dix semaines, on trouva un cal complètement solide. Le membre ne présente aucune difformité, si ce n'est un léger raccourcissement de près d'un demi-pouce, mais qui ne gêne en rien ses fonctions.

REMARQUES CLINIQUES SUR DEUX CAS DE TUMEURS DE L'UTÉRUS, COMPLIQUANT LA PARTURITION; par M. J. BOWELL.

Les faits contenus dans ce travail n'ont pas, avec les principes qui y sont défendus, un rapport très-direct; aussi nous contenterons-nous d'exposer en abrégé ces derniers, passant sous silence les observations, dont l'intérêt est beaucoup moindre.

D'après l'auteur, et surtout d'après M. Ashwell, dont il s'attache principalement à reproduire l'opinion, les tumeurs logées dans la paroi utérine exercent sur le travail de l'accouchement une influence dont la nature n'a pas été jusqu'ici bien déterminée. Ce n'est pas de la lésion de l'utérus que vient le danger, mais bien de la tumeur elle-même. En effet, il est d'observation que, pendant les derniers mois de la grossesse, la production morbide subit un travail de ramollissement, puis de suppuration. La mort survient alors, tantôt avant l'accouchement, par suite de l'inflammation qui s'est emparée de la tumeur, tantôt au moment du travail, par l'affaiblissement qu'occasionnent les efforts inutilement répétés et les contractions impuissantes auxquelles la femme se livre, ainsi que par la contusion que les parties molles ont à souffrir. Mais dans tout ceci l'utérus lui-même demeure à peu près intact, et l'autopsie montre qu'il a conservé ses conditions normales de structure, ainsi que de vitalité.

Dans un des cas que M. Bowell cite, le travail s'étant déclaré à terme, l'obstacle que la présence de la tumeur apportait à la sortie de l'enfant devint la cause d'une rupture de l'utérus.

Le remède à une semblable éventualité est indiqué par les considérations précédentes. Il faut, quand la tumeur est formée par une matière solide, provoquer l'accouchement prématuré. On remplit ainsi la double indication urgente dans ces cas; car, d'une part, on prévient le travail de ramollissement inflammatoire, dont nous avons montré les conséquences fâcheuses; d'un autre côté, le fœtus ayant à cette époque un volume moindre, il peut être expulsé aisément, malgré le rétrécissement que la présence de la tumeur apporte dans les diamètres du passage naturel.

RESPIRATION INTRA-VAGINALE POUR LE CAS OU LA VIE DE L'ENFANT EST MISE EN DANGER PAR LA COMPRESSION DU CORDON PENDANT L'ACCOUCHEMENT; par M. M'CULLOCH.

Après avoir rappelé combien la pression du cordon compromet souvent l'existence du fœtus, l'auteur dit que, dans trois cas de présentation des pieds où cette complication existait, il a pu sauver l'enfant en le faisant respirer artificiellement pendant que la tête était encore dans le bassin, les pulsations du cordon ayant déjà cessé depuis plusieurs minutes.

Le moyen qu'il a employé avec succès consiste à tenir avec le doigt la bouche de l'enfant béante, tandis que de l'autre main on ouvre l'orifice périnéal, de manière à donner à l'air l'accès le plus large possible.

A l'avenir, ajoute-t-il, je remplirais le même but en me servant d'une sonde en gomme élastique, de gros calibre, et percée de plusieurs trous, qui porterait l'air directement vers la face et les narines.

Dans les cas de position vicieuse où ce secours devient nécessaire, on aura davantage de chances d'établir ainsi la respiration, si l'on emploie ces moyens artificiels avant que la circulation se soit affaiblie dans les vaisseaux ombilicaux.

On peut quelquefois douter avec raison de l'utilité de cette manœuvre; cependant si l'enfant naît vivant, en l'absence des battements du cordon, il devient certain que les efforts du médecin ont contribué à le sauver.

FRACTURE COMMINUTIVE DU BASSIN, SIMULANT UNE FRACTURE DU COL DU FÉMUR; par M. GIBB.

OBS. — Un ancien soldat, âgé de 61 ans, fut apporté, le 12 août 1845, à l'hôpital général de Montréal. Il venait de tomber sur des pierres, d'une hauteur de 18 pieds. On le coucha; il offrait tous les signes généraux d'une lésion violente, gémissements, pouls faible, respiration anxieuse.

Le pied droit était tourné en dehors, et le membre entier reposait sur son côté externe. En tenant la jambe ou la cuisse levée pour examiner la fracture, on causa une si grande douleur que le patient cria comme s'il était à la torture. La main qui mouvait la cuisse et qui pressait au-dessus de l'acétabulum sentait plusieurs pièces d'os cassé, très-mobiles. Le membre droit était raccourci d'un pouce environ. Le grand trochanter fut trouvé plus rapproché de l'épine iliaque antéro-supérieure que du côté opposé. La rotation imprimée à ce membre donnait la sensation que le grand trochanter se mouvait selon un arc de cercle plus petit que celui du côté gauche. Enfin on sentit et on entendit distinctement la crépitation dans la jointure.

Le patient ne se rappelait point sur quelle partie du corps il était tombé; mais d'après une ecchymose existant en arrière, il est probable que le choc avait porté sur l'ischion et sur la partie postérieure de la cuisse.

Le docteur Sewel fit lier les deux jambes ensemble et appliquer un linge serré autour du bassin. Cette dernière manœuvre fit entendre un craquement résultant comme de la collision de plusieurs pièces osseuses; et le patient en souffrit beaucoup.

Pendant les dix-huit premiers jours, il fallait renouveler souvent le bandage. Il y eut aussi une rétention d'urine qui se prononça au bout de quelques jours, et qui nécessita le cathétérisme. Un peu de sang sortit par le rectum.

Dès le 2 septembre, il eut plus de repos; sa santé s'améliora, et l'on put sentir l'effusion de la matière du cal.

Après avoir guéri des suites de la fracture, quoique le membre droit étant reste plus court que le gauche, ce malheureux fut pris, le 3 décembre, de fièvre typhoïde, puis de jaunisse. Il y succomba le 8 du même mois.

AUTOPSIE. — La fracture commençait au tiers postérieur de la crête iliaque droite, et s'étendait en bas et en avant, jusqu'à la partie antérieure de la symphyse sacro-iliaque. Une abondante quantité de matière osseuse y était déposée.

Une autre fracture commençant à l'épine du pubis droit s'étendait, le long de la partie antérieure de l'acétabulum, à l'épine iliaque antéro-inférieure, et de là, le long du bord du bassin jusqu'à la symphyse sacro-iliaque. La portion d'os ainsi détachée était réunie d'une façon irrégulière, et se projetait en haut et en dedans dans la cavité du grand bassin. L'acétabulum était presque complètement fracturé, la seule partie intacte étant la moitié antérieure de sa portion iliaque. Une nouvelle cavité ligamenteuse la remplaçait, située deux pouces plus profondément, formée par des ligaments et des fragments osseux. L'ischion était fracturé à sa jonction avec le pubis et aussi avec l'acétabulum.

De ces diverses fractures résultait une distorsion du bassin, qui avait converti son bord en un contour de forme triangulaire, et qui avait réduit les dimensions du grand bassin par la projection en dedans du corps de l'ischion; ce qui causait la rétention d'urine observée pendant la vie.

Le fémur du côté malade était sain, mais sa tête était allongée par la déposition d'une matière osseuse qui la coiffait comme une sorte de champignon ou de calotte. Du reste, la forme de cette production s'était accommodée avec celle de l'arrière-cavité cotyloïde, dans laquelle elle se trouvait située. Ce dépôt était composé d'une substance très-poreuse; et un scalpel pouvait, même poussé avec assez peu de force, pénétrer dans son tissu, ce qui montrait que ce n'était point un fragment détaché de la tête fémorale.

Ce cas offre à considérer plusieurs particularités intéressantes :

1° Il réunissait tous les symptômes d'une fracture du col du fémur, quoique cette partie fût intacte, savoir : le raccourcissement, la rotation du pied en dehors, la crépitation.

2° Le membre raccourci ne pouvait être ramené par la traction à la même longueur que le gauche, ni tourné en dedans; et le moindre mouvement occasionnait beaucoup de douleur.

3° Aucun des viscères contenus dans le bassin ne fut lésé.

4° La fracture, quoique très-étendue, finit par se consolider; et le malade allait sortir de l'hôpital, quand il fut atteint par une autre affection.

5° Il faut encore signaler le mécanisme par lequel la nature avait remplacé la cavité cotyloïde *défoncée*.

6° Enfin, la calotte superposée au sommet de la tête fémorale était-elle un effort de la nature pour adapter la tête à la forme de sa nouvelle cavité. Était-elle, au contraire, tout simplement le résultat d'une consolidation irrégulière d'une fracture intra-capsulaire?..... On ne trouva aucune trace annonçant qu'une fracture de ce genre eût réellement existé.

SOUFRE ET PEROXYDE DE FER CONTRE LA FIÈVRE INTERMITTENTE; par le major R. LACHLAN.

Nous ne devons qu'une courte mention à cet agent dont la vertu n'est ici appuyée que sur le témoignage d'une personne étrangère à la médecine. Cette drogue consiste en un mélange intime de neuf parties de soufre avec une partie de peroxyde de fer.

L'un de ces paquets — dont le poids total est d'environ 2 grammes — doit être donné dans un verre de vin blanc, une heure avant l'accès. Trois prises complètent la cure; et l'on peut aussi par ce moyen prévenir la maladie.

Quant aux preuves cliniques, l'auteur se borne à invoquer le dire d'un de ses amis *bien élevé*, *respectable* et *intelligent* qui lui a écrit : « Outre une lady et un gentlemen qui s'en sont bien trouvés, plus de deux cents hommes ont été guéris de la fièvre par ce remède; et moi-même j'ai guéri avec lui un officier et un soldat. »

DES PRÉPARATIONS DE FER DANS LE TRAITEMENT DU CHOLÉRA; par M. REYNOLDS.

L'auteur est loin d'affirmer, comme un médecin de Québec, que l'on peut sauver 99 cholériques sur 100 par l'emploi des préparations de fer. Mais ayant retiré, dernièrement, un parti très-avantageux de leur administration pour arrêter la diarrhée qui précède le choléra, il croit devoir fixer l'attention de ses confrères sur l'utilité dont elles peuvent être en pareil cas. Dans aucune circonstance, il n'a vu le fer manquer d'arrêter la première attaque de diarrhée; et souvent il a réussi, lorsque la maladie était déjà plus avancée, à mettre un obstacle à ses progrès ultérieurs. Il est fréquemment nécessaire de faire d'abord prendre quelques doses de calomel, ou tout autre purgatif doux.

La préparation qu'il préfère est le pernitrate de fer. M. Kerl (de Dublin) a conseillé il y a quelques années de préparer le pernitrate, en agissant sur le fer par l'acide nitrique dilué, jusqu'à ce qu'on obtienne une solution saturée, et en y ajoutant alors une petite quantité d'acide chlorhydrique, afin de prévenir la décomposition. Néanmoins, malgré cette addition, un dépôt de sesquioxyde a ordinairement lieu; ce qui constitue une objection à ce mode de préparation.

M. Dubamil a trouvé que l'oxyde magnétique passe à l'état de sesquioxyde; et il recommande, pour prévenir cette transformation, d'ajouter une certaine quantité de sucre au lieu d'acide chlorhydrique. Sa formule, qui paraît être la meilleure, est la suivante :

Prenez six drachmes de fil de fer non rouillé et coupé en plusieurs morceaux; une once et demie d'acide nitrique; huit onces d'eau; quatorze onces de sucre. Faites dissoudre le fer à saturation dans l'acide dilué, en l'y laissant macérer douze heures, et l'agitant de temps en temps. Filtrez et ajoutez le sucre qui a été dissous par une douce chaleur; filtrez de nouveau la solution si cela est nécessaire.

Un des motifs qui doivent faire préférer cette préparation est que le fer y est à l'état d'oxyde magnétique. Or on a plusieurs fois observé que, pendant que le choléra sévit, l'électricité est en défaut dans l'atmosphère. L'indication d'agents capables d'y suppléer ou de fournir son plus proche allié, le fluide magnétique, est donc alors toute naturelle.

A chaque once du sirop précédemment formulé, M. Reynolds ajoute un gros de teinture d'opium, 30 grains d'esprit de camphre, et s'il y a beaucoup de douleur, un gros de teinture de capsicum.

La dose de ce mélange est de 16 à 20 gouttes dans un peu d'eau. On la réitère toutes les heures jusqu'à ce que du soulagement ait été obtenu. S'il y a beaucoup de douleur ou de faiblesse, la dose doit être administrée dans un peu d'eau-de-vie brûlée.

— On voit assez, par l'indication détaillée de ce qui entre dans la composition de ce remède, quels en sont les éléments réellement actifs. Le fer, d'ailleurs justement préconisé, n'en forme qu'une partie, et ne peut par conséquent pas mériter tous les éloges que l'auteur de ce travail lui décerne.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 27 MAI.

M. BELHOMME lit une note sur l'alimentation forcée des aliénés. (Voir cette note dans la GAZETTE MÉDICALE de cette année, p. 189.)

MM. LANDOUZY et MAUMENÉ envoient un travail relatif à l'intoxication par le blanc de zinc. (Voir ci-dessus.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 28 MAI. — PRÉSIDENCE DE M. BRICHETEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend :

1° Une lettre du ministre de l'instruction publique transmettant un rapport de M. le docteur Duchassaing (de Panama), sur l'itinéraire du choléra-morbus en Amérique. (Comm. du choléra.)

2° Un état des vaccinations des Hautes-Alpes, en 1848. (Commission de vaccine.)

M. GIUSTI (de Tripoli de Syrie) adresse un mémoire sur la contagionabilité de la peste. (Comm. des épidémies.)

M. DAGRON (de Fontenay), médecin de l'asile des aliénés de la Vendée, adresse une courte analyse des cas de choléra qu'il a observés dans cet asile pendant l'année 1849. (Comm. du choléra.)

M. MASCAREL, chirurgien en chef de l'hôpital de Châtellerault (Vienne), adresse une observation de tumeur fongueuse du rectum située à 11 centim. de l'anus, opérée par la ligature. (Comm. : M. Ricord.)

M. BURG adresse la relation d'un cas de guérison de paralysie hystérique par les armatures métalliques, et prie l'Académie de designer des commissaires pour constater sur cette malade la vérité des faits qu'il annonce, et pour être témoins des effets du traitement métallique, non-seulement sur la paralysie, mais encore sur la maladie tout entière.

M. PAUL DUBOIS présente à l'Académie, au nom de M. le docteur Voyet (de Chartres), l'observation d'un accouchement rendu laborieux par une accumulation considérable de liquide dans la cavité abdominale et dans la vessie du fœtus.

Cette observation est accompagnée d'une pièce pathologique.

M. P. Dubois est prié de rendre compte à l'Académie de cette communication.

M. ROUX dépose sur le bureau, de la part de M. Raynaud (de Montauban), des observations pour servir à l'histoire des polypes et corps fibreux de l'utérus et sur l'excision de ces corps comme méthode générale de traitement.

MM. HUTIN et GOSSELIN se portent candidats à la place vacante dans la section de pathologie chirurgicale.

— M. LE PRÉSIDENT fait part à l'Académie de la nouvelle perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. Alard.

M. LE PRÉSIDENT annonce que M. de Haldat, correspondant de l'Académie à Nancy, est présent à la séance.

L'Académie se formera en comité secret à quatre heures et demie.

M. Bégin a la parole pour une communication.

PRIX D'ARGENTEUIL.

M. BÉGIN fait, au nom de la commission du prix d'Argenteuil, une communication relative à la décision que la commission a prise sur le concours qu'elle est appelée à juger.

M. Bégin, après avoir cité le texte de la disposition testamentaire de M. le marquis d'Argenteuil, s'exprime en ces termes :

Il résulte de ce passage que le prix doit être accordé aux travaux présentés pendant la période successive de six années, déterminée par le testament.

Or la première période, commencée le 22 septembre 1838, s'est terminée à pareille date en 1844, et a été jugée dans un premier rapport présenté à l'Académie en février 1846.

Ce rapport n'ayant pas reçu l'approbation de l'Académie, une commission nouvelle fut nommée, et fit son rapport en février de la présente année.

Dans ce rapport, M. Gerdy, se fondant sur ce que l'expérience n'avait pas suffisamment prononcé sur des travaux dont la science pourrait prochainement recueillir les fruits, décernait à un certain nombre de compétiteurs des mentions honorables.

La période de 1838 à 1844 est donc définitivement jugée.

Les candidats qui ont fourni pour cette période des travaux devront dès lors les faire retirer.

La commission dont je suis l'organe, et que vous avez nommée le 14 du présent mois, a décidé, d'après ces considérations, qu'elle s'occupera des travaux relatifs aux maladies des voies urinaires compris dans la période de 1844 à 1850. Elle acceptera en outre les travaux remontant à des années antérieures qui auraient été l'objet de perfectionnements plus récents, ou qui auraient reçu de l'expérience une sanction qui leur manquait jusque-là, et qui démontrerait leurs avantages encore contestés.

Les travaux de ces deux ordres ne seront reçus par la commission que jusqu'au 22 septembre prochain. (Marques d'approbation.)

LÉSION SPÉCIALE DES MUSCLES DE L'AVANT-BRAS CHEZ LE CHEVAL.

M. BARTHÉLEMY, en son nom et au nom de MM. Martin-Solon et Rayer, lit un rapport sur un travail adressé à l'Académie par M. Leblanc, médecin vétérinaire, sous le titre suivant : LÉSION DES MUSCLES EXTENSEURS DE L'AVANT-BRAS ET NOTAMMENT DU MUSCLE HUMÉRO-OLÉCRANIEN EXTERNE, QUI SIMULE, PAR QUELQUES-UNS DE SES SYMPTÔMES, UNE FRACTURE DE L'HUMÉRUS; observation recueillie chez un cheval, etc. (Nous aurons occasion de revenir sur cet intéressant sujet.)

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le rhumatisme.

La parole est à M. Piorry.

TRAITEMENT DE RHUMATISME ARTICULAIRE.

M. PIORRY : Avant de parler du traitement le mieux adapté à l'ensemble des accidents dits rhumatisme articulaire aigu, il faut bien s'élever à la pathogénie de cet ensemble.

Dire qu'il s'agit ici du rhumatisme est peu de chose ; car cela supposerait qu'il existe une identité de nature entre les phénomènes dont il s'agit et les ruptures musculaires, les névralgies, les douleurs survenues dans le tissu fibreux, et cela serait entièrement faux.

Sous le nom même de rhumatisme articulaire aigu, on a réuni les choses les plus dissemblables et qui ne comportent en rien le même traitement ; ainsi la fièvre et la maladie aiguë des jointures, qui souvent se déclarent à la suite des couches, ne sont pas soulagées par les évacuations sanguines même abondantes, et qui réclament des purgatifs et des boissons à hautes doses ; ainsi les arthrites fébriles, qui, ayant lieu chez les gens atteints d'urétrites virulentes, ne cèdent pas davantage aux pertes de sang, ne sont pas à coup sûr des phénomènes analogues à ceux qui ont lieu chez la généralité des gens atteints de ce que l'on dit être le rhumatisme articulaire aigu.

D'après tous les faits observés, il y a dans cette dernière collection de symptômes deux éléments appréciables :

L'un de ces éléments est l'état couenneux du sang, dans lequel la fibrine, souvent augmentée de quantité relative, est tenue en suspension dans le sérum : c'est ce que nous avons appelé *hémite*.

L'autre élément de l'arthrite, qui, bien que ne parvenant qu'assez rarement à la suppuration, est une des affections les plus phlegmasiques possible, et qui affecte en général et souvent d'une manière successive une ou plusieurs articulations.

C'est d'après la coïncidence de ces deux éléments pathologiques que cette maladie a reçu, dans la nomenclature, le nom d'*hémitarthrite*.

Or voici, d'après une expérience et une étude de près de vingt ans sur ce sujet, ce qu'il convient de faire dans de tels cas, et les principes qui doivent guider dans le traitement.

Dans les premiers jours des accidents, alors que les symptômes de l'hémite sont très-marqués, presque toujours l'examen matériel du cœur, des artères, des veines, des capillaires, du foie, du poumon, etc., démontrent qu'il y a beaucoup de sang, et alors aussi on trouve tout avantage à saigner abondamment, une, deux et même trois fois par jour, en ayant le soin cependant de se baser relativement aux proportions de liquide à tirer et à la réitération des saignées, soit sur cet état matériel des organes dont il vient d'être parlé, soit sur les qualités du sang évacué. Rarement a-t-on besoin de continuer ces évacuations plus de trois jours.

Dans une moyenne de cinquante-huit cas pris au hasard parmi nos nombreuses observations d'hémitarthrite, il est arrivé qu'en quatre-vingt heures à peu près tous les accidents aigus ont été dissipés. Remarquez que le temps de la durée a été compté à partir du commencement du traitement, ce qui répond à certaines objections faites par M. Grisolle.

Depuis 1836 ou 1838 que ce relevé a été fait, nous avons vu peut-être un millier de cas pareils; le traitement a été le même, et sauf les cas de coïncidence d'états organo-pathologiques graves du côté du cœur, des plèvres ou des poumons, nous avons toujours obtenu les mêmes résultats.

Presque jamais nous n'avons vu survenir d'accidents à la suite de ces saignées.

De tels faits sont complétement en rapport non-seulement avec les expériences que nous avions faites sur les animaux, mais encore avec les observations non moins nombreuses recueillies sur l'homme sain et malade, et que nous avions citées dans la dernière séance.

Quand le mal est devenu plus chronique, quand il date de plusieurs jours, alors, en tenant compte de l'état des organes et des quantités de sang, il ne faut plus autant insister sur les saignées générales; on doit y recourir cependant si les symptômes de l'hémite persistent, et avoir recours aux applications de sangsues et de ventouses.

Dans les rechutes, le traitement de l'état aigu convient, pourvu que les états organiques soient les mêmes. Bien entendu que, dans toutes ces circonstances, il faut toujours, dans nos idées, pour combattre l'hémite, pour prévenir l'endocardite, avoir recours aux boissons aqueuses, données à doses très-fréquemment réitérées, aux applications émollientes sur les jointures, et surtout *à l'élévation des membres malades*, comme nous l'avons proposé dans plusieurs de nos mémoires, publiés en 1826, 1834, 1840 et 1848. Du reste, le beau travail de M. Bourdon, antérieur aux miens, conduisait aussi à le faire.

Dans tous les symptômes précédents, on ne peut pas voir l'utilité du sulfate de quinine, qui n'est en général utile que dans les cas où existent des accidents périodiques, et surtout alors qu'ils sont liés à quelque splénopathie que l'on ne rencontre pas ordinairement dans l'hémitarthrite; bien plus, il paraît que plusieurs des malades atteints de cette dernière affection, et auxquels on avait administré du sulfate de quinine, ont succombé, et il n'est pas impossible que l'acide sulfurique en excès, qu'il est indispensable d'ajouter pour dissoudre la quinine, ait les plus grands inconvénients dans des cas où le sérum contient de la fibrine en suspension. Maintes fois j'ai prescrit 1 gramme et plus de sulfate de quinine à des gens atteints d'hémitarthrite, et je ne lui ai vu produire ni bien ni mal; il a réussi, au contraire, lorsque, les accidents aigus étant calmés, il existait des névralgies en rapport avec les artropathies, et se manifestant avec quelque périodicité.

Dans certains cas, coexistait une splénopathie, et alors la quinine faisait cesser les phénomènes périodiques qui y étaient liés. L'emploi du tartre stibié, à cause des évacuations de sérum qu'il provoque, agit utilement dans l'hémitarthrite, mais ses effets sont moins évidents que ceux de la saignée; il est plus pénible qu'elle, et offre plus de danger dans son administration.

Les vésicatoires ou plutôt les évacuations séreuses abondantes autour des jointures malades sont recommandés et employés par tous les praticiens. Ce n'est pas là une médication nouvelle, le nouveau est d'en faire une méthode exclusive et applicable à tous les cas. Ce nouveau-là serait mauvais. Sans doute dans les premiers temps, si les vésicatoires étaient très-larges et déterminaient un flux de sérum et de fibrine très-abondant, ils pourraient contribuer à faire dissiper la phlogose articulaire; car, d'après les faits que nous avons vus, nous ne pouvons douter que la fibrine du sang déposé dans les membranes synoviales ne soit le point de départ de la phlegmasie. Ces résultats seraient analogues à ceux que l'on obtient quand on applique un large vésicatoire sur la peau qui recouvre la plèvre enflammée; mais une telle méthode est la source de douleurs et d'autres accidents qui ont beaucoup plus d'inconvénients que les saignées. Du reste les vésicatoires sont souvent utiles alors que l'affection est devenue locale et est fixée dans quelque articulation. Donner de l'opium à de hautes doses, dans l'hémitarthrite, est faire une thérapeutique empirique dirigée contre les symptômes de douleur, et alors que ce phénomène est le résultat de lésions organiques qu'il s'agit de combattre. Comme au lit du malade, on doit quelquefois se tenir en garde contre ses propres opinions, même les mieux établies, j'ai employé fréquemment des narcotiques divers pour calmer les douleurs que cause l'hémitarthrite, et je déclare n'avoir obtenu de cette méthode aucune espèce de succès. J'en dirai autant de l'azotate de potasse et de quelques autres médicaments prônés comme des spécifiques contre le rhumatisme.

Il résulte de tout ce qui vient d'être dit que, dans l'état actuel de la science, et pour ceux qui, n'obéissant à aucune opinion préconçue, à aucune doctrine exclusive, cherchent de bonne foi la vérité dans l'expérience et l'observation:

1° Que les évacuations sanguines, dont la réitération et la proportion sont en rapport avec l'état matériel des organes, les qualités et les quantités du sang, évacuations jointes, du reste, à l'emploi des boissons à doses réitérées, du repos, de l'élévation des membres malades recouverts d'applications émollientes; le tout combiné avec un régime approprié aux degré de l'hyperhémie, de l'hypémie, de l'hydrhémie, etc., du malade, constituent la médication qui convient le mieux dans la collection toujours plus ou moins aiguë des deux états pathologiques hémite et arthrite.

2° Que les autres médications ont, dans certains cas, de l'utilité.

3° Que l'emploi des vésicatoires doit être surtout réservé pour les cas dans lesquels le mal persiste à un degré plus ou moins intense dans une ou plusieurs jointures, et cela après que l'on a combattu les symptômes de l'hémite.

4° Que le sulfate de quinine est utile pour combattre les accidents périodiques et les splénopathies qui compliquent l'hémitarthrite ou qui en sont les suites.

En somme, messieurs, le rhumatisme articulaire aigu n'est pas une maladie simple exigeant toujours un même traitement. Il est un composé de divers éléments organopathiques, dont les degrés sont loin d'être toujours identiques, sur divers malades, et qui comportent chacun des indications particulières.

Dans les doctrines que je défends, il ne s'agit pas de suivre pour combattre le rhumatisme une formule indiquée *à priori*, mais de diriger contre les accidents qu'il présente des moyens mesurés par l'état des organes existant chez les gens qui en sont atteints.

M. Malgaigne: La question actuellement soulevée devant l'Académie, bien que principalement médicale, est aussi quelque peu chirurgicale. On a, en effet, compris dans la discussion les monarthrites qui sont du domaine de la chirurgie. Il ne paraîtra donc pas inutile qu'un chirurgien vienne apporter dans cette discussion son contingent de lumière.

Par suite de la division établie dans les hôpitaux entre la médecine et la chirurgie, division qui a et ses avantages et ses inconvénients, les arthrites multiples fébriles sont reçues exclusivement dans les services de médecins, tandis que les arthrites simples sont envoyées dans les salles de chirurgie. Il en résulte que la question présente deux faces. Les médecins doivent naturellement être plus frappés de l'état général, tandis que les chirurgiens sont plus frappés de l'état local. Pour étudier un phénomène quelconque, il faut l'étudier dans son état le plus simple d'abord, et puis s'élever de là aux complications. En médecine, on voit comme une sorte de tempête de tous les éléments morbides; de là cette foule de théories incohérentes. Je n'en veux pour preuve que ce que nous avons entendu ici, et que j'ai pris soin de relever.

Ainsi M. Bouillaud voit dans le rhumatisme articulaire une maladie générale essentiellement inflammatoire, le type des maladies inflammatoires, et il admet que les articulations qui sont le siége de cette inflammation puissent par la suite dégénérer en tumeurs blanches. M. Piorry, avec d'autres mots, professe à peu près l'opinion de M. Bouillaud. M. Martin-Solon et l'auteur du mémoire sont d'un avis différent: pour eux, le rhumatisme est bien une inflammation, mais une inflammation d'une nature toute spéciale et qui ne permet pas qu'on l'assimile aux inflammations ordinaires. M. Grisolle va plus loin encore: le rhumatisme n'est pas même une inflammation pour lui.

Lorsque, d'une part, je vois rapprocher l'arthrite aiguë de la tumeur blanche, et d'autre part nier jusqu'à l'existence de l'inflammation dans le rhumatisme, je ne puis dissimuler ma surprise. Si je poursuis l'examen des opinions émises en dehors de cette enceinte, je trouve partout la même incohérence. Ainsi M. Chomel admet deux sortes d'arthrite, l'une médicale, l'autre chirurgicale. Il donne pour caractère à l'arthrite simple ou chirurgicale, la fixité d'abord et puis une réaction fébrile intense. Le rhumatisme articulaire, au contraire, aurait pour principaux caractères d'être mobile et de s'accompagner de peu de fièvre; de sorte que M. Chomel semble ôter la fièvre à l'arthrite médicale pour la donner à l'arthrite chirurgicale où elle n'existe pas.

M. Valleix, d'un autre côté, dit avoir vu des monarthrites aiguës sans fièvre.

Les médecins n'ont donc pas tout vu. Ce n'est pas à dire pour cela que les chirurgiens, suivant moi, aient mieux vu que les médecins; mais cela inspire le regret que les médecins n'aient pas mieux cherché à s'enquérir de ce qui se passe dans les salles de chirurgie. Serait-ce que la monarthrite et la polyarthrite seraient en réalité des choses tout à fait différentes? M. Bouillaud nous a dit que quelquefois le rhumatisme articulaire dégénérait en tumeur blanche. La maladie primitive aurait-elle donc changé de nature? Je ne le crois pas, et je dois dire, à cette occasion, que les chirurgiens non plus n'ont pas toujours complétement bien vu. Je crois qu'il y a quelque chose qui a échappé à la fois aux médecins et aux chirurgiens. Il y a, par exemple, des arthrites doubles, que les médecins appellent rhumatismes, tandis que les chirurgiens les appellent tumeurs blanches. Boyer a dit que la coxalgie s'accompagnait de douleurs au genou, et tous les chirurgiens, après lui, ont répété cette assertion. M. Blandin est allé plus loin encore: pour lui toutes les tumeurs blanches s'accompagnent de douleurs dans l'articulation située au-dessous. Eh bien! tout cela est faux. Cette prétendue douleur sympathique n'est autre chose qu'une véritable arthralgie; en d'autres termes, il y a des tumeurs blanches doubles, comme il y a des arthrites aiguës, envahissant simultanément plusieurs articulations.

Comment donc se diriger à travers toutes ces contradictions, toutes ces erreurs, dans la recherche de la vérité? Pendant longtemps les médecins ont dicté les lois à la chirurgie, et ils étaient en droit de le faire, car les chirurgiens étaient dans un état d'infériorité et d'ignorance qu'on ne saurait nier. Cependant les médecins n'ont fait que des théories qui n'ont pas survécu à l'époque où elles sont nées; il a fallu qu'un chirurgien, un homme de génie, que Hunter, vînt pour nous apprendre ce qu'était véritablement l'inflammation. Or Hunter avait étudié d'abord dans les cas les plus simples; c'est donc par l'étude de la tumeur blanche qu'il faut commencer pour se faire une idée exacte de la question pendante.

J'ai éprouvé quelque embarras dans le principe pour le traitement. Je me suis demandé si l'expectation ne pourrait pas suffire dans certains cas. J'ai vu guérir ainsi d'elles-mêmes des monarthrites sans autre précaution que de maintenir l'articulation dans une position convenable. Mais lorsque j'ai voulu essayer ce même moyen dans les arthrites multiples, dans les tumeurs blanches de deux articulations, je n'ai point réussi. J'ai vu par là qu'il y avait une grande différence entre la monarthrite et l'arthrite multiple, entre la coxalgie simple

et celle qui se complique de douleurs au genou, qu'il y eût d'ailleurs ou non de la fièvre. Il y a dans ce dernier cas autre chose que l'inflammation, c'est le rhumatisme. Or ce serait en vain que, dans le rhumatisme, on s'en tiendrait uniquement au repos; on ne réussirait pas.

M. Grisolle a dit qu'il n'y avait pas inflammation dans le rhumatisme; cette assertion paraîtra étrange à tous ceux qui attacheront au mot inflammation le sens qu'il a généralement; il est évident que le rhumatisme est, au contraire, une véritable inflammation qui se complique seulement d'un autre élément.

On dit que le rhumatisme ne se termine pas par gangrène; mais jamais je n'ai observé la gangrène dans des cas d'inflammation traumatique. Quant à la suppuration, elle a souvent lieu; mais elle a lieu à une époque où les malades ne sont plus dans les salles de médecine: voilà pourquoi la plupart des médecins ne l'ont pas observée. C'est quand le rhumatisme est une tumeur blanche qu'on voit la suppuration.

Par leur tendance à ne voir que les phénomènes généraux, les médecins n'ont pas assez étudié l'inflammation des articulations. Beaucoup de malades que les médecins croient avoir guéri de leurs rhumatismes articulaires, parce qu'ils ont fait tomber la fièvre, ne sont pas guéris par le fait; c'est ce qui explique les prétendus succès alternativement attribués à toutes les méthodes. Mais la preuve que ces malades ne sont pas guéris, c'est qu'ils viennent ensuite dans les salles de chirurgie nous demander la guérison de leur *guérison*. (Rires.)

(Au moment où M. Malgaigne commence l'examen des faits contenus dans le rapport, M. le président lui fait remarquer que l'heure du comité secret a sonné. Il l'invite à ajourner la suite de son argumentation à la prochaine séance.)

HYPERTROPHIE DE LA RATE.

M. Grisolle présente une rate énormément hypertrophiée. Le malade porteur de cette rate était un homme de 44 ans, garde champêtre, qui, en 1834, eut quelques accès de fièvre intermittente quotidienne qui durèrent environ quatre semaines. Depuis sa santé avait été irréprochable. Il y a trois ans qu'il s'est aperçu qu'il maigrissait et perdait ses forces; il a constaté lui-même une tuméfaction considérable dans le côté gauche du ventre, tuméfaction qui augmenta rapidement d'abord, puis resta stationnaire pendant deux ans.

Depuis deux ans et demi, cet homme a été obligé d'interrompre son service à cause du sentiment de pesanteur, de gêne extrême et d'étouffement qu'il éprouvait. Il a maigri depuis ce temps-là, mais il a toujours eu bon appétit et a bien digéré.

Entré le 5 de ce mois à l'hôpital, il a présenté un développement énorme de la rate, sans aucun phénomène d'intermittence et intégrité de toutes les fonctions; seulement il y avait un développement considérable du ventre; pas d'ascite ni d'œdème. Le traitement a consisté en ventouses, sulfate de quinine, 1 gramme d'abord, puis 2 grammes. On a été obligé d'arrêter à cause des vertiges, surdité, etc.

Dimanche matin, ce malade a été pris d'une hématémèse; il a perdu 2 kilog. de sang; il a eu aussi quelques selles liquides sanguinolentes. Dans la journée, nouvelle hématémèse (2 k. de sang). Mort.

A l'autopsie, on a trouvé la rate adhérente aux parois abdominales. Elle pèse 4 kil. 100 gr.; son épaisseur au milieu est de 13 centig.; sa longueur de 31 centig.; son tissu est dense et ferme; on y voit quelques traces de congestion sanguine.

Il est quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

SÉANCE DU 23 FÉVRIER 1850. — PRÉSIDENCE DE M. VLEMINCKX.

M. Marinus lit une notice sur le *choléra épidémique*. L'honorable membre, laissant de côté la discussion incidente soulevée sur l'homœopathie, rentre dans le fond de la question, en communiquant les observations qu'il a recueillies, tant sur l'épidémie de 1832 que sur celle de 1849. Le résultat de ses observations concernant la thérapeutique du choléra, dans le cours de cette dernière épidémie, n'a fait que le confirmer dans les convictions qu'il avait acquises déjà en 1832, savoir que, dans le traitement du choléra épidémique, il faut principalement compter sur l'emploi des excitants diffusibles, réunis ou non à l'opium, selon les circonstances.

M. Marinus ayant observé le choléra dans une localité circonscrite et isolée, voisine de la capitale, a pu étudier avec plus de fruit qu'ailleurs les questions relatives à la contagion. Les faits qu'il a observés à cet égard ne lui paraissent pas prouver que le choléra se communique par contagion. Le choléra, comme le typhus, comme la peste, a son principe virtuel répandu dans l'air atmosphérique; il pénètre par conséquent partout. Mais les individus vivant ensemble dans un espace resserré où l'air n'est pas suffisamment renouvelé, placés dans des conditions hygiéniques identiques et favorables au développement de la maladie, lui paraissent plus disposés à le contracter; l'élément morbide y est plus facilement absorbé et acquiert parmi eux plus de force. C'est en cela seulement que M. Marinus admet une sorte de contagion par *infection*.

CAS DE GROSSESSE COMPLIQUÉE. — Rapport de M. Mascart, au nom d'une commission composée de MM. Graux, Craninx, Seutin et Mascart.

Messieurs,

Organe de la commission que vous avez nommée dans votre séance du 2 octobre 1847, je viens vous présenter un rapport sur une observation de grossesse compliquée qui mérite, à tous égards, de fixer l'attention de l'Académie.

Geneviève Prévinaire, âgée de 39 ans, d'une bonne constitution, a toujours joui de la santé la plus florissante.

Elle appartient à une nombreuse famille, qui n'est point entachée du vice scrofuleux.

Mariée le 22 avril 1846, elle voit ses époques menstruelles se succéder avec régularité jusqu'au mois de décembre de la même année.

Au mois de janvier 1847, les règles se suppriment, et cette femme, dont la santé n'est pas altérée, se croit enceinte.

Le 22 février et le 25 mars, les menstrues reparaissent; mais elles sont peu abondantes, et leur écoulement est de courte durée.

Dans le courant du mois de mai, la malade éprouve pendant plusieurs jours des coliques passagères, de la pesanteur et une douleur fixe dans l'hypocondre gauche.

Un mois plus tard, il survient de la constipation et de la difficulté pour uriner.

Ces accidents divers, attribués à un état inflammatoire de l'estomac, des intestins et de la vessie, sont vainement combattus par un traitement antiphlogistique assez énergique. La constipation devient de plus en plus opiniâtre et la miction presque impossible.

Le 19 août, à ma première visite, la femme présente un amaigrissement considérable; la face est grippée et le pouls petit et accéléré.

L'abdomen, énormément distendu par des gaz, est d'une extrême sensibilité à la moindre pression; il y a des vomissements répétés de matières muqueuses et bilieuses. La malade éprouve depuis cinq jours une constipation qu'aucun moyen n'est parvenu à détruire, et depuis quarante-huit heures elle se livre à des efforts inutiles pour rendre les urines.

Au toucher, je rencontre dans l'excavation pelvienne une tumeur arrondie, volumineuse, lisse, indolente, aplatissant le rectum en arrière, le vagin en avant. Ce dernier canal, allongé et tendu, est difficilement parcouru par le doigt; on ne trouve pas le col utérin.

Pensant que les symptômes alarmants observés sont produits par la rétroversion de la matrice, je m'empresse de vider la vessie par le cathétérisme et de faire des tentatives de réduction. Il me fut impossible de communiquer à la tumeur le plus léger déplacement.

Le lendemain, les accidents sont calmés. La malade a eu des évacuations alvines copieuses à la suite de lavements portés à la partie supérieure du rectum au moyen d'une sonde de gros calibre. La face est épanouie, le pouls à l'état normal; l'abdomen, souple et affaissé, se prête à une exploration facile.

Je rencontre dans la région hypogastrique une tumeur pyriforme, du volume de la tête d'un adulte; fortement inclinée vers la fosse iliaque droite, elle remonte à quatre travers de doigt au-dessus du pubis. Je reconnais que les dispositions de la tumeur pelvienne n'ont pas varié; la femme n'y éprouve pas les mouvements actifs du fœtus. Le ballottement ne peut être produit, et l'auscultation, pratiquée avec soin aux régions lombaire et hypogastrique, donne des résultats négatifs par rapport aux bruits du cœur du fœtus. Je palpe rapidement les autres parties de l'abdomen, et à ma grande surprise, je trouve dans l'hypocondre gauche un corps qui se contracte sous la pression de la main. M. le chirurgien Collard s'assure avec moi que ce corps est celui d'un enfant, dont il est facile de reconnaître les principales parties, telles que la tête, qui occupe le flanc gauche et les pieds, qui sont inclinés vers l'épigastre. Les mouvements du fœtus, fréquents et énergiques, soulèvent visiblement les parois du ventre et semblent s'exécuter sous la peau. Un espace étendu, dans lequel on ne rencontre pas des parties dures et qui rend à la percussion un son tympanique bien prononcé, sépare le fœtus de la tumeur hypogastrique.

En auscultant l'hypocondre gauche, on entend distinctement le double bruit du cœur de l'enfant, et le bruit de souffle peut être perçu par l'oreille la moins exercée aux recherches stéthoscopiques.

Du reste, la femme ne précise pas l'époque à laquelle elle a ressenti, dans l'hypocondre gauche, les mouvements actifs du fœtus; elle se borne à déclarer que ces mouvements étaient déjà *forts* au commencement du mois de juillet.

Les phénomènes qui viennent d'être rapportés restent invariables pendant plusieurs semaines. Le 20 septembre, la situation du fœtus est changée: les pieds se trouvent dans l'hypocondre droit et la tête dans l'hypocondre gauche. Ce même jour, la femme dit avoir éprouvé plusieurs fois des mouvements actifs dans la matrice. Interpellée sur le caractère de ces mouvements, elle répond qu'ils sont légers, qu'ils ressemblent à ceux qu'elle ressentait, il y a deux ou trois mois, dans l'hypocondre gauche. Nous ne parvenons pas à percevoir les contractions dont il s'agit, et nous cherchons inutilement à produire le ballottement ou à entendre le bruit du cœur de l'enfant. Ce bruit, de même que le souffle placentaire, est encore très-appréciable dans la région épigastrique.

Ces détails, messieurs, nous dispensent d'entrer dans des explications étendues pour justifier l'opinion que nous avons formulée dans cette enceinte le jour où nous avons prié l'Académie de confier à une commission le soin d'examiner la femme soumise à notre observation.

La femme a éprouvé dans l'hypocondre gauche, à une époque qui ne pouvait être éloignée du moment de l'imprégnation, une douleur fixe et circonscrite. On sait que cette douleur et la persistance de la menstruation sont citées par les auteurs comme les signes assez constants de la grossesse extra-utérine.

Une tumeur en apparence distincte du globe utérin existait dans l'hypocondre gauche. Le fœtus exécutait, dans la même région, des mouvements superficiels et plus vagues que dans les grossesses ordinaires, et telle était la minceur des parois qui le séparaient de la main appliquée sur l'abdomen, qu'il était facile de reconnaître ses formes et sa situation.

A ces symptômes de gestation abdominale s'ajoutait un phénomène stéthoscopique d'une grande valeur, savoir la facilité avec laquelle il était possible d'entendre les battements du cœur de l'enfant dans l'hypocondre gauche.

La grossesse extra-utérine n'excluant pas la possibilité d'une nouvelle fécondation, et la femme prétendant éprouver dans la matrice des mouvements actifs moins énergiques que ceux qu'elle ressentait dans l'hypocondre gauche, nous crûmes pendant plusieurs jours à l'existence d'une double gestation, dont l'une était utérine et l'autre abdominale.

Le 4 octobre, à l'arrivée de M. Craninx, on ne rencontre plus le fœtus, qui a longtemps occupé les deux hypocondres et l'épigastre. Il existe une obliquité latérale droite de la matrice, dont la forme est telle qu'on l'observe vers le sixième mois de la grossesse ordinaire. On entend les battements du cœur de l'enfant dans le flanc droit, et le bruit placentaire est surtout appréciable au sommet de l'hypocondre gauche.

Au côté gauche de la cicatrice umbilicale, se trouve, isolée de la matrice, une tumeur assez volumineuse, inégale, insensible à la pression. On remarque que les vaisseaux sous-cutanés placés au devant de cette tumeur sont plus ou moins variqueux.

M. Craninx et M. le docteur Mercier pratiquent le toucher; ils rencontrent dans le bassin la tumeur que j'ai décrite. Le col utérin échappe encore à notre exploration commune, et le ballottement ne peut être provoqué.

Eu égard aux phénomènes locaux qu'il avait observés, à l'état général de la malade, et particulièrement à la coloration suspecte de la peau, notre honorable collègue émit l'avis que les tumeurs situées dans le voisinage de l'ombilic étaient organiques, et qu'il y avait en même temps grossesse utérine. Nous fûmes unanimes pour admettre que la tumeur de l'excavation pelvienne était due à la matrice rétroversée; quelques moyens furent même employés pour ramener l'organe gestateur dans sa position normale.

Le 16 octobre, M. Seutin examine attentivement la femme. Pour lui, la tumeur recto-vaginale consiste dans un engorgement de l'ovaire ou des ganglions de l'abdomen; il reconnaît, avec M. Craninx, que la malade est enceinte et que le produit de la conception se trouve dans la matrice. Le teint jaune cachectique le confirme dans l'idée que la tumeur est du genre squirrheux, qui tend à la dégénérescence.

A dater du 1er novembre, la constitution de la femme s'améliore rapidement; l'appétit se prononce, les digestions sont faciles, l'embonpoint reparaît, la coloration jaune de la face est remplacée par un teint clair et rosé, les évacuations alvines et urinaires se font avec liberté. Cet état satisfaisant persiste jusqu'au moment où la parturition se déclare.

Le 10 janvier 1848, à cinq heures du matin, le travail s'annonce par de faibles douleurs. Je reconnais, avec M. le docteur Mercier, qu'au détroit inférieur le volume de la tumeur vaginale est sensiblement diminué; au détroit supérieur, ses dimensions ne sont pas modifiées, et l'espace qu'elle laisse entre elle et le pubis est trop étroit pour permettre au doigt de pénétrer profondément dans le vagin. La femme fut touchée étant debout, couchée sur le dos, appuyée sur les coudes et les genoux, et dans ces diverses attitudes, il fut impossible d'atteindre le col utérin.

Des tentatives réitérées de réduction ne réussirent pas à déplacer la tumeur.

Le travail marcha avec une extrême lenteur pendant quarante-huit heures.

Le 12 janvier, à onze heures du matin, les contractions utérines, sans être expulsives, deviennent plus fréquentes, et vers le soir, les eaux s'écoulent sans formation préalable de la poche amniotique.

On s'assure, en palpant l'abdomen, que la tumeur précédemment située dans le voisinage de la cicatrice ombilicale, occupe l'hypocondre gauche. La matrice, facile à circonscrire dans l'intervalle des douleurs, présente une obliquité latérale droite très-prononcée; quand elle se contracte, on peut vérifier que, tout en revêtant une forme globuleuse, elle s'étend jusque dans l'hypocondre gauche.

Pendant la nuit du 12 au 13, les douleurs sont plus intenses, et les eaux de l'amnios s'écoulent troubles et bourbeuses; néanmoins, l'auscultation apprend que le cœur du fœtus se contracte encore avec énergie.

L'état de l'excavation du bassin ne s'améliorant pas sous l'influence du travail de l'accouchement, un long trois-quart est plongé dans la tumeur recto-vaginale; quelques gouttes de sang s'échappent par la canule de l'instrument.

A dix heures du matin, la malade accepte avec courage l'opération césarienne.

Après avoir incisé les parois abdominales, j'aperçus, dans le fond de la plaie, une surface blanchâtre et légèrement soulevée: c'était un kyste développé dans le tissu même de la matrice; il contenait des matières ayant l'aspect et la consistance du pus des abcès chauds. Le dos de l'enfant était placé au côté droit de l'incision, la tête se trouvait dans l'hypocondre droit, et le siége appuyait sur la base du bassin. L'enfant fut extrait vivant, mais il mourut quelques instants après sa naissance. Quant au placenta, il fallut le décoller; son insertion avait lieu dans le fond de la matrice, qui remontait dans l'hypocondre gauche.

Après la délivrance, la vue et le toucher font constater la présence, dans tous les points de la cavité péritonéale, d'une quantité innombrable de tumeurs: à la partie moyenne et gauche de l'épiploon, elles forment, par leur agglomération, une masse considérable. Généralement aplaties et bosselées, ces tumeurs ont la forme et la couleur du macaron.

Le doigt ayant été introduit, par la plaie, dans la cavité de la matrice, on essaye de le faire pénétrer dans le vagin; mais cette manœuvre est rendue impossible par la tumeur recto-vaginale qui, au détroit supérieur, envahit toute la cavité du bassin. Au-dessus de la tumeur se trouve le col utérin; il est libre de toute adhérence avec elle et facile à embrasser avec le doigt.

Les suites de l'opération furent celles de l'accouchement le plus heureux.

Au commencement du mois de février, la difficulté de la miction et de la défécation reparut, et vers le 15 du même mois, il fallut employer la sonde pour vider la vessie; il y eut aussi, à plusieurs reprises, des symptômes d'étranglement. La constitution de la femme subit, en quelques jours, une altération profonde, l'amaigrissement fit des progrès rapides, la face prit une teinte jaune-paille, le volume des différentes tumeurs augmenta sensiblement; tout enfin annonçait que la mort de la malade était prochaine.

Ces prévisions ne se sont pas réalisées. Vers le 15 mars, on observa une série de phénomènes inespérés: la constipation ne dut plus être combattue qu'à de rares intervalles; l'émission des urines devint régulière, le rétablissement des forces fut prompt à s'opérer, la face se colora, et il fut évident que les engorgements avaient une tendance marquée à disparaître.

Le 20 mai et les jours suivants, la femme éprouve un sentiment de lassitude générale, de pesanteur aux lombes, de tension au périnée; ce sont, chez elle, les symptômes précurseurs ordinaires de l'apparition des règles qui se montrent successivement avec une régularité parfaite.

La malade se rend à Bruxelles dans le courant du mois d'août 1848, pour se soumettre à l'examen de MM. Seutin et Craninx: elle a toutes les apparences d'une bonne santé. Nos honorables collègues reconnaissent que le volume de la tumeur recto-vaginale est sensiblement diminué et que les engorgements abdominaux ne sont plus appréciables.

Au moment où nous déposons ce travail (séance de février 1849), la femme se porte à merveille, et depuis plusieurs mois elle a repris ses habitudes actives et laborieuses. Une tumeur persiste encore au sommet de la partie postérieure du vagin, mais la diminution progressive de son volume autorise à espérer que bientôt elle ne laissera plus de traces de son existence.

Depuis la dernière fois qu'elle a été examinée par mes honorables collègues de la commission, elle n'a pas cessé un instant de jouir de la santé la plus florissante; elle a même acquis un embonpoint, une énergie et une aptitude au travail qu'elle ne présentait pas avant sa grossesse.

La cicatrice des téguments de l'abdomen est ferme et solide, mais l'opérée porte un bandage pour contenir la masse des intestins qui s'échappent à travers l'écartement que les muscles droits de l'abdomen laissent entre eux. Du reste, le ventre est parfaitement indolent, et l'exploration la plus minutieuse n'y fait pas découvrir le moindre engorgement.

Il y a quelques jours, j'examinais encore la malade, alors que les intestins n'étaient pas maintenus dans leur situation normale. Dans cet état, je pus explorer pour ainsi dire sous la peau, une portion étendue du tube intestinal, du grand épiploon et du mésentère, et j'ai acquis la conviction que ces parties ne sont plus le siége d'aucune tumeur.

La forme, la consistance et la situation du col utérin ne laissent rien à désirer et la résolution de la tumeur recto-vaginale est complète.

M. Seutin, en rendant hommage à l'exactitude avec laquelle M. Mascart a rapporte les détails les plus précis de cette intéressante observation, ajoute quelques courtes considérations propres à faire ressortir les difficultés extrêmes que présentait le diagnostic dans cette circonstance, et ce qu'il y a en quelque sorte de phénoménal dans l'issue heureuse de l'opération.

M. Didot pense que la pratique qui consiste à ramener l'épiploon au devant de la plaie utérine est défectueuse, et qu'il serait plus sûr et plus rationnel de recourir à la suture du tissu de l'utérus récemment remise en honneur par M. le docteur Godefroy (de Mayenne), qui l'a appliquée avec succès.

AFFECTIONS VERMINEUSES; TÉNIA. — Rapport par M. Raikem (1).

Dans le courant du mois d'octobre 1848, M. le docteur Brasseur (de Genappe), membre correspondant de l'Académie, vous a adressé une observation accompagnée de trois ténias, et le 12 mars 1849 le même médecin vous a transmis une seconde observation à laquelle était joint un autre ténia. Je viens, au nom de la deuxième section, vous en rendre compte.

Dans la première de ces observations, il s'agit d'un marchand de vins, âgé de

(1) Nous reproduisons en entier cet excellent rapport qui résume parfaitement l'état de la science et de l'art sur ce sujet.

20 ans, d'un tempérament lymphatique, d'une constitution forte, sujet depuis plusieurs années à des étourdissements, à des constrictions spasmodiques de la gorge, à de l'oppression, à des pincements d'estomac et à des évanouissements.

Pour combattre ces phénomènes morbides, le malade avait été soumis sans succès à une foule de remèdes différents.

En juin 1848, il présentait le groupe de symptômes suivants : rêves bizarres et agitation pendant la nuit, illusions optiques, étourdissements, vertiges, yeux abattus et cernés, pupilles dilatées, langue sale, toux sèche, appétit variable et bizarre, éructations et bâillements fréquents, gastralgie parfois insupportable, douleurs ventrales accompagnées d'un sentiment de reptation ; assez souvent selles glaireuses, sanguinolentes, d'un jaune verdâtre, contenant des petits vers et de longs morceaux de substance d'un aspect charnu ; face tantôt pâle et tantôt rouge.

A la suite d'un régime tonique, continué pendant quelques jours, déjection de matières muqueuses accompagnées d'une grande quantité d'oxyures, de trois lombricoïdes et d'une portion de ténia que M. le docteur Brasseur considéra comme appartenant à un *tænia lata* ou inerme.

Ce praticien se hâta alors de faire administrer au patient, en six fois, de demi en demi-heure, une pinte de décoction préparée avec une once de racine de grenadier et une once de racine de fougère mâle ; de fréquents lavements soufrés, et en outre une cuillerée à café, de quart en quart d'heure, d'une mixture composée de : huile de ricin, une once et demie ; essence de térébenthine, un gros et demi ; éther sulfurique, un gros, et sirop de limon, une once.

Ces divers moyens, conjointement employés ne produisent qu'une seule évacuation alvine avec beaucoup de mucosités, un grand nombre d'oxyures, six lombricoïdes et un ténia entier vivant.

Une amélioration notable succéda à cette médication. Mais quelques semaines après, d'autres fragments de ténia s'étant montrés de nouveau dans les selles, le malade prit derechef les remèdes sus-indiqués, qui, cette fois, provoquèrent plusieurs déjections dans lesquelles il y avait sept lombricoïdes et deux ténias que M. le docteur Brasseur regarda comme des *tænia lata* ou botriocéphales.

Dès lors la guérison, favorisée par un régime tonique, ne s'est plus démentie.

La seconde observation est relative à une dame âgée de 75 ans, sujette à des douleurs de ventre, ayant le sommeil souvent agité et éprouvant des battements de cœur, des alternatives d'appétit et de dégoût, des lassitudes spontanées dans les membres, et la sensation de quelque chose de vivant qui remontait dans l'estomac et dans l'hypocondre gauche. Cette dame, depuis environ cinquante ans, rendait de temps à autre de longs morceaux de ténia.

Le 21 janvier 1849, à cinq heures du matin, ayant été soumise au traitement prescrit au malade qui fait le sujet de la première observation, elle eut plusieurs selles liquides et muqueuses, et rendit, à huit heures et demie du matin, un ténia que M. Brasseur qualifie encore de *tænia lata*.

Tel est l'abrégé sommaire de ces deux faits.

Maintenant qu'il me soit permis de vous exposer quelques considérations relatives à ces faits, dans la vue d'en faire mieux ressortir l'importance.

Nous savons tous, messieurs, que la présence de vers dans les voies digestives, surtout quand il y en a un grand nombre et de plusieurs espèces réunies, donne quelquefois naissance à des symptômes variés, susceptibles de simuler diverses maladies. Néanmoins je doute que l'on soit parfaitement d'accord sur l'innocuité ou sur la gravité de ces symptômes, et pour ce qui regarde plus particulièrement les ténias, plusieurs médecins contemporains pensent que les personnes qui en sont atteintes ne courent jamais aucun risque. Les effets malfaisants attribués aux vers, dit l'un d'entre eux, sont seulement occasionnels et accidentels ; et quand ils se manifestent, ils dépendent autant d'un état de faiblesse, de trouble ou de surexcitation extraordinaire de tout le corps, notamment du canal intestinal, que de leur simple présence. Dans la plupart des cas, ils ne suscitent aucun dérangement, et par rapport au ténia, le plus redouté de tous, le premier soupçon de son existence est souvent donné par l'apparition de fragments de cet entozoaire dans les déjections, les ascarides lombricoïdes et le ténia dans les cas particuliers sus-indiqués, et dans ceux-là seulement, sont capables d'occasionner des convulsions et certaines autres affections spasmodiques ; les ascarides vermiculaires peuvent produire du prurit à l'anus et aux parties génitales ; tous les autres maux attribués aux vers qui siégent dans les intestins de l'espèce humaine sont fictifs. Bremser, dans son ouvrage classique sur les vers intestinaux de l'homme, semble aussi leur accorder peu d'importance au point de vue de la pathologie, puisqu'il cherche à insinuer que la raison principale qui engage à employer les moyens propres à les expulser, se trouve dans le désir qu'ont d'en être délivrés tous les malades chez lesquels on sait qu'ils existent.

Bien que je sois convaincu par une longue expérience que beaucoup de désordres dans la santé vulgairement attribués à la présence de vers dans les intestins, en sont tout à fait indépendants et n'en dérivent point, néanmoins les observations dont nous sommes redevables à M. Brasseur, et quelques faits consignés dans les fastes de l'art, me paraissent suffisants pour autoriser à admettre que les symptômes qu'occasionne ou qui accompagnent la présence de vers, spécialement du ténia, dans les intestins, ne sont pas toujours fictifs, supposés ou imaginaires, mais sont quelquefois incontestables, très-réels, au point de devenir dangereux et même mortels.

Dans une dissertation inaugurale présentée et soutenue à Strasbourg, en 1803, par le docteur Schlathé, il est question d'un boucher, âgé de 40 ans, qui se présenta dans la salle de clinique interne de la faculté de médecine de cette ville dans un état de consomption par suite d'une affection chronique des intestins. Deux ans auparavant, il avait évacué par l'anus un grand nombre de vers lombricoïdes. Il mourut quarante-deux jours après son entrée à l'hôpital. On rencontra, à l'ouverture du cadavre, huit ténias armés qui occupaient toute l'étendue des intestins grêles. Ces vers avaient tous la tête tournée vers l'estomac et se trouvaient couverts par une matière muqueuse jaunâtre et très-tenace, à travers laquelle on voyait, en différents endroits, sur la membrane villeuse, des taches brunes de différente grandeur. Quelques-uns de ces ténias avaient encore la tête fixée dans la membrane interne et cachée sous les valvules et donnèrent des signes de vie.

Une domestique septuagénaire, demeurant à Fiesole, d'une maigreur remarquable, jouissant en apparence d'une bonne santé, fut tout à coup saisie, pendant la nuit du 30 juillet 1783, de violentes tranchées qui s'accompagnèrent de tympanite, de vomissements bilieux et d'un pouls petit et fébrile. Au milieu d'agitations, d'angoisses et de douleurs atroces, la malade rendit par l'anus un ver long de 2 mètres 33 cent. Néanmoins les souffrances loin de s'amender acquirent plus d'intensité et la mort survint au bout de vingt-quatre heures. Le professeur Lorenzo Naunoni, célèbre chirurgien de Florence, après avoir constaté que le ver éliminé pendant la vie, appartenait à l'espèce de *tænia solium*, procéda le 31 juillet au soir, à l'autopsie du cadavre, en présence de plusieurs médecins. Les intestins grêles contenaient deux lombricoïdes et un ténia entier, dont les articulations étaient fort courtes et la couleur très-foncée. Ce ténia était mort et n'avait pas plus de 2 mètres 91 centim. de longueur. De l'avis de Guidetti, auteur de cette observation (DEI VERMI UMANI IN GENERALE E DELLE DIVERSE SPECIE DI TENIA IN PARTICOLARE, Firenze, 1783), il différait manifestement de celui que cette servante avait évacué avant de succomber ; il croyait qu'il s'agissait, dans ce cas, de deux ténias différents, vu que l'un présentait des articulations longues et était formé par un certain nombre de cucurbitains réunis ensemble, tandis que l'autre offrait des articulations très-courtes et était un ver parfaitement simple.

Richard de Hautesierk rapporte, dans le t. III du RECUEIL D'OBSERVATIONS DE MÉDECINE DES HÔPITAUX MILITAIRES, une observation de Desarneaux relative à un jeune homme qui mourut à la suite de violentes convulsions occasionnées par un ténia qui s'était développé dans les intestins.

Plusieurs faits cités par Binet et qu'on peut lire dans ses remarques sur le ténia adressées à M. Postel de Francière et insérées dans le tome XXXIV du JOURNAL DE MÉDECINE de Roux, concourent également à démontrer que l'existence du ténia dans les intestins n'est pas toujours compatible avec une santé parfaite, mais s'accompagne parfois de maux divers qui peuvent avoir des conséquences nuisibles.

A ces faits, je pourrais ajouter deux autres cas dont l'un appartient à Daquin et l'autre à Campedon, qui sont relatés par Dremser dans son TRAITÉ SUR LES VERS INTESTINAUX DE L'HOMME, ainsi que le tableau que M. le docteur Louis a tracé des symptômes causés par le ténia, d'après des observations qui lui sont propres et les lésions rencontrées après la mort dans les intestins de personnes qui en étaient affectées.

Au surplus, Lieutaud, Sennert et d'autres praticiens célèbres avaient déjà remarqué que le ténia peut produire des accidents graves chez l'omme, surtout quand il en existe plusieurs dans le même individu ou lorsqu'un seul a atteint une longueur excessive.

Les observations transmises à l'Académie par M. le docteur Brasseur étaient accompagnées des quatre ténias évacués par ses deux malades. M. le professeur Gluge qui, sur mon invitation, a bien voulu se charger de les examiner, m'a fait connaître par écrit, le 27 mars dernier, le résultat de ses investigations.

Les vers solitaires envoyés par M. Brasseur (de Genappe) appartiennent à l'espèce *tænia solium*, reconnaissable aux protubérances percées d'une ouverture qui sont situées sur les bords des articulations, tantôt à droite et tantôt à gauche. C'est donc à tort que ce médecin rapporte ces helminthes au *tænia lata* ou *bothriocephalus latus* qui, contrairement à l'espèce précédente, offre les ouvertures prementionnées, servant pour l'évacuation des œufs, au centre des articulations.

Ainsi donc tous les ténias évacués par les malades de M. le docteur Brasseur étaient évidemment des *tænia solium*, espèce qui est beaucoup plus commune en Belgique que le botriocéphale. Le docteur Gérard de Vos, dans une dissertation couronnée par l'Académie d'Utrecht en 1822-1823 sur les entozoaires qui existent en Belgique, dit que les Hollandais sont souvent tourmentés par le *tænia solium*, qui s'observe aussi presque exclusivement en Allemagne, en Angleterre, en Hollande et dans l'Orient, selon M. Félix Dujardin ; tandis que d'après le savant helmintologiste français, le botriocéphale se trouve dans l'intestin de l'homme en Suisse, en Pologne, en Russie et plus rarement en France. Sur 206 malades atteints du ténia, M. le docteur Wawruch, médecin de l'hôpital des teigneux à Vienne, a rencontré le *tænia solium* chez 203 ; 3 seulement ont présenté le botriocéphale : c'étaient un Livonien, un Bavarois et un Russe. Toutefois notre honorable collègue M. le docteur Marinus pense que le botriocéphale n'est pas rare en Belgique. Parmi les onze observations particulières qu'il a rapportées à l'appui de l'efficacité de l'écorce de la racine de grenadier sauvage contre le ténia, dans sa dissertation inaugurale présentée et soutenue à Gand, en 1830, huit concernent le *tænia solium* et trois seulement sont relatives au botriocéphale.

Il n'est pas extraordinaire de rencontrer chez le même individu la réunion de plusieurs entozoaires de différents genres, voire même de plusieurs ténias de la même espèce, comme la première observation de M. le docteur Brasseur en offre un exemple.

Mais est-il bien avéré que les deux espèces de ténia de l'homme, c'est-à-dire le *tænia solium* et le botriocéphale, ne se trouvent jamais en compagnie, ne peuvent coexister ensemble dans les intestins du même individu ?

La plupart des auteurs prétendent qu'on n'a jamais trouvé ces deux espèces

dans le tube intestinal du même sujet. Il y a cependant des faits irrécusables qui infirment cette assertion.

Dans le mémoire sur les principaux vers du corps humain, publié à Crême en 1811, par Brera, on lit le passage suivant, que je traduis de l'italien : « Des observations prouvent que les ténias peuvent habiter chez le même sujet en compagnie de ténias et de vers d'autres espèces. Je fus moi-même longtemps dans l'erreur à ce sujet, jusqu'à ce que j'eusse l'occasion de pouvoir confirmer par mon expérience personnelle ce que Dionis avait autrefois avancé, savoir que deux ténias d'espèce différente pouvaient coexister chez le même malade. Un Suisse, établi à Bologne depuis deux ou trois ans, présenta les signes qui indiquent la présence du ténia. Un traitement opportun ayant été employé, il évacua en entier un très-beau ténia inerme, c'est-à-dire un botriocéphale, ténia qui est en quelque sorte indigène chez les habitants du Nord et de l'Helvétie. Néanmoins les accidents, loin de diminuer, ayant augmenté de violence, on fut obligé de renouveler le traitement et de recourir même à des anthelminthiques très-puissants, qui cette fois procurèrent l'évacuation de quelques longues portions de plusieurs ténias armés, dont les articulations étaient bien développées et bien organisées, semblables à celles que j'ai fait représenter dans la planche II de mon TRAITÉ SUR LES MALADIES VERMINEUSES.

Le docteur Breton a relaté, dans les TRANSACTIONS MÉDICO-CHIRURGICALES DE LONDRES pour l'année 1821, l'observation d'une petite fille affectée de tenia, laquelle prit un jour, à huit heures du matin, 1 scrupule d'écorce pulvérisée de racine de grenadier, délayé dans une once d'eau froide ; elle répéta l'ingestion de ce médicament, à la même dose, toutes les heures, jusqu'à midi. A une heure vingt minutes, la jeune patiente évacua un ténia large botriocéphale, vivant, de 4 pieds 9 pouces de longueur, et le lendemain elle rendit un *tænia solium*, mort, de 9 pieds 10 pouces de longueur.

Le docteur Wawruch fait mention d'un orfèvre de Genève qui, après avoir expulsé un botriocéphale dans son pays, était venu s'établir à Vienne. Au bout de deux ans, il y fut affecté d'un *tænia solium*.

« Il y a quelques années, disait Rudolphi en 1821, dans son ouvrage de physiologie, je recueillis plusieurs vers solitaires qui avaient été éliminés par une femme. Il y en avait en même temps des deux espèces, munies de têtes. C'est là le seul exemple bien avéré de ce genre que je connaisse. »

Pour ce qui regarde le traitement, sans professer une foi avengle pour la polypharmacie, on conçoit que les ténias logés dans les intestins et qui donnent naissance à de graves symptômes ne sauraient guère résister aux anthelminthiques les plus puissants, surtout quand, au lieu de se borner à l'administration d'un seul d'entre eux, on en emploie concurremment plusieurs à la fois.

Cependant M. le docteur Brasseur, quoiqu'il eût d'abord fait prendre au malade, sujet de sa première observation, une décoction de racines de grenadier et de fougère mâle, des lavements soufrés et un mélange d'huile de ricin, d'essence de térébenthine, d'éther sulfurique et de sirop de limon, ne parvint pas à guérir radicalement le patient, lequel éprouva, peu de temps après, une recrudescence, dont triomphèrent complétement les mêmes remèdes, qui obtinrent aussi un plein succès dans la seconde observation.

On préconise encore comme excellents ténifuges l'huile grasse ou l'oléo-résine extraite de la racine de fougère mâle, à l'aide de l'éther (Peschier), ainsi que l'extrait résineux de fougère mâle préparé par la distillation de la teinture alcoolique (Ebers, de Breslau).

Enfin il est une autre substance médicamenteuse introduite depuis peu dans la thérapeutique européenne, et à laquelle on attribue des propriétés ténifuges très-actives : je veux parler du *housso* ou *cousso* (fleurs de la *brayera anthelmintica*), importé d'Abyssinie en France, il y a quelques années, par M. Rochet d'Héricourt. L'efficacité du *cousso*, à ce qu'il semble, est connue et popularisée depuis un temps immémorial chez les Abyssiniens, et vient tout récemment d'être constatée en France par MM. les docteurs Chomel, Sandras, Delpech, Guéneau de Mussy, etc., et à Naples par MM. les docteurs Ant. Assalini, Foderaro et Crassi.

D'après ce qui précède, il vous sera facile, messieurs, d'apprécier à leur juste valeur les faits communiqués par notre honorable collègue M. le docteur Brasseur. La deuxième section vous propose, par mon organe, de déposer les deux observations dans les archives de l'Académie, et d'adresser des remerciments à l'auteur.

— La séance est terminée par la reprise de la discussion sur l'homœopathie.

BIBLIOGRAPHIE.

DES GLANDES DE MÉRY (VULGAIREMENT GLANDES DE COWPER) ET DE LEURS MALADIES CHEZ L'HOMME ; thèse pour le doctorat par M. GUBLER. — Paris, 1849. — In-4° de 74 pages.

C'est toujours une heureuse idée et dont nous aimons à féliciter ceux qui savent l'appliquer que de choisir son sujet de thèse parmi ces questions spéciales, neuves et mal étudiées encore, qui permettent, même à une expérience novice, de payer un tribut profitable à la science. M. Gubler a heureusement suivi cette voie en prenant pour texte de sa dissertation inaugurale : LES GLANDES DE MÉRY ET LEURS MALADIES. — Si, moins fidèle à la seconde qu'à la première partie de son programme, il a un peu écourté l'histoire pathologique au bénéfice de l'anatomie, il est juste d'admettre, comme circonstance atténuante au reproche que cette remarque pourrait motiver l'âge et la position de l'écrivain. Une patiente recherche peut en quelques mois révéler tout ce qu'il est utile de savoir sur la structure et la conformation d'un organe. Mais la clinique ne s'improvise point, et l'on reste forcément bien succinct lorsqu'on se condamne à ne pas franchir les limites du positif, surtout à propos d'affections comme celles-ci, encore presque inexplorées.

L'anatomie a reçu de M. Gubler des développements instructifs et tout à fait originaux. Bien qu'il n'apporte à cette étude aucune donnée véritablement nouvelle, la précision de ses remarques jettera sans doute une vive et fructueuse lumière sur les propriétés et les usages de ces glandes. Il suit d'abord pas à pas les travaux de ceux qui s'en sont occupés, discutant soigneusement les titres de chacun et réhabilitant, surtout dans ses droits d'inventeur, Méry, qui, le premier, indiqua la situation, le volume et les rapports exacts de ces deux petits corps jusque-là méconnus.

Dans la monographie fort détaillée et très-complète qu'il trace ensuite, l'auteur s'attache surtout à bien déterminer les points restés avant lui obscurs ou litigieux. C'est ainsi que, d'après lui, ces glandes ne manquent jamais, sont toujours au nombre de deux. Leur canal excréteur, rampant pendant une assez longue partie de son trajet, peut par conséquent être divisé fictivement en deux portions, l'une dans l'épaisseur du bulbe, *intra-spongieuse*, l'autre *sous-muqueuse*.

Ce sont principalement les connexions de ces glandes que M. Gubler est parvenu à fixer d'une manière claire et simple. Il résulte de ses recherches que le muscle ischio-urétral est formé de deux parties distinctes séparées par l'aponévrose moyenne du périnée : l'une embrasse la prostate et la plus grande portion de la région membraneuse ; l'autre appartient aux organes renfermés dans la loge inférieure, c'est-à-dire au bulbe, à une portion de la région membraneuse et aux glandes de Méry. — Ce qui prouve clairement — contre l'opinion de quelques anatomistes — que ces glandes occupent bien réellement la loge inférieure du périnée, c'est que toutes les fois que la suppuration se forme dans la cavité aponévrotique qui les enveloppe, elle se fait jour du côté du périnée et ne remonte jamais vers la prostate.

Quelques déductions physiologiques intéressantes découlent de ces considérations. Le mucus incolore que les glandes de Méry secrètent constitue ce liquide qui vient se présenter au méat pendant les érections. L'absence d'animalcules le différencie suffisamment d'avec le sperme. Quant au liquide prostatique, il ne peut en aucune façon être confondu avec celui-ci ; car il n'est jamais visqueux, et même chez les fœtus, M. Gubler l'a toujours trouvé plus ou moins trouble à cause des nombreux éléments microscopiques qu'il renferme. — Soit à cause de cette différence dans les produits de sécrétion, soit en raison de leur diversité de texture, il faut donc renoncer à l'opinion qui considère les glandes de Méry comme des accessoires de la prostate.

Les usages de ces corps glanduleux se bornent à fournir l'humeur qui lubréfie le gland au moment du coït. Vraisemblablement aussi sa présence dans le canal est nécessaire à l'émission régulière de la semence. Ce mucus est poussé dans l'urètre, d'abord par le *vis à tergo*, et aussi par la contraction des muscles qui entourent ses organes sécréteurs.

Cette histoire est complète : mais elle aurait pu le paraître encore davantage si l'auteur, plus soucieux de ses intérêts que de ceux de la science, eût su s'abstenir de soulever, chemin faisant, une foule de questions que, après les avoir énoncées, il s'avoue aussitôt impuissant à résoudre. C'est ainsi qu'il hésite à prononcer si les glandes de Méry subissent, comme la prostate, une hypertrophie en rapport avec les progrès de l'âge. Leur embouchure dans l'urètre est-elle garnie d'un sphincter? Cooper l'admet. M. Gubler ne le nie ni ne l'affirme. — Ces corps existent-ils chez les animaux? Même silence, mêmes doutes. Du reste, en signalant cette réserve, nous sommes bien loin de vouloir récriminer le sentiment qui l'a dictée. Cette bonne foi sert, au contraire, bien mieux les progrès de l'art, en provoquant de nouvelles recherches sur les points qu'elle confesse être incomplétement connus.

Le chapitre de la *pathologie* ne peut, sous aucuns rapports, passer pour aussi complet que celui-ci ; car l'auteur, de propos délibéré, n'y traite que d'une seule maladie, l'inflammation aiguë des glandes de Méry, l'oblitération de leur canal excréteur n'étant ensuite l'objet que d'une mention très-succincte.

Cette inflammation aiguë est le plus souvent consécutive à la blennorrha-

gie urétrale. Mais c'est une complication extrêmement rare. M. Ricord n'en rencontre guère chaque année qu'une demi-douzaine de cas terminés par suppuration. — Quant à nous, sur un nombre total de quatorze cents observations de gonorrhée chez l'homme, qu'il nous a été donné de recueillir, nous n'avons pas constaté une seule fois la phlegmasie suppurée de ces glandes. Nous confirmons donc pleinement par ce témoignage négatif l'assertion de M. Gubler sur la rareté de cette maladie. — D'ailleurs les contusions, le cathétérisme, l'équitation, l'abus du coït, peuvent aussi lui donner naissance.

Le plus souvent une seule des glandes devient enflammée, et c'est ordinairement la gauche.

L'invasion se manifeste par une tension douloureuse au périnée, dans la région bulbaire du canal. On y sent profondément une petite tumeur nettement limitée, pyriforme, dont la grosse extrémité regarde l'anus, tandis que la pointe répond au bulbe avec lequel elle se confond. — Bientôt la phlegmasie franchit les limites de la loge aponévrotique de la glande. Enfin la fluctuation se dessine, et si l'on ne se hâte d'inciser, la peau s'amincit et s'ouvre pour livrer passage au pus. Il est remarquable que la partie inférieure de la bourse correspondante participe toujours de bonne source à la tuméfaction inflammatoire.

La strangurie accompagne-t-elle nécessairement l'affection qui nous occupe? D'après M. Ricord, dont l'auteur invoque souvent et toujours à propos l'imposante autorité, le gonflement de la muqueuse urétrale, la rétention du liquide dans le canal excréteur de la glande enflammée, des contractions spasmodiques du muscle ischio-rectal surexcité peuvent bien accidentellement gêner les fonctions urinaires; mais ce symptôme n'est une suite ni constante, ni durable de la phlegmasie des glandes de Méry.

Une fois le foyer ouvert, si l'on y fait pénétrer un stylet, on sent que son extrémité ne va que par soubresauts, ou qu'on est obligé de le retirer à soi pour l'engager dans une nouvelle direction. Ce signe est considéré par l'auteur comme démontrant le siége de l'abcès dans la glande de Méry, ou du moins dans une glande à locules multiples.

Comme complication sérieuse, il peut arriver ensuite que la paroi urétrale soit détruite par l'inflammation, s'ulcère et livre passage à l'urine au dehors. La possibilité de cet accident, qui entraîne toutes les conséquences des fistules urinaires, sera pour le praticien un nouveau motif d'ouvrir le foyer aussitôt qu'il en a pu constater la formation.

La suppuration est-elle la suite inévitable de cette phlegmasie? S'il est vrai que les blennorrhagies accompagnées de tension douloureuse de la région bulbaire soient effectivement des exemples de l'inflammation des glandes de Méry, il faut bien admettre que cette dernière se termine souvent par résolution; toutefois, dans les cas plus tranchés où le diagnostic a pu être rigoureusement établi, M. Ricord dit n'avoir jamais obtenu cet heureux résultat.

Les données symptomatologiques précédentes suffisent à éclairer le diagnostic, et nous dispensent de tracer ici, d'après M. Gubler, le tableau des signes sur lesquels il se fonde. Rappelons cependant que M. Ricord a vu une tumeur gommeuse située si exactement à la place de cette glande qu'elle aurait pu en imposer pour une phlegmasie de son parenchyme. Les effets de l'iodure de potassium tranchèrent bien vite la question. Le même chirurgien a été appelé par un confrère qui prenait la maladie dont il s'agit pour l'inflammation d'un corps caverneux.

Le traitement, essentiellement antiphlogistique, ne réussit ordinairement, malgré toute la vigueur possible, qu'à concentrer l'inflammation autour de son foyer primitif, mais non à prévenir la suppuration. Or dès que la présence du pus est reconnue, il importe, pour obtenir une guérison rapide, de lui ouvrir aussitôt une issue au dehors. Les règles à suivre pour pratiquer l'incision consistent surtout à faire exécuter au bistouri, parvenu dans la poche purulente, quelques mouvements de va-et-vient, afin de détruire les lamelles qui cloisonneraient le foyer. Si même, après avoir exprimé tout le pus qui peut sortir, on découvre encore un point de fluctuation profond, il faut aller déchirer avec le bout de la sonde cannelée la paroi de cette petite loge purulente.

Nous n'avons jusqu'à présent parlé que de l'inflammation aiguë des glandes de Méry, imitant en cela notre auteur, qui semble éviter avec un soin particulier tout ce qui concerne la forme chronique de cette phlegmasie. Cependant, comme il appelle *assez raisonnable* (p. 28) l'opinion qui rapporte à ces glandes la source du liquide de la *goutte militaire*, comme il cite même (p. 31) un fait qui lui semble confirmer en partie cette manière de voir, quelques remarques sur ce point ne seront vraisemblablement pas jugées par le lecteur être tout à fait étrangères au sujet. Selon nous, c'est une question encore irrésolue et digne de toute l'attention des praticiens que de déterminer pour quelle part et dans quelles circonstances l'altération des glandes de Méry continue à entretenir un suintement urétral chronique; mais ce qu'on peut dès à présent affirmer, contradictoirement aux auteurs que M. Gubler cite avec une sorte de sympathie, c'est qu'en général le suintement n'est pas fourni entièrement par cette sécrétion. Deux faits, d'observation vulgaire, le démontrent: d'abord, chez les malades de cette classe, le liquide qui s'échappe de la verge pendant l'érection est aussi transparent, aussi incolore que dans l'état naturel. Or, puisque ce sont, d'après M. Gubler, les glandes de Méry qui fournissent ce liquide, il ne devrait pas conserver ses qualités normales si son organe de sécrétion souffrait d'une altération capable de lui faire rendre un produit morbide. En second lieu, quand on explore le canal des malades qui ont une goutte militaire, *immédiatement après qu'ils ont uriné*, on a beau presser la région membraneuse, le bulbe et le périnée, on ne fait pas sortir une seule goutte du liquide, qui, dans d'autres circonstances, s'échappe momentanément du méat: prenve certaine qu'il est exhalé principalement par la surface de l'urètre, et non dans la profondeur de ces glandes accessoires.

Tout, on le voit, n'est pas terminé sur ce point délicat de la pathologie urétrale. Nous serions heureux, en signalant ces quelques lacunes dans le travail de M. Gubler, de l'inciter à compléter ses intéressantes recherches. Avec le concours du maître habile qui leur a déjà prêté son aide, il ne doit pas désespérer de les mener à bien, malgré toute la difficulté du nouveau sujet sur lequel nous provoquons ses méditations.

— Le choléra, la fièvre jaune et la fièvre rouge font de très-grands ravages sur toute la côte de l'Amérique, depuis le golfe du Mexique jusqu'aux rives de la Plata.

A la Havane, les familles aisées quittent cette ville pour se réfugier dans l'intérieur de l'île, où le choléra ne s'est pas encore déclaré.

Au Brésil, c'est la fièvre jaune qui sévit, et à Rio-Janeiro seulement, plus de 15,000 personnes ont succombé. D'après des correspondances de cette ville, en date du 25 mars, l'épidémie faisait de grands ravages parmi les équipages des navires qui se trouvaient dans le port. Il est bien à craindre, par conséquent, que l'expédition pour la Plata n'éprouve des pertes considérables, si elle touche quelque port du Brésil, l'épidémie ayant éclaté sur tous les points de la côte.

La fièvre rouge a régné sur les bords de la Plata, et déjà elle a fait plusieurs victimes à Buenos-Ayres. Les journaux citent entre autres victimes le frère de l'ancien ministre de la république argentine à Paris, M. Mariano de Sarratea, président du tribunal de commerce, homme des plus honorables.

Le *British-Packet* annonce aussi la mort du colonel Marino, aide-de-camp du général Rosas.

— Les nouvelles les plus récentes du Brésil annoncent que la fièvre jaune fait d'affreux ravages sur le littoral, frappant sur toutes les classes indistinctement, même sur les nègres et les naturels du pays. A Fernambouc seulement, depuis le début de la maladie jusqu'au 1er mars, deux mille personnes au moins auraient succombé à la maladie. Un grand nombre de marins des équipages étrangers avaient été placés dans un hôpital temporaire dans l'île de Nagueira; 40 étaient déjà morts. La plus grande consternation régnait dans le pays; la moitié au moins des personnes atteintes succombait.

La maladie régnait également à Bahia et à Rio: à Bahia, où elle aurait été apportée par un navire négrier, et à Rio, où elle aurait été importée par mer. Dans cette dernière ville, à la date du 5 avril, on comptait quatorze mille morts depuis moins de trois mois.

La maladie avait beaucoup frappé sur les équipages des navires étrangers; plusieurs avaient perdu jusqu'à leur dernier homme. La plupart n'avaient pas la moitié des matelots qui leur étaient nécessaires pour les manœuvres.

— MORTALITÉ DANS LES VILLES MANUFACTURIÈRES. — Un journal affirme qu'il résulte des tables de mortalité en Angleterre une donnée curieuse, savoir que le soldat combattant sur la tranchée d'une ville assiégée, ou sur le champ de bataille en présence du plus brave de ses ennemis, est exposé à moins de chances de mort que l'habitant de certaines villes manufacturières d'Angleterre, telles que Manchester, Liverpool, etc. La chance de mort au siége d'Anvers était comme 1 à 68; au siége de Badajoz, comme 1 à 54; à la bataille de Waterloo, comme 1 à 30. Pour l'ouvrier de Liverpool, la chance de mort est comme 1 à 19; pour le tisserand de Manchester, comme 1 à 17; pour le coutelier de Sheffield, comme 1 à 14.

— On dit qu'une maladie cutanée ressemblant à la petite vérole a éclaté à Saint-Christophe, aux Indes orientales. Cette maladie fait à ce qu'il parait de grands ravages.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — DISCUSSION SUR LE RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU.

La discussion sur le rhumatisme articulaire aigu, reprise mardi à l'Académie de médecine, s'est d'abord traînée dans des redites qui semblaient annoncer sa fin prochaine. Mais, ranimée et replacée à sa hauteur par un membre correspondant, M. le docteur Parchappe, elle paraît au contraire devoir entrer dans une phase nouvelle; du moins a-t-on pu le penser en entendant, après le discours de M. Parchappe, plusieurs membres, entre autres M. Bouillaud, s'opposer à la clôture de la discussion et demander le renvoi à une autre séance. Cette séance aura lieu, à titre de supplément, samedi prochain.

Nous disons que M. Parchappe, dans son élégante argumentation, a pris la question de haut; il ne s'ensuit pas que nous partagions sur tous les points sa conviction, ni qu'un peu plus d'esprit pratique eût gâté, à nos yeux, le mérite des vues philosophiques qu'il a développées. Le rhumatisme articulaire aigu est-il une maladie générale, ou est-il une maladie locale? Là seulement, suivant M. Parchappe, peut se trouver la solution de la question thérapeutique. Si le rhumatisme est une maladie générale, une fièvre, dont les lésions articulaires ne soient qu'un symptôme principal, sa nature ne peut être parfaitement connue; car il en est ainsi de toutes les affections générales; de plus, comme ces affections ont des phases définies, une durée déterminée *et en quelque sorte fatale*, le médecin ne doit pas prétendre à les faire avorter, à les juguler; il ne peut que suivre la nature, *sequi naturam*. Au contraire, si le rhumatisme est une maladie locale, il peut être suffisamment connu dans sa nature, comme c'est le propre de toutes les affections locales, et il doit être possible de l'enrayer à son début. Telle est la doctrine de M. Parchappe.

Le problème peut-il être posé dans ces termes absolus? C'est ce qui mérite d'être examiné. Et d'abord, une distinction aussi radicale entre les affections générales et les affections locales, est-elle licite? Y a-t-il, dans la majorité des cas, une aussi grande différence, quant à la cause essentielle, entre certaines maladies à manifestations multiples et certaines autres extérieurement caractérisées par une seule lésion? Non certainement, et nous croyons que si M. Parchappe fût sorti des considérations générales pour entrer dans le domaine de la particularité, s'il eût cru devoir rapporter quelques exemples à l'appui de ses principes, il eût éprouvé quelque embarras. Sans doute, si l'on compare une phlegmasie locale, engendrée sur place par un agent extérieur, comme est une brûlure, à une synoque inflammatoire qui engage l'organisme tout entier, la dissemblance paraîtra complète. Mais on se tromperait beaucoup si l'on croyait pouvoir en admettre une pareille entre la même fièvre synoque et une phlegmasie *spontanée* ou de cause interne, comme la pneumonie ou le phlegmon. Si une fièvre primitivement générale — nous disons primitivement générale pour la distinguer de la fièvre réactionnelle — procède nécessairement d'une cause susceptible d'ébranler la totalité de l'organisme, un phlegmon, une pneumonie, une arthrite, ne sont souvent que l'expression isolée d'une cause également générale, inhérente à la fibre vivante ou circulant avec le fluide sanguin, quoique impropre à amener dans l'économie une perturbation universelle. La conséquence de ceci, on la devine et l'on voit qu'elle force à rabattre quelque chose des principes absolus de M. Parchappe. Cette conséquence, c'est que beaucoup de maladies dites locales ont aussi des phases, des périodes d'évolution, moins fixes, si l'on veut, moins imperturbables que les phases des affections primitivement générales, mais enfin soumises à certaines conditions de durée. Partant, si la nécessité d'une évolution plus ou moins régulière peut être opposée aux prétentions de la thérapeutique dans les maladies générales, elle peut l'être également en ce qui concerne bon nombre de maladies locales, avec la restriction que comporte naturellement la différence d'étendue des deux sphères morbides.

Maintenant, l'évolution des affections générales est-elle aussi invariable que l'assure M. Parchappe? Est-elle si *fatale* qu'elle se joue de toutes les tentatives de la thérapeutique? C'est encore là une assertion, grâce à Dieu, un peu exagérée. Si la médecine en était là, elle pourrait abdiquer sans perdre grand'chose; car, nous le répétons, les maladies générales forment le gros lot de la pathologie. Nous croyons, au contraire, que la médecine, dans son imperfection, possède cependant les moyens, soit d'enrayer ces maladies à leur début, soit de hâter considérablement leur solution. Nous sommes convaincus qu'on peut faire avorter quelquefois la fièvre typhoïde elle-même au moyen des vomitifs et des purgatifs employés dès l'apparition des prodromes caractéristiques, qu'on peut en abréger le cours par un traitement analogue. On comprend bien que nous ne puissions pas apporter ici à l'appui de notre thèse toutes les preuves de raison et de fait qu'elle demanderait; mais nous ne craignons pas de l'opposer au fatalisme peu encourageant de M. Parchappe.

Ce fatalisme, l'orateur l'a appliqué, bien entendu, au rhumatisme articulaire aigu; car de faire de cette maladie une affection locale, on ne pouvait l'attendre d'un observateur aussi distingué. Le rhumatisme aigu est une affection générale; donc il est assujetti à une évolution régulière; donc aucune méthode de traitement ne peut prétendre ni à l'enrayer ni à en abréger beaucoup la durée. Telle est la conclusion des considérations philosophiques que nous venons de relever. C'est, comme on voit, un *à priori*, et non pas des moins hardis. Nous doutons fort qu'il soit du goût des partisans du sulfate de quinine, du nitrate de potasse et des saignées coup sur coup.

Le rhumatisme est-il de nature inflammatoire? Ce point de vue pratique de la question a été également et assez longuement traité par M. Parchappe. Ce qu'il a dit de la vraie signification des lésions articulaires ou des complications internes est plein de sens et devra marquer dans la discussion. Oui, ordinairement le gonflement douloureux des articulations atteste la présence d'un élément phlegmasique, mais il n'y a aucune induction à en tirer en faveur de la nature inflammatoire de la maladie générale, c'est-à-dire du rhumatisme; et la preuve, c'est que certaines maladies qui manifestement ne sont pas de nature inflammatoire comprennent dans leurs manifestations des inflammations locales qui vont jusqu'à la suppuration. L'orateur a cité la variole; on pourrait en appeler avec plus de force encore au typhus, dont la nature s'éloigne de l'inflammation plus encore que la variole. Cet ordre d'idées, nous l'avons dit, est parfaitement juste et manquait jusqu'ici au débat. On a entendu aussi avec beaucoup d'intérêt quelques remarques sur la valeur de l'état couenneux du sang et de la prédominance de la fibrine; on a surtout accueilli avec faveur la promesse d'un travail étendu sur l'hématologie, destiné à rectifier quelques idées nouvelles

---

Feuilleton.

UNE VISITE MÉDICALE AU MUSÉE DES ANTIQUES.

Une visite au musée des antiques! — Eh! pourquoi non, mon cher lecteur? En présence de ces reproductions si variées de la forme humaine et de ces allusions symboliques si fréquentes aux principales phases de notre existence, la médecine, cette science de l'homme, cette science aux applications si diverses, doit-elle rester indifférente ou muette? N'y a-t-il pas d'ailleurs un vif intérêt pour elle à promener ses regards sur ces divinités si nombreuses et qui, pendant si longtemps, reçurent les vœux de l'homme malade; à chercher le sens de tant de poétiques emblèmes prêtés jadis à l'art de guérir par l'imagination ou la reconnaissance, et à revendiquer pour l'anatomie, cette sœur de la médecine, tant de ces qualités dont brille la statuaire antique: l'exactitude et la grâce dans le modelé, la vérité des saillies musculaires et osseuses, l'harmonie des proportions, la perfection de l'ensemble? Loin de nous donc de vains scrupules: entrons, je ne dis pas même en anatomistes, assez d'autres l'ont fait avant nous, mais en médecins proprement dits, et allons rêver sur notre art au milieu de ces précieuses merveilles des temps anciens.

Cette idée d'ancienneté qui tout d'abord s'offre à l'esprit quand on pénètre dans cet asile où reposent tant de souvenirs des âges d'autrefois; cette pensée que tous les personnages dont nous sommes entourés, que tous les artistes qui nous en ont conservé les images, que tous les contemporains de ces hommes célèbres dont notre mémoire se plaît souvent à les environner, que tout ce monde enfin a passé sur cette terre et puis est mort, et que nous entrons là par conséquent comme dans un séjour funéraire, comme dans des catacombes animées, comme dans ces Champs-Élysées que nous ont décrits les poëtes grecs et romains, tout cela, dis-je, fait que l'impression première que le philosophe ou le médecin ait à signaler sur le seuil de ce sanctuaire est sans contredit un retour sur le terme fatal où vient aboutir toute vie humaine.

Voici du reste que, pour motiver mieux encore apparemment cette impression, la statue qui, à l'entrée même de ces galeries (n° 22), va tout de suite attirer nos regards, ce génie couronné de fleurs, le dos appuyé contre un pin, les bras élevés et posés sur sa tête, les jambes croisées, n'est autre que l'emblème du repos éternel, le génie du repos des morts. Et remarquons à ce propos comme les anciens, qui n'aimaient guère à songer à la mort, sans la voiler de quelques charmes, qui évitaient même d'en prononcer le nom, comme un mot de mauvais augure, se sont appliqués à la revêtir, et dans leur poésie et dans leur statuaire, comme d'un masque de séduisantes couleurs et de fantaisies attrayantes et joyeuses. Ainsi, pour ne parler que de la plastique ou de la statuaire, qui doivent seules nous occuper ici, quelquefois sans doute l'art antique nous rendra témoins des scènes plus ou moins déchirantes qui succédaient au trépas d'une personne chère; nous verrons, par exemple, dans cette cérémonie douloureuse qu'ils nommaient la

sur le rapport de certains états pathologiques avec les variations de proportion des éléments sanguins. Mais il est un point sur lequel nous ne pouvons tomber d'accord avec l'honorable membre, et il s'agit encore ici, par malheur, d'une question de principe. M. Parchappe s'élève contre l'axiome si souvent rappelé dans la discussion : *Naturam morborum ostendit curatio*. C'est là, dit-il, un cercle vicieux. Il nous a toujours semblé, au contraire, que s'il y avait quelque part, en médecine, un principe incontestable, c'était celui-là. Il ne peut être contesté précisément parce qu'il n'est pas déduit de l'observation, qu'il est de l'ordre logique et peut être prouvé par le raisonnement. Si le traitement doit s'adapter à la cause, il est impossible que la cause, et par suite la nature de la maladie, ne soit pas jusqu'à un certain point révélé par l'effet du traitement. Ceux qui nient ce principe ne le comprennent pas, nous le craignons bien, dans toute sa profondeur. Ils ont vu une lésion appelée phlegmasie guérir ici par les saignées, là par les vésicatoires, ailleurs par le tartre stibié, et ils en concluent que la même maladie peut guérir par les modes d'action thérapeutique les plus différents ; tandis que la conclusion véritable à tirer de faits de ce genre est toujours l'une des deux suivantes : ou que ces moyens dissemblables en apparence aboutissent, par des voies diverses, à une action identique ; ou que la maladie, malgré l'uniformité de ses caractères apparents, rougeur, chaleur, etc., n'est pas toujours de même nature essentielle, ou au moins comprend des éléments différents auxquels s'adaptent les médications différentes. Mais dans tous les cas, c'est l'adaptation convenable du moyen à la nature du mal qui produit la guérison ; partant la guérison par un moyen donné, peut attester la nature du mal. La conséquence est rigoureuse.

— M. Marchal (de Calvi) a communiqué, à la fin de la séance, un fait analogue à celui dont M. Grisolle avait donné connaissance à l'Académie dans les séances précédentes. Ces deux faits sont surtout curieux en ce qu'ils établissent clairement, contrairement à une opinion très-connue, la possibilité d'une hypertrophie considérable de la rate sans phénomènes d'intermittence. Dans l'un comme dans l'autre cas, le gonflement de la rate était lié à d'anciennes fièvres d'accès ; mais les fièvres avaient cessé depuis très-longtemps. Les sujets étant morts, on a constaté que chez le malade de M. Marchal, le diamètre longitudinal de la rate mesurait 37 centimètres, le transversal 22, la circonférence 87 ; que chez celui de M. Grisolle la rate, pesant 4 kilog. 100 grammes, avait 13 cent. d'épaisseur et 31 cent. de longueur.

HYGIÈNE PUBLIQUE.

DES RIZIÈRES EN ITALIE ET DE LEUR INTRODUCTION EN TOSCANE, d'après M. le professeur PUCCINOTTI ; par M. ROUIS, médecin à l'armée d'Afrique.

Depuis quelques années les rizières sont devenues une véritable calamité pour l'Italie par les maladies qu'elles entraînent, et cependant les plaintes des populations et des médecins n'ont pas réussi à détourner un seul instant l'attention des autorités sur les conséquences de ce genre de culture. Sans doute quelques personnes ont cherché parfois à examiner de plus près les inconvénients de cette industrie ; mais leurs efforts n'ont abouti à aucun résultat. Ainsi la question resta indécise après la discussion à laquelle elle fut soumise au congrès de Florence ; et des commissions qui s'en sont occupées ultérieurement n'ayant pu opposer que de vieilles raisons, que d'anciennes maximes aux idées nouvelles de perfectionnement, leurs tentatives sont demeurées sans succès.

Mais l'envahissement des spéculateurs n'a pu triompher partout : en Toscane, quelques rizières ayant été essayées sur une petite échelle et ayant donné lieu à des plaintes très-graves, le souverain de ce pays a immédiatement ordonné la cessation de leur culture jusqu'au jour où une commission d'enquête aurait émis son avis. Le professeur Puccinotti, désigné pour en faire partie, dut réunir une masse imposante de faits et de documents recueillis à toutes les époques et qu'il a coordonnés dans le but de prouver : 1° qu'il y a erreur à croire que les rizières ne contiennent ni eau stagnante ni éléments de putréfaction ; 2° que ce genre d'industrie agricole exerce une influence pernicieuse sur la santé publique et qu'il est faux que les rizières établies dans les lieux malsains n'en augmentent pas l'insalubrité ; 3° qu'il n'est pas exact enfin que les rizières, en augmentant les richesses d'un pays, soient pour lui des occasions de prospérité sociale.

Tel est l'objet du mémoire dont nous offrons ici l'analyse : chacun des points que nous venons d'énumérer est l'objet d'un chapitre spécial dans lequel notre auteur n'hésite point à faire valoir toutes les considérations possibles, et, dans certains cas, ses recherches spéculatives sont si savantes, si claires, que nous n'hésiterons pas à citer presque textuellement ses paroles.

Examinons chacun de ces points en particulier.

I. — DES RIZIÈRES CONSIDÉRÉES AU POINT DE VUE AGRONOMIQUE.

Aujourd'hui que les spéculateurs envisagent sérieusement l'opposition soulevée de tout côté par la présence des rizières, on a essayé de donner le change à l'opinion en annonçant de nouveaux perfectionnements destinés à bannir tout germe de putréfaction du sein de ces entreprises. Ces perfectionnements, au dire des intéressés, consisteraient à introduire des eaux claires et courantes dans l'intérieur des rizières, et à tasser bien également le sol, afin d'empêcher toute infiltration.

Ces divers moyens sont-ils des perfectionnements réels et possibles ?

Les plantes aquatiques sont comme les animaux du même ordre : l'eau est le milieu dans lequel elles vivent et ooo par lequel elles vivent. A ce titre, l'irrigation dans toutes les cultures humides ne peut avoir que deux objets : en premier lieu, elle sert à conduire et à déposer des matériaux fécondants et à donner un dissolvant à ceux que contient la terre submergée, ce qui ne peut avoir lieu sans la stagnation de ses eaux ; en second lieu, elle a pour but de faire varier dans des limites déterminées le niveau du fluide, de manière à produire tous les degrés de submersion, depuis l'inondation la plus complète jusqu'au dessèchement absolu, selon les besoins de la végétation.

L'expérience prouve d'ailleurs l'avantage qu'il y a de faire séjourner dans un bourbier, dans un batardeau, les eaux fraîches et pures avant leur introduction dans les rizières ; de plus, l'eau a une faculté fécondante d'autant plus grande et plus durable qu'elle renferme des matériaux organiques plus nombreux et plus putrescibles. Il importe enfin au succès de la végé-

conclamation, les parents du mort l'appeler à haute voix, au son des instruments de musique, pour s'assurer qu'il ne répond plus à leurs cris (n. 182 et 459) ; plus loin cette affliction des survivants viendra s'exprimer sur les sarcophages ou sur les urnes funèbres par certains symboles, tels qu'un flambeau éteint, des armes abaissées, des carquois jetés à terre, des vases renversés (n. 63, 381, 392, 396, 422) ; ou bien, en y dessinant un sphinx, elle semblera déplorer cette mystérieuse obscurité de la mort qui attend toujours son Œdipe (n. 104, 339) ; mais le plus ordinairement, à côté de ces signes de deuil ou de regrets, ou à leur place, nous ne rencontrerons que des allégories dénuées de tout caractère lugubre, ou même riantes. Nous venons de voir un bel adolescent couronné de fleurs et chez lequel tout respire la béatitude et la paix, représenter le sommeil éternel ; ailleurs ce sera un enfant ailé appuyé sur un flambeau et les mains croisées, ou plus souvent la main contre la joue avec un papillon auprès de lui ; ce sera un cheval à côté du mort, emblème de voyage, ou bien le mort lui-même à cheval marchant vers un arbre des Hespérides autour duquel s'enroule un serpent, expression complexe d'un bonheur enveloppé de ténèbres et d'un certain effroi ; ce seront des femmes portant la main droite au menton et la main gauche serrée contre leur poitrine, attitude que les artistes romains prêtent à leurs prisonniers, et qui, d'après M. Raoul Rochette, semble désigner aussi l'adieu suprême (O. Muller, MANUEL D'ARCHÉOLOGIE, t. II). Bien souvent, et ceci nous ramène au musée que nous parcourons, et dont nous nous éloignerons le moins possible, nous trouverons sur les bas-reliefs sépulcraux le sommeil ordinaire et ses pavots (n° 58), ou une nymphe endormie (n° 191). Plus loin une urne cinéraire, ornée de masques tragiques (n° 60), nous rappellera que les scènes de cette vie, comme celles du théâtre, ne sont qu'une succession de plaisirs et de peines ; ou des convives, réunis autour d'un banquet, traduiront, à nos yeux cette vie sensuelle des morts que les poëtes grecs nous dépeignent comme un festin continuel (n. 535, 602, 643, 675, 677) ; ou enfin ce seront des néréides et des tritons voguant sur les flots de l'Océan, qui conduiront l'âme humaine, figurée par un génie, vers les îles fortunées qu'habitent les bienheureux (n. 75, 303, 460, 580).

Ainsi presque toujours l'art, chez les anciens, dominé par cet amour du beau qui en est le principal caractère, dépouille la mort de ce qu'elle a de hideux ou même d'affligeant pour l'embellir, et je dirais presque pour l'égayer, et si parfois il lui arrive de vouloir être plus vrai et de nous montrer ce que la mort fait de nous quand elle s'en est emparée, chose étrange, ce n'est pas sur notre demeure dernière que l'art viendra parler ce langage, c'est au milieu des fêtes, c'est dans les repas joyeux, c'est en associant cette sombre figure à l'ivresse des plaisirs, comme pour lui ajouter par le contraste un stimulant tout nouveau, comme pour dire à l'homme : jouis de la vie tandis que tu la possèdes, en raison même des rigueurs du trépas.

Ces réflexions me sont suggérées par ce bas-relief en marbre grec (n° 25), représentant une femme assise qui prépare des guirlandes, destinées sans doute à faire l'ornement d'un festin, et auprès de laquelle on remarque un squelette humain. Ce squelette auprès de ces guirlandes me reporte à ces festins des Égyptiens riches, à la fin desquels on promenait autour de la salle un cercueil avec une figure en bois, image d'un mort, que l'on montrait à tous les convives tour à tour en leur disant : Jetez les yeux sur cet homme, vous lui ressemblerez après votre mort, buvez donc maintenant et divertissez-vous (Hérodote, l. 2, § 78). Il

tation qu'il se joigne à ces éléments une certaine élévation de température qui ne s'obtient qu'en aidant par le repos l'action des rayons solaires et le dégagement du calorique par la fermentation active qui s'établit alors sans obstacle.

D'un autre côté, il est impossible d'étendre un courant sur toute la surface d'une rizière; et quant à un simple courant médian établi de bout en bout dans l'aire de celle-ci, il ne servirait à renouveler que l'eau du centre. Dans le cas même où l'on réussirait à établir un courant assez large pour parcourir toute l'étendue de la rizière, en retirerait-on quelque avantage? Mais d'abord les semences seraient entraînées et perdues, privées qu'elles seraient du limon qui doit les retenir; plus tard, l'absence de ce dernier ne permettrait plus aux tiges du riz de s'implanter dans le sol. C'est en vain qu'on invoque en pareil cas le principe d'hydraulique qui veut que les eaux courantes soient, à leur surface, mues avec plus de rapidité qu'au fond; mais cette différence est-elle bien grande quand il ne doit en rester qu'une faible couche? D'ailleurs il est d'observation qu'il faut absolument rendre les eaux des rizières aussi immobiles que possible, et on cherche même à atteindre ce résultat en rendant le fond des aires inégal par l'action de la bêche avec laquelle on le soulève en mottes compactes, ce qui établit enfin l'impossibilité de lui substituer un sol ferme, uni, bien tassé, lequel, d'autre part, resterait impénétrable aux racines.

Ainsi donc, à la théorie des eaux toujours et également courantes s'opposent: 1° la faible hauteur de l'inondation; 2° la largeur des aires; 3° l'inégalité de leur fond qu'on bouleverse à dessein; 4° la dispersion au loin des semences qui en résulterait; 5° la nécessité du dépôt et du repos de la matière fécondante pour que sa décomposition chimique puisse avoir lieu; 6° la nature variable du sol dans les divers points de l'étendue d'une vaste rizière, circonstance qui oblige à en submerger les aires à des hauteurs différentes; 7° la diminution de la force végétative au bout de cinq ou six ans, le besoin de laisser la terre se reposer et se réparer pendant deux ou trois autres années en les convertissant en vallées artificielles, ce qui revient à dire qu'il faudra employer une stagnation des eaux proportionnelle à l'épuisement subi par la rizière.

L'habileté de ceux qui dirigent les rizières consiste donc à bien connaître le sol, à proportionner à sa nature la quantité, la qualité et le mouvement de l'eau fécondante; ajoutez à cette première considération la variété du terrain, les phases diverses de la végétation, la plus ou moins grande facilité donnée à l'évaporation ou à l'infiltration, ou même au dessèchement et vous verrez qu'il ne sera jamais possible de penser à un système d'irrigation uniforme.

Et d'ailleurs ce système empêcherait-il l'exhalation miasmatique si la condition essentielle d'une rizière réside dans la présence de matières fécondantes et dans leur décomposition putride?

En résumé, l'irrigation ne peut à la fois s'opposer au méphitisme et seconder la végétation. De deux choses l'une: ou bien cette irrigation aura lieu à l'aide d'eaux toujours hautes et courantes, ce qui détruira les dégagements miasmatiques; mais alors la matière fécondante sera trop atténuée et ne pourra jamais entrer en cette décomposition putride si nécessaire, ou bien il faudra en venir à la méthode exposée ci-dessus, laquelle a bien l'inconvénient de donner lieu à la production de miasmes délétères, mais qui, une fois encore, est la seule capable d'amener quelque bénéfice, la seule que l'on voie partout mise en pratique.

De tout ce qui précède, il suit que les rizières, en l'absence d'autre chose, ont déjà les éléments d'un marais. Il y a plus: les bêtes nombreux de ces derniers y pullulent de toutes parts. Parmi les plantes, on remarque le *chara*, que les cultivateurs nomment *borrachina* ou *grappa*, et qui végète avec une activité démesurée. Ce végétal vit au milieu d'autres herbes, dont la quantité est si considérable que, pour en isoler le *chara*, on a recours à des opérations spéciales dites *nettoyage* et *sarclage*. Le *chara* est épargné, car, aux yeux des ouvriers, il constitue un engrais puissant par la poussière en laquelle il se réduit une fois desséché aux rayons solaires. On remarque encore une sorte d'algue (*feccia*) qui vit à la surface des eaux d'inondation, plutôt contre les talus qu'au centre des rizières. Cette algue prend une extension telle que, pour l'empêcher de gêner l'exertion des tiges du riz au-dessus du niveau des eaux, on doit en dépouiller les aires à l'aide de filets. Les rizières contiennent encore des myriades d'animaux qui vivent à la surface ou au fond de l'eau à laquelle ils abandonnent leurs larves, leurs dépouilles, leurs cadavres; les poissons surtout, tels que les tanches, les anguilles, les brochets, s'y rencontrent en masses énormes qui n'en sauraient jamais sortir.

Quant aux moyens d'irrigation, quoi qu'en disent les spéculateurs, on en est encore à voir une rizière sans ces fossés intermédiaires ou latéraux pleins d'eau trouble et stagnante, et dont l'établissement coûte au pays le sacrifice absolu de son système hydraulique.

Les rizières italiennes, qui jadis étaient conçues d'après ce système, le sont-elles aujourd'hui?

Mais actuellement on ne voit de toute part que moyens destinés à ralentir le cours des eaux, à les rendre stagnantes; de toute part on recherche les eaux munies d'une grande quantité de matières végéto-animales, et si les canaux du voisinage les apportent claires et fraîches, on les fait passer dans des bourbiers infects, dans des réservoirs où elles se *pourrissent*. C'est ce qui a lieu en Piémont et dans le duché de Lucques. Aux environs de Pise, on a construit des rizières autour de fossés marécageux qui les fertilisent en y introduisant leurs matériaux putrescibles; s'il arrive que ces fossés contiennent des eaux trop abondantes et trop rapides, la rizière ne prospère pas. Indépendamment de ces moyens, on en utilise encore un autre dans le même pays. Les aires sont creusées au sein d'un marais dont l'eau noirâtre va féconder le riz en filtrant au travers des talus. Lorsque l'auteur visita ces rizières, il leur trouva à toutes l'aspect d'un marécage infect; celles surtout du duché de Lucques lui parurent des foyers pestilentiels avec leurs eaux basses et insuffisantes pour dérober à l'air et aux rayons du soleil leur couche épaisse de limon, et des masses considérables d'algues et de chara à demi décomposées. D'ailleurs, quelle ne doit pas être la quantité des matières animales qui s'y putréfient, si l'on songe que l'une de ces rizières a pu fournir en une année trois cents livres de poisson à la table de son propriétaire!

Au surplus, l'entretien des rizières est, depuis longtemps, confié à des Bolonais qui n'ont jamais suivi qu'un procédé invariable, celui de leur pays où ce genre de culture a pris naissance, et qui consiste à fournir aux semences des matériaux fécondants à l'aide d'eaux bourbeuses, munies abondamment de détritus organiques, et appelées à les déposer par une stagnation prolongée.

Les rizières n'ont donc jamais été qu'un marais artificiel, et c'est à tort qu'on a voulu les rapprocher de ces prés dits *à marcita* qui sont loin d'avoir leurs propriétés délétères. Pendant l'hiver ces prés sont entièrement submergés, mais dès le mois de mars le dessèchement en est complet, et

---

paraît que les Romains adoptèrent cet usage, témoin ce squelette d'argent devant lequel Trimalchion s'écrie après l'avoir fait placer au milieu de sa table: Voilà ce que nous deviendrons tous, jouissons donc de la vie tant que les destins nous le permettent.

> Sic erimus cuncti postquam nos auferet Orcus;
> Ergo vivamus, dum licet esse bene.
> (Pétrone, Satyricon, § 34.)

A part cette signification, ou apparemment encore l'usage du squelette figuré comme instrument de magie, usage qui fut reproché à Apulée (voy. Apulée, Apologie, édit. Nisard, p. 239), le squelette se rencontre très-rarement chez les anciens. On voit bien un cippe à Naples avec un squelette de la bouche duquel s'envole un papillon, emblème de l'âme; on voit bien sur un bas-relief provenant des tombeaux de Cumes, près de Naples, trois squelettes qui dansent, et on cite un autre qu'une femme orne de bandelettes sur un pilastre des tombeaux de Pompéi, mais il est évident que ce sont là comme des dévergondages d'artistes vraiment exceptionnels. Très-rarement, je le répète, on retrouve cette triste image dans les bas-reliefs antiques. Pour voir le squelette, ou la tête de mort, employés comme symboles de la mort, il faut descendre jusqu'aux temps de la décadence de l'art, il faut les chercher sur les monuments de la moindre valeur au point de vue artistique.

Les emblèmes de la vie me semblent avoir été généralement moins nombreux chez les anciens que les emblèmes de la mort, et on conçoit qu'en effet il a dû en être ainsi. Pourquoi symboliser ce qu'on peut représenter sans symbole? Pourquoi nous peindre par une allégorie la manière d'être de tel individu que vous pouvez nous montrer parlant, agissant, vivant en un mot? Réservez vos fictions et vos images pour nous traduire cette autre manière d'être énigmatique, mystérieuse, qui constitue la mort, ou plutôt qui lui succède. En dotant ainsi d'une existence toute nouvelle celui qui n'est plus au milieu de nous, vous vous adressez à l'un de nos penchants les plus naturels et les plus vifs, celui de pénétrer l'inconnu, vous faites mieux encore, vous trompez la douleur, vous adoucissez les regrets de ceux qui viennent pleurer sur sa tombe. De là, suivant moi, la différence que je signale, et, si je ne me trompe, cette observation n'est pas moins applicable aux conceptions de la poésie ancienne qu'aux œuvres de l'art. A part certaines comparaisons peu communes d'ailleurs, ainsi celle de la vie à un voyage, à une navigation surtout (Pindare), ce que les poètes grecs s'attachent le plus à rendre, ce qui paraît les avoir le plus vivement frappés dans la vie, c'est sa fragilité, c'est sa brièveté, c'est l'inconstance de ses beaux jours. La vie est une outre pleine de vent, nous dit Epicharme. C'est le rêve d'une ombre, nous dit Pindare. C'est une roue qui tourne, ὁ βίος τροχός, nous dit Phocylide.

La poésie n'offrit donc sur ce point qu'une source peu féconde aux inspirations des artistes; et cependant telles sont apparemment pour l'homme les exigences et les ressources de l'imagination, que l'art, ici même, n'a pas voulu demeurer stérile, et que, comme il avait symbolisé la mort, il a aussi symbolisé la vie.

Chacun sait que Castor et Pollux, ces deux fils jumeaux de Léda, avaient obtenu de Jupiter de partager ensemble le don de l'immortalité accordé d'abord à

en été leur sol est bouleversé par la charrue, afin qu'en automne on puisse les livrer aux troupeaux.

(La fin au prochain numéro.)

MATIÈRE MÉDICALE.

RECHERCHES SUR LES PROPRIÉTÉS PHYSIOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES DU BROMURE DE POTASSIUM; lues à la Société de biologie, par CH. HUETTE.

Il y a quelques années, le prix élevé de l'iode rendait les diverses préparations de ce médicament inaccessibles aux malades pauvres, et l'administration des hôpitaux elle-même fut sur le point d'en restreindre l'usage. Les praticiens, cherchant alors un succédané à l'iodure de potassium, proposèrent le bromure du même métal. L'analogie chimique le recommandait à leur attention, et permettait d'espérer quelque conformité de propriétés thérapeutiques. Moitié sur la foi de cette induction, moitié par nécessité, le bromure vint ainsi prendre place à côté de l'iodure, dans la médication altérante. Quelques succès observés dans le service de M. Ricord (qui, du reste, sut les annoncer avec une réserve dont l'avenir prouva toute la sagesse); diverses guérisons rapportées par M. Pourché (de Montpellier); les récits des médecins d'Allemagne sur les effets merveilleux de certaines eaux très-riches en bromures alcalins, semblèrent justifier cette innovation.

Je n'ai pas été à même, pendant mon internat à l'hôpital du Midi, de vérifier les assertions de M. Pourché relativement à l'efficacité de ce corps contre la scrofule; chez les sujets atteints d'accidents strumeux, on rencontrait des affections qui exigeaient l'emploi simultané d'autres médicaments : il est impossible de déterminer la part du bromure dans le résultat de ces traitements mixtes. Si mes recherches n'ont pas éclairé ce point de la question, elles m'ont permis de constater maintes fois l'insuffisance de ce médicament contre la syphilis, et je puis affirmer qu'un examen minutieux et sévère de l'action du bromure sur les accidents syphilitiques le déshérite complétement des avantages et de l'efficacité spéciale dont quelques praticiens l'ont doté. Mes convictions à cet égard ne reposent pas seulement sur les faits que j'ai personnellement observés. Je dois à l'obligeance de M. le docteur Puche une série de faits circonstanciés, et recueillis par lui-même avec un scrupule capable de dissiper les doutes qu'on pourrait avoir sur ce sujet.

Ayant étudié avec le plus grand soin l'action très remarquable de ce médicament sur les différents appareils de l'économie, je consacrerai la première partie de mon travail aux phénomènes physiologiques que j'ai observés. En exposant le parallèle des effets produits sur l'organisme par l'iodure et le bromure de potassium, il me sera facile de démontrer combien étaient peu fondées les inductions thérapeutiques basées sur l'analogie chimique de ces deux corps. Si l'observation clinique enlève à la médication altérante une conquête récente sur laquelle reposait plus d'un espoir, la matière médicale n'aura cependant rien perdu : l'évidence des faits place le bromure de potassium parmi les agents les plus énergiques et les plus spéciaux de la médication stupéfiante.

§ I. — ACTION PHYSIOLOGIQUE DU BROMURE DE POTASSIUM.

PHÉNOMÈNES GÉNÉRAUX (1). — Nous allons décrire, dans leur ordre de succession autant que possible, une série de phénomènes tantôt isolés, tantôt réunis, mais dont l'ensemble caractérise nettement la place que doit occuper le bromure de potassium dans la matière médicale.

La *céphalalgie* est l'un des premiers effets produits ; parfois on la constate dès le deuxième jour du traitement, quand les malades ne prennent encore que 5 grammes par jour ; mais elle se déclare ordinairement du quatrième au septième jour, et lorsqu'on est arrivé aux doses de 10 à 15 grammes. Elle n'a rien de commun avec la céphalalgie iodique. Cette dernière, on le sait, siége dans les sinus frontaux ; elle est caractérisée par des élancements douloureux, et s'accompagne d'injection de la conjonctive, de larmoiement et de coryza. Pendant la durée de cet état, une lumière trop vive blesse la vue. le moindre bruit impressionne désagréablement l'oreille, enfin, la susceptibilité de tous les sens est accrue; souvent une chaleur brûlante de la peau, et une véritable fièvre s'ajoutent à ces accidents. La céphalalgie produite par le bromure ne présente rien de semblable; pas d'élancements, ni de larmoiement, ni de coryza; la tête est lourde, les malades éprouvent un sentiment de pression continue qu'ils rapportent au front et aux tempes; s'ils se lèvent, ils ont des étourdissements; l'œil est morne, le regard sans animation, la physionomie hébétée; des réponses lentes annoncent l'affaiblissement de l'intelligence, l'incertitude de la volonté. C'est là le premier degré de cet état de stupeur dans lequel tombent rapidement les individus qui prolongent l'emploi du bromure à doses élevées. Quelquefois il y a des vertiges, et l'ensemble de cet état général rappelle assez bien le premier degré des fièvres typhoïdes; au lieu de fièvre, on constate alors un abaissement considérable du pouls; nous avons quelquefois trouvé seulement de 40 à 48 pulsations.

Dès qu'on cesse l'emploi du médicament, tous ces effets se dissipent rapidement. Les purgatifs accélèrent le retour à l'état normal; aussi, dès que les malades accusent une céphalalgie un peu intense, leur prescrit-on une bouteille d'eau de Sedlitz; à la faveur de cet évacuant et de quelques jours de repos, on peut ensuite recommencer le traitement, et le plus souvent le conduire à bonne fin, sans nouvelle interruption.

Après la céphalalgie vient l'*assoupissement*; une somnolence continuelle s'empare des malades; leur sommeil, ordinairement calme, est quelquefois agité par des rêvasseries. C'est, en moyenne, du dixième au quinzième jour qu'on observe ces différents troubles, quand les malades ont absorbé, depuis le commencement du traitement, 100 à 150 grammes de bromure. Cependant l'assoupissement et les vertiges sont aussi survenus du trentième au cinquante-troisième jour, et sous l'influence d'une dose totale variant entre 135 et 420 grammes; ces différences paraissent dépendre de l'idiosyncrasie des sujets. Les malades se plaignent quelquefois d'une sensa-

(1) Le bromure de potassium fut administré aux doses quotidiennes de 2, 4 et 6 grammes. Les malades le prenaient en dissolution dans une potion gommeuse ou dans un pot de tisane. Les doses étaient ensuite progressivement portées à 10, 15, 20 grammes, à partir du huitième ou du dixième jour du traitement.

Pollux tout seul, et que, de cette façon, il vivaient et mouraient alternativement. Ce privilége suggéra aux artistes la pensée de prendre Castor et Pollux pour figurer la vie humaine dans sa plus haute abstraction, c'est-à-dire en tant que constituée par la succession alternative des clartés de ce monde et des ténèbres du tombeau. Les Dioscures nous représentent donc quelquefois la vie et la mort (O. Muller, ouv. cité, t. II, p. 348 et 412), et par conséquent ils forment pour nous une transition toute naturelle du symbolisme de la mort au symbolisme de la vie.

Diane ou la Lune, en tant que dispensant aux hommes la fraîcheur et la vie même, figure quelquefois la vie. Elle tient alors en main l'arc et le flambeau, ou même un flambeau de chaque main : l'arc d'où partent ses flèches, image de ses rayons, le flambeau image de notre existence. Ajoutons que, par une contradiction dont nous retrouverons plus d'un exemple, Diane, en tant qu'image de la nuit (n° 300), symbolise parfois aussi, mais plus rarement je crois, la mort en général.

La vie luxuriante et riche de force et de santé est représentée dans les monuments des derniers temps de l'art par la corne d'abondance, et souvent, à cette même époque, la vie est comme personnifiée par Prométhée enchaîné sur son rocher et délivré par Hercule, ou bien encore, et nous en avons ici un exemple (n° 322), Prométhée forme l'homme, et pour l'animer il reçoit de Minerve le don de la vie sous l'emblème d'un papillon.

Ce papillon, équivalent de ces métaphores de la poésie grecque que je citais tout à l'heure, en même temps que traduction du mot ψυχη, est, on peut le dire, le symbole de prédilection dont l'art se servit pour figurer l'âme ou la vie. Ainsi Vénus, souvent déesse de la vie, mais souvent aussi déesse de la mort, et les anciens, si ignorants que nous les supposions des rigueurs de la syphilis, pouvaient bien avoir leurs raisons pour lui donner ce double emploi, Vénus, dis-je, par une charmante fiction, nous est représentée quelquefois s'appuyant contre une colonne que surmonte un priape et brûlant un papillon à la flamme d'un flambeau qu'elle a pris à l'Amour (O. Muller, ouv. cité, t. II, p. 278).

Ce rôle de Vénus me rappelle une statue que nous trouvons ici (n° 427) et qui sans doute appartient à l'époque où le vice ne craignait plus d'afficher ses turpitudes sans honte ni pudeur; car elle nous représente Vénus meurtrière encore, mais meurtrière de l'être lui-même qui lui doit le jour, Vénus foulant sous ses pieds un fœtus, Vénus devenue la déesse de l'avortement ou de l'infanticide. Mais revenons à des images plus dignes de nos méditations.

La fable si ingénieuse de l'Amour et Psyché n'est qu'une allégorie pleine de philosophie tout à la fois et de finesse, tantôt de l'union de l'âme et du corps, tantôt, et c'est le plus ordinaire, de l'aspiration de notre âme, ψυχη, vers ce suprême amour, Ερως, vers ce souverain bien pour lequel elle est créée. Ainsi donc cette Psyché, cette jeune fille ailée que, dans le bas-relief n° 433, nous voyons Mercure amener à Prométhée, c'est l'âme, c'est la vie. Aussi ce corps périssable qu'elle va animer est-il une prison pour elle : tourmentée sur cette terre par le souvenir d'un bonheur ineffable goûté auprès d'Érôs, et repoussée par lui, et brûlée d'une flamme inutile, elle attend que la mort les réunisse une seconde fois (voy. Apulée, MÉTAMORPHOSE, liv. 6). De là, dans certaines œuvres d'art, cette Psyché, maltraitée, emprisonnée par l'Amour ou par sa mère (n° 387), brûlée sous la forme d'un papillon, ou bien réconciliée, assistant au banquet nuptial,

tion de froid qui envahit plus spécialement les jambes, les cuisses et les bras.

A un degré plus avancé de cet état d'*ivresse*, les idées se troublent, la propension au sommeil est plus impérieuse. Quelques excitations extérieures arrachent-elles les malades à cette stupeur, des paroles incohérentes accompagnées d'un sourire hébété s'échappent de leurs lèvres entr'ouvertes; leur physionomie exprime cette satisfaction stupide qui caractérise le visage des idiots, puis leur tête retombe lourdement sur l'oreiller, et le sommeil met bientôt fin à la fatigue de ce réveil momentané. D'autres fois, mais rarement, il y a une sorte d'agitation et une loquacité qui revêtent plutôt une inquiétude vague qu'une surexcitation nerveuse réelle. En apportant quelque attention dans l'étude de ce délire, on peut facilement se convaincre qu'il ne présente aucun des éléments qui caractérisent l'agitation maniaque et souvent furieuse causée par les solanées vireuses. Un seul malade nous présenta des hallucinations de la vue, de l'ouïe et du toucher : il se plaignait d'entendre des voix la nuit, et le matin nous montrait entre ses doigts, qui ne tenaient rien, une prétendue épingle avec laquelle on le piquait; cet état persista pendant huit jours. Des purgatifs furent administrés, et le retour à la santé ne se fit pas longtemps attendre.

Ces accidents divers précèdent et souvent accompagnent *une perturbation caractérisée par des lésions du mouvement et de la sensibilité générale*. La force musculaire est rapidement prostrée, les membres abdominaux fléchissent sous le poids du corps; la démarche est vacillante, et les individus ne se dirigent qu'en prenant souvent un point d'appui sur les objets environnants. Cette faiblesse est ordinairement en rapport avec la durée du traitement et proportionnée aux quantités de bromure ingérées. Nous l'avons constatée une fois vers le sixième jour; mais dans la grande majorité des cas, elle ne se manifeste que beaucoup plus tard, et sous l'influence longtemps prolongée des plus hautes doses.

Pendant que la puissance musculaire diminue peu à peu, la sensibilité générale s'émousse. Chez quelques malades, elle fut assez abolie pour faire croire que le bromure de potassium serait un agent anesthésique de plus. Un fait hors de doute est qu'il modifie quelquefois la sensibilité, de manière à rendre tolérables des irritations qui causeraient de vives douleurs aux sujets non soumis à son influence. Nous avons vu certains malades qu'on pouvait pincer, piquer avec une aiguille sans déterminer la moindre souffrance. M. Rames, notre collègue, a relaté dans sa thèse les observations circonstanciées de ces cas curieux. Mais hâtons-nous de dire que cette espèce d'anesthésie est très-rare; au contraire, nous avons vu le plus souvent que la sensibilité à la douleur n'était pas amortie, bien que l'action générale du bromure fût portée à son maximum d'intensité. Or, si l'on songe que pour avoir chance d'obtenir un effet si rare, il faut porter le médicament à des doses (20 ou 30 grammes) qui provoquent constamment les accidents que nous venons d'énumérer, la prudence empêchera toujours les praticiens de rechercher une sensibilité douteuse, au prix de perturbations inévitables, et qui ne sont point sans danger. Cependant, si le bromure doit être proscrit et ne peut remplacer le chloroforme dans la pratique des opérations chirurgicales, nous aurons occasion de signaler plus loin les cas spéciaux dans lesquels il peut rendre quelques services à la médecine opératoire.

Au milieu des effets si variés qui révèlent un trouble profond dans les phénomènes de la vie de relation, la plupart des fonctions de la vie organique jouissent d'une immunité complète et semblent échapper à l'action stupéfiante du bromure.

Tous les accidens généraux que nous venons de décrire ne s'enchaînent et ne se succèdent pas toujours ainsi, nous le répétons. Leur intensité plus ou moins prononcée semble subordonnée aux idiosyncrasies individuelles. Certaines constitutions sont entièrement réfractaires aux effets du bromure; 12 fois sur 70 le médicament ne produisit aucun effet physiologique appréciable. Mais dans les cas où nous avons constaté cette absence de résultats, le traitement n'avait été suivi que pendant onze jours, aux doses quotidiennes de 5 à 10 grammes.

Étudions les effets spéciaux du bromure de potassium sur quelques appareils de l'économie animale.

ACTION SUR LES VOIES DIGESTIVES.

Une saveur amère et salée, analogue à celle de l'iodure de potassium, une sensation d'âcreté dans le pharynx et de chaleur à l'estomac, quelquefois de fraîcheur, tels sont les effets qui se manifestent au moment de l'ingestion du bromure dans les voies digestives. Dès les premiers jours, l'appétit est rapidement éveillé, et l'exigence de la faim se soutient pendant toute la durée du traitement. La constipation est presque constante et fréquemment assez opiniâtre pour nécessiter l'administration de purgatifs légers; les digestions sont en général faciles et exemptes de coliques. Nous n'avons observé de phénomène d'irritation que dans le cas où la dose du médicament avait été brusquement élevée; alors les accidents ne se font pas longtemps attendre : c'est ainsi que des amygdalites, des érythèmes de la gorge, des gengivites se développèrent du premier au cinquième jour, quand le bromure ingéré fut porté rapidement de 10 à 25 grammes.

Sur un relevé de soixante-dix observations, nous n'avons constaté que cinq fois de la gastralgie, des coliques et de la diarrhée.

En dehors de ces cinq cas nous n'avons jamais obtenu d'autres accidents du côté des voies digestives, sinon la constipation.

S'il était nécessaire de justifier cette assertion, nous rapporterions ce qui se passa, dans le courant de janvier 1850, à l'hopital du Midi. Les malades de plusieurs salles furent tout à coup et simultanément pris de coliques accompagnées d'évacuations alvines; ce dérangement dura trois jours. Les individus qui se trouvaient alors traités par le bromure échappèrent seuls à ces accidents.

ACTION SUR LE PHARYNX ET LE VOILE DU PALAIS.

L'un des effets les plus singuliers et les plus prompts du bromure est celui qu'il produit, même à faible dose, sur le voile du palais et le pharynx. Souvent, dès le second jour, une insensibilité qui persistera pendant toute la durée du traitement se manifeste dans cette région; elle est si profonde et si complète, qu'elle permet de porter le doigt jusqu'à la base de la langue, de toucher les amygdales, la paroi postérieure du pharynx, de titiller la luette sans provoquer de nausées, ni de vomissements, ni de mouvements de déglutition. Cette anesthésie toute locale ne mérite-t-elle pas d'attirer l'attention des chirurgiens? Son siége et sa persistance semblent la rendre préférable à celle qu'on obtient par le chloroforme, lorsqu'il s'agit d'opérations délicates et de longue durée, comme la staphyloraphie, l'ablation des amygdales, l'enlèvement de polypes du pharynx et des fosses nasales, toutes opérations qui exigent le concours docile et intelligent des patients. Cette question réclame de nouvelles recherches; car, d'une part, nous

---

embrassée par l'Amour, etc. (O. Muller, ouv. cité, t. II, p. 330). Nul doute que, sous le voile de toutes ces péripéties, nous ne devions entrevoir toutes les péripéties de la vie humaine.

Après les frictions purement symboliques que nous venons de passer en revue, parlerons-nous des divinités, non plus seulement représentatives, mais protectrices de notre vie? Celles-ci seraient bien autrement nombreuses; car indépendamment de ce génie tutélaire qui veillait sur notre naissance et sur nos âges successifs et à qui les Romains offraient, au jour anniversaire de leur naissance, du vin, des fleurs et de l'encens, on peut dire que, depuis notre conception jusqu'à notre mort, chacune des particularités de notre existence avait son génie tout spécial. Diespiter amenait le fœtus au terme de la vie intra utérine; Vitumnus et Sentinus lui donnaient au moment de naître, l'un la vie, l'autre le sentiment; Lucine et Junon présidaient à l'accouchement; Opis portait secours aux nouveau-nés; Vaticanus ou Vagitanus ouvrait leur bouche au vagissement; Cunina gardait leurs berceaux; Rumina gonflait la mamelle de leur nourrice; Hécate prenait soin de leurs premières années; Juventas et Hébé de leur adolescence et de leur jeunesse; Diane et Apollon recevaient, lors de la puberté, les hommages des deux sexes; la Fortune barbue ombrageait le menton du jeune homme d'une barbe naissante; Ména dotait la jeune fille de l'évacuation menstruelle, jusqu'au jour où Virginensis dénouait sa ceinture et où Domiducus la conduisait à son époux, mis lui-même, par Jugatinus et par Priapus, en état de la recevoir (voy. Saint Augustin, cité de D., l. 4, ch. 11). Ajouterai-je que la Vieillesse et la Mort avaient chacune leurs autels? On comprend que tous ces détails m'entraineraient bien au delà des limites que je me suis imposées. Revenons donc au cadre plus modeste que nous nous sommes tracé, et n'insistons que sur les types particuliers dont le musée que nous parcourons peut nous offrir des exemples.

J'ai dit tout à l'heure que Lucine et Junon présidaient à la naissance de l'homme : j'aurais parlé plus exactement, du moins relativement à la mythologie romaine, en disant que c'était Junon-Lucine qui remplissait cette fonction, confiée par les Grecs à Diane-Lucifère. Et en effet, si d'autres déesses, ainsi la Fortune, ainsi Vénus Génitrix (n° 46), ainsi Mana-Geneta, à laquelle les Romaines immolaient un chien en cette circonstance, commes les Grecques à Hécate, comme les Argiennes à Lucine (Plutarque, QUEST. ROM.), nous sont citées quelquefois comme venant en aide aux femmes qui enfantent, ce sont-là, ou bien des exceptions, ainsi on peut le dire pour la Fortune, pour Vénus, pour Mana-Geneta, ou bien ce sont, ainsi pour Hécate, pour Lucine, pour Junon elle-même, des traductions diverses d'un seul et même type : je veux dire la Lune. C'est la Lune, cette divinité du paganisme la plus importante après le Soleil, c'est elle que nous voyons revêtir les noms les plus divers, suivant qu'ils s'appliquent, ou à ses phases, ou aux effets qu'on lui prête : *Lucine* qui, malgré l'autorité de Pline (l. 16, ch. 44), vient plutôt de *lux*, lumière, que de *lucus*, bois sacré voisin de son temple à Rome; *Junon*, expression abrégée du rajeunissement de la lune; *Hécate*, de Εκας, loin, parce que la lune darde ses rayons de loin, et le plus ordinairement *Diane* que certains étymologistes font venir de *dies*, jour, et d'autres de διαινειν, humecter, en raison sans doute de la fraicheur humide qui paraît accompagner la pâle clarté du flambeau de la nuit; *Ilythie* enfin, de ελευθω, je viens, parce qu'elle fait venir l'enfant au monde.

ignorons si la division des parties insensibles au toucher ne causerait pas de douleur, et, d'autre part, il reste à constater si la glotte ne serait pas elle-même frappée de stupeur, et par conséquent hors d'état d'indiquer le passage du sang dans la trachée.

Ces phénomènes sont d'un grand intérêt physiologique; des expériences multipliées, minutieuses et dirigées avec une méthode que ne comporte guère l'observation clinique des malades, pourraient seules nous révéler la cause de cette action. Nous nous proposons de faire ultérieurement, dans ce but, quelques recherches avec la collaboration de notre ami M. le docteur Cl. Bernard.

ACTION SUR LES ORGANES GÉNITAUX.

On sait que tous les individus soumis à l'iodure de potassium pour des affections autres que les dégénérescences du testicule, sont sujets à des érections toujours faciles et souvent importunes. Au contraire, chez ceux qui prennent du bromure même à faible dose, les organes génitaux participent bientôt de la torpeur générale de l'économie, et les érections qu'on observe fréquemment le matin, à l'état normal, ne se manifestent plus. Un malade, aujourd'hui couché salle 8, n° 5, malheureusement doué d'une imagination inquiète, était tourmenté par des pollutions nocturnes qu'il regardait comme la cause de ses infirmités. On lui administra le bromure à la dose de un gramme par jour, et le troisième jour du traitement il devançait nos questions en annonçant avec joie que depuis son entrée à l'hôpital ses crises avaient cessé. Nous devons dire que tous ne se félicitèrent point au même titre de cet assoupissement de l'organe vénérien. Quelques-uns sortis de nos salles, et encore sous l'influence du médicament, eurent le chagrin d'avoir à lui reprocher, au milieu de circonstances impérieuses, une paresse intempestive des organes génitaux et des mécomptes, sans exemple dans leur passé. Cette action stupéfiante ne persiste pas; elle diminue graduellement, et après quelques jours de repos, la puissance génitale a repris son énergie première.

N'y aurait-il pas là quelque indication thérapeutique? Nous pensons que le bromure de potassium serait employé avec succès dans ces urétrites dites cordées, contre lesquelles les opiacés et le camphre sont trop fréquemment inefficaces. Ne pourrait-on pas l'utiliser pour modérer des érections opiniâtres et une susceptibilité nerveuse contre lesquelles échoueraient les narcotiques et les antispasmodiques? De plus, il est probable qu'il triompherait des pertes séminales qui, suivant M. le docteur Lallemand, dépendent des contractions spasmodiques des vésicules; il aggraverait, au contraire, les perles, qui survenant pendant les efforts de la défécation, peuvent être imputées au relâchement des tissus, à l'atonie des organes.

ACTION SUR L'ORGANE DE LA VUE.

Les troubles produits sur l'organe de la vue sont de deux ordres: les uns l'affectent dans ses fonctions spéciales, les autres dans sa vitalité même; mais ceux-ci ne sont qu'une conséquence de l'action stupéfiante du médicament sur l'économie.

Les premiers consistent dans un affaiblissement de la vue plus ou moins prononcé; les malades ne peuvent plus soutenir une lecture prolongée, les caractères trop fins les fatiguent. Bientôt ils ne distinguent nettement qu'à une courte distance. Un de nos malades vit double pendant quatre jours. Ces phénomènes d'ambliopie, rares et passagers, ne se manifestent que sur les individus qui sont soumis au bromure depuis un certain temps. Les vertiges, la céphalalgie sont leur cortége habituel. Nous ne reviendrons pas ici sur les hallucinations plus haut signalées; elles se rattachent à la perturbation générale des facultés intellectuelles.

Les accidents du second ordre consistent dans une insensibilité plus ou moins marquée de la *conjonctive scléroticale*. Ce phénomène n'est pas constant. On l'observe surtout vers le quatrième jour du traitement, lorsque les malades prennent le bromure à la dose de 10 à 15 grammes dans les vingt-quatre heures.

Cette insensibilité locale est parfois si complète, qu'une barbe de plume ou le doigt passé sur la conjonctive scléroticale ne déterminent aucune sensation pénible et ne provoquent pas le moindre clignotement de la paupière supérieure. Le plus digne de remarque, c'est que l'iris conserve ses mouvements et que la cornée transparente reste très-impressionnable, bien qu'enchâssée dans un globe oculaire frappé d'insensibilité. Quand les corps étrangers qu'on promène ainsi sur la conjonctive viennent à toucher le pourtour de la cornée, les malades accusent de la douleur et rejettent vivement la tête en arrière. Il est probable que le système du grand sympathique échappe à l'action stupéfiante du bromure et que l'iris et la cornée reçoivent leur sensibilité des filets émanés du ganglion ophthalmique (nerfs iriens gangliounaires).

ACTION SUR L'ORGANE DE L'OUÏE.

Nous avons souvent observé une dureté notable de l'ouïe; c'est ordinairement pendant la période d'assoupissement qu'elle se manifeste. Chez quelques malades qui prirent le bromure à la dose de 25 à 30 grammes, l'ouïe devint tellement obscure qu'on ne pouvait se faire entendre d'eux qu'en criant fort et près de leur oreille. Cette espèce de surdité est loin d'être constante; elle disparait rapidement dès que les malades ne sont plus soumis au traitement.

Nous n'avons pu constater si les sens de l'odorat et du goût étaient émoussés ou pervertis chez les malades que nous avons observés.

En résumé, la prostration des forces, l'engourdissement des mouvements, la sensibilité générale plus ou moins abolie, les sensations spéciales émoussées, l'intelligence affaiblie, le sens génital amorti, tels sont les effets qui nous ont engagé à classer le bromure de potassium parmi les agents les plus énergiques et les plus spéciaux de la médication stupéfiante.

§ II. — INEFFICACITÉ DU BROMURE DE POTASSIUM DANS LES AFFECTIONS SYPHILITIQUES.

ACTION SUR LES ÉPIDIDYMITES ET LES URÈTHRITES.

Sur 27 cas d'épididymites traités par le bromure de potassium, nous avons constaté dix fois une exaspération des douleurs, quatre fois le passage de l'épididymite indolente à l'état aigu; enfin trois malades sortirent avec des indurations de l'épididyme après un traitement dont la durée varie entre un mois et six semaines; la guérison des autres fut plus ou moins rapide. Ajoutons que tous ces malades, indépendamment du bromure qu'ils prenaient, furent soumis au traitement habituel de ces sortes d'affections: sangsues, cataplasmes émollients, compression, emplâtre de Vigo, etc., etc., suivant la nature et la gravité des cas.

Celte statistique, qui nous montre tantôt l'épididymite chronique rappelée

C'est une chose curieuse à noter chez les anciens que cette croyance si formelle à l'action de la lune dans le travail de l'accouchement. « On dit que la lune facilite les accouchements quand elle est dans son plein, nous dit Plutarque, et que le relâchement qu'elle procure aux humeurs rend les douleurs moins vives. » (SYMPOSIAQ., l. 3, quest. 10.) « De la lune, nous redit ailleurs ce même écrivain, nous viennent... les enfantements faciles » (*Id.*, DE LA FACE QUI PARAÎT SUR LA LUNE.) « Les Latins, dit Varron, semblent avoir donné à la lune le nom de Junon-Lucine, parce que, depuis la conception jusqu'à l'accouchement, la lune aide au développement de l'enfant, *juvat*, de sorte que Junon-Lucine viendrait de *juvare* et de *lux*. Les anciens, ajoute-t-il, ont eu sans doute en vue ces rapports, car autrefois les femmes étaient dans l'usage de consacrer leurs sourcils à cette déesse, comme l'offrande la plus agréable pour elle, la partie du corps qui reçoit la lumière étant naturellement la plus digne de cette divinité. » (Varron, DE LA LANGUE LATINE, l. 5, § 68.) « La lumière de la lune, dit Macrobe, a la propriété de disperser et de répandre une substance humide dans notre corps dont elle ouvre et relâche tous les conduits. De là vient que Diane, qui est la même que la lune, est appelée *Artémis*, d'ἀεροτεμις, c'est-à-dire *qui fend l'air*. Elle est invoquée, sous le nom de Lucine, par les femmes en travail d'enfant, parce qu'elle a la propriété spéciale de distendre les ouvertures du corps et d'ouvrir les voies aux écoulements, ce qui est favorable à accélérer les accouchements. » (Macrobe, SATURN., l. 7, ch. 16.)

Cette confiance aux vertus de la lune remonte bien haut dans l'histoire, car les Romains et les Grecs l'avaient héritée des Égyptiens. Pour ces derniers, Isis, ou la lune encore, qui avait elle-même reçu tant de noms qu'on la nomme quelquefois la déesse Myrionyme, la déesse aux dix mille noms, était plus puissante qu'Osiris, et tandis que celui-ci, le soleil, était l'auteur et le maître de l'esprit, Isis influait spécialement sur la formation du corps. On invoquait Isis pour le succès des amours (on sait que ses temples devinrent à Rome des rendez-vous de galanterie), et, suivant l'abbé Ricard, traducteur de Plutarque, c'est par imitation que les Grecs invoquèrent pour l'accouchement, Diane, c'est-à-dire la lune, sous le nom d'Ilythie. (Voy. ŒUV. MORAL., t. XVI, p. 432.)

Quel peut avoir été le point de départ de cette confiance en la lune comme influant sur la conception ou sur l'accouchement? Cette circonstance peut-être que c'est pendant la nuit, le plus fréquemment, que la grossesse se termine, de même, et ce second fait pourrait bien être la cause du précédent, que c'est pendant la nuit aussi que le plus souvent elle commence, la nuit, cette époque des amours surtout pratiques, alors que la molle clarté de la lune, si chère aux amoureux, ramène sur la terre cette douce fraîcheur qui, dans les pays chauds, et notamment en Égypte, est d'autant plus précieuse que l'excessive ardeur du soleil a pour effet ordinaire d'enerver et d'abattre.

L'Isis des Égyptiens n'est donc pas moins intéressante pour nous que la Diane des Grecs, que la Lucine des Romains. Elle l'est encore en ce que, si nous en croyons Diodore, les Égyptiens lui attribuaient une connaissance parfaite de la médecine. Elle apparaissait pendant leur sommeil aux malades qui l'imploraient, et indiquait alors à ceux-mêmes quelquefois que les médecins avaient abandonnés les remèdes propres à les guérir. (Diodore de Sicile, l. 1, sect. 1.)

Et cependant, par le fait de cette contradiction que j'ai déjà signalée, Isis n'était pas une déesse exclusivement bienfaisante Si nous en croyons Perse en

à l'état aigu, tantôt l'état aigu suivi d'engorgement chronique et qui n'offre que de rares exemples de guérison, n'est pas faite pour encourager à traiter cette affection par le bromure de potassium. Cependant, entre des mains habiles, ce médicament peut encore rendre des services. M. le docteur Puche l'emploie quelquefois pour tirer de leur indolence des épididymites anciennes, dont il favorise ensuite la résolution par un traitement efficace.

Ce médicament ne paraît pas avoir une grande influence sur le cours des urétrites. Pendant les traitements nous avons souvent observé des écoulements plus abondants et purulents; l'emploi du bromure serait peut-être motivé par certaines urétrites dites cordées, à cause des effets stupéfiants qu'il exerce sur les organes génitaux.

ACTION SUR LES AFFECTIONS SECONDAIRES.

Rien n'est plus contestable que l'efficacité du bromure de potassium dans les affections syphilitiques secondaires. Nous ne pouvons partager l'opinion d'Engelmann, de Prieger, de Bode, qui attribuent au bromure de potassium et de sodium, contenu dans quelques eaux minérales d'Allemagne, les effets merveilleux qu'en éprouvent les malades affectés de syphilis constitutionnelle, avec accidents du côté de la peau. Nous pensons donc que c'est aux autres agents chimiques contenus dans ces eaux, et principalement aux iodures, que les malades sont redevables des guérisons rapides observées par les praticiens allemands. Nos convictions à cet égard reposent sur des faits dans lesquels l'action isolée de ce médicament était manifestement négative. Il suffit, pour s'en convaincre, de jeter un coup d'œil sur les extraits d'observations que j'ai relatés à la fin de ce travail.

Sur dix-neuf cas de syphilis, dont les symptômes révélaient l'affection constitutionnelle, on vit douze fois le développement des manifestations secondaires ou tertiaires. Ce furent soit des roséoles, des papules muqueuses, des engorgements ganglionnaires, des douleurs rhumatoïdes, soit des exostoses, des douleurs ostéocopes, etc. Dans aucun cas le bromure n'exerça une action résolutive sur les ganglions sympathiques et symptomatiques d'affections vénériennes, tant récentes que secondaires; très-souvent nous avons constaté sur nos malades l'engorgement des ganglions cervicaux après un mois ou six semaines de traitement.

ACTION SUR LES AFFECTIONS TERTIAIRES.

Les principaux symptômes observés sur les vénériens qui furent soumis à ce traitement consistaient en exostoses, douleurs ostéocopes nocturnes, caries, tumeurs gommeuses du cou, ulcérations de la gorge à différents degrés, etc. Or, chez aucun malade, on ne put constater la moindre amélioration, bien que le bromure ait été continué de trois semaines à deux mois. Chez quelques-uns les douleurs ostéocopes furent exaspérées; chez d'autres elles ne furent apaisées que par l'action stupéfiante générale produite par le médicament pris à haute dose. Ces insuccès devaient engager à renoncer au bromure; on revint donc à l'iodure, qui, administré dans les mêmes cas, fit disparaître avec une merveilleuse rapidité tous les accidents que nous venons d'énumérer, et produisit constamment l'amélioration la plus manifeste dans la santé générale de nos malades. L'un d'eux, dont l'observation a contribué à former mon opinion sur ce sujet, était entré salle 8, n° 38, pour y être traité d'un testicule vénérien, datant de huit mois, d'oxostoses du temporal gauche, de douleurs ostéocopes nocturnes dans les tibias; après deux mois d'un traitement sans succès par le bromure, il fut soumis à l'iodure le 11 juin et sortit guéri le 13 juillet. A l'appui de nos assertions, nous préciserons les faits suivants.

Obs. I. — Papules muqueuses de l'anus, du scrotum, datant de trois mois; roséole papuleuse du tronc datant de trois mois; ganglion cervical supérieur droit datant de quinze jours.

Traitement du 16 février au 24 mars.

La roséole passe le 23 mars à l'état de psoriasis, et le malade sort non guéri.

Obs. II. — Chancres indurés datant de quatre mois; roséole papuleuse datant d'un mois et demi; ganglions inguinaux engorgés; ganglion cervical supérieur très-volumineux.

Traitement du 2 mars au 21 avril.

Alopécie; douleurs articulaires le 14 avril; roséole plus vive le 20.

Obs. III. — Chancre phagédénique à circonférence indurée; pas de ganglions cervicaux; gonflement inguinal gauche.

Traitement du 3 février au 21 mars.

Le 11 février, apparition des ganglions cervicaux; le 14 mars, douleurs articulaires très-vives.

Obs. IV. — Syphilides pustulo-crustacées; ulcérations tertiaires du pharynx.

Traitement du 22 novembre au 31 décembre.

Pendant le traitement, douleurs articulaires, exostoses de la partie inférieure du cubitus.

Obs. V. — Chancres indurés de l'impasse du prépuce; ganglions cervicaux engorgés.

Au cinquième jour du traitement, apparition de papules muqueuses à la marge de l'anus.

Obs. VI. — Papules muqueuses végétantes du scrotum et du pli génito-crural datant de deux mois; papules muqueuses végétantes de l'anus datant de quinze jours; roséole papuleuse du tronc; pléiades inguinales; ganglion cervical supérieur gauche engorgé; papules muqueuses végétantes des deux piliers du voile du palais.

Au dix-neuvième jour du traitement, douleurs dans les membres inférieurs. Le malade sort, après un mois de traitement, sans amélioration dans son état.

Obs. VII. — Chancres superficiels de l'impasse du prépuce; roséole du tronc; pléiades inguinales; ganglions cervicaux; plaques muqueuses sur les piliers du voile du palais.

Traitement du 27 février au 26 mai.

Pendant ce temps, apparition de psoriasis sur les membres, douleurs dans les membres inférieurs.

Le malade sort le 26 mai et rentre le 1er juillet avec de nouvelles papules, une roséole confluente, des engorgements des ganglions et cervicaux, symptômes qui doivent être rattachés à la première affection.

Traitement mercuriel. Guérison en six semaines.

Obs. VIII. — Chancres indurés de l'impasse du prépuce datant de deux mois; ganglions inguinaux engorgés; pas de ganglions cervicaux.

Traité par le bromure du 4 mars au 23 avril; le 11 mars, apparition d'une roséole.

Obs. IX. — Chancre du prépuce; ecthyma sur les membres abdominaux; ganglion mastoïdien droit; douleurs dans les jambes.

Traité par le bromure du 7 janvier au 16 février.

Herpès de la face interne et inférieure des cuisses; berpès de la même nature au bras. Le 16 février, roideur et douleurs des articulations des membres inférieurs.

Le malade sort non guéri.

---

particulier, la déesse armée du sistre (l'un des attributs d'Isis), et Cybèle elle-même, envoyaient à ceux qu'elles voulaient punir, du moins au dire de leurs prêtres, des maladies qui s'annonçaient par l'enflure de tout leur corps :

Incussère Deos inflantes corpora ....
(Perse, sat. 5, v. 187.)

Il y avait même des précautions recommandées dans certains cas contre cette action dissolvante que l'on prêtait à la lune. Ainsi les nourrices couvraient la tête des enfants, quand la lumière de la lune donnait sur eux, de peur que leur complexion, déjà molle et tendre, ne se ressentît de la vertu dissolvante de la lune (Macrobe, Saturn., l. 7, ch. 16); de la lune à qui, par la même raison sans doute, on attribuait si bien alors la maladie périodique des femmes, qu'on les disait, quand elles en étaient atteintes, frappées par Arthémis, frappées par Séléné. (*Ibid.*, l. 1, ch. 17.)

Nous savons, par les auteurs grecs et latins, que le culte d'Isis, comme celui de Sérapis, après être passé d'Égypte en Grèce, passa plus tard de Grèce à Rome, où il finit par triompher des résistances que lui opposèrent les consuls et le sénat. Ainsi, ne soyons pas surpris de la fréquence des statues ou autres figures d'Isis dans nos musées (nos 33—215—344—352—357—436); et devant cet autel dédié à Isis (n° 3), comme devant ces deux autres consacrés à Diane (nos 353 et surtout 214), songeons que peut-être quelque mère reconnaissante sera venue non-seulement y brûler son encens, mais encore, d'après le témoignage de Varron que je rapportais tout à l'heure, y déposer le bizarre hommage de ses sourcils.

Parcourons maintenant les nombreuses statues de Diane que ce musée peut nous offrir (nos 178—199—213—300—378—419), étudions leurs différents attributs d'après les données que j'ai résumées, et comprenons bien que, si plusieurs d'entre eux, ainsi l'arc et les flèches, ont valu à Diane de tout autres rôles que ceux dont je viens de parler, telle ne fut pas sans doute leur signification première, et qu'avant d'être la déesse de la chasse, Diane fut la déesse tutélaire de notre naissance, et quelquefois même le symbole de la vie.

La vie, quoi qu'en aient dit ceux qui croient à la dégénérescence de notre espèce, était, dès les temps historiques les plus reculés, tout autant qu'elle l'est aujourd'hui, un bien mêlé de maux; et parmi ceux-ci, les infirmités, les maladies, ont toujours tenu le premier rang. Triste et précoce apanage de notre faiblesse, la douleur est souvent pour l'homme bien voisine de sa naissance, devons-nous donc nous étonner que le Dieu qui guérit soit uni par des liens si intimes à la déesse qui fait naître, qu'Apollon soit le frère jumeau de Diane? Cette union si étroite entre Diane et Apollon, nous la retrouverons dans plusieurs autres particularités de leur histoire. Ainsi l'un et l'autre sont adorés sous trois noms principaux : l'une s'appelle Diane sur la terre; la lune dans le ciel; Hécate, ou Proserpine, aux enfers; l'autre est Phœbus au ciel, de φοῖβος, lumière, parce qu'il conduit le char du soleil; Liber sur la terre, et Apollon aux enfers. « A Milet, nous dit Strabon, comme à Délos, on trouve établi le culte d'Apollon *Oulius*, c'est-à-dire guérisseur, de οὐλειν, se porter bien. On sait qu'Apollon passe pour posséder l'art de guérir, de même que Diane, dite par

Obs. X. — Papules muqueuses très-volumineuses de la marge de l'anus, du scrotum et du voile du palais; ganglions inguinaux et cervicaux très-tuméfiés.

Traité par le bromure du 18 mars au 3 mai.

Apparition d'une roséole après le traitement.

Sort non guéri le 14 mai.

Obs. XI. — Chancres superficiels indurés de l'impasse du prépuce; pléiade inguinale; pas de ganglions cervicaux; céphalalgie.

Traité par le bromure du 3 février au 14 mars.

Pityriasis capitis; céphalalgies plus vives.

Il serait superflu de multiplier davantage les observations de ce genre; ce qui précède ne démontre que trop l'inefficacité du bromure de potassium dans les affections tertiaires de la syphilis.

Les assertions que nous avançons reposent sur une statistique assez riche pour dissiper les doutes que pourrait faire naître l'absence de documents complets sur les propriétés du bromure de potassium; la valeur négative des résultats que nous avons rapportés n'est donc pas à dédaigner. Si la thérapeutique enregistrait avec un empressement égal ses échecs et ses succès, elle éviterait peut-être à la pratique de l'art une persévérance déplorable dans bien des erreurs dont le point de départ fut l'induction.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX BELGES.

I. ARCHIVES DE LA MÉDECINE BELGE.

Les cahiers d'octobre, novembre et décembre 1849 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *De l'emploi de l'acétate de plomb solide dans le traitement de l'ophthalmie granuleuse;* par M. Buys. (Nous avons déjà fait connaître, d'après les observations de M. Cunier, les avantages de cette méthode.) 2° *Des altérations du poumon qui constituent la maladie désignée sous le nom d'emphysème pulmonaire ou vésiculaire (asthme continu des anciens);* par M. Rossignol. 3° *De la méthode instinctive dans le traitement du choléra asiatique;* par M. Delstanche. 4° *Observation d'arthrite rhumatismale, suivie de péricardite; digitale à haute dose;* par M. Van den Abeele. 5° *De la vaccine;* 6° *Note sur les contractures spasmodiques qui ont régné au pénitencier central des femmes à Namur, depuis 1845;* par M. Cambrelin père; 7° *De l'épidémie de choléra qui a régné dans la garnison d'Anvers, depuis le mois de juin jusqu'au mois de septembre 1849;* par M. Gonzée. 8° *Revue de la clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-Jean (service de M. Uytterhoeven);* par M. Schœnfeld. 9° *Considérations sur le choléra;* par M. Stacquez.

OBSERVATION DE MORVE FARCINEUSE CHRONIQUE CHEZ L'HOMME; par le docteur Hairion.

Obs. — Denuette, cultivateur âgé de 23 ans, ayant toujours joui d'une bonne santé, doué d'une grande force musculaire, ne présentant ni chez lui ni dans sa famille aucun indice de maladie scrofuleuse, soigna trois chevaux morveux pendant la mauvaise saison de 1845 à 1846, c'est-à-dire pendant six mois. Il couchait dans l'écurie occupée par ces animaux. Dans le cours de cet hiver, il fut pris d'une douleur violente sous le sein droit et dut garder le lit pendant plusieurs jours. Deux à trois mois plus tard (le texte dit *trois ans*, par erreur sans doute, comme on le verra par la suite de l'observation), vers le mois de mai, il se plaignit d'un enchifrènement qui apportait une certaine gêne dans la respiration et s'accompagnait d'un écoulement de matière épaisse, inodore, s'échappant par intervalle en assez grande abondance. Cet écoulement persista longtemps; plus tard, il diminua, mais le malade n'en fut jamais entièrement débarrassé.

Dans les premiers jours du mois de janvier 1847, sept à huit mois après l'abatage des chevaux morveux, Denuette entra au 1er régiment de chasseurs à cheval. Deux mois et demi plus tard, vers le milieu du mois de mars, apparurent au bras gauche, un peu au-dessus de l'insertion du deltoïde, une petite tumeur indolente, sans changement de couleur à la peau, de la grosseur d'une noix. Cette tumeur grossit lentement. Le sujet continua à faire son service pendant trois mois et ne s'adressa au médecin que lorsqu'il se trouva hors d'état de travailler. Il fut envoyé à l'hôpital. La tumeur s'ouvrit spontanément et donna issue à une grande quantité de pus; la cicatrisation n'eut lieu qu'au bout de trois mois. Pendant le séjour à l'hôpital, l'enchifrènement reparut et l'écoulement nasal devint plus abondant. En même temps, une petite dureté peu douloureuse se développa vers la région du sac lacrymal du côté gauche. Le malade n'en parla pas et quitta l'hôpital le 11 décembre 1847.

Il y rentra cinquante jours plus tard. La tumeur avait alors acquis le volume d'une noisette; elle était molle, indolente, sans changement de couleur à la peau; plus tard, elle atteignit le volume d'un œuf de pigeon, s'ouvrit et laissa écouler une assez grande quantité de pus. La cicatrisation s'obtint difficilement et d'une manière incomplète; il resta une petite fistule qui donna issue à de la matière mocoso-purulente. Mais déjà une autre tumeur de même caractère s'était montrée à l'angle interne de l'œil droit; elle parcourut les mêmes phases et se termina de la même manière. En même temps, le malade se plaignait de douleur dans la cavité nasale; il s'en écoulait un pus parfois fort abondant et inodore.

La maladie, jugée de nature scrofuleuse, fut traitée par l'hydriodate de potasse et un régime alimentaire abondant et tonique.

Denuette sortit de l'hôpital après y avoir séjourné, en deux fois, un an et quelques jours, pour être dirigé sur le dépôt de son corps, afin qu'il fût statué sur son sort. A cette époque, il conservait encore un certain embonpoint et un air de santé; mais bientôt, privé du régime analeptique de l'hôpital, il maigrit rapidement, s'affaiblit de jour en jour, en même temps que la lésion des fosses nasales fit des progrès effrayants; l'écoulement devint fétide; le malade retira plusieurs fois de son nez des fragments d'os et des lambeaux de muqueuse; il fut enfin dirigé sur l'hôpital de Louvain, où il entra le 27 janvier 1849. Voici quel était alors son état :

Attitude de l'épuisement; maigreur squelettique, peau jaunâtre et terreuse. A l'angle interne des deux yeux, au centre des cicatrices dont il a été parlé, se voit un petit pertuis qui donne issue à une matière séro-purulente. Les cicatrices sont adhérentes aux surfaces osseuses et interceptent complétement les voies lacrymales. Sentiment de froid à la région nasale; toute la cloison du nez a disparu, sauf le bord inférieur, qui, sous forme de pont étroit, relie le lobule du nez à la lèvre supérieure; les cornets inférieurs et les cornets moyens ont entièrement disparu; toute la cavité nasale est tapissée par une muqueuse rouge, fongueuse, livide, recouverte sur quelques points de croûtes brunâtres, et sécrétant une matière purulente d'une grande fétidité. La voûte palatine est le siége d'un ulcère profond, oblong, ayant deux centimètres environ dans sa plus grande longueur; ses bords sont dentelés, mais non décollés, son fond grisâtre; le stylet y fait découvrir une carie de la surface osseuse correspondante. De la partie postérieure part une cicatrice sinueuse, saillante, s'étendant jusqu'à l'extrémité la plus reculée de la voûte palatine, trace d'un ulcère que le malade dit avoir

---

cette raison *Artémis*, de αρτεμης, entier, sain. (Nous avons vu Macrobe donner à ce mot une toute autre étymologie; et quant à ce pouvoir de guérir, nous savons qu'Isis l'avait aussi.) C'est, ajoute Strabon, à cause de cette vertu que ces deux divinités sont représentées par les deux astres qui ont le plus d'influence sur la température de l'air : Apollon par le soleil, Diane par la lune. On leur attribue, par le même motif, les maladies pestilentielles et les morts subites. » (Strabon, l. 14, ch. 1.) C'est là, en effet, entre les rôles qui leur sont dévolus, une autre de ces analogies principales que je cherche à faire ressortir, c'est que, par une nouvelle interprétation sans doute de cet arc et de ces flèches dont l'un et l'autre sont armés, tous deux envoient la mort subite, Apollon aux hommes, et Diane aux femmes, Diane dont Jupiter a fait *le lion des femmes*, suivant l'énergique expression d'Homère, en lui donnant le droit de mettre à mort celles que bon lui semblerait :

Επει σε λεοντα γυναιξι
Ζευς θηκεν και εδωκε κατακτεμεν ηνκ'εθελησθα.

(Iliade, l. 21, v. 483.)

Nous avons vu que, d'après Macrobe, les femmes atteintes de leur *maladie* périodique étaient dites frappées par la lune. De même, ainsi qu'il nous l'apprend ailleurs, on nomme ceux qu'une maladie consume απολλωνοβλητοι, ou ηλιοβλητοι, frappés par Apollon, ou frappés par le soleil, et, à cette occasion, Macrobe, en signalant ces puissances contradictoires affectées à la même divinité, rapproche d'Apollon et de Diane, Neptune, appelé tantôt *ébranlant la terre* et tantôt *affermissant la terre.* « C'est ainsi, ajoute-t-il, que nous adorons Apollon, c'est-à-dire le soleil, sous des noms qui signifient tantôt la salubrité et tantôt la contagion, Apollon qui protége les bons et envoie la contagion aux méchants. (Saturn., l. 1, ch. 17.)

Et en effet, Apollon et Diane encore avec lui président spécialement aux affections contagieuses qui déciment l'humanité. Que les six fils et les six filles de Niobé soient ravis par la peste à cette mère désolée, les poëtes nous diront que ces malheureuses victimes ont été frappées par les flèches d'Apollon et de Diane; que la belle Coronis succombe aux émanations malfaisantes du Bœbias dont elle habite les bords, et Pindare nous racontera qu'Apollon, pour punir cette nymphe de son infidélité, a envoyé contre elle Diane armée de ses traits (Pythique troisième).

Il me serait facile de multiplier ces citations, mais celles-ci me paraissent suffisantes d'abord pour compléter l'histoire de Diane, et notamment peut-être de Diane-Lucine, si cette réflexion de madame Dacier est vraie, à propos du passage d'Homère cité tout à l'heure, que Diane n'est si redoutable aux femmes que parce qu'elle amène les douleurs souvent mortelles de l'enfantement; et puis elles nous prouvent peut-être, et j'aime à croire que ce point de mythologie ne fut pas un trait satirique de la part des anciens contre les médecins d'alors, que l'art médical leur parut être une arme dangereuse et qui peut bien ne pas toujours guérir.

Quoi qu'il en soit, arrivons à ce qui est pour nous le caractère essentiel d'Apollon, c'est-à-dire à Apollon bienfaiteur de l'humanité, à Apollon dieu de la médecine.

Dr Félix Andry.

(La suite au prochain numéro.)

existé sur ce point et qui a complétement guéri. — Appétit peu prononcé, digestions laborieuses, diarrhée par intervalles ; les jours précédents, les selles étaient un peu sanguinolentes. Pouls petit, faible, à 100 pulsations; fièvre le soir. Respiration un peu accélérée. Rien à la percussion ni à l'auscultation, sauf par intervalles un claquement qui paraît se passer dans les grosses bronches.

Dans l'ignorance des antécédents du malade, M. Hairion croit reconnaître dans cet ensemble de symptômes les symptômes d'une syphilis invétérée. Le traitement est donc dirigé en conséquence; mais, sous son influence, les forces du sujet se perdent avec une étonnante rapidité. C'est huit jours seulement après son entrée à l'hôpital que Denuette apprend au médecin qu'il a soigné pendant six mois des chevaux morveux. On cesse alors le traitement antivénérien, et on le remplace par un régime tonique, mais les organes digestifs ne peuvent le supporter: les forces se perdent de plus en plus, la fièvre augmente, les sueurs et la diarrhée colliquative apparaissent, l'ulcère de la voûte palatine fait de rapides progrès, une communication s'établit entre les cavités nasales et buccales, et il s'exhale de ce foyer une odeur repoussante. L'expectoration devient purulente et de temps en temps striée de sang; on n'y retrouve pas de traces de tubercules. Râles sibilants et ronflants de la poitrine; les râles n'existent pas toujours, et parfois le bruit respiratoire est normal. Absence de gargouillement, de ventriloquie, de matité ou de résonnance anormale.

Les symptômes s'aggravent de jour en jour, et le malade succombe le 9 mars. L'autopsie n'a pu être faite.

Nous avons rapporté cette observation *in extenso*, d'abord à cause du soin avec lequel elle paraît avoir été recueillie et de la précision des détails, ensuite parce qu'elle offre quelques particularités peu communes. On voit, par exemple, que la morve chronique a précédé ici le farcin; le premier symptôme caractéristique de la maladie a été l'enchifrènement et l'écoulement nasal; les abcès propres au farcin ne sont venus que plus tard. Or ce mode d'enchaînement des deux formes morbides est assez rare; presque toujours c'est le farcin qui précède la morve.

Dans les cas analogues à celui de Denuette, le développement de la morve chronique est ordinairement précédé de prostration, de fatigues, de douleurs dans les membres: l'observation ne parle pas de prodromes semblables; mais il est très-probable qu'il faut voir un symptôme du même genre dans ce point de côté ressenti par le malade quelques mois avant l'enchifrènement. M. Tardieu, dans son excellente dissertation inaugurale, a rangé la pleurodynie au nombre des symptômes précurseurs de la morve chronique.

Le siége des abcès au niveau des deux sacs lacrymaux mérite d'être remarqué. Nous ne croyons pas qu'il en existe d'autres exemples. On sait que c'est ordinairement aux membres, plus particulièrement aux membres inférieurs que ces abcès se développent.

De même aussi, il est excessivement rare de voir ces abcès commencer par une *dureté*, ainsi que l'indique l'observation. Ils offrent presque constamment de la fluctuation dès le début, dès la première apparition de la tumeur, semblables en cela à tous les abcès qui se lient à l'infection générale des liquides.

Enfin, si l'ulcération dont la cicatrice se voyait à la voûte palatine appartenait à la première période de la morve et ne remontait pas à quelque maladie antérieure, c'est encore un fait très-rare, les ulcères morveux de la gorge n'étant guère susceptibles de cicatrisation alors que l'affection continue ses progrès.

Il est bon de connaître ces variations dans l'expression symptomatologique de la morve et du farcin chronique; susceptibles d'égarer le diagnostic, elles auraient par conséquent l'influence la plus directe sur le traitement. Or une erreur de ce genre peut entraîner de graves inconvénients. Il est d'observation notamment que le traitement antivénérien intempestivement appliqué dans ces cas entraîne des effets funestes, et on l'a vu dans l'observation qui précède.

II. ANNALES ET BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE GAND.

Les 10e, 11e et 12e livraisons renferment les travaux originaux suivants: 1° *Fragment clinique sur l'emploi de l'iodure de potassium dans le traitement du rhumatisme chronique*; par M. Massart. 2° *Description de deux monstres doubles monocéphaliens, sternopages et ischiopages*; par M. Poelman. 3° *Observation de phlébite déterminée par l'application du cautère actuel sur des tumeurs hémorrhoïdales*; par M. Teirlinck.

FRAGMENT CLINIQUE SUR L'EMPLOI DE L'IODURE DE POTASSIUM DANS LE TRAITEMENT DU RHUMATISME CHRONIQUE; par le docteur MASSART.

Les avis sont encore bien partagés sur l'efficacité de l'iodure de potassium dans le rhumatisme chronique. Vanté par MM. Graeffe, Hardeleworth, Bounyer, Ebrard, Golfin et d'autres médecins français, il a paru à d'autres, notamment à M. Payen et à M. le professeur Forget, de peu d'utilité. On l'a employé soit à l'intérieur, soit en frictions sous forme de pommade. M. Massart administre d'abord à tous les malades une potion de 100 gr. contenant 10 gr. d'iodure. Il en faisait prendre une cuillerée à bouche le premier jour, deux le second jour, et ainsi de suite en augmentant d'une cuillerée chaque jour, jusqu'à huit en vingt-quatre heures et en quatre fois, deux heures avant ou après le repas; puis il diminuait la dose suivant la même progression. Mais plus tard, il a obtenu, dit-il, de si bons effets de la pommade seule, qu'il a renoncé à la potion dans les cas ordinaires et l'a réservé pour les rhumatismes compliqués de la phthisie. Cette pommade si efficace contient 4 grammes d'iodure de potassium pour 30 grammes de cérat de Galien.

L'auteur rapporte dix observations dans lesquels en effet la pommade paraît avoir eu sur la disparition des douleurs l'influence la plus évidente et la plus rapide. Mais il ne dissimule pas que dans d'autres cas, le même traitement a complétement échoné, et il l'explique en admettant que, dans ces cas réfractaires, le rhumatisme siégeait *exclusivement sur les nerfs*. Nous rapportons l'explication; on jugera de sa valeur.

Quoi qu'il en soit, la commission chargée du rapport à la Société de médecine de Gand, et composée de MM. de Muynck, Dumont et Fraeys, rapporteur, s'est livré à quelques expériences nouvelles qui ne confirment guère les espérances que le *fragment clinique* de M. Massart pouvait faire naître. Dans les cinq observations rapportées par la commission, l'efficacité des frictions iodurées a été tout au moins douteuse. Et il est à noter que toutes sont relatives au rhumatisme articulaire, c'est-à-dire à celui qui a été indiqué par quelques praticiens, par M. Bonnyer en particulier (v. GAZ. MÉD., 1840 et 1842), comme le seul curable par l'iodure de potassium. On voit donc que de nouvelles recherches sont nécessaires sur ce point de thérapeutique.

OBSERVATION DE PHLÉBITE DÉTERMINÉE PAR L'APPLICATION DU CAUTÈRE ACTUEL SUR DES TUMEURS HÉMORRHOÏDALES; par M. TEIRLINCK.

L'auteur est un partisan déclaré de l'emploi du fer rouge pour la destruction des bourrelets hémorrhoïdaux. La première et principale partie de son travail est même consacrée à réhabiliter cette méthode, et à condamner l'excision et la ligature comme inefficaces et surtout comme dangereuses. Ce n'est donc pas sans surprise qu'on le voit apporter ensuite lui-même un démenti à ces assertions en racontant un cas où la cautérisation, pratiquée par lui, a justement eu les fâcheux effets qu'il vient de reprocher aux méthodes rivales. Mais cette espèce de contradiction ne fait, selon nous, qu'ajouter à la valeur de la preuve en témoignant de la bonne foi parfaite qui a présidé à l'argumentation.

OBS. — Un maréchal ferrant, âgé de 46 ans, d'une santé florissante, entra le 17 avril 1849, à l'hôpital pour se faire délivrer d'hémorrhoïdes qui le tourmentaient au point de l'obliger souvent de quitter son travail. La défécation entraînait au dehors une tumeur que parfois il avait beaucoup de peine à réduire. Lorsqu'elle restait à l'extérieur, il éprouvait de vives souffrances avec ténesmes vésicaux et hémorrhagies.

On trouva en effet à l'anus un bourrelet assez volumineux formé par des hémorrhoïdes internes, qui avaient entraîné une partie de la muqueuse rectale. Ce bourrelet, livide, dur, bosselé, noueux, noirâtre, était difficilement réductible.

M. Teirlinck, cédant aux désirs du malade, procéda le 19 avril à la cautérisation, opération qu'il préfère et qu'il a souvent pratiquée pour des cas semblables. Il cautérisa donc assez fortement les tumeurs et la muqueuse prolapsée au moyen d'un cautère nummulaire chauffé à blanc. Le malade ne se plaignit pas d'avoir très-vivement souffert.

Les symptômes de réaction locale, — d'ailleurs prévenue par des applications d'eau froide, — furent très-modérés. Les escarres tombèrent rapidement, et le 24 avril la cicatrisation avait commencé. Le bourrelet ayant disparu, M. Teirlinck opéra très-aisément la réduction de la portion de muqueuse restée au dehors, et il prévint un nouveau prolapsus par des compresses que soutenait un bandage en T double.

Le 26, le malade alla à la selle spontanément; le passage des matières causa quelques douleurs, mais sans que la chute du rectum se reproduisît.

Déjà le malade au comble de la joie demandait à sortir de l'hôpital, et le chirurgien y avait consenti, lorsque, dans la nuit du 27 au 28 avril, on violent frisson se déclara avec tremblement des membres et claquement des dents. Il s'accompagnait d'une douleur intense, s'étendant de chaque côté de la crête iliaque à l'aisselle. Au bout d'une heure de durée, le frisson fut remplacé par une chaleur, non suivie de sueur. Diarrhée bilieuse très-fétide.

Le 28, à neuf heures du matin, nouveau tremblement général très-violent; peau brûlante et aride; pouls petit, faible, très-fréquent et irrégulier; retour de la même douleur que la veille.

Le pouls s'affaiblit de plus en plus; la respiration s'embarrasse; rien ne peut arrêter la diarrhée, toujours très-abondante et fétide. Enfin l'aggravation incessante de ces symptômes amena la mort dans la soirée du 29 avril.

L'AUTOPSIE fit reconnaître un épanchement séreux du péricarde. A la surface

des poumons, un grand nombre de petites taches rouge noirâtre se fait remarquer. Quelques masses d'apparence crétacée existent à leur sommet.

Dans l'abdomen, on trouve une abondante sérosité rouge jaunâtre. Le foie, développé au double de son volume normal, présente à sa surface une dizaine de plaques d'un à 3 cent. de largeur. Pâles et jaunes, les unes sont fluctuantes, et l'incision en fait sortir un pus filant, d'un blanc sale, pauvre en globules; les autres correspondent à des noyaux, ne tenant le pus qu'à l'état d'infiltration. L'épaisseur du foie contient des abcès et des noyaux semblables.

Rate gorgée de sang. Le petit bassin offre des traces de péritonite, et l'inflammation s'est étendue jusqu'au tissu cellulaire de cette région.

La veine cave inférieure, les iliaques et hypogastriques, la veine porte, fendues dans toute leur longueur, ne laissent voir aucune trace d'inflammation. Mais une des veines hémorrhoïdales supérieures, partant d'une tumeur hémorrhoïdale flasque et affaissée, offre des signes évidents d'inflammation dans une certaine partie de son étendue et contient du pus.

— Il ne faudrait certes pas tirer de ce fait unique des conclusions absolues trop rigoureuses contre la cautérisation. Mais il est cependant juste d'en déduire que l'application du fer rouge, faite par une main exercée et heureuse jusqu'alors, chez un homme de santé florissante et dans d'excellentes conditions locales, a été la cause et la cause unique de l'infection purulente la mieux caractérisée. En présence de ce résultat, les chirurgiens ne devront pas abandonner cette méthode qui, de toutes, est encore la plus sûre. Mais ils seront sans doute engagés par un pareil exemple à mettre plus de réserve dans les promesses qu'ils auraient à faire avant l'opération au malade et à sa famille.

III. ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE D'ANVERS.

Les livraisons d'octobre, novembre et décembre 1849 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Commentaire de J.-B. Van Helmont sur le premier livre d'Hippocrate, etc.*; publié par M. C. Broeckx 2° *Notice historique sur l'école de chirurgie d'Anvers*, discours prononcé par M. W.-J. Stevens. 3° *Cancer du pylore, suivi de mort. Quelques considérations anatomico-physiologiques*; par M. Berchem. 4° *Utilité de l'emploi topique de l'alun dans l'amygdalite aiguë*; par M. Mertens. 5° *Métrorrhagies fréquentes après l'accouchement, résultant de la présence d'un polype fibreux contenu en totalité dans la cavité utérine; opération; guérison*; par M. Rul-Ogez.

UTILITÉ DE L'EMPLOI TOPIQUE DE L'ALUN DANS L'AMYGDALITE AIGUE; par M. MERTENS.

Il est une époque de la vie où l'inflammation des amygdales, affection ordinairement sans danger, peut en quelques jours amener les conséquences les plus graves. Chez l'enfant, en effet, l'arrière-gorge est naturellement si étroite, que le moindre gonflement de ces glandes qui en forment la paroi peut déterminer l'asphyxie.

Il faut donc faire une attention sérieuse au développement de cette phlegmasie, afin de l'enrayer dès ses premiers pas. Parmi les agents capables d'en venir à bout, on a surtout recommandé l'emploi topique de la poudre d'alun. Mais chez un enfant atteint d'amygdalite grave, à qui l'auteur essaya de faire des insufflations de cette poudre, les mouvements désordonnés du petit malade qui serrait les mâchoires y mirent un obstacle insurmontable.

Il lui vint alors l'idée d'appliquer l'alun au moyen d'un doigt préalablement mouillé. Voici comment il y procéda. L'enfant étant couché dans son lit, la tête élevée, il avança le doigt indicateur droit pour le côté droit, puis le gauche pour le côté gauche, afin que la pulpe du doigt correspondît à la face interne de l'amygdale. Pour empêcher que l'alun ne se détachât dans les efforts faits pour desserrer les mâchoires, il présenta entre les lèvres les doigts médius et annulaire de la main dont il allait se servir, et à la moindre tentative que faisait l'enfant pour respirer par la bouche, il engagea ces deux doigts sous la mâchoire et les fit immédiatement avancer jusque vers la base de la langue. La gêne que causait leur présence empêchait l'enfant de refermer la bouche et permettait d'atteindre facilement et librement aux amygdales.

Grâce à cette manœuvre qu'il répéta d'abord tous les quarts d'heure, puis toutes les demi-heures, la respiration devint de plus en plus calme. — Deux sangsues appliquées sur les côtés du cou servirent à faciliter l'action astringente de l'alun, et aussi pour diminuer les chances d'une réaction qui augmenterait le mal.

Lorsque l'enfant est encore en nourrice, M. Mertens insiste sur le danger qu'il y aurait à lui donner le sein. Ces mouvements, en effet, exposent encore davantage les amygdales à se congestionner; et il en a vu résulter de funestes effets chez un enfant qui venait d'échapper au plus fort danger de cette maladie.

— Quoique l'objet de cette communication soit surtout relatif aux enfants, nous ne croyons pas hors de propos de mentionner ici une précaution qui assure le succès de cette application chez les adultes. En effet, lorsque le patient doit la faire lui-même, dans les engorgements chroniques des amygdales, par exemple, il n'est pas indifférent que le doigt chargé d'alun arrive directement ou après des tâtonnements sur la surface qu'il doit toucher. Dans le premier cas, on peut compter sur un effet beaucoup plus réel que si la poudre a été exposée à être détachée avant de parvenir à l'arrière-gorge.

Or, afin d'obtenir cette application instantanée, nous conseillons aux malades d'étudier préalablement quelle est la partie du doigt avec laquelle ils touchent le plus commodément chaque amygdale. On n'a pour cela qu'à y porter le doigt et à regarder, après l'avoir retiré, en quel point il est mouillé de salive. Ceci déterminé, on couvre d'alun cette même partie du doigt; et l'on est vraiment étonné de la facilité avec laquelle on réussit alors à lui faire toucher l'amygdale, et rien que l'amygdale.

IV. — ANNALES DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION DE LA FLANDRE.

Les dixième, onzième et douzième livraisons de l'année 1849 contiennent les articles suivants : 1° *Mémoire sur le choléra, causes, nature et prophylactique de ce fléau, déduites de l'observation des faits*; par M. Pellarin. 2° *Études sur le choléra asiatique*; par M. Aug. Fréderica. 3° *Observations et réflexions sur quelques cas de fièvre pernicieuse*; par M. Liégey. 4° *Essais faits avec un prétendu nouveau fébrifuge*; par M. René Vanoye. 5° *Observation d'une plaie articulaire du genou*; par M. Comyn.

OBSERVATION D'UNE PLAIE ARTICULAIRE DU GENOU; par M. COMYN.

La conduite tenue par M. Comyn durant la maladie et pendant l'opération peut donner lieu à quelques remarques utiles pour la pratique. Mais, avant de les formuler, il est juste de laisser la parole à l'auteur, pour raconter les circonstances de ce fait.

OBS. — Le 17 mai 1846, dit M. Comyn, je vis un indigent qui, quelque temps avant, s'était blessé avec un couperet à pointe recourbée, à quelques centimètres du côté interne du ligament rotulien du genou droit. La plaie, large de quelques lignes, paraissait sans gravité. Il n'y avait pas d'inflammation. (Pansement avec le cérat, et repos.)

Bientôt survint une irritation modérée, laquelle ne tarda pas à prendre des caractères qui firent soupçonner la communication de la plaie avec l'intérieur de la jointure. Je fis plusieurs fois, mais en vain, des tentatives pour m'en assurer d'une manière positive.

Un traitement antiphlogistique et émollient avait déjà été institué, lorsqu'enfin je parvins un jour, à l'aide d'un stylet très-fin, à découvrir une communication articulaire. Elle était si rétrécie qu'à peine donnait elle passage à quelques gouttelettes du liquide contenu dans la poche synoviale. L'inflammation fit des progrès rapides et revêtit bientôt un tel degré d'intensité qu'il y avait vraiment lieu de craindre le sphacèle du membre, devenu énormément gonflé, brûlant et atrocement douloureux. Fièvre, delire, angoisse, insomnie.

Une large saignée n'ayant pas produit d'avantage marqué, je me décidai, encouragé par les vives instances du malade, à débrider la plaie articulaire.

Le 29 mai, une sonde cannelée, introduite non sans difficulté jusque dans la cavité articulaire, guida l'instrument tranchant, au moyen duquel je divisai la séreuse transversalement, dans une étendue de 2 à 3 lignes. Il s'écoula beaucoup de pus mêlé à de la synovie. Le malade fut soulagé à l'instant même, et s'endormit quelques heures après, d'un sommeil profond.

Depuis lors jusqu'au 25 juin, on se borna à employer des topiques émollients, et à introduire tous les jours, jusque dans la cavité articulaire, une mèche cératée. Mais les émollients trop longtemps continués déterminant une suppuration abondante, au point de porter atteinte à la constitution du malade, on les remplaça par quelques frictions iodurées, et un meilleur régime fut donné.

L'absorption de l'épanchement synovial s'opéra peu à peu, et la guérison était parfaite dans les premiers jours de juillet.

— Les manœuvres répétées pour découvrir la communication articulaire n'ont-elles pas contribué au développement de cette inflammation intense qui rendit le débridement nécessaire? Nous devons nous contenter de poser ci la question, que chacun résoudra à son gré. Tout ce que nous pouvons ajouter, c'est que ces explorations sont sévèrement interdites dans les ouvrages classiques. Et la théorie paraîtrait avoir, dans ce cas, reçu de la pratique une confirmation malheureusement trop réelle, s'il faut s'en rapporter à l'ordre selon lequel la progression des symptômes est racontée par l'auteur. On lit, en effet, dans le texte, que c'est presque aussitôt après que la communication eut été découverte par le stylet que *l'inflammation fit des progrès rapides*. N'est-il pas à présumer que l'introduction de l'air fut la cause déterminante de cette exacerbation?

En second lieu, sans méconnaître le soulagement incontestable que le débridement apporta, il nous semble positif, comme l'honorable rapporteur,

M. Plellinck le fait remarquer, que la ponction sous-cutanée eût rempli la même indication avec des chances infiniment moins graves. C'eût été, dans tous les cas, par son application qu'il eût été prudent de commencer, sauf ensuite à recourir, en cas d'insuccès, au débridement à ciel ouvert.

(*La fin au numéro prochain.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 3 JUIN.

M. Serres lit un rapport sur une communication de M. de Froberville relative aux races ostro-nègres de l'Afrique orientale.

L'étendue et l'importance de ce rapport ne nous permettant pas d'en donner une analyse sommaire, nous le publierons textuellement dans le prochain numéro.

DÉTERMINATION PRÉCISE DU LIEU OU S'OPÈRE LA FÉCONDATION CHEZ LES VERTÉBRÉS SUPÉRIEURS.

M. Coste lit sur ce sujet la note suivante:

Tous les physiologistes professent aujourd'hui sur cette question les opinions les plus erronées; ils croient, en se basant sur les données fournies par les recherches modernes sur l'ovulation spontanée, que le fluide séminal pouvant rencontrer les œufs dans un point quelconque du canal vecteur ou dans la matrice, ces œufs doivent être fécondés par ce fluide partout où cette rencontre a lieu.

Cette manière d'aborder et de résoudre le problème leur a paru tellement décisive, qu'ils n'ont pas craint d'affirmer que, chez l'espèce humaine, non-seulement la fécondation des œufs était possible dans tous les points de la longueur des trompes de Fallope, mais encore dans la cavité de la matrice, huit, dix et même douze jours après que ces œufs se sont détachés des ovaires.

Ils n'ont point réfléchi que, pour que cette détermination rationnelle eût le degré de rigueur qu'ils lui ont attribué, et qu'elle semble avoir quand on n'examine pas les choses au fond, il y avait une question préalable à résoudre. Dans leur confiance en l'infaillibilité de ce nouveau moyen de solution, ils n'ont pas même prêté attention à certains signes qui auraient pu leur faire soupçonner les erreurs dans lesquelles une application trop exclusive de la théorie de l'ovulation spontanée les faisait tomber.

Frappé comme eux et avant eux des conséquences qu'on pourrait déduire de l'ovulation spontanée pour déterminer le lieu où s'opérait la fécondation, j'avais déjà, en 1837, dans mon Embryogénie comparée, exprimé l'idée de la possibilité que les œufs rencontrés dans le canal vecteur ou dans la matrice pussent y être avivés par le fluide séminal, au-devant duquel ils marchent. Mais en exprimant cette idée, je n'avais point oublié que cette impossibilité était subordonnée à un fait supérieur, à celui de la conservation des œufs à un état d'intégrité qui les rendît capables de recevoir l'influence que la fécondation devait leur communiquer. Or c'est précisément là ce qui n'a pas lieu, et en voici la preuve.

J'ai ouvert des femelles d'oiseaux et de mammifères qui vivaient séparées des mâles, je les ai ouvertes dix ou douze heures seulement après que leurs œufs, tombés spontanément des ovaires, étaient entrés dans le canal vecteur, et déjà ces œufs, que la fécondation n'avait point influencés, présentaient des signes si évidents de décomposition, que la cicatricule ou le vitellus en étaient sensiblement déformés.

Si donc après un séjour aussi peu prolongé dans l'oviducte, et quand ils n'ont pas encore parcouru la première moitié de ce canal, les œufs commencent à se décomposer, il est évident qu'ils ne sont plus alors susceptibles d'être avivés par le contact du fluide séminal et que la fécondation ne peut, par conséquent, s'opérer qu'au-dessus du lieu qu'ils occupent, c'est-à-dire dans l'ovaire, dans le pavillon et peut-être aussi dans le tiers supérieur de l'oviducte; mais partout ailleurs, dans les trompes ou dans la matrice, leur décomposition étant plus avancée, le phénomène ne saurait s'accomplir.

NOUVELLE ESPÈCE D'ANASTOMOSES VASCULAIRES ENTRE LA VEINE PORTE ET LA VEINE CAVE INFÉRIEURE.

M. Claude Bernard lit une note sur une nouvelle espèce d'anastomoses vasculaires.

L'auteur décrit un mode spécial de communication anastomotique existant entre la veine porte et la veine cave inférieure, au moment où ces deux gros troncs vasculaires pénètrent dans le foie.

Dans le foie du cheval, où M. Bernard a étudié cette disposition, le tronc de la veine porte et celui de la veine cave au moment de leur pénétration dans le foie, ne sont séparés que par un espace de 3 ou 4 centimètres. La substance hépatique qui remplit cet intervalle et qui représente le lobe de Spigel, est souvent considérablement refoulée et atrophiée par le fait de la dilatation quelquefois énorme du tronc de la veine cave inférieure.

C'est dans cet espace de séparation existant entre le tronc de la veine cave et celui de la veine porte que se trouvent placés les vaisseaux anastomotiques que M. Bernard s'est proposé de décrire et qui ont pour usage de faire communiquer directement le système veineux abdominal de la veine porte avec le système veineux général. Ces vaisseaux procèdent du tronc de la veine porte pour se diriger vers la veine cave en affectant une disposition anatomique toute spéciale. Aussitôt que le tronc de la veine porte a pénétré dans le foie et souvent même un peu avant, il s'en détache un certain nombre de branches qui, placées les unes superficiellement, les autres plus profondément, se subdivisent en rampant dans l'épaisseur de la substance du foie et en se portant à droite du côté de la veine cave inférieure. Ces branches vasculaires fournissent quelques rameaux qui s'épuisent en traversant la substance hépatique, mais un très-grand nombre passent directement sur la face extérieure de la veine cave inférieure où ils se distribuent d'une façon singulière et tout à fait insolite. En effet, ces ramifications épanouies sur la face externe de la veine cave inférieure présentent au premier abord l'aspect d'un riche réseau de *vasa vasorum*; mais, en y regardant de plus près, on constate que beaucoup de ces rameaux, au lieu de se subdiviser en capillaires, s'enfoncent brusquement pour communiquer avec la cavité de la veine cave inférieure. Ces rameaux vasculaires s'ouvrent isolément, ou, et cette disposition est assez fréquente, plusieurs rameaux se réunissent préalablement de manière à former une ampoule ou réservoir commun qui communique lui-même directement avec la veine cave inférieure. Ces vaisseaux anastomotiques n'ont présenté de valvules en aucun point de leur trajet. Leurs parois sont peu résistantes et offrent la texture des autres ramifications de la veine porte, tandis que les branches des veines sus-hépatiques, au contraire, partagent d'une manière très-évidente la structure musculaire qui caractérise la portion hépatique de la veine cave inférieure. Cette différence empêchera, dans tous les cas, de confondre ces deux ordres de vaisseaux à leur abouchement dans la veine cave. De plus les orifices d'abouchement des rameaux de la veine porte se différencient des orifices des petites veines sus-hépatiques par leur grande régularité et leur direction longitudinale dans le sens des fibres musculaires de la veine cave inférieure.

Ce système de communication directe de la veine porte hépatique avec la veine cave inférieure, qui n'existe pas seulement à l'entrée du foie, mais que l'on voit également dans la profondeur de cet organe et sur tous les gros troncs des veines sus-hépatiques et spécialement au voisinage de leur insertion dans le tronc de la veine cave inférieure, est établi d'une manière extrêmement large et de façon à constituer une véritable circulation hépatique collatérale.

ANALYSE ANATOMIQUE DU SANG.

MM. Verdeil et Dollfus présentent un premier mémoire sur l'analyse anatomique du sang, dont voici un extrait.

Nous avons entrepris de faire l'analyse anatomique du sang, et d'étudier les principes immédiats de ce fluide, en quelque quantité qu'ils se rencontrent, pensant qu'ils peuvent tous acquérir une certaine importance, suivant l'état physiologique ou pathologique dans lequel se trouveront les animaux ou les hommes dont on étudiera le sang.

Nous avons dû commencer nos recherches avec du sang de bœuf, ayant besoin, pour découvrir une première fois la nature des corps que nous recherchions, d'une grande quantité de liquide, et, jusqu'à ce que nous ayons trouvé un procédé convenable, il nous a fallu des quantités énormes de sang. Une fois les différentes substances reconnues, au moyen d'un bon procédé il est possible de les retrouver dans une très-petite quantité de ce fluide.

Pour être sûrs que nous n'obtenions pas des produits de décomposition, nous avons évité d'introduire dans le liquide des substances qui auraient pu l'altérer; nous avons de même toujours évaporé au bain-marie pour éloigner l'eau, afin que le liquide n'atteigne jamais le point d'ébullition. Dans certaines circonstances, nous avons même été obligés d'évaporer dans le vide.

La première opération consiste à éliminer la fibrine, ce qui se fait en agitant le sang encore chaud à sa sortie du corps de l'animal. Le sang privé de sa fibrine est mélangé avec son volume d'eau, puis chauffé au bain-marie jusqu'à ce que l'albumine et la matière colorante soient coagulées. On filtre la masse sur un linge: la partie coagulée reste sur le linge, tandis que le liquide filtre à travers. Le liquide est encore un peu coloré par de la matière colorante en dissolution, qui n'a pu être complètement coagulée. La liqueur qu'on a recueillie dans une capsule en porcelaine est évaporée au bain-marie jusqu'à consistance sirupeuse, puis on y ajoute à froid de l'alcool ordinaire. Il se forme sur-le-champ un précipité abondant. On ajoute de l'alcool jusqu'à ce qu'il ne se forme plus de précipité, puis on laisse le mélange tranquille pendant vingt-quatre heures, afin que la séparation se fasse complétement; au bout de ce temps, la partie liquide est séparée du précipité. On lave ce dernier avec de l'alcool. Il se compose d'une substance albumineuse qui se dissout dans l'eau. C'est de l'albumine ordinaire qui n'a pas été complètement coagulée et qui est précipitée par l'alcool.

Ce précipité contient encore des cristaux de chlorure de sodium et de phosphate de soude. Lorsqu'on redissout dans l'eau, et qu'on y ajoute de l'acétate de plomb, il se forme un volumineux précipité. La liqueur filtrée est encore précipitée par le sous-acétate de plomb. Ce précipité est un sel de plomb formé par un acide organique non azoté, et qui a de l'analogie avec les acides provenant de l'oxidation du sucre. Nous n'avons pu en obtenir jusqu'à présent de quoi en faire une analyse, Il forme avec l'oxyde de cuivre un sel cristallin qui, à 140 degrés, se décompose en laissant du cuivre métallique. Il brûle en répandant une odeur prononcée de caramel,

La solution alcoolique (c'est-à-dire les parties solubles du sang qui n'ont pas été précipitées par l'alcool) est distillée. Lorsque l'alcool a disparu, on ajoute, à froid, à la liqueur concentrée de l'acide sulfurique très-dilué. Immédiatement, il se forme une substance insoluble qui vient nager à la surface du liquide. La liqueur répand alors une odeur très-forte et piquante, analogue à celle que répandent les acides gras volatils qui se trouvent dans le beurre. Si l'on examine au microscope la masse qui surnage, on la trouve composée de globules graisseux et de groupes cristallins mal déterminés, ayant aussi l'apparence graisseuse et polarisant faiblement la lumière. Il se rencontre aussi quelques masses opaques

rouge foncé, ayant la forme des cristaux que Wirchord a désignés sous le nom d'*hématine*, seulement ils sont moins transparents. La majeure partie de cette graisse est de l'acide oléique, qui était combiné dans le sang avec de la soude.

La liqueur est filtrée. Comme l'excès d'acide sulfurique pourrait altérer les substances que nous nous proposons de rechercher, nous neutralisons cet excès par du carbonate de chaux, puis nous évaporons à siccité, nous enlevons les dernières traces d'eau en plaçant ce résidu dans le vide sur l'acide sulfurique. Lorsque la masse est parfaitement sèche, on l'extrait par l'alcool absolu froid; ce véhicule dissout alors presque uniquement de l'urée qui cristallise de la solution alcoolique. Si l'on ne prend pas soin de sécher parfaitement le résidu, et d'employer de l'alcool absolu froid, on obtient en solution un mélange qui ne peut pas cristalliser, et qui ne donne aucune réaction nette de l'urée, au microscope, avec l'acide nitrique et l'acide oxalique.

L'analyse élémentaire des cristaux que nous avons obtenus nous a prouvé que c'était bien à l'urée que nous avions affaire.

Lorsqu'on a extrait l'urée, on traite de nouveau le résidu avec de l'alcool chaud mélangé d'un peu d'éther. Il se dissout une grande quantité d'hippurate de chaux, qui cristallise par évaporation en aiguilles groupées autour d'un centre. On peut décomposer cet hippurate de chaux par un acide. Il se forme un sel de chaux, et l'acide hippurique cristallise. On purifie cet acide par plusieurs cristallisations.

L'analyse élémentaire des cristaux obtenus nous a démontré qu'ils étaient bien composés d'acide hippurique.

Il se dissout toujours par l'alcool chaud des sels à acides volatils, qu'on peut constater par l'odeur particulière qu'ils répandent lorsqu'on les décompose par un acide.

Dans un prochain mémoire, les auteurs se proposent de présenter à l'Académie l'analyse anatomique de ces différents acides volatils, et la suite de l'examen des différentes substances dont le sang normal est composé.

Commissaires : MM. Chevreul, Payen et Pelouze.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 4 JUIN. — PRÉSIDENCE DE M. BRICHETEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle ne comprend qu'une seule pièce, c'est une lettre du ministre de l'agriculture et du commerce, transmettant l'ampliation du décret qui approuve l'élection faite par l'Académie de médecine, dans sa séance du 7 mai dernier, de M. Danyau.

M. LE PRÉSIDENT, après la lecture de la lettre ministérielle, invite M. Danyau à signer la feuille de présence et à venir prendre place parmi ses collègues.

M. BURG soumet à l'Académie deux nouveaux cas de guérison de paralysies par les armatures métalliques. (Commissaires : MM. Bérard, J. Cloquet et Guérin.)

M. BLAUD (de Beaucaire) prie l'Académie de vouloir bien publier la formule de ses pilules anticholériques dans le BULLETIN, afin qu'elle soit approuvée, sur l'avis de l'Académie, par le ministre, et qu'elle puisse être insérée légalement dans la nouvelle édition du Codex.

M. BARE, pharmacien à la Villette, soumet à l'examen de l'Académie un nouveau médicament purgatif. (Comm. des remèdes secrets.)

M. DESPRAY (de Blois) envoie un travail renfermant des observations sur plusieurs cas d'anus accidentels, suite de hernies étranglées, dans lesquels il a fait l'application de l'entérotome. Ce travail renferme en outre la description de modifications que l'auteur a apportées à cet instrument. (Comm. : M. Jobert.)

M. GUMPRECHT (de Hambourg) adresse un mémoire sur l'efficacité de la racine de la bourgène (plante indigène en France), dans les affections intestinales et hémorrhoïdales. (Comm. : MM. Mérat et Martin-Solon.)

M. MICHEL GUYTON, docteur en médecine, ancien interne des hôpitaux, adresse un mémoire sur le mécanisme de l'étranglement, et sur l'emploi du chloroforme pour la réduction des hernies étranglées : (Comm. : MM. Gerdy et Malgaigne.)

MM. MAISONNEUVE et NÉLATON se portent candidats à la place vacante dans la section de pathologie chirurgicale.

L'ordre du jour appelle la nomination d'un membre dans la section de médecine vétérinaire.

La section, dans le comité secret de la précédente séance, a présenté la liste de candidature suivante, par ordre de mérite :

M. Delafond, M. Leblanc, M. Bouley fils.

Nombre des votants, 91; majorité, 46.

Au premier tour de scrutin :

M. Delafond obtient . . . . 55 voix.
M. Leblanc 31
M. Bouley fils. 5

M. Delafond ayant réuni la majorité des suffrages est proclamé membre de l'Académie.

Sa nomination sera soumise à l'approbation du gouvernement.

M. Guibourt a la parole pour un rapport officiel.

EAUX MINÉRALES DE LA ROCHE-CARDON.

M. GUIBOURT lit, au nom de la commission des eaux minérales, un rapport sur l'eau de la Roche-Cardon, commune de Saint-Didier-du-Mont-d'Or, et sur la demande en autorisation d'exploitation des sieurs Félix et Juvanon.

M. le rapporteur résume son rapport en ces termes :

La composition de l'eau minérale ferrugineuse de la Roche-Cardon nous est, dès à présent, suffisamment connue pour qu'on puisse la ranger auprès des eaux de Forges (Seine-Inférieure) et de Provins, et en conseiller l'usage dans les mêmes affections pour lesquelles ces eaux se sont montrées efficaces.

Le volume des sources est assez considérable pour assurer le traitement d'un grand nombre de malades, et la proximité de la ville de Lyon la rendra très-utile à la population laborieuse entassée dans cette grande et importante cité.

En conséquence, nous proposons de répondre à M. le ministre :

Que l'Académie est d'avis d'accorder l'autorisation demandée pour l'exploitation de l'eau minérale ferrugineuse de la Roche-Cardon.

Ces conclusions sont mises aux voies et adoptées.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion du rapport de M. Martin-Solon sur le rhumatisme.

La parole est à M. Malgaigne.

RHUMATISME ARTICULAIRE.

M. MALGAIGNE, après avoir rappelé que la diversité des doctrines professées sur le rhumatisme et l'incohérence des traitements tenaient à ce que les médecins n'avaient pas une connaissance suffisante de l'arthrite simple, termine son argumentation par cette remarque que les médecins ont appliqué une mauvaise méthode d'observation à l'étude du rhumatisme, d'où les prétendus succès attribués à toutes les méthodes. Un des vices principaux de leurs appréciations thérapeutiques, c'est de n'avoir pas tenu compte de la marche naturelle de la maladie abandonnée à elle-même, de n'en avoir pas fait l'histoire naturelle. Faute d'avoir fait usage d'une bonne méthode d'expectation, on n'a point de terme convenable de comparaison entre les autres méthodes. En général, dit-il en terminant, on fait trop exclusivement reposer la médecine sur deux bases, le diagnostic et l'autopsie. On a blâmé Hippocrate d'avoir fait de l'expectation devant la mort; on peut reprocher aux médecins de nos jours de faire de l'expectation après la mort.

En ce qui concerne la méthode qui fait l'objet spécial du rapport, M. Malgaigne pense que c'est faute d'avoir bien observé qu'on a pu lui attribuer de bons résultats.

M. ROCHOUX : Le caractère franchement inflammatoire du rhumatisme ne saurait être l'objet du moindre doute; la preuve en est dans l'efficacité même des évacuations sanguines qui en atténuent les symptômes, comme elles atténuent les symptômes inflammatoires dans quelque maladie qu'on les rencontre. La facilité à changer de place est un fait incontestable, mais on le voit dans d'autres phlegmasies, et sa fréquence pourrait bien avoir été exagérée, car on a dû souvent prendre pour un déplacement réel de la douleur son augmentation ou sa diminution. L'autopsie montre encore les caractères inflammatoires du rhumatisme; depuis 1814, époque où j'ai soutenu contre M. Chomel l'existence de l'inflammation des synoviales dans le rhumatisme articulaire, plus de trente faits confirmatifs de mon opinion ont été publiés. Enfin, dans aucune autre maladie, la couenne du sang n'est aussi marquée que dans celle-ci.

Ses causes sont celles des phlegmasies, c'est-à-dire pour les dix-neuf vingtièmes au moins l'action des agents physiques, action générale par essence, et se faisant sentir sur toute l'économie.

Les faits particuliers propres à éclairer dans ses détails le traitement du rhumatisme, y ajoutât-on même ceux de M. Dechilly, manquent à la science. En pareil état de choses, l'accord à peu près unanime des sommités médicales, pour recommander les antiphlogistiques, doit être pris en sérieuse considération. Il n'est pas vrai, comme on l'a dit, que Sydenham ait changé d'opinion à l'égard de la saignée. A la vérité il a reconnu que les saignées portées trop loin avaient pour effet d'affaiblir les malades et de les exposer aux rechutes, mais il n'en déclare pas moins qu'il y a des cas où l'on ne peut se dispenser de faire deux ou trois saignées. Hoffmann est du même avis, et il s'appuie de l'autorité de Baillou, de Ch. Lepois, Rivière, Botal, etc. Aujourd'hui même personne, dans cette assemblée, n'oserait absolument proscrire les saignées.

Pour clore, en ce qui me concerne, cette discussion, je vais conclure à ma manière en tirant hardiment d'une vérité démontrée toutes les conséquences qui en découlent. Je dirai : puisque le rhumatisme articulaire aigu simple est une phlegmasie, le traitement par les vésicatoires est souverainement irrationnel. Le nitre à haute dose, qui paraît agir comme antiphlogistique, est un remède insuffisant dans les cas intenses. A plus forte raison doit-il en être de même du sulfate de quinine. L'opium, si justement proscrit par Sydenham, est funeste au début du mal. Enfin, si l'on me demandait dans quels cas la décoction concentrée de gaïac, qui a reçu autrefois un accueil favorable de la part de l'Académie, peut être utile, ma réponse serait : je n'en sais rien. En conséquence, je propose tout simplement, pour le Mémoire de M. Dechilly, le dépôt aux archives et des remerciments à l'auteur.

M. PARCHAPPE, après un préambule dans lequel il a cherché à bien fixer le sujet en discussion et à distinguer nettement le rhumatisme articulaire aigu dont il doit être uniquement question dans cette discussion, du rhumatisme musculaire, de l'arthrite goutteuse et de l'arthrite proprement dite de cause quelconque, aborde en ces termes l'examen de la question de la nature de cette affection :

La question de la nature du rhumatisme articulaire aigu, envisagée surtout au point de vue thérapeutique, me paraît devoir se résoudre par l'une ou l'autre de ces propositions : ou le rhumatisme articulaire aigu est une maladie générale, une fièvre rhumatismale, comprenant dans son développement, comme symptôme essentiel, les lésions articulaires; ou il est une maladie locale, ou plutôt

le développement simultané et successif de plusieurs maladies locales ayant leur siége à l'intérieur et à la périphérie des articulations.

Si le rhumatisme articulaire aigu est une maladie générale, on doit considérer sa nature comme encore inconnue, ou au moins imparfaitement connue; car tel est l'état de la science en ce qui concerne les maladies générales.

Et comme ces maladies représentent incontestablement, d'après tous les enseignements de l'expérience depuis Hippocrate jusqu'à nos jours, un développement morbide qui a des phases définies, une durée déterminée et en quelque sorte fatale, c'est le cas pour le médecin de ne pas aspirer à un rôle impossible, celui qui consisterait à faire avorter, à juguler une telle maladie. C'est le cas d'adopter pour principe cette maxime *sequere naturam*, qui est la formule la plus élevée de cette méthode expectante que beaucoup de médecins de nos jours, soit à Paris, soit en province, savent aussi bien qu'à toute autre époque comprendre et appliquer.

Si le rhumatisme articulaire aigu est une maladie locale, grâce aux progrès de la science, sa nature ne peut demeurer inconnue; car s'il est vrai de dire qu'au point de vue philosophique il nous échappe toujours quelque chose de la nature des maladies, de la nature même de l'inflammation, sujet de tant d'études et de tant de travaux, néanmoins les maladies locales sont, au point de vue médical, suffisamment connues. C'est alors le cas de prendre pour principe de la thérapeutique cette autre maxime non moins féconde en heureux résultats, malgré ses abus: *Principiis obsta.*

Or le rhumatisme articulaire aigu dans lequel une fièvre forte ou légère précède, accompagne, suit des lésions qui, comme affections locales, se propagent dans tout le corps, est une maladie générale. Le rhumatisme articulaire aigu et pyrétique n'est donc pas une de ces maladies qu'on puisse espérer de faire avorter, de juguler par un traitement quelconque. Il est une de ces maladies dans lesquelles on doit recourir à cette médecine expectante, qui n'est pas l'*expectatio mortis* si souvent reprochée à ceux qui ont conservé des doctrines hippocratiques, et qui, tout en profitant, pour mieux connaître les maladies, de immenses ressources créées par les progrès du diagnostic et de l'anatomie pathologique, se gardent bien de négliger l'appréciation des causes et de la marche, ces éléments essentiels de la nature des maladies.

Cette méthode expectante comporte, outre la connaissance aussi complète que possible de la nature de la maladie, l'emploi de tous les moyens propres à satisfaire les indications qu'elle présente, propres notamment à abréger la durée de la maladie, à diminuer les accidents, à prévenir les complications et le passage à l'état chronique.

On invoque à l'appui de l'opinion contraire, c'est-à-dire celle qui considère le rhumatisme articulaire comme une maladie locale de nature inflammatoire, la nature inflammatoire des phénomènes locaux, la nature de la fièvre concomitante, qui est une synoque inflammatoire; l'état du sang, qui donne constamment naissance à la couenne inflammatoire; la nature des complications, qui sont des inflammations; enfin l'utilité du traitement antiphlogistique.

Je dois d'abord écarter ce dernier ordre de preuves. Je n'accepte pas l'autorité de l'axiome: *Naturam morborum ostendit curatio.* Toutes les doctrines invoquent à l'appui de leurs théories les bons effets du traitement que ces théories conduisent à préférer. Cette formule implique presque nécessairement un cercle vicieux.

La nature inflammatoire des lésions articulaires, lors même qu'elle ne serait pas contestée, ne prouve pas la nature inflammatoire de la maladie elle-même. Il y a des maladies qui ne sont pas de nature inflammatoire et qui comprennent dans leurs manifestations des lésions locales qui vont jusqu'à la suppuration, la variole. On peut dire la même chose des complications.

Quant à l'état du sang, il n'a pas toute l'importance qu'on lui a attribuée. Je suis loin de contester que la prédominance de la fibrine dans le sang, qui est la principale condition de la formation de la couenne au moment de la coagulation, ne soit, par sa coïncidence avec les phlegmasies, un fait considérable, qui puisse être légitimement considéré comme un des indices de la diathèse inflammatoire. Et je consens très-volontiers à l'application qui peut et qui doit être faite de ce point de doctrine au rhumatisme articulaire aigu. Néanmoins je suis certain que le rôle de la prédominance de la fibrine a été exagéré.

Les méthodes d'analyse quantitative sur lesquelles on s'est appuyé dans des travaux dont je suis loin de contester l'immense valeur laissent beaucoup à désirer pour l'exactitude des résultats. Ainsi, dans la détermination de la quantité des globules du sang, on n'a pas fait attention que les globules, dans le sang, sont constitués de manière à contenir une quantité considérable d'eau d'organisation qu'ils perdent par la dessiccation, et dont on ne tient aucun compte dans les calculs à l'aide desquels on répartit dans le sang les proportions des divers éléments constituants.

Ainsi, dans la détermination de la quantité de la fibrine, on rapporte cette quantité à la totalité du sang; tandis qu'on devrait, pour apprécier exactement l'état du sang, rapporter la quantité de la fibrine à la quantité du plasma, source unique de la fibrine. On s'expose ainsi à conclure de l'analyse, suivant que la proportion des globules varie, des variations de proportion de fibrine dans des cas où cette proportion est restée la même, sinon par rapport à la masse du sang, au moins par rapport au plasma.

La prédominance de la fibrine dans le sang est donc loin d'avoir, à mon avis, l'importance qui lui est assignée. Pour s'en convaincre, ne suffirait-il pas de savoir que le sang de cheval dans son état physiologique, en raison de la proportion des globules au plasma, présente les conditions de prédominance de fibrine et de formation de couenne qui dans le sang humain sont considérées comme l'indice absolu d'un état morbide?

En résumé, je crois devoir conclure:

Que le rhumatisme articulaire aigu est une maladie pyrétique générale;

Que le traitement de cette affection ne doit pas avoir pour but de la supprimer dans son développement;

Que la méthode antiphlogistique me paraît préférable aux autres, en raison de la diathèse inflammatoire à laquelle se rattache cette maladie;

Que les vésicatoires, ressource utile, ne peuvent être approuvés comme méthode générale de traitement.

M. Martin Solon résume en quelques mots les points principaux de la discussion, et après quelques considérations sur l'emploi et le mode d'action des saignées et des contro-stimulants, il termine par le parallèle suivant entre les quatre méthodes principales en usage dans le traitement du rhumatisme.

La saignée est utile dans le traitement du rhumatisme articulaire, mais plutôt comme moyen accessoire que comme moyen principal. Le sulfate de quinine est un moyen dont l'action semble, au premier abord, difficile à expliquer, à moins qu'on ne veuille considérer le rhumatisme comme une succession de petites phlegmasies rémittentes à courtes périodes, à la manière des affections qu'a si bien décrites M. Mélier. Toutefois, le sulfate de quinine devra être rigoureusement exclu du traitement du rhumatisme toutes les fois qu'il y aura des symptômes de congestion cérébrale. Au contraire, lorsqu'on aura affaire à des rhumatisants précédemment atteints d'affections intermittentes, l'emploi du sulfate de quinine sera indiqué. Quant au nitrate de potasse, qui paraît agir d'une manière spéciale sur le sang, je le considère comme le moyen le mieux approprié à la nature du rhumatisme. Son emploi ne sera contre-indiqué que lorsqu'il y aura des complications gastro-intestinales.

En ce qui concerne enfin les vésicatoires qui font l'objet spécial de cette discussion, j'ai fait remarquer qu'ils ne sauraient être adoptés comme méthode générale, mais qu'ils conviennent dans des cas particuliers, et notamment lorsque chacun des moyens dont je viens de parler se trouve indiqué. Je maintiens donc mes conclusions.

Au moment où M. le président se dispose à mettre les conclusions du rapport aux voix, M. Bouillaud réclame vivement la parole.

L'heure étant avancée, le bureau décide qu'une séance extraordinaire sera consacrée samedi prochain à la fin de cette discussion.

M. Marchal communique le fait suivant:

HYPERTROPHIE ÉNORME DE LA RATE.

M. Marchal (de Calvi) présente une rate énormément hypertrophiée ayant appartenu à un homme qui, après un long séjour en Afrique, où il avait été atteint de fièvres intermittentes, est venu succomber au Val-de-Grâce avec tous les symptômes d'une apoplexie. A l'autopsie, on a trouvé: 1° la rate volumineuse, dense; elle avait 37 centimètres de diamètre longitudinal, 22 centimètres de diamètre transversal, et 87 centimètres de circonférence; 2° d'innombrables foyers hémorrhagiques dans l'encéphale, dans l'un desquels il y avait un caillot de 5 centim. de longueur sur 4 centimètres de largeur.

Il est cinq heures et demie, la séance est levée.

ADDITION A LA SÉANCE DU 28 MAI.

LÉSION SPÉCIALE DES MUSCLES DE L'AVANT-BRAS CHEZ LE CHEVAL.

M. Barthélemy, en son nom et au nom de MM. Martin-Solon et Rayer, lit un rapport sur un travail adressé à l'Académie par M. Leblanc, médecin vétérinaire, sous le titre suivant: Lésion des muscles extenseurs de l'avant-bras et notamment du muscle huméro-olécranien externe, qui simule, par quelques-uns de ses symptômes, une fracture de l'humérus; observation recueillie chez un cheval, etc.

Il s'agit d'un cheval vigoureux qui trainant un lourd camion sur un terrain couvert de neige et de glace, s'arrêta brusquement au moment où il venait de donner un vigoureux coup de collier pour reprendre sa marche un instant interrompue. Le charretier s'aperçut aussitôt que son cheval ne pouvait plus se servir de la jambe antérieure gauche, qui lui parut être cassée.

Lorsque M. Leblanc vit l'animal, il présentait les symptômes suivants: «Au repos, le membre, depuis le coude jusqu'au sabot, formait une espèce de cerceau; le pied touchait au sol par la face antérieure de la muraille; le paturon était fléchi sur le canon, et le canon fléchi sur l'avant-bras qui était incliné de derrière en avant et fortement fléchi sur le bras, le bras était presque vertical, le coude était descendu et très-éloigné du corps. En explorant le membre dans toute son étendue, M. Leblanc ne reconnut aucune fracture ni aucune luxation. Pendant son examen, il s'aperçut que la flexion de l'avant-bras était très-facile, que le cheval n'y opposait aucune résistance, et que la masse musculaire formée par les extenseurs de l'avant-bras était très-aplatie et allongée. L'animal n'éprouvait aucune douleur, quand on la comprimait entre les deux mains, ou entre les doigts de la même main; il n'y avait pas de gonflement, point de chaleur anormale bien manifeste. Lorsqu'on faisait faire quelques pas au cheval, il cherchait toujours à entamer la marche avec le membre malade. Lorsqu'il contractait les muscles, l'avant-bras et les rayons inférieurs étaient projetés subitement en avant, non dans une direction parallèle au corps, mais en décrivant des zigzags très-irréguliers. Il semblait que ces régions étaient mortes. Le membre devenu rectiligne un instant, un peu après la projection, se recourbait bientôt en cercle, quand le sabot venait toucher le sol par la pince; puis le cheval faisant un effort aidé à l'aide des muscles du train postérieur et des lombes, et prenant, autant qu'il le pouvait, un appui sur le membre malade, quittait le sol de son pied droit antérieur qu'il portait en avant. En cherchant à s'appuyer sur le membre malade, la flexion du rayon qui existait déjà dans le repos, devenait exagérée; elle l'était encore davantage, quand le cheval venait

frapper le sol avec le membre malade; quelquefois le boulet et le genou touchaient la terre; on eût dit, au premier abord, qu'il y avait une fracture de l'humérus; mais un examen attentif redressait bien vite cette première impression.

Ainsi, il n'y avait pas de fracture, et cependant l'animal ne pouvait pas s'appuyer sur le membre malade, dont toute la partie qui s'étend depuis le sternum jusqu'au sol figurait un arc de cercle, et l'on remarquait une déformation bien prononcée en arrière de l'humérus, dans la masse charnue qui est formée par les muscles extenseurs de l'avant-bras, muscles qui étaient très-allongés et très-aplatis. L'allongement, la distension ou la rupture partielle de ces muscles expliquait d'ailleurs, d'une manière très-satisfaisante, suivant M. Leblanc, la manifestation des symptômes que l'on remarquait, soit pendant le repos, soit lorsque l'on faisait marcher l'animal.

Après un traitement infructueux, l'animal fut abattu trente jours après l'accident.

Les seules lésions qu'on rencontra à l'ouverture furent une décoloration très-manifeste et une induration partielle du muscle huméro-olécrânien externe. Dans certaines régions, vers le milieu, ce muscle, qui était aussi moins épais que son analogue du membre droit, était plus flasque; ses fibres se séparaient plus facilement; l'induration était à son insertion. Il n'y avait pas de solution de continuité apparente; on ne voyait aucun vestige d'hémorrhagie ni d'infiltration séreuse. Les muscles long scapulo-olécrânien et grand scapulo-olécrânien avaient éprouvé les mêmes lésions que le court extenseur de l'avant-bras, mais d'une manière infiniment moins manifeste. L'huméro-olécrânien interne était le moins décoloré de tous les muscles extenseurs de l'avant-bras.

M. le rapporteur examinant quelle pouvait être la nature de la lésion observée dans ce cas, incline à penser qu'elle doit avoir été le résultat d'une lésion nerveuse. Il se fonde à cet égard sur les recherches de M. Goubeau, qui a vu des claudications analogues résulter d'une altération du nerf fémoral antérieur, sur le trajet duquel existait un renflement ou névrome d'une valeur plus ou moins considérable, et qui a reproduit artificiellement ces mêmes symptômes en pratiquant la section du nerf dont il s'agit.

BIBLIOGRAPHIE.

MÉMOIRE SUR LE TRAITEMENT DU GOÎTRE CYSTIQUE PAR LES INJECTIONS IODÉES; par M. A. BOUCHACOURT. — Brochure in-8. Paris, 1849.

C'est une simplification thérapeutique des plus avantageuses que celle dont il s'agit dans ce travail, et dont l'auteur poursuit avec persévérance le perfectionnement et la vulgarisation. Déjà, en 1844, il avait montré par des faits intéressants combien il importe, avant d'entreprendre la cure d'un *goître*, de bien spécifier les éléments morbides qui composent l'objet de cette dénomination si vague. La masse réputée *hypertrophie* peut en effet recéler une poche, un kyste rempli de liquide; et, dans ce cas, non-seulement le traitement ordinaire du goître proprement dit n'aboutirait qu'à un insuccès nécessaire, mais encore une opération sans danger promet une guérison prompte autant que sûre.

Persistant dans une pratique qui lui a si bien et si constamment réussi, M. Bouchacourt apporte aujourd'hui de nouvelles preuves cliniques en faveur de l'injection iodée employée contre les tumeurs enkystées de la thyroïde, autrement dit, selon ses expressions, contre le *goître cystique*.

Jaloux de concentrer sur cette question la plus grande somme de lumière, nous allons exposer les nouveaux aperçus de M. Bouchacourt, en faisant aussi connaître sur chacun d'eux notre opinion personnelle exprimée avec l'indépendance que le caractère de l'auteur justifie non moins que l'importance du sujet.

Le premier cas de ce mémoire avait occasionné, de la part de médecins même capables, de singulières méprises. Cette circonstance amène M. Bouchacourt à traiter du diagnostic. Il note, comme susceptible d'éclairer sur la nature du mal, l'influence du traitement qui a été antérieurement mis en usage. Ainsi cet individu avait déjà été soumis en vain à la thérapeutique ordinairement usitée contre le goître. De son inutilité l'auteur conclut qu'il s'agissait ici d'autre chose que d'une hypertrophie: « car, dit-il, un bronchocèle simple aurait cédé sous l'influence des frictions iodurées; mais un kyste n'en éprouve pas le plus léger changement. » Mais la première partie de cette proposition ne nous semble pas, à beaucoup près, aussi incontestable que la seconde. L'effet de la médication iodurée contre le goître est indubitable, mais il n'est point constant. Soit pour le pronostic, soit pour le diagnostic, le médecin s'exposerait à de fréquents mécomptes s'il donnait à ce remède la valeur d'un spécifique. Et il est d'autant plus utile de mettre M. Bouchacourt en garde contre l'entraînement de cette confiance excessive que, d'après la phrase ci-dessus reproduite, il paraîtrait l'accorder même aux frictions iodurées employées seules.

Un autre moyen fixe dans ce cas l'incertitude, si elle a résisté au palper convenablement exercé: nous voulons parler de la ponction exploratrice. M. Bouchacourt, qui en a reconnu plusieurs fois les avantages, la recommande comme amenant toujours un résultat décisif. C'est effectivement un auxiliaire des plus précieux, et doit, à l'exemple de l'auteur, on fera bien de ne pas se priver toutes les fois qu'il restera quelque hésitation sur la nature du contenu de la tumeur. — Seulement, il y aurait encore ici un léger sujet de dissidence entre M. Bouchacourt et nous. Dans sa première observation, on le voit faire d'abord une ponction explorative le 26 avril, puis ne procéder ensuite que le 16 mai à la cure radicale par ponction suivie d'injection. Pourquoi ces deux opérations distinctes? Pourquoi ne pas tenir tout préparé pour en finir dans la même séance, si la ponction a fourni du liquide? Il y aurait évidemment dans cette conduite une économie réelle, soit pour le temps, soit pour la sensibilité du malade. — Du reste, M. Bouchacourt l'a lui-même adoptée dans d'autres circonstances. Chez son quatrième malade, on pourra remarquer qu'il utilisa, pour faire immédiatement une injection, la ponction qu'il venait d'exécuter avec un *petit* trocart.

Le liquide qui sert à l'injection est de la part de M. Bouchacourt l'objet d'une attention particulière. Comme M. Pétrequin, et selon ses indications, il ajoute à la teinture d'inde (étendue d'eau de rose et d'eau-de-vie camphrée) un peu d'iodure de potassium. Cette addition prévient la précipitation de l'iode et les inconvénients d'un dépôt qui se comporte à la surface interne du kyste comme un corps étranger irritant. La quantité d'iodure n'est point fixe. M. Bouchacourt a soin de la modifier selon que l'état local ou que la constitution du sujet lui font prévoir une irritabilité plus ou moins vive. Elle varie, en général, du quart au huitième de celle de la teinture d'iode. La formule de son injection est donc, le plus ordinairement, la suivante:

Teinture d'iode.	8	grammes.
Iodure de potassium . . . . de 1 à	2	—
Eau-de-vie camphrée.	15	—
Eau de rose.	30	—

Grâce à la composition, chimiquement si rationnelle, de cette injection, grâce à l'exactitude du diagnostic, grâce aux précautions dont il fait précéder, dont il entoure et accompagne l'opération, M. Bouchacourt en est aujourd'hui arrivé à cet heureux résultat que, en règle générale, une seule injection lui procure la guérison du kyste par le mécanisme de l'inflammation adhésive, comme dans l'hydrocèle. — Après la disparition de la cavité morbide, l'un des meilleurs moyens pour dissiper l'engorgement qui persiste consiste, selon M. Bouchacourt, à tenir pendant quelque temps sur le siége du mal des compresses imbibées d'eau sulfureuse de Challes.

Il n'est pas possible de déterminer exactement *à priori* la durée du temps pendant lequel l'injection iodée devra être gardée en place. On doit se guider sur les conditions individuelles et sur la survenance de la douleur plus ou moins aiguë qui accompagne presque toujours cette petite opération.

Malgré le progrès réel qu'annoncent les faits contenus dans ce second mémoire, M. Bouchacourt n'est pourtant pas arrivé constamment à éviter l'inflammation suppurative. L'observation quatrième fournit un exemple de cette terminaison qui, quoique ayant, elle aussi, abouti à la guérison, n'en doit cependant pas moins être regardée comme comparativement plus fâcheuse que l'autre. — Remarquons qu'il s'agissait ici d'un kyste extrêmement volumineux. Il pourrait donc bien se faire que l'inflammation développée dans une poche si vaste eût trouvé dans cette seule circonstance une cause suffisante pour passer du degré adhésif au degré suppuratoire. Dans un cas pareil, nous estimons qu'on se trouverait bien de faire quelques ponctions successives préalables, afin de provoquer le retrait graduel des parois du kyste, et de diminuer ainsi l'étendue de la surface à modifier ensuite par l'injection irritante. Ce serait, il est vrai, du temps perdu. Mais comme la méthode sous-cutanée permettrait d'obtenir ces soustractions de liquide d'une manière aussi rassurante contre la difformité que contre les dangers, nous ne croyons par qu'aucun malade fît opposition à l'application de ce système de traitement.

— Un concours s'ouvrira le 10 juin, à l'administration des hôpitaux de Paris, pour une place de chirurgien du bureau central.

Le jury de concours est composé de MM. Desprez, Velpeau, Malgaigne, Laugier, Vidal (de Cassis), Cazenave, Pelletan de Kinkelein, Voillemier, Delaroque, juges titulaires; *** suppléants.

Les candidats sont au nombre de quinze. Ce sont: MM. Richard (Adolphe), Deville, Sappey, Depaul, Dequevauviller, Demarquay, Guérin, Laborie, Boyer, Boinet, Broca, Houël, Follin, Blot, Jamin.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — QUESTION DE LA CONSTATATION DES NAISSANCES. — DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU.

Le rapport de M. Royer-Collard à l'Académie de médecine, sur la question de la constatation des naissances, est venu mardi dernier à discussion. Le débat a été vidé en une seule séance, non sans beaucoup de difficultés. L'opposition qui s'était manifestée tout d'abord, lors de la lecture du rapport, dans la séance du 2 avril, s'est renouvelée et fortifiée; elle a porté cette fois sur deux questions, savoir, une question préjudicielle de compétence et la question de fond, concernant les dangers de la présentation à domicile.

Nous serions des premiers à blâmer l'Académie de s'ingérer dans une affaire de pure administration; mais M. Adelon nous a paru obéir à un scrupule exagéré, quelque honorable qu'il fût, en refusant à l'Académie le droit de signaler les inconvénients de l'art. 55 du Code civil au point de vue hygiénique, et d'en demander la modification. Il y a entre certains principes scientifiques et l'application, de ces rapports forcés auxquels on ne peut se soustraire, et nous sommes, dans l'espèce, de l'avis de M. Bouvier. Le ministre n'a pu vouloir demander purement et simplement à l'Académie s'il y avait danger à exposer les enfants nouveau-nés à l'action des vicissitudes atmosphériques; il eût craint sans doute, en faisant une semblable question, de porter injure à la science et au corps qui la représente. L'influence pernicieuse du froid, de l'extrême chaleur, des variations brusques de température, sont ou doivent être des articles de foi sur lesquels il est vraiment de l'honneur de la science qu'on ne consulte plus les savants. Qu'a donc entendu demander le ministre? Il a entendu demander si le transport des enfants à la mairie, dans les conditions où il s'exécute, est de nature à permettre à l'influence, reconnue dangereuse, des vicissitudes atmosphériques de s'exercer sur les enfants nouveau-nés. L'Académie est donc appelée, non pas à poser un principe général et spéculatif d'hygiène, mais à déclarer si spécialement la présentation à la municipalité est susceptible de mettre en danger la santé et la vie des enfants. Or de cette proposition : La présentation a ou n'a pas de dangers, à cette autre : Il faut cesser ou continuer la présentation, la pente est en vérité si rapide et si courte qu'il est impossible de ne pas tomber du principe dans la conséquence. Soutenir qu'on doit s'arrêter au premier, serait faire preuve d'un formalisme un peu puéril. Abt que l'Académie n'aille pas jusqu'à réglementer la mesure qu'elle croira devoir adopter; qu'elle ne substitue pas une formule législative à celle de l'article 55; qu'elle ne détermine pas le mode d'exécution administrative, rien de mieux. Là commence l'action des pouvoirs publics. Mais en deçà, nous maintenons que l'Académie est parfaitement sur son terrain.

La question scientifique, pour nous, ne fait pas beaucoup plus difficulté que la question de compétence, à moins qu'on ne veuille nier la médecine tout entière, ce qui serait un peu hardi de la part d'une Académie de médecine. Il est vrai que si l'on pose la question en demandant la preuve statistique de l'influence de la présentation à la mairie sur le chiffre de la mortalité des enfants, cette preuve manque absolument. L'enquête à laquelle s'est livré un membre correspondant, M. le docteur Rigal, et dont il est venu donner connaissance à l'Académie, n'établit qu'une chose : c'est que, dans une grande partie de la France, on se dérobe aux prescriptions du Code civil, et que la naissance est le plus souvent enregistrée sur la seule déclaration du père ou de témoins; mais elle ne dit pas, comme l'a fort bien fait remarquer M. Paul Dubois, si à cette infraction correspond une diminution de mortalité. On peut seulement en induire, assez raisonnablement, qu'une désuétude aussi étendue et aussi obstinée de la loi atteste une expérience vulgaire défavorable au système de la présentation.

Ainsi, pas de documents précis sur la mortalité. Mais veut-on que nous disions notre pensée tout entière? Nous le regrettons médiocrement. Si demain une statistique officielle venait établir que la mortalité est égale dans les départements qui exécutent la loi et dans ceux qui l'enfreignent, nous ne tiendrions pas la question pour jugée. Les statistiques qui portent sur des éléments aussi généraux sont sujettes à de grandes incertitudes, à de grands mécomptes. Un chiffre élevé de mortalité là où les enfants ne sont pas présentés ne prouverait pas irréfragablement que la présentation est sans danger; une forte mortalité là où les enfants sont présentés ne prouverait pas que la présentation est dangereuse. La question resterait aussi indécise qu'auparavant, tant qu'on n'aurait pas tenu compte de toutes les autres circonstances susceptibles d'augmenter ou de diminuer la mortalité des enfants, il est bien clair que, les inconvénients de la présentation étant démontrés, la mortalité pourrait néanmoins être faible si elle était réduite par d'autres causes; et il ne l'est pas moins que, la présentation étant reconnue exempte d'inconvénients, la mortalité pourrait être forte si elle était alimentée par une autre source. Si, du reste, on voulait s'en rapporter aux statistiques, est-ce qu'il n'y en a pas qui, conçues à un autre point de vue et sans préoccupation de la question actuelle, n'en méritent que plus de confiance? Ces statistiques, que MM. Londe et Villermé ont rappelées avec raison, tendent à établir que les vicissitudes atmosphériques, plus particulièrement le froid, exercent une action pernicieuse sur la santé et la vie des enfants. Cela n'est-il pas déjà bien important? Et se livrera-t-on à une induction bien téméraire si l'on en conclut qu'une circonstance qui expose l'enfant à ces vicissitudes, comme la sortie prématurée, ne saurait être innocente?

Mais, nous le répétons, la question est jugée pour nous en dehors de la statistique. Elle est jugée en principe, elle est jugée en fait. Nous demanderons seulement aux adversaires des idées de M. Loir, ceci : Admettez-vous, en thèse générale, le danger de l'exposition au froid, au vent, à la pluie, à la neige, aux perturbations brusques de l'atmosphère? Admettez-vous que ce danger soit plus grand pour l'enfant nouveau-né que pour l'adulte? Si vous croyez cela, tout est dit. Il n'y a plus qu'à vous montrer conséquent. Il n'y a plus qu'à songer à l'effet que produirait sur le ministre, sur les savants de toutes classes, sur les familles, sur tout homme de bon sens, cette déclaration du premier corps médical de France, que les vicissitudes atmosphériques sont des causes actives de maladie, mais qu'il n'est pas dangereux de s'y exposer. Si vous ne croyez pas à ces causes, nous le disions tout à l'heure, il faut laisser là la médecine. Nous nous adressons particulièrement à l'honorable M. Moreau dont l'esprit judicieux ne fait doute pour personne. Nous ne voudrions pas nous insinuer indiscrètement dans sa pratique; mais enfin nous imaginons la position singulière où peut le mettre son opinion sur la matière. Consulté par une mère inquiète sur

---

Feuilleton.

UNE VISITE MÉDICALE AU MUSÉE DES ANTIQUES.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

Dès les temps les plus anciens, nous voyons Apollon considéré comme une divinité tutélaire, et pour rappeler sa puissance on place sur les routes un pilier conique que l'on nomme Apollon *Agyéius* (Muller, ouv. cité, t. II, p. 228). Si Ulysse a un fils en âge de le remplacer, c'est *par la faveur d'Apollon* (ODYSS., l. 19, v. 86). On lui attribue en effet à cette époque le soin de la jeunesse sous le nom d'Apollon κουροτρόφος, comme on le prete aussi à Diane (nouveau point de contact entre le frère et la sœur) sous le nom de *Curothallia*, parce qu'elle fait croître les enfants, τους κουρους θαλλειν, et de là vient que l'on célébrait en l'honneur de celle-ci une fête particulière pour la santé des enfants. J'emprunte ces derniers traits à la plume érudite de madame Dacier. Ajoutons que c'était sans doute pour reconnaître ce soin pris en commun de leur éducation première, que plus tard les *Éphèbes* des deux sexes consacraient leur chevelure à Apollon et à Diane.

Mais jusqu'ici nous ne voyons point encore cet Apollon qui, le premier, nous dit Pindare, soulagea les maladies cruelles et des femmes et des hommes. Cet Apollon, c'est l'Apollon *Péan* de Plutarque (SYMPOS., l. 9, q. 14), de παιειν, guérir; c'est l'Apollon *Oulius* de Délos et Milet dont nous parle Strabon (*loco cit.*); c'est l'Apollon *Pythien* déjà adoré dès l'époque du siége de Troie, et depuis longtemps sans doute, dans cette ville de Delphes, dans cette Pytho rocheuse, πυθοι ενι πετρηεσση, célèbre par les richesses de son temple d'Apollon *Aphètor* Φοιβου Αφητορος, c'est-à-dire d'Apollon qui lance les flèches (ILIADE, l. 9, v. 404). On devine que, par cette épithète, Homère fait allusion à la mort du serpent Python tué par les flèches d'Apollon, et quel qu'ait été le point de départ primitif de cette dernière fable (on sait que les mythologistes varient à cet égard), peut-on se refuser à croire que plus tard ce serpent terrassé par Apollon devint, dans le symbolisme antique, la digne et brillante représentation de la maladie vaincue par la médecine? Ainsi le comprirent sans doute ceux qui, dans notre école, au fond de l'une des salles consacrées à nos examens, placèrent la copie du magnifique Apollon Pythien dit l'Apollon du Belvédère.

En outre du serpent d'Apollon qu'il ne faut pas confondre je le dis par avance, avec le serpent d'Esculape, il y a encore d'autres attributs symboliques de cette divinité médicale que je ne puis passer sous silence. Ainsi nous avons vu que pour Diane les flèches avaient été dans le principe l'image des rayons de la lune, comment douter que les flèches d'Apollon aient dû être l'image des rayons du soleil, du soleil ce dieu essentiellement vivificateur, ce dieu dont la chaleur bienfaisante nous donne la guérison, et par sa propre influence, et par l'action salutaire des plantes médicinales qu'elle fait croître. Quand Apollon est pris pour

l'état d'un nouveau-né pris de bronchite au mois de décembre ou de janvier, que répond-il ? Eh mon Dieu ! il répond comme tout le monde : C'est l'effet du froid ; et il recommande de tenir le petit être bien chaudement. — Peut-on au moins lui faire prendre l'air ? — Non, certes, si l'on ne veut courir les chances d'une fluxion de poitrine. — Mais c'est pour aller à la mairie. — Ah ! pour cela, c'est bien différent ; il n'y a pas le moindre danger.

Non, quoi qu'on dise et quoi qu'on fasse, l'opinion de M. Loir est une conséquence directe et logique des principes les plus généralement admis en médecine. Nous ajoutons qu'elle est conforme aux faits. Sous ce dernier rapport, on peut regretter que M. Loir soit resté si sobre de démonstration. Les quelques faits qu'il rapporte sont insuffisants, et on a pu s'armer contre lui de cette insuffisance. Mais nous affirmons que la pratique en fournit chaque jour des exemples. Les bronchites, la diarrhée, les ophthalmies surtout sont des conséquences très-fréquentes du transport de l'enfant à la mairie par des journées froides et pluvieuses. Si l'on vent être édifié à cet égard, il faut s'adresser à ces praticiens des quartiers populeux, qui font de très-nombreux accouchements ; qui vivent, pour ainsi dire, au milieu des familles dont ils ont la confiance ; qui accompagnent souvent eux-mêmes, à titre de témoins, le nouveau-né à la municipalité : qui voient chaque jour et l'enfant et les parents. De ceux-là, il en est peu qui ne soient convaincus de la nécessité d'une réforme de l'art. 55 du Code civil. Et qu'on ne dise pas qu'il n'y a aucune urgence de réformer un article qui ne s'exécute pas dans les deux tiers des départements. Cet argument est plus adroit que judicieux. Des prescriptions aussi graves d'hygiène publique ne peuvent être laissées à l'arbitraire des autorités municipales. Un maire ne refuse pas, dit-on, d'envoyer constater la naissance à domicile, soit par un médecin, soit par un commissaire de police. Ce n'est pas assez. Il faut qu'il ne soit pas maître de refuser.

Il est une dernière considération sur laquelle nous nous sommes déjà expliqué il y a quelques mois (GAZ. MÉD., 1850, p. 255) ; c'est celle qui touche à la liberté individuelle. La loi interdit la recherche de la paternité et de la maternité. La constatation à domicile pourrait amener la violation du secret. Nous ajoutions alors : « Sera-t-il possible de concilier cet intérêt de liberté privée avec les exigences de l'hygiène ? Nous l'espérons. » Aujourd'hui, nous répondons : Oui, cela est possible. Et notre raison, c'est que cela est. A Versailles, comme l'a rappelé M. Bouvier, et dans d'autres départements, au dire de M. Rigal, la difficulté a été levée d une manière très-ingénieuse et en même temps très-efficace. La constatation à domicile est devenue la règle ; voilà pour la satisfaction de l'hygiène. Mais la constatation à la mairie a lieu toutes les fois qu'elle est demandée ; voilà pour la satisfaction de la liberté privée. On ne trouvera rien de mieux que cette combinaison.

L'Académie a voté — et, chose assez piquante, d'après une rédaction de M. Moreau — un amendement dont le principe avait été proposé par M. Gibert, et qui reconnaît explicitement le danger de transporter les nouveau-nés à la mairie.

— Une séance supplémentaire avait eu lieu samedi pour vider la question du rhumatisme articulaire aigu. Le débat ne s'est pas maintenu dans les généralités où M. Parchappe avait essayé de l'attirer. A part une savante dissertation de M. Bouchardat sur la pathogénie et la thérapeutique du rhumatisme, cette dernière séance n'a fourni qu'une dernière escarmouche entre M. Bouillaud et M. Grisolle. Le premier a été amené à reconnaître que, en comptant la durée totale de la maladie, depuis l'invasion (et non depuis l'entrée à l'hôpital) jusqu'à la convalescence, cette durée, sur 39 cas, avait été en moyenne de vingt-six jours. Ce résultat compromet un peu, ce nous semble, la formule des saignées.

La discussion générale étant close, M. Michel Lévy, dans une argumentation aussi remarquable par l'élégance de la forme que par la solidité du fond, a montré que les observations rapportées à l'appui de la méthode de M. Dechilly ne justifiaient pas entièrement la première conclusion de M. Martin-Solon, conclusion qui revendiquait dès à présent, pour le travail de notre confrère de Vaucouleurs, la sanction de la publicité officielle de l'Académie. L'amendement de M. Lévy, dans lequel M. Dechilly est seulement engagé à poursuivre et à préciser ses recherches, a été adopté.

HYGIÈNE PUBLIQUE.

DES RIZIÈRES EN ITALIE ET DE LEUR INTRODUCTION EN TOSCANE, d'après M. le professeur PUCCINOTTI ; par M. RODIS, médecin à l'armée d'Afrique.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

II. — DES RIZIÈRES CONSIDÉRÉES DANS LEURS EFFETS SUR LA SANTÉ PUBLIQUE.

On a de tout temps accusé les rizières de produire mille maladies graves, et, de nos jours, les faits ne manquent pas pour prouver la réalité des plaintes des populations à cet égard.

En 1826, Fr. Hildenbrand attribue à l'influence des rizières le développement des fièvres périodiques de mauvais caractère, de la diarrhée, de la dyssenterie colliquative, de l'obstruction viscérale, de l'hydropisie, du scorbut, de la pellagre ; en un mot, de toutes ces maladies qui déciment les populations vouées à la culture du riz. Avant lui, Cirillo, Morgagni et Zanotti (de Milan) avaient fait les mêmes conclusions. (ANNAL. SCHOL. TICINENS., Papiræ, 1826, p. 75.)

Deux ou trois ans auparavant, un article de la BIBLIOTHÈQUE ITALIENNE, relatif à la discussion du livre de Berra sur les prés dits *à marcita*, avait déjà fait connaître les inconvénients des rizières en Lombardie. Berra lui-même avait déclaré que les habitants des lieux marécageux et de ceux dans lesquels on cultive le riz avaient tous un extérieur cachectique, et que les fièvres auxquelles ils étaient sujets disposaient leurs corps à la diarrhée, à l'hydropisie, à la consomption. Ses tables nécrologiques de comparaison entre les districts possédant des prés *à marcita* et ceux où existent des rizières, démontrent que dans le dixième district de la province de Milan, dans lequel entre ce dernier genre de culture, en six ans seulement il était mort 1,371 habitants de plus que n'en avaient perdu, dans le même espace de

---

le soleil, indépendamment des rayons qui le couronnent et du char qu'il dirige, il tient quelquefois un coq sur sa main. Je pense que le chant matinal du coq qui précède et annonce le lever du soleil a dû être le principal motif de ce choix. D'autres y ont vu l'emblème de la vigilance du médecin, ou de la vigueur que son art peut rendre à l'humanité souffrante. Je laisse au lecteur le soin de se décider à ce sujet. J'hésiterais moins à trouver une allusion aux tendances de notre art dans la corneille consacrée à l'Apollon de Delphes, la corneille qui vivait neuf âges d'homme, si nous en croyons Hérodote, et qui me paraît avoir dû sa place parmi les attributs d'Apollon non moins à cette renommée qu'au rôle que la mythologie lui fait jouer dans l'histoire d'Apollon et de Coronis. La cigale, dédiée elle-même au dieu de la médecine, n'eut-elle pas une signification symbolique analogue à la précédente? Telle n'est pas, que je sache, son interprétation habituelle. Quant à moi cependant, d'après le passage suivant d'Anacréon, j'avoue qu'il me semblerait peu déraisonnable de voir dans cet insecte un autre emblème de longévité ou de santé: « La vieillesse, dit Anacréon à la cigale, ne peut rien sur toi..., tu es exempte de maladies ; tu n'as ni chair ni sang ; il s'en faut de peu que tu ne sois semblable aux dieux. » (Ode 43.)

Tous les détails un peu développés dans lesquels je viens d'entrer trouveraient difficilement leur justification dans le musée que nous parcourons, mais j'ai pensé qu'on me les pardonnerait en raison de l'intérêt tout spécial qui s'attache pour nous médecins au dieu de la médecine ; et puis les images d'Apollon sont si communes que ce qu'on n'aura pu vérifier ici, on le constatera facilement ailleurs. Au reste, que maintenant mes lecteurs veuillent bien étudier ici même les numéros 19, 133, 135 et surtout 188, 197, 401, 627, et peut-être dans cette étude solitaire leur imagination ou leur mémoire leur suggérera-t-elle quelques aperçus qui ont bien pu m'échapper.

Après Apollon s'offre tout naturellement à notre esprit Esculape, fils d'Apollon et de la nymphe Coronis, suivant l'opinion la plus commune (n. 15. 233, 254, 275), Esculape qui, différent en cela de son père, n'apporta jamais à l'homme que le bienfait de la santé, et plusieurs fois même) il fut pour cette généreuse témérité foudroyé par Jupiter) alla jusqu'à lui redonner l'existence. Au reste la postérité se montra reconnaissante envers lui, et, comme si les rigueurs d'Apollon et la diversité de ses attributions lui avaient aliéné une partie de la confiance des humains pour la reporter sur son fils, on peut dire que, malgré son infériorité théogonique, Esculape, simple héros dans les récits des poëtes, est maintenant aux yeux du plus grand nombre non moins élevé que son père dans la hiérarchie céleste qui nous gouverne, et qu'il partage avec Apollon le sceptre de notre art.

Le fait est que si l'on ne songeait à ce qu'est la faiblesse humaine, à la multiplicité de ses besoins, on pourrait s'étonner en parcourant les anciens auteurs du nombre et souvent de la richesse des temples dédiés à Esculape. J'ai noté en lisant Pausanias que cet auteur ne cite pas moins de cinquante-deux de ces temples consacrés, soit à Esculape tout seul, ce qui est le plus ordinaire, soit en même temps à quelque autre des divinités protectrices de la santé de l'homme ; ainsi Junon, Isis, Ilythie, Apollon et surtout Hygie. Presque tous ces temples étaient placés hors des villes et fréquemment sur le haut des collines. Quelques-uns se trouvaient sur des routes fréquentées : ainsi la route de Sparte, ainsi la route d'Argos. Deux d'entre eux, l'un à Oricium, l'autre à Mégalopolis, affecté

temps, les autres districts voués à un genre différent de culture humide. Il ajoutait que dans la province de Pavie le nombre des décès était annuellement assez supérieur à celui des cinq districts à culture humide de la province de Milan, et qu'elle devait cette plus grande mortalité non aux prés *à marcita*, mais à la quantité des marais et nommément aux rizières de la vallée de Tessin. Enfin, se fondant sur ce que là où l'air est nuisible aux habitants il l'est davantage aux petits enfants, il expose que le nombre des cas de mort dans l'âge tendre est, dans les pays à marais ou à rizières, constamment supérieur à celui qu'on observe dans les autres points qui ne sont pas soumis à la même influence atmosphérique. La table IV du dixième district, où la culture du riz est seulement confuse, en offre une preuve irréfragable. (BIBL. ITAL., t. XXIX, p. 64, Mémoire de Dominique Berra, Milan, 1822, — LETTERA DEL BERRA INTORNO ALL' ART. DELLA BIBL. ITAL., *ibid.*, p. 271).

En 1836, la même Bibliothèque appelait l'attention publique sur les mauvaises conséquences de la culture du riz et rappelait les faits exposés dans un mémoire de Ragazzoni (t. LXXXIII, ann. 1836, p. 140). Cet auteur, après avoir pris des informations aux hôpitaux de Trévise, de Caraveggio, de Palazzolo et de Bergame, disait : « Nous pouvons garantir, avec notre pra-
» tique médicale, que les cultivateurs des rizières situées près du lac Majeur
» (ainsi que le sont celle de Besnate et les circonvoisines de feu le duc
» Visconti di Madrone), quoique le sol des aires soit élevé relativement au
» niveau de la mer d'une bonne hauteur au-dessus de Créma, et que sa
» nature sablonneuse ne permette que la formation d'une faible quantité
» de vase ainsi qu'une courte macération du chaume ; nous pouvons ga-
» rantir que ces cultivateurs, bien qu'ils dorment dans de bons draps, dans
» d'excellentes habitations, sont assaillis jusqu'au mois d'octobre de fièvres
» tierces, quartes, de maladies putrides, malignes, et succombent infil-
» trés et hydropiques, n'eussent-ils travaillé qu'à sarcler les rizières. Aux
» mêmes conditions sont assujetties toutes les autres populations des cam-
» pagnes du haut Milanais dans lesquelles existent des lieux humides ou
» marécageux ; et nous pouvons affirmer, avec les médecins de ces pays,
» où nous sommes resté quelques années, que ces épidémies sont occa-
» sionnées autant par les rizières et les lacunes du district de Soma que par
» les tourbières et les marais croupissants de la vallée d'Olona, de la ma-
» chine à filer le coton de Solbiate, et de tous ceux qu'on voit jusqu'au
» delà de Cairata. De tels faits étant suffisamment connus, pour qui séjourne
» dans le haut Milanais, comme concordant avec ce qui arrive aux popula-
» tions rustiques de la basse Lombardie et du Novarais, je crois suffisam-
» ment démenti par l'expérience que la vase putrescente des rizières, ainsi
» que les miasmes qui s'en exhalent, sont des moyens d'amener la santé, la
» longévité et la prospérité parmi les habitants attachés à la culture du riz...
» D'ailleurs l'influence homicide des rizières est si grande sur les étrangers
» spécialement, que les montagnards des Apennins et des Alpes ne se dé-
» cident à descendre au triste pain fourni par les rizières que lorsqu'ils
» sont poussés par une faim désespérée. Et les bergamasques de Calcio, à
» Bromo (après les rizières établies à Créma), spécifient philanthropique-
» ment, dans les engagements pour les travaux agricoles, la non-obligation
» de descendre dans les environs de Créma, même pour la seule occu-
» pation de récolter le blé ou de faucher le foin, l'expérience leur ayant dé-
» montré qu'en étendant leurs travaux jusque sur ce point, distant seulement
» de cinq ou six milles, leurs agriculteurs, sous l'influence miasmatique,
» revenaient atteints de fièvres périodiques et d'autres maladies souvent
» incurables et qui, pour le moins, épuisaient les familles par les frais
» qu'elles nécessitaient. »

Gioza, dans sa PHILOSOPHIE DE LA STATISTIQUE, écrite en 1830, disait « que deux inconvénients ressortent de la comparaison du riz avec le blé :
» 1° le premier renferme une moindre quantité de matière nutritive sous
» le même poids et sous le même volume ; 2° sa culture nuit à la santé des
» habitants. Ainsi, dans tous les pays où prospère le riz (Italie, Espagne,
» Portugal), il est nécessaire d'en restreindre la culture à l'aide de lois sé-
» vères. »

Brocchi donnait avis « que les eaux stagnantes nuisaient grandement à la
» bonté de l'air, et on en trouve la preuve directe dans les rizières de la
» Lombardie, qui transforment en lieux malsains les lieux salubres de leur
» nature. » (DEL STATO FISICO DEL SUOLO DI ROMA. Rome, 1820, p. 258.)

Dans le 17e volume de l'ENCYCLOPÉDIE ANGLAISE DE MÉDECINE PRATIQUE, l'article AIR INSALUBRE (*mal'aria*) a été écrit par l'illustre Joseph Brown, encore vivant de nos jours, et qui dit que les terrains alternativement inondés et mis à sec pour la culture du riz, soit dans l'Inde, soit en Europe, sont si pernicieux à la santé des cultivateurs et des habitants du voisinage, que quelques gouvernements, celui de Russie, par exemple, ont probibé ce genre de culture. (Vid. ENCYCL., tr. par Michelotti, 17e fasc., p. 2774, 1838)

Decandolle professait « que si l'on pouvait substituer la culture du riz sec
» des montagnes à celle du riz qui veut l'humidité, on remédierait aux
» nombreux inconvénients que cette dernière entraîne avec elle, parce que
» l'on ne peut nier le danger du voisinage des rizières. Dans la Caroline du
» Sud, on ne les autorise qu'à dix lieues de Charlestown ; en Espagne, à
» une lieue des villes. On a voulu en tenter la culture dans quelques pays
» du midi de la France ; mais le gouvernement a toujours dû les prohiber.
» En Italie, les gouvernements sont moins sévères, ou, pour mieux dire,
» plus indifférents à la santé du peuple. » (DICT. D'AGRICULT., article *Riz*. Paris, 1809.) D'après le journal le TEMPS (4 août 1842), la même prohibition a été renouvelée par le gouvernement français en raison de l'insalubrité spéciale aux rizières, dont les travailleurs ne vivent pas au delà de quarante ans.

De 1820 à 1842, les rizières de Pavie, de la Lomellina et du Milanais ont donné lieu à des considérations semblables à celles qu'on vient d'exposer. Bertini faisait les mêmes remarques à propos des rizières du Piémont ; Orlandini exprimait les mêmes paroles à l'égard de celles du Mantouan ; Farini, pour les maux passés et présents dus aux rizières de Ravenne. Enfin, en 1841, Valorani disait à notre auteur, à Bologne, que les cultures humides étendues, ainsi que les déboisements, avaient grandement altéré le climat de cette cité jadis si salubre et toujours si belle ; de telle sorte que l'hiver, seule saison qu'on eût antérieurement à redouter, était aujourd'hui de toutes la plus désirée, les autres étant devenues nuisibles à la santé de l'homme par l'humidité délétère qu'elles entraînaient.

Au congrès de Florence, bien que la question soit restée sans solution, divers orateurs accusèrent fortement l'insalubrité des rizières. Ridolfi voulait qu'on les bannît des lieux où la culture humide serait possible ; Géra, qu'on les reléguât dans les marais ; Rosoati y voyait une cause de fièvres intermittentes ; le baron Prud ne les croyait permises que dans les maremmes dont l'atmosphère est nuisible. L'agronome de Verceil décrivait dans ce congrès le triste état du territoire de Saint-Germain, converti en rizières ; Milano les déclarait nuisibles à la santé de leurs cultivateurs et des contrées

---

sans doute aux maladies de l'enfance, étaient consacrés à Esculape enfant. Dans tous les autres, le dieu était représenté adulte, assis parfois : ainsi à Epidaure, ainsi chez les Argiens, ainsi dans l'île d'Egine, mais debout le plus ordinairement. Sa statue d'or et d'ivoire quelquefois, celle d'Epidaure par exemple, était imberbe dans les premiers temps, remarquable plus tard par sa longue barbe ou même par sa barbe d'or. Ovide nous dépeint l'Esculape d'Epidaure s'appuyant de la main gauche sur un bâton et de la main droite caressant sa longue barbe :

Qualis in æde
Esse solet, baculumque tenens agreste sinistrâ
Cæsariem longæ dextrâ deducere barbæ.
(Liv. 15, MÉTAMORPH., 13, v. 38 et suiv.)

On nomme l'artiste qui, le premier, dans la 130e olympiade, sut donner à Esculape une forme que ses successeurs en général adoptèrent et reproduisirent : ce fut Pyromachus. Il fit de l'Esculape de Pergame un homme mûr, semblable à Jupiter, mais d'un caractère moins élevé, d'une physionomie douce et riante, les cheveux noués avec un ruban, debout et dans l'attitude d'un homme prêt à secourir ceux qui l'appellent, l'*himation* roulé autour du bras gauche au-dessous de la poitrine et serré contre le corps en plis rigides, tenant de la main droite un bâton autour duquel un serpent s'entortille (Muller, ouv. cité, t. II, p. 239). Ajoutons que quelquefois ce bâton était noueux, allusion, nous disent certains auteurs, aux difficultés de la médecine ; que souvent on voyait un chien aux pieds d'Esculape, et qu'auprès de lui se tiennent fréquemment, soit Hygie, jeune fille florissante de fraîcheur et de santé, soit un jeune homme ou même un enfant, Télesphore, enveloppé d'un manteau ; qu'enfin, si nous en croyons Mercurialis, d'anciennes images d'Esculape le représentaient, comme nous l'avons vu pour Apollon, avec un coq sur la main. Pour compléter l'énumération de tous ces attributs symboliques, empruntons à la numismatique ce dernier trait que quelquefois Esculape est figuré par un serpent enroulé autour d'un œuf, ou même autour de l'*omphalos*, emblème ordinaire du temple de Delphes que les anciens considéraient comme le centre ou l'ombilic de la terre, cet attribut plus spécialement affecté en général à Apollon Pythien, étant venu apparemment se ranger lui-même au nombre des attributs d'Esculape.

Tous les accessoires symboliques que je viens d'énumérer ont pour nous, ou par eux-mêmes, ou par l'importance que leur prête le dieu auquel ils appartiennent, un intérêt tout particulier ; arrêtons-nous donc à leur interprétation. Le principal d'entre eux est sans contredit le serpent. Pour bien comprendre la signification du serpent d'Esculape, il faut observer que, suivant toute apparence, l'Esculape des Grecs fut originaire d'Égypte ; qu'en plusieurs points de la Grèce, c'était Sérapis qu'on adorait sous le nom d'Esculape, Sérapis qui, aussi bien qu'Esculape, guérissait les malades ; et que dans les plus anciennes religions, bien souvent nous voyons le serpent s'identifier avec la divinité ; qu'en Égypte, par exemple, dès l'époque reculée des Pharaons, le dieu suprême revêt cette forme ; qu'une des étymologies de Sérapis est le mot *sarap*, qui signifie serpent dans les langues sémitiques, en sanscrit *sarpa* (j'emprunte ces détails à un savant travail de M. Guigniaut sur Sérapis et son origine, annexé par Burnouf à sa belle traduction de Tacite) ; qu'Isis accompagne Sérapis avec le symbole analogue de l'uræus, ou de l'aspic royal, consacré en

d'alentour; Capéi affirmait que, dans le Novarais, les champs mis en rizières rendirent malades tous les paysans; Salvagnoli les accusa d'être des occasions de nombreuses maladies, et exprimait le vœu qu'on les confinât dans les marais, quoique non dans tous indistinctement; à son avis se rangèrent Mori, Giusteschi et d'autres; Mazzarosa en dit autant. A propos des rizières de Lucques, il avait, en qualité de président d'une commission, dit ouvertement au conseiller d'Etat de ce gouvernement, qu'il importait au salut du pays d'y prohiber entièrement la culture des rizières. Pierre Horce, médecin à Montignoso; Branchini, premier médecin de Massa; Pistelli di Camajore, Paolo Savi, Barzelotti, le professeur Linoli, divers autres médecins, des magistrats, des chefs militaires, un ecclésiastique enfin, ont tenu le même langage, soit à propos des rizières de Pietra-Santa, soit à l'égard de celles de Lucques.

En présence de ces faits qui ne font que continuer jusqu'à nous les maux affligeants déjà notés par les anciens, on a cherché à concilier l'intérêt du commerce avec la santé publique, et, pour cela, on a imaginé de reléguer les rizières dans les lieux marécageux ou malsains, sous le prétexte qu'ainsi placées elles n'accroîtraient pas l'insalubrité de ces derniers.

Mais d'abord, comment s'établit l'insalubrité des marécages de nos contrées, et ensuite celle des rizières n'a-t-elle pas mille occasions de la rendre pire si on vient à employer de semblables dispositions pour leur culture?

Dans les lieux paludéens, l'exhalation miasmatique s'opère sous l'influence de la chaleur élevée, qui volatilise, soit leur humidité propre, soit celle qui est apportée par les pluies d'été, les brouillards, le vent du sud-ouest et par les inondations. Tant qu'elle est restée à l'état liquide, cette humidité s'est chargée de principes qu'elle a puisés à l'aide de la chaleur dans les détritus organiques du sol, lesquels se sont produits de toute pièce dans le marais, ou bien appartiennent à des dépôts géologiques modernes, fluviatiles ou marins. Dans cette dernière circonstance, les eaux s'infiltrent dans le sol, et il suffit de l'action de la bêche, des déboisements, des fissures naturelles dues aux premières chaleurs et à la sécheresse pour favoriser l'exhalation miasmatique.

En outre, l'abaissement de la température et le rayonnement nocturne aident l'accroissement de l'infection : 1° en concentrant et précipitant sur le sol les vapeurs formées dans le jour; 2° en fournissant, à l'aide de la rosée et des brouillards, de nouvelles causes d'humidité aux matières putrescibles.

La décomposition miasmatique s'opère d'autant plus facilement que l'humidité est en moindre quantité; elle se produit surtout quand les couches terrestres sont submergées par une mince couche de liquide ou recouvertes seulement d'un léger suintement. Les grandes pluies la gênent dans son développement; les pluies courtes ou légères l'aggravent toujours. Dans les eaux, c'est sur les plages à peine inondées qu'existe le plus grand danger; dans les marais, c'est principalement au bord et dans les points que l'eau recouvre à peine. Il est d'observation encore que les côtes élevées, comme celle de l'Adriatique, sont beaucoup moins malsaines que celles qui sont basses, comme cela a lieu sur le littoral méditerranéen. Une température trop faible ou trop élevée gêne l'évolution miasmatique; celle-ci devient fort active, au contraire, si l'eau de mer vient à se mêler à l'eau douce où elle s'opère, ou bien quand celle-ci vient à réagir sur les dépôts géologiques putrescibles marins. Cette évolution est encore en raison inverse de la profondeur à laquelle sont placés ces dépôts sous le sol, et elle s'affaiblit à mesure que la terre où elle se produit tend à devenir *végétale*. Le poison paludéen a besoin, pour se former, de plusieurs années successives dans les terrains secs, dans lesquels l'évolution miasmatique ne peut s'établir qu'au sein des couches profondes ou à demi carbonisées, car, en pareille circonstance, l'humidité ne pénètre pas de prime abord assez loin. A mesure que les dépôts marins perdent leur sel, soit parce que la mer ne leur en amène plus, soit parce que les eaux douces les en ont débarrassés, leur activité méphitique va toujours en décroissant. Enfin, la décomposition des couches géologiques est en raison de la perméabilité du sol.

Ces diverses occasions de dégagement miasmatique permettent de comprendre comment en certains lieux peuvent exister à l'excès les conditions de chaleur et d'humidité, et l'évolution méphitique n'être que très-faible ou nulle; comment, en d'autres points, plusieurs mobiles se trouvent réunis et donnent à celle-ci une activité extrême; comment ailleurs la plus faible chaleur humide est suffisante; comment dans un faible périmètre on est exposé à rencontrer ces interruptions bizarres de l'endémie, et combien il est facile de se tromper en jugeant d'après les seuls effets produits sur l'organisme, la cause qui les détermine pouvant être placée à une grande distance, tandis que la localité où se renferme l'endémie est exempte d'infection, malgré son aspect marécageux.

La possibilité de ce dernier cas est relative à la propagation du poison; la force du miasme irait toujours en diminuant si elle irradiait régulièrement du centre de sa formation à la périphérie, et *vice versâ*, suivant la raréfaction diurne produite par la haute température, la condensation et le repos de l'air le soir et pendant la nuit. Mais cette loi est modifiée par deux circonstances : 1° l'expression du miasme dans une atmosphère plus échauffée le disperse jusqu'à des éminences lointaines où il se concentre, se dépose et rend insalubres des lieux d'ailleurs fort sains; 2° des vents réguliers passant sur de vastes surfaces marécageuses en enlèvent au loin les principes toxiques et les transportent, à l'état de condensation, dans les points les plus élevés de la masse atmosphérique en mouvement et souvent à des distances énormes. Les vents irréguliers du matin ou du soir dans quelques localités, en faisant équilibre à la raréfaction atmosphérique ou à une condensation partielle, changent souvent la direction imprimée aux miasmes par les vents réguliers et dominants, de sorte que l'on juge follement quelquefois qu'une population peut ou doit être exempte des effluves marécageux, parce que les étangs ou les marais les dégagent derrière une cime, c'est-à-dire en dehors de la direction habituelle d'un vent dominant dans cette plage ou cette contrée.

Ainsi donc, il est bien difficile d'affirmer que, dans une localité, l'air est malsain, bien difficile de circonscrire les limites de cette insalubrité, bien difficile et bien hasardeux de calculer la distance à laquelle se propage l'infection; il est enfin bien ardu et bien délicat d'apprécier l'influence d'une cause additionnelle sur celles qui existent déjà naturellement dans une localité; et cependant, voyez avec quelle indifférence on transforme en axiome qu'une rizière établie dans un lieu malsain n'en aurait pas l'insalubrité.

Dans un terrain qui n'est malsain que l'été, alors que tombent de courtes pluies, ou à la suite de débordements, d'inondations accidentelles, dans ce terrain, placez une rizière qui rendra la condition de l'humidité permanente, et répondez si vous n'aurez pas accru l'insalubrité..... Il en sera de même dans ces terrains secs ou superposés à un substratum marin que les pluies passagères n'atteindraient pas, mais que l'infiltration perpétuelle d'une rizière établie au-dessus rendra un foyer permanent d'infection.

---

effet de toute antiquité à la déesse Saté ou Junon, qui correspond à Isis dans un ordre supérieur. Notons ce nouvel exemple de rapprochement entre la déesse qui nous fait naître et le dieu qui nous guérit. J'ajouterai, d'après l'auteur que je viens de citer, qu'un grand serpent était nourri dans le temple d'Esculape, c'est-à-dire de Sérapis, à Alexandrie, sous Ptolémée Evergète, comme les serpents agatho-démons du temps d'Hérodote, dans le temple de Jupiter Ammon, à Thèbes.

Nous étonnerons-nous maintenant de revoir le serpent jouer un si grand rôle en Grèce, dans le culte d'Esculape, le serpent nourri aussi par les prêtres de ce dieu, qui lui donnent à boire dans une patère, le serpent que les Romains décimés par la peste viennent chercher à Épidaure et emmènent à Rome en croyant y conduire le dieu lui-même?

Quant à ce qu'exprimait essentiellement ce symbole traditionnel, qui ne voit qu'en raison même de son origine antique et sacrée, il ne pouvait exprimer autre chose que l'ensemble des idées dominantes qui se concentrent sous l'idée abstraite de la divinité, et par exemple : la bonté (agathodæmon); la prudence (on sait que le serpent en est souvent l'emblème); l'éternité (un serpent qui se mord la queue), et autres qualités divines analogues, sans oublier la puissance et la respectueuse terreur qu'elle nous inspire? Je dirais même, s'il me fallait remonter jusqu'au premier motif du choix que l'homme fit du serpent pour lui prêter une valeur symbolique aussi élevée, que c'est ce dernier sentiment qui me paraît en avoir été le point de départ, sentiment qui devait être en effet bien commun dans les régions chaudes qu'on croit avoir été le berceau du monde, ou dans les régions éthiopiques, berceau de l'Égypte, contrées si fécondes en serpents dont la piqûre donne quelquefois la mort avec une foudroyante rapidité. De la crainte à la prière, à l'adoration même, la distance n'est pas longue, on la franchit aisément, et puis plus tard, une fois le culte établi, on oublie ce qui l'inspira pour n'environner ce qu'on adore que de pensées attrayantes et douces; à la force qui peut tuer, on substitue la bonté qui peut guérir; on finit par aimer ce qu'on avait commencé par craindre.

Telles me paraissent avoir été les premières phases qu'a dû subir l'institution du symbole dont nous parlons. Et cependant cette terreur primitive que les attaques du serpent durent causer à l'homme, assez de faits analogues et journaliers l'entretinrent, pour que le serpent ait pu en recevoir aussi dans le symbolisme antique une acception jusqu'à un certain point contradictoire à l'acception précédente. Ceci, du reste, se rattache à cette observation que j'ai déjà légitimée par plus d'un exemple pour la mythologie grecque ou romaine, observation que M. Ampère, dans un passage que je vais citer, applique spécialement à la mythologie égyptienne, mais qui pourrait bien être aussi vraie de toute autre mythologie contemporaine ou antérieure, à savoir qu'on peut y remarquer comme trait fondamental l'association dans les mêmes types divins des attributs les plus contraires. « Il n'est point de divinité égyptienne, nous dit ce savant écrivain, qui ne soit tour à tour une puissance lumineuse et une puissance de ténèbres, un principe de vie et un principe de mort. Osiris le dieu bon..... le dieu solaire..... est aussi le dieu infernal, le terrible juge des morts. Par la même raison Sevek, le dieu crocodile, le dieu dévorant, dont la queue est l'hiéroglyphe des ténèbres, est assimilé (dans le grand temple d'Ombos; au dieu Soleil, à Horus. » (Ampère, RECHERCHES EN ÉGYPTE ET EN NUBIE. REVUE DES

D'une autre part, la rizière ne fait-elle qu'apporter son contingent d'humidité innocente, et celle-ci n'est-elle pas exposée à s'imprégner d'une nouvelle quantité de matière miasmatique prise à la surface du sol ou exhumée des profondeurs de ce dernier, laquelle fût demeurée inactive sans l'adjonction d'un excès de dissolvant, et cela ne peut-il pas avoir lieu malgré l'écoulement fourni aux eaux du marécage et malgré la diminution d'étendue de celui-ci ?

D'ailleurs, les marais ne restent jamais aussi longtemps, ni dans une aussi vaste étendue, dans les conditions des rizières dont les eaux tantôt hautes, tantôt basses, laissent ensuite tout l'été de larges surfaces limoneuses.

Mais on peut aller plus loin et calculer presque mathématiquement ce qui a eu lieu dans ces cas de substitution. Il va sans dire que les chiffres fournis par notre auteur ne servent que de figure pour indiquer le plus ou le moins, sans avoir la valeur d'une proportionnalité fort précise.

Soit un terrain demi-comblé, ayant l'apparence d'une prairie et dans lequel l'humidité règne constamment, ainsi qu'on en voit sur le littoral toscan. Ici les émanations méphitiques sont un effet de l'infiltration des eaux d'hiver et du printemps, lesquelles ont rejoint les couches géologiques putrescibles, subjacentes. Si, pendant l'été, il ne survient de nouvelles infiltrations, cette évolution méphitique ira toujours en diminuant jusqu'à ce qu'elle ait cessé entièrement. Soit 1 l'intensité de cette exhalaison miasmatique; les matières putrescibles de la surface du sol étant mises en présence d'un dissolvant plus abondant et plus souvent renouvelé par le fait de l'établissement de la rizière rendront cette exhalaison égale à 2, et à son tour la couche putrescible souterraine, dégageant plus de miasmes en raison de la continuité de l'infiltration, ce terrain deviendra malsain comme 4.

Dans un terrain qui ne se dessèche qu'en partie, et dont le méphitisme, composé de celui de la superficie et de celui des dépôts géologiques modernes, est égal à 2, on n'a à craindre fortement que les émanations formées lors de la première période du dessèchement; ultérieurement, l'évolution miasmatique s'affaiblit et disparaît, excepté là où le sol reste à peine submergé. Une fraction du méphitisme est due aux dépôts superficiels et l'autre aux dépôts souterrains. Les rizières établies en ces points étendent à toute leur superficie la mince inondation propre au développement miasmatique, et en augmentant la condition d'humidité redoublent celui-ci alors qu'il tend à disparaître, ce qui donne pour le nouveau méphitisme superficiel un nombre égal à 3 ; d'autre part, cette continuité d'action et cette plus grande quantité d'humidité produisent un nouveau dégagement miasmatique dans les couches profondes, lequel, ajouté à celui qui existait déjà, fournit un nombre égal à 3 ; en tout 6 pour l'intensité des exhalaisons méphitiques réunies.

Prenons un de ces terrains qui restent en grande partie submergés durant l'été, et soit son insalubrité représentée par 3. Par eux-mêmes, ces terrains, abrités par d'épaisses touffes de joncs et par des ormes, subissent moins l'action des rayons solaires et ne sont dangereux que dans une partie de leur étendue, et grâce à la hauteur des eaux, l'humidité qui va dégager le miasme souterrain est dérobée à l'influence évaporatrice. Ici l'agriculture fait disparaître l'apparence marécageuse à l'aide des voies d'écoulement. Si vous couvrez ces terrains de rizières, vous les mettrez en état de subir une évaporation continuelle, ce qui doublera le danger du marécage et le fera égal à 6 ; vous aurez étendu la surface où s'opère l'évolution miasmatique par l'extirpation des joncs et des arbres, et le méphitisme sera représenté alors par 7 ; par l'ablation de ces obstacles, le rayonnement de la superficie, plus fort le soir que le matin, concentrera le miasme, et opérant sa précipitation, le rendra actif comme 8 ; en réduisant l'inondation, le méphitisme souterrain ne rencontrant plus d'empêchement, viendra se joindre à celui qui existe déjà superficiellement, et en portera l'intensité à 9, c'est-à-dire triplera celle qui existait dans le terrain sans rizière.

Prenons enfin un vaste périmètre paludéen rendu malsain par un grand marais, par un lac, et soit son insalubrité égale à 4. Ce ne sera ni au sein des eaux ni au bord que l'on viendra établir des rizières; on ne pourra employer à cela que les terres alternativement susceptibles d'inondation et de dessèchement et d'ailleurs malsaines, soit par leur nature, soit par le fait du voisinage des marais. Quel effet dès lors produira une rizière établie dans de telles conditions ? Elle doublera le méphitisme superficiel, le seul existant jusqu'ici, lequel deviendra égal à 8 ; de plus le dégagement miasmatique souterrain portera de suite ce chiffre à 12, en raison de la constitution et du régime de la rizière.

Dans tous les cas, l'exhalation miasmatique sera d'autant plus dangereuse que la rizière aura été établie sur un sol qui recouvre des dépôts putrescibles marins ; l'inverse aura lieu si ces derniers sont de simples formations d'eau douce.

Si on a senti jusqu'à ce jour que les rizières substituées à des marais n'en augmentent pas l'insalubrité, il faut attribuer les causes de cette erreur : 1° au défaut des connaissances des modificateurs naturels : ainsi une rizière remplit souvent le même office qu'une prairie qu'on établit à l'aide du déboisement, et qui devient malsaine la nuit parce que le rayonnement vers l'espace refroidit l'atmosphère et condense les vapeurs méphitiques. 2° Dans d'autres circonstances, c'est un accès plus facile ouvert aux vents du sud ; on ignore en outre ce que les modifications hydrauliques et la nature du sol peuvent produire au voisinage des marais. On ignore encore la production du méphitisme dans les couches marines et fluviales ; on s'imagine que l'amélioration momentanée due aux préparatifs d'une rizière se prolongera ; on espère dans le bouleversement du sol ; enfin on ne voit pas changer la constitution médicale de la localité, et cependant les rizières font toujours empirer les endémies paludéennes.

Car, en tenant compte de la constitution épidémique et de l'influence des accidents météorologiques, on observe qu'elles prolongent la durée des endémies, qu'elles augmentent le nombre des fébricitants, enfin qu'elles rendent pernicieuses des affections fébriles qui sans cela eussent conservé leur caractère d'intensité faible. On a voulu prouver l'innocuité des rizières en disant qu'il arrive que leurs travailleurs ne contractent pas de fièvres : cela n'est vrai que pour la première année de l'existence de cette culture. D'ailleurs, qui ignore les anomalies du méphitisme des marais ? D'un autre côté, on observe que les malheureux voués à cette industrie sont atteints d'anémie, de scorbut, d'ulcère ou d'œdème aux jambes, etc., etc. Et puis cette immunité s'est-elle manifestée ailleurs qu'à Piétra-Santa, où les rizières n'ont existé que si peu de temps ? En dernier lieu, disons une fois de plus que le miasme dégagé dans un point n'est pas toujours dangereux dans ce point, mais qu'il peut ne faire sentir son influence qu'à une distance considérable de l'endroit où il s'est formé.

Quant aux calculs de la mortalité due aux rizières, Berra et Morrichini ont prouvé jusqu'à l'évidence que les portions de territoire où s'opère ce genre de culture offrent plus de décès qu'avant l'établissement de cette industrie, et que ces décès y sont plus nombreux que dans les lieux qui ne

---

DEUX-MONDES du 1er avril 1848.)

De là sans doute le caractère malfaisant et hostile prêté au serpent par les écrivains sacrés et par les poëtes. De là le serpent de nos livres saints dont les suggestions fatales ont amené pour nous les infirmités et la mort ; de là plus tard ces serpents dont les morsures de feu déciment les Israélites dans le désert, et, par un rapprochement qui met dans tout son jour le double point de vue dont je parle, se guérissent dès que les malades fixent les yeux sur le serpent d'airain érigé par Moïse (NOMBRES, ch. 21) ; de là le serpent *Apophis* des Égyptiens, symbole du mal et des ténèbres, ou même ce *Sevek*, cet autre reptile dont nous parlions tout à l'heure ; de là le Typhon d'Hésiode et d'Homère, l'hydre d'Hercule, les serpents des Gorgones, et tant d'autres que je pourrais rappeler ; de là enfin le serpent Python terrassé par Apollon.

Ainsi donc, génie du bien, ou emblème de la santé ; génie du mal, ou emblème de la maladie ; telles furent les deux faces principales sous lesquelles le serpent fut envisagé dans l'antiquité ; et l'on voit maintenant ce qu'il faut penser de toutes ces interprétations plus ou moins ingénieuses, mais toujours aussi plus ou moins frivoles, rêvées par les anciens eux-mêmes à l'égard du serpent d'Esculape, alors qu'ils avaient oublié peut-être le point de départ religieux que nous venons d'assigner à ce mythe si digne d'intérêt, en replaçant son origine aux premiers âges du monde. Pour l'un, le serpent d'Esculape est le symbole de la prudence du médecin ou de sa vigilance (Festus) ; pour l'autre, les serpents sont associés en général aux divinités qui président à la santé de l'homme, « parce que ces divinités tutélaires font que le corps humain, dépouillé pour ainsi dire de sa maladie, recouvre sa primitive verdeur, de même que les serpents rajeunissent chaque année en se dépouillant de leur peau. » (Macrobe, SATURN., l. 1, ch. 20.) Pour d'autres encore, certains reptiles, la couleuvre, par exemple, ont beaucoup de propriétés médicinales, et c'est pour cela que ce reptile est consacré à Esculape. (Pline, l. 29, ch. 4.) J'avoue que, quant à moi, je croirais bien plutôt que c'est au contraire l'importance médicale donnée au serpent par le symbolisme antique qui enfanta la croyance aux vertus médicinales de certains reptiles, comme je pense que le caractère divin et sacré dont la mythologie l'avait revêtu nous explique le choix de cet emblème dessiné par les anciens sur les monuments dont ils voulaient garantir les murailles contre les offenses des passants.

Nous avons vu que, d'après Mercurialis, d'anciennes images d'Esculape le représentaient avec un coq sur la main. Nous pourrions supposer que ce fut là, comme nous l'avons dit plus haut pour l'*omphalos* de Delphes, un de ces attributs qui, d'Apollon, passèrent à son fils, si ce n'était un fait bien connu que le coq était essentiellement consacré à Esculape. Qui ne sait que, près de mourir, Socrate recommandait à ses amis de sacrifier pour lui un coq à Esculape ? Ne pourrait-on pas d'ailleurs penser que l'usage médicinal du coq, ou du poulet, fut peut-être pour quelque chose dans le choix de cette victime ? L'usage du bouillon, ou de la chair du poulet, dans les convalescences, était connu des anciens. Pline nous vante le bouillon de volaille, ou l'eau de poulet, comme utile contre beaucoup d'accidents. Le coq, nous dit-il aussi, appliqué sur la plaie, neutralise le venin des serpents. Les panthères et les lions ne touchent point à ceux qui se sont frottés du jus d'un coq (l. 29, ch. 4). Ne serait-ce pas encore la prestance assurée du coq, son ardeur belliqueuse et génératrice, son air de mâle

la possèdent pas encore. Il est fâcheux qu'on ait fait valoir, pour les rizières du Bolonais, des tables qui accordent aux rizières une mortalité moindre que celle fournie par les cultures sèches, car on n'a pas distingué le genre des maladies auxquelles la mort a été due. Or il est constant pour notre auteur que l'inverse a lieu partout et toujours.

Ici Puccinalti aborde la question relative aux rizières de Piétra-Santa et nous expose les résultats de son expérience personnelle.

De la Spezzia à Gaëte, le lit occidental de l'Italie est spécialement constitué par un substratum organique dû à des dépôts opérés par les fleuves à leur entrée dans la mer dont le fond s'est exhaussé en conséquence. Une mince couche sablonneuse recouvre ces dépôts dont l'activité méphitique est en raison de leur proximité du rivage. L'expérience prouve en outre que cette évolution miasmatique est encore considérable en divers points. Une fosse creusée à cent pas de la mer, dans le port des Marmi, à Piétra-Santa, fut ouverte en présence de Puccinalti et de Malcucci: à l'instant même un énorme essaim d'insectes faméliques s'y précipita et les exhalaisons sulfureuses qui s'en dégagèrent suffirent pour noircir une pièce d'argent.

Indépendamment de cette cause d'infection, on voit çà et là des flaques d'eau douce et d'eau de mer dans lesquelles se putréfient mille débris animaux ou végétaux.

L'amélioration du sol a lieu de deux manières dans les foyers superficiels: 1° tantôt à l'aide de l'arrivée d'une plus grande quantité d'eau douce; 2° tantôt à l'aide d'un écoulement fourni aux eaux en stagnation. Les foyers souterrains perdent leur insalubrité: 1° par le dessèchement de la superficie du sol, et 2° par l'augmentation d'épaisseur de ce dernier.

On devine aisément ce qui arrivera si on vient à placer des rizières dans ces points marécageux. Ce qui a eu lieu à Piétra-Santa nous en donne un exemple.

Dans cette dernière contrée, indépendamment de la constitution du sol, il existe une cause puissante pour maintenir le méphitisme naturel: nous voulons parler des obstacles considérables que rencontre la ventilation générale par le fait de la présence d'une ceinture de montagnes ouverte seulement du côté de la mer. Jusqu'en 1810 ce pays fut infecté par des marécages, à ce point que les habitants durent s'éloigner soit de leur plein gré soit par ordre. Mais en cette année l'établissement de certaines cataractes rendit à cette ville et sa salubrité et sa population qui ne tarda pas à prospérer.

Mais les dépôts souterrains putrescibles n'ont pas changé; cependant en 1841 ils étaient encore en voie d'amélioration quand eut lieu l'introduction des rizières dans le territoire de Piétra-Santa.

Or dans les environs de cette ville existent trois points principaux relativement à la manière dont s'y emporta l'endémie avant la culture du riz. L'un, le fort de Motroni, placé au sein de marécages en voie d'assainissement, était encore assez dangereux, car c'est là que les fièvres reparaissaient dès les premiers jours de la saison qui les ramenaient, c'est là qu'elles se montraient avec violence et qu'elles atteignaient le plus de monde. Un autre de ces points, le fort des Marmi, mieux aéré, mieux protégé par la végétation d'alentour offrait plus de salubrité. Le troisième, le fort Del Cinquale n'avait qu'une salubrité moyenne; c'est dans son voisinage que fut établie la rizière de 1841. A dater de cette époque, tout un essaim de maladies paludéennes s'abattit sur la contrée; est-ce à l'établissement de la rizière qu'il faut rapporter leur origine?

Oui, en raison de la recrudescence des maladies attribuées par les fauteurs des rizières à la nature du sol de Piétra-Santa;

Oui, parce que l'épidémie est restée limitée au périmètre de la rizière, dans le voisinage du fort Del Cinquale;

Oui, parce que les miasmes augmentant d'intensité ont pu s'étendre plus loin que par le passé et rendre de nouveau malsains des lieux qui étaient devenus parfaitement salubres;

Oui, parce que les miasmes devenus plus virulents ont amené des accidents plus graves que par le passé, à en juger par le nombre des accès pernicieux (8 p. 0/0) dans un pays où il n'existait plus que des fièvres bénignes par suite de l'amélioration du sol. D'ailleurs, depuis la même année (1841), nul militaire ne peut séjourner au fort Del Cinquale sans y tomber malade; le soir, il est impossible de stationner dans la batterie, et on est contraint la nuit de clore hermétiquement toutes les fenêtres en raison de l'infection horrible qui vient du côté des rizières; enfin tous les objets en laiton noircissent sous la même influence, et rien de tout cela n'existait avant 1841.

Ainsi donc c'est une erreur capitale de croire que les rizières n'auraient pas l'insalubrité des lieux malsains où on les établit. Y a-t-il encore erreur au point de vue de l'économie sociale à les considérer comme des causes de prospérité?

Mais d'abord si l'agriculture exerce une heureuse influence sur la santé, prolonge la vie, développe et augmente les forces et l'agilité du corps et de l'esprit, ennoblit les sentiments et met à l'abri de cette aptitude incomplète qu'on acquiert dans certaines industries, pourra-t-on dire que les rizières, par les tristes conséquences qu'elles amènent au sein des populations, tendent à la réalisation de ce beau résultat?

Les trouverez-vous préférables à l'industrie manufacturière qui, si elle peut nuire à l'équilibre de la production locale et à la civilisation, ne deviendra jamais une cause de maladies aussi terribles, aussi permanentes, aussi susceptibles de porter au loin leurs ravages?

Les trouverez-vous préférables à l'agriculture proprement dite, laquelle peut prospérer entre les seules mains de ses humbles propriétaires toujours à l'abri de la pauvreté, tandis que les ouvriers employés à la culture du riz ne reçoivent qu'un modique salaire, rétribution invariable et d'ailleurs insuffisante pour les empêcher d'être à tout instant exposés à un dénûment complet?

D'un autre côté, depuis l'établissement des rizières, l'agriculture a perdu une foule de bras qui, en se portant sur les lieux où on cultive le riz, objet d'exportation, ont occasionné par leur déplacement un trouble et une diminution dans les moyens de subsistance générale.

Quant à utiliser les rizières pour combler des terrains simplement humides, on ne ferait que substituer à des atterrissements naturels et inoffensifs une horrible cause d'infection; d'ailleurs la structure des rizières est incompatible avec un tel but. On ne peut davantage songer à établir celles-ci dans un lieu déjà comblé par des atterrissements, car c'est y entraîner, comme ci-dessus, une insalubrité dangereuse, plus dangereuse que celle qu'ils pouvaient offrir antérieurement.

Ainsi les rizières sont partout nuisibles; il est d'un bon gouvernement d'en interdire l'établissement ou la culture dans les États qu'il dirige.

---

vigueur qui lui valurent d'être compté au nombre des attributs du dieu de la médecine?

Du coq d'Esculape à l'œuf entouré des replis d'un serpent que nous offrent certaines médailles comme figure d'Esculape, la transition, bien entendu, n'est que dans les termes, et tout autre est en effet leur signification. On sait quelle fut, chez les Grecs, la faveur et la vogue du système cosmogonique d'Orphée. Suivant Orphée, un chaos éternel, non engendré, existait avant que notre monde ne fût, et ce chaos avait la forme d'un œuf immense. De cet œuf sortit un être qui avait les deux sexes, et ce fut cet être qui devint le principe de tout ce qui existe aujourd'hui. L'œuf était donc, pour les Grecs, le symbole du monde, et ce symbole se retrouve chez plusieurs autres nations. Chose étrange; car on pourrait se demander s'il n'y a pas eu dans un pareil choix comme une inspiration scientifique anticipée, puisque, de nos jours même, la géologie imaginerait difficilement un plus fidèle emblème de ce globe terrestre, qu'elle considère comme constitué, ainsi qu'un œuf, par un liquide central qu'emprisonne une croûte solidifiée. Quoi qu'il en soit, l'œuf, suivant Plutarque, représente l'auteur de la nature, qui produit tout, qui renferme en soi toutes choses. (Sympos., l. 2, quest. 3.) Les Égyptiens nous montrent leur dieu *Kneph*, cause efficiente de l'univers, avec un œuf sortant de sa bouche, ce qui indique que la divinité ayant laissé d'abord la matière dans un immense chaos, la réunit peu à peu sous la forme d'un œuf, et puis, ayant rempli cet œuf de sa vertu, s'en servit pour créer l'univers. (Voy. Jablonski. Panthéon égyptien, l. 1, ch. 2.) Après ce que nous avons dit sur la signification première du serpent, comment douter de la communauté d'origine entre le serpent et l'œuf? Comment ne pas voir dans ce dernier une nouvelle preuve du caractère antique et religieux de notre art, soit que cet œuf figurât l'universalité de ses applications, ou plutôt sans doute sa puissance créatrice?

Si la signification première du serpent fut, comme nous l'avons vu tout à l'heure, méconnue ou même oubliée par les anciens, on comprend aisément qu'il pût en être de même de la signification que nous venons d'assigner à l'œuf d'Esculape. Il y avait d'ailleurs entre cet œuf et ce serpent et certains autres attributs analogues un rapprochement trop naturel pour que le vulgaire des fidèles ne dût pas l'imaginer ou du moins l'accepter généralement. De là cette vieille fable qui, au dire de quelques mythologistes, aurait fait naître le serpent d'Esculape, ou peut être Esculape lui-même, d'un œuf de corneille *ex ovo cornicis* (Voy. Eckel, Doctrina numorum veterum, au chapitre concernant les monnaies de la famille Eppia); de là, suivant Lucien, cette fraude du prestidigitateur Alexandre, qui enferme adroitement un serpent nouveau-né dans un œuf d'oie, et, l'en faisant sortir devant la multitude, s'écrie avec elle qu'Esculape est né en effet, non de Coronis, ni d'une corneille, mais d'une oie. (Voy. Lucien, sur Alexandre.)

Que dirons-nous maintenant du chien qui souvent repose aux pieds de la statue d'Esculape? Un chevrier des environs d'Épidaure, Aristhène, cherchant une de ses chèvres et son chien, trouve, dans un lieu retiré du mont Tisthion, un petit enfant tout resplendissant de lumière, que gardait son chien et que sa chèvre allaitait. Cet enfant était Esculape, que Coronis sa mère était venue cacher en cet endroit. (Voy. Pausan. Corinthie, ch. 26.) De là sans doute le chien dont nous parlons; de là aussi l'usage cité par le même auteur, de ne point immoler de chèvres à Esculape dans son temple d'Épidaure.

CHIRURGIE PRATIQUE.

MÉMOIRE SUR LA RUPTURE DE L'ANKYLOSE ET SUR SA COMBINAISON AVEC DES SECTIONS SOUS-CUTANÉES; par M. BONNET, professeur de clinique chirurgicale à Lyon.

(Suite. — Voir les numéros 21 et 22.)

Traitement consécutif.

Les deux faits que je vais citer se rapportent à deux malades dont j'ai rompu l'ankylose du genou et qui étaient affectés de ces lésions chroniques qu'on désigne sous le nom de tumeurs blanches. Les résultats ont été moins complets que dans les deux observations précédentes, non sous le rapport du redressement, mais sous le rapport du rétablissement des fonctions du membre.

Le traitement consécutif a été fait dans le second de ces cas avec tout l'ensemble des précautions que j'ai recommandées, et qui permet seul d'espérer de bons résultats lorsque le tibia fléchi et ankylosé est luxé en arrière et en dehors, ainsi que mademoiselle K. en offrait un exemple.

TUMEUR BLANCHE DU GENOU DATANT D'UN GRAND NOMBRE D'ANNÉES; ANKYLOSE ANGULAIRE DE NATURE FIBREUSE ENTRE LE TIBIA ET LE FÉMUR; RUPTURE DE L'ANKYLOSE SUIVANT LA MÉTHODE DE M. PALASCIANO; AMÉLIORATION DANS LA DIRECTION DU MEMBRE; PEU DE CHANGEMENTS DANS LES AUTRES ÉLÉMENTS DE LA MALADIE.

OBS. IV. — Claude Gonot, âgé de 22 ans, souffrait depuis douze ans d'une maladie du genou gauche, développée à la suite d'une contusion. La tumeur avait suppuré pendant plusieurs années et des fragments osseux étaient sortis à travers les ouvertures fistuleuses; le genou était resté le siége d'un gonflement douloureux, et avec les intermittences de bien et de mal inhérentes à ce genre d'affection, la maladie s'était graduellement aggravée. Les traitements ordinaires, repos au lit, vésicatoires en grand nombre, frictions résolutives, huile de foie de morue, étaient restés sans effet avantageux.

Lorsque le malade se confia à mes soins, le genou était plié à angle droit sur la cuisse, et à part de légers mouvements qu'on pouvait produire entre le tibia et le fémur, la fixité était complète dans cette position. Aucun mouvement ne s'observait dans la rotule. Indépendamment de la flexion, il y avait abduction et rotation en dehors du tibia, luxation de cet os en arrière et en dehors. Le gonflement était assez considérable pour faire disparaître les enfoncements que l'on remarque sur les côtés du ligament rotulien. La circonférence du genou malade était de 0,385 millim., tandis que celle du côté sain était de 0,335 millim. La marche était très-pénible et accompagnée d'une claudication extrême.

La difficulté que le malade éprouvait à marcher me détermina à l'opérer, malgré le peu d'espérance que j'avais d'obtenir un succès complet. Le 16 août 1847, je fis la section du triceps ainsi que celle des muscles externes du jarret, suivant les principes qui ont été exposés plus haut: il est à noter toutefois que je coupai le biceps et l'aponévrose fémorale externe de dehors en dedans. La flexion forcée de la jambe détacha la rotule de la place qu'elle occupait en dehors du fémur. Le mouvement d'extension pratiqué après la flexion forcée permit de redresser la jambe de manière à ce qu'elle faisait avec la cuisse un angle obtus de 140 degrés. Les craquements qui se produisirent pendant que l'on faisait mouvoir la jambe ne laissèrent aucun doute sur l'existence de l'ulcération des surfaces articulaires. La luxation du tibia en arrière et en dehors n'avait pas été modifiée par le redressement de la jambe; elle était même devenue plus apparente.

Immédiatement après l'opération, le membre fut placé dans la gouttière droite, fig. 3. Les douleurs éprouvées par le malade forcèrent à enlever cet appareil; on se contenta de placer le membre sur des coussins et de couvrir le genou de compresses d'eau fraîche.

Quarante-huit après l'opération, les douleurs avaient cessé, et au bout d'une semaine les piqûres étant cicatrisées le genou avait repris le volume qu'il présentait avant la rupture de l'ankylose.

Immédiatement après l'opération, la peau de la face antérieure de la jambe et celle du dos du pied avaient perdu la sensibilité tactile, et le pied porté dans l'extension ne pouvait être relevé spontanément; les parties ainsi paralysées étaient néanmoins le siége d'une vive souffrance. Il n'était pas douteux que ces symptômes ne fussent le résultat de la lésion du nerf poplité externe. La douleur se dissipa dès la seconde semaine; mais l'abaissement du pied persista indéfiniment. Cet accident me fit abandonner le procédé dans lequel on coupe le biceps de dehors en dedans. Depuis lors, j'ai toujours opéré en faisant la section de dedans en dehors avec les précautions que j'ai indiquées, et le nerf poplité n'a jamais été intéressé.

Quoi qu'il en soit, le malade put se lever et se remettre à marcher douze jours après l'opération. Par suite de l'allongement produit par le redressement du membre, la plante du pied reposait sur le sol, mais l'appui d'une béquille était nécessaire.

Le traitement local consécutif consista dans l'usage d'une gouttière droite où le genou était soumis à des extensions et à des pressions capables de le redresser, ainsi que dans l'emploi d'un appareil destiné à produire les mouvements de flexion et d'extension. Un mois après la première opération, le 14 septembre, j'imprimai de nouveau des mouvements forcés au genou dans le but de rendre de la mobilité à l'articulation. Ces tentatives n'eurent qu'un effet passager; les mouvements du genou ne purent être rétablis.

Après six mois de traitement, les résultats obtenus étaient les suivants: diminution d'un centimètre et demi dans le volume de la tumeur, redressement de 0,50 degrés, allongement du membre de 0,12 centim. Quoique la chute du pied fût un très-grand obstacle à la faculté de la marche, celle-ci s'exécutait beaucoup plus aisément qu'avant l'opération avec l'aide d'une canne seulement.

Je suis loin de présenter cette observation comme un modèle du traitement qu'il faut employer dans des cas semblables; je ferai remarquer seulement qu'elle offre de l'intérêt à plus d'un titre. Elle montre en effet l'innocuité de la rupture de l'ankylose, alors même que celle-ci date d'un grand nombre d'années, et la possibilité d'obtenir ainsi un redressement et un allongement notables du membre. D'un autre côté, c'est un exemple du danger de la section du biceps pratiquée de dehors en dedans, et de l'impossibilité de rétablir les mouvements de la jointure après la rupture de l'ankylose lorsque les surfaces articulaires sont très-profondément altérées.

TUMEUR BLANCHE DU GENOU DROIT DURANT DEPUIS HUIT ANS; ANKYLOSE A ANGLE AIGU ET DE NATURE FIBREUSE ENTRE LE TIBIA ET LE FÉMUR; LUXATION EN ARRIÈRE ET EN DEHORS DU PREMIER DE CES OS; SOUDURE INTIME DE LA ROTULE ET DU FÉMUR; RUPTURE DE L'ANKYLOSE SUIVANT LA MÉTHODE DE M. PALASCIANO; TRAITEMENT CONSÉCUTIF AVEC DES APPAREILS PERFECTIONNÉS; RÉDUCTION PRESQUE COMPLÈTE DE LA LUXATION; GUÉRISON AVEC ANKYLOSE DANS LA POSITION ÉTENDUE.

OBS. V. — Le sujet de cette observation, mademoiselle Marie K..., est une jeune fille de 14 ans, d'un tempérament lymphatique et d'une constitution peu forte. A l'âge de 6 ans, elle fit une chute sur le genou droit, et depuis cette

---

Je n'ai rien dit, en énumérant les attributs d'Esculape, d'un détail qui me paraît en effet d'une valeur secondaire, mais que néanmoins on range quelquefois parmi ceux dont nous parlons. Ce détail, c'est la pomme de pin. « Dans le temple de Sicyone, nous dit Pausanias, Esculape, sans barbe (ce temple, comme nous le verrons, est un des plus anciens), tient d'une main un sceptre, et de l'autre une pomme de pin. » (CORINTHIE, ch. 10.) Si cet attribut ne fut pas emprunté par Esculape au culte de quelque autre divinité, telle que Cybèle ou Vesta, s'il ne fut pas, plus simplement encore, une sorte de représentation de l'*omphalos* de Delphes, dont la forme était en effet analogue à la sienne, ne pourrions-nous pas y voir comme un souvenir de ces bois sacrés qui environnaient les temples d'Esculape, ou un symbole de l'utilité thérapeutique déjà attribuée sans doute aux émanations des bois de sapins et aux produits divers que peuvent nous donner les arbres qui portent la pomme de pin?

Pour terminer cette analyse des accessoires d'Esculape, nous devrions nous occuper d'Hygie et de Télesphore. Mais ces deux personnages, qui souvent figurent isolément, méritent bien une place à part, et avant d'arriver à eux, je crois plus convenable de compléter l'histoire d'Esculape par quelques mots sur une divinité égyptienne bien voisine de celle-ci dans les fonctions qu'on lui prête et dans les détails de son culte, et que j'ai déjà nommée comme l'Esculape égyptien, je veux parler de Serapis.

Nommer Serapis l'Esculape égyptien, c'est tenir plutôt compte de ses attributions pratiques et des cures merveilleuses qui s'opéraient dans ses temples de Memphis, d'Alexandrie, de Canope, et dans ceux de Babylone, de Grèce et de Rome, que de ses titres mythologiques primitifs, qui font de lui un dieu tout autre qu'Esculape. Confondu quelquefois avec le Soleil, et quelquefois aussi avec Pluton, cette trinité de dénominations semblerait déjà lui mériter, mieux qu'à Horus, d'être envisagé comme l'analogue de l'Apollon des Grecs, s'il n'était démontré, par des raisons plus péremptoires encore, que Serapis fut véritablement le Jupiter de l'Égypte. Quoi qu'il en soit, son culte se propagea dans tout le monde hellénique, et à une époque que l'on ne saurait préciser, il s'introduisit à Rome avec le culte d'Isis. En l'année 219 avant notre ère, nous voyons le sénat romain, indigné de cette invasion, ordonner la démolition des chapelles d'Isis et de Serapis, et Paul Émile leur donner le premier coup de hache pour vaincre l'hésitation superstitieuse des ouvriers. Malgré ces rigueurs plus d'une fois renouvelées, la dévotion égyptienne n'en continue pas moins ses progrès. L'an 711 de Rome, les triumvirs relèvent les autels du dieu d'Alexandrie, mais en reléguant ses temples hors des murs, ce qui leur donne pour nous une analogie de plus avec les temples d'Esculape. Tibère persécute violemment les prêtres d'Isis et de Serapis; mais sous Vespasien, qui devait tant à l'Égypte et au prestige dont les oracles de Serapis l'avaient entouré, tout l'empire voit se multiplier les temples des dieux d'Égypte. Ce n'est pourtant que sous les Antonins, vers le milieu du deuxième siècle, que le culte de Serapis est publiquement reconnu à Rome. Il ne comptait pas alors moins de quarante-deux temples en Égypte, et ceux des provinces romaines étaient innombrables, au dire d'Œlius Aristides, prêtre d'Esculape, qui, dans un magnifique éloge de Serapis, soutenait que, tout puissant sur l'homme, ce dieu réunissait en lui seul tous les caractères et toutes les fonctions des dieux suprêmes.

L'idée de cette concentration de tous les autres dieux en un seul dieu avait

époque, cette articulation était le siége d'une douleur et d'un gonflement qui, d'abord peu intenses et intermittents, étaient devenus plus graves et permanents, depuis le commencement de l'année 1846. Cette aggravation pouvait être attribuée autant à l'humidité des appartements habités par la jeune fille, qu'à la marche naturelle de la maladie. A cette époque, mademoiselle Marie K... fut obligée de garder le lit pendant trois mois consécutifs ; elle restait couchée sur le côté droit, et la jambe, fléchie sur la cuisse, reposait sur sa face externe. La maladie fut combattue par les moyens habituels : sangsues, vésicatoires, frictions et cataplasmes calmants et résolutifs. Plus tard, on établit un cautère au côté interne de la cuisse. L'inflammation, ainsi que la douleur et le gonflement du genou diminuèrent, mais la flexion de la jambe sur la cuisse devint de plus en plus prononcée. La malade ne marchait qu'à l'aide de deux béquilles, et le pied droit ne touchait plus le sol.

Dans le commencement d'octobre 1847, lorsque mademoiselle Marie K... fut soumise à mon observation, elle présentait l'état suivant : apparences extérieures du tempérament lymphatique nerveux très-prononcées, santé générale assez bonne, flexion de la jambe sur la cuisse sous un angle aigu de 75 degrés environ, abduction et rotation en dehors du tibia. L'extrémité de cet os est luxée en arrière sur les condyles du fémur ; ceux-ci font une saillie de 3 centimètres en avant. La rotule est déjetée en dehors et ankylosée sur le fémur.

La figure n° 4 donne une idée de la déformation du genou de cette malade, avec cette différence que la flexion de la jambe n'est pas aussi prononcée que celle qui existait au début du traitement.

Les mouvements que l'on peut imprimer au tibia sont à peine appréciables et produisent beaucoup de douleurs. La cavité de l'articulation est le siége d'une fluctuation perceptible surtout au côté interne du ligament rotulien. La forme du genou est considérablement altérée par le déplacement en arrière de l'extrémité supérieure du tibia, mais il existe peu d'engorgement des parties molles.

J'hésitai longtemps à entreprendre un cas aussi difficile ; je fis part de mes craintes aux parents, je leur exposai entre autres choses que le redressement d'une flexion aussi prononcée n'était guère à espérer ; que tous les cas que j'avais vus ou traités jusqu'alors n'étaient pas des flexions à angle aigu comme celle que présentait leur fille ; que, eu égard à la luxation du tibia, il était à craindre qu'après le redressement, cet os ne restât placé en arrière du fémur au lieu de se réunir à lui bout à bout ; et qu'enfin les efforts de redressement pourraient activer la suppuration à laquelle le genou me paraissait disposé.

Quelque fondées que fussent ces craintes, les parents insistèrent pour que l'on tentât tous les moyens qui étaient au pouvoir de l'art ; je me décidai alors, mais je ne le fis qu'après avoir imaginé l'appareil représenté fig. 4, et à l'aide duquel j'espérais prévenir l'aggravation que le redressement simple aurait infailliblement produit dans la luxation du tibia en arrière.

Le 12 octobre 1847, l'opération fut pratiquée en présence de MM. les docteurs Diday, Girin, Garin, Pomiès, Lacour, Teissier, etc.

Je fis la section des tendons du jarret au côté interne et au côté externe, ainsi que celle du crural antérieur, de l'aponévrose externe et des faisceaux antérieur et externe du triceps.

L'opération fut faite avec toutes les précautions que j'ai recommandées dans la description générale. Aucun nerf ni aucun vaisseau important ne furent intéressés.

La flexion de la jambe fut accompagnée, comme toujours, d'un craquement très-rude, elle réussit à merveille à détacher la rotule, et je pus immédiatement écarter assez la jambe de la cuisse, pour que ces deux parties formassent un angle un peu plus ouvert que l'angle droit.

Le membre fut placé dans une gouttière articulée au niveau du genou (fig. 2) et fléchi à angle droit. La malade y resta jusqu'au 26 octobre, c'est à dire quatorze jours. A cette époque, la cicatrisation étant solide et le genou sans aucune trace d'inflammation, je remplaçai la gouttière par l'appareil de redressement qui force la tête du tibia à rouler autour des condyles du fémur (fig. 4).

Sauf quelques interruptions, pendant lesquelles on replaçait le membre dans la gouttière articulée, l'emploi de cet appareil a été continué jusqu'au 20 novembre.

A cette date, nouvelle éthérisation et nouveaux mouvements de flexion et d'extension, à la suite desquels j'obtins un redressement presque complet. L'appareil à tourniquet mobile (fig. 4) étant alors inutile, car il ne peut agir que sur un membre plus ou moins fléchi, j'eus recours à une gouttière droite, dans laquelle une traction était exercée sur la jambe et une pression sur le genou. L'usage de celle-ci fut continué pendant la nuit et une partie du jour jusqu'au commencement de janvier. Sous l'influence de ces moyens successifs, on obtint au bout de trois mois un redressement tel que le pied touchait le sol, dans la station, par ses deux tiers antérieurs, et que le talon n'en était séparé que de 3 centimètres.

Cependant, vers la septième semaine, c'est-à-dire au commencement de décembre, lorsque la malade commença à se lever, les moindres secousses imprimées au genou étaient très-douloureuses, et cette articulation était toujours engorgée. Pour combattre cette vive sensibilité, je fis faire un emploi journalier et graduellement croissant d'un appareil de mouvement destiné à produire la flexion et l'extension. A mesure que l'on en fit usage, la sensibilité du genou et le gonflement diminuèrent chaque jour ; mais la mobilité resta toujours extrêmement restreinte, et ne dépassa jamais 10 ou 12 degrés.

La complication de ce traitement local ne permit pas d'employer d'autre traitement général que l'usage habituel de l'huile de foie de morue.

Le 10 janvier, la malade quitta Lyon après trois mois de traitement ; elle pouvait alors passer d'un appartement dans un autre avec l'aide d'une canne. Les deux tiers antérieurs du pied appuyaient sur le sol pendant la marche, et il y avait à peine trace de la luxation en arrière.

Je lui conseillai : 1° de tenir constamment le genou entouré d'une gouttière en cuir solide, lacée en devant et s'étendant du haut de la cuisse au bas de la jambe ; 2° de marcher chaque jour, autant que possible, en s'aidant d'une béquille ou d'une canne, le membre toujours soutenu par la gouttière ; 3° de faire usage trois fois par jour, et pendant demi-heure à trois quarts d'heure, d'un appareil de mouvement. J'ai lieu de penser que ces prescriptions furent suivies exactement. Quoi qu'il en soit, au mois de mai 1848 c'est-à-dire six mois après l'opération, il se forma un abcès au-dessus de la rotule, lequel se fit jour au dehors par deux ouvertures fistuleuses.

A partir de cette ouverture, l'amélioration fit des progrès graduels et non interrompus. La marche devint de plus en plus facile, et lorsque je vis madem. K..., un an après son opération, le membre était complétement droit ; le pied appuyait sur le sol par toute l'étendue de sa face plantaire ; l'axe de la jambe était seulement un peu en arrière de celui de la cuisse ; les fistules étaient fermées, et le gonflement du genou ne semblait plus persister que dans les os. La mobilité n'était point rétablie, et l'ankylose en position étendue avait été substituée à une ankylose avec flexion à angle aigu. Du reste, depuis plusieurs mois la malade marchait toute la journée dans ses appartements sans aucun appui, et dans la rue, une canne lui était à peine nécessaire. Cette facilité dans la marche a fait depuis chaque jour des progrès, ainsi que l'a constaté M. Diday, qui a suivi la malade avec moi.

Résumé. — Les cinq cas d'ankylose du genou que je viens de faire connaître démontrent tous qu'en suivant la méthode de M. Palasciano, on est sûr d'obtenir le but en vue duquel l'opération est instituée, savoir la rupture des adhérences. Il est difficile de trouver une démonstration plus rigoureuse d'une vue théorique que celle fournie par la pratique en ce qui regarde le rétablissement de la mobilité de la rotule par la flexion de la jambe, après la section des muscles de la partie antérieure de la cuisse. Dans les cinq cas où cette méthode a été mise en usage, quoique les adhérences

---

pris même un tel essor, et les esprits à cette époque étaient dévorés d'une telle soif d'unité religieuse, que l'empereur Adrien, confondant les apparences, écrivait ces mémorables paroles : « Ceux qui adorent Sérapis sont chrétiens et ceux qui se disent évêques du Christ sont consacrés à Sérapis.... Les Égyptiens d'Alexandrie n'ont qu'un dieu auquel rendent hommage les chrétiens, les juifs et toutes les autres nations. » Et pourtant, ajoute à ce propos M. Guigniaut dans le curieux travail sur Sérapis que j'ai déjà cité et auquel je viens d'emprunter les principaux traits du résumé historique qui précède, et pourtant il y avait cette grande différence, que les chrétiens voyaient dans le Verbe fait chair la révélation de la suprême intelligence et l'image vivante de l'unité absolue, tandis que les nations païennes révéraient leur Sérapis Panthée comme l'unité collective du monde, comme l'univers dieu, plutôt que comme le dieu de l'univers, témoin cet oracle attribué à Sérapis par Macrobe : Je suis le dieu que je vais dire : la voûte des cieux est ma tête ; la mer est mon ventre ; sur la terre posent mes pieds, et mes oreilles sont dans les régions éthérées ; mon œil est le brillant flambeau du soleil qui porte au loin ses regards. (Macrobe, SATURN. 1, ch. 20.)

Les détails que je viens de citer m'ont entraîné peut-être un peu loin, mais ils m'ont paru dignement compléter l'histoire des dieux de la médecine. De cette façon nous avons vu notre art, par le serpent qui en est le principal symbole, contemporain des premiers âges du monde, s'y confondant avec les premières notions de la Divinité, par Sérapis, nous le voyons se confondre encore avec ce dieu unique, dernier rêve de la mythologie, transition entre l'Esculape des païens et le Christ, cet autre Esculape, qui devait n'apporter à son tour que des bienfaits sur la terre et y passer en faisant le bien, *transivit benè faciendo*, qui devait y guérir les malades, qui devait, lui aussi, ressusciter les morts, mais sans avoir à craindre pour ce fait les foudres d'un dieu vengeur.

Après ce que j'ai dit sur Sérapis, je ferai observer, comme je l'ai fait plus haut pour Isis, qu'il n'y a donc rien d'étrange que les statues de cette divinité soient aussi nombreuses dans nos collections de statues grecques et romaines. Cependant le musée que nous étudions ne nous en présente que deux (n° 13 et 351) ; mais, comme je le disais pour Apollon, nous vérifierons facilement ailleurs, et dans le musée égyptien par exemple, ce que nous ne rencontrerions point ici.

Les attributs principaux de Sérapis sont : une sorte de boisseau appelé en latin *calathus* ou *modius* qui couronne sa tête, pour exprimer l'abondance que ce dieu pris pour le soleil apporte à tous les hommes, et, quand il est pris pour Pluton, une pique ou un sceptre dans sa main et Cerbère à ses pieds. Quelquefois ce chien à trois têtes est enlacé par les replis d'un serpent. Sérapis est en général représenté avec le menton garni de barbe, et souvent, sauf le boisseau, il a les mêmes formes que Jupiter. Toutes ces particularités trouvent une explication suffisante, je pense, dans les développements auxquels je me suis arrêté. Je reviens maintenant à Hygie et à Telesphore.

Dr FÉLIX ANDRY.

(La fin au prochain numéro.)

---

fussent anciennes et solides, la flexion de la jambe et l'arrachement de la rotule luxée ou non ont toujours été obtenus.

L'innocuité n'a pas été moins constante que la rupture des adhérences; tous les accidents se sont bornés à un gonflement inflammatoire qui s'est prolongé quelques jours à peine. Point de douleurs vives, point de suppuration.

On peut objecter à cette innocuité, que je déclare constante, plusieurs circonstances malheureuses, notées dans trois observations. Ainsi Despinasse (observ I) est mort deux mois après l'opération; mais je rappellerai que la cause de sa mort était tout à fait étrangère à la rupture de l'ankylose, aux sections tendineuses, ainsi qu'à l'articulation elle-même.

Quant à la difficulté du mouvement d'élévation du pied qui a persisté chez Gonod (observ. IV), il faut l'attribuer à une faute commise dans l'opération. La lésion du nerf poplité externe n'est point inhérente à la méthode, et il est facile de l'éviter, tout en faisant une section complète, si, au lieu de couper de dehors en dedans, on procède de dedans en dehors.

Chez mademoiselle K... (observ. V), un abcès froid s'est ouvert au côté interne du genou, six mois après la rupture de l'ankylose. On ne doit tirer de ce fait aucune conclusion défavorable à l'opération. Le pus existait dans le genou avant l'opération, et l'abcès aurait probablement suivi le même cours si la maladie eût été abandonnée à elle-même.

Dans des lésions qui tendent sans cesse à s'aggraver, il faut bien distinguer ce qui appartient à la marche naturelle du mal de ce qui est l'effet du traitement lui-même. Du reste, les résultats observés chez les deux malades par MM. Palasciano et Bouchacourt, dans des conditions favorables sous le rapport de la santé générale et de l'état du genou, dont la maladie se bornait à une position vicieuse, maintenue par des adhérences, les suites, sous tous les rapports, ont été aussi simples qu'on peut l'imaginer.

Si la certitude de rompre les adhérences et celle de ne produire aucun accident fâcheux peuvent encourager à pratiquer la rupture de l'ankylose, suivant la méthode de M. Palasciano, qu'a-t-on lieu d'en attendre: 1° sous le rapport du redressement; 2° du rétablissement de la mobilité; 3° de la guérison définitive?

1° Le redressement a été obtenu dans tous les cas dont l'observation a été citée dans le mémoire, à l'exception du vieillard, chez lequel le manque d'appareils d'abord, et plus tard l'affaiblissement de la santé, empêchèrent de faire le traitement consécutif, sans lequel l'opération doit rester infructueuse.

Dans les quatre autres cas, le redressement a été obtenu d'une manière plus ou moins complète, et certes ces résultats ne sont pas dus à la simplicité des conditions dans lesquelles la rupture a été pratiquée. Les deux malades traités par MM. Palasciano et Bouchacourt m'avaient paru complétement ingnérissables, et il faut toute l'évidence des faits dont j'ai été le témoin pour que j'abandonne l'opinion de l'incurabilité de pareilles ankyloses.

Chez mademoiselle K... (observ. V), les difficultés paraissaient plus insurmontables encore, puisque la flexion était à angle aigu, et qu'elle se compliquait d'une luxation du tibia en arrière et en dehors.

2° Sous le rapport du rétablissement de la mobilité, les résultats peuvent être considérés comme nuls; il y a bien eu conservation de quelques légers mouvements chez les deux malades que j'ai opérés, et qui avaient des maladies chroniques de nature lymphatique, mais ces mouvements étaient sans importance. Je n'en suis pas moins convaincu que j'ai eu raison de me servir chez eux d'un appareil de mouvement; car à mesure qu'ils en faisaient usage, l'engorgement de la jointure diminuait, et surtout celle-ci devenait moins sensible aux pressions et à la marche. Chez les malades de MM. Palasciano et Bouchacourt, la mobilité ne s'est pas rétablie, et je pense qu'on aurait vainement cherché à l'obtenir.

3° Quant à la guérison définitive, voici ce que l'expérience a démontré. Lorsque la difformité constitue toute la lésion du genou, et que la maladie primitive est complétement éteinte, comme dans les observations de MM. Palasciano et Bouchacourt, la guérison complète peut être obtenue; mais si à l'ankylose et à la flexion permanente se joignent des épanchements de matières incomplétement organisées et que la constitution soit détériorée, comme celle de mes deux derniers malades, la rupture de l'ankylose et le redressement consécutif remédient à l'un des éléments de la maladie; ils ne remédient pas à la maladie tout entière. D'autres indications restent à remplir; on ne peut y satisfaire que par des moyens qu'il n'est pas de mon sujet d'indiquer.

(La suite prochainement.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX BELGES.

(Suite.)

V. ANNALES D'OCULISTIQUE.

Les numéros de novembre et décembre 1849 contiennent les travaux originaux suivants: 1° *De l'épreuve des lumières comme moyen de diagnostic de certaines altérations des parties profondes de l'œil;* par M. Max Langenbeck. (Traduit de l'allemand, par M. Binard.) 2° *Recherches cliniques sur l'amaurose comme symptôme de l'albuminurie;* par M. Forget. (Faits confirmatifs de ceux précédemment annoncés par M. Landouzy, et que la GAZ. MÉD. a déjà fait connaître.) 3° *De la cautérisation de la conjonctive scléroticale, dans quelques cas de strabisme paralytique;* par M. Ch. Deval. 4° *Du strabisme droit ou direct;* par M. Lucien Corvisart. 5° *Réflexions sur la thérapeutique des granulations des paupières supérieures;* par M. Van Lil. 5° *Réclamation de M. Hoirion, et réplique de M. Cunier.* 7° *Journal ophthalmologique des trois premières années de ma pratique;* par M. Wengler.

DE LA CAUTÉRISATION DE LA CONJONCTIVE SCLÉROTICALE DANS QUELQUES CAS DE STRABISME PARALYTIQUE; par M. Ch. DEVAL.

Ce procédé, déjà employé par Dieffenbach, est fort peu connu en France; il faut donc savoir gré à M. Deval de nous en avoir enseigné l'efficacité par sa pratique. Voici deux exemples d'un succès dû à cette médication topique, et fort encourageants, comme on va le voir, pour les médecins qui voudraient y avoir recours.

OBS I. — Un tailleur vint consulter M. Deval pour une chute de la paupière supérieure. Il y avait en même temps un strabisme divergent très-prononcé, un peu de mydriase, et de la diplopie. Le globe oculaire ne pouvait être dirigé ni en haut ni en bas. Les mouvements en dehors et ceux en dehors et en bas étaient seuls possibles.

Cette paralysie, qui portait évidemment sur la troisième paire, s'était montrée brusquement après quelques douleurs de tête. Des traitements purgatif, révulsif, mercuriel, antiphlogistique, stimulant local, furent employés sans succès. Cependant, sous l'influence de cautérisations faites au sourcil avec l'ammoniaque, la paupière reprit sa mobilité

Nonobstant cette amélioration, la paralysie du globe oculaire persistait. Alors le 26 novembre (deux mois après le commencement du traitement) M. Deval porta un crayon de nitrate d'argent sur la conjonctive, dans deux points isolés et placés l'un au-dessous de l'autre, sur le trajet du muscle droit interne. Après avoir vivement entraîné le surplus du caustique avec un pinceau, on plongea l'œil dans un vase d'eau froide.

Dès les premiers jours de décembre, les mouvements du globe avaient recouvré une petite partie de leur énergie.

Le 7 décembre, application nouvelle et plus étendue du caustique.

Troisième cautérisation le 15. A cette époque, quand on invitait le malade à regarder en dedans, le limbe de la cornée n'était plus séparé de la caroncule que par une bandelette étroite de sclérotique.

La quatrième cautérisation fut faite le 28 décembre; la cinquième et dernière le 2 janvier.

Le patient fut guéri, sauf la diplopie qui se manifesta encore pendant quelque temps par suite de l'atonie des cordes musculaires.

OBS. II. — Un marinier vint consulter M. Deval, le 5 octobre 1847, pour un strabisme convergent de l'œil gauche. Si on l'invitait à faire rouler l'œil vers la tempe, il y parvenait bien qu'incomplétement; puis la pupille venait de nouveau dépasser du côté du nez le centre de l'écartement interpalpébral.

Cet accident était dû à l'impression d'un vent glacial.

Malgré une saignée et une purgation, la maladie ne diminua pas. On essaya alors des frictions avec le baume de Fioraventi et l'ammoniaque. Ceci ayant encore été sans succès, M. Deval appliqua le procédé précédent: la première cautérisation sur la région du droit externe fut effectuée le 14 octobre, la seconde le 21, la troisième le 27. Le caustique ne produisit rien d'avantageux la première fois; mais à la suite de la seconde application, le malade affirma que sa diplopie avait beaucoup diminué. Comme il ne revint pas depuis la dernière, on ne peut savoir si elle acheva la cure.

Voici les règles pratiques que l'auteur énumère comme devant présider à l'application du caustique dans cette circonstance:

1° Taillé avec soin, le crayon de nitrate d'argent offrira une extrémité bien pointue; l'auteur se sert à cet effet de bâtons déliés de pierre infernale qui ont été coulés dans des lingotières à petit diamètre; il les fixe avec un fil et de la cire d'Espagne, au bout d'une petite plume.

2° C'est pour ne pas avoir une cautérisation diffuse et trop étendue, par

le mélange de la pierre infernale avec le fluide lacrymal, qu'il faut préalablement absterger la plaie qui va être mise en rapport avec le caustique.

3° L'attouchement effectué, enlevez soigneusement le surplus de l'agent corrosif, afin qu'il ne se propage pas au delà des limites qu'on veut lui assigner, et n'engendre pas l'opacité de la cornée, le symblépharon, etc.

4° Il faut avoir en vue la situation exacte du muscle sur la continuité duquel doit porter la cautérisation. Le droit interne se fixe à la sclérotique par un tendon court, quadrilatère, bien circonscrit à 5 ou 6 millim. du bord de la cornée. Plus mince, plus large, plus étalé, plus aponévrotique, le tendon du droit externe s'attache à 8 millimètres environ du limbe kératique.

RÉFLEXIONS SUR LA THÉRAPEUTIQUE DES GRANULATIONS DES PAUPIÈRES SUPÉRIEURES ; par M. VAN LIL.

Le traitement local, la cautérisation par exemple, n'est efficace contre l'ophthalmie granuleuse qu'à la condition expresse que toute la surface malade sera réellement touchée: car si un seul coin échappe on comprend qu'il pourra ensuite reproduire l'affection.

Il est positif néanmoins que, autrefois, on se bornait à agir sur les paupières inférieures seulement. Lorsqu'on sut retourner la paupière supérieure, le traitement devint beaucoup plus complet. Mais ce simple *retournement* avec les doigts est loin de mettre à découvert toute l'étendue de la surface granuleuse; et pour peu que l'on se donne la peine d'y réfléchir, on ne tarde pas à comprendre que de cette manière, la portion tarsienne peut seule, dans la majorité des cas, être atteinte par les agents thérapeutiques.

Pour mieux atteindre ce but, M. Van Lil a confectionné un retourne-paupière au moyen d'un fil d'argent ayant les dimensions d'une aiguille à tricoter ordinaire. En tordant l'une sur l'autre les extrémités libres de ce fil d'argent, on obtient à la partie moyenne une anse que l'on façonne, aplatie transversalement, de manière à lui donner dans ce sens le diamètre d'une pièce de 50 c., et coudée à angle droit, à peu près au point d'union de l'anse et de la tige qui la surmonte et forme en quelque sorte la queue ou le manche de l'instrument.

Voici comment on procède à son application. La paupière supérieure étant retournée au moyen des doigts, comme dans le procédé ordinaire, l'anneau aplati du retourne-paupière est introduit entre le globe oculaire et la paupière maintenue renversée. Par un léger mouvement de bascule imprimé à l'extrémité libre, laquelle est ainsi dirigée vers l'arcade sourcilière, on opère un double renversement de la paupière, que l'on découvre ainsi jusqu'au repli oculo-palpébral: alors apparaissent sur la portion rétrotarsienne des granulations qui, jusque-là, avaient échappé à la vue et à l'action des divers topiques employés, et que désormais il sera facile d'atteindre.

VI. ARCHIVES BELGES DE MÉDECINE MILITAIRE.

(Année 1849.)

DE L'APPLICATION DE L'ÉLECTRICITÉ AU TRAITEMENT DE QUELQUES MALADIES ; par M. STACQUEZ.

Parmi les faits favorables à l'emploi de ce moyen que M. Stacquez a recueillis dans sa pratique, nous avons surtout remarqué le suivant qui joint à l'exemple d'une guérison ordinairement très-difficile à obtenir, l'indication détaillée du mode selon lequel il conviendrait d'agir dans des cas semblables.

OBS. — Un officier, âgé de 35 ans, vint consulter M. Stacquez. Il était impuissant depuis plusieurs années. Les érections étaient extrêmement rares, de très-courte durée et très-incomplètes, au point qu'il lui était impossible de voir une femme. Cet état résultait des suites d'une injection avec la solution très-concentrée de sulfate de zinc. Après avoir inutilement vu essayer et essayé lui-même divers traitements, parmi lesquels figure l'administration longtemps continuée des préparations cantharidées, M. Stacquez considérant cette affection comme une paralysie des nerfs et des muscles qui président à l'érection de la verge, se décida à appliquer l'électricité. Des cautérisations du col de la vessie avaient ramené quelques érections; mais cette amélioration ne fut que momentanée.

Pour réveiller la contractilité des muscles, il fallait des secousses très-fortes. M. Stacquez les détermina : 1° en tirant des étincelles au moyen de boules ayant de 6 à 15 lignes de diamètre; 2° par la décharge de bouteilles de Leyde, en portant une branche d'un excitateur sur l'extrémité inférieure de la colonne vertébrale, et en présentant l'armure interne à la partie antérieure du périnée, vers la racine de la verge.

Par suite de ce traitement, les érections devinrent bientôt plus fréquentes, plus complètes. Quinze jours à peine écoulés, le malade se croyait entièrement guéri. M. Stacquez continua néanmoins la même médication. Enfin, au bout de quarante-deux séances, réparties en deux mois environ, la faculté virile perdue depuis si longtemps était tout à fait recouvrée.

M. Stacquez cite encore le cas d'une dame que l'électricité, appliquée *d'une manière révulsive* sur les extrémités inférieures, guérit d'une affection morale singulière durant depuis plus d'une année. Elle était constamment sous l'impression de terreurs profondes, qui lui rendaient la vie insupportable; effrayée du bruit, *non pas de celui qui se faisait entendre, mais de celui qui allait se faire*. Allait on, par exemple, ouvrir une porte, déplacer un meuble, une chaise, elle se figurait que ce bruit l'affecterait péniblement, la bouleverserait, la tuerait peut-être; elle avouait cependant que jamais ce bruit ne lui avait causé d'impression désagréable.

Un officier a encore été guéri, par des décharges avec la bouteille de Leyde, d'une paralysie des muscles deltoïde, sus-épineux, sous-épineux, qui le privait de l'usage du bras.

M. Stacquez n'applique pas toujours l'électricité de la même manière. Il ne la croit pas non plus appelée à réussir dans tous les cas. Les maladies dont il l'a plus particulièrement et plus rapidement vue triompher sont les paralysies, les migraines, les rhumatismes musculaires, les sciatiques.

OBSERVATION DE FARCIN AIGU CHEZ L'HOMME ; par M. BINARD.

Il s'agit dans ce cas d'une transmission par infection miasmatique; car on s'est assuré qu'il n'existait sur le corps du malade ni plaie ni cicatrice récente qui pût faire croire à la possibilité d'une communication par voie directe.

OBS. — Amont (Jacques), 20 ans, soldat au 1er régiment de cuirassiers, était employé depuis plusieurs mois à l'infirmerie des chevaux jeteurs. Il était malade depuis trois jours, lorsque le 22 février 1848 il fut transporté à l'hôpital de Malines dans l'état suivant :

Douleur très-violente en bas et à gauche de la poitrine; cette région est mate; on y entend un râle crépitant, et en arrière de l'égophonie. Respiration accélérée, comme saccadée et très-pénible. Décubitus sur le côté gauche impossible. Pouls très-fréquent, peau chaude, abattement profond. (Saignée, 20 sangsues *loco dolenti*.)

Le 23, mêmes phénomènes. On réitère la saignée et les sangsues.

Le 24, un peu moins de douleur, mais matité plus étendue et absence du bruit respiratoire. La fièvre n'a pas diminué. (Calomel, 6 décig.; opium, 1 déc., en six paquets.)

Le 25, agitation extrême; tous les symptômes de pleuro-pneumonie offrent une aggravation notable. (Boissons gommeuses.)

Le 27, après une journée d'amendement léger, de vives douleurs éclatent vers le soir dans les membres, surtout au poignet et au genou, qui sont un peu tuméfiés. Insomnie; délire. L'amaigrissement est sensible. (1 décigr. d'extrait d'opium.)

Le 28, les douleurs des membres ont augmenté. Voies respiratoires dans le même état. Réaction fébrile très-vive.

Le 1er mars, fièvre ardente et délire toute la nuit, épistaxis, prostration extrême. (Un peu de bouillon.)

Du 2 au 6 mars, on observe sur les membres des élévations qui peu à peu deviennent fluctuantes. La ponction donne issue à du pus épais, consistant, jaune verdâtre et qui ressemble assez bien au pus farcineux du cheval. (Potion avec le quinquina et l'éther; limonade vineuse.)

M. Bocrar, vétérinaire de première classe, invité à visiter le malade, reconnaît positivement une affection farcineuse. Il inocule de ce pus à un cheval non jeteur; et cette opération produit chez celui-ci une corde farcineuse bien caractérisée.

Les symptômes ataxo-adynamiques font de rapides progrès. Amont meurt le 10 mars vers midi, après avoir présenté tous les symptômes de l'infection purulente.

AUTOPSIE. Cadavre très-émacié; tumeurs fluctuantes assez nombreuses, situées sur les membres dans le sens de l'extension et à la partie supérieure de la poitrine; elles contiennent un pus épais, semblable à celui des dépôts des chevaux farcineux.

Sérosité purulente assez abondante dans la plèvre gauche. Cette membrane a subi une telle altération qu'elle est devenue méconnaissable. Tout le poumon gauche est parsemé à sa surface de petites collections purulentes qui y font de légères saillies, et présente dans sa texture les altérations de la pneumonie aux 2e et 3e degrés.

Cœur décoloré, mou, se laissant facilement déchirer.

Le foie est très-gros, gorgé de sang et ramolli. Rate très-friable. Ganglions mésentériques plus volumineux qu'à l'état normal. Tous les autres organes sont sains.

Cet exemple est on ne peut plus propre à recommander puissamment les mesures prophylactiques que l'auteur conseille de prendre dans les régiments d'artillerie et de la cavalerie. Elles consisteraient :

1° A ne jamais permettre que les cavaliers employés à l'infirmerie des

chevaux jeteurs y fassent un séjour trop prolongé; veiller surtout rigoureusement à ce qu'ils n'y conchent jamais;

2° A ne placer dans une écurie qu'un nombre très-restreint de chevaux jeteurs, y rendre la ventilation et l'aération beaucoup plus complètes que dans toute autre écurie;

3° A procéder de temps en temps à la désinfection de l'air des écuries habitées par les chevaux jeteurs.

VII. PRESSE MÉDICALE.

(Année 1849.)

NOTE SUR LA RÉFRIGÉRATION DES MEMBRES SOUMIS A L'APPAREIL AMIDONNÉ PRODUITE PAR LA DESSICCATION DE CET APPAREIL; par M. DELVAUX.

Ce phénomène, non encore étudié par ceux qui se sont occupés de l'appareil amidonné, constitue, selon M. Delvaux, un nouvel avantage inhérent à sa composition. C'est là, d'après ses observations, une propriété antiphlogistique qui lui appartient en propre, et que nul autre bandage ne peut réaliser. Voici comment les choses se passent, si l'on s'en rapporte au récit de malades intelligents qui ont eu l'appareil et ont soigneusement apprécié ses effets.

Le bandage vient d'être appliqué; les extrémités laissées à découvert (les doigts, les orteils) deviennent brûlantes. Peu à peu la chaleur diminue aux extrémités; et quand la dessiccation est commencée, les malades accusent une sensation de froid dans toutes les parties du membre comprises dans l'appareil; la chaleur des doigts ou des orteils diminue de plus en plus. Voilà ce qui se passe jusqu'à dessiccation complète. Alors une douce chaleur se répand dans le membre et dans ses extrémités, sans que se produise d'éthérisme inflammatoire que le refroidissement avait fait tomber.

On pourrait croire que le froid est ici causé par une trop grande compression exercée sur les tissus. Mais ce qui prouve qu'il n'en est pas ainsi, c'est que dans les cas dont il s'agit le ruban *compressimètre* se mouvait librement, et que d'ailleurs la sensation de froid n'existait plus après la dessiccation, c'est-à-dire après que le membre avait cessé de fournir du calorique au liquide à évaporer.

De ces notions, M. Delvaux croit pouvoir tirer les conclusions thérapeutiques suivantes:

1° Le bandage amidonné doit être soumis à une dessiccation spontanée.

2° La dessiccation provoquée hâtivement est irrationnelle, puisque, par ce fait, en communiquant au bandage du calorique extérieur, les pièces de l'appareil ne soutireront pas ce calorique au membre qu'elles recouvrent.

3° La dessiccation lente de l'amidon, loin d'être un défaut, est une vertu, que ne possède pas la dextrine, sa cadette, qui se solidifie plus vite.

— Ces conclusions méritent évidemment le reproche de dépasser leurs prémisses. Si la propriété réfrigérante était l'unique ou même la principale de celles qu'on demande au bandage amovible, nul doute que, à ce point de vue restreint, la lente dessiccation spontanée ne fût préférable. Mais il n'en est point ainsi. Le but d'un bandage de fracture est surtout de contenir. Or celui-ci ne devient réellement et efficacement contentif qu'à partir du moment où sa dessiccation est complète. (C'est ce que nous pensons avoir établi (GAZ. MÉD., 1849, p. 134, malgré la réponse, ce nous semble volontairement un peu confuse, de la PRESSE MÉDICALE.) Si donc vous avez hâte de contenir, hâtez-vous de dessécher. La réfrigération antiphlogistique dont il s'agit ici ne serait certes point à dédaigner. Malheureusement elle ne peut s'obtenir sans la compensation fâcheuse d'une mollesse trop prolongée du bandage. D'ailleurs les fractures traitées par le bandage de Scultet et les attelles de bois ne guérissent-elles pas également bien sans le secours de ce refroidissement?

SUPPURATION DIFFUSE DE L'ARACHNOÏDE; TRÉPANATION; MORT; par M. BURGGRAEVE.

Cette observation, recueillie à la clinique chirurgicale de l'Université de Gand, prouve une fois de plus combien l'ouverture que fait le trépan est impuissante pour évacuer ou pour laisser sortir spontanément la sécrétion purulente étalée en couche demi-solide à la surface de l'arachnoïde.

OBS. — Un homme fut apporté à l'hôpital, ivre et blessé; il venait de recevoir sur la tête un coup de barre de fer. Une branche de l'artère temporale, ouverte, saigna beaucoup, de manière à dispenser d'émission sanguine.

Pendant les jours qui suivirent, le blessé n'accusa qu'un léger embarras dans la tête, notamment au-dessus des yeux, qui étaient lourds. Le regard était hébété. Plaie de bonne nature; suppuration louable et peu abondante. Le frontal était à nu. (Tous les deux jours, un purgatif salin.)

Au neuvième jour, il survint de la fièvre par accès, avec transpirations diffuses abondantes, injection de la face et des yeux, lenteur dans la manifestation des facultés intellectuelles.

Dans la nuit du neuvième au dixième jour, il y eut un accès de délire. Le lendemain, abattement; les bords de la plaie sont entr'ouverts et laissent écouler une suppuration sanieuse. Érysipèle du front et des paupières; pouls accéléré et dur. (Saignée du bras.)

Aggravation des symptômes jusqu'au onzième jour. (Nouvelle saignée; vésicatoire à la nuque; calomel à l'intérieur.)

Le douzième jour, catalepsie de la moitié droite du corps; paralysie de la paupière supérieure gauche; déviation de la langue à droite; coma commençant.

On applique une couronne de trépan sur le lieu même de la contusion, offrant une squamule de la table externe déjà en voie de séquestration. Le crane ayant été ouvert, on ne trouva la dure-mère ni décollée ni en suppuration. Une incision cruciale laissa voir à nu un léger degré d'épaississement de l'arachnoïde, sans pus. Il s'écoula un peu de sérosité, mais sans soulagement pour le malade, qui mourut le lendemain.

AUTOPSIE. — Le trépan avait déjà permis de reconnaître que la squamme ne dépassait pas la table externe de l'os. La dure-mère était intacte. La séreuse, autour de l'hémisphère gauche du cerveau, était épaissie et couverte, tant sur le feuillet viscéral que sur le pariétal, d'une suppuration diffuse, plastique et adhérente à la face libre de ces feuillets, excepté à l'endroit où le coup avait porté. Là il n'existait pas de pus; on a vu qu'il ne s'en écoula pas après l'ouverture de la dure-mère. La même chose eut lieu sur le cadavre; car il fallut que cette dernière membrane fût incisée au delà du débridement fait pendant la vie pour découvrir la suppuration. L'arachnoïde du côté opposé était également épaissie, et avait commencé à suppurer autour du lobe antérieur de l'hémisphère droit. Les circonvolutions cérébrales étaient comprimées et presque entièrement effacées.

(La fin au numéro prochain.)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

PÉTITION DES MÉDECINS DE L'ILE DE LA RÉUNION, A L'ASSEMBLÉE LÉGISLATIVE DE FRANCE.

Citoyens représentants,

Les médecins soussignés, tant en leur nom qu'au nom de tous leurs confrères des diverses communes de l'île de la Réunion, réclament de votre justice éclairée la promulgation, dans les colonies, de la loi qui a exempté de la patente tous les médecins français.

Depuis 1844, la chambre des députés a exonéré de tout impôt l'exercice de la profession médicale. Nulle exception défavorable aux médecins des colonies n'a été et ne pouvait être formulée dans cette loi, et conséquemment nous sommes fondés à en réclamer le bénéfice, qui ne saurait être contesté, et dont pourtant nous sommes privés jusqu'à ce jour.

A l'époque de l'établissement de la patente des médecins à l'île de la Réunion, le motif qui a surtout déterminé les conseils de la colonie, c'était l'impôt que payaient les médecins de la métropole. Il était juste dès lors que l'assimilation qui a fait créer à notre préjudice l'impôt énorme de 480 fr. par an, nous en fît exempter dès que les médecins de la métropole n'étaient plus soumis à la patente. Aussi, dès 1846, le *conseil colonial*, faisant droit à nos réclamations, a-t-il fait dans ce sens un décret envoyé alors à la sanction royale: aussi M. Orfila, *président de l'Association des médecins de Paris*, chargé de faire valoir nos droits auprès du ministère, nous faisait-il savoir, le 2 octobre 1847, que justice nous serait prochainement rendue, et que les médecins français ne sauraient être longtemps encore mis hors la loi.

En 1848, M. Graëb, alors gouverneur de notre colonie, touché d'une protestation des médecins de Saint-Denis contre le maintien de la patente et contre les poursuites exercées contre plusieurs confrères, faisait suspendre toutes mesures de rigueur jusqu'à ce qu'il fût statué par les pouvoirs compétents qu'il devait saisir de notre juste demande.

Plus récemment, en 1849, M. le commissaire général Sarda-Garriga, reconnaissant que les médecins français de la Réunion comme ceux de la métropole devaient être exonérés par la loi de 1844, s'est chargé de transmettre et d'appuyer notre demande en abolition de la patente.....

Cependant, nous sommes toujours sous la main du fisc; plusieurs médecins ont été poursuivis pour le payement de la patente, quand déjà depuis près de six ans *tous* les médecins français sont exemptés de cet impôt exceptionnel.

Les colonies sont maintenant des départements français, et ne sauraient

plus être régies par des lois particulières que pour leurs besoins particuliers; mais dans toutes les questions d'intérêt général, qui sont ici les mêmes que dans la métropole, nous réclamons le bénéfice des lois de la France, dont rien ne nous sépare plus désormais que les mers.

La position du médecin dans la société est la même aux colonies qu'en France : les mêmes motifs qui ont fait dégrever de la patente les médecins de la métropole existent pour les médecins de la Réunion : les mêmes garanties sont exigées pour l'exercice de la profession ; les études ont été les mêmes; seulement, pour beaucoup d'entre nous, elles ont nécessité une longue absence et des sacrifices considérables. Si donc une exception devait être faite, loin de nous être défavorable, elle devrait, au contraire, nous avantager, surtout dans ces temps de transformation coloniale qui a ait, pour un temps du moins, tant de prolétaires dans les colonies, et qui, pour longtemps encore, laissera dans la gêne la grande majorité des colons.

Les hôpitaux et hospices civils ne sont pas encore convenablement organisés dans notre île; il n'y a encore qu'un seul hospice au chef lieu, susceptible de recevoir un petit nombre de malades, et pourtant les malheureux, si nombreux aujourd'hui dans notre pays, reçoivent des médecins civils tous les secours réclamés par leur état. C'est là le cahier des charges de notre profession, et nous l'acceptons sans nous en plaindre; mais c'est là aussi le seul impôt professionnel que nous devions payer à la société. Contre celui-là nous ne réclamerons jamais.

Signé : Bernier, Blanchard, Chabrier, Clément, Dussac, C. Legras, Leroux, L. Lesiner, Lhermite, Obmières, H. Ste-Colombe.

(Les signataires ci-dessus sont celles des médecins de Saint-Denis qui ont écrit au nom des médecins de toute la colonie.)

Saint-Denis, île de la Réunion, novembre 1849.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

ADDITION A LA SÉANCE DU 3 JUIN.

RAPPORT SUR LES RACES NÈGRES DE L'AFRIQUE ORIENTALE AU SUD DE L'ÉQUATEUR, observées par M. DE FROBERVILLE.

(Commissaires : MM. Flourens, Duperrey, Serres, rapporteur.)

La réhabilitation morale de la race nègre est un des traits distinctifs du dix-neuvième siècle. La cessation de l'indigne trafic de cette race en a été la conséquence. Néanmoins, malgré le concours si philanthropique de la religion, de la philosophie et des gouvernements pour obtenir et maintenir ce résultat, il est encore des esprits qui me tent en doute son efficacité, fondés sur la dégradation physique dans laquelle ils supposent qu'est tombé à jamais ce grand rameau de l'espèce humaine.

Dans cet état des choses, la science pourrait donc prêter un concours puissant à la morale publique si, d'une part, elle parvenait à établir que, dans ses dégradations extrêmes, la race nègre reste toujours circonscrite dans les limites dévolues exclusivement à l'homme; et si elle démontrait, d'autre part que, dans son développement, elle s'élève dans plusieurs de ses branches jusqu'aux caractères typiques de la race caucasique.

Ce double but est l'objet d'une partie des efforts de l'anthropologie et de l'ethnologie. Les méthodes sévères qui, dans leurs investigations, dirigent ces deux branches de la science de l'homme, nous en rapprochent de jour en jour, à mesure que l'esprit d'analyse et d'observation pénètre plus avant dans ce sujet hérissé de difficultés et de préventions.

Il est à remarquer que, comme la géologie, l'anthropologie et l'ethnographie font l'histoire des temps passés. Leurs procédés, si divers en apparence, sont au fond les mêmes. L'une, l'anthropologie, exclusivement occupée du physique de l'homme, s'attache à la détermination des caractères anatomiques qui distinguent les races les unes des autres. Elle recherche les causes de leurs modifications, soit dans leur croisement, soit dans leur filiation, soit enfin dans l'influence que les agents extérieurs exercent sur l'organisation humaine à mesure de la dissémination de l'homme sur la surface du globe. L'autre, l'ethnographie, opérant plus spécialement sur le développement du moral de l'homme, en décompose le langage dans les diverses races humaines pour en comparer les éléments. A l'aide de cette anatomie comparée d'une espèce nouvelle, elle parvient à établir sur des bases positives l'origine et la parenté des langues, leur développement selon les âges des races, leur décrépitude, leur mort, et enfin leur transformation dans des langues nouvelles, qui, bien que diverses, se rattachent toutes à des souches communes.

Le mélange et le croisement des langues, les emprunts qu'elles se font mutuellement, les permutations que ces emprunts opèrent dans la composition des mots, rappellent et répètent, jusqu'à un certain point, le mélange et le croisement des caractères physiques des races, ainsi que les permutations qui surviennent dans leurs traits, dans leurs habitudes et leurs mœurs.

Il suit de là que si l'on peut, à l'aide des caractères physiques, reconnaître la transformation des races les unes dans les autres, on le peut également à l'aide des caractères moraux dont la translusion des langues nous a conservé et transmis l'empreinte.

L'analogie des procédés de ces deux branches de nos études se répète même jusque dans leurs écarts.

En général, quand on s'aperçoit, en anthropologie, qu'il existe des rapports entre deux races, on commence toujours par supposer que l'une dérive de l'autre, au lieu d'admettre, ce qui est plus vraisemblable, qu'elles ont l'une et l'autre une source commune. Il en est de même en ethnologie pour les différents dialectes; de la ressemblance de quelques mots, on conclut de suite à leur filiation directe, au lieu de rechercher leur parenté commune et primitive.

De ce vice dans la méthode analytique et comparative sont sorties les dissidences si regrettables sur l'unité ou la pluralité des espèces d'hommes, sur l'unité ou la pluralité de leurs foyers primitifs; dissidences qui, en définitive, aboutissent à établir l'unité ou la pluralité des centres de création du genre humain.

Et, au contraire, quand, à la filiation directe, on substitue dans la transformation des races et des langues la recherche de leur parenté, on arrive, au travers même de leurs différences, à reconnaître leur unité de souche, leur unité de rayonnement, et, par conséquent, leur unité de centre de création. C'est le terme commun vers lequel se dirigent, par des routes si différentes, et en apparences si opposées, l'anthropologie d'une part, et l'ethnologie de l'autre.

Ces deux branches de nos études doivent donc se prêter un concours mutuel. Non-seulement elles doivent s'appuyer et s'éclairer l'une par l'autre, mais de plus, quand on rapproche les recherches des anthropologistes modernes, des travaux si remarquables des ethnologistes de nos jours, on acquiert la conviction que c'est par leur union intime que l'on éclairera beaucoup les questions d'origine, de dispersion, de filiation et de croisement des races, qui intéressent à un si haut degré la généalogie et l'histoire du genre humain.

Ainsi, il arrive quelquefois que la continuité des caractères physiques se trouve tout à coup interrompue, et alors la ressemblance des langues la rétablit ; tandis qu'ailleurs la solution de continuité des langues est reconstituée par la ressemblance des caractères physiques.

Par ce balancement alternatif des caractères physiques et moraux, on retrouve ainsi des anneaux égarés dans la vaste chaîne de l'espèce humaine.

Ces observations, que nous ne pouvons qu'énoncer en passant, nous sont suggérées à l'occasion d'un travail anthropologique et ethnologique tout à la fois présenté par M. de Froberville, et sur la valeur duquel M. le ministre de l'instruction publique désire connaître l'opinion de l'Académie; ce travail, renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Flourens, Duperrey et moi, a pour objet l'étude et la détermination des nègres de l'Afrique orientale.

La partie anthropologique étant seule du ressort de l'Académie des sciences, ce sera celle qui nous occupera plus spécialement dans ce rapport.

Et d'abord, M. de Froberville fait observer, en commençant, que c'est d'après les invitations réitérées de l'Académie que les voyageurs se sont occupés des races humaines répandues dans les contrées qu'ils visitaient; et il ajoute, avec raison, « que l'on voit grandir de jour en jour l'intérêt qui s'attache à la » science naissante dont l'objet est de faire connaître les diverses variétés du » genre humain. »

Cet intérêt est accru encore par les moyens indiqués par l'Académie et le Muséum, pour donner aux observations faites par les voyageurs le caractère de fixité qui permet d'en contrôler les résultats.

Parmi ces moyens, le plus important consiste à prendre sur nature le moule en plâtre des types que l'on veut conserver.

Nulle description, nul dessin, nulle peinture même ne peut exprimer, avec autant de précision et de netteté, les diverses nuances qui distinguent les hommes les uns des autres, et seul il peut les exprimer, dégagées des vues préconçues qui souvent, malgré nous, se mêlent à nos observations.

Quoique l'efficacité de ce moyen ait déjà été éprouvée, sa supériorité est particulièrement mise en évidence par les soixante bustes des types nègres de l'Afrique orientale dont M. de Froberville a exécuté le moulage.

Peu de contrées du globe offrent pour l'anthropologie un intérêt supérieur à celui de la région orientale de l'Afrique, située entre l'équateur et les environs de la baie Delagoa.

Les notions physiques sur l'homme qui habite ce pays, que la barbarie rend encore inaccessible aux Européens, sont si confuses, que M. de Froberville a rendu un service véritable à la science, en en faisant le sujet spécial de ses études.

C'est à l'île Bourbon et à l'île Maurice, au milieu d'une population presque entièrement composée d'Africains, que M. de Froberville a fait ses observations sur la race nègre, en désignant sous la dénomination d'*Ostro-Nègres* les populations comprises dans les limites ci-dessus indiquées.

Personne n'ignore que la détermination des types humains est le point le plus difficile de l'anthropologie; personne n'ignore que si, en zoologie, un seul caractère suffit quelquefois pour distinguer une espèce de celle qui l'avoisine, en anthropologie la détermination des variétés humaines ne peut être établie que d'après l'ensemble des caractères : d'où il suit que si, en zoologie, un seul individu suffit le plus souvent pour établir une espèce, en anthropologie ce n'est

que d'après l'observation et la comparaison d'un grand nombre d'individus qu'on peut exprimer l'ensemble des caractères qui distinguent les unes des autres les variétés de l'espèce humaine.

Nos déterminations reposent donc sur des moyennes d'observations. En d'autres termes, si le principe différentiel est la base fondamentale de la détermination en zoologie, en anthropologie, à ce principe doit s'adjoindre constamment le principe des analogies.

Ce dernier principe est celui qui a dirigé plus particulièrement M. de Froberville dans la distinction qu'il a établie parmi les nègres de l'Afrique orientale, en prenant son terme de comparaison dans les populations limitrophes aux *Ostro-Nègres*.

Ainsi il établit un premier groupe qui offre de l'analogie avec la race guinéenne, limitrophes Ostro-Nègres à l'ouest; un second, dont les caractères se lient aux Cafres-Béchuanes, limitrophes au sud; et un troisième groupe, dont les caractères rappellent ceux de la race nègre de l'Océanie, lequel, comme on le voit, rompt complétement les rapports géographiques des deux premiers.

Avant de passer outre, nous dirons que les bustes moulés par M. de Froberville justifient pleinement ces distinctions et ces rapports; de telle sorte qu'un observateur exercé dans les études anthropologiques peut non-seulement en apprécier la justesse, mais qu'il peut de plus saisir la filiation ou la transformation des caractères des uns des autres.

C'est un des plus beaux résultats fournis par ce procédé de représentation des types humains.

On conçoit, ainsi que le fait observer M. de Froberville, que le voisinage explique la ressemblance qui existe entre les deux premiers groupes et les races qui leur sont contiguës. Quant à la ressemblance du troisième avec les habitants de l'Océanie, nulle explication n'est présentement possible; car si, malgré l'éloignement de ces deux contrées, des migrations se sont effectuées de l'Afrique orientale dans l'Océanie ou de celle-ci dans l'Afrique, la barbarie des deux contrées n'en a conservé aucune trace.

Néanmoins la ressemblance du type océanien avec le type africain est trop frappante pour ne pas chercher, par tous les moyens que possède la science, à en établir, s'il est possible, la filiation. Il nous semble même que c'est dans des problèmes de cette nature que l'association de l'ethnologie et de l'anthropologie peut surtout devenir utile. Or nous savons déjà qu'en Afrique, de même que dans l'Océanie, les dialectes sont très-divers et très-nombreux. Les beaux travaux de M. Guillaume de Humboldt nous ont appris de plus que les idiomes océaniens peuvent se ranger en cinq grands rameaux, lesquels correspondent à autant de variétés de races.

Enfin, d'après les recherches de Forster et de M. Dumont d'Urville, il paraît que tous ces idiomes dérivent d'une langue primitive aujourd'hui perdue. Dans les débris de cette langue perdue en Océanie, ne pourrait-on pas trouver des radicaux analogues à ceux des idiomes africains? En appliquant de plus aux dialectes de ces deux contrées les lois de la philologie comparée, si bien exposées par Grimm, Bopp, Dietz, Abel Rémusat, Burnouf et Ampère fils, ne pourrait-on pas trouver dans la linguistique le trait d'union des races de l'Océanie et de l'Afrique? Nous soumettons cette observation à M. de Froberville, en l'engageant à consulter à ce sujet le Vocabulaire si intéressant des îles Marquises, que M. le docteur Lebastard, chirurgien de la marine, a communiqué à l'Académie. Personne mieux que notre voyageur n'est en mesure d'exécuter ce travail, car on sait que nous lui devons les preuves du fait ethnologique si important, savoir: « que les idiomes qui se parlent dans l'Afrique australe appartiennent tous à une même famille. » Au reste, c'est ici un exemple du concours que peuvent se prêter l'anthropologie et l'ethnologie; car on voit que si la parenté des Ostro-Nègres avec les Océaniens s'est brusquement interrompue par l'absence complète des notions philologiques, elle se trouve au contraire parfaitement renouée par la ressemblance des caractères anthropologiques.

C'est la répétition de ce qu'on observe en Chine.

Ainsi la lacune qui existe entre le chinois et les langues touraniennes est énorme; néanmoins la conformité physique entre le peuple chinois et les races de la haute Asie est si évidente que personne n'a jamais songé à leur assigner une autre origine.

Nous sommes conduits, par ces remarques, à l'appréciation de la valeur du caractère anthropologique d'après lequel M. de Froberville a établi les coupes des Ostro-Nègres. Ce caractère est celui du prognatisme de la face, dont l'harmonie commande les dispositions principales du crâne et de l'encéphale. L'un de nous (M. Serres) a déjà fait sentir toute l'importance de ce caractère, dans le rapport sur le dernier voyage de *l'Astrolabe* et de *la Zélée*, ainsi que dans les instructions données à M. Bory de Saint-Vincent pour la commission scientifique de l'Algérie.

Cette importance a sa source dans le mécanisme même par lequel se produit ce prognatisme, dans l'ostéologie comparée du crâne de l'homme.

Dans la céphalogenie humaine, non-seulement toutes les parties de la tête s'obligent et commandent réciproquement, mais de plus toutes se subordonnent à une pièce centrale qui leur sert de pivot, et en quelque sorte de régulateur; cette pièce centrale est le sphénoïde. De la partie inférieure de cet os s'élèvent deux apophyses volumineuses, contre lesquelles viennent s'arc-bouter les deux maxillaires supérieurs; il suit de là que ces deux os fondamentaux de la face suivent rigoureusement et nécessairement toutes les inclinaisons des apophyses ptérigoïdes: ils se portent en avant quand les apophyses se dirigent dans ce sens (angle facial inférieur postérieur), ou bien ils rentrent en arrière et se rapprochent de la direction verticale lorsque les apophyses deviennent perpendiculaires.

Ce mouvement de bascule du sphénoïde, dont celui de la face et celui du crâne ne sont que l'expression, se remarque particulièrement dans la céphalotomie du nègre. Plus la direction des apophyses est oblique en avant, plus les maxillaires supérieurs se projettent dans ce sens; moins, au contraire, les apophyses sont obliques, moins aussi les maxillaires et la face sont prognates. L'angle que font ces apophyses avec le corps du sphénoïde donne ainsi naissance à un angle facial naturel, dont le degré d'ouverture donne la mesure du projettement de la face en avant et du crâne en arrière, non-seulement chez l'homme, mais chez les mammifères.

En comparant les bustes moulés par M. de Froberville aux crânes qui leur correspondent dans la galerie anthropologique du Muséum, nous avons pu constater la concordance de ce rapport et ajouter un terme de plus aux observations physiologiques très-intéressantes faites par l'auteur sur les Ostro-Nègres.

Ce qui précède confirme l'opinion déjà acquise que les races nègres de l'Afrique orientale sont d'une origine mélangée, de même que celles qui habitent la région occidentale; mais, de plus, M. Froberville trouve, chez les Ostro-Nègres, « une race à *nez* saillant et *recourbé*, à lèvres peu épaisses, à face peu prognate et qu'il nomme *métis-sémitique*. »

La présence de ces caractères si supérieurs, sous le rapport esthétique et anthropologique, à ceux de la masse de la population ostro-nègre, a cela de remarquable que le type sémitique métis est disséminé d'une manière à peu près égale chez toutes les tribus de l'Afrique orientale au sud de l'équateur, « de sorte que, dit M. de Froberville, les métis du lac Niassa offrent le même degré de mélange que ceux de la Cafrerie ou des pays voisins de Quiloa. » D'après cette distribution géographique, d'après l'absence de toute distinction de caste, d'idiome, de croyances et de coutumes entre les individus qui présentent les caractères sémitiques, et ceux chez lesquels la forme nègre a conservé sa pureté primitive, M. de Froberville conclut que le croisement de race qui l'a produit s'est effectué très-anciennement, et que le foyer d'où il rayonnait s'est éteint depuis longtemps.

Ce point établi, M. de Froberville s'attache à déterminer de quel rameau sémitique ont pu provenir les métis si uniformément répandus dans l'Afrique orientale.

Quoique la solution de ce problème ethnologique ne soit pas du ressort de l'Académie des sciences, nous dirons cependant que par des considérations géographiques et d'histoire ancienne très-approfondies, que par des légendes cosmogoniques qu'il a recueillies avec beaucoup de soin des Ostro-Nègres, et qui concordent parfaitement avec la Genèse; que surtout d'après quelques traits de mœurs qui se rattachent aux coutumes des peuples syro-chaldéens, et les traces multipliées du culte de Moloc qu'il a trouvées répandues parmi les Ostro-Nègres, M. de Froberville s'arrête à l'idée que les sémitiques de l'Afrique orientale proviennent d'un croisement des Phéniciens avec les nègres primitifs de cette contrée.

Une détermination si précise trouvera peut-être de l'opposition parmi les ethnologistes, opposition fondée particulièrement sur ce que l'origine des Phéniciens elle-même n'est pas encore rigoureusement établie; mais ce qui n'en trouvera pas, nous le pensons du moins, c'est le rapport de parenté qui existe entre ces Ostro-Nègres et les rameaux sémitiques de la race caucasique.

Ce rapport, qui ressort avec une certaine évidence de l'examen des bustes moulés par M. de Froberville, est si important, que nous croyons devoir inviter l'auteur à le rapprocher des données plus précises encore que l'on trouve chez certaines tribus des nègres de l'Afrique occidentale; celle des Nagas particulièrement, qui, par leurs caractères physiques, rappellent les Papuas de l'Océan indien, et qui non-seulement pratiquent la circoncision comme les Cafres, mais qui offrent de plus dans leur dialecte une foule de mots hébreux ou sémitiques. Au reste, le type sémitique paraît répandu sur toute la surface du continent africain; car, en réponse à cette question qui avait été recommandée par l'Institut à la commission scientifique de l'Algérie, M. Bory de Saint-Vincent a fait peindre des nègres qui, selon son expression, seraient des blancs, si l'on pouvait dénoircir leur enveloppe cutanée. Ce fut même la vue de ces nègres caucasiques qui, d'une part, lui fit délaisser sa classification vestimentale des races, et qui, de l'autre, le porta, dans ses nouvelles divisions humaines, à se rapprocher du récit contenu dans le dixième chapitre de la Genèse.

Indépendamment de sa valeur ethnologique, le fait de la dissémination d'un type nègre, se rapprochant du type sémitique dans l'Afrique orientale, a une portée non moins utile pour l'anthropologie, s'il est exact, ainsi que l'un de nous (M. Serres) croit l'avoir établi: « que chaque race humaine renferme en elle-même le germe des types des autres races. »

Quoi qu'il en soit, la réhabilitation physique de la race nègre est le résultat le plus saillant qui ressort naturellement du rapprochement et de la comparaison des types moulés par M. de Froberville.

Nous regrettons que sa modestie l'ait empêché d'en donner lui-même la filiation, en partant des types les plus abaissés pour en suivre le perfectionnement jusqu'au type sémitique; nous le regrettons d'autant plus que, guidé par la méthode analogique, M. de Froberville a été conduit, par ses nombreuses observations, à une conclusion qu'il exprime ainsi qu'il suit: « Plus on étudie sous un point de vue d'ensemble les races *congo-guinéennes*, *cafro béchuanes* et *ostro-nègres*, plus l'unité d'origine de l'homme s'y dégage et se constitue scientifiquement. » Conclusion d'autant plus remarquable chez un voyageur qui a vu un si grand nombre de nègres, et de variétés si diverses, qu'elle est juste l'inverse de celle où ont été conduits lord Kaimes, Monboddo et Moscati, en insistant trop sur des différences observées presque toujours sur des individus peu nombreux. Ces auteurs, disciples de Rufus d'Éphèse, ont descendu le nègre jusqu'au chimpanzé et l'orang-outang, déplorant même qu'il leur fût inférieur sous le rapport des forces physiques.

En présence d'une contradiction si manifeste, on conçoit l'intérêt qu'il y aurait à voir, selon l'expression de l'auteur, « *l'unité* de l'espèce humaine se dégager et se constituer scientifiquement, » afin d'établir en quoi et comment

l'homme se sépare nettement de l'animalité. M. de Froberville, n'étant pas anatomiste, a éludé cette question que votre commission ne peut qu'indiquer dans ce rapport, pour montrer que, sous ce point de vue encore, l'anthropologie et l'ethnologie peuvent marcher parallèlement dans leurs études sur la généalogie de l'homme.

La prétention de descendre le nègre jusqu'au singe, ou même de le faire provenir du singe, soulevait déjà l'indignation de Galien, il y a près de deux mille ans. L'illustre commentateur et interprète d'Hippocrate et de Platon ne voulait pas être un singe; peut-être même devons nous à la répugnance que lui faisait éprouver cette assimilation les traits anatomiques si profonds et si vifs par lesquels il relève la dignité de l'homme. Ces traits ont été reproduits et étendus par Buffon, par Daubenton, Paw, Pallas, Zimmermann, Blumenbach, Sœmmering père et Tiger. Ce dernier zoonomiste, particulièrement familiarisé avec la méthode linnéenne, caractérisait l'homme par ces deux mots : *animal erectum*, afin de le relever de l'abaissement où avait cherché à le placer quelques philosophes, en le faisant marcher à quatre pattes.

Remarquons, à cette occasion, que la race nègre est toujours mise en première ligne, soit qu'il s'agisse physiquement de diviser l'homme en plusieurs espèces, soit qu'il s'agisse de le dégrader moralement pour justifier son esclavage.

Or l'attitude humaine est le caractère anthropologique contre lequel viennent se briser toutes les tentatives de dégradation de l'homme.

Les commentateurs de Lucrèce l'avaient bien compris, quand ils font coupler l'homme primitif à la manière des bêtes, et qu'ils donnent à entendre que ce mode de copulation était la conséquence de son attitude sur ses quatre membres.

Paradoxe bizarre, au service duquel, d'après Zimmermann, le docteur Moscati a mis ses connaissances anatomiques et médicales!

Toutefois l'anatomie comparée des âges de l'homme, celle de l'adulte avec les mammifères, démontrent d'une manière si irrécusable la nécessité de l'attitude verticale de l'homme, que toutes les assertions des philosophes de la nature s'évanouissent devant l'autorité des faits, dont nous allons brièvement signaler le principal.

Si, d'après l'illustre Gœthe et le philosophe Troxlerus :

« Le squelette est le plus important des signes physiognomoniques, annonçant qu'un esprit créateur et un être créé se sont pénétrés réciproquement dans la vie, » nulle part ce rapport n'est exprimé avec plus de force que dans la subordination presque mathématique de tous les pièces osseuses qui composent la charpente humaine. Non-seulement tout se tient, tout se lie, tout se subordonne à la disposition de cette charpente, mais de plus le squelette humain tout entier ressort lui-même d'une disposition particulière au système vertébral de l'homme.

Cette disposition s'observe sur le corps des vertèbres cervicales et lombaires; elle consiste en un petit auvent osseux qui bombe la face antérieure de ces vertèbres, et produit par leur réunion les convexités qu'on remarque dans ces deux régions, convexités liées entre elles par la concavité que l'on observe sur la région dorsale de la pyramide osseuse.

Nul animal, pas même le chimpanzé et l'orang-outang, n'offre, comme chez l'homme, ces courbures alternatives du système vertébral qui produisent l'attitude verticale, attitude qui, par ce fait et à cause même de ce fait, devient le caractère spécifique et exclusif de l'homme.

A l'appui de cette vérité capitale de l'anthropologie, il est curieux de suivre le développement des âges de l'homme.

L'enfant se traîne, sans pouvoir se redresser, jusqu'au moment où apparaissent ces ondulations dans l'axe vertébral.

A peine ces ondulations sont-elles formées, ce qui arrive ordinairement vers la fin de la première année, qu'aussitôt il se lève, se tient debout sur ses pieds, et marche dans cette attitude, qui distingue l'espèce humaine dans toutes les contrées du globe.

C'est là le sceau physique de l'homme, comme la parole en est le sceau moral et intellectuel. Le degré de rectitude, à la vérité, varie selon les races; mais chez toutes, la nature reste fidèle à ce caractère d'une manière si invariable que nous la voyons, dans la tératologie, produire les déformations les plus bizarres, et quelquefois mortelles, plutôt que de l'abandonner pour faire incliner l'homme vers l'animalité.

Les observations de M. de Froberville sur l'attitude des ostro-nègres confirment cette remarque; elles montrent en outre que le degré de rectitude est jusqu'à un certain point en raison inverse du prognathisme de la face. La collection qui, avec le mémoire, sert de base à notre rapport est sous ce point de vue des plus importantes. Avec l'assentiment de M. de Froberville, M. le docteur Jacquart, aide-naturaliste au muséum, a exécuté au daguerréotype un des portraits de chaque groupe des nègres de l'Afrique orientale. Ces portraits, que nous mettons sous les yeux de l'Académie, sont représentés sous trois aspects, afin de montrer le prognathisme de la face dans plusieurs sens pour en suivre la gradation dans ses divers types; destinés à la galerie anthropologique du muséum, ils ont pour objet de conserver à la France un spécimen de cette précieuse collection, que nous sommes menacés de voir passer à l'étranger.

Cette perte, si elle s'effectue, sera d'autant plus regrettable que l'on sait, d'une part, que la France est la première des nations qui ait considéré l'anthropologie comme une science distincte; que, d'autre part, dans le rapport sur la collection rapportée de l'Océanie par M. Dumoutier, nous avons montré que rien ne pouvait mieux servir l'histoire naturelle de l'homme que le rassemblement des types des diverses races humaines sur un même lieu et sur un même point.

De la réunion des divers types humains, faite d'après les principes modernes de l'anthropogénie, ressortiront avec plus ou moins d'évidence, en premier lieu : l'*unité de l'espèce humaine* au milieu de ses nombreuses variétés;

En second lieu, l'unité de foyer et de rayonnement de ses diverses races, d'où dérive la détermination du point du globe qui a servi de berceau au genre humain;

En troisième lieu enfin, la marche de sa dispersion, afin d'établir les termes du problème posé par Hippocrate, il y a plus de deux mille ans, et que l'on peut formuler ainsi qu'il suit :

« Déterminer jusqu'à quel degré les caractères des races humaines dépendent » de ceux des contrées où elles vivent! »

C'est le but élevé que se sont proposé les professeurs du muséum en fondant, d'après ces bases, une galerie d'*anthropologie*, et en ajoutant aux bustes et aux daguerréotypes des diverses races l'anatomie comparée des âges de l'homme et de ses principales variétés.

Tel est l'ensemble des vues contenues dans le travail ethnologique et anthropologique de M. de Froberville. En nous renfermant dans celles qui concernent l'anthropologie, et que justifie la collection des bustes des nègres de l'Afrique orientale soumise à notre examen, nous ferons remarquer :

1° Que la gradation ou la dégradation des caractères physiques des *ostro-nègres* justifie en tous points les coupes que l'auteur a établies;

2° Que, parmi ces caractères, le prognathisme de la face, l'épaisseur et la saillie des lèvres, la disposition laineuse ou crépue des cheveux, les nuances de la coloration de la peau, sont ceux qui l'ont particulièrement et heureusement dirigé dans ses divisions;

3° Qu'en ce qui concerne le prognathisme des maxillaires et la disposition des lèvres en forme de boudin, on les voit graduellement diminuer des *Congo-Guinéens* aux *nègres Océaniens*, de ceux-ci aux *Cafres Béchuanes*, et enfin rentrer, chez les métis sémitiques, dans les conditions physiques où on les observe dans certains rameaux de la race caucasique;

4° Que le balancement de ces caractères, si importants dans l'étude des races humaines, se détache nettement de la comparaison des bustes exécutés par M. de Froberville, et mieux encore des figures qui en ont été prises au daguerréotype par M. le docteur Jacquart;

5° Que la présence d'un type uniformément disséminé parmi les tribus nègres, répandues du sud de l'équateur au golfe de Mozambique, ayant de très-grands rapports avec le type sémitique, est un fait anthropologique du plus haut intérêt;

6° Que cet intérêt est indépendant de l'origine phénicienne que lui attribue M. de Froberville; nous ajoutons même que, malgré les raisons puisées par l'auteur dans l'ethnologie, la géographie et l'histoire ancienne, cette opinion n'est encore, selon nous, qu'une hypothèse;

7° Que la répétition d'un type nègre océanien par un des groupes de l'Afrique orientale est également un résultat des plus curieux pour la fixation des races, malgré le désaccord qui existe à ce sujet entre l'ethnologie et l'anthropologie;

8° Enfin que, de l'analyse et de la comparaison des caractères physiques des groupes des *ostro-nègres*, se détache nettement la conclusion principale de l'auteur,

Savoir : « que plus on étudie, sous le point de vue d'ensemble, les races *congo-guinéennes, cafro béchuanes* et *ostro-nègres*, plus l'unité d'origine de l'homme se dégage et se constitue scientifiquement. »

D'après toutes ces considérations, votre commission a l'honneur de proposer à l'Académie de donner son approbation à la partie anthropologique du travail de M. de Froberville, en émettant le vœu que la collection des bustes, qu'il a si heureusement exécutés, soit conservée à la France.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées, et, sur la demande de M. le président, l'Académie décide qu'il sera adressé à M. le ministre de l'instruction publique.

SÉANCE DU 10 JUIN.

SUR LA PRÉSENCE DE L'ALBUMINE DANS LE SANG, ET SUR LES PRODUITS D'OXYDATION RESPIRATOIRE DES SUCRES.

M. MIALHE, à l'occasion du travail de MM. Verdeil et Dolfus sur l'analyse anatomique du sang, communiqué dans la dernière séance, envoie une note *sur la présence de l'albumine dans le sang et sur les produits d'oxydation respiratoire des sucres.*

MM. Verdeil et Dolfus auraient, d'après M. Mialhe, confondu dès le début de leur travail l'albumine avec l'albuminose. En effet, après avoir par la chaleur coagulé du sang défibriné, étendu d'eau, et avoir séparé par la filtration le coagulum formé, ils ont traité la partie restée liquide par l'alcool, et ont obtenu un précipité abondant qui a pu se redissoudre dans l'eau. Pour eux, ce coagulum était constitué par de l'albumine ordinaire; on sait que l'albumine précipitée par l'alcool ne peut jamais se redissoudre dans l'eau. Si, dans les expériences de MM. Verdeil et Dolfus, le coagulum obtenu par l'alcool a pu se redissoudre, il ne pouvait être qu'une matière albumineuse modifiée, l'*albuminose*, composé soluble, non coagulable par la chaleur et l'acide nitrique, et que nous avons montré être le résultat final de la digestion des aliments albumineux, et dont nous avons signalé l'existence dans le sang.

Dans ce coagulum obtenu par l'alcool, contenant, outre l'albuminose, des cristaux de chlorure de sodium et de phosphate de soude, ces chimistes ont constaté en plus la présence d'un acide organique non azoté, auquel ils ont reconnu de l'analogie avec les acides provenant de l'oxydation des sucres. Cet acide formé, avec l'oxyde de cuivre, un sel cristallisé, qui à 140° se décompose en laissant du

cuivre métallique, et brûle en répandant une odeur prononcée de caramel. Bien que l'analyse de cet oxyde n'ait pu être faite à défaut d'une quantité suffisante, nous sommes fondés, d'après nos propres recherches, à penser que cet acide existe réellement, et doit avoir les caractères et la composition de l'un des acides résultant de l'oxydation respiratoire des matières saccharines; car nous avons établi que les substances alimentaires amyloïdes, saccharifiées d'abord par la diastase, étaient ensuite transformées par les alcalis du sang en des composés acides, l'acide formique, l'acide koli-glucosique et l'ulmine: produits ayant seuls sur l'oxyde de cuivre le pouvoir réducteur qu'on attribuait alors uniquement au sucre de raisin ou glucose.

SUR LES SCROFULES ET LES TUBERCULES.

M. A. Legrand, en annonçant à l'Académie la publication prochaine de son second mémoire sur les scrofules, appelle son attention sur quelques-uns des points qui y sont plus particulièrement traités.

D'après la manière dont il y a envisagé la question, il existe, dit-il: 1° des maladies purement, essentiellement scrofuleuses; 2° des maladies tuberculeuses sans aucun phénomène extérieur; 3° de ces mêmes maladies avec des manifestations tuberculeuses (engorgement et ulcération des glandes, hypertrophie et carie des os); et 4° enfin, encore des maladies tuberculeuses, avec des manifestations en apparence semblables aux précédentes, et n'étant cependant que scrofuleuses.

M. Legrand en déduit, au point de vue pratique, ces conséquences, c'est qu'il existe des maladies dites scrofuleuses qui sont nécessairement incurables; ce sont celles qui, sous une apparence scrofuleuse, sont en réalité tuberculeuses.

PROPRIÉTÉS ALIMENTAIRES DU CAFÉ.

M. d'Abbadie adresse une note sur le régime alimentaire, à l'occasion de la communication de M. de Gasparin, dans laquelle cet académicien attribue au café une grande faculté nutritive.

Suivant M. d'Abbadie, les Wahabis, protestants de l'islamisme, s'abstiennent, par scrupule religieux, de l'usage du café, et jamais il n'a entendu dire qu'ils fussent moins sobres ou moins endurants que ceux de leurs compatriotes qui font un usage habituel du café.

En Abyssinie, les musulmans boivent le café plusieurs fois par jour et supportent néanmoins le jeûne avec moins de facilité que les chrétiens.

M. d'Abbadie rapporte dans cette note un grand nombre de faits de nutrition qui le conduisent, par les anomalies singulières qu'ils renferment, à cette conclusion déjà formulée par M. Magendie, que tout ce qui tient à l'histoire de la nutrition est encore entouré d'un voile impénétrable.

COMBINAISON DE LA VARIOLE ET DU TYPHUS.

M. Bayard envoie une note intitulée: Étude médicale et analytique sur la variole, le typhus, et sur leur combinaison.

L'auteur développe dans ce travail les propositions suivantes:

Le typhus et la variole sont deux maladies élémentaires caractérisées par des symptômes distincts et généralement discrètes dans leur isolement.

La combinaison de ces deux causes morbides élémentaires est caractérisée par l'apparition d'une fièvre secondaire souvent mortelle et toujours confluente.

Cette fièvre secondaire reçoit dans le monde le nom de variole maligne, lorsque l'éruption qui l'accompagne est externe et apparente, et celui de fièvre typhoïde, quand cette éruption est interne et dissimulée.

Cette forme nouvelle affectée par une maladie identique dans son action sur l'organisme humain, est déterminée par l'influence du vaccin et par l'âge du sujet vacciné.

L'inoculation du virus variolique dans l'enfance préserve à la fois de la variole maligne et de la fièvre typhoïde, en isolant le typhus et la variole.

MORTALITÉ ET POPULATION COMPARÉES DE LA FRANCE.

M. Carnot envoie, sous le couvert du ministre de l'instruction publique, un mémoire sur la mortalité et la population comparées de la France.

Ce travail renferme le tableau général de la mortalité et de la population des deux sexes en France, dans la période décennale qui finit avec l'année 1849.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE EXTRAORDINAIRE DU 8 JUIN. — PRÉSIDENCE DE M. BRICHETEAU.

Après la lecture du procès-verbal, M. Mérat a la parole pour un rapport.

FEUILLES DE MATICA.

M. Mérat fait en son nom et celui de M. Velpeau un rapport sur des feuilles de matica présentées comme très-efficaces pour la guérison des plaies.

La commission avait été chargée de vérifier les propriétés de feuilles envoyées par la légation de la Bolivie, sous le nom de *maticu* ou *matico*, adressées par M. le marquis de Santa-Crux et signalées dans la lettre d'envoi comme utiles pour la guérison des plaies à la dose d'un gros et demi en poudre répandue sur les plaies.

Les feuilles de matica pressées entre les doigts sont aromatiques; mâchées, leur saveur d'abord peu marquée est ensuite un peu amère et même âcre; leur infusion à froid est jaunâtre et presque insipide.

Il résulte des renseignements que M. le rapporteur a puisés dans les communications de MM. les docteurs Sommé et Lanes, que si le matica n'a pas la vertu d'arrêter le sang d'un vaisseau béant; s'il ne cicatrise pas de suite une plaie, il a des propriétés astringentes qui pourraient le faire employer efficacement chez nous, si nous possédions ce médicament en assez grande quantité pour l'essayer dans les maladies indiquées par ces deux médecins.

La commission propose de remercier M. de Santa-Crux de l'envoi qu'il a fait à l'Académie des feuilles de matica, et de l'engager à en faire parvenir assez abondamment pour qu'on puisse l'employer dans les maladies où déjà on a signalé son utilité.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

L'ordre du jour appelle la suite et fin de la discussion sur le rhumatisme.

La parole est à M. Bouchardat.

RHUMATISME ARTICULAIRE.

M. Bouchardat lit des Considérations sur la pathogénie et la thérapeutique du rhumatisme articulaire aigu et sur la couenne inflammatoire

Il existe, dit M. Bouchardat, dans la maladie qu'on désigne communément sous le nom de rhumatisme articulaire aigu, des éléments morbides très-distincts qui peuvent exister simultanément ou isolément, qui peuvent alternativement dominer ou être amoindris. Dans certaines conditions du rhumatisme articulaire aigu l'élément phlegmasique se révèle par des signes incontestables. L'un des plus importants est l'existence de la couenne inflammatoire. C'est sur l'importance de ce caractère que M. Bouchardat appelle l'attention de l'Académie.

La couenne inflammatoire renferme trois principes immédiats, suivant M. Bouchardat: 1° une matière identique avec l'albumine pure qui se dissout dans de l'eau acidulée à un millième et qu'il désigne sous le nom d'albuminose; 2° une substance insoluble dans cette eau acidulée, présentant une grande analogie avec la substance caractéristique de l'épiderme et des productions épidermiques; 3° enfin la matière qui par son ébullition dans l'eau fournit de la gélatine; c'est elle qui caractérise la couenne inflammatoire, qui la différencie de la fibrine qui ne renferme que les deux premières substances et qui lui donne une grande importance pathologique.

M. Bouchardat rapporte ici une série d'expériences qui lui paraissent ne devoir laisser aucun doute sur l'existence dans la couenne inflammatoire du rhumatisme articulaire aigu, du principe qui par son ébullition dans l'eau donne naissance à la gélatine. Il met sous les yeux de l'Académie, comme preuves à l'appui, une décoction aqueuse de couenne et des couennes conservées depuis 1842 par son procédé de l'eau éthérée.

Ce principe immédiat, ajoute-t-il, qui, hors du corps vivant, contribue à la formation dans le sang de pseudo-membranes si compactes et si remarquables, ne doit se trouver dans le fluide nourricier d'un homme à la diète que dans des circonstances assez exceptionnelles pour caractériser un état que nous appellerons inflammatoire ou phlegmasique. L'existence dans le sang d'un homme à la diète du principe qui donne par ébullition de la gélatine sera le signe physique de l'élément phlegmasique ou inflammatoire. Dans aucune maladie il ne se révèle avec plus de netteté que dans le rhumatisme articulaire aigu.

Mais ce n'est pas à dire pour cela que l'élément phlegmasique soit isolé et indépendant de tout autre élément morbide initial dans le rhumatisme articulaire. Ainsi que l'a rappelé M. Martin-Solon, les manifestations de l'élément rhumatismal peuvent, à différentes périodes de la vie d'un rhumatisant, se montrer parfaitement isolées. Ce qu'il importerait donc, ce serait de pouvoir préciser par des expériences l'influence des divers éléments morbides sur la marche et la terminaison des phlegmasies; c'est ce que M. Bouchardat a cherché à faire pour le rhumatisme articulaire.

Voici comment il s'exprime sur ce sujet:

On peut donc, dans le rhumatisme comme dans une autre maladie inflammatoire, séparer, peser l'élément phlegmasique existant dans la couenne inflammatoire fournie par le sang. Mais comment pourrait-on caractériser l'élément rhumatique? Doit-on désigner sous ce nom une matière qu'on puisse inoculer et peser ou un état particulier de certains organes? Pour la forme la plus ordinaire du rhumatisme articulaire aigu, c'est à cette dernière opinion qu'il faut s'arrêter.

Adoptant ce résultat de l'observation que le rhumatisme articulaire aigu, comme la pneumonie et comme d'autres maladies aiguës des membranes, peut être déterminé par un refroidissement subit, M. Bouchardat se pose cette question: Quel peut être l'effet sur l'économie vivante d'un refroidissement subit?

Des sécrétions ou générales ou partielles, parmi lesquelles il faut placer en première ligne celle des différentes parties de la peau, peuvent être immédiatement supprimées ou modifiées par un refroidissement subit. Les éléments principaux ou caractéristiques de l'exhalation cutanée peuvent se développer anormalement dans d'autres tissus ou sur d'autres membranes, ou seulement ne pas se produire. Ces innombrables appareils qui fonctionnent continuellement dans l'économie vivante et dont les sécrétions alternativement acides ou alcalines nous révèlent l'existence, peuvent être considérées comme des piles dont les pôles peuvent se renverser sous l'influence d'une vive perturbation ou seulement cesser momentanément leur action régulière. On comprend alors sans

peine comment certaines membranes qui sont continuellement lubréfiées par des liquides alcalins peuvent se trouver en contact avec des liquides dont l'acidité ne dépasse pas celle de la sueur ou celle même du tissu musculaire. Eh bien ! à la température du corps de l'homme cette modification, qui paraît n'avoir aucune importance, suffit cependant pour que les tissus qui donnent, à l'ébullition, de la gélatine soient profondément modifiés. J'ai en effet établi que des membranes étaient pour ainsi dire dissoutes à la température de + 38° lorsqu'on les plongeait dans de l'eau n'ayant pas une réaction acide aussi grande que celle de la sueur. Suivant les constitutions individuelles ces perversions de sécrétions pourront se produire habituellement chez le même individu, soit dans les membranes des articulations, soit dans celles de l'appareil respiratoire, et le refroidissement alors donnera lieu suivant les conditions, soit au rhumatisme articulaire, soit à une pleuropneumonie ; et ce seront ces conditions spéciales, cet état particulier qui constituera ce que nous nous nommons l'élément rhumatique.

Examinant ensuite les cas où l'élément rhumatique, parfaitement distinct, comme on vient de le voir, de l'élément inflammatoire, peut se trouver compliqué d'un ou de plusieurs autres éléments morbides, M. Bouchardat cherche à déterminer à quels signes on peut distinguer l'élément goutteux, par exemple, de l'élément rhumatique. Le caractère de l'élément goutteux pour lui sera un excès d'acide urique dans l'économie qui se révèle souvent par la présence de concrétions spéciales dont la nature chimique et la pathologie sont faciles à déterminer et qui se révèle aussi par l'efficacité d'un traitement bien dirigé.

La deuxième partie de l'argumentation de M. Bouchardat est relative à la valeur comparée des principaux traitements préconisés pour combattre le rhumatisme articulaire aigu. Voici en quels termes il résume son jugement sur chacune des principales méthodes en usage :

Émissions sanguines. — On comprend sans peine combien les émissions sanguines pourront être utiles dans une maladie qui est surtout caractérisée par la présence dans le sang d'un principe organique qui lui communique des propriétés plastiques si prononcées que la formation de fausses membranes doit être aussi facile que le jeu régulier des fonctions doit se trouver entravé.

Toutes choses égales d'ailleurs, les larges saignées, répétées à de courts intervalles, devront être beaucoup plus efficaces que de faibles émissions sanguines. Mais ce qui paraît moins solidement établi, c'est : 1° la parfaite innocuité pour l'avenir des malades de ces larges saignées, répétées à de courts intervalles ; 2° leur utilité pour s'opposer aux graves complications qui menacent un malade atteint fortement de rhumatisme articulaire.

Sulfate de quinine. — Le sulfate de quinine, administré contre le rhumatisme articulaire aigu, est un grand et puissant remède qui, bien manié, peut être aussi efficace qu'aucune autre méthode thérapeutique ; mais son administration n'est pas aussi facile qu'on serait tenté de le croire. A doses altérantes, son utilité n'a jamais paru évidente ; à doses élevées, l'influence toxique du sulfate de quinine ne saurait aujourd'hui être mise en doute.

Pour administrer le sulfate de quinine avec sécurité et efficacité contre le rhumatisme articulaire aigu, voici les règles et les précautions qu'il conviendrait d'adopter. La dose doit être assez élevée pour produire un trouble passager dans l'économie vivante, et ne pas atteindre les limites où il y a un danger réel à courir. De 1 à 2 grammes dans les vingt-quatre heures, voilà la quantité qui convient le plus généralement à un homme adulte. Il faut fractionner avec soin les doses et surveiller attentivement, à l'aide du réactif des alcalis végétaux, si la quinine est régulièrement et convenablement éliminée par l'appareil urinaire. La préparation qui doit être préférée est le sulfate soluble, mais sans acide en excès.

Le sulfate de quinine, convenablement administré, abrége la durée et diminue l'intensité des douleurs du rhumatisme articulaire aigu. Est-il aussi efficace pour prévenir les complications ? On manque de documents suffisants pour résoudre cette question.

Digitale-scille-colchique. — La digitale, la scille et le colchique modifient la marche du rhumatisme en causant une vive perturbation dans l'économie, et particulièrement dans l'appareil circulatoire ; mais comme leur supériorité n'est pas encore démontrée, comme leur administration est beaucoup plus difficile à régler que celle du sulfate de quinine, parce que ces préparations ne sont pas uniformes, ou leur élimination ne peut être régulièrement suivie, etc., nous n'en dirons pas davantage.

Nitrate de potasse. — Le nitrate de potasse, convenablement administré, est, comme M. Martin-Solon l'a établi, d'une incontestable utilité dans le rhumatisme articulaire.

Dans quelles conditions et à quelles doses le nitre est-il un poison pour l'homme ? quelles sont les précautions qui doivent diriger son administration à haute dose ? Il résulte des expériences et des observations rapportées par M. Orfila et de mes recherches propres, que la présence, dans le sang d'un homme, du nitrate de potasse en quantité suffisante (de 20 à 30 grammes), peut déterminer la mort. Cependant l'expérience démontre qu'on a pu utilement et sans aucun danger administrer 40 et même 60 grammes et plus de nitrate de potasse à un rhumatisant dans les vingt-quatre heures. Mais trois conditions sont nécessaires pour que la sécurité soit complète : la première, que le sel soit dissous dans une grande quantité d'eau (2 ou 3 litres) ; la seconde, que les doses soient également réparties dans les vingt-quatre heures ; la troisième, que l'appareil sécréteur de l'urine fonctionne bien, et que le nitrate de potasse soit facilement éliminé de l'économie : ce qui revient à dire qu'il n'en faut pas plus de 20 grammes à la fois dans l'appareil circulatoire.

Tartre stibié. — (Au point de vue de la tolérance) est-il vrai que, dans certaines conditions morbides, l'économie animale puisse supporter sans danger des doses élevées de médicaments énergiques qui, dans d'autres circonstances, pourraient déterminer des accidents ? Les expériences des contre-stimulistes à cet égard ont été mal exécutées et plus mal interprétées. Quand on fait prendre à un malade une substance énergique, si on veut agir avec rigueur, il faut déterminer avec soin les conditions de l'absorption et de l'élimination ; il faut, en un mot, connaître la quantité qui peut, dans un moment donné, exister impunément à l'état soluble dans la circulation. Il se peut qu'un rhumatisant puisse supporter dans la circulation sans accident de plus grandes doses de nitrate de potasse, de tartre stibié, qu'un homme en santé ; mais aucune expérience précise ne le démontre, et c'est un ordre de recherches entièrement neuf, malgré les affirmations de l'école italienne.

Opiacés. — Pour certains sujets, les opiacés constituent un ordre de moyens très-utiles pour combattre la douleur, et ils peuvent avoir une influence heureuse sur la marche de la maladie ; on peut même arriver vite à en faire supporter à un rhumatisant des doses assez élevées. Cependant il ne faut pas insister trop longtemps sur leur usage pour ne déterminer aucun dérangement durable du côté de l'appareil de la nutrition.

Vésicatoires. — Les grands vésicatoires, appliqués sur les articulations, paraissent, théoriquement surtout, efficaces dans le rhumatisme articulaire aigu, lorsqu'on peut remplir ces deux indications : 1° les appliquer à l'époque la plus rapprochée possible du début de la maladie ; 2° leur donner une étendue et une activité suffisantes pour que la révulsion soit proportionnelle au mal que l'on veut combattre.

En résumé, dit en terminant M. Bouchardat, M. Dechilly aura rendu un véritable service en appelant l'attention sur cette puissante médication, et je suis d'autant plus disposé à appuyer les conclusions de la commission, que le mémoire de M. Dechilly a fourni à M. Martin-Solon l'occasion d'un beau travail, et à l'Académie celle d'une importante discussion.

M. Bouillaud : En prenant de nouveau la parole pour rectifier quelques assertions inexactes, j'en profiterai en même temps pour préciser davantage la question. J'ai dit que, sous l'influence de ma formule, la durée du rhumatisme est tellement abrégée qu'on ne pourrait y croire sans le voir. J'en appelle à cet égard aux personnes qui ont été témoins de ces résultats, crainte de me faire illusion à moi-même. Mais avant d'aller plus loin, je crois devoir rappeler en quoi consiste ma formule. Voici ce que j'ai écrit à cet égard :

Les émissions sanguines, dans cette phlegmasie comme dans les autres, ne peuvent donner tous les résultats avantageux qu'on a droit d'en attendre qu'à la condition d'être formulées, c'est-à-dire d'être assujetties à une certaine mesure, d'être appropriées à toutes les circonstances individuelles de l'intensité de la maladie, de la constitution du sujet, de son âge, de son sexe, etc. Loin que notre formule soit inflexible et invariable, comme on a paru le croire, et que tous les malades y soient uniformément soumis comme à une sorte de lit de Procuste, rien n'est plus mobile et plus variable au contraire. On y tient compte de toutes les conditions ; la dose et la distance y sont déterminées avec la plus grande précision, etc.

Voici maintenant les résultats :

Je suppose, pour le moment, qu'il s'agisse d'adultes bien constitués, offrant un rhumatisme articulaire d'intensité moyenne, avec fièvre intense, voici comment je procède :

Le premier jour, je fais pratiquer une saignée de trois palettes et demie à quatre palettes matin et soir, et dans l'intervalle une application de ventouses scarifiées de quatre palettes environ, soit autour des articulations malades, soit sur la région précordiale, si le cœur est déjà affecté.

Le deuxième jour, une ou deux nouvelles saignées, ou une seule saignée générale et une saignée locale, dont la dose, suivant l'intensité du cas et la force du sujet, sera la même que le premier jour ou moindre d'une palette ou d'une demi-palette.

Le troisième jour, dans certains cas, l'amélioration est telle qu'on peut s'abstenir de nouvelles émissions sanguines. Mais si le cas est grave, on pratiquera une quatrième ou une cinquième saignée de trois à quatre palettes, et au besoin une saignée locale de la même dose sur les points où le mal sévit le plus fortement.

Le quatrième jour, tout a cessé le plus souvent ; la résolution est complète, et l'on s'abstient d'émissions sanguines. Cependant, dans le cas où la résolution ne serait pas encore franchement décidée, on pratiquerait une cinquième ou une sixième saignée.

Les cinquième, sixième et septième jours, si la maladie persiste encore, ce qui a quelquefois lieu lorsque l'arthrite rhumatismale est d'une très-grande intensité, et surtout si elle est compliquée d'endocardite, de péricardite, de pleurésie ou de pleuro-pneumonie, il est nécessaire de recourir à une, deux et même trois saignées générales, et quelquefois aussi à une nouvelle saignée locale ; et en même temps on commencera à user des moyens adjuvants, tels que l'application de vésicatoires, etc.

Ainsi, en moyenne, c'est environ quatre livres à quatre livres et demie de sang que nous retirons pendant toute la durée du traitement, ce qui est loin, comme on le voit, d'égaler les doses énormes auxquelles quelques médecins ont porté la saignée.

Le résultat général de ce mode de traitement est la guérison constante et la réduction de la maladie à un ou deux septénaires au plus. Or, veut-on connaître la durée moyenne du rhumatisme articulaire, d'après les auteurs, la voici :

D'après Celse, elle serait de quarante jours ; Sydenham dit que, lorsqu'il n'est point convenablement traité, le rhumatisme peut durer, non pas des mois seulement, mais des années. Stoll évalue cette durée à plusieurs semaines ; « rarement

ment, dit-il, se termine-t-il en peu de temps lorsqu'il est abandonné à la nature..... » Rivière, si longuement cité par M. Parchappe, dit que le rhumatisme articulaire emprunte à sa longueur une funeste gravité, et il ajoute que sa durée est quelquefois de plusieurs mois et même de plusieurs années, et qu'elle n'est jamais moindre d'une quarantaine de jours. Fauchier en fixe les limites entre sept et soixante jours, et dit qu'il se termine souvent par l'ankylose. M. Roche en évalue la durée moyenne à quarante jours. Dance lui assigne une durée indéfinie, dont le terme le plus court est de trente jours.

On voit, d'après ces citations, quelle est la durée du rhumatisme sous les conditions des traitements usités jusqu'ici. Or si, par une méthode différente, on réduit cette durée à un ou deux septénaires, n'est-ce pas là un résultat satisfaisant ?

M. Bouillaud ajoute à ces documents l'analyse d'un relevé de nouvelles observations, de laquelle il résulte que sur un chiffre de trente-neuf cas de rhumatisme articulaire aigu, la durée moyenne du traitement jusqu'à la convalescence a été de cinq jours, et celle de la totalité de la maladie jusqu'à la guérison complète, de vingt-six jours.

Quant à ce qui concerne la question de la nature du rhumatisme, M. Bouillaud déclare n'avoir rien à changer à ce qu'il en a dit dans les précédentes séances.

M. Grisolle : M. Bouillaud, lorsqu'il énonce les résultats de sa méthode de traitement du rhumatisme articulaire, se fait évidemment illusion. De toutes les personnes qui ont cherché de bonne foi à se convaincre de la réalité et de l'exactitude des faits annoncés par M. Bouillaud, aucune jusqu'à présent n'a pu y parvenir. M. Requin a examiné avec soin ces faits, et il n'est point resté convaincu ; le rédacteur de la Gazette des hôpitaux, M. de Castelnau, qui en a fait une analyse des plus consciencieuses dans un article récemment publié par ce journal, n'est pas convaincu non plus. M. Valleix, après avoir entrepris un semblable travail, finit par déclarer qu'il a dû y renoncer, les observations de M. Bouillaud étant inanalysables. En effet, en y regardant de près, on voit d'une part que le début de la maladie n'est pas fixé, que l'établissement de la convalescence est fixé de la manière la plus arbitraire ; des individus considérés comme convalescents et même comme guéris ont encore de 80 à 90 pulsations ; quelques-uns conservaient encore de la douleur dans les articulations.

J'ai voulu poursuivre moi-même le travail d'analyse entrepris par M. de Castelnau, et je suis arrivé, en admettant toutes les circonstances les plus favorables au calcul de M. Bouillaud, à constater comme moyenne de la durée de la maladie, vingt et un jours. En présence de semblables résultats, je persiste donc à dire qu'il n'y a pas nécessité d'expérimenter une pareille méthode pour la juger. Il suffit d'analyser les faits mêmes de M. Bouillaud pour être fixé sur la valeur de sa méthode.

M. Martin-Solon : Les faits que vient d'exposer M. Bouchardat prouvent combien l'examen du sang est important. C'est d'après les données fournies par cet examen que je me suis déterminé à l'emploi du nitrate de potasse qui exerce une action spéciale sur le sang. En effet, quand on pratique une saignée à un rhumatisant, le sang est recouvert d'une couenne épaisse, chaque saignée ultérieure fournit une semblable couenne ; mais si après avoir pratiqué une première saignée, on donne ensuite le nitrate potasse, la couenne cesse de se manifester, ce dont on peut s'assurer par une petite saignée exploratrice.

Je crois, en définitive, que le traitement du rhumatisme est en progrès, et qu'en poursuivant dans la voie où l'on est, on fera mieux encore ; ce qu'il importerait le plus maintenant, ce serait de comparer les différentes méthodes de traitement préconisées contre le rhumatisme. Il serait vivement à désirer que des médecins d'un esprit indépendant entreprissent un pareil travail.

M. Michel Lévy : Je n'ai pas l'intention de rentrer dans la discussion générale ; j'ai demandé la parole sur les conclusions du rapport : c'est vous dire que je voudrais ramener votre attention sur le point de départ de cette controverse, qui est, si je ne me trompe, une nouvelle méthode de traitement du rhumatisme articulaire aigu, proposée par M. Dechilly.

Théoriquement, cette méthode a pour but d'attaquer par l'emploi des vésicatoires « la cause morbide qui existe dans l'économie, et dont les phlegmasies articulaires ne sont que la manifestation symptomatique. »

Je me sers ici, comme dans le reste de cette discussion, des expressions mêmes du rapport,

Pratiquement, elle consiste dans l'application de larges vésicatoires sur toute l'étendue des articulations malades, pendant la période la plus aiguë de l'arthritis.

A l'appui de l'efficacité de ce mode de traitement, M. Dechilly a produit quatorze observations. Dans la première, on a débuté par plusieurs émissions sanguines et par l'usage du nitrate de potasse ; ce n'est qu'au douzième jour qu'on est arrivé aux vésicatoires. M. Martin-Solon n'indique point la durée de ce cas ; j'ignore si le mémoire de M. Dechilly contient ce renseignement essentiel.

Dans la deuxième observation, le traitement commence encore par les antiphlogistiques : vésicatoires le cinquième jour, puis rechute ; nouveaux vésicatoires. L'issue de la maladie n'est point clairement exprimée ; il n'est point question de sa durée.

La troisième observation nous montre la maladie terminée au quatorzième jour de l'invasion. Le traitement a consisté *presque* exclusivement en vésicatoires. Pourquoi l'honorable rapporteur n'a-t-il pas mentionné les autres moyens employés, afin de nous mettre à même d'apprécier ce résultat d'une manière rigoureuse ?

Les onze autres observations, formant le contingent total de quatorze, ne sont pas analysées dans le rapport ; l'honorable M. Martin-Solon ajoute seulement qu'elles ont la plus grande analogie avec les précédentes, ce qui me rassure peu sur leur degré de sévérité. Quant à la durée de ces cas, je lis que, sauf un seul, qui s'est terminé en cinq à six jours, quelques-uns ont fini en dix-huit jours et d'autres *beaucoup plus tard*. Le rapport n'est pas plus explicite.

Puis, résumant la méthode de M. Dechilly, M. Martin-Solon nous apprend que cet habile confrère débute chez les sujets vigoureux par une saignée générale ; que, dans le cas d'imminence congestionnelle vers un organe interne (cerveau, péricarde), il a recours à des applications locales de sangsues. Viennent ensuite les vésicatoires pour les *articulations malades et douloureuses* : d'où il résulte, contrairement à la définition de la méthode de M. Dechilly, qu'elle est dirigée, non contre la cause morbide générale, mais contre les phénomènes de l'inflammation articulaire, contre le mal local. — Autrement, pourquoi ces saignées générales et locales, si les cantharides s'adressent au principe même des manifestations articulaires, et corrigent la diathèse rhumatismale qui suscite l'imminence des accidents internes, splanchniques ?

Ce qui prouve bien que l'action du vésicatoire est purement locale, c'est qu'il faut le multiplier comme les manifestations locales du rhumatisme, c'est qu'il faut le pourchasser de jointure en jointure à mesure qu'il s'y présente. De plus, le rapporteur le reconnaît, la méthode vésicante ne prévient point les recrudescences.

Avec ces conditions et ces résultats, le mode de traitement que M. Dechilly applique au rhumatisme perd le caractère d'une méthode nouvelle, spéciale, et ne répond ni à son principe théorique ni aux conditions contro-stimulistes qu'il a suggérées à l'honorable M. Martin-Solon.

M. Dechilly me semble s'être écarté de la règle fondamentale de toute expérimentation thérapeutique en joignant à l'emploi des vésicatoires celui d'autres moyens non moins efficaces. Les résultats qu'il a obtenus ne jugent donc pas d'une manière rigoureuse la valeur de la médication vésicante dans le rhumatisme, en tant que médication spécifique ; ils ne diffèrent pas de ceux que nous obtenons tous les jours par les médications ordinaires, telles que saignées, sulfate de quinine, etc., en proportion des indications.

M. Martin-Solon n'a point paru lui-même parfaitement convaincu par les faits de M. Dechilly ; car il a jugé nécessaire d'expérimenter sa méthode, et nous lui devons trois bonnes observations consignées au rapport. Sont-elles plus probantes en faveur de la médication de M. Dechilly que celles de ce médecin ? Je demande la permission de les examiner très-rapidement.

Obs. I. de M. Martin-Solon. — Expectation de sept jours ; puis saignée, petite, il est vrai, et successivement huit vésicatoires ; néanmoins recrudescence au vingtième jour, avec fièvre et douleur dans une des articulations soumises à l'action du vésicatoire. On donne alors le sulfate de quinine à 1 gramme et demi pendant six jours ; puis encore deux vésicatoires, et enfin guérison le trente-septième jour de la maladie, trentième du traitement.

Obs. II (du même.) — Vésicatoire au huitième jour de la maladie, et successivement, jusqu'au quatorzième jour, on en pose six autres, ce qui n'empêche point, au vingt et unième jour, une recrudescence fébrile et douloureuse, qui décide au recours du sulfate de quinine (à 1 gramme et demi par jour). L'auteur de l'observation ajoute un peu vaguement : « L'état rhumatismal se dissipe avec » lenteur. » Une variole traverse le cours de la convalescence, et finalement le malade ne quitte l'hôpital que deux mois et dix-sept jours après l'invasion de l'arthritis, dont la durée n'est point précisée.

Obs. III (du même.) — C'est la plus satisfaisante : usage exclusif des vésicatoires, soulagement rapide, issue prompte (au dix-septième jour de la maladie) ; mais notez ceci : le malade sort, conservant *un peu de roideur* dans plusieurs articulations. C'est donc une guérison imparfaite ; et qui nous assure si, hors de l'hôpital, il n'est point survenu du vingt au vingt-deuxième jour une recrudescence comme dans les deux cas précédents ?

Ainsi, des trois faits dont nous sommes redevables à M. le rapporteur, deux ne prêtent aucun appui à la méthode de M. Dechilly, car ils ont duré trente-sept jours et plus, et ils ont comporté l'emploi du sulfate de quinine, et l'un d'eux en plus une saignée. Le troisième est incomplet dans son résultat, et eût exigé une observation plus suivie pour qu'il fût possible d'affirmer la guérison.

L'expérimentation de M. le rapporteur n'est donc pas plus concluante que celle de M. Dechilly ; elle ne l'est pas moins : elle confirme ce que nous savons tous, le secours précieux du vésicatoire dans certaines conditions du rhumatisme articulaire ; elle ne l'érige pas en méthode spéciale. Tout au plus la troisième observation de l'honorable M. Martin-Solon peut-elle établir une présomption de cette portée, et nous l'acceptons volontiers comme le point de départ d'une série statistique destinée à juger la valeur du vésicatoire multiple comme moyen unique de traitement du rhumatisme articulaire.

Cette imperfection des données expérimentales qui ont été produites par M. Dechilly et par le savant rapporteur de son travail, doit nous engager à quelque réserve. M. Dechilly a le mérite d'avoir posé une intéressante question de thérapeutique ; M. Martin-Solon a celui de l'avoir parfaitement saisie et d'en avoir commencé la solution ; mais celle-ci exige de nouvelles recherches, des faits plus rigoureux, plus châtiés, plus nombreux, et je crois sauvegarder la responsabilité du jugement académique en proposant de substituer à la deuxième conclusion de M. le rapporteur, qui revendique dès aujourd'hui pour les essais de M. Dechilly la sanction de notre publicité, cette autre conclusion : « d'engager l'au» teur à poursuivre et à préciser ses recherches sur l'emploi exclusif du vésica» toire dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu. »

M. Martin-Solon persiste dans son opinion à l'égard de la méthode de M. Dechilly, qu'il regarde comme insuffisante en tant que méthode générale, mais comme très-utile à cause de la rapidité avec laquelle elle enlève les douleurs et

susceptible de rendre de grands services dans les cas où les autres méthodes sont contre-indiquées ou inapplicables. Il maintient ses conclusions.

M. Ruchoux revient sur quelques-unes des objections qu'il a déjà émises. Il est bientôt interrompu par les cris : Aux voix! partis de tous les bancs.

M. le Président procède au vote des conclusions.

L'amendement de M. Michel Lévy ayant été appuyé, est d'abord mis aux voix. Cet amendement est adopté.

Les autres conclusions du rapport sont également adoptées.

Il est cinq heures et demie, la séance est levée.

SÉANCE DU 11 JUIN. — PRÉSIDENCE DE M. BRICHETEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend :

1° Une lettre du ministre de l'agriculture et du commerce transmettant la recette et l'échantillon d'une liqueur destinée à remplacer l'eau de seltz. (Commissaire : M. Guibourt.)

2° Une lettre du même ministre envoyant l'ampliation du décret rendu le 3 mai, concernant les remèdes nouveaux que l'Académie reconnaîtrait utiles à l'avenir. Le ministre informe l'Académie qu'il a écrit à son collègue le ministre de l'instruction publique pour le prier d'introduire dans les règlements de l'Académie les dispositions nécessaires pour l'exécution de ce décret.

3° Un grand nombre d'états de vaccinations.

M. Renault, pharmacien à Paris, envoie une note sur la préparation de copahu modifié par le camphre, modification qui a pour effet d'enlever au copahu sa saveur et son odeur désagréable.

M. Colette Quenouille, propriétaire d'un établissement de bains à Dieppe, communique quelques documents sur les effets des bains de mer froids. (Commission des eaux minérales.)

TRAITEMENT DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU.

M. Tanchou envoie une lettre sur le traitement du rhumatisme articulaire par l'eau froide. C'est, dit-il, le moyen qui lui a donné, dans sa pratique, les plus nombreux succès, les plus durables et les plus complets. C'est aussi celui qui réclame le plus de précision et de soins.

M. Levrat (de Lyon) adresse une note sur la question soulevée devant l'Académie concernant le traitement du rhumatisme articulaire aigu.

M. Levrat a employé alternativement les saignées coup sur coup, les purgatifs, le nitrate de potasse et le sulfate de quinine. Ces moyens lui réussissaient quelquefois, mais ils échouaient le plus souvent, et les rhumatismes articulaires aigus passaient à l'état chronique.

Depuis une dizaine d'années, il traite les rhumatismes articulaires aigus par les purgatifs, et principalement par les préparations de colchique, associées soit au sulfate de quinine, soit à l'extrait thébaïque.

Voici sa formule :

Prenez : Extrait acétique de semences de colchique . . . 0,05
Sulfate de quinine. 3,10
un Extrait thébaïque. 0,010

Il augmente graduellement le nombre de ces pilules jusqu'à procurer une superpurgation abondante.

Cette médication est complétée par des applications tantôt émollientes, tantôt résolutives, tantôt narcotiques.

Voici les conclusions d'un travail que M. Levrat se propose d'adresser prochainement sur ce sujet :

1° Les purgatifs, qu'ils soient ou non indiqués par l'état saburral de la langue, réussissent presque toujours dans le rhumatisme articulaire aigu.

2° Les préparations de colchique ou l'extrait acétique des semences de colchique, associées au sulfate de quinine ou à l'extrait thébaïque, deviennent, lorsqu'elles sont largement employées, la médication en quelque sorte spécifique du rhumatisme articulaire aigu.

3° Le rhumatisme articulaire aigu guérit alors plus promptement et n'est suivi d'aucun des graves accidents dont se complique quelquefois sa convalescence.

4° Par extension, et reconnaissant dans la goutte une analogie sinon complète, du moins très-grande avec le rhumatisme articulaire aigu, je me suis très-bien trouvé, dans le traitement de cette maladie, de l'emploi de ces mêmes préparations de colchique, et j'ai obtenu des guérisons incontestables.

— M. le docteur Goin, de Saint-Alban (Loire), envoie un mémoire sur les tubercules pulmonaires et leur traitement par le gaz carbonique.

— M. Londe demande la parole à l'occasion du procès-verbal. Il communique à l'Académie la lettre suivante, qui lui est adressée par M. le docteur Guillon :

« M. le secrétaire perpétuel, à qui j'ai écrit pour obtenir la rectification des paroles blessantes pour moi qu'on a faussement attribuées à M. Moreau, et qui se trouvent au bas de la page 534 du Bulletin de l'Académie, m'a répondu qu'aucune rectification ne peut être faite, dans ce journal, sur la demande d'une personne étrangère à l'Académie. En conséquence, et comme vous aviez concouru puissamment à la décision de votre compagnie, qui a ordonné que le rapport sur ma méthode pour la guérison des rétrécissements fibreux urétraux *qui étaient incurables avant moi*, fût inséré dans le Bulletin académique, je viens vous prier de me rendre le service de demander dans la prochaine séance la rectification dont il s'agit.

» Ce langage, qu'on a attribué faussement à M. Moreau, a dû faire supposer à ceux qui lisent ce Bulletin que j'ai altéré ou changé le rapport de la commission de 1839, en le faisant imprimer.

» Je copie textuellement le Bulletin, en faisant observer que ce passage, qui est une nouvelle calomnie, aurait dû être précédé des réflexions judicieuses que vous avez faites....

» Il s'agit du rapport fait, par M. Lagneau, au nom d'une commission. « Oui, » dit M. Moreau, il a été imprimé, mais il paraît qu'il y a été fait quelques » changements, et c'est à cause de cela que je propose de le reproduire dans le » Bulletin tel qu'il est sorti des mains de la commission. »

— « Cette proposition est mise aux voix et adoptée. »

» Voici ma réponse à cette injuste accusation :

» Je n'ai rien changé au rapport de la commission de 1839; les épreuves ont été corrigées par M. Lagneau lui-même.

» Les notes que j'ai ajoutées, *en usant de mon droit*, ne sont pas des changements, puisqu'elles ne changent rien; et d'ailleurs elles sont signées par moi.....

» En demandant que le rapport de M. Lagneau fût inséré dans le Bulletin académique, le but de M. Moreau et le vôtre, lorsque vous avez appuyé sa proposition, était la réparation d'une injustice dont un de vos honorables collègues avait à se plaindre.

» Vous êtes homme de cœur, mon cher confrère, et vous comprendrez que, tout en ne voulant, *par respect pour l'Académie*, invoquer l'appui de la loi pour obtenir la rectification qui m'est due, je ne puis cependant rester sous le coup d'une accusation aussi grave..... »

M. Moreau déclare qu'il n'a pas tenu le langage qu'on lui a prêté à tort. Il ne pouvait dire que des changements avaient été faits à ce rapport, puisqu'il ne le connaissait pas.

M. le Secrétaire perpétuel, à qui l'on demande en quoi consistent les changements qu'on a voulu indiquer, répond que ce sont des notes ajoutées par M. Guillon, qui constituent ces changements.

M. Londe et quelques autres membres font observer que des notes ne constituent point un changement au fond du rapport. M. Londe ajoute qu'en agissant ainsi, M. Guillon n'a fait qu'user de son droit.

Cet incident n'a pas d'autre suite.

REMÈDES SECRETS.

M. Henry Gaultier de Claubry fait, au nom de la commission des remèdes secrets :

Un premier rapport sur une demande de brevets d'invention pour la formule d'une pommade contre les hernies.

Cette formule n'est pas susceptible de recevoir l'application des dispositions favorables du décret de 1810.

Deuxième rapport sur un remède propre à guérir les cancers incurables. (Même conclusion.)

Troisième rapport sur divers remèdes pour le choléra, présentés par un élève en médecine. (Même conclusion. — Adopté.)

— L'Académie procède au scrutin pour la nomination d'une commission pour l'élection de trois membres associés libres. Sont désignés pour faire partie de cette commission, MM. Bricheteau, Dubois (F.), Gibert, Bégin, Richard, Guéneau de Mussy et Rayer.

— L'ordre du jour appelle la discussion du rapport de M. Royer-Collard sur la communication de M. le docteur Loir, relative à la constatation des naissances.

INFLUENCE DU MODE ACTUEL DE CONSTATATION DES NAISSANCES SUR LA SANTÉ ET LA VIE DES NOUVEAU-NÉS.

M. Gibert présente, au nom de M. Royer-Collard, un court résumé du rapport. Le travail de M. Loir qui en fait l'objet a pour but de poursuivre l'abrogation ou la modification de l'art. 55 du Code civil, qui oblige les parents à présenter les enfants nouveau-nés à l'officier de l'état civil, dans les trois jours de l'accouchement. M. Loir se fonde, pour réclamer cette réforme législative, sur les dangers qui résultent pour la santé des nouveau-nés de l'obligation de les transporter à la mairie, surtout pendant les saisons rigoureuses de l'année, et sur l'augmentation de mortalité qui en est la conséquence. Le rapport conclut en proposant à l'Académie de donner son approbation à la partie scientifique du mémoire de M. Loir.

M. Adelon : Je ne peux que donner mon approbation au rapport de M. Royer-Collard et au mémoire de M. Loir. Je crois en effet, et l'Académie ne peut à cet égard qu'approuver les conclusions de M. Loir, que l'impression du froid est nuisible à la santé des nouveau-nés et qu'on ne saurait prendre trop de précautions pour les y soustraire. Toutefois je ferai remarquer que cette influence a été peut-être un peu exagérée et qu'elle n'a pas sur la mortalité des enfants une part aussi large que le suppose l'auteur du mémoire. Mais pour ce qui regarde les mesures proposées par M. Loir, qui consisteraient à faire constater les naissances à domicile, je ne pense pas que l'Académie puisse s'y associer; elle n'a point mission pour cela. Indépendamment de ce que l'Académie n'a pas le droit de s'immiscer dans des questions de règlements administratifs, je crois que cette mesure aurait de graves inconvénients, entre autres celui de violer dans quelques circonstances les secrets des familles. Je crois

donc que, tout en donnant son approbation aux observations de M. Loir, l'Académie doit se borner à dire qu'elle n'a pas à s'occuper des modifications proposées par ce médecin. (Appuyé.)

M. Royer-Collard : Je ne crois pas avoir dépassé dans mon rapport les limites des attributions de l'Académie. L'Académie a été consultée par le ministre qui lui a demandé si la proposition de M. Loir était du nature à pouvoir être soumise aux conseils généraux et si elle s'appuyait sur les données de la médecine et de l'hygiène. A cette question, j'ai cru devoir répondre par l'affirmative; mais j'ai borné à cela la réponse qui devait être faite par l'Académie, pensant qu'il ne lui appartenait pas de s'occuper de la question administrative. L'Académie n'a donc à se prononcer que sur la valeur hygiénique et médicale du travail de M. Loir; à l'administration seule appartient le droit de décider des mesures qu'il pourrait être convenable d'adopter à cet égard.

M. Bouvier : Je m'étonne qu'on dise que l'Académie n'a pas à s'occuper de la question administrative soulevée par le travail de M. Loir. Ce serait aller contre le but même de l'hygiène. Les médecins ne se bornent pas à constater des faits, ils doivent en tirer les conséquences qu'ils renferment. Or les conséquences à déduire des faits exposés dans le rapport, ce sont des modifications à introduire dans la législation qui règle la constatation des naissances. La question est à la fois médicale et administrative. Ces deux parties de la question sont inséparables.

Mais M. Adelon ne s'est pas borné à contester à l'Académie le droit d'émettre à cet égard son opinion; il a discuté la valeur des mesures proposées. Le respect du secret des familles, a-t-il dit, s'oppose à l'adoption de ces mesures. Mais ce n'est pas pour les exceptions que sont faites les lois. S'il y a utilité dans les mesures proposées, les cas exceptionnels ne doivent pas les faire rejeter. D'ailleurs les difficultés d'exécution ne sont pas telles qu'on le pense; ce qui le prouve, c'est qu'un maire de l'une des grandes villes des environs de Paris a pris un arrêté d'après lequel les constatations des naissances devront désormais avoir lieu à domicile. L'arrêté ajoute toutefois, comme correctif, que, suivant la volonté des parents, les nouveau-nés pourront être transportés à la mairie.

La mesure est donc possible puisqu'elle est mise à exécution.

Relativement aux dangers des présentations à la mairie qui ont été niés par M. Moreau, ils existent si bien que M. Loir, dans son mémoire, en rapporte plusieurs exemples.

Mais il est un autre fait plus grave, c'est que cette loi, à laquelle on prétend que les médecins n'ont pas le droit de toucher, ne s'exécute pas; M. Loir en cite de nombreux exemples; je connais pour mon compte plusieurs départements où il en est ainsi. Je pense donc que l'Académie peut donner son avis, sauf à réserver les considérations législatives dans lesquelles elle ne peut pas entrer.

M. Rigal (de Gaillac) demande la parole :

M. Rigal. La question portée devant l'Académie comprend deux questions subsidiaires : une question de légalité et une question d'hygiène des nouveau-nés. Cette dernière est tout entière de la compétence de l'Académie. J'ai pensé qu'en ma qualité de représentant et d'ancien magistrat, je serais à même d'apporter à l'Académie quelques renseignements utiles à la solution de cette question. Je me suis, en conséquence, livré à une enquête sur cette question : savoir si les enfants nouveau-nés sont présentés à l'officier de l'état civil au moment où il dresse l'acte de naissance conformément à l'art. 55 du Code civil? — Je dois dire d'abord que, dans le département du Tarn, que j'ai administré, jamais les présentations à la mairie n'ont lieu; la simple déclaration des parents y a toujours été admise comme suffisante. Mais je n'ai pas voulu m'en tenir à ce que j'ai vu par moi-même. J'ai consulté mes collègues de l'assemblée nationale qui étaient à même de me fournir des renseignements à cet égard, et voici, d'après ces renseignements, le tableau que j'ai pu dresser.

Il résulte de l'ensemble de ce tableau que, sur la question posée, la réponse a été affirmative, pour les villes, dans vingt-huit départements, négative dans quarante-cinq départements, et mixte dans quatorze départements. Pour les campagnes, la réponse a été affirmative dans deux départements seulement, négative dans soixante-dix-neuf, et mixte dans cinq.

Pour les colonies, il y a un fait plus remarquable, qui m'a été affirmé par tous les représentants de ce pays, c'est que la présentation a lieu partout, mais dans les trois mois seulement.

Il résulte donc, comme on le voit, de ce relevé qui n'est pas complet, mais qui comprend la plus grande partie des départements de la France, que l'article 55, loin d'être généralement observé, ne l'est au contraire que dans le plus petit nombre de localités.

J'ajouterai que tous les médecins, dans les petites localités comme dans les villes, sont également unanimes pour reconnaître le danger du transport des nouveau-nés dans les églises pendant les premiers jours de leur existence. M. Loir rappelle à cette occasion que l'immersion a été abandonnée à cause des dangers qu'on lui a reconnus; je voudrais que, pour le même motif, on adoptât la proposition que fait M. Loir de proroger de huit jours le délai d'usage pour le baptême.

En résumé, je pense que l'arrêté du maire de Versailles, dont a parlé M. Bouvier, répond à tous les besoins.

M. P. Dubois demande à M. Rigal si l'on a constaté que la mortalité des nouveau-nés fût plus grande dans les départements où la présentation est faite conformément à la loi, que dans ceux où cette présentation n'a pas lieu.

M. Rigal : Je regrette de ne pouvoir répondre à cette question sur laquelle je n'ai pas de données suffisantes.

M. Ségalas : La question peut être envisagée sous quatre points de vue : le point de vue hygiénique, le point de vue légal, le point de vue pécuniaire et le point de vue moral ou de convenance. Sous le rapport hygiénique, je ne comprendrais pas que l'Académie consentît à dire qu'il n'y a pas d'inconvénient à transporter les enfants à la mairie, quand les parents n'ont pas les moyens de les préserver contre les intempéries.

La question légale ne nous regarde pas; mais vous avez pu voir néanmoins par les documents qui viennent d'être communiqués, qu'un grand nombre de magistrats ne considèrent pas la constatation à domicile ou la simple déclaration des parents comme une infraction à la loi.

Quant à la question pécuniaire, elle ne saurait constituer un obstacle sérieux. Si la question hygiénique était résolue ici, je ne doute pas que les communes ne s'empressassent de voter les fonds nécessaires pour la constatation à domicile.

Enfin, pour ce qui regarde la question de convenance soulevée par M. Adelon, il n'y a qu'une chose bien simple à faire pour la concilier avec les nouvelles mesures qui seraient adoptées; c'est que ce qui est actuellement la règle devienne l'exception, et ce qui est l'exception devienne la règle. Il n'y aurait à cela aucun inconvénient.

En résumé, je propose de répondre que l'Académie pense que, sous le rapport hygiénique, il y aurait avantage à faire constater les naissances à domicile, et que si ce mode de constatation avait des inconvénients dans quelques cas, ces inconvénients disparaîtraient en autorisant exceptionnellement la présentation à la mairie.

M. Moreau : Ce que viennent de dire MM. Bouvier et Rigal prouve précisément contre l'utilité d'une réforme, puisque le mode de constatation des naissances est à peu près facultatif. Quant à l'influence de la présentation à la mairie sur la mortalité des enfants, je crois que M. Loir admet comme démontré ce qui est en question. Si l'expérience démontrait une plus grande mortalité dans les localités où les présentations ont lieu à la mairie que dans celles où les constatations sont faites par simple déclaration, je me rendrais à l'évidence; mais comme rien jusqu'ici ne démontre qu'il en soit ainsi, je persiste à penser qu'il faut laisser les choses telles qu'elles sont.

M. Londe : Je n'entrerai dans aucune considération physiologique sur la question qui vous occupe. Vous savez tous que les expériences de W. Edwards établissent : 1° que la faculté productrice de la chaleur est à son *minimum* chez l'enfant nouveau-né; 2° que, d'autre part, les plus jeunes sujets sont ceux qui se refroidissent le plus facilement. Les expériences physiologiques faites postérieurement à celles de W. Edwards établissent les mêmes faits.

C'est donc de recherches statistiques que j'ai à vous entretenir. Ces recherches sur les rapports qui existent entre la mortalité des enfants, dans le premier âge de la vie, et l'état thermométrique de l'atmosphère, tendent à prouver que la mortalité des nouveau-nés est en rapport avec le froid, et répondent à quelques-unes des questions qui viennent d'être posées.

Il résulte en effet des recherches de MM. Villermé et Milne-Edwards, sur la mortalité des nouveau-nés en France, pendant 1818 et 1819 :

1° Que les décès des enfants au-dessous de trois mois sont plus nombreux dans les départements situés au nord que dans ceux qui se trouvent au sud ;

2° Que les plus nombreux décès arrivent pendant la saison la plus froide.

M. Herrmann, par ses calculs statistiques sur la mortalité en Russie, calculs qui embrassent un intervalle de douze ans, met à même de conclure que l'effroyable mortalité des enfants (600 décès d'enfants sur 1,000 décès totaux) dans certaines Eparchies plutôt que dans d'autres, est due au froid. Si M. Herrmann n'arrive pas lui-même à cette conclusion, c'est parce que de l'identité de latitude de certaines contrées avec d'autres ou avec la Suède, il conclut à tort l'identité de température, ce qui est loin d'avoir lieu, au moins d'après le travail de M. Alexandre de Humboldt, sur les lignes isothermes et la distribution de la chaleur à la surface du globe.

Suivant M. Quetelet, dont les calculs reposent sur douze années d'observations dans les Pays-Bas, pour deux enfants qui meurent en janvier, on n'en perd qu'un seul au mois de juillet.

Suivant M. le docteur Lombard, qui base son mémoire sur des faits extraits des registres de l'état civil de Genève, le *maximum* des décès pour le premier mois de la vie correspond au mois le plus froid (janvier), et le *minimum* aux deux mois les plus chauds (juillet et août). D'après les tableaux de M. Lombard, les mois les plus froids augmentent tellement les décès qu'ils en doublent le nombre et même au delà.

Les recherches de M. le docteur Patin sur les naissances et les décès dans la ville de Troyes, sont les seules qui *paraissent* faire exception aux précédentes. Mais nous devons dire que M. Patin, en opérant sur la totalité des décès de chaque mois, a trouvé les mois de janvier et de février les plus chargés, et qu'en divisant les décès par âge, il a établi de trop larges périodes pour pouvoir apprécier la mortalité dans les premiers mois de la vie : en effet, des trois tableaux dont M. Patin tire ses conclusions, la période qui a trait à notre objet comprend réunies les dix premières années de la vie; or, on sait que ce n'est que dans les premiers mois que le froid exerce sa funeste influence, et qu'il est au contraire favorable après la seconde année; l'exception apportée par M. Patin n'est donc qu'apparente.

Je réponds maintenant, continue M. Londe, à la question que vient de faire l'honorable M. Moreau, savoir si c'est bien le transport des nouveau-nés hors du domicile qui accroît la mortalité. Le savant Toaldo, astronome et prêtre à Padoue, a remarqué que la mortalité des enfants chrétiens forme, dans la Marche trévisanne, plus des deux cinquièmes des décès totaux, comparée à la mortalité des enfants juifs, qui, malgré l'opération douloureuse de la circoncision, forme à peine un cinquième des décès, et il conseille d'ondoyer les nouveau-nés

dans la maison paternelle, et de ne les porter à l'église que plus tard. Enfin les auteurs que nous citons s'élèvent contre ce transport, soit à l'église, soit à la mairie, et M. Villermé, entre autres, voudrait voir une disposition législative qui prescrivît à l'officier de l'état civil de constater les naissances au domicile même du nouveau-né, comme le médecin constate les décès au domicile du mort.

Si donc M. Villermé et autres n'ont pu obtenir un changement à cet égard, il est probable que quelque motif puissant s'y oppose. Nonobstant ceci, et pour formuler une conclusion, je crois qu'il peut être répondu à M. le ministre que, sans s'immiscer en rien dans la question administrative, à laquelle elle doit rester étrangère, la commission pense que, sous le rapport de l'hygiène, il ne peut y avoir que d'incontestables avantages à substituer au transport des nouveau-nés à la mairie la constatation à domicile des naissances et du sexe.

— Après une longue et confuse discussion, au milieu de laquelle il est difficile de saisir les nombreux amendements proposés, l'Académie finit par adopter un amendement proposé par M. Gibert et appuyé par MM. Moreau, Ségalas et Bonvier qui s'y rallient, et qui est conçu à peu près en ces termes : « L'Académie pense, comme l'auteur du mémoire, que la présentation des nouveau-nés à l'officier de l'état civil a des inconvénients pour leur santé. »

La séance est levée à cinq heures et demie.

BIBLIOGRAPHIE.

NÉVROLOGIE DESCRIPTIVE ET ICONOGRAPHIQUE ; par MM. LUDOVIC HIRSCHELD et LÉVEILLÉ.

L'histoire des systèmes nerveux, assez mal connue des anciens anatomistes, a reçu des modernes un très vif éclat. Ni les monographies, ni les traités spéciaux, ni les iconographies ne lui ont fait défaut, et depuis bientôt vingt ans, elle a pris rang dans la science sous l'égide des noms les plus remarquables de notre époque. Il semblait donc qu'il restât peu à défricher dans ce terrain si souvent parcouru, et que certains points spéciaux pouvaient seuls désormais attirer l'attention. L'erreur eût été grande, et M. Ludovic Hirschfeld est venu nous apprendre que l'étude du système nerveux n'avait pas encore dit son dernier mot. Ce jeune anatomiste, bien connu de tous les travailleurs de notre Faculté, vient d'entreprendre la publication d'une NÉVROLOGIE DESCRIPTIVE ET ICONOGRAPHIQUE, dont les deux premières livraisons ont déjà paru. Sous une forme analytique, l'auteur a résumé les points les plus importants du système nerveux; il a aux faits connus ajouté les résultats de ses nombreuses dissections, et avec l'aide d'un habile dessinateur, M. Léveillé, il a reproduit tous ces faits dans une des iconographies les plus correctes que nous possédions sur ce sujet.

La première livraison renferme l'histoire de la dure-mère et de l'arachnoïde. L'auteur, sans entrer dans des détails historiques qui ne sont point dans l'esprit de son livre, s'est appliqué à décrire brièvement cette enveloppe fibreuse et à en indiquer les meilleurs modes de préparation; puis il a représenté sous des aspects divers cette dure-mère, dont les prolongements, mal indiqués, vont envelopper la plupart des organes qui sortent de la cage céphalo-rachidienne. Les planches qui ont trait à cette partie de son livre brillent par une grande exactitude et par une rare finesse d'exécution.

L'arachnoïde, ce feuillet sur lequel tout semblait avoir été dit, a offert à M. Hirschfeld le sujet d'une intéressante remarque. Personne n'ignore que Bichat a décrit une communication entre les cavités arachnoïdienne et ventriculaire au moyen d'un canal découvert par lui, et connu sous le nom de *canal arachnoïdien de Bichat*. Ce canal, produit par la réflexion de l'arachnoïde et sa pénétration dans le ventricule moyen, entourerait les veines de Galien en leur formant une gaîne. De nos jours ce canal a été nié, et l'on n'a vu en lui que le résultat d'un mode défectueux de préparation ; mais en s'entourant de toutes les précautions qui pouvaient lui faire éviter une erreur, M. Hirschfeld est parvenu à s'assurer plusieurs fois de l'existence de ce canal.

La seconde livraison, plus remarquable encore que la première, est destinée à la pie-mère encéphalique, à la moelle épinière et à une partie de l'encéphale. C'est également sous une forme brièvement résumée que les faits ont été présentés ; nous y avons remarqué un assez bon chapitre sur la manière d'étudier l'encéphale. Suivre dans l'encéphale le prolongement de la moelle épinière et montrer la connexion de toutes ces fibres, peut donner une idée assurément très-philosophique de l'encéphale, mais souvent ne grave pas assez bien dans l'esprit les rapports et les formes précises de ces parties si variées. Procéder d'une façon inverse, et décrire séparément ce qui est si bien réuni, ne donne du cerveau qu'un aperçu à la fois incomplet et étroit. M. Ludovic Hirschfeld a suivi les deux méthodes, et à mesure qu'il décrit toutes les parties de l'encéphale, il accompagne son texte de planches qui nous les présentent sous toutes les faces. Rien n'a été épargné pour rendre intelligibles la structure si compliquée de la protubérance et du cervelet, la marche des fibres du bulbe à travers le pont de Varolle et au delà, la distribution des pédoncules du cervelet et du cerveau, enfin toutes ces choses qu'une description est insuffisante pour faire comprendre à ceux qui commencent l'anatomie. La terminaison des fibres pédonculaires a aussi nettement été traitée. Parmi toutes ces figures, plusieurs se rattachent à des faits assez importants pour ne pas les omettre dans ce rapide compte rendu. Ainsi M. Hirschfeld a établi par de nouvelles préparations et conformément aux idées de M. Cruveilhier que cet entre-croisement supérieur décrit avec soin par M. Foville, et sur lequel on s'était empressé de bâtir des hypothèses pathologiques, n'existait pas, et n'était qu'un résultat d'une préparation défectueuse.

La valvule de Vieussens n'appartient pas, selon M. Hirschfeld, aux bords internes des pédoncules supérieurs du cervelet, mais elle se continue avec le faisceau intermédiaire du bulbe. Elle n'est donc que le résultat d'un entre-croisement des fibres les plus externes des faisceaux innominés du bulbe.

Enfin, et pour terminer cette rapide analyse, le jeune anatomiste qui a consacré plus de cinq années à ces patientes études, a montré que le nerf acoustique s'anastomose dans l'épaisseur de la protubérance avec des fibres originelles de la cinquième paire ; ainsi les analogies se poursuivent quant aux anastomoses de la cinquième paire avec les nerfs des sens, et ce fait curieux d'anatomie éclairera peut-être un jour bien des faits ignorés dans la pathologie de l'ouïe.

Nous voudrions pouvoir donner à cette analyse une étendue plus grande ; mais une iconographie a besoin de passer dans les mains de chacun pour être convenablement appréciée. L'ouvrage que publie maintenant M. Hirschfeld est appelé à ce succès ; car il remplit une lacune et rendra aux élèves d'incontestables services. Les faits principaux de l'histoire anatomique des nerfs y sont rappelés avec une rigoureuse précision ; des planches nombreuses et d'une rare exactitude les traduisent aux yeux sous des aspects divers ; les modes de préparation, trop souvent négligés dans nos livres, y sont convenablement détaillés. C'est là plus qu'il n'en faut pour assurer au livre de M. Hirschfeld un long et légitime succès.

— RÉFORME MÉDICALE EN ANGLETERRE. — On sait que nos voisins d'outre-Manche ont conservé jusqu'aujourd'hui dans l'organisation de la médecine un système complètement analogue à celui de leur constitution politique et de leur législation. Institutions développées graduellement, suivant les besoins et les nécessités du moment. Déjà depuis quelques années le besoin d'une réforme radicale se faisait sentir. Aujourd'hui le gouvernement lui-même semble vouloir prendre sur lui de modifier l'état actuel des choses contre lequel réclament presque tous les praticiens anglais. Malheureusement la question est tellement complexe, les intérêts des différentes corporations médicales tellement opposés, et la discussion s'est tellement aigrie depuis quelque temps, qu'on n'entrevoit pas de transition facile entre un état de choses qui ne peut durer et les réformes que prépare sans doute sir George Grey, ministre de l'intérieur.

De nombreuses pétitions ont été signées dans toutes les parties de l'Angleterre contre les priviléges du collége des médecins et des chirurgiens et les distinctions honorifiques si différentes entre ces deux classes de praticiens spéciaux et ceux qu'on appelle *general practitioners* ou apothicaires qui cumulent les fonctions de pharmaciens, de médecins, d'accoucheurs et de chirurgiens ; classe nombreuse parmi laquelle on compte un grand nombre de praticiens distingués et de professeurs éminents.

Pendant que la médecine civile s'agite ainsi un peu tumultueusement, les médecins de l'armée de terre et de mer font des efforts continuels pour conquérir une position à laquelle ils ont droit par leur rang et leur éducation, comme membres d'une profession savante et comme officiers.

Dans l'une des dernières séances de la chambre des communes, après avoir exposé les mauvais traitements et les vexations auxquels les chirurgiens adjoints de la flotte étaient constamment exposés, n'ayant même pas de logement particulier à bord, le capitaine Boldera, malgré une opposition considérable, a entraîné un vote de la chambre qui donne droit aux réclamations que, depuis plusieurs années, on n'avait cessé de réitérer.

Par contre l'armée de terre refuse impitoyablement à ses chirurgiens dont un grand nombre ont été blessés ou tués dans les différentes campagnes de l'Inde la décoration de l'ordre militaire du Bain.

— RÉVISION DE LA PHARMACOPÉE DES ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE. — Une assemblée s'est réunie dans ce but le premier lundi de mai à Washington. Les différentes sociétés médicales, les colléges de médecins, les colléges de médecins et de chirurgiens, les colléges de pharmacie de tous les États y ont envoyé des représentants.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — DU NITRATE DE PLOMB COMME DÉSINFECTANT.

L'Académie de médecine vient de se donner à elle-même un exemple de prudence et de dignité en refusant son approbation exclusive à un moyen de désinfection, bon en lui-même, mais dont le mérite, pour être apprécié justement, ne peut l'être que comparativement à celui des autres substances désinfectantes. Dans les matières qui touchent à l'industrie et où les moindres encouragements de l'Académie deviennent un sujet d'exploitation, il importe au plus haut degré d'éviter toute formule ambiguë d'approbation, et de dire des inventions, non ce qu'elles valent en elles-mêmes, mais ce qu'elles valent relativement aux autres inventions du même genre. C'est le seul moyen d'être parfaitement équitable et de ne pas jeter des armes inégales au milieu de luttes qui, pour se rapporter à un perfectionnement hygiénique, n'en sont pas moins des luttes d'industrie. L'appréciation comparative devient surtout un devoir quand l'Académie est consultée par l'autorité. L'autorité, en effet, alors même que, dans le ressort de l'industrie et de la médecine, elle est représentée comme à présent par un chimiste-médecin, n'est pas censée connaître tous les procédés qui se disputent la prééminence. Elle n'est pas tenue surtout d'être initiée aux contestations de priorité. En sorte que, en l'édifiant uniquement sur les mérites d'un de ces procédés, sans en indiquer l'origine, sans jugement comparatif, on l'expose à répandre sur celui-là des faveurs qu'un autre eût mieux méritées, et cela au détriment de l'intérêt public et souvent d'intérêts particuliers fort respectables. C'est aux corps savants à prémunir le ministre contre ces erreurs involontaires, dussent-ils pour cela dépasser les termes et agrandir le sens des questions qui leur sont adressées.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce avait consulté l'Académie au sujet d'un nouvel agent de désinfection proposé par MM. Raphanel et Ledoyen. Cet agent n'est autre que l'azotate de plomb dissous dans l'eau. La commission, par l'organe de M. Huguier, dans un rapport d'ailleurs très-bien fait et appuyé de nombreuses expériences, avait cru devoir se borner à établir la propriété désinfectante du liquide. Il est démontré que ce liquide, appliqué au moyen de compresses sur des plaies fétides, sur des chairs putréfiées, mêlé aux matières fécales et généralement aux matières animales et végétales en fermentation, fait disparaître rapidement la mauvaise odeur; que, en le faisant évaporer au moyen de linges humectés et étendus sur des cordes, on détruit les miasmes répandus autour et loin du foyer d'infection; que, par conséquent, la pratique médicale, l'hygiène privée et publique, l'anatomie même peuvent en tirer parti contre la pourriture d'hôpital, contre toutes les plaies à odeur fétide, contre les émanations des fosses d'aisances, des égouts, contre la putréfaction des pièces anatomiques, etc. Tout cela paraît hors de doute. Mais est-ce là tout ce qu'il fallait répondre au ministre? La commission dit oui; l'Académie a dit non, et nous disons comme l'Académie.

Supposez, comme nous le disions tout à l'heure, le ministre peu versé dans la connaissance des nouveaux procédés de désinfection — c'est une supposition mal justifiée sans doute en ce moment, mais commandée par le principe — que devra-t-il faire en présence du rapport de l'Académie? Pourvoir immédiatement aux moyens de répandre les bienfaits de la découverte, sanctionner administrativement le jugement de la science; livrer à MM. Raphanel et Ledoyen les fosses d'aisances, les égouts, les voiries, les salles d'amphithéâtre, les hôpitaux. Or on va voir quels seraient l'équité et l'avantage d'une semblable mesure.

En premier lieu, les postulants ne sont pas les inventeurs du procédé. Comme l'ont rappelé MM. Caventon, Guibourt, Bouchardat, la propriété désinfectante du nitrate de plomb est connue depuis longtemps. Est-il juste, quand la science s'enrichit d'une découverte, d'attribuer le monopole de l'exploitation au premier qui songera à solliciter l'approbation ministérielle? Cela est-il prudent surtout, quand l'un des postulants (que pourquoi ne le répéterions-nous pas après un honorable académicien?) s'est fait remarquer, lors des dernières élections à l'assemblée législative, par de si singulières affiches en faveur d'un *siccatif* bien connu? Voilà une première considération qui ne manque pas d'importance.

Une seconde considération, plus grave et plus décisive, c'est que la question de la désinfection, qui est maintenant à l'étude auprès du conseil de salubrité, est autrement complexe que n'a paru le croire la commission. Il ne s'agit pas seulement, au point de vue de l'intérêt public, de savoir si telle ou telle substance jouit d'une certaine dose de propriétés désinfectantes, mais bien de déterminer quelle est, de toutes les substances prétendant à la même vertu, celle qui la possède au plus haut degré, ou si, comme il est probable, chaque procédé n'a pas des avantages spéciaux applicables seulement à des circonstances déterminées. Il ne paraît pas jusqu'ici que le nitrate de plomb puisse légitimement prétendre à la suprématie. Il rencontrera, pour la désinfection des fosses d'aisances, des adversaires redoutables dans le protosulfate de fer (procédé de M. Schattenmann); dans le sulfate de zinc et de fer mêlé au charbon (procédé de M. Siret); dans le protoxyde de fer hydraté (procédé de MM. Kraff et Suquet); et pour la désinfection et la conservation des pièces anatomiques, dans les chlorures et l'hyposulfite de soude. M. Robert, qui a expérimenté le nitrate de plomb il y a déjà plusieurs années, comme désinfectant des plaies, lui attribue un inconvénient sérieux, celui de ne désinfecter que passagèrement, et d'obliger à un renouvellement fréquent du liquide. L'inconvénient est tel que M. Robert a fini par abandonner ce moyen.

C'est donc uniquement par des expériences comparées et faites sur une grande échelle qu'on peut arriver à une solution précise et vraiment utile. Le travail provoqué par M. le préfet de police, et qui se poursuit par les soins du conseil de salubrité, l'Académie peut l'entreprendre de son côté; ce sera une nouvelle et précieuse garantie. Il y a là le sujet de recherches chimiques et hygiéniques de la plus haute importance, et une bonne occasion, pour MM. les chimistes de l'Académie, de sortir une fois des ennuyeux rapports auxquels les condamnent trop souvent les demandes d'approbation, sollicitées par les inventeurs de remèdes. Sur quelques observations très-sensées de MM. Guibourt, Caventon, Gibert, et après une chaleureuse allocution de M. Bouchardat, le rapport a été renvoyé à la commission, à laquelle ont été adjoints MM. Robert, Bouchardat et Caventou.

Puisque, ainsi, la question se trouve posée à nouveau, nous nous permettrons de recommander à la commission un point de vue qui n'a été indiqué ni dans le rapport ni dans la discussion, qui n'était pas sans doute dans l'esprit du ministre, mais qui a, selon nous, une bien autre importance que celui de la désinfection pure et simple. Nous sommes loin de nier les

---

Feuilleton.

UNE VISITE MÉDICALE AU MUSÉE DES ANTIQUES.

(Suite et fin. — Voir les numéros 23 et 24.)

Hygie, fille d'Esculape, est la déesse de la santé. C'est la déesse *Salus* des Romains, qui lui avaient élevé plusieurs temples, un entre autres, dès l'an de Rome 451, sur le mont Quirinal (Tite Live, l. 10, c. 1), et lui avaient consacré un collége de pontifes chargés de prier pour la santé des particuliers et la conservation de tout l'empire. Chez les Grecs, comme nous l'avons vu, la statue d'Hygie était bien souvent associée à celle d'Esculape. Il paraît même que quelquefois l'identité de leurs attributions leur valait une dénomination commune: ainsi à Titané, dans la Sicyonie, où le temple d'Esculape fut sans doute un des premiers que l'on connaisse, puisqu'il fut construit par Alexanor, fils de Machaon, fils lui-même d'Esculape la statue de ce dieu, nous dit Pausanias, se nomme aussi Hygie (Achaïe, ch. 23). Il est vrai que, d'après le costume de l'une et de l'autre, dans ce même temple de Titané, il était bien permis de les confondre. « On ne voit de la statue d'Esculape, nous dit ailleurs Pausanias, que le visage, les pieds et les mains, le reste est caché par une tunique de laine blanche que recouvre une robe. Il en est de même de la statue d'Hygie; à peine aussi peut-on la voir, tant elle est couverte de cheveux offerts par les femmes qui se les coupent en son honneur, et de bandes d'étoffes de Babylone. » (CORINTHIE, ch. 11.)

Telle n'est pas cependant la manière d'être que la plastique prête le plus habituellement à Hygie. Quelquefois c'est une jeune fille assise sur un trône, couronnée de lauriers et autres plantes médicinales, tenant une patère de la main droite et un serpent de la main gauche. Quelquefois elle porte un coq sur la main droite et de l'autre elle tient un serpent qui s'enroule autour de son bras. Souvent, et nous en avons un exemple ici (n° 84), c'est une jeune fille belle de vigueur, debout et offrant à boire à un serpent sur une patère qu'elle tient de la main gauche. Cette pose est une allusion bien évidente à l'usage des prêtres d'Épidaure qui, utilisant le caractère doux et inoffensif d'une espèce de serpents roussâtres et communs dans le pays d'Épidaure (Pausan.; CORINTHIE, ch. 28), les habituaient à se replier autour d'eux, et à se dresser de manière à venir prendre la nourriture qu'ils leur présentaient dans une coupe.

Outre la statue que je signale ici, nous avons une autre effigie de cette même déesse adjointe à Esculape dans les bas-reliefs n°s 254 et 268. Nous y retrouvons encore le serpent de la médecine; et puis, n° 651, voici quelques mots, reste bien incomplet d'une inscription qui paraît avoir contenu une invocation à Hy-

inconvénients des mauvaises odeurs; nous désirons vivement, par exemple, qu'on parvienne à débarrasser les villes des émanations dont les remplissent encore les procédés actuels de vidanges; nous admettons tout ce qu'ont de pénible, de malsain même, pour les malades et ceux qui les soignent, les horribles exhalaisons qui s'échappent de certaines parties suppurantes ou gangreneées. Mais les miasmes odorants ne sont pas en général très-funestes à la santé; ils ne sont pas notamment les agents de transmission des maladies contagieuses. On ne gagne pas la syphilis en respirant les miasmes, souvent si fétides, qui s'exhalent des plaies syphilitiques et le pus virulent de la syphilis n'a pas d'odeur. Dans les affections dont la contagion peut être médiate, comme la variole, la morve, la peste, il ne paraît pas jusqu'ici que les miasmes dont l'odorat est si désagréablement affecté dans ces maladies soient les véhicules de la contagion; car nous ne sachons pas que la désinfection par les chlorures ou tout autre agent ait jamais mis obstacle à la contagion. Encore moins possède-t-on les moyens de détruire le virus des maladies transmissibles seulement par inoculation. A tous ces égards, l'expérience remonte déjà assez loin. On connaît les essais tentés avec le chlore, particulièrement en Espagne, à la fin du siècle dernier et au commencement de celui-ci, dans le but de détruire le miasme du typhus et d'arrêter ainsi le cours des épidémies dont la péninsule a été affligée. On sait aussi que M. Bousquet a recherché si l'activité du virus variolique pouvait être détruite par les chlorures. Il est très-vrai que le résultat de ces expériences et de plusieurs autres paraît avoir été entièrement négatif; que, plus récemment, un membre de la section de médecine vétérinaire, M. Renault, n'a pas mieux réussi, si nous avons bonne mémoire, à l'égard du virus de la morve. Mais nous n'en affirmons pas moins que la neutralisation des virus ou autres agents de transmission des maladies offre encore aujourd'hui un magnifique sujet d'étude. La question est assez haute pour qu'on ne doive pas se décourager sans de graves motifs. Si la commission, renforcée comme elle vient de l'être, voulait la reprendre et la poursuivre avec persévérance, il n'est pas certain qu'elle puisse arriver à quelques résultats utiles, et dans ce cas, quelque bornés que fussent les résultats, elle pourrait se vanter d'avoir fait faire à la science et à l'hygiène un pas considérable et de grande portée.

PHYSIOLOGIE.

HISTOIRE ET SYSTÉMATISATION GÉNÉRALE DE LA PHYSIOLOGIE; mémoire présenté à la Société de biologie (séance du 8 juin 1850), par M. le docteur L.-A. SEGOND, secrétaire de la Société, bibliothécaire à l'École de médecine.

Quand on observe la marche de l'esprit humain dans la conception hiérarchique des idées scientifiques, on le voit, à mesure qu'il arrive aux notions les plus complexes, lutter de plus en plus entre ses tendances réelles et l'esprit théologico-métaphysique; mais, par suite de l'accomplissement de son évolution normale, les êtres surnaturels et les entités cèdent peu à peu le terrain et sont finalement culbutés par l'avénement fatal des idées positives. Tel est, quant à cette dernière phase, l'aspect caractéristique de la biologie se dégageant à peine des dernières entraves de la métaphysique. Dans cette dernière science, comme dans les autres parties de la philosophie naturelle, certains points ont pu de bonne heure recevoir un premier degré de positivité. Dans mon précédent travail sur l'histoire et la méthode de l'anatomie (1), on a pu voir comment, au point de vue statique, la simple observation directe avait, dès le grand Aristote, suscité une première coordination des animaux basée sur des caractères de conformation extérieure et intérieure. Mais pour étudier les êtres vivants au point de vue dynamique, l'esprit humain avait besoin d'une préparation préliminaire plus étendue; et ce n'est qu'après l'établissement de la physique et de la chimie que, profitant des procédés logiques émanés de ces dernières sciences, la physiologie elle-même pouvait se constituer.

La simple contemplation directe, dans les phénomènes biologiques, ne pouvait conduire qu'à des notions élémentaires de dynamique animale. Quand on fait de nos jours remonter l'histoire de la physiologie aux temps qui ont précédé ou suivi de près la fondation de l'école d'Alexandrie, c'est qu'on veut comprendre, dans cette révision du passé, les théories métaphysiques de l'antiquité sur la vie ou sur certaines expériences résultées le plus souvent du hasard. Il manquait à la raison humaine, pour explorer les phénomènes complexes de la vie, deux procédés d'observation : l'expérimentation et la comparaison. C'est dans l'étude des phénomènes physiques que devait se développer au plus haut degré le procédé expérimental; aussi peut-on dire que, dès les belles expériences de Galilée, date aussi bien l'établissement de la physique que le commencement de la physiologie positive. C'est donc à partir de cette mémorable époque qu'il faut rechercher les principaux éléments d'une systématisation ultérieure de la biologie.

L'examen historique que je dois faire va porter sur les éléments fondamentaux de la systématisation et sur la systématisation elle-même. On doit concevoir que la recherche minutieuse de la série des découvertes effectuées sur chaque question particulière de physiologie, loin d'être utile à l'objet de mon travail, ne ferait que le surcharger de documents secondaires. Tout, dans une science, n'a pas le même degré d'importance et de généralité; c'est en confondant des points de vue très-distincts que beaucoup d'historiens de la science ont malheureusement accolé dans les mêmes appréciations des travaux d'un ordre bien différent et des observateurs d'un inégal mérite. La faveur obtenue par ces narrateurs n'a que trop dépendu de ce régime moderne dans lequel les découvertes machinales ont souvent plus de succès que les coordinations les plus essentielles. Mais il suffit aujourd'hui de signaler de pareilles anomalies à la génération scientifique naissante pour qu'elle en soit préservée.

Cette exposition générale ne peut dispenser, dans tous les cas, de la recherche délicate des progrès successifs effectués pour chaque question particulière de physiologie; il est au contraire facile de prouver la grande efficacité de cet ordre de notions historiques dans l'enseignement de cette science. La grande complexité des phénomènes s'oppose bien souvent aux succès de l'éducation scientifique; et à beaucoup d'égards, on comprend combien l'histoire précise de l'évolution positive d'une théorie peut offrir d'intérêt pour sa vulgarisation. En considérant la profonde inégalité intel-

(1) MÉMOIRES DE LA SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE, 1re année, 1849, p. 13.

gie. Il ne sera peut-être pas sans intérêt de compléter en quelque sorte ce qui lui manque, en rapprochant de ce débris si imparfait une prière sans doute analogue composée en l'honneur d'Hygie par Ariphon de Sicyone, prière qu'Athénée nous a conservée sous le nom de Pœan à Hygie (DEIPNOSOPH., l. 15), et que Maxime de Tyr nous cite comme fort ancienne et comme chantée cependant encore de son temps, c'est-à-dire sous Marc-Aurèle (Voy. DISSERT. 13, § 1) :

« Hygie, déesse surtout vénérable parmi les bienheureux, puissé-je être tou-
» jours avec toi jusqu'à la fin de mes jours, et toi ne me refuse pas de demeurer
» avec moi pour me faire goûter tes faveurs. Car s'il est des attraits dans les ri-
» chesses, dans l'amour des parents, dans la royauté que les hommes regardent
» comme le bonheur des dieux mêmes, dans les plaisirs que nous demandons à
» Vénus; s'il en est dans la joie que les dieux peuvent nous procurer, dans le
» repos qui rétablit nos forces après le travail, Hygie! c'est avec toi, ô immor-
» telle! C'est avec toi que tout fleurit et que brille le printemps des grâces,
» mais sans toi pas de bonheur possible. » (Athénée, DEIPNOSOPH., fin du liv. 15.)

Bien souvent, auprès de la statue d'Esculape, avec la déesse Hygie et plus ordinairement en son absence, on remarque un jeune homme, ou même un enfant, enveloppé d'un manteau à capuchon sous lequel se cachent ses pieds et ses mains. Ce personnage, c'est Télesphore. Télesphore, médecin célèbre, comme Esculape sans doute, fut mis comme lui au rang des dieux, et ce fut Pergame qui la première lui décerna les honneurs divins. Télesphore est, comme Hygie, le symbole de la santé. Comme tel, non-seulement il accompagne Esculape et Hygie, mais quelquefois même on le retrouve auprès d'Hercule, pour nous faire entendre apparemment que la force n'est rien sans la santé. Suivant d'autres, il exprimerait aussi la force cachée, la force vitale (O. Muller, ARCHÉOL., t. II). D'autres encore y voient l'emblème de la convalescence. Je suis d'autant plus porté à admettre que telle fut en effet sa signification la plus générale, qu'en faveur de cette idée militent, si je ne me trompe, et l'étymologie de Télesphore (τελος fin, et φερω porter), et surtout ce costume qui rappelle celui de l'Esculape de Titane, et qui est si bien en rapport avec les précautions que la convalescence exige.

Je noterai à ce sujet que, chez les Romains, le capuchon, ainsi que les bas et la cravate qui enveloppait le cou et les oreilles, n'étaient permis qu'aux malades. C'étaient les insignes de la maladie, *insignia morbi* (Voy. Horace, sat. 3, l. 2, v. 253). Il n'y a, dit Quintilien, que la maladie qui puisse faire excuser les capuchons, les bas, les linges qui enveloppent le cou et les oreilles. *Palliolum, sicut fascias quibus crura vestiuntur, et focalia, et aurium ligamenta, sola excusare potest valetudo* (INSTIT. ORAT., l. 11, ch. 3).

Nous rencontrons ici Télesphore, soit tout seul (n° 510), soit avec Esculape (n° 475). Dans ce dernier groupe, nous pouvons remarquer, derrière Télesphore, deux rouleaux qui paraissent à l'auteur du livret du musée indiquer les deux parties essentielles de la médecine : l'hygiène et la thérapeutique; le lien qui unit ces deux rouleaux désignerait l'accord de ces deux arts. Une tablette qui leur est jointe serait une de ces tablettes votives où l'on inscrivait les maladies dont on avait été guéri par le secours d'Esculape, et le traitement qu'on avait suivi. Ce que l'on voit sur le sol, entre Esculape et Télesphore, de forme circulaire et bombée, est peut-être le *clypeus* ou *clibanus*, espèce de bouclier, ou de cou-

lectuelle et morale des individus, il faut prévoir qu'un professeur, malgré son mérite, sera compris à des degrés très-variés dans une théorie exposée avec son entier développement. Un auditoire, en un mot, ne peut être composé d'individus appartenant tous à leur siècle, dès lors on conçoit tout l'avantage qu'on peut retirer dans l'enseignement de l'exposition historique d'une question, prise aux diverses époques de son évolution positive et offrant à chaque progrès un développement nouveau. Du reste, quel que soit le degré d'intensité de notre esprit, on peut assurer que, pour la conception d'une idée, rien n'est plus propre à dresser notre intelligence que l'aspect des degrés successifs de maturité acquis par la raison humaine dans tout problème d'une certaine complexité; et de même que l'humanité a conçu l'espace avant de concevoir les corps, marche rationnelle qu'il est nécessaire de suivre dans toute éducation scientifique, de même, dans les notions particulières, la raison humaine a passé par divers degrés de simplicité qu'il est indispensable de parcourir pour que toute intelligence puisse, à un degré quelconque, se les approprier.

L'esprit philosophique qui domine toute opération historique doit être essentiellement pris en considération. Il est certain que le peu de cas que beaucoup d'esprits paraissent faire de la méthode historique dans les sciences vient précisément d'un mauvais emploi de l'histoire elle-même. Quel exemple plus caractéristique à citer, à cet égard, que cette HISTOIRE DES SCIENCES, publiée il y a peu d'années par le dernier penseur de la biologie, et dans laquelle le choix des types est dirigé d'après une déplorable rétrogradation théologique; par quelle étrange aberration, dans notre siècle, l'histoire du réel, du précis, du positif, peut-elle être conduite par la philosophie du chimérique du vague et du fictif! Cette observation est aussi capitale pour l'histoire générale de la biologie que pour l'examen particulier des notions secondaires, et le rôle important que j'essayais plus haut d'assigner à l'histoire dans l'enseignement des sciences, deviendrait très-préjudiciable, si les diverses phases d'une question se trouvaient ainsi caractérisées par de mauvais types. Le succès d'un tel procédé dépend surtout de la vraie conception théorique du passé, et ce n'est que d'après l'histoire de l'humanité considérée dans ses divers modes d'existence, qu'il faut régler l'histoire particulière des sciences, condition qui ne pouvait être remplie avant que Hume, Adam, Smith, Donoyer, eussent exposé la loi d'activité humaine, et Auguste Comte les lois de l'évolution intellectuelle de l'humanité. C'est en se subordonnant à cette direction générale que l'histoire des sciences peut, soit pour la construction, soit pour l'enseignement, jouer un rôle très-étendu.

Pour éviter la confusion que je reprochais plus haut à beaucoup d'historiens, il faut, dans l'exposition que j'entreprends, établir une distinction nette des parties de la physiologie, pour ne pas mettre en parallèle des documents hétérogènes. En soumettant la physiologie aux mêmes principes qui m'ont dirigé pour la systématisation de l'anatomie, il faut y considérer trois parties : la première, correspondant à l'anatomie générale et embrassant l'étude physiologique des éléments, des tissus et des systèmes; la seconde, parallèle à l'étude des organes, comprenant les phénomènes des fonctions; la troisième, enfin, instituant au point de vue dynamique les démonstrations nouvelles que j'ai caractérisées déjà dans la statique par l'étude des relations anatomiques des appareils qui, en physiologie, comprendra l'examen des résultats plus ou moins généraux de la vie. En un mot, les trois degrés de l'analyse physiologique sont : les propriétés générales, les fonctions et les résultats. Je commencerai donc par examiner très-rapidement ce que le passé nous a fourni pour la constitution de ces divers degrés; j'étudierai ensuite les documents plus généraux relatifs à la systématisation physiologique. L'utilité de cette distinction étant dès à présent sentie, je vais d'abord parcourir le développement successif des trois parties de la physiologie, d'après l'ordre analytique de la méthode objective, me réservant de signaler, à la fin de ce travail, l'importante réforme qui doit consister aujourd'hui à introduire dans la biologie, d'une manière systématique, l'emploi de la méthode subjective surtout résultée de la connaissance du dernier terme de la série des sciences, ce qui permet aujourd'hui l'usage combiné des deux méthodes, la première fournie par la cosmologie, la seconde par la sociologie.

Les difficultés qu'a naturellement présentées l'analyse anatomique ont, par suite, retardé la vraie conception de la physiologie générale; l'analyse des propriétés devait se subordonner à l'étude préalable des éléments des tissus et des systèmes. Bien que dès le grand Aristote on commence à indiquer le vrai préliminaire de l'anatomie, par la division des parties en *similaires* et *dissimilaires*, bien que du temps de Haller on comprenne la généralité de l'étude de la fibre et de certains tissus, on a vu cependant que la véritable systématisation de l'anatomie générale a été effectuée par Bichat. C'est aussi à partir de ce grand biologiste que se manifestent les germes de la physiologie générale, bien que, avant Bichat, on eût également étudié certaines propriétés de tissu. Mais l'idée féconde des *propriétés de tissu*, qui n'est dans Bichat qu'un amendement à l'animisme de Stahl ou au vitalisme de Barthez, doit devenir le fondement de la physiologie générale et provoquer finalement la substitution des idées de propriété à toutes les idées de force. On peut assurer que Bichat lui-même, sans une mort prématurée, aurait complété cette absorption définitive de l'ontologie et de la métaphysique. Mais depuis l'apparition du TRAITÉ D'ANATOMIE GÉNÉRALE, aucune tentative sérieuse de ce genre n'a été faite; le terrain de la physiologie générale n'a reçu que des améliorations partielles, sans se constituer dans son ensemble, et la situation provisoire de Bichat est acceptée comme définitive. Aujourd'hui que, par le perfectionnement des procédés d'observation directe, l'anatomie générale peut enfin s'organiser, le plan de la physiologie se trouvera naturellement tracé. Pour le moment, la plus grande indécision se remarque dans ceux même qui travaillent directement à cette partie de la physiologie. Un cas très-caractéristique est celui de Tiedemann qui, sous le titre de PHYSIOLOGIE GÉNÉRALE, publie un traité sur le procédé comparatif dans l'étude des fonctions. Il est très-vrai que la comparaison est de nature à fournir un certain degré de généralité à la notion de *digestion*, de *respiration*, de *génération*, etc. Mais il faut dire à Tiedemann, avec Bichat : « Quand vous voulez connaître les propriétés et la vie d'un organe, il faut absolument le décomposer; » et alors seulement on fait de la physiologie générale, tandis que Tiedemann ne fait que des généralités sur les fonctions. Un cas plus curieux et entièrement réciproque est celui de Blainville, qui, pensant étudier les phénomènes des fonctions, construit la véritable physiologie des systèmes. Cette dernière confusion, très-intéressante à vérifier, sera examinée plus loin à l'occasion du plan de cet éminent biologiste.

En résumé, quelles que soient les tendances actuelles pour changer un tel état de choses, il faut reconnaître que nous manquons d'une analyse précise des propriétés générales des corps vivants. Les propriétés physiologiques des éléments sont encore vaguement indiquées par les derniers micrographes; celles des tissus sont au point où les a laissées Bichat, car la

---

vercle d'airain, qui, dans les bains de vapeurs, servait à modifier la chaleur fournie par l'*hypocaustum*, ou fourneau placé sous la salle de bain.

Ici se termine tout ce qui a trait, directement ou non, à l'histoire des divinités principales qui président à la médecine, et à l'histoire d'Esculape spécialement. Jetons maintenant un coup d'œil sur quelques autres divinités encore, qui, pour avoir joué à cet égard un rôle secondaire, n'en sont pas moins dignes de trouver place dans cette revue.

Ce que nous avons dit plus haut, en parlant de l'origine du serpent d'Esculape, sur le caractère antique et divin attribué à la médecine par les anciens, nous explique suffisamment comment la suprême sagesse, comment cette fille du cerveau de Jupiter, comment Minerve, en un mot, put être investie elle-même des attributions médicales. Les Romains avaient en effet leur *Minerva medica;* on voit encore à Rome les débris d'un temple qui porte ce nom, et cette Minerve, si nous en croyons Valère Maxime, donnait parfois en songe d'utiles conseils aux malades (l. 1, ch. 7, § 1). Je remarque dans l'atlas de Muller une Minerve représentée comme Hygie nourrissant le serpent d'Esculape (pl. 33, fig. 109). Ne passons donc point devant les différentes Minerves de ce musée (n. 162—192—310—386—398—431—448—458), sans songer que peut-être il en est parmi elles qui, comme les divinités que nous avons vues jusqu'ici, auront reçu de quelques malades soit des prières, soit des hommages.

Mercure, *le plus utile des dieux*, suivant l'expression d'Aristophane (GRENOUILLES, v. 1175), ne pouvait non plus demeurer étranger à notre art. Aussi bien, nous voyons la Grèce, dès les temps primitifs, en faire un dieu de la santé et multiplier ses images sur les routes, dans les carrefours, dans les champs et dans les jardins. On lui donne alors la forme grossière d'un pieu, terminé par une tête barbue et muni d'un phallus. C'est alors le distributeur de tous les biens (δώτωρ ἐάων, etc.). Dès cette époque reculée, et sous cette même forme d'un buste phallique, il préside aux gymnases comme dispensateur de la beauté corporelle, des proportions harmonieuses et de la vigueur physique. (Voy. Muller, ARCHÉOL., t. II.) Comme tel, en tant que Mercure ἐναγώνιος, c'est-à-dire présidant aux combats du gymnase, plutôt que comme dieu de la santé, il a quelquefois le coq pour attribut, le coq, digne en effet de ce choix par son humeur belliqueuse.

Si le coq n'a pas ici la signification que nous aurions pu supposer d'abord, il y a par contre un Mercure que je ne trouve pas, il est vrai, dans le musée que nous étudions, mais il est si connu que je ne puis me dispenser de le citer; il nous offre un intérêt que nous pourrions ne pas deviner : c'est le Mercure Κριοφόρος ou porte-bélier; c'est l'analogue, et sans doute, comme nous le verrons tout à l'heure, l'original du bon pasteur des chrétiens. « Il existe à Tanagra, nous dit Pausanias, un temple dédié à Mercure dit Κριοφόρος, parce qu'il détourna de la ville une maladie contagieuse en portant un bélier autour des murs; c'est pour cela que Calamis a fait la statue de Mercure portant un bélier sur ses épaules. Le jour de la fête du dieu, celui des adolescents qui est jugé le plus beau fait le tour des murs de la ville, portant un agneau sur ses épaules. » (Pausan., BÉOTIE, ch. 22.) M. Raoul Rochette, dans son beau travail sur les catacombes de Rome (MÉM. DE L'ACAD. DES INSCR. et B. L.), fait observer que l'image du bon pasteur, si commune sur les sarcophages des premiers chrétiens, était la répétition de cette statue de Calamis, qui déjà même avait eu d'autres imitateurs chez les païens.

critique négative dirigée contre lui n'a rien remplacé jusqu'à présent; enfin la physiologie des systèmes a été parfaitement ébauchée par Blainville, sans que néanmoins ce dernier ait effectué sciemment un tel progrès, circonstance qui a nécessairement nui à l'efficacité de cette construction partielle. Tel est l'état actuel de la physiologie générale; telles sont les données qui doivent servir à sa constitution, du moment où des esprits positifs, convenablement préparés, voudront l'entreprendre.

La seconde partie de la physiologie, correspondant à l'anatomie des organes, a suivi leur destinée, et de même que l'anatomie des organes a été plus largement cultivée jusqu'ici que celle des tissus, à cause des observations plus faciles et plus précises dont elle est l'objet, de même la physiologie des fonctions a reçu le plus grand développement, bien que la méthode qui dirige encore cette étude soit ou indéterminée ou routinière. Ce développement parallèle de l'anatomie et de la physiologie se précise encore davantage quand on voit qu'à ces deux points de vue ce sont d'abord les faits les mieux tranchés qui ont le plus excité l'attention des observateurs. Depuis la révolution anatomique de Vésale, les organes de la vie animale ont été particulièrement étudiés, et l'art des classifications et la chirurgie n'ont que trop maintenu la prépondérance de cette étude, de manière à masquer la vraie dépendance envers les organes de la vie végétative. C'est aussi dans les problèmes physiologiques correspondants qu'on s'est d'abord exercé; mais les obstacles n'ont pas tardé à entraver ce mouvement prématuré de la physiologie. Aujourd'hui que la subordination de l'animalité à la végétalité est mieux sentie, on peut déjà noter dans les recherches relatives à la vie organique un degré de positivité bien mieux caractérisé que dans tous les travaux résultés de l'exploration directe des phénomènes de la vie de relation. La culture précoce des parties les plus complexes a en le grand avantage de distinguer la vie animale de la vie organique, comme se rattachant à des propriétés d'un ordre plus élevé, de la même manière que la culture isolée des phénomènes intellectuels et moraux a contribué à mieux établir les derniers prolongements de la physiologie des fonctions. Mais aujourd'hui que ces différentes parties sont convenablement préparées pour leur culture définitive, il faut se hâter de reconnaître la véritable subordination des fonctions pour ne pas poursuivre prématurément des recherches dont le succès dépend entièrement de l'établissement préalable de notions plus générales.

La marche que je viens d'indiquer, plaçant les expérimentateurs dans la véritable voie, a déjà permis d'atteindre, pour les phénomènes préliminaires du mouvement de composition, un degré de positivité remarquable, et tous les travaux importants effectués sur les fonctions de l'intestin, depuis Réaumur et l'abbé Spallanzani jusqu'à notre collègue M. Cl. Bernard, composent un ensemble de précieux renseignements très-propre à démontrer les lois fondamentales de la vie organique. Quant aux phénomènes généraux de la circulation, leur théorie positive a suivi de près les belles expériences de Galilée au seizième siècle. Harvey ne fit pas seulement cette grande découverte: il commença en outre à porter dans l'étude de la génération des vues plus précises. Cependant, malgré son exemple et celui de Haller, les forces plastiques et les vaines recherches sur les générations spontanées embarrassent encore cette grande question, et nuisent au développement des travaux plus positifs entrepris sur l'ovologie et l'embryologie.

Si de la vie végétative on passe à la vie animale, bien que les phénomènes de celle-ci soient mieux tranchés, bien qu'on ait employé à leur exploration des procédés plus nombreux, cependant on y trouve encore un degré inférieur de précision. Les sens n'ont été appréciés qu'au point de vue hiérarchique, et leur degré réciproque de généralité est senti depuis le grand Boerhaave. Quant aux explications données à propos de la fonction de chacun d'eux, on doit, à part quelques idées nettes sur le siége de la sensation, écarter un grand nombre de faits que l'insuffisante préparation des observateurs a maladroitement accumulés, et dans lesquels on ne saurait trouver, entre les phénomènes mécaniques et physiologiques, la combinaison nécessaire qui doit caractériser cet ensemble de recherches. Restent pour cette section les phénomènes d'innervation qui, par le vague actuel sur les propriétés générales des tissus composants, offrent encore une grande obscurité, si ce n'est l'intéressante distinction établie par Charles Bell, et débarrassée aujourd'hui du caractère absolu qu'avaient voulu lui donner des observateurs superficiels.

J'arrive en dernier lieu, pour la physiologie des fonctions, à l'analyse des phénomènes intellectuels et moraux, dont l'incorporation nouvelle aux études physiologiques doit être considérée comme une des plus importantes conquêtes de notre siècle, celle qui a définitivement dépossédé les derniers et tristes représentants de la psychologie.

Ce que le grand Descartes n'avait pu atteindre, ce que Cabanis même, avec son émancipation, n'avait pu concevoir, malgré de mémorables efforts, Gall eut la hardiesse de l'accomplir, et de lui date la première théorie physiologique sur les plus hautes fonctions de la vie. Quelle que soit l'imperfection de cette théorie, tout fait excuser et admirer Gall: la difficulté du sujet, son élévation et l'énergie qu'il fallait dans une aussi audacieuse entreprise. Depuis Gall seulement, l'étude des fonctions peut être complète et s'étendre jusqu'à ses dernières attributions fondamentales. Quant à la méthode qu'il convient d'y suivre, elle sera mieux précisée à propos de l'examen du plan de la systématisation générale.

En abordant la constitution de la troisième partie de la physiologie, consacrée à l'étude des résultats, je dois définir ce qu'il faut entendre par anatomie et physiologie des appareils. Ainsi que je l'ai établi, la partie préliminaire, en anatomie, étudie la décomposition d'un organe, afin d'en comprendre l'ensemble; puis la notion des différents organes conduit à celle de l'appareil. Enfin l'étude des appareils mène à la notion de l'organisme. Ces divers degrés correspondent exactement à l'analyse physiologique, dans laquelle l'étude des propriétés doit expliquer l'action particulière des organes; puis l'action des organes doit conduire à la fonction; enfin l'étude des fonctions vient aboutir à la notion de la vie. J'ai pu établir que l'anatomie des appareils n'existe pas, ou qu'elle s'est machinalement manifestée par quelques travaux de biologie dans lesquels la relation anatomique des appareils étant instinctivement sentie, on a conclu avec bonheur de certaines parties secondaires d'un organisme à tout un système d'organes, sans appuyer cela sur autre chose qu'une certaine routine. Les prétendus tours de force exécutés ainsi en paléontologie n'ont été que de purs artifices pratiques, sans aucun fondement scientifique. En dehors de ses vues incohérentes, il faut citer l'éminent Blainville, qui, soit dans la fondation philosophique de la série animale, soit dans le cours de paléontologie professé, il y a peu d'années, à la Sorbonne, a manifesté un profond sentiment de la relation anatomique des appareils, bien qu'il n'ait laissé à cet égard aucune trace de systématisation.

L'anatomie des appareils comme elle existe dans nos traités n'est que la simple anatomie des organes dans laquelle, depuis Bichat, on n'a introduit aucun perfectionnement. La fondation nouvelle de l'anatomie des appareils

---

Qui pourrait douter, dit M. Raoul Rochette, que les chrétiens prirent là un type qui leur fournissait, au moyen d'un simple changement d'intention, l'image la plus heureuse du Sauveur des hommes?

Tout le monde sait que Mercure servait de guide aux âmes des morts et les conduisait chez Pluton. Nous voyons Mercure, dans l'ODYSSÉE, amener les âmes des prétendants de Pénélope aux enfers, ou plutôt dans ce pré couvert d'asphodèles (ἀσφοδελὸς λειμών) où elles retrouvent les âmes d'Achille, d'Agamemnon, etc. Ce souvenir est, suivant toute probabilité, consigné dans ce bas-relief (nº 538) qui paraît représenter le Mercure psychagogue ou ψυχοπομπός des anciens.

Bien que ceux-ci, par une modification insensible et de ses fonctions et de ses images, aient été amenés à faire du Mercure des premiers temps, de ce Mercure dieu de la force corporelle et de la santé, toute autre chose assurément, et, par exemple, le dieu du commerce et de l'industrie, l'idée première survécut apparemment à ses manifestations primitives; car chez nos ancêtres eux-mêmes, les Gaulois, le plus vénéré de leurs dieux, Teutatès, qui n'était que le Mercure de la mythologie gréco-romaine, ce que nous prouvent ses figures arrivées jusqu'à nous, était non-seulement le dieu des arts, des voyageurs, du commerce, mais aussi celui qu'imploraient les femmes enceintes. (Voy. HIST. UNIV. ANGL., t. XXX, p. 428.)

Voilà donc bien des raisons pour que nous ayons dû mentionner Mercure au nombre des divinités qui réclament l'attention du médecin; voilà bien des souvenirs qui peuvent nous occuper en présence des images de Mercure que nous rencontrons ici (nºˢ 93—263—297), si éloignées que, de prime abord, elles paraissent être de l'objet spécial de nos recherches.

Hercule ne mérite pas moins de nous arrêter. Si ses représentations les plus ordinaires, et elles sont ici même assez nombreuses (nºˢ 319—432—505, etc), ne réveillent guère en général que l'idée de la force brutale, on aurait tort de croire que ce fût là, dans l'antiquité, l'unique attribut d'Hercule. Époux d'Hébé, déesse de la puberté, Hercule symbolise par cela même, moins la force dont je parlais tout à l'heure que la vigueur toute spéciale de cette belle époque de notre vie. L'Hercule des Phéniciens, Melkarth, était l'analogue d'Apollon: c'était la personnification du soleil; et à Messine, en Sicile, on invoquait Hercule tout à la fois comme préservant les matelots du naufrage et comme guérissant les maladies. (A. Maury, REV. ARCHÉOL., 15 juin 1849.) A Mélite, en Attique, il avait reçu le nom d'Ἀλεξίκακος; il est invoqué dans les hymnes orphiques comme chassant les maladies; et comme dieu médical encore, il présidait aux sources thermales en Grèce et en Italie. (Voy. *ibid.*) Je me demande même si ce n'est point à ce dernier titre qu'apparemment on lui sacrifiait un coq, ainsi que Plutarque nous l'apprend. (Voy. SYMPOS., l. VI, quest. 10.) Cette question me semble d'autant plus légitime, que le coq, en tant que symbole de la santé probablement, était encore quelquefois l'attribut des eaux minérales. Ainsi à Himère, en Sicile, lieu célèbre par ses eaux, les monnaies portaient l'effigie d'un coq. (Voy., dans la DESCRIPTION DES MONNAIES SICILIENNES, par Torre-Muza, le chapitre: *Himerensium.*)

Hercule, ainsi qu'Esculape, ainsi que Jason, fut élevé par le centaure Chiron, et ce sage, dit Pindare, forma leurs mains délicates à l'art de préparer les médicaments. (Troisième NÉMÉENNE.) Ce détail, qui confirme l'intérêt médical que

doit servir parallèlement de guide pour mesurer le vrai terrain de la physiologie des résultats. Lorsque dans les ouvrages actuels on a décomposé une fonction en ses différentes actions composantes et qu'on reprend ensuite la fonction de l'ensemble, on fait la physiologie d'*un appareil*; mais les fonctions une fois établies isolément, il faut en étudier l'ensemble en examinant successivement les relations vitales entre deux ou trois appareils de manière à saisir des résultats de plus en plus généraux, et finalement la vie elle-même dont la théorie, préalablement à toute recherche, aura été établie subjectivement; car l'emploi isolé de la méthode objective entretiendrait le vague de la physiologie actuelle dont la plupart des recherches sont instituées sans que l'observateur sache jamais au juste ce qu'il veut observer, et sans qu'il puisse déterminer le véritable but des recherches. Cette manière d'étudier les appareils n'est pas plus avancée en physiologie qu'en anatomie, et de même que la constitution actuelle ne permet pas de donner la démonstration d'une théorie sur l'organisme, de même l'isolement de chaque phénomène de fonction ne permet pas de concevoir la solution possible du problème de la vie. Cependant les rares tendances que j'ai signalées à cet égard pour l'anatomie se sont également présentées en physiologie, et tandis que certains résultats généraux étaient étudiés à la manière d'une fonction et comme dépendants d'un appareil spécial, on commence aujourd'hui, soit pour les phénomènes de nutrition, soit pour les phénomènes de calorification, à sentir la nécessité d'embrasser plusieurs fonctions pour arriver à la conception de ces résultats. Mais il y a loin de ces tendances élémentaires à une organisation complète; aussi puis-je assurer qu'en physiologie comme en anatomie, l'étude systématique des appareils est à faire. On conçoit que pour une telle fondation la méthode objective devait rester impuissante et qu'elle devait tendre au contraire à prolonger l'étude isolée des fonctions; aussi le besoin de l'anatomie et de la physiologie des appareils ne s'est-il présenté à mon esprit que sous l'influence préalable d'une théorie subjective sur l'organisme animal.

Les différentes parties du domaine de la physiologie étant ainsi déterminées, il devient dès à présent possible d'y porter de grands perfectionnements. Cette première partie de l'exposition va maintenant me permettre de donner une juste appréciation des divers plans effectués jusqu'à ce jour sur l'ensemble de la physiologie.

L'institution d'un plan de physiologie ne peut résulter que d'une théorie subjective de la vie; ce n'est que par la conception d'un ensemble qu'on peut arriver au classement des parties; le tout est de faire, dans le moment, l'hypothèse la plus compatible avec l'ensemble des renseignements obtenus; logique naturelle dont l'humanité, dans tous les ordres de conception et à toutes les phases de son évolution mentale, nous donne le salutaire exemple. Une telle observation se trouve néanmoins fréquemment en défaut de nos jours, où la décomposition scientifique, suite du régime des spécialités, a produit tant de travaux précisément remarquables par un défaut complet de direction théorique. Pour les recherches particulières, cet état présente l'inconvénient de l'accumulation des observations inutiles, ce qui serait déjà très-grave, sans l'inconvénient beaucoup plus grave qui en résulte pour la méthode. En général, on se contente aujourd'hui, dans nos traités, d'une théorie sur la fonction, ce qui sert à établir le plan des actes concourant à une fonction. Mais l'impuissance mentale à l'égard d'une théorie sur la vie fait que la majorité des auteurs ne comprend pas, pour le classement des fonctions, les avantages de tel plan plutôt que de tel autre, ce qui constitue une véritable déclaration d'incompétence pour la conception des phénomènes généraux de la vie. Aucun de ces auteurs ne consentirait en effet à commencer l'histoire de la digestion par les phénomènes qui se passent dans le *duodénum*; mais les actes sont à la fonction ce que les fonctions sont à la vie; comment peuvent-ils alors se refuser à la nécessité logique de commencer par telle ou telle fonction. Si on admet qu'en entretenant tel ordre dans l'étude des actes on peut reculer de plus en plus la notion d'une fonction, il faut également admettre qu'en rejetant le classement des fonctions on doit paralyser le mouvement de la physiologie, en écartant indéfiniment la conception des résultats généraux de la vie. Quelleque soit, à cet égard, l'obstination des esprits spéciaux, on peut assurer que la génération nouvelle, à l'aide d'une meilleure éducation scientifique, punira par l'oubli les actes d'indifférence si marqués aujourd'hui pour les travaux de systématisation et qui tendent à prendre, dans beaucoup de cas, le caractère de la malveillance, abrités qu'ils sont par de hautes médiocrités.

(La fin au numéro prochain.)

MÉDECINE OPÉRATOIRE.

ESQUISSE D'UNE HISTOIRE DES AMPUTATIONS ET PARTICULIÈREMENT DE LA MÉTHODE DE CELSE; par M. A.-E. LACAUCHIE, chirurgien principal, officier de santé en chef de l'armée d'Italie.

(Suite. — Voir les numéros 19 et 20.)

§ XLII. — M. P.-J. Roux rendit un véritable service à la chirurgie française lorsqu'en 1814 il appela de nouveau l'attention des opérateurs sur les avantages de *la réunion immédiate de la plaie après l'amputation circulaire des membres dans leur continuité.*

§ XLIII. — Percy, en rendant compte à l'Académie des sciences du mémoire de M. Roux, ne se borna pas à approuver la pensée dominante de ce travail; il ajouta que, dans sa pratique, il avait toujours employé la réunion immédiate, et il cita tel champ de bataille sur lequel il avait pratiqué quatre-vingt-douze amputations, dont quatre-vingt-six furent suivies de la guérison. Dans le même rapport, Percy s'élève contre les chirurgiens qui attaquent les bandelettes agglutinatives. Suivant lui, rien ne peut les remplacer; seulement elles ne doivent être ni trop nombreuses ni trop serrées.

§ XLIV. — W. Laurence (1815) repousse certains reproches faits à la réunion immédiate : On prétend, dit-il, que l'adhésion manque souvent, et on ne remarque pas que cela tient à ce que l'inflammation étant trop forte, elle se termine par suppuration. Il veut dès lors que l'on prévienne le trop grand développement de l'inflammation, et pour cela il conseille de diminuer l'action des vaisseaux, en diminuant la température de la partie. Il rapproche doucement les chairs, les maintient en contact à l'aide de bandelettes agglutinatives, séparées par des intervalles qui laissent une issue

---

nous venons de prêter à Hercule, nous amène à signaler encore, ne fût-ce que pour mémoire, Chiron lui-même, fils de Saturne et de Philyre, surnommée *Anodynie*, Chiron, maître d'Esculape et de tant d'autres et père de la chirurgie, et Jason, dont nous avons ici une des statues les plus admirées (n° 710). Jason semble avoir été, comme je le remarquais tout à l'heure pour Hercule, un dieu des navigateurs, en même temps qu'un dieu médical, et d'après M. A. Maury (ouvr. cité), il existait dans la religion phénicienne une liaison intime entre les divinités médicales et celles qui présidaient à la navigation. Les unes et les autres procuraient le salut aux mortels, et de là pour les unes et les autres le surnom de *Sôter*, ce surnom qui figure parmi ceux d'Apollon. Remarquons, à ce propos, que la comparaison de la vie à une navigation est une des comparaisons les plus familières à certains poëtes grecs, à Pindare en particulier, et que, suivant Simplicius, la mer, à cause de ses tempêtes et de ses continuelles vicissitudes..., a été prise par les anciens mythologues pour le symbole de la naissance. (COMMENT. A ÉPICTÈTE, § XIII.) Ajoutons, relativement à Jason, qu'il nous est cité d'ailleurs par Pausanias (liv. 1, ch. 34) comme un des dieux de la santé.

Dirai-je enfin que Bacchus aurait quelques droits à figurer lui-même auprès des héros que nous venons de nommer? Bacchus, un des élèves aussi de Chiron, fut, au dire de Plutarque, regardé comme un bon médecin, non-seulement pour avoir imaginé l'usage du vin, ce remède le plus efficace et le plus agréable, mais aussi pour avoir enseigné à ceux que transporte une fureur bachique à se couronner de lierre, lequel par sa fraîcheur apaise les chaleurs du vin. (SYMPOS., l. 3, quest. 1.) Donnons donc quelques regards, ne fût-ce qu'en mémoire des vins médicinaux, aux principales statues de Bacchus que nous pouvons rencontrer ici. Elles sont assez nombreuses; mais je citerai spécialement les numéros 203 et 428.

Terminons cette longue promenade en venant contempler avec un respectueux recueillement cette belle image (n° 524) du vrai patron de la médecine, de cet Hippocrate dont le courageux dévouement, l'âme généreuse et désintéressée, le génie d'observation et les écrits immortels ont eu pour effet, non-seulement d'éterniser son nom, mais encore de faire rejaillir sur notre profession une gloire impérissable. Hippocrate sera pour nous le digne couronnement de cette revue. Comme une transition entre la mythologie et l'histoire, le divin oracle de Cos devait clore la liste des divinités mythologiques, but essentiel de ce travail.

Ces divinités, comme nous l'avons vu, furent bien nombreuses et bien diverses; et encore l'énumération que nous en avons donnée est-elle loin d'avoir pu comprendre tout ce qui, dans la mythologie païenne et dans les objets de son culte particulièrement, avait trait aux différentes phases de la vie humaine, soit physiologiques, soit morbides. Ainsi n'avons-nous désigné que par leurs noms et en passant bon nombre des dieux ou déesses qui présidaient à la vie intra-utérine et aux premières années de l'enfance et de la jeunesse; et combien d'autres ont dû nous échapper, ne fût-ce que cette déesse Carmenta à qui les dames romaines avaient dédié un temple pour la remercier de leur fécondité, ne fût-ce que Palès qu'elles imploraient aussi pour que leurs couches fussent heureuses, et cette fille d'Épione et d'Esculape, cette Panacée, qui pouvait guérir tous les maux! Mais où sont les statues ou autres images de ces divinités?

De notre cadre borné à l'enceinte d'un musée s'est, par cette raison aussi,

au sang. Quelques plumasseaux enduits de cérat blanc et une compresse de linge doux, imbibée d'eau froide ou d'une lotion saturnine, complètent son appareil de pansement. Le même auteur ajoute qu'il serait contraire aux principes de glacer la partie.

§ XLV. — J.-P. Maunoir a apporté sa part de lumière sur le point qui nous occupe, dans un mémoire lu en 1812 à l'Académie des sciences et publié en 1825. On y voit que cet habile praticien avait adopté la méthode de B. Bell ; il en fait un grand éloge, et il propose de l'appeler méthode *de recouvrement*. « La peau, y est-il dit, est le baume le plus doux, celui » dont l'application est le plus propre à calmer l'éréthisme d'organes mis » dans un état de sensibilité exquise. » Plus loin il ajoute : « J'ai absolu» ment renoncé à couper les parties musculaires en deux fois ; si l'on devait » tenir compte de la différence de rétraction, il faudrait couper chaque » muscle l'un après l'autre. Je coupe les muscles en un seul temps, et je » prends mon parti de la légère différence de rétraction de chaque extrémité » de muscle. Ce qui me paraît beaucoup plus important, c'est de séparer avec » un bistouri étroit l'os des muscles qui le pressent et l'environnent, de » manière à pouvoir le scier le plus haut possible ; c'est le seul moyen » d'empêcher qu'il ne fasse une saillie considérable au milieu du moi» gnon... Dans le pansement, il faut se garder d'exercer une compression » sur la peau ; celle-ci est rapprochée et maintenue par des bandelettes ag» glutinatives. »

Voici la méthode de Celse, refaite de toutes pièces par Maunoir, qui ne paraît pas s'en douter, ou plutôt qui ne s'en doute pas ; car dans son mémoire, rien n'indique qu'il ait pensé que sur cette matière il pût y avoir le moindre intérêt à remonter au siècle d'Auguste.

§ XLVI. — Boyer (1826) se prononce pour la méthode de Louis, mais en y ajoutant l'incision de la peau et sa séparation, comme le veulent Celse, J.-L. Petit, B. Bell, et la seconde incision du premier de ces auteurs.

§ XLVII. — Hello, en 1829, a présenté à la Faculté de Paris une thèse tout empreinte des idées de son savant maître, M. Foullioy. Ce travail est le premier dans lequel nous trouvons une interprétation exacte et complète du texte de Celse. « On discute depuis longtemps, dit M. Foullioy, la mé» thode suivant laquelle il convient le mieux de pratiquer l'amputation cir» culaire dans la continuité des membres. Mes réflexions me portent à croire » que, parmi les procédés modernes, il n'y en a pas qui soient préférables » à celui de Celse. Il veut que la peau excède de toute part les surfaces du » moignon ; que les chairs dépassent l'os, et que les téguments (le chirur» gien de Rome n'entendait pas moins bien les pansements que les opéra» tions) servent autant que possible à recouvrir la plaie tout entière... Après » avoir convenablement disposé la peau (quæ laxa esse debet), il recom» mande de trancher, et non pas de retrancher, les chairs jusqu'à l'os. Il » veut ensuite que l'instrument, engagé au-dessous des muscles (subse» canda) parcoure le pourtour de l'os, et le dépouille jusqu'à une certaine » hauteur dans toute sa circonférence, afin que la scie n'ait plus à agir que » sur le fémur. »

Ce passage est toute la thèse ; il a suffi pour en faire un des documents essentiels de l'histoire des amputations, et il fait vivement regretter que les hautes fonctions de M. Foullioy, et plus tard une mort prématurée, ne lui aient pas permis de donner à sa pensée tous les développements qu'elle comportait et qu'il avait entrevus.

§ XLVIII. — Les amputations dans la contiguïté des os remontent aux temps les plus reculés de l'art ; elles sont dès lors bien antérieures à Hippocrate : c'est un fait qui n'est plus contesté. Toutefois cet auteur en parle sans indiquer à l'aide de quelles méthodes opératoires elles étaient pratiquées. Sur ce point Celse ne nous fournit aucune lumière ; nulle part il ne s'occupe de ce genre d'amputations ; nulle part même il n'y fait allusion. L'auteur latin est donc en dehors de la question, et nous croyons avoir démontré précédemment que les adversaires des désarticulations le comptent à tort parmi eux, puisque blâmer la section des os près des jointures ne saurait être la même chose que proscrire la section entre les os et dans les jointures elles-mêmes. Archigène reproduit le même conseil, après avoir fait la même omission.

Le passage d'Héliodore rapporté au § XXIV s'applique évidemment à l'ablation d'un doigt dans son articulation la plus élevée, et nous verrons plus loin que le procédé opératoire employé dans ce cas est le meilleur de tous ceux qui se rattachent à la méthode à lambeaux.

§ XLIX. — Après cet auteur, plusieurs siècles s'écoulent pendant lesquels cette question disparaît en quelque sorte, et nous ne la retrouvons qu'en arrivant à B. Maggi. Ce chirurgien applique aux désarticulations les règles qu'il a trouvées pour les amputations dans la continuité. Laissons-le parler : « In juncturam amputatione ut os contegatur, diligentius soleo observare, jubeoque ministris, ut quantum in ipsis est, pellem, quæ supra juncturam est, ad se trahant, facta deinde arctissima ligatura, membrum in ipso articulo, excido, vasa præterea sanguinem effundentia iuuro; post hæc ut ministri quam contraxerant manibus pellem, carnemque remittant, impero, quæ quandoque bonam juncturæ partem, nonnunquam totam juncturam sponte contegit, non secus ac si debita opera manu attraheretur conjungereturque, et nullis, vel paucis saltem, ut sanguinis fluxum compescatur, membrum eget cauteriis, quippe a pelle illa vasa conteguntur, et fluens sistitur sanguis, sed tamen ut melius pellis committatur, digitis non nihil eam attrahet, deinde eo modo, quo pelles suuntur illam consues, dando operam ut omnino junctura contegatur, emplasticis postea medicinis vulnus, ut dictum est, communies. »

Voilà bien la méthode circulaire appliquée aux désarticulations. Maggi ajoute que les bourreaux de Venise ne procédaient pas autrement lorsqu'ils avaient à couper le poing à des criminels : ils commençaient par relever la peau avec force, enlevaient la main, ramenaient les téguments sur la jointure, les y fixaient par une suture, et enfin appliquaient sur la blessure le ventre ouvert d'une poule récemment tuée. Aucune hémorrhagie n'avait lieu.

§ L. — Pendant la seconde moitié du seizième siècle, l'opinion se montra peu favorable aux désarticulations, et les reproches qu'elle leur fit alors étaient si graves, si généralement acceptés, qu'on serait arrivé en peu de temps à les proscrire, si d'imposantes protestations ne fussent intervenues. Celle de Fabrice de Hilden se place l'une des premières par la date et par l'autorité ; elle est ainsi conçue : « Liceatne membra sphacelo affecta in ipsa articulatione amputare, necne? Scio quosdam, et quidem magni numinis medicos esse, qui illam minime admittunt. Primo, inquiunt, propterea, quod vulnera articulorum periculosa, imo et mortalia esse solent, propter gravissima, quæ ea sequuntur symptomata, cum sint partes nervosæ, ac proinde exquisitissimo sensu præditæ; deinde quia ossa circa articulos lata ac magna, caro vero exigua, ac calor nativus imbecillis, difficulter iterum ad cicatricem perduci possunt. Ego vero cum Guidone, Laurentio Jouberto, et aliis sentio, membrum in ipsa articulatione minori cum diffi-

---

trouvée exclue toute une autre catégorie de divinités bien dignes elles-mêmes de nos études : je veux parler de ces puissances uniquement malfaisantes qui, pour les anciens, personnifiaient les maladies, ces pâles habitantes du vestibule des enfers, suivant Virgile : ainsi la fièvre qui avait plusieurs temples à Rome ; ainsi Mana qui présidait aux maladies des femmes ; ainsi Orbona que les parents invoquaient pour garantir leurs enfants de son courroux, *ne inciderent in orbitatem ;* ainsi Mephitis, la déesse des émanations pernicieuses, qui avait hors des murs de Crémone un temple dont nous parle Tacite ; ainsi les Furies même et les dieux infernaux, qu'Amyntor, père de Phénix, invoque dans sa colère pour que son fils meure sans enfants (ILIADE, l. 9, v. 454), et tant d'autres, ou dont les représentations figurées ne sont pas, que je sache, arrivées jusqu'à nos jours, ou que nous n'avons point rencontrées dans le musée que nous venons de parcourir.

Malgré ces lacunes, n'en ai-je pas dit assez pour ouvrir aux méditations, aux rêveries du moins de certains de mes confrères, une veine qui peut-être leur était restée presque inconnue ; pour leur prouver que, là encore, au milieu de ces chefs-d'œuvre si féconds en jouissances d'un autre genre, le médecin peut venir glaner lui-même instruction et profit. N'est-ce pas d'ailleurs un beau spectacle, et bien fait pour exciter dans nos âmes une noble émulation et pour relever à nos propres yeux la dignité de notre art, que de voir les monuments les plus précieux nous en révéler l'origine antique et divine, et nos devanciers des premiers âges marcher de pair avec les dieux ? De bonne foi, je le demande au lecteur qui a bien voulu me suivre dans cette excursion toute médicale et remonter avec moi le cours des siècles, regrette-t-il d'avoir pour quelques instants échangé contre ces vieux souvenirs les passions bruyantes et les misérables sollicitudes des temps présents ?

Dr FÉLIX ANDRY.

— Par arrêté du 12 avril 1850, M. le ministre de l'agriculture et du commerce a disposé que quatre élèves en médecine seraient envoyés près de nos divers établissements thermaux pour y créer un service de clinique.

Ces élèves devaient être nommés au concours.

Étaient admis à concourir les élèves en médecine, internes des hôpitaux et hospices civils de France, ayant accompli au moins la troisième année de leur internat ;

Les lauréats des Facultés de médecine ;

Les élèves en médecine ayant présenté à l'Académie des sciences ou à l'Académie de médecine un travail spécial sur les eaux minérales, qui aurait donné lieu à un rapport favorable.

Les épreuves du concours étaient au nombre de trois : épreuve écrite, épreuve orale, épreuve de clinique.

Voici, dans l'ordre de mérite, les noms des quatre élèves qui ont été nommés à la suite de ce concours :

MM. Bineau, pour Vichy ; H. Musset, pour Plombières ; Letret, pour Néris ; Hattier, pour Bourbon-l'Archambault.

cultate, et citra periculum amputari posse; idque sæpissime expertus sum. Minori cum difficultate fit amputatio in ipsa articulatione : quia uno ictu novacula optime cædente, præcipue si promptus manu fuerit chirurgus, fieri potest : nec opus est serra, aut quovis alio instrumento, qua propter dolor non usque adeo magnus... »

Le patronage de Fabrice de Hilden, celui de Guillemeau et de quelques autres, préparèrent la réaction qui se produisit au milieu du dix-huitième siècle. Brasdor y contribua puissamment. Après avoir établi que le danger de l'amputation est en raison des accidents qui suivent l'opération, il fait remarquer que si ces accidents sont la conséquence et de la lésion des parties et de l'affection qui a nécessité l'opération, ils ne sont pas moins souvent le résultat des moyens employés pour arrêter le sang, et il le prouve par deux cas d'amputations radio-carpiennes, dans lesquels pendant plus de deux mois la douleur et la suppuration furent excitées par des pansements irritants.

§ LI. — C'est à cette époque que remontent les deux désarticulations les plus graves de la chirurgie, celle de l'épaule et celle de la hanche. Les recherches dont elles furent l'objet, la première surtout, ont puissamment contribué à fixer les esprits sur la valeur relative des deux grandes méthodes de pansement : par réunion immédiate et par réunion médiate. Depuis lors la première a conquis sur la seconde une prééminence que n'ont pu lui faire perdre les craintes exprimées à plusieurs reprises sur l'impossibilité où seraient les cartilages d'encroûtement de prendre part au travail de cicatrisation. Ces craintes émises en fort bons termes par Bromfield et quelques autres, se sont reproduites de nos jours en s'appuyant sur une théorie qui ne veut voir dans les cartilages diarthrodiaux que des couches inorganiques sécrétées par les extrémités des os, et se renouvelant à mesure que les frottements les détruisent. Cette théorie est contraire à tout ce que démontre l'anatomie, soit normale, soit pathologique; il serait oiseux de le discuter.

§ LII. — De ce qui précède, il résulte pour nous deux conséquences essentielles : 1° que les amputations dans la contiguïté l'emportent sur les autres par des avantages qui doivent leur assurer la préférence du chirurgien toutes les fois qu'elles sont possibles, et que les avantages qui leur assurent une incontestable supériorité dépendent, pour la plus grande partie, de ce que la lésion des os est bien moindre que dans les amputations par la scie; 2° que la réunion primitive n'est pas moins supérieure à la réunion secondaire, et qu'elle doit lui être préférée dans tous les cas où des indications particulières n'obligent pas de recourir à la seconde. Son grand mérite est, en rédnisant l'irritation de la plaie, de diminuer la douleur et l'inflammation. La première opinion est assez généralement admise; il n'en est pas de même de la seconde. Les adversaires de celle-ci sont encore assez nombreux, en France surtout, et plus opiniâtres que bruyantes, puisque la plupart font mieux que l'attaquer, ils ne l'appliquent pas. Quelques uns toutefois ne pouvant nier ses succès en Angleterre, en même temps qu'ils constatent ses revers à Paris, se demandent quelles circonstances peuvent lui faire donner des résultats si différents dans deux pays voisins. Nous croyons que les circonstances sont faciles à indiquer.

Nous ferons remarquer d'abord que l'emploi jadis fréquent de la réunion secondaire ne saurait être donné comme une preuve de sa supériorité. Pour le plus grand nombre, ce mode de réunion était la conséquence obligée des moyens hémostatiques mis en usage. La compression seule, ou auxiliaire du feu nécessitait le concours de boulettes, saindoux, gâteaux de charpie, etc.; il en était de même lorsqu'on se servait des diverses poudres astringentes; dans ces cas toute réunion immédiate était impossible, quelque regret que l'on en eût. Héliodore met ce fait hors de doute, puisque nous le voyons se servir tour à tour de l'une et l'autre réunion suivant que le plus ou le moins d'importance des vaisseaux exige leur compression, ou permet de les abandonner à eux-mêmes au milieu des parties. Ajoutons encore que si, à plusieurs reprises, on voit avec étonnement des chirurgiens oubliant qu'une certaine longueur des parties molles est la première condition d'une application rationnelle de cette réunion primitive, c'est un reproche qu'on ne saurait faire aux opérateurs de nos jours ; ils connaissent bien cette obligation, y satisfont largement, et cependant à Paris cette réunion compte beaucoup d'insuccès!

§ LIII. — Nous avons dit qu'il était facile d'en indiquer la cause; nous la trouvons dans l'oubli du principe que contient ce passage de Celse : « Sutura oras jungit, quæ ne ipsæ quidem inter se contingere ex toto debent, ut si quid intus humoris concreverit, sit qua emanet. » La plupart des chirurgiens français ont pris dans leur sens le plus absolu ces mots réunion immédiate, et alors soit qu'ils se servent de suture, soit qu'ils emploient les bandelettes agglutinatives, on les voit affronter les lèvres des plaies avec un soin qui ne tient aucun compte des phénomènes organiques qui vont se produire. Les bandelettes agglutinatives sont pour beaucoup dans cette désastreuse pratique; aux mains de ceux qui veulent une réunion immédiate, complète, régulière, élégante, elles sont un moyen trop commode de réaliser leur idéal; elles s'embriquent, s'entrecroisent, se superposent complaisamment et forment sur les plaies des cuirasses où l'on cherche vainement le *sit quâ emanet*. Les conséquences d'une pareille erreur ne tardent pas à se manifester, et sont qu'elles n'exigent que l'abandon de ce mode de pansement, soit qu'elles amènent la mort du blessé, a-t-on le droit de s'écrier : la réunion immédiate ne réussit pas à Paris! En tout ceci les mots ont exercé une grande et fâcheuse influence; ceux de réunion primitive et secondaire sont d'origine assez moderne; avec eux se sont introduites des idées que l'on fait remonter à tort jusqu'aux anciens. Celse dit bien que l'on doit se conduire comme pour les plaies dans lesquelles la suppuration ne doit pas être excitée; mais il ne dit pas comme pour les plaies qui ne doivent pas suppurer. La différence est trop grande pour qu'elle ne soit pas sentie.

§ LIV. — Si l'erreur que nous signalons résulte souvent d'une fausse interprétation des règles posées par les maîtres de la science; quelquefois aussi elle a été la conséquence de telle ou telle forme donnée aux parties molles. Sous ce rapport la méthode à lambeaux plus qu'aucune autre a de graves reproches à se faire; et ces reproches reviennent presque toutes les fois qu'elle a voulu par un seul, mais vaste lambeau, satisfaire aux nécessités d'une grande plaie. N'est-ce pas ainsi qu'il faut expliquer le brusque abandon du premier lambeau de quelque importance qui fut taillé : celui de Verduin et de Sabourin! Cette masse de chair considérable repliée sur elle-même à angle droit, remontant devant les extrémités du tibia et du péroné, et retenu par le double concours des emplâtres agglutinatifs et des sutures, était toute une hérésie chirurgicale. Malgré cela, et peut-être à cause de cela, ses inventeurs n'y renoncèrent qu'avec peine et après des essais qui durent coûter la vie à bien des blessés.

§ LV. — Entre les faits nombreux qui peuvent nous aider à rendre évidente et partant à combattre l'erreur que nous signalons, nous en trouvons un qui nous semble d'un haut intérêt, par la double autorité et du praticien célèbre auquel il est emprunté, et du citateur non moins célèbre qui le reproduit. « Dupuytren fit, il y a environ vingt-cinq ans, l'amputation du » bras dans l'articulation cubito-humérale; il mit en usage son procédé » opératoire; il ne tailla donc qu'un seul lambeau; il était antérieur, fort » long et très-large; il l'appliqua sur la surface dénudée; il l'y maintint » avec des bandelettes agglutinatives; cette tentative de réunion par pre» mière intention offrait les plus grandes espérances de succès; une in» flammation aiguë se développa; du pus fut abondamment sécrété; la » cicatrice superficiellement formée, se rompit bientôt dans presque toute » son étendue; les chairs, qu'il devint impossible de soutenir, se rétrac» tèrent; elles laissèrent presque toute l'extrémité inférieure de l'humérus » à découvert..... Guérison au bout de trois mois, après nécrose, exfolia» tion, etc. » (Lisfranc, MÉD. OPÉR., t. I, p. 691.)

Cette observation est présentée par l'illustre chirurgien de la Pitié comme un témoignage de la puissance éliminatrice de la nature, s'appliquant au tissu osseux. Nous l'examinerons à un tout autre point de vue, et nous le ferons avec d'autant plus de soin que nous la trouvons dans un livre dont l'auteur est de ceux qui pensent et qui professent que la réunion immédiate primitive ne saurait avoir à Paris le succès qu'elle compte en Angleterre et à Montpellier. Le lambeau, qui joue un rôle important dans le fait de Dupuytren, était unique, antérieur, fort long et très-large; il fut maintenu sur la surface dénudée par des bandelettes agglutinatives, et cette tentative de réunion par première intention offrait les plus grandes espérances de succès. Ce lambeau diffère de celui de Verduin par une circonstance essentielle et qui est tout à son avantage : sa direction. Il s'abaisse assez naturellement, et laisse en bas, lorsque le malade est couché, une large ouverture pour l'écoulement des diverses humeurs. Par tous les autres côtés, c'est le lambeau du chirurgien hollandais.

Nous venons de dire que le lambeau de Dupuytren laissait en arrière et en bas, suivant la position du blessé, une ouverture plus que suffisante pour l'écoulement de la sérosité d'abord, et du pus ensuite; mais nous devons ajouter que cette ouverture n'a pas, aux yeux du grand chirurgien de l'Hôtel-Dieu, l'importance que nous lui accordons, car il la supprime immédiatement, et alors naissent tous les accidents rapportés. Le contraire seul nous aurait surpris. Ce lambeau, fort long et très-large, a été maintenu sur la grande et irrégulière surface de l'humérus par des bandelettes agglutinatives. Qui ne conçoit que ces bandelettes, sous peine de ne pas maintenir ce lambeau, devaient agir sur lui, assez nombreuses et avec assez de force pour le tenir exactement appliqué sur l'os? On voulait une réunion immédiate, et alors disparaît complétement l'ouverture qui devait donner issue aux humeurs, en même temps que ce lambeau volumineux gêné dans son gonflement inflammatoire par l'étreinte qui l'emprisonne, devient le siége

d'une douleur qui donne à l'inflammation une intensité et un caractère d'où découlent tous les accidents que l'on déplore.

En présence d'une pareille manière de poursuivre la réunion immédiate, on ne comprend pas que Lisfranc ait regardé cette tentative comme offrant les plus grandes espérances de succès et qu'il ait cru qu'il fallait chercher dans la constitution médicale de Paris, le secret de revers qu'il est aussi facile d'expliquer qu'il était facile de les prévoir. On comprend d'autant moins que Lisfranc n'ait pas apprécié ce fait d'une manière plus conforme à la raison, que lorsqu'il s'occupe des bandelettes agglutinatives, en général il signale lui-même le danger qu'elles présentent, dans beaucoup de cas, par leur nombre et par la constriction qui résulte de la tuméfaction des tissus qu'elles recouvrent.—Ailleurs, p. 862, il va même plus loin; car, après avoir décrit un procédé de désarticulation coxo-fémorale qui donne un lambeau antérieur et un lambeau postérieur, le premier plus long que le second, il blâme ce procédé comme n'assurant pas au pus un écoulement facile.

§ LVI. — Les faits qui précèdent se rattachent aux vastes lambeaux des désarticulations. Les lambeaux des amputations dans la continuité des os, appliqués et maintenus de la même manière, et poursuivant dans de grandes amputations la chimère de la réunion immédiate primitive, n'ont pas un meilleur sort; ils nous fournissent les mêmes enseignements. Dans les journées de juin 1848, nous eûmes l'occasion d'assister un de nos confrères dans l'amputation d'une cuisse dont le fémur avait été brisé par une balle à la partie supérieure de son tiers moyen. L'opération fut faite avec une grande habileté. Le chirurgien crut devoir conserver un seul et vaste lambeau antéro-interne, qui fut replié sur l'os scié, affronté au contour postérieur de la plaie, et maintenu là par un nombre suffisant de bandelettes agglutinatives. Les premiers jours qui suivirent l'opération se passèrent aussi bien que le permettaient une nature nerveuse et un esprit très-préoccupé des graves événements politiques qui s'accomplissaient. Les premiers pansements eux-mêmes ne firent qu'augmenter les espérances. Du dixième au quinzième jour seulement, plus de sensibilité, plus de pesanteur dans le moignon; on pût explorer toutes les parties avec soin. On donna alors issue à une certaine quantité de pus que l'on supposa fourni par un foyer superficiel. Les choses marchèrent ainsi jusque vers le trentième jour. La cicatrisation était presque complète, mais l'état général laissait à désirer. Le malade avait toujours un peu de fièvre; il était irritable, agité, dormait peu, manquait d'appétit, et son teint restait bilieux et terne. Cependant on engageait le blessé à se nourrir, et avec toutes les précautions nécessaires, il passait, à sa grande satisfaction, une partie de ses journées dans un vaste jardin. Il arriva tel jour, le vingt-septième ou le vingt-huitième à dater de l'opération, où le blessé n'avait jamais mieux été; il disait même qu'il se serait cru guéri si son moignon ne lui avait paru peser cent livres. La nuit suivante ne fut pas bonne (insomnie, frissons, fièvre); elle vit naître et à partir de cet instant on dut redouter une fièvre, et moins de vingt heures après nous avions sous les yeux tous les signes d'une fièvre de résorption. et le malade fut enlevé le cinquième jour, malgré les efforts réunis de plusieurs chirurgiens de renom, appelés pour conjurer cette catastrophe.

L'examen du moignon nous fut accordé; il nous montra le travail de cicatrisation presque achevé pour la peau et une grande étendue des parties musculaires périphériques; mais il nous fit voir profondément un vaste foyer purulent dans lequel plongeait l'extrémité de l'os. Nos convictions étaient alors ce qu'elles sont aujourd'hui; nous dîmes à notre confrère: Croyez-vous que la constitution médicale ait rien à faire dans tout ceci?

Ne ressort-il pas de ces faits que la réunion immédiate, complète, franche, est non-seulement impossible dans les conditions que nous venons d'indiquer, mais qu'elle ne saurait être tentée, sans faire courir aux blessés des dangers incontestables. C'est tout au plus si, dans les plaies à deux lambeaux d'égale longueur, ou dans les plaies circulaires, dont les lèvres sont rapprochées par aplatissement, qu'on nous permette cette expression, on pourrait citer quelques exemples d'une réunion immédiate primitive, sans suintement d'aucune sorte. Presque constamment, au cinquième ou sixième jour, les adhérences sont très-avancées, mais incomplètes, et la suppuration est établie sur les autres points, et sans préjudice pour les malades. Le pus s'écoule facilement; des pressions méthodiques en abrègent la durée, en même temps qu'elles favorisent, qu'elles activent le reste du travail adhésif.

Telle est la réunion qu'il faut poursuivre, parce qu'elle est possible, rationnelle. C'est le mode de réunion indiqué par Celse, celui dans lequel on ne provoque pas la suppuration; mais on l'accepte, en s'efforçant d'ailleurs d'en abréger la durée autant que cela est conforme aux exigences de la raison; c'est le mode de B. Maggi, d'A. Paré, de Sabrp, d'Alanson, de B. Bell.

En mettant les bandelettes agglutinatives en cause, nous n'avons pas méconnu l'importance des autorités qui se sont prononcées en leur faveur; mais comme on ne contestera pas davantage la valeur de leurs adversaires, on conviendra que la discussion est encore possible. On nous dira que l'application des bandelettes est soumise à des règles qui ont prévu ces dangers; que tous les auteurs recommandent d'éviter la constriction, et de réserver des vides pour le passage des humeurs. Que valent des règles qui ne sont pas applicables aux cas pour lesquels elles ont été faites, et que ne respectent pas les maîtres qui font école? Était-il possible à Dupuytren de laisser à ses bandelettes le jeu dont on parle? Que devenait alors l'application exacte et nécessaire de son vaste lambeau sur le reste de la plaie? N'en était-il pas de même pour le praticien que nous avons cité ensuite?

Les agrafes et la suture employées par Celse, la suture en croix d'A. Paré, toutes les autres espèces de suture appliquées par divers chirurgiens, ne présentent aucun des dangers inhérents aux bandelettes; mais aussi la suture ne porte pas ses prétentions jusqu'à donner la réunion immédiate primitive. Qu'elle rapproche le contour d'une plaie circulaire ou les bords de deux lambeaux symétriques, elle le fait lâchement: « Oras jungit, quæ ne ipsæ quidem inter se contingere ex toto debent, ut si quid intus humoris concreverit, sit qua emanet. » Conséquente avec ce principe, elle ne s'appliquerait pas à un seul et vaste lambeau, replié sur lui-même, et multipliant comme à plaisir les semis qui deviennent plus tard des foyers, ne se vidant pas ou se vidant mal, et produisant tous les périls que résument les deux faits que nous avons cités. Il y a plus, dans ces deux cas encore, la suture, sagement établie, eût pu conduire à une guérison régulière, ce que n'ont pu faire les bandelettes. La suture lâche peut encore maintenir suffisamment les parties et conserver les issues nécessaires aux humeurs; mais alors nous revenons à la réunion immédiate avec suppuration, parce qu'elle seule est possible après les amputations d'une certaine importance.

(La fin au numéro prochain.)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

NOTE SUR LE TRAITEMENT DU RHUMATISME ARTICULAIRE PAR LES PRÉPARATIONS DE COLCHIQUE; par M. WORMS, médecin de l'hôpital du Gros-Caillou.

La discussion relative au rhumatisme articulaire aigu qui vient d'avoir lieu à l'Académie de médecine, après s'être élevée aux considérations théoriques les plus variées, s'est terminée comme de coutume, en laissant planer la plus grande incertitude sur le mode le plus efficace de traitement de cette maladie.

A entendre l'honorable rapporteur, les saignées coup sur coup, les sels de nitre, de quinine, le tartre stibié à haute dose, offrent aux praticiens un choix de moyens propres à obtenir des succès.

On a contesté, il est vrai, la supériorité de la méthode de M. le docteur Bouillaud; mais les médecins étrangers vont bien plus loin encore; ils la nient formellement et accusent cette méthode de donner au rhumatisme une gravité et une durée plus grandes que celles qu'il aurait naturellement. Beaucoup d'auteurs supposent même que l'abus des déplétions sanguines n'a pas contribué pour peu à augmenter le nombre des faits de complication d'endo-péricardite recueillis par ce grand professeur.

Il est à regretter que l'Académie ne se soit pas prononcée nettement contre cette pratique qui passe à tort, je pense, pour jouir en France d'une grande faveur, et qui nous vaut de la part des médecins étrangers des appréciations dans le genre de celle-ci, que je trouve dans le traité de clinique le plus estimé en Allemagne, au chapitre du *pronostic de l'arthrite aiguë*. (Constadt, MANUEL DE LA MÉDECINE CLINIQUE.)

« Le traitement semble exercer une influence incontestable sur la marche » et l'issue de la maladie. C'est ce qui explique pourquoi les médecins » français sont plus malheureux dans le traitement de cette affection que » ceux d'Allemagne et d'Angleterre. »

Jusqu'au jour où il en a été question à l'Académie, j'avais considéré le rhumatisme aigu comme une maladie certainement fort douloureuse, mais rarement dangereuse et jamais mortelle. Je pensais aussi que l'amour de quelques praticiens à imagination vive pour des méthodes bizarres, telles que les saignées répétées, le sulfate de quinine à doses toxiques, avait été fort peu contagieux. Mais depuis ce moment j'ai conçu une très-grande estime pour le traitement que j'emploie depuis longues années, et comme il m'a fort bien réussi, dans un intérêt commun, je viens vous demander la permission de le faire connaître. Sans prétendre m'en proclamer l'inventeur, ni vouloir en imposer la supériorité, je puis dire qu'il ne m'a jamais

laissé dans l'embarras, qu'il m'a permis de calmer ou au moins de diminuer très-promptement la violence des douleurs articulaires, et que pendant que j'en faisais usage j'ai eu bien rarement l'occasion d'observer les complications thoraciques qui constituent le grand danger de la maladie; qu'enfin généralement il m'a fait obtenir dans un délai de douze à quinze jours, comptés à partir de celui de l'invasion, la guérison réelle du rhumatisme.

Mais permettez-moi auparavant une petite digression théorique sur ce que je crois la nature du rhumatisme articulaire aigu.

Le rhumatisme est à mes yeux une affection congestive des tissus fibro-séreux de l'économie, qui s'exprime le plus fréquemment dans les synoviales, et détermine alors le gonflement et la tension douloureuse des boîtes articulaires. Mais il ne peut venir à l'idée d'aucun praticien de voir une inflammation dans ces phénomènes de douleur, de gonflement et de tension qui disparaissent et reviennent avec une mobilité caractéristique.

Je crois que le rhumatisme est au système fibreux ce que le catarrhe est aux muqueuses. Dans les deux cas, il y a modification sensible dans la *qualité* et la *quantité* des liquides que sécrètent les surfaces membraneuses; et de même que le coryza (que personne ne voudra qualifier de phlegmasie) s'accompagne du gonflement du nez et de l'écoulement d'une lymphe assez âcre pour irriter et éroder quelquefois la membrane nasale et la peau des lèvres, n'est-il pas naturel de supposer qu'un phénomène analogue a lieu dans ce catarrhe du tissu fibro-séreux qu'on appelle rhumatisme, et que la modification du liquide exhalé à la surface des membranes synoviales peut rendre compte des douleurs et de la gêne qui surviennent dans l'articulation, sans qu'elle soit pour cela enflammée.

Que la réaction très-vive de l'économie soit marquée surtout par la véhémence de la circulation et une notable augmentation de fibrine dans le sang, ce sera là un des caractères distinctifs du rhumatisme, mais ce phénomène n'impliquera nullement la nécessité d'admettre une diathèse inflammatoire, quand abandonnée à elle-même l'affection ne tend à se terminer par aucune des formes qui sont propres à l'inflammation.

Par cette manière d'envisager l'arthrite aiguë, l'affection propre des articulations est mise hors de cause. Aussi dans la pratique elle n'est jamais pour moi l'objet que d'une attention fort secondaire.

C'est l'état général du malade qui doit être le but unique de la préoccupation du médecin, et l'impétuosité du mouvement circulatoire, la nature acide des excrétions cutanée et urinaire, et très-souvent l'enduit épais de la langue et le sentiment d'embarras gastrique, indiquent, dans les cas ordinaires, l'utilité de l'usage des boissons alcalines et des préparations antimoniales.

Mais quand sous l'influence de ces moyens on n'obtient pas promptement le résultat désiré, ou bien quand le sujet est faible, épuisé, ou qu'il survient une complication sérieuse, il faut recourir à une médication directe contre la diathèse rhumatismale, et employer un moyen qui ne m'a jamais fait défaut, et que j'ai été bien surpris, je l'avoue, de ne pas même entendre mentionner par un seul des savants académiciens qui ont supporté le poids de la discussion.

Ce moyen, dont à mes yeux l'efficacité contre les affections rhumatismales tant aiguës que chroniques est aussi bien établie que celle du sel de quinine dans la fièvre intermittente, consiste dans les préparations de *colchique*.

Je n'ai assez de temps ni d'espace pour discuter le mode d'action de ce médicament; mais je suis convaincu que ceux qui voudront l'employer seront de mon avis.

Je résume le traitement que j'ai l'habitude d'appliquer.

Je débute ordinairement par un vomitif. Pendant les premières années de ma pratique, j'avoue que la grandeur, la dureté et l'apparente plénitude du pouls m'avaient engagé à commencer par une saignée. Mais les déplorables conséquences que j'ai pu voir survenir quelquefois après une seule ou deux saignées m'ont fait renoncer à ce moyen, que je trouve inutile quand il n'est pas nuisible.

Immédiatement après l'avoir fait vomir, je mets le malade à l'usage de de l'apozème suivant :

Infusion de fleurs de sureau. . .	320 grammes.
Nitrate de potasse	12 —
Tartre stibié	10 centigr.
Miel épuré	q. s. p. édulcorer.

Un adulte en prend deux cuillerées à bouche toutes les heures. Je diminue un peu la dose, selon l'âge et le sexe.

La boisson habituelle est de l'eau dans un litre de laquelle on a fait dissoudre 4 ou 5 grammes de bicarbonate de soude.

Les articulations sont enveloppées de flanelle exposée à la vapeur d'encens. Quand elles sont très-douloureuses, on les couvre de fomentations tièdes avec l'alcool camphré.

Dans les trois quarts des cas, cette médication suffit; mais quand il n'en est pas ainsi, ou que les douleurs sont très-violentes et l'affection très-généralisée, je fais administrer, tout en continuant ce qui a été indiqué, la teinture de semence de colchique à la dose de 30 et 40 gouttes toutes les trois heures, en recommandant d'en suspendre l'usage quand le calme aura été obtenu.

Dès que la fièvre a cessé, que le pouls a perdu la rénitence et la dureté qui le caractérisent, et dont la persistance est l'indice d'une crise nouvelle et prochaine, j'ajoute à la teinture de colchique la teinture de gayac ammoniacée, et je prescris quelques bains de vapeurs pour faire cesser le sentiment de roideur ou d'embarras se fait encore quelquefois sentir dans une ou deux articulations.

Quand le malade fond en sueurs qui l'épuisent, mais qui ne le soulagent pas, il est utile d'ajouter un peu de camphre aux prises de colchique.

Bien avant que Stork, Scudamore, Williams, Home, Chélius et Eisenmann eussent à se louer du colchique, le génie des anciens avait reconnu la vertu des préparations du bulbe de cette plante dans les maladies rhumatismales et goutteuses.

C'était surtout sous le nom d'*hermodactylus* que leur était connu ce végétal, qu'ils qualifiaient de *anima articulorum*. Avicenne l'intitulait *thériaque pour la douleur articulaire*; Paracelse en avait fait la base de sa poudre purgative arthritique; Mindererus le faisait entrer comme principal élément dans le fameux *électuaire caryocostinum*; et je suppose que les pilules connues sous le nom du docteur Lartigues ont une proche parenté avec celles qu'un des plus heureux praticiens qui aient existé, P. Polerius, composait au moyen des extraits d'ellébore et de colchique.

De toutes les préparations de colchique (vin, vinaigre, oxymel, teinture des semences), la plus sûre et la plus énergique est, d'après mon expérience, la teinture des semences. On peut l'administrer à raison de 20 gouttes de trois en trois heures, et porter la dose jusqu'à 40 gouttes trois ou quatre fois en vingt-quatre heures. La vivacité du mouvement fébrile n'est pas une contre-indication. L'usage de ce moyen, suivi avec persévérance, amène la sédation du pouls. Chez les sujets très-sensibles, il détermine quelquefois une diarrhée assez marquée ou des troubles passagers du sensorium; mais ils n'ont jamais de gravité et cèdent promptement soit d'eux-mêmes, soit à l'aspiration d'un peu d'ammoniaque liquide.

En terminant cette note, écrite à la hâte, je ne crois pas inutile de vous communiquer l'observation d'un cas tout à fait récent, et qui témoigne d'une manière frappante de l'efficacité des préparations de colchique.

Obs. — Il y a huit jours à peu près, je fus appelé par un excellent confrère à voir avec lui un jeune homme atteint d'une violente ophthalmie.

Le malade qui avait, il y a trois ou quatre ans, été atteint en Algérie d'un rhumatisme articulaire, venait d'être de nouveau repris de cette maladie deux mois avant le jour où je le visitai.

Cette fois les phénomènes très-aigus n'avaient pas été de bien longue durée, mais il était resté une émaciation et une faiblesse considérables; on des genoux était encore gonflé et parfois douloureux, et un sentiment de douleur passager survenait de temps à autre vers la région iléo-lombaire.

Un jour ou deux avant que je fusse appelé à le voir, l'œil gauche s'était enflammé. Un vésicatoire avait été inutilement appliqué à la tempe du même côté, et quand je l'examinai, je trouvai l'œil très-rouge sur toute la surface et ne pouvant supporter le jour même le plus affaibli; les larmes coulaient continuellement et avec une grande abondance. Des douleurs extrêmement vives, revenant par crises rapprochées, se faisaient sentir dans toute la circonférence du globe oculaire.

Mon avis fut d'administrer immédiatement la teinture de colchique à la dose de 2 grammes, de quatre heures en quatre heures.

Le lendemain matin, l'œil était encore rouge; il supportait un peu moins difficilement la lumière, mais les douleurs quoique moins fréquentes avaient peu perdu de leur intensité.

Comme, dans un état d'épuisement tel que celui du malade, il me semblait fort dangereux de laisser prendre pied à l'inflammation d'un organe aussi susceptible et aussi précieux que l'œil, et que je craignais surtout de voir envahir l'iris, je conseillai de forcer la dose et de faire prendre 10 grammes de teinture de colchique dans les douze heures. J'appris le lendemain que le malade avait eu cinq à six selles liquides et des troubles de l'innervation assez prononcés; mais quand le surlendemain j'allai le voir je le trouvai assis sur son lit, l'œil parfaitement ouvert, sans aucune rougeur et supportant très-bien la lumière du jour.

Depuis ce moment son état général s'est amélioré; il mange avec appétit et n'éprouve aucune douleur.

Agréez, etc.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX BELGES.

(Suite et fin.)

VIII. ANNALES DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE BRUGES.

Les 3e et 4e livraisons de 1849 renferment : 1° *Analectes médicaux*; par M. de Meyer. 2° *Recherches historiques et pratiques sur le mode de propagation, la prophylaxie et le traitement du choléra-morbus, avec des observations spéciales sur les épidémies qui ont régné à Bruges en* 1832 *et* 1849; par M. Wemaer.

RECHERCHES HISTORIQUES ET PRATIQUES SUR LE MODE DE PROPAGATION, LA PROPHYLAXIE ET LE TRAITEMENT DU CHOLÉRA-MORBUS ASIATIQUE, AVEC DES OBSERVATIONS SPÉCIALES SUR LES ÉPIDÉMIES QUI ONT RÉGNÉ A BRUGES EN 1832 ET 1849; par le docteur WEMAER.

Ce travail considérable, qui remue une quantité énorme de matériaux empruntés à toutes les sources et à tous les pays, et auquel on pourrait reprocher peut-être une critique trop peu rigoureuse, ne saurait être analysé ici; mais il est un point essentiel de l'histoire du choléra sur lequel nous ne croyons pas pouvoir nous dispenser de faire connaître au moins les résultats auxquels l'auteur a été conduit par ses laborieuses recherches : c'est celui qui concerne le mode de propagation.

Après avoir établi le caractère épidémique de la propagation, l'auteur est arrivé à conclure que, dans certaines circonstances, le choléra s'est propagé à la suite de l'arrivée, dans une localité saine, d'individus venant de lieux occupés par le fléau, par exemple à la suite de communications maritimes, de la migration de grandes réunions d'hommes, ou même de l'arrivée d'individus isolés. « Lorsque le choléra règne dans une localité, ajoute-t-il, outre l'influence épidémique, qui est toujours la plus générale, on observe parfois des individus qui contractent la maladie par suite des relations qu'ils ont avec des cholériques, et cela d'autant plus aisément que ces relations sont plus directes et plus longues, et qu'il existe autour des malades des conditions moins hygiéniques. »

Ces conclusions s'accordent, comme on sait, avec les opinions constamment défendues par la GAZETTE MÉDICALE.

IX. ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE DE LA PROVINCE D'ANVERS.

Les livraisons d'octobre, novembre et décembre 1849 renferment les travaux suivants : 1° *Rapport fait à l'administration communale de Willebroeck, par le comité de salubrité publique de cette commune*; par M. Van Berchem. 2° *Notice sur les maladies qui affectent les ouvriers mineurs d'Almaden*; par M. S. Escolar. 3° *Note sur la maladie appelée chorionitis ou sclérosténose cutanée*; par M. Gintrac. 4° *Note sur l'emploi de l'acétate de plomb neutre dans le traitement de l'ophthalmie contagieuse*; par M. Da Rosa Galhardose. 5° *Quelques observations de médecine pratique*; par M. Van Hoof. 6° *Observation d'hydrocéphale*; par M. Van den Poel.

NOTE SUR LA MALADIE APPELÉE PAR LE DOCTEUR GINTRAC CHORIONITIS OU SCLÉROSTÉNOSE CUTANÉE; par le docteur VAN HALEN.

Ce titre contient, si nous ne nous trompons, une double erreur de fait. C'est M. le professeur Forget et non M. Gintrac qui a imposé à l'endurcissement de la peau chez l'adulte les noms de *sclérosténose* et de *chorionitis*, pour exprimer la nature présumée inflammatoire de la maladie. Encore ne sommes-nous pas bien sûrs que la première de ces dénominations n'appartienne pas au docteur Fantonetti (de Pavie), qui a observé l'endurcissement dès 1837. Le travail de M. Forget a été publié dans la GAZETTE MÉDICALE DE STRASBOURG, au commencement de 1847, et nous en avons reproduit la substance dans la même année (GAZ. MÉD. DE PARIS, 1847, p. 750); le mémoire de M. Gintrac, publié dans le JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX, est de la fin de 1847; on en trouvera également l'analyse dans la GAZETTE MÉDICALE (1848, p. 194). En second lieu, les dénominations de *sclérosténose* et de *chorionitis*, adoptées depuis M. Forget par d'autres auteurs, ne l'ont pas été précisément par M. Gintrac, qui appelle la maladie en question une *sclérodermie*.

Ce point historique établi, voyons le fait observé par M. Van Halen. Il s'agit d'une femme de 48 ans, mère de plusieurs enfants, *poitrinaire*, dit l'observation, *depuis ou delà de 25 ans*, atteinte d'hydrothorax et d'œdème des extrémités inférieures. Quelques semaines avant la mort, il se fit un dessèchement, une sorte de momification de la peau des pieds jusqu'à trois travers de doigt au-dessus des malléoles. La peau tendue, sèche, dure au toucher, ressemblait à du cuir sec et avait l'air d'être réduite au derme recouvert d'une couche épidermique sèche, *comme s'il y eût eu résorption ou rétraction* des couches cellulaire, adipeuse, etc., de cette portion du système cutané.

Tels sont les seuls détails contenus dans l'observation. La malade succomba, mais l'autopsie ne put être faite.

L'auteur fait remarquer que dans ce cas, comme dans les quatre empruntés par M. Gintrac à différents auteurs, le sujet appartenait au sexe féminin; mais il rappelle qu'un fait analogue a été observé chez l'homme par le docteur Etmuller de Freiberg (AUSZUG AUS DEN BERICHTEN DER BEZIRKS ARZTEN DES KONIGSREICUS SACHEN; Dresde, 1844). Un homme de 70 ans, atteint d'abord d'hydropisie, éprouva, sans phlegmasie antécédente, une paralysie de la jambe gauche avec pesanteur et froid : il se manifesta ensuite sans aucune douleur une décoloration de la peau qui se ratatina et parut se momifier à partir des orteils. Le malade se rétablit; mais la jambe gauche jusqu'à la hauteur du mollet resta desséchée. « La partie saine marqua sa séparation par une suppuration. »

M. Van Halen n'a évidemment aucune connaissance des travaux, autres que celui de M. Gintrac, publiés sur l'affection primitivement appelée par M. Thirial *sclérème des adultes*. Il saurait que la science possède un exemple de cette maladie chez l'homme, bien autrement précis que celui d'Etmuller, et dû à M. le docteur Bouchut. Au fond même, il est douteux que l'observation d'Etmuller se rapporte à une véritable sclérosténose, et l'absence de détails suffisants autorise à n'y voir autre chose qu'une de ces gangrènes sèches qui semblent momifier les pieds de certains vieillards, sans aboutir de longtemps à la suppuration. Dans ces cas, il est vrai, les parties gangrenées finissent toujours pour se séparer, et l'observation dit seulement que le membre resta *desséché*; mais, d'une part, nous le répétons, elle n'offre pas les éléments d'une appréciation éclairée; de l'autre, elle parle d'une suppuration survenue à la jonction des parties saines avec les parties malades; or la sclérosténose telle qu'on la connaît ne s'accompagne jamais de suppuration.

Nous ferons encore remarquer que l'observation de M. Van Halen s'éloigne elle-même, par un côté essentiel, de celles qui ont été jusqu'ici rapportées. L'endurcissement et le ratatinement de la peau ne siégeaient qu'aux pieds; et bien que la description donnée par l'auteur de l'aspect physique de la partie malade ressemble beaucoup à celle qui a été appliquée à la peau frappée de sclérosténose, notamment par M. Forget, néanmoins il est difficile de ne montrer aucun scrupule relativement à l'identité des deux altérations, d'autant plus que l'observation de M. Van Halen est aussi fort écourtée. On sait que la sclérosténose occupe ordinairement une grande partie du corps et débute par le cou et la partie antérieure du thorax.

X. JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACOLOGIE, PUBLIÉ PAR LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET NATURELLES DE BRUXELLES.

Les numéros d'octobre, novembre et décembre 1849 contiennent les travaux suivants : 1° *Essai thérapeutique sur l'iode, ou applications de la médication iodée ou iodurée au traitement des maladies (iode et phthisie; iode et goître; iode et squirrhes et cancers*; par M. Payan. 2° *Considérations sur la phthisie à sa première période*; par M. Douvillé. 3° *De l'emploi du tartre stibié à haute dose dans le traitement de la pleuro-pneumonie coïncidant avec une période avancée de la grossesse*; par M. Mazade. 4° *Observation de néphrite intermittente*; par M. Defer. 5° *Considérations sur la nature, les lésions anatomiques et le traitement de la fièvre typhoïde*; par M. Crocq. 6° *De l'avortement artificiel comme moyen préférable dans les cas pour lesquels l'opération césarienne, la symphyséotomie ou la céphalotripsie deviendraient plus tard nécessaires*; par M. Clauzure fils.

DE L'EMPLOI DU TARTRE STIBIÉ A HAUTE DOSE DANS LE TRAITEMENT DE LA PLEURO-PNEUMONIE, COÏNCIDANT AVEC UNE PÉRIODE AVANCÉE DE LA GROSSESSE; par le docteur MAZADE.

L'administration de fortes doses d'émétique à des femmes enceintes peut

inspirer deux sortes de craintes : la première, de provoquer l'avortement par suite de vomissements répétés ; la seconde, de porter une action toxique plus ou moins prononcée sur le fœtus. Jusqu'à présent il ne paraît pas que ces craintes se soient réalisées. D'un côté, la prolongation de la pneumonie ou l'emploi des saignées répétées constitueraient des causes d'avortement tout aussi actives sans doute que des vomissements provoqués par l'émétique ; le médecin ne doit donc être retenu par aucun scrupule en ayant recours à ce médicament, et rien ne prouve d'ailleurs que la médication contro-stimulante ait eu plus d'influence que toute autre sur la production de l'avortement. D'un autre côté, quelque appréhension que puissent faire naître les communications évidentes du placenta avec l'utérus, communications mises hors de doute par de nombreuses expériences, aucun résultat positif n'est venu prouver qu'il y eût danger pour l'enfant dans l'administration d'une grande quantité de tartre stibié à la mère.

Le docteur Mazade s'est trouvé plusieurs fois, dans sa pratique, en présence du problème que nous venons d'indiquer. Sans rappeler que l'expérience semblait déjà l'avoir résolu, et que plusieurs auteurs classiques mentionnaient expressément la grossesse comme ne contre-indiquant pas l'emploi de la méthode rasorienne, il rapporte deux observations où, en effet, cette méthode, appliquée à des femmes enceintes, a eu le succès ordinaire sans amener aucun inconvénient. Nous ne résumerons que la première observation, remarquable en ceci que l'emploi du tartre stibié, loin d'avoir exercé une fâcheuse influence sur la grossesse, semble, au contraire, avoir enrayé les symptômes évidents d'accouchement prématuré.

Obs. — Une dame de 28 ans, douée d'une bonne constitution, était parvenue au septième mois d'une grossesse heureuse, lorsque, sans cause appréciable, elle fut prise, dans la journée du 17 avril 1844, d'un violent frisson, et dès la nuit suivante, d'une douleur vive sous le sein droit, d'oppression et de toux.

Pendant trois jours, les symptômes n'augmentèrent nullement d'intensité; seulement les nuits furent signalées par un mouvement fébrile prononcé.

Le cinquième jour de la maladie, le point de côté devint plus aigu, la gêne de la respiration plus considérable, la toux plus fréquente. Les crachats se teignirent de sang. Râle crépitant, mêlé au murmure respiratoire, vers le tiers inférieur du poumon droit; sonorité légèrement affaiblie dans la région correspondante des parois thoraciques ; face animée ; pouls plein et accéléré ; peau chaude et sans moiteur. *Les mouvements du fœtus avaient lieu plus fréquemment que d'ordinaire. Le corps de l'utérus était sensible à la pression.* (Une saignée.) Couenne.

Le sixième jour, agitation; oppression augmentée; douleur de côté très-aiguë; toux fréquente et pénible ; expectoration visqueuse et rouillée ; râle crépitant sans murmure respiratoire ; matité en arrière et à droite ; réaction fébrile intense. *Même état de l'utérus; mêmes mouvements du fœtus.* (Seconde saignée; également couenneuse.)

Le septième jour, commencement de respiration bronchique et de résonnance de la voix ; augmentation de la dyspnée; *mouvements du fœtus moins réitérés ; corps de l'utérus dur et douloureux.* (Troisième saignée.) Couenne.

Huitième jour. Pendant la nuit précédente, exacerbation intense ; délire ; respiration anxieuse, brève ; parole haletante. Le décubitus n'est possible que sur le dos. Expectoration laborieuse, toujours rouillée; râle crépitant vers le lobe moyen du poumon droit ; au-dessous, respiration bronchique et bronchophonie; pouls très-fréquent et dépressible ; altération des traits. *Les mouvements du fœtus n'étaient perçus que faiblement et à de longs intervalles. Le globe utérin était rigide; la malade disait y sentir des contractions fréquentes.* (Potion contenant 40 centigr. de tartre stibié dans 180 grammes de véhicule ; à prendre par cuillerée à bouche de deux en deux heures.)

Il survient des nausées et des selles liquides. Aucun changement dans la soirée ; nuit moins agitée que la précédente.

Le lendemain, neuvième jour, plus de nausées ni de diarrhée; moins de dyspnée. Du râle crépitant a reparu dans plusieurs points du lobe inférieur du poumon droit : le bruit naturel de la respiration prédomine dans le lobe moyen. Toux moins fatigante; expectoration plus facile; pouls relevé; meilleure expression de la physionomie ; peau halitueuse. *La tension de l'utérus est moindre ; ses contractions sont moins réitérées et moins fortes. Mouvements du fœtus plus fréquents et plus énergiques.*

A dater de ce jour, la résolution de la phlegmasie pulmonaire continua à faire des progrès. La médication stibiée fut suspendue le quatrième jour de son emploi ; alors il ne restait plus qu'une toux légère. Le murmure respiratoire et la sonorité des parois thoraciques étaient revenus à l'état normal. *Les mouvements du fœtus avaient repris leur mode habituel de manifestation. L'utérus avait cessé d'offrir des signes de rigidité, de contraction et d'augmentation de sensibilité.*

Arrivée au terme naturel de la grossesse, la malade accoucha régulièrement d'un enfant bien développé et plein de vie.

CAS DE NÉPHRITE INTERMITTENTE ; par le docteur Defer.

C'est encore une question débattue que celle de savoir si les symptômes ordinaires de la néphrite peuvent se présenter sous le type intermittent. L'observation rencontre ici une difficulté spéciale, c'est que la plupart des affections de la vessie, même celles où l'élément phlegmasie est le moins contestable, sont caractérisées par une série d'exacerbations et de rémissions. Ce caractère appartient aux altérations du tissu rénal lui-même comme à celles de ses enveloppes ; il appartient aux affections aiguës comme aux affections chroniques. On conçoit dès lors avec quelle facilité un observateur inattentif ou peu expérimenté peut prendre les accidents de la marche de l'affection pour les signes d'une vraie et légitime intermittence. On ne peut guère douter que la néphralgie, ou douleur nerveuse des reins ou de leurs enveloppes, ne se présente parfois sous forme d'accès réguliers, curables par le quinquina. Quelques praticiens croient aussi à l'existence de la néphrite intermittente. M. Rayer, qui a examiné avec beaucoup de soin ce point de pathologie, incline à penser qu'il y a là une erreur d'appréciation, et affirme n'avoir jamais rencontré un exemple manifeste de cette forme morbide. M. Defer croit pouvoir en offrir un dans l'observation suivante.

Obs. — Le nommé Telc, âgé de 38 ans, d'un tempérament lymphatique, sujet de temps en temps à des douleurs rhumatismales et habitant une localité où la fièvre intermittente n'est pas rare, fut pris un jour, vers dix heures et quart du matin, d'un frisson violent caractérisé par un tremblement convulsif avec sensation de froid très-prononcé. Bientôt une douleur assez vive avec sensation de chaleur et de pesanteur se fit sentir à la région des reins, sans toutefois qu'un côté fût plus douloureux que l'autre. La douleur se propageait aux aines et à la vessie. Le malade éprouvait de la soif, son pouls était dur, plein et fréquent. Après cinq quarts d'heure environ de douleurs assez aiguës, l'accès se termina par l'évacuation d'un verre et demi d'urine sanguinolente et épaisse, mais sans transpiration générale. Chaque jour, depuis six jours, le malade avait un accès semblable, et toujours à la même heure, lorsqu'il réclama les soins de M. Defer. Il raconta que, d'un accès à l'autre, il n'avait nullement souffert, et que l'urine, dans l'intervalle des paroxysmes, avait recouvré sa limpidité. Quand M. Defer le vit, il n'y avait ni fièvre, ni aucun malaise. Des sangsues et un cataplasme furent appliqués à la région des reins. Le malade prit une potion de sulfate de quinine (la dose n'est pas indiquée), une tisane de graine de lin et des bains de siége.

Le lendemain, nouvel accès, mais sans urines sanguinolentes. On ne dit pas si le sulfate de quinine fut continué ; mais les accès ne revinrent plus.

Une telle affection mérite-t-elle bien le nom de *néphrite*? Est-ce même là un exemple de fièvre larvée ? Nous ne saurions l'admettre. Que voyons-nous? Une véritable fièvre intermittente, avec détermination congestive vers les reins, et dont chaque accès se jugeait par une hémorrhagie rénale; comme, dans d'autres cas, on la voit s'accompagnant de congestion cérébrale et se terminant par un épistaxis. Chaque accès débute par un frisson intense ; au frisson succède la chaleur et une forte réaction fébrile ; quoi de plus semblable à un accès de fièvre intermittente ordinaire? La sueur manque, il est vrai, et il semble être remplacée par l'hémorrhagie ; mais c'est là un mode de jugement bien connu et qui n'a pas pour seule voie l'appareil rénal ; on l'a vu se faire par le nez, par l'utérus, probablement aussi par les voies digestives, quoique notre mémoire ne nous en suggère pas d'exemples en ce moment. En résumé, l'affection observée par M. Defer n'est, à nos yeux, ni une néphrite, ni même une affection intermittente des reins ; c'est tout simplement une fièvre intermittente légitime, avec congestion et hémorrhagie rénale, ce qui est loin d'être la même chose.

DE L'AVORTEMENT ARTIFICIEL COMME MOYEN PRÉFÉRABLE DANS LES CAS POUR LESQUELS L'OPÉRATION CÉSARIENNE, LA SYMPHYSÉOTOMIE OU LA CÉPHALOTRIPSIE DEVIENDRAIENT PLUS TARD NÉCESSAIRES ; par M. Clazorre fils.

Ce mémoire, où la question est traitée au point de vue de la philanthropie la plus large et la plus indépendante, ne contient, en réalité, d'autre donnée nouvelle que l'observation suivante, empruntée au service de M. P. Dubois.

Obs. — Une lingère, âgée de 30 ans, naine et offrant une conformation du bassin tellement vicieuse que l'accouchement à terme était impossible, devint enceinte une première fois en 1845. M. Cazeaux provoqua l'avortement à la moitié du quatrième mois, prévoyant qu'à une période plus avancée l'accouchement prématuré ne serait pas possible à raison de l'étroitesse peu commune du bassin. Chez cette femme, en effet, il n'y avait que 2 pouces 1 ligne de diamètre antéro-postérieur. Ce premier avortement ne fut suivi d'aucun accident sérieux.

Au mois de septembre 1847, nouvelle grossesse. M. P. Dubois essaya d'abord d'arrêter le développement du fœtus, à l'aide d'un courant électrique dirigé transversalement à travers l'utérus. Ce moyen n'ayant pas réussi, M. Dubois se proposa de provoquer l'avortement. Pour atteindre ce but, il porta le doigt indicateur de la main droite dans l'orifice de l'utérus, et de la main gauche, il conduisit sur ce doigt une sonde ordinaire en gomme élastique, armée de son mandrin, qu'il avait fait pénétrer entre l'œuf et la paroi postérieure de

la matrice. Arrivé là, après avoir pris les précautions nécessaires pour conserver l'intégrité des membranes, M. P. Dubois imprima à la sonde un mouvement de rotation à droite et à gauche, qui lui permit de décoller l'œuf dans une certaine étendue. Il s'écoula immédiatement un peu de sang provenant sans doute d'une portion du placenta.

Cette opération fut faite le 8 janvier à dix heures du matin. Dans la journée, il y eut quelques douleurs sourdes revenant à des intervalles assez longs. Le soir, elles sont devenues plus vives et se sont rapprochées; le 9, à trois heures du matin, elles étaient fortes et suivies; à quatre heures, rupture spontanée des membranes; dilatation complète du col à quatre heures trois quarts du soir; terminaison de l'accouchement à cinq heures; l'enfant se présente par la tête, en position occipito-iliaque droite antérieure, et coiffé par le placenta.

Les choses se passèrent ensuite aussi heureusement que possible.

Le 15 janvier, la femme allait très-bien.

Ainsi que le dit à cette occasion M. P. Dubois, l'homme de l'art, en provoquant l'avortement à une époque surtout où l'enfant n'est pas viable, met sa conscience à une rude épreuve; et il faut vraiment pour s'y résoudre avoir d'un côté la perspective des dangers que fait courir à la mère l'opération césarienne, et de l'autre le peu de chances de vie réservées à l'enfant qui vient au monde soit naturellement, soit à la faveur de cette opération sanglante.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 17 JUIN.

SUR LE DEGRÉ DE VALEUR NUTRITIVE DES ALIMENTS D'APRÈS L'AZOTE QU'ILS CONTIENNENT.

M. DE GASPARIN communique sur ce sujet la note suivante, en réponse à quelques observations présentées par M. Magendie à l'occasion de la note qu'il a lue à l'Académie, le 8 avril dernier, sur le régime alimentaire des mineurs belges (1):

Nous sommes parfaitement d'accord avec M. Magendie sur un premier fait: c'est qu'une substance ne peut être reconnue pour aliment par cela seul qu'elle contient de l'azote. Personne ne s'est avisé de proposer la houille en cette qualité, et le foin, qui dose en azote autant que le pain, ne peut servir à nourrir l'espèce humaine, quoiqu'il soit nutritif pour les herbivores. Ce n'est pas la chimie qui peut nous apprendre si telle ou telle substance peut nourrir une espèce animale; il faut pour cela consulter son goût, ses facultés digestives, et ce sont ses propres organes qui décident la question.

Mais quand cette expérience a prononcé, que les organes ont parlé, qu'ils ont indiqué les substances alimentaires qui leur conviennent, que, dans les excrétions, ils ont séparé les parties digérées de celles qui ne peuvent l'être, et ont ainsi montré dans chacune de ces substances la quantité de matière vraiment alimentaire; qu'ils ont séparé le gros son du pain, le péricarpe des haricots et des fèves de la semence, etc., la partie vraiment digérée de chacune de ces substances, celle dont les principes sont assez à nu pour qu'elle ne soit pas excrétée sans altération, est ce qui constitue *un aliment*.

Dans ces limites, je crois que les expériences les plus nombreuses ont prouvé la possibilité d'assigner aux aliments leur degré de valeur nutritive, en dosant l'azote qu'ils contiennent; pour cela, on ne fait pas abstraction des autres éléments nécessaires à la nutrition. On sait que certains sels fournissent des matières nécessaires aux organes; on sait que si l'alimentation ne contient pas une dose convenable de carbone, il faut lui ajouter une quantité complémentaire de composés quaternaires, qui soient eux-mêmes alimentaires, pour que les fonctions respiratoires obtiennent satisfaction. Mais comme la plupart des aliments contiennent une quantité surabondante de ces substances comparativement aux substances albuminoïdes nécessaires, comme dans le cas d'insuffisance on y supplée facilement et à bon marché, il en résulte que l'on a pu s'attacher seulement au dosage de l'azote qui représente la quantité de substances ternaires contenues dans l'aliment; de même que les changeurs s'occupent dans un écu de la quantité d'argent qu'il contient, en négligeant la quantité de cuivre qui entre dans l'alliage.

Maintenant, que cette relation de valeur nutritive ait lieu entre les *aliments* dans le rapport de leur azote, cela ne peut être douteux à aucun de ceux qui ont suivi longtemps et étudié les substitutions qui s'effectuent dans la pratique. Il suffirait, pour le prouver, de citer le succès des tableaux d'équivalents nutritifs donnés pour les herbivores par nos savants confrères MM. Boussingault et Payen; mais les exemples pris dans des usages indépendants de ces connaissances théoriques seront encore plus frappants. Il y a longtemps que l'expérience vulgaire a appris qu'il fallait remplacer 5 kilogrammes de foin par 3 kil. 25 d'avoine, et *vice versâ*, pour que la compensation soit suffisante; or le foin commun dose 1,15 pour 100 d'azote, et l'avoine 1,77. L'expérience a donc confirmé les résultats de l'analyse. Quand nous substituons la luzerne au foin en quantité égale, nous nous apercevons bientôt par les accidents inflammatoires, ou par les indigestions et le vertige qui en est la conséquence, ou enfin par le refus des animaux quand la ration de foin était d'ailleurs suffisante, qu'il faut réduire celle de luzerne.

Si nous passons ensuite aux faits qui concernent l'espèce humaine, nous trouvons que les Irlandais, nourris exclusivement de pommes de terre, en consommaient 6 kil. 30 par jour, qui dosent 23 grammes d'azote. On voit que le énorme charge l'estomac recevait pour pouvoir y trouver la quantité de substances albuminoïdes nécessaire à l'existence. Quand la pomme de terre manqua, le gouvernement fit venir du maïs d'Amérique, et les Irlandais adultes consommaient 1 kil. 34 de farine de ce grain dosant 22 grammes d'azote. Quel était l'effet de ce changement de régime? « On se plaignait d'abord que le maïs laissait une sen- » sation désagréable de vacuité de l'estomac, laquelle provenait de ce que les » organes de la digestion n'éprouvaient pas la distension à laquelle les avait » habitués la masse des pommes de terre consommées... » « Il n'en est plus » ainsi aujourd'hui, ajoute l'auteur de l'article cité (1): le peuple s'est non-seu- » lement habitué à l'usage du maïs, mais il le préfère, et il reconnaît qu'il se » sent plus fort, plus soutenu que lorsqu'il se nourrissait de pommes de terre. » En effet, il n'a plus à ajouter au travail de ses membres le travail de ses organes digestifs fatigués par cette masse de matières inertes.

Les artisans de nos petites villes du Midi se nourrissent alternativement de viande et de légumes. La nécessité de conserver la même vigueur dans le travail et les indications de leur appétit leur ont fait trouver depuis longtemps la formule exacte de la substitution alimentaire. Je pensais, avec bien d'autres, qu'ils devaient conserver un poids de haricots supérieur à celui de la viande à laquelle ils étaient substitués. Ayant fait une enquête prolongée, et dans beaucoup de ménages, j'ai appris que l'on remplaçait 250 grammes de viande (os compris, comme on la vend à la boucherie) par 150 grammes de haricots secs. Je n'en ai plus été surpris, en considérant que les haricots dosent 3,80 pour 100 d'azote, et la viande seulement 2,42 pour 100. La substitution semblait avoir consulté la théorie pour régler ces doses relatives.

Je vais répondre aussi à deux objections de M. Magendie. Des animaux nourris avec de la fibrine de sang, substance très-azotée, n'ont pu supporter ce régime et en sont morts. Cela devait nécessairement arriver: la dose de carbone et d'hydrogène contenue dans la fibrine étant insuffisante pour fournir à la combustion pulmonaire, relativement à la proportion d'azote qui peut entrer dans la ration, il a dû en résulter que l'animal, après avoir brûlé sa propre graisse, a détruit successivement les tissus mêmes de ses organes, et qu'il est mort d'une combustion lente. Si on lui eût donné de la viande garnie de ses tendons et de ses parties graisseuses, il aurait vécu; de même que si l'on eût ajouté quelque matière féculente à son régime.

Mais la dernière objection est la plus forte; selon notre savant confrère, il aurait constaté qu'il faut, pour nourrir un animal carnassier, lui donner en viande sèche le même poids qu'en viande crue. Ici, dit-il, la disproportion de l'azote dans les deux aliments est énorme, puisque la viande crue, en se desséchant, perd les neuf dixièmes de son poids, tout en conservant son azote. Il a donc fallu, dans ces essais, neuf ou dix fois autant d'azote pour obtenir le même résultat nutritif.

Il est bien à regretter que M. Magendie ne nous donne pas le détail d'une expérience aussi capitale, et ne nous dise pas dans quel état il a administré la viande sèche, et si en même temps il a cherché à lui rendre son eau de combinaison en la faisant tremper ou bouillir dans l'eau. On conçoit, en effet, le trouble que pourrait apporter dans les fonctions 1 kilogr. de poudre de viande, absorbant dans les voies digestives 9 kilogr. d'eau. Il me semble évident que la digestion n'aurait alors rien de normal, et que l'animal serait très-imparfaitement nourri. La répétition d'une telle expérience, faite sous des formes variées, serait d'autant plus essentielle que l'on observe toute autre chose dans la pratique humaine.

Pour alléger le poids de leurs provisions, les voyageurs qui se hasardent dans les expéditions lointaines et dans des pays dépourvus de ressources, se munissent de viande et de viande sèche que les Anglais appellent *pemmican*. Quelques heures d'ébullition lui font reprendre ses propriétés premières, et cet aliment, uni à la graisse et aux liqueurs alcooliques, les entretient en santé. Quant à la dose de pemmican qui compose la ration, on la trouverait dans les relations de voyage; je manque ici des moyens de recherches à cet égard. Mais il est évident qu'elle est fort inférieure au poids de la viande fraîche et probablement équivalente à celle-ci.

FÉCONDATION.

M. COSTE lit un travail sur la fécondation contenant la relation d'expériences sur le nombre de pontes fécondes chez les femelles d'oiseaux que l'on sépare du mâle après l'accouplement.

Le but de l'auteur, en faisant ces expériences, a été de rectifier une opinion fort ancienne empruntée aux croyances communes, et introduite dans la science par les naturalistes les plus illustres, savoir: qu'une poule séparée du coq immé-

(1) GAZ. MÉD., p. 289.

(1) REVUE BRITANNIQUE, janvier 1848, p. 77; art. intitulé la *Crise irlandaise*, traduit de l'EDINBURGH REVIEW.

diatement après un ou plusieurs accouplements pourrait pondre pendant un temps pour ainsi dire illimité, des œufs féconds.

D'après les résultats que M. Coste a constatés, l'influence de la fécondation s'étend beaucoup moins loin qu'on ne le suppose chez les oiseaux et chez la poule en particulier. Voici à cet égard les conclusions auxquelles il est arrivé et qui résument le résultat de ses expériences.

1° Les poules ou les femelles de canards que l'on sépare du mâle après l'accouplement ne pondent le plus ordinairement que cinq œufs féconds, rarement six, et plus rarement sept.

2° A l'époque où les pontes ont lieu régulièrement tous les deux jours, ou deux fois en trois jours, tous les œufs féconds, dont le nombre ne dépasse jamais le chiffre que l'on vient d'indiquer, sont pondus dans un laps de temps qui varie du dixième au quinzième jour, et très-exceptionnellement au dix-septième; au delà de ce terme, l'action du mâle est entièrement effacée.

3° Quelque fréquent que soit l'accouplement, le nombre d'œufs féconds qui en résulte n'est jamais augmenté; une poule séparée du mâle après un seul rapprochement a reçu une influence aussi durable qu'une autre poule qui avait été cochée onze fois dans la même journée.

4° L'influence du mâle ne s'exerce que sur les œufs ovariens déjà colorés en jaune intense, et dont le volume peut varier de 15 à 35 millimètres, coloration et volume qui sont des signes appréciables de la maturation, c'est-à-dire de leur aptitude à la fécondation. D'où il suit que s'il n'y a jamais qu'un certain nombre d'œufs fécondés à la fois, cela ne tient pas à ce que l'action de la semence est limitée, mais à ce qu'il n'y a de préparés à la recevoir que ceux qui se trouvent dans les conditions qui viennent d'être indiquées.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 18 JUIN. — PRÉSIDENCE DE M. ORFILA

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Le ministre de l'agriculture et du commerce envoie un rapport rédigé par MM. les docteurs Faivre d'Esnans et Bizot sur une épidémie de fièvre muqueuse qui a régné dans la commune de Pouligney (Doubs), en novembre et décembre derniers. (Comm. des épidémies.)

Le même ministre invite l'Académie à rédiger une nouvelle instruction concise et résumée sur les eaux minérales. (Comm. des eaux minérales.)

Le même ministre communique une réclamation du sieur Dosset, propriétaire des eaux minérales de Siradan (Hautes-Pyrénées), qui demande un nouvel examen de l'eau de la source dite *saline*. (Même commission.)

— M. le Secrétaire perpétuel communique la copie d'une observation qui avait servi de base aux réflexions de M. Duval sur la bronchotomie dans la petite vérole.

Il s'agit d'un enfant qui, étant au douzième ou treizième jour de la petite vérole, était menacé de suffocation. La bronchotomie ayant été proposée par un des médecins assistants fut pratiquée. L'enfant un moment soulagé succomba néanmoins. A l'autopsie on découvrit les traces d'une gangrène qui avait rongé et détruit les parties molles et cartilagineuses du larynx.

M. Grimaud (d'Angers) envoie pour être joint au dépôt qu'il a précédemment fait: 1° un flacon contenant une petite quantité de sulfate de strychnine qu'il emploie comme succédané du sulfate de quinine; 2° une formule des préparations de sulfate de brucine et de sulfate de strychnine qu'il propose comme succédanés du sulfate de quinine.

M. Guénée, médecin à Longjumeau (Seine-et-Oise), adresse un rapport sur un cas de choléra qui s'est présenté il y a quelques jours dans sa clientèle et qu'il dit avoir guéri par une méthode particulière.

M. Moride, pharmacien à Nantes, adresse, par l'intermédiaire de M. Chevallier, un mémoire sur l'emploi de l'eau de mer concentrée comme agent thérapeutique. L'auteur croit être parvenu à s'approprier par évaporation sous une température peu élevée et en plein air, toutes les substances constitutives de l'eau de mer; ce qui rend possible l'administration de véritables bains de mer en toute saison et partout. (Comm. des eaux minérales.)

M. Blancard, pharmacien à Paris, annonce que depuis la présentation à l'Académie de son mémoire sur les pilules d'iodure ferreux inaltérable, il s'est livré à de nouvelles recherches dont le résultat a été d'en perfectionner et d'en simplifier la préparation. (Comm. déjà nommée.)

M. Merriau envoie un petit travail intitulé: Notes, souvenirs et observations sur le choléra qui a ravagé Oran en 1849. (Comm. du choléra.)

SPARADRAPIER.

M. Soubeiran lit un rapport officiel sur un sparadrapier inventé par M. Chalmot et sur lequel l'Académie a été consultée par le ministre.

M. le rapporteur propose de répondre au ministre que ce sparadrapier, très-ingénieux d'ailleurs, est inutile. (Adopté.)

LIQUEUR DÉSINFECTANTE.

M. Huguier lit un rapport officiel sur une liqueur désinfectante soumise à l'examen de l'Académie par le ministre de l'agriculture et du commerce sur la demande de MM. Raphaël et Ledoyen. Cette liqueur se compose d'une solution aqueuse, dans des proportions déterminées, de nitrate de plomb.

M. le rapporteur, après avoir rapporté plusieurs faits qui tendent à établir que cette préparation a en particulier la propriété de désinfecter les plaies de mauvais caractères ainsi que les objets qui ont servi au pansement des plaies, conclut en ces termes:

1° Le liquide nouveau nous a paru jouir au plus haut degré de la propriété désinfectante, dans les circonstances où nous l'avons employé.

2° Il paraît particulièrement utile lorsque des matières en décomposition peuvent donner lieu à des composés sulfureux.

3° Employé à dose convenable, il peut conserver des pièces susceptibles de putréfaction.

M. Guibourt: Le procédé préconisé par le rapport peut être bon, mais il en est beaucoup d'autres qui le valent tout au moins, si même ils ne valent mieux: par exemple le sulfite de soude et le sulfite de zinc qui s'emparent avec une grande rapidité des produits ammoniacaux. Je crois donc qu'il n'y a pas lieu d'accorder à la préparation dont il s'agit les éloges qu'on lui a donnés.

M. Caventou: Il est à regretter que la commission n'ait pas cru devoir faire des expériences comparatives, surtout quand il y a bien d'autres substances qui remplissent le même but que le nitrate de plomb. Le ministre ne sera pas suffisamment éclairé par ces conclusions.

M. Robert a expérimenté ce liquide sur la demande de l'inventeur, il y a sept à huit ans. Il en a constaté les bons effets, mais il lui a reconnu aussi des inconvénients, entre autres celui de noircir les linges au point que les taches résistent ensuite au lavage. Il pense qu'on devrait se borner à dire que ce mélange est effectivement un bon désinfectant, mais qu'il n'a aucun avantage réel sur les autres désinfectants connus.

M. Gibert trouve la conclusion du rapport trop absolue et appuie l'amendement de M. Robert.

M. Bouchardat: Pour apprécier la valeur réelle du moyen qu'on propose, il aurait fallu l'envisager sous trois points de vue, savoir comme moyen de désinfecter les plaies, comme moyen de désinfection des cadavres et des pièces anatomiques, et enfin comme désinfectant général. Sous le premier point de vue, je ne doute pas que les chlorures n'eussent conservé dans cette comparaison tous leurs avantages. Comme désinfectant des préparations anatomiques, je crois aussi qu'il y a d'autres agents qui valent mieux que le nitrate de plomb. Quant au point de vue plus général, comme moyen de désinfection des matières fécales, la commission n'avait pas les éléments nécessaires pour se prononcer. Je pense donc que la question n'est pas suffisamment établie, et que l'Académie n'est pas en mesure de se prononcer d'après ce rapport.

M. H. Gaultier de Claubry, comme membre de la commission, demande que le rapport soit renvoyé à la commission pour être soumis à un nouvel examen. (Appuyé.)

Le renvoi à la commission est ordonné.

Sur la proposition de M. Bégin, MM. Robert et Caventou seront adjoints à la commission.

M. Ricord, au nom de la section de pathologie chirurgicale, propose de fixer à six le nombre des candidats qui devront être portés sur la liste de présentation. (Adopté.)

M. Gosselin, candidat à la place vacante dans la section de pathologie chirurgicale, a la parole pour une lecture.

KYSTES SYNOVIAUX DU POIGNET.

M. Gosselin, lit un mémoire sur ce sujet; en voici le résumé.

L'auteur divise son travail en deux parties: la première est consacrée aux kystes hydropiques, la seconde aux kystes ganglionnaires.

Première partie. Les kystes hydropiques se trouvent surtout dans les gaines synoviales des tendons fléchisseurs; ce sont eux que Dupuytren appelait à tort *hydatides du poignet*, et que M. Velpeau appelle *tumeurs crépitantes*.

La pathologie est obscure sur ce sujet, parce que les notions anatomiques sont vagues et incomplètes.

M. Gosselin fait voir que, dans l'état régulier, les tendons fléchisseurs sont accompagnés par deux bourses synoviales, et non par une seule, comme l'ont dit beaucoup d'anatomistes. L'une de ces bourses est externe et enveloppe le tendon fléchisseur du pouce seul, en se prolongeant jusqu'à l'extrémité de ce doigt. L'autre est interne, et enveloppe les quatre tendons fléchisseurs de l'annulaire et du petit doigt en se prolongeant jusque vers l'extrémité de ce dernier. Quant aux tendons de l'index et du medius, ils ne sont pas enveloppés par ces synoviales et n'ont que des gaines celluleuses tout à fait distinctes.

Mais il y a des variétés: une fois l'auteur a trouvé que les deux synoviales habituellement faciles à séparer l'une de l'autre et distinctes, communiquaient par une ouverture. Plus souvent il a rencontré entre les deux précédentes une troisième cavité synoviale; entre les deux précédentes, quelquefois il a constaté que la synoviale interne s'arrêtait à la paume de la main et n'allait pas jusqu'à l'extrémité du petit doigt.

Les dispositions normales et les variétés font comprendre pourquoi le liquide des kystes hydropiques occupant habituellement la bourse interne, ne se prolonge pas jusqu'à l'extrémité du pouce et du petit doigt en même temps, pourquoi même le plus souvent il s'arrête à la paume de la main, pourquoi ces maladies sont plus souvent suivies de la rétraction des tendons des deux derniers doigts que de celle de l'index et du médius, pourquoi enfin le liquide passe quelquefois difficilement de l'un des lobes dans l'autre.

La deuxième partie est consacrée à ces kystes ganglionnaires que l'on trouve si souvent sur la face dorsale du poignet. M. Gosselin s'occupe seulement de leur origine. Il montre combien la science est incertaine sur ce point, les uns rapportant cette maladie aux synoviales articulaires, les autres, et le plus grand nombre, la plaçant dans les synoviales tendineuses; les uns l'attribuent à une hernie, les autres à une rupture de ces membranes synoviales.

Les recherches anatomiques de l'auteur le conduisent à mettre en doute l'origine des ganglions aux synoviales tendineuses, et à démontrer que leur origine à la synoviale radio-carpienne ou médio carpienne est au moins beaucoup plus fréquente. Il a rencontré souvent de ces kystes à leur début, formant ce qu'il appelle des corpuscules sous-synoviaux ; puis remontant au développement de ces corpuscules, il les attribue à l'oblitération de l'ouverture de certains appendices réguliers des synoviales articulaires qu'il regarde comme des cryptes ou follicules synoviaux, et qui se trouvent dans ces articulations comme dans la plupart des autres. Pour lui enfin la pathogénie du ganglion est analogue à celle des loupes sébacées, des kystes muqueux; elle s'explique par l'accumulation de la synovie dans de petites poches normales qui avaient échappé à l'attention de la plupart des anatomistes ; et en conséquence, ces tumeurs ont toujours une portion profonde qui est en rapport immédiat avec la synoviale articulaire radio-carpienne ou médio-carpienne. M. Gosselin admet la même explication pour les kystes synoviaux voisins des autres articulations.

INFLUENCE DU CHOLÉRA SUR LES MALADIES.

M. Rochoux lit un rapport sur un mémoire de M. Limousin, médecin à Bergerac (Dordogne), ayant pour titre : INFLUENCE DU CHOLÉRA SUR LES MALADIES. Il s'agit, dans le mémoire de M. Limousin, de cas où le choléra a fait disparaître, au moins momentanément, des anasarques suite de maladies du cœur, des hydrothorax, des ascites tenant à la même cause, des fièvres intermittentes, des névroses, des névralgies, etc.

Ces faits qui méritent, suivant M. le rapporteur, de prendre place dans l'histoire du choléra, ont déjà été confirmés et complétés par les observations de plusieurs médecins des hôpitaux de Paris.

M. le rapporteur propose, en conséquence, de déposer honorablement dans les archives l'opuscule de M. Limousin, et d'adresser une lettre de remercîments à l'auteur. (Adopté.)

PLAN D'ASSOCIATION MÉDICALE.

M. Rochoux lit un deuxième rapport au nom de la commission de topographie médicale, en réponse à la lettre du 11 septembre 1848, par laquelle le ministre de l'instruction publique demande l'opinion de l'Académie sur le projet présenté par M. Jules Lafargue (de Lima) d'un plan d'association médicale, qui aurait pour centre directeur l'Académie de médecine de Paris, pour ouvriers des médecins établis dans différentes parties du globe, et correspondant avec cette Académie, pour but la pathologie comparée des climats du monde.

Le but que se propose l'auteur pouvant être rempli avec le concours d'un certain nombre de correspondants dans le Nouveau-Monde, animés du même zèle que lui, sans rien changer à l'organisation actuelle de l'Académie, M. le rapporteur propose de répondre au ministre que l'Académie ne croit pas nécessaire d'adopter le plan d'association sur lequel elle a été consultée. (Adopté.)

Il est cinq heures, la séance est levée.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS DE MARS 1850; par MM. les docteurs BROWN-SÉQUARD et FOLLIN, secrétaires.

I. — PHYSIOLOGIE.

1° DE L'INFLUENCE DES NERFS VAGUES SUR LES BATTEMENTS DU CŒUR; par M. BROWN-SÉQUARD.

Il y a deux manières de démontrer qu'un centre nerveux ou un nerf a de l'influence sur tel ou tel organe : dans l'une, on essaye de faire voir qu'en excitant ce centre ou ce nerf, on augmente l'action de cet organe; dans l'autre, on fait voir qu'après la séparation du nerf d'avec l'organe, celui-ci cesse bientôt d'agir, ou agit moins énergiquement. Cette seconde manière est bien préférable à la première, parce qu'un nerf peut très-bien agir sur un organe pour l'exciter sans que les actions habituelles de cet organe dépendent essentiellement de ce nerf. Au contraire, on peut parfaitement juger, en général, par l'autre procédé, quel est le rôle du nerf dans les actions de l'organe : il suffit de trouver ce qui manque dans ces actions. C'est ce procédé que M. Brown-Séquard a mis en usage pour découvrir si la moelle allongée et les nerfs vagues sont essentiels ou au moins utiles aux battements du cœur. On sait qu'il a vu le cœur battre avec sa régularité et sa vigueur ordinaires pendant plusieurs mois après l'extirpation de la moelle allongée. Ce fait est sans réplique quant à la moelle allongée; mais on pouvait supposer, relativement aux nerfs vagues, que, tout séparés de la moelle allongée qu'ils étaient dans cette expérience, ils pouvaient encore transmettre au cœur des excitations venues de leurs ganglions. En effet, le ganglion du nerf vague est très-gros chez les batraciens, animaux qui sont ceux qui survivent le plus longtemps à la perte de la moelle allongée. On pouvait donc dire que la survie est due à cette action supposée du ganglion du nerf vague sur le cœur. Pour juger de la valeur de cette hypothèse, M. Brown-Séquard a extirpé le ganglion du nerf vague, des deux côtés, sur un grand nombre de grenouilles intactes ou ayant déjà subi l'extirpation de leur moelle allongée. Malgré une forte hémorrhagie, ces animaux ont survécu jusqu'à vingt ou trente jours, et leur survie aurait sans doute été plus considérable si l'on avait pu les tenir dans les conditions physiques qui favorisent le plus la vie des batraciens. Pendant toute leur survie, leur cœur a battu avec autant de force et de régularité qu'à l'ordinaire. Ces expériences ont été faites à la fin de l'automne, en hiver et au commencement du printemps.

Dans des recherches publiées l'an dernier, M. Moritz Schiff, qui croit que les battements du cœur dépendent de la moelle allongée et des nerfs vagues, annonce que la section de ces nerfs, chez les batraciens, amène très-promptement la mort. Cette différence dans les résultats de M. Schiff et ceux de M. Brown-Séquard paraissent à ce dernier dépendre des conditions physiques dans lesquelles ont été placés les batraciens. Les meilleures conditions sont : une basse température, de l'humidité, et surtout un abri qui les protége contre les courants d'air.

Dans la séance du 2 février 1850, M. Brown-Séquard a mis sous les yeux de la Société deux grenouilles sur lesquelles les deux ganglions de la paire vague avaient été extirpés depuis quatorze jours. Ces deux grenouilles étaient très-vives, et les battements de leur cœur étaient réguliers et énergiques.

2° DE LA PERSISTANCE DE LA FACULTÉ RÉFLEXE MALGRÉ DES ALTÉRATIONS CONSIDÉRABLES DE LA MOELLE ÉPINIÈRE; par M. BROWN-SÉQUARD.

On trouve dans les recueils de médecine un assez grand nombre de faits qui prouvent que, chez l'homme, des altérations variées et très-considérables, quant à leur intensité et à l'étendue des parties où elles siégent, peuvent exister sans cependant détruire complétement ni même sans porter aucune atteinte aux fonctions de la moelle épinière. Dans ces cas singuliers, c'est surtout la sensibilité qui est le plus souvent et le plus complétement conservée.

Il était intéressant de chercher à produire artificiellement chez les animaux des altérations diverses de la moelle épinière, et d'étudier les effets immédiats et les conséquences de ces altérations. Ce mode d'exploration a même plus de valeur, à certains égards, que les faits pathologiques dont nous avons parlé. En effet, ici on a l'immense avantage de pouvoir faire l'autopsie au moment même où l'on vient de constater avec soin les symptômes, de telle sorte qu'il ne peut se produire dans la moelle aucun de ces changements cadavériques ou autres, qui, chez l'homme, ont si grandement le temps de se faire entre l'instant du dernier examen des symptômes et le moment de l'ouverture du cadavre.

M. Brown-Séquard a montré à la Société plusieurs animaux chez lesquels il y avait persistance ou de l'action réflexe, ou de la sensibilité et des mouvements volontaires, malgré certaines lésions étendues de la moelle épinière.

Nous ne parlerons dans cette note que des faits relatifs à la conservation de l'action réflexe. Deux pigeons ont été dans ce cas : leur moelle épinière avait été coupée au niveau de la dernière vertèbre costale, puis une tige métallique avait été introduite dans le rachis et poussée depuis la dernière vertèbre costale jusqu'à la seconde ou troisième vertèbre caudale. Sur l'un de ces animaux, il y a eu, très-peu de temps après l'opération, des mouvements réflexes faibles, mais très-manifestes, dans tout le train postérieur, quel que fût le point excité. Pendant plusieurs jours et jusqu'au moment où l'animal fut tué, cette action réflexe s'est montrée chaque fois qu'on l'a cherchée. A l'autopsie, faite sous les yeux de la Société, on trouva toute la face postérieure du bout de moelle, appartenant au train postérieur, couverte de sang coagulé; la moelle était aplatie d'avant en arrière, ramollie dans toute son épaisseur, et elle présentait dans divers endroits une couleur lie de vin, due sans doute à des infiltrations sanguines. Cette substance grise semi-liquide, qui se trouve dans le ventricule rhomboïdal, était détruite (1); les cordons postérieurs de la moelle étaient presque partout séparés l'un de l'autre, et la substance grise centrale mise à nu.

Sur l'autre pigeon, il n'y avait de mouvements réflexes que dans le membre postérieur gauche et dans la queue; les excitations de la peau du membre postérieur droit ne produisaient absolument aucun effet. Dans l'autre membre, les mouvements, quoique faibles, étaient très-manifestes. L'autopsie étant faite devant la Société, on trouva que, depuis la dernière vertèbre costale jusqu'à la seconde vertèbre caudale, toute la moitié droite de la moelle avait été complé-

(1) Sur un grand nombre d'oiseaux de diverses espèces, M. Brown-Séquard a constaté qu'après la destruction de cette substance grise fluide, les mouvements volontaires ou réflexes sont affaiblis. Il a aussi vu que la reproduction de cette substance s'opère quelquefois avec une promptitude remarquable.

tement détruite; l'autre moitié, qui subsistait, était rouge, ramollie; elle conservait ses rapports avec les racines et avec la moelle caudale, qui était en grande partie intacte.

Ces faits démontrent que des altérations considérables de la moelle épinière, bien que survenues rapidement, peuvent laisser subsister l'action réflexe. En outre le second fait montre qu'une moitié latérale de la moelle épinière suffit, chez le pigeon, pour donner lieu à des mouvements réflexes dans le membre correspondant, ce qui n'avait été vu jusqu'ici que chez des vertébrés à sang froid. (Séance du 9 mars.)

3° PREUVE A L'APPUI DE LA NOUVELLE DOCTRINE SUR LA FORMATION DE LA MEMBRANE CADUQUE; par M. CAZEAUX.

M. Cazeaux présente un œuf de 7 à 8 semaines, expulsé entier avec la membrane caduque, par laquelle il est recouvert dans toute son étendue.

« Cette pièce, dit-il, me parait de nature à convaincre ceux qui ne seraient pas suffisamment édifiés sur les véritables rapports de l'œuf avec la membrane caduque, et sur la nature de celle-ci.

» La masse qu'elle constitue a tellement la forme de la cavité utérine qu'elle semble, en vérité, moulée sur cette cavité. Elle offre à considérer un bord supérieur, deux bords latéraux, et inférieurement un sommet conique.

» Cette masse est environnée de tous côtés par une membrane qui présente sur ses deux faces des caractères différents, mais dont la structure intime est pourtant identique.

» Quand on rapproche cette pièce, expulsée par l'avortement, des œufs que possède M. Coste, et qu'il a eu le bonheur de pouvoir observer en place dans l'utérus, on voit entre eux la plus grande ressemblance.

» Sur une de ses faces, on aperçoit une membrane dont la surface est irrégulière, comme grenue, et surmontée de petits filaments. Cette membrane étant incisée avec précaution, on voit qu'elle offre à peine deux tiers de millimètre d'épaisseur, et on arrive aussitôt dans une cavité, dans laquelle on voit flotter les villosités choriales.

» Sur la face opposée existe aussi une autre membrane beaucoup plus épaisse que la première, puisqu'elle a plus de 3 millimètres d'épaisseur; elle est opaque, d'un gris rougeâtre ou jaunâtre, comme infiltrée de sang. Sa surface extérieure est beaucoup plus irrégulière, et hérissée de nombreux filaments très-fins et très-déliés. On y aperçoit un grand nombre de petites ouvertures. Incisée avec soin, cette membrane est renversée, et laisse apercevoir une cavité dont les parois sont lisses et recouvertes d'épithélium. On peut y voir à la loupe de petites éminences mamelonnées assez semblables aux circonvolutions cérébrales.

» Le plancher de cette cavité est manifestement formé par une membrane qui, libre par sa face interne, est évidemment en rapport par sa face externe avec les villosités du chorion. Cette face externe constitue une des parois de la cavité dans laquelle l'œuf se trouve enfermé.

» Cette pièce est la première, je crois, qui, chassée à la suite de l'avortement, a permis de voir l'œuf emboîté ainsi dans une poche complète.

» Elle répond puissamment, à mon avis, à une des objections les plus fortes formulées contre la nouvelle théorie de la formation de la membrane caduque.

» Les œufs les plus complets reçus jusqu'à présent, à la suite de l'avortement des premiers mois, offraient bien une poche complète, formée par le double feuillet de la caduque; mais ils n'étaient recouverts qu'en partie par cette double membrane, et une portion de leurs villosités était libre et flottante. Or, dira-t-on, si la membrane caduque est, comme on le prétend, la muqueuse même de l'utérus, elle devrait, si elle sort à l'état de poche interne, envelopper l'œuf de tous côtés, on si elle ne le recouvre qu'en partie, offrir au moins des traces de déchirure.

» Cette objection, qui, même en présence des pièces de M. Coste, conservait une partie de sa valeur, au moins comme difficulté inexplicable, me semble annihilée par la pièce que j'ai l'honneur de présenter. Celle-ci prouve, en effet, qu'en dehors comme en dedans de l'utérus, l'œuf peut être environné par la caduque, comme l'œuf de l'oiseau par sa coquille.

» L'histologie de ces divers feuillets membraneux peut seule prouver leur identité. Ce travail a déjà été fait avec succès par M. Robin. (Séance du 23 mars.)

4° DE LA CONSERVATION DE LA VIE, SANS TROUBLE APPARENT DES FONCTIONS ORGANIQUES, MALGRÉ LA DESTRUCTION D'UNE PORTION CONSIDÉRABLE DE LA MOELLE ÉPINIÈRE, CHEZ DES ANIMAUX A SANG CHAUD; par M. BROWN-SÉQUARD.

Dans le n° 2 de nos COMPTES RENDUS, pour 1850, M. Brown-Séquard a annoncé que les pigeons pouvaient survivre très-longtemps à la destruction de toute la portion de moelle épinière qui s'étend depuis les dernières vertèbres costales jusqu'au bout de la queue. Deux des animaux dont il a parlé dans cette note survivent encore; un autre, mort par accident, a survécu du 4 février au 28 mars à la destruction de plus de la moitié de la longueur totale de sa moelle épinière. La destruction s'étendait de la hauteur de l'articulation de la troisième avec la quatrième vertèbre costale jusqu'à la queue (1). Cet animal, très-jeune au moment de l'opération, avait les mêmes dimensions et le même âge qu'un autre pigeon qui fut laissé intact pour servir de terme de comparaison. Le développement en longueur et l'accroissement en poids eurent lieu également chez l'un et chez l'autre de ces deux animaux.

De ce qui a eu lieu dans ce cas et chez beaucoup d'autres pigeons dépouillés de toute leur moelle épinière, à partir des quatrième, cinquième ou sixième vertèbres costales jusqu'à la queue, M. Brown-Séquard croit pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° Chez les pigeons, la vie peut subsister sans trouble apparent, malgré l'absence d'une partie considérable de la moelle épinière;

2° La moelle épinière ne parait pas avoir le rôle qu'on lui a supposé sur la digestion, sur la circulation et sur les sécrétions biliaire et urinaire;

3° Malgré la destruction d'une grande partie de la moelle, la chaleur animale peut conserver son degré normal;

4° La sécrétion des plumes peut avoir lieu comme à l'ordinaire, dans des parties paralysées;

5° La nutrition et l'accroissement peuvent se faire d'une manière régulière, malgré l'absence d'une grande partie de la moelle épinière.

(1) La Société a pu constater l'exactitude de ce fait : l'animal lui a été montré et pendant sa vie et après sa mort.

II. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

1° CAS D'HYPERTROPHIE FIBROSO-GLANDULAIRE DES GLANDES DE MÉRY; par M. GUBLER.

M. Gubler a examiné avec soin les glandes de Méry sur une pièce qui avait été présentée à la Société par M. Duplay. Il a trouvé la glande du côté gauche parfaitement saine, aplatie transversalement et de la grosseur d'un pois. Au contraire, la glande droite est arrondie, grosse comme une noisette, fortement lobulée, dure, élastique, jaunâtre pâle, assez semblable, en un mot, pour l'aspect extérieur à la prostate hypertrophiée du même sujet. Mais tandis que l'intérieur de la prostate est rempli d'un suc épais, blanc, semblable au suc du cancer encéphaloïde, on ne parvient à exprimer des coupes de la glande de Méry, augmentée de volume, qu'un liquide transparent, légèrement ambré, très-consistant, extrêmement visqueux, ne différant pas du mucus normal. Ainsi, même dans ce cas pathologique, la différence entre le liquide prostatique et le mucus des glandes bulbo-urétrales reste parfaitement tranchée.

La glande de Méry ayant été incisée vers le point d'émergence du canal excréteur, M. Gubler a pu constater l'existence de cinq ou six pertuis appartenant à autant de conduits secondaires réunis en faisceau, et qui avaient été transversalement coupés. Ces conduits, beaucoup moins déliés que dans l'état ordinaire, pouvaient admettre chacun une soie de sanglier; ils étaient remplis d'un mucus transparent, d'une teinte plus brune que celui du corps de la glande. Le canal excréteur commun était lui-même notablement plus gros que celui du côté opposé.

Près de son origine existait un lobule offrant tous les caractères qui appartiennent à la glande saine. M. Gubler a suivi les deux canaux excréteurs, dans une partie de leur trajet, à travers le tissu érectile du bulbe, sans pouvoir réussir à découvrir les lobules accessoires, qu'il n'a jusqu'ici rencontrés que deux fois. Leur embouchure dans l'urètre avait lieu à plus de 3 centimètres de distance des glandes elles-mêmes. Par l'examen microscopique, MM. Gubler et Robin ont constaté, dans la glande altérée, un développement considérable du tissu celluloso-fibreux et des *acini* glandulaires. En outre, les culs-de-sac glanduleux étaient plus irréguliers, plus épais, plus granuleux que dans les glandes saines. On ne découvrait pas d'épithélium dans leur cavité, ce qui est fréquent. Deux dessins, mis sous les yeux de la Société, font ressortir ces différences.

Le mucus des glandes de Méry ne renfermait que des cellules d'épithélium pavimenteux, en partie dissoutes. Le liquide puriforme de la prostate contenait à la fois de nombreuses cellules d'épithélium, allongées, variables dans leur configuration, et beaucoup de ces corpuscules pâles, ressemblant à des grains de fécule, et qui paraissent être les rudiments des calculs prostatiques. Il existait une grande quantité de calculs non-seulement dans les conduits volumineux de la prostate, au voisinage de l'urètre, mais même dans l'épaisseur de la glande, et jusqu'à sa surface extérieure.

M. Gubler se résume en disant que c'est là le premier cas d'hypertrophie fibroso-glandulaire d'une glande de Méry. Le vieillard chez lequel existait cette affection avait en outre une semblable hypertrophie de la prostate. C'est un nouveau chapitre à ajouter à la thèse dans laquelle M. Gubler a décrit les maladies des glandes de Méry. (2 février 1850.)

2° SUR DES DÉBRIS D'UNE GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE; par M. JOBERT (de Lamballe.)

Ces débris, qui sont présentés à la Société, furent trouvés dans une tumeur, du volume d'un œuf de poule, placée dans le vagin, chez une femme de 41 ans, en parturition de son neuvième enfant, et chez laquelle cette tumeur devint un obstacle à l'accouchement.

L'application du forceps termina l'accouchement, et l'enfant survécut vingt-quatre heures; il succomba le lendemain, d'une hémorrhagie cutanée, causée par une plaie de la peau du crâne faite par la cuiller du forceps.

Une fois la délivrance opérée, on s'occupa de débarrasser la femme de la tumeur vaginale qui avait tant gêné l'accouchement.

Cette tumeur, située à la partie inférieure et postérieure du vagin, au-dessus du

rectum, était arrondie, rénitente et du volume d'un gros œuf de poule. Après l'accouchement, elle pendit à la vulve et parut pédiculée. On jeta un fil sur ce pédicule, et la tumeur fut ensuite coupée au-dessous du fil.

La malade eut quelques accidents de péritonite, dont elle guérit parfaitement.

L'examen anatomique de la tumeur apprit sa nature. Elle conservait son aspect piriforme. Large de 5 centimètres à la base et longue de 8 centimètres, elle était formée d'une poche remplie de matière adipocireuse, ressemblant à du gras de cadavre. Dans cette substance se trouvait une grande quantité de cheveux. A la base de la tumeur, on trouva dans la paroi, incrusté et adhérent, un fragment dur osseux : c'était une portion de mâchoire avec trois dents, une molaire monstrueuse, une incisive et une canine, ayant les proportions que donne l'âge adulte. A côté se voyait une petite lame osseuse ayant appartenu à un des os formant la boîte du crâne. Mais ce qu'il y avait de curieux dans ce kyste, ce fut l'espèce de membrane cellulo-graisseuse surmontant le sommet, laquelle membrane, lavée et déployée, n'était autre que l'épiploon.

Les parois du kyste étaient constituées de trois membranes, une séreuse extérieure, une musculaire médiane et une muqueuse interne.

M. Jobert termine en concluant que la tumeur qu'il vient de présenter est la conséquence d'une grossesse extra-utérine abdominale; que le kyste contenant l'embryon se sera enflammé, aura contracté des adhérences avec la partie correspondante à la paroi postérieure du vagin, entraînant avec lui une portion de l'épiploon de la mère, ainsi que le ligament large, facilement reconnaissable dans cette espèce de voile membraneux; que plus tard enfin ce kyste ainsi adhérent aura pu, par suite d'une érosion résultat de l'inflammation, se faire jour dans le vagin, et en dernier lieu être poussé au dehors par la tête de l'enfant dans le dernier accouchement de cette dame.

III. — PATHOLOGIE.

1° REMARQUES SUR UN CAS D'OBSTRUCTION DES CANAUX DÉFÉRENTS, ACCOMPAGNÉE DE DOULEURS TESTICULAIRES; par M. DUPLAY.

« J'ai l'honneur, dit l'auteur, de communiquer à la Société un cas de lésion de l'appareil génito-urinaire, qui m'a offert une circonstance remarquable. Il s'agit d'un vieillard qui, éprouvant de la difficulté à uriner, s'introduisait habituellement une sonde, et chez lequel est survenue une cystite chronique suivie d'un abcès à la paroi postérieure de la vessie, et plus tard, d'une perforation de cet organe amenant une péritonite mortelle. Mais ce n'est pas sur ces circonstances que j'appellerai l'attention de la Société. Ce sera surtout sur des douleurs testiculaires qui coïncidaient, ainsi que l'autopsie l'a démontré, avec une obstruction complète des canaux déférents à 2 centimètres environ de la partie supérieure de l'épididyme. Voici le fait, que je ferai suivre de quelques remarques sur le rétrécissement ou l'obstruction des canaux déférents.

» Le nommé Viltard, âgé de 76 ans, d'une haute stature, bien conservé, et paraissant avoir à peine 60 ans, entre à l'infirmerie le 26 août 1848. Cet homme a eu une blennorrhagie à l'âge de 20 ans, et la maladie a persisté pendant six mois, malgré le traitement qu'il a suivi. Depuis plusieurs années, il éprouvait de la difficulté pour uriner, et il s'introduisait lui-même des bougies dans le canal de l'urètre. L'aggravation de ces accidents le fit entrer à l'infirmerie. Je reconnus trois obstacles dans le canal de l'urètre; l'un, au niveau de la fosse naviculaire, l'autre à la partie moyenne de la portion spongieuse, et enfin le troisième au niveau de la région prostatique. Les deux premiers obstacles disparurent sous l'influence de l'introduction de bougies successivement plus fortes. Quant au troisième, les bougies eurent toujours de la peine à le franchir. Le malade rendait des urines chargées de mucus, et il était tourmenté, surtout la nuit, par des envies excessivement fréquentes d'uriner. Il se plaignait surtout aussi d'un *sentiment de pesanteur dans les deux testicules*, et d'une rétraction très-douloureuse de ces organes vers l'ouverture du canal inguinal, lorsque le besoin d'uriner se faisait sentir. Il croyait même, dans son ignorance complète de l'anatomie, que c'était à cette sorte d'ascension des testicules qu'était due sa difficulté pour uriner; aussi revenait-il sans cesse sur cette circonstance. Le malade resta dans cet état jusqu'au 3 février 1849, se plaignant de temps en temps de douleurs à la région hypogastrique qui cédèrent toujours aux bains et aux applications émollientes. Mais alors, il survint tout à coup des douleurs très-vives dans l'abdomen, des vomissements très-fréquents; et malgré tous les moyens mis en usage, le malade succomba le 4, avec tous les symptômes d'une péritonite sur-aiguë.

» A l'autopsie du cadavre, je constatai tous les caractères de la péritonite, rougeur, fausses membranes, liquide purulent en abondance dans la cavité péritonéale, et surtout dans l'excavation pelvienne. Les deux reins présentaient des lésions qui caractérisent la néphrite chronique. La vessie offrait une hypertrophie considérable de ses parois, et une teinte ardoisée de toute sa surface intérieure sur laquelle on observait des colonnes saillantes qui s'entrecroisaient en tous sens. Des lacunes profondes existaient entre plusieurs de ces colonnes. Trois d'entre elles admettaient une sonde qui pénétrait à la profondeur d'un centimètre et demi. Deux de ces lacunes se terminaient en cul-de-sac; mais une troisième, située près du sommet de la vessie allait s'ouvrir au milieu d'une masse de tissu cellulaire fortement induré qui entourait le sommet et la face postérieure de la vessie. Dans le centre de cette masse de tissu cellulaire, il existait une collection purulente multiloculaire, qui communiquait avec la cavité péritonéale par une ouverture à bords frangés et ramollis.

» Les vésicules séminales étaient plongées au milieu d'un tissu adipeux très-abondant, très-dur, comme lardacé; elles étaient petites; leurs parois étaient très-épaissies; les cavités qu'elles présentent à la coupe étaient excessivement rétrécies par suite de l'hypertrophie des cloisons qui les séparent, et elles contenaient une très petite quantité de sperme jaunâtre. Leurs cols, ainsi que les vaisseaux éjaculateurs étaient libres, et admettaient facilement une soie de sanglier qui venait ressortir facilement par leurs orifices de chaque côté du vérumontanum.

» J'arrive au point qui m'a paru offrir quelque intérêt. Les canaux déférents, près des vésicules séminales, présentent un épaississement assez marqué de leurs parois, mais ils sont entièrement libres. Dans le reste de leur trajet, ils n'offrent rien de remarquable, si ce n'est à l'endroit où, multipliant leurs flexuosités, ils vont sortir de l'épididyme. Dans ce point, ils ont un aspect tout particulier. Ils sont blancs et remplis d'une matière à demi liquide qui les a dilatés comme s'ils avaient été injectés par du mercure; on peut les suivre dans leurs contours les plus déliés et jusque près de leur origine. Par la pression, on peut faire avancer ou reculer dans l'intérieur des canaux, ce liquide blanchâtre; mais il est impossible de lui faire franchir un certain point du canal qui se trouve à environ 2 centimètres de l'endroit où il se sépare de l'épididyme. Pensant qu'il existait là un rétrécissement et peut-être même une oblitération du canal, qui s'opposait au passage du liquide, j'ai voulu m'en assurer en introduisant non-seulement une soie de cochon, mais encore une aiguille très-fine au-dessus et au-dessous de l'obstacle, et je n'ai pu le franchir. J'ai fait plus; j'ai injecté avec force de l'eau dans ces conduits, à l'aide d'une seringue d'Anel, et l'eau n'a pu pénétrer au delà de l'obstacle.

» J'ai examiné au microscope la matière blanche contenue dans les canaux déférents, et elle m'a paru tout à fait distincte du sperme ordinaire. Cette matière n'était point liquide, elle était solide comme une bouillie très-épaisse. Elle n'offrait point d'animalcules spermatiques; et, à un grossissement de 350 diamètres, on n'y distinguait que deux sortes de corps; les uns étaient de très-petits corpuscules ayant environ les dimensions des grains tuberculeux, mais plus transparents; les autres, des cristaux de volumes variables et dont j'ignore la nature.

» J'ajoute que les parois des vaisseaux ne m'ont point paru sensiblement altérés; de sorte qu'en définitive ce cas me paraît être un exemple d'altération du sperme par suite de sa rétention, déterminée elle-même par une oblitération des canaux déférents. L'absence des spermatozoaires dans cette matière blanche so ide est aussi digne de remarque, car j'en ai trouvé dans le sperme des vieillards, quoiqu'ils y soient moins abondants que dans le sperme des adultes et des individus d'un âge mûr. Les granules de cette matière m'ont paru aussi bien distincts de ceux de la matière tuberculeuse. J'ajoute que, chez ce vieillard, il n'existait dans aucun organe de trace de tubercules.

» La substance propre des deux testicules était saine; mais leurs tuniques vaginales offraient des adhérences entre leur face testiculaire et leur face pariétale. Cette adhérence était plus intime du côté gauche, et, à la coupe, la tunique albuginée paraissait beaucoup plus épaisse qu'elle ne l'est ordinairement. Le poids des testicules était de 21 grammes pour le droit, et de 22 grammes pour le gauche. Chez l'adulte, on sait qu'il varie entre 16 et 24 grammes. Chez ce vieillard, il approchait donc du poids le plus élevé d'un testicule d'adulte.

» J'ai cherché vainement dans les auteurs qui ont écrit sur le spermatoire ou sur la stérilité des renseignements positifs sur les altérations des canaux déférents et de l'humeur qu'ils renferment. A cet égard, l'anatomie pathologique est beaucoup moins avancée qu'en ce qui touche les vésicules séminales qu'on a trouvées plus ou moins distendues par du pus, de la matière tuberculeuse, de petits calculs, ou plus ou moins dégénérées.

» Je rappellerai toutefois que Mathieu Baillie dit qu'il a vu une portion du canal déférent oblitérée par un rétrécissement. Ce phénomène, ajoute-t-il, avait été produit par un travail pathologique probablement semblable à celui qui détermine le rétrécissement du canal de l'urètre, ou il a dû empêcher que le sperme préparé par le testicule arrivât dans les canaux éjaculateurs. M. J.-D. Durand dit aussi, dans une observation relative à une affection tuberculeuse du testicule, que le canal déférent du côté gauche, par suite de cette affection, était transformé en un cordon friable dans plus de la moitié de sa longueur. (BULL. DE LA SOC. ANAT., 14e année, p. 32.) M. Cruveilhier rapporte en outre, dans les bulletins de la Société anatomique (année 1828, p. 196), que, dans un cas de dégénérescence tuberculeuse, des tubercules existaient, non-seulement dans le testicule et l'épididyme, mais encore dans le canal déférent, les vésicules séminales, les canaux éjaculateurs et la prostate. Le canal contenait de la matière tuberculeuse qui n'avait pas partout la même consistance, et qui adhérait plus ou moins aux parois de ce conduit.

» Le fait que je viens de rapporter, et ces observations, indiquent, ce me semble, que l'étude des altérations des canaux déférents, soit dans leurs rapports avec les altérations du testicule, soit comme obstacle au cours du sperme, offrent un véritable intérêt; aussi je me propose de poursuivre cette étude. »

(Ce travail a été communiqué à la Société en 1848.)

2° HÉMATURIE GRAISSEUSE (URINE LAITEUSE); par M. RAYER.

M. Rayer a appelé, il y a quelques années, l'attention des médecins du continent sur une espèce particulière d'hématurie très-commune chez les habitants de certaines régions tropicales et spécialement chez les habitants de l'île Maurice. Dans l'espoir de se guérir de cette maladie, les individus qui en sont atteints se rendent quelquefois en Europe. M. Rayer communique un nouvel exemple de cette hématurie, compliquée d'un rétrécissement de l'urètre.

N..., âgé de 40 ans, d'un tempérament nerveux, né à l'île Bourbon, y a tou-

jours habité, sauf dix années de sa jeunesse passées en France. Sans être d'une forte constitution, il a généralement joui d'une bonne santé. A l'âge de 18 ans il a été atteint d'une fièvre tierce qu'il a gardée pendant plusieurs mois. A l'âge de 20 ans environ il a eu deux gonorrhées qui ont été traitées par le baume de copahu. Depuis cette époque, il a conservé un léger suintement du canal de l'urètre, un sentiment de prurit vers le milieu du canal, accompagné d'ardeur lors de l'émission des urines et de l'éjaculation. Ces inconvénients avaient augmenté dans les dernières années; le jet de l'urine était bifurqué.

En 1846, N... fit une chute violente de voiture; revenu de la commotion, il rendit de l'urine laiteuse, mais, chose bien singulière, dans une seule émission.

En mars 1849, après quelques mois d'une vie fatigante, N... rendit de nouveau et tout à coup des *urines laiteuses*, avec dépôt de sang au fond du vase. (Repos, bains tièdes, petit lait.) Les urines laiteuses continuèrent avec diminution dans le dépôt sanguin. (Application de sangsues, cataplasmes emollients, bains locaux, sans amendement notable.)

Un mois après, par suite d'une excessive transpiration et d'une longue station dans une fête publique, rétention d'urine occasionnée par un caillot de sang dont l'expulsion s'opéra dans un bain.

Plus tard un rétrécissement de l'urètre fut combattu par la cautérisation. L'opération terminée, il s'écoula un peu de sang. Dans la nuit qui suivit, vomissements, frissons, éruption d'elevures rouges, prurigineuses, qui de la tête s'étendirent au bas-ventre et aux cuisses. Fièvre violente avec symptômes d'inflammation au bas-ventre et aux testicules. Les urines continuèrent d'être laiteuses et sanguinolentes.

Quelque temps après, N... se rendit à la campagne, couché dans une voiture; après une demi-heure de secousses pendant la route, *il rendit tout à coup de l'urine naturelle*, limpide et transparente; et cet état satisfaisant dura deux mois pendant lesquels il fit usage de la tisane de racine d'ours.

De retour en ville, il reprit ses occupations habituelles et l'hématurie graisseuse reparut avec augmentation des caillots de sang.

N... a essayé sans succès d'un séjour de quelques mois dans les montagnes de l'île, ce qui lui avait été ordonné comme ayant réussi dans des cas semblables. S'étant déterminé à venir chercher sa guérison en France, il s'est embarqué en novembre dernier.

Après un mois de traversée et dans les latitudes tempérées du cap de Bonne-Espérance, l'hématurie s'amenda, *puis disparut totalement pendant vingt jours*, pour se reproduire de nouveau.

Depuis son arrivée en France, N... urine huit ou dix fois dans la journée et une ou deux fois dans la nuit. Il rend plus de sang quand il est longtemps assis que lorsqu'il reste couché, et davantage de caillots après avoir marché.

M. Rayer a vu plusieurs fois, mais non toujours, un séjour prolongé en France exercer une influence salutaire sur la marche de cette singulière hématurie.

IV. — TÉRATOLOGIE.

1° DOIGT SURNUMÉRAIRE CHEZ UNE ÉCREVISSE; par le même.

M. Rayer montre une écrevisse (*astacus fluviatilis*) dont la patte antérieure porte à la pince un doigt fixe surnuméraire,

M. Rayer rappelle que ce vice de conformation a déjà été observé, et qu'on l'a rattaché à une circonstance assez singulière. En effet, Ad. Wilh. Otto en fait mention en disant que les pinces *reproduites* de l'écrevisse ont un doigt de trop. Il ajoute que si on enlève les pattes de devant à une salamandre, les pattes reproduites ont parfois cinq doigts au lieu de quatre. (Pioteretti, OPUS. SCELTI DI MILALO, vol. XXVII, parag. 26, note.); de sorte que le vice de conformation d'un doigt surnuméraire, toujours congénital chez l'homme et les oiseaux, aurait lieu quelquefois dans des conditions bien différentes chez l'écrevisse et la salamandre.

2° QUELQUES REMARQUES SUR LA CYCLOPIE; par M. DAVAINE.

« J'ai eu l'honneur d'exposer à la Société plusieurs cas de cyclocéphalie que j'avais examinés avec MM. Robin et Chaussat, et j'ai cherché, en les comparant avec plusieurs autres cas du même genre décrits par les auteurs, à éclairer quelques points de l'histoire de cette monstruosité.

» M. Rayer ayant mis depuis lors à ma disposition un ouvrage récent de M. W. Vrolik (TAB. AD ILLUST. EMBRYOGENESIN HOMINIS ET MAMMALIUM, Amst. 1849), où sont figurés et décrits avec soin un assez grand nombre de cas de cyclopie, je viens en faire l'exposé succinct à la Société.

» Les cas de cyclopie figurés dans cet ouvrage sont au nombre de 21; 8 ont été observés sur le fœtus humain, mais 2 de ces cas seulement sont propres à l'auteur; 8 autres appartiennent au cochon domestique, 3 au mouton, 1 au chien et 1 au lapin. De sorte que sous le rapport de la fréquence de cette monstruosité, suivant les espèces d'animaux, ces résultats s'accordent avec ceux des autres observateurs.

» Je vais maintenant exposer ce que chacun de ces cas a de plus remarquable, et les données générales qu'on peut en déduire en les comparant avec ceux dont j'ai déjà entretenu la Société.

» Dans les 4 cas que j'ai pu examiner par moi-même, l'encéphale a présenté des modifications remarquables; mais qui ont porté uniquement sur les hémispheres cérébraux. J'ai constamment trouvé complets la moelle allongée, la protubérance, les tubercules quadrijumeaux et le cervelet; ces deux derniers organes seulement ont présenté deux fois une augmentation de leur volume. Trois fois les hémisphères cérébraux étaient remplacés par un lobe antérieur, médian, sans scissure, ni corps calleux et d'un volume moindre que celui des deux hémisphères normaux; une fois ils étaient réduits au plancher du troisième ventricule. La voûte à trois piliers, les corps striés, les couches optiques, les éminences mamillaires n'existaient pas ou avaient subi des déformations qui les rendaient à peine reconnaissables, le corps et la tige pituitaires ont existé deux fois.

» Les cas rapportés par M. W. Vrolik concordent parfaitement avec ces faits. Cet observateur a noté l'existence et l'intégrité constante, à part quelques différences dans leur volume, de la moelle, de la protuberance, du cervelet et des tubercules quadrijumeaux; les hémisphères cérébraux au contraire ont constamment présenté des modifications très-notables. Celles qui sont communes à tous les cas consistent dans la réunion des hémisphères en un seul lobe et dans une diminution plus ou moins grande de leur masse. Quant aux autres modifications, elles ont été très-variables: ainsi une fois on a noté la coexistence de l'hydrocéphalie qui distendait le crâne. Les hémisphères formaient une poche unique, remplie de sérosité, les corps striés et les couches optiques étaient très-petites. Dans plusieurs autres cas les hémisphères réunis formaient une poche unique et pleine de sérosité.

» Le corps calleux, les couches optiques, les corps striés, la voûte à trois piliers n'existaient pas le plus souvent ou étaient à l'état rudimentaire. Les circonvolutions n'ont été observées qu'un petit nombre de fois et toujours très-réduites; l'existence du corps pituitaire a été noté assez souvent et une fois celle de la glande pinéale.

» L'existence d'une hydrocéphalie manifeste, dans un cas et dans plusieurs autres, la distension par de la sérosité du lobe ou de la poche remplaçant les hémisphères, me paraissent très-importantes à noter au point de vue de l'étiologie, car elles fournissent un argument puissant contre l'hypothese de l'arrêt de développement comme une cause de cette monstruosité. Les modifications très-variables que présente l'aspect des hémisphères cérébraux de ces monstres me paraît aussi peu susceptible d'une explication satisfaisante par un arrêt de développement.

» L'appareil nasal éprouve dans la cyclocéphalie des modifications considérables; quelquefois il a complétement disparu; plus souvent il existe à l'état rudimentaire, et il prend à l'extérieur l'apparence d'une trompe située au-dessus de l'orbite. Cette trompe, qui existait dans trois de mes cas, est formée presque toujours par les os propres du nez modifiés, par des cartilages et la peau. On y trouve ordinairement une petite cavité et quelques vestiges des cornets et de la cloison. Dans deux cas, j'ai pu constater que le rameau nasal interne du nerf ophthalmique y pénètre. Dans aucun cas je n'ai trouvé le nerf olfactif ni de rudiment de l'ethmoïde. Ces résultats qui s'accordent avec ceux de Tiedemann et de M. Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire diffèrent de ceux de M. W. Vrolik. Jusqu'aujourd'hui, en France au moins, on considérait comme un fait constant l'absence du nerf olfactif dans la cyclopie. Mais M. W. Vrolik rapporte 6 cas dans lesquels ces nerfs existaient, et il est remarquable que l'existence de ces nerfs n'est pas en rapport avec celle des nerfs optiques et de l'œil; et même il peut exister deux nerfs olfactifs, tandis qu'il n'y a qu'un seul nerf optique ou réciproquement. Ainsi M. W. Vrolik rapproche, d'apres Otto, le cas d'un fœtus humain dans lequel il y avait un seul nerf optique et un œil unique, les deux nerfs olfactifs existant.

» Deux autres cas, l'un fourni par un cochon, l'autre par un chien, dans lesquels, avec deux nerfs olfactifs, il n'existait qu'un nerf optique et un œil unique. Dans les trois autres cas, dont deux appartiennent au cochon et un au mouton, il n'y avait qu'un seul nerf olfactif, naissant sur la ligne médiane du lobe cérébral unique. Chez l'un, il n'existait qu'un seul œil et pas de nerf optique; chez un autre, il y avait deux yeux et un seul nerf optique. Enfin, chez le troisième, il y avait une fusion incomplète des deux yeux et deux nerfs optiques. Dans tous ces cas, il existait une trompe, et l'on a trouvé des rudiments cartilagineux ou osseux de la lame criblée de l'ethmoïde.

» Il résulte de cet exposé que, dans ce genre de cyclopie où le nez est encore représenté par une trompe, le nerf olfactif peut exister; qu'il peut être unique ou double, et qu'il est indépendant, dans son existence ou dans ses modifications, de l'état de l'œil et du nerf optique.

» M. Vrolik insiste à plusieurs reprises sur le fait de l'existence de la suture du coronal avec l'existence des nerfs olfactifs, et il semble y voir une relation de cause à effet. Cette suture existe aussi, quoique le nerf olfactif soit absent. Je l'ai constatée sur un des cas de cyclocéphalie que j'ai examinés avec M. Robin.

» Quant aux modifications de l'appareil de la vision, elles consistent dans l'existence d'une orbite unique, dans laquelle se trouve un œil simple, ou bien un œil double, ou enfin deux yeux distincts; elles constituent trois degrés de la cyclopie, auxquels Vrolik ajoute un quatrième, celui où l'œil n'existe pas. N'ayant rien trouvé qui ne fût conforme à ce que l'on connaît sur les modifications de l'œil dans cette monstruosité, je ne m'y arrête pas. Dans deux cas, j'ai pu constater l'absence du nerf optique avec l'existence d'un œil assez parfait, dont l'un paraissait contenir des détritus de la rétine.

» M. Vrolik a aussi observé un cas où le nerf optique manquait; l'œil unique possédait une sclérotique, une choroïde et un cristallin. Les autres parties n'ont pu être reconnues; mais il donne, d'après Delle Chiaje, la figure d'un rhinocéphale humain dont l'œil unique paraît normalement conformé, quoiqu'il n'y eût pas de nerf optique. Ces faits sont contraires à l'opinion de Tiedemann, qui regarde comme impossible l'existence de l'œil sans le nerf optique.

» Il ressort encore des observations de Vrolik, comme de celles qui me sont propres, que, dans la cyclopie, les mâchoires sont plus ou moins atrophiées, que la langue, au contraire, acquiert un développement normal: d'où il résulte que

cet organe, ne pouvant être contenu dans la cavité de la bouche, sort entre les lèvres, et peut paraître avoir acquis un développement exagéré.

» En résumé, les observations rapportées par M. Vrolik établissent les points suivants, d'accord en cela avec celles des autres auteurs :

» 1° Dans la cyclocéphalie, l'encéphale est toujours gravement déformé ou altéré.

» 2° Les lésions occupent presque exclusivement les hémisphères cérébraux.

» 3° Ces lésions sont variables; mais il en est deux plus générales, à savoir : la diminution de volume des hémisphères et leur réunion en un seul lobe.

» 4° La trompe est un rudiment du nez.

» 5° L'œil peut exister sans le nerf optique.

» 6° Les parties inférieures de la face, la langue exceptée, participent toujours plus ou moins de l'atrophie des régions supérieures.

» Enfin elles prouvent, contrairement à l'opinion généralement reçue, que, dans la cyclocéphalie, les nerfs olfactifs peuvent exister soit distincts l'un de l'autre, soit confondus en un seul cordon, et que ces modifications ne sont pas en rapport avec celles que présentent les nerfs optiques et les yeux. » (Séance du 30 mars.)

BIBLIOGRAPHIE.

De l'accroissement continu des incisives chez les rongeurs et de leur reproduction, considérés sous le rapport de leur application a l'étude de l'anatomie comparative des dents, précédés de recherches nouvelles sur l'origine et le développement des follicules dentaires ; par M. J.-E. Oudet. — Un in-8° de xij-91 pages. — Paris, 1850. — Chez J.-B. Baillière, libraire, rue Hautefeuille, 19.

On voit parfois, dans les sciences naturelles, l'observation la plus minime conduire à ces lois élevées qui donnent la raison dernière de l'organisation dans ses mystérieuses profondeurs ; mais c'est à la condition que ce fait sera tombé aux mains d'un homme capable d'en comprendre la portée, de le féconder dans les justes limites de sa signification philosophique. L'évolution de ce développement, ses progrès mêlés d'hésitations ou d'erreurs, deviennent alors le plus beau spectacle dans lequel il soit donné à l'intelligence humaine de se contempler elle-même, et de connaître sa puissance en l'appliquant au plus noble but.

Un phénomène de ce genre forme le sujet de la présente publication. Dès l'année 1822, M. Oudet, éclairant par l'anatomie une question jusque-là à peine ébauchée, énonça positivement ce fait que les incisives des rongeurs manquent de racines ; puis il en déduisit une explication rationnelle du mode de reproduction et de l'accroissement continu de ces dents. Finalement, il démontra la réalité de ses aperçus par des expériences aussi diversifiées et aussi nombreuses que la critique la plus exigeante l'eût pu désirer.

Nous qui lûmes ce travail dans les premières années du Journal de physiologie de M. Magendie, il nous en était resté l'impression d'une découverte zoologique intéressante sans doute, mais intéressante par la nouveauté plus que par l'importance du sujet. L'auteur s'est chargé de rectifier ce jugement. L'opuscule qu'il vient de faire paraître montre combien sa première idée était féconde en applications zoologiques. Semblable, si on le peut dire, à ces germes dentaires dont il a si bien éclairé le mode de développement, cette idée, elle aussi, a subi depuis lors, grâce à ses constantes méditations, un *accroissement continu* dont les résultats doivent fixer toute l'attention des amis de l'anatomie comparée, sincèrement et judicieusement interprétée.

Dans la classe des rongeurs, la couronne, qui constitue seule les incisives, est pendant toute la vie le siége d'un travail d'allongement que les frottements de la mastication limitent, en usant la partie périphérique à mesure qu'il en pousse de l'alvéole une nouvelle.

Ce phénomène était sans doute intéressant à connaître ; mais après l'avoir signalé, puis mis hors de doute par des expériences, un observateur vulgaire aurait passé outre ; et le fait eût désormais pris place parmi ces singularités exceptionnelles qu'on ose appeler bizarreries de la nature. Pour M. Oudet, ç'a été le point de départ de toute une théorie, nous pourrions dire d'une législation complète de l'odontogénie.

Si ces dents manquent de racine, tandis que celles qui leur correspondent chez l'homme en sont pourvues, cette différence tient primordialement à ce que, dans les unes, le follicule a son sommet dirigé vers la cavité buccale (soit, si l'on veut, en haut, pour les dents inférieures), et chez l'homme il est tourné en bas ou vers le fond de l'alvéole. En effet, cette seule dissemblance imprime, malgré l'identité du travail d'évolution dans les deux espèces, la diversité qu'on observe dans le résultat final, puisque le développement s'effectue toujours de la base au sommet.

Dans les deux espèces, la pulpe une fois entourée des couches d'émail et d'ivoire qui forment la couronne, ne peut continuer à en produire sans se trouver comprimée sous les nouvelles couches qu'elle dépose. Or, étant comprimée, elle s'allonge, et la dent, obéissant à l'impulsion que lui communique son organe sécréteur, suit le même mouvement, c'est-à-dire que, chez l'homme, elle s'enfonce de plus en plus dans la profondeur de la mâchoire et forme une *racine ;* chez les rongeurs, elle tend, au contraire, à sortir incessamment, et s'accroît ou se reproduit si on l'a accidentellement détruite. Le mouvement d'accroissement s'est, dans les deux cas, opéré de la base au sommet.

Telle est, dans leur exposé sommaire, la série des inductions auxquelles la constatation d'un simple fait a conduit notre confrère ; mais elles engendrent, à leur tour, une foule de conséquences que M. Oudet a fait ressortir avec tous les développements que le sujet comportait. Ainsi ses recherches établissent l'identité d'origine qui existe entre les dents et les productions cornées, ongles, bec, poils, etc. Entre ces organes, il est un caractère dominant, commun à tous : c'est d'être une sécrétion du système muqueux. Sur lui seul repose la possibilité d'une bonne *définition* des dents ; car les autres considérations qu'on a, dans ce but, basées sur la dureté de leur tissu, leur situation, leurs usages, ne sauraient, en anatomie philosophique, posséder la valeur d'un bon instrument de définition.

Quant à la *division* des dents, l'ordre qu'on suit généralement dans leur étude, sous ce rapport, n'est pas moins susceptible d'être fructueusement modifié par les idées auxquelles la découverte de M. Oudet ouvre la voie. Jusqu'ici on commençait par les dents de l'homme ; de sorte que l'élève prend ce cas pour le type de l'organisation dentaire. Aussi son esprit tend ensuite instinctivement à généraliser ; et lorsqu'il rencontre plus tard la dentition des rongeurs, frappé de l'espèce de contradiction qu'elle lui présente, il n'aperçoit pas la transition qui l'unit à l'organisme supérieur.

Si, au contraire, vous avez soin de prendre pour point de départ une incisive de rongeur, dent éminemment *simple*, puisqu'elle n'a que la couronne, le raisonnement s'élève alors sans effort à l'intelligence d'une structure plus compliquée, et saisit aisément le mécanisme par lequel s'opère l'adjonction de la racine, marche toute naturelle, qui procède du simple au composé, et convertit l'apparente exception en un premier pas de la force formatrice, s'essayant pour ainsi dire dans une œuvre rudimentaire, avant de créer une organisation plus parfaite.

L'absence de racine dans les incisives des rongeurs est, comme on voit, le pivot de tout ce système ; aussi ne doit-on pas s'étonner de la chaleur que M. Oudet met à défendre sa proposition favorite, à la prémunir contre toute dissidence plus ou moins prononcée. Il faut voir avec quelle vigueur il critique M. Duvernoy pour avoir écrit : « Ces dents n'ont pas de vraies racines, » au lieu de : « Ces dents n'ont pas de racines. » Cette nuance, légère pour des juges désintéressés, devient, à ses yeux, un véritable schisme, contre lequel il ne croit pouvoir assez vivement s'élever.

Il ne nous déplaît point de rencontrer dans un inventeur une si chatouilleuse susceptibilité, surtout quand elle s'allie, comme chez M. Oudet, à un sentiment parfait des convenances, qui doivent marquer toute polémique scientifique. C'est ainsi, c'est en se montrant à propos pointilleux, même puriste, qu'on maintient, avec la rigueur dans les mots, la clarté et la justesse dans les choses. Ainsi, à propos de ces prétendues racines, notre auteur défie ses adversaires de lui faire voir, sur le tout uniforme semblable que représente l'incisive, ce qui est la racine et ce qui appartient à la couronne. « Ce n'est pas tout, ajoute-t-il : les incisives des rongeurs ont, dit-on, une racine ; cependant cette racine, qui se trouve actuellement dans son alvéole, ne tardera pas à en sortir entièrement. Pendant ce déplacement, elle conserve tous ses caractères et toute sa constitution anatomiques. Lui conservera-t-on sa dénomination première ? Mais alors cette dent ayant au dehors et au dedans la même composition, ne serait donc plus, dans sa totalité, qu'une racine. »

On reconnaît à ces fragments quelle est la forme et la tendance de cette critique. Toujours élevée au-dessus d'une vaine logomachie, elle s'adresse constamment au même but, à la précision du langage anatomique. Mais ce but laisse lui-même apercevoir par delà un horizon plus positif et plus sérieux encore : la simplification de l'organogénie dentaire. A ce point de vue se justifie entièrement ce qui pourrait, au premier coup d'œil, paraître trop personnel dans les allégations de l'auteur ; car il est aisé de voir qu'en rétablissant ses droits, il n'a voulu rétablir que ceux de la vérité.

MÉMOIRE SUR LE TRAITEMENT DU LUPUS (ZUR BEHANDLUGN DER TRESSENDEN FLECHTE); par M. le docteur J. HOPPE. — Bone, 1849. — In-4° de 26 pages, avec une planche coloriée.

OBS. — Une femme, âgée de 24 ans, était atteinte depuis l'âge de 9 ans d'un esthiomine qui avait envahi toute la face et détruit complétement le nez; tout le visage présentait une hypertrophie *colossale* du tissu adipeux, et une injection considérable qui indiquait que tous les vaisseaux de la tête étaient dans un état de congestion; cette malheureuse ne pouvait plus se montrer; les désordres allaient toujours en augmentant; les douleurs, surtout dans la tête, étaient excessives.

Le docteur Hoppe entreprit alors un traitement qui fut couronné de succès, après dix-huit mois de soins et de tentatives aussi hardies qu'ingénieuses.

Les trois premiers mois furent consacrés à un traitement préparatoire. (Saignées répétées, iodure de potassium, purgatifs, huile de poisson, diète sévère, séton.) Ces moyens n'eurent pour résultat qu'une diminution dans la rougeur de la face; la teinture d'iode employée à l'extérieur resta sans effet; 80 à 100 scarifications successives sur les diverses parties de la face amenèrent l'écoulement d'un sang noir; malgré l'état d'ulcération de tout le visage, malgré l'incision des surfaces ulcérées elles-mêmes, les petites plaies étaient déjà guéries le jour même.

Les huit mois suivants furent exclusivement consacrés à des extirpations partielles. L'auteur s'était proposé d'enlever avec l'instrument tranchant tout ce qui était malade. En conséquence un lambeau fut pratiqué dans l'épaisseur des joues et aussitôt enlevé; l'hémorrhagie fut abondante; la couche de peau enlevée avait trois quarts de pouce d'épaisseur; elle était pourvue d'une masse graisseuse abondante. La réunion fut pratiquée avec des aiguilles; il s'ensuivit un dégorgement considérable, et la malade se trouva soulagée.

On continua ces extirpations partielles sur les instances de la malade qui sentait tout le bien qu'elle en éprouvait; les incisions s'étendirent jusqu'à la couche musculaire, et furent pratiquées partout où la peau était gonflée et *maculeuse*, ulcérée ou d'une rougeur intense. D'une joue l'auteur passa à l'autre; puis il attaqua le menton, continua au-dessous du cou sur le pourtour des lèvres, sur le moignon et sur la racine du nez, sur le front, sur le cuir chevelu et sur les tempes.

La grandeur des surfaces extirpées variait en longueur et en largeur, de deux travers de doigt à l'étendue de la surface d'un ongle, quelquefois même moins encore.

Dans les sept derniers mois, tout en continuant ces extirpations partielles, l'auteur exécuta la rhinoplastie qui fut couronnée d'un plein succès.

Dans une deuxième partie de son mémoire, le docteur Hoppe passe en revue les divers moyens par lesquels on peut combattre le lupus. « J'ai eu recours, dit-il, dans ce cas comme en général dans le lupus, à l'instrument tranchant; l'affection durait depuis quinze années; elle avait, malgré les divers et nombreux moyens médicaux successivement employés, atteint un degré qui ne laissait plus d'espoir à un traitement médical. La face envahie par le lupus présentait une hypertrophie énorme du tissu adipeux, et une injection vasculaire qui indiquait une congestion, s'étendant à tous les vaisseaux de la tête, et ayant placé toutes les ramifications de la carotide faciale pendant des années, dans une activité et une dilatation anormales. Les vives douleurs dans la tête et dans la région frontale donnaient à penser que la carotide cérébrale commençait aussi à se prendre. En outre, les affections de la peau détruisaient le tissu cutané par des ulcérations successives; quel remède restait-il à employer contre cette destruction purulente des fibres cutanées? » Les caustiques et la cautérisation eussent été trop faibles; d'ailleurs, après leur emploi, le plus souvent on voit la maladie reparaître, ou bien la cicatrice est si rouge, si exfoliée, qu'on peut à peine la distinguer d'un *lupus exfoliatif*; la cautérisation ne pénètre pas assez profondément dans tout le tissu cellulaire sous-cutané, circonstance indispensable dans le lupus, où ce tissu est si riche en vaisseaux, et ceux-ci ramènent les phénomènes morbides après que l'action momentanée du caustique a cessé. Entre le feu et les caustiques, c'est du reste à ces derniers qu'il faut donner la préférence; l'un ou l'autre ils peuvent, tout au plus dans quelques cas *torpides*, donner lieu à une cicatrice qui ne présente plus la structure du lupus, mais qui, dans la face, peut rendre quelquefois nécessaire une opération d'autoplastie.

Jusqu'en 1834 on n'avait jamais eu recours à l'instrument tranchant dans le traitement de l'esthiomie; à cette époque on commença à enlever des portions du nez affectées de lupus pour y replanter des parties saines de peau.

A l'exception de ces rhinoplasties partielles, jamais on n'avait extirpé le lupus dans d'autres parties du visage.

Depuis 1840, l'auteur a toujours recours à l'extirpation pour le lupus de la face; il enlève les parties malades soit en partie et à plusieurs reprises lorsqu'elles sont étendues, ou bien entièrement d'un seul coup lorsqu'il est possible de fermer la plaie; il se conduit à l'égard de cette affection comme on le fait pour les télangicelasies et les nævus; les résultats qu'il a obtenus l'engagent à persévérer dans cette méthode. Jamais après l'extirpation le lupus n'est revenu, ce qui d'ailleurs pourrait arriver, et même dans les parties restées saines jusqu'alors.

Dans de nombreux cas, l'excision a guéri le lupus, le plus souvent à la face, puis au cou; très-rarement cette méthode de traitement a été appliquée aux extrémités. Toutefois l'instrument tranchant doit être laissé de côté, lorsque le lupus est syphilitique ou lorsque des pustules d'impétigo commencent à envahir le nez. Que l'affection soit aiguë ou chronique, qu'il existe même une inflammation considérable, cela ne doit pas empêcher de recourir à l'extirpation, qui a même réussi dans des lupus avec affection érysipélateuse; bien entendu que dans des conditions de ce genre il n'est pas prudent de réunir les plaies par première intention.

VARIÉTÉS.

— Le Muséum d'histoire naturelle et l'Académie des sciences ont présenté presque à l'unanimité M. le professeur Duvernoy pour la chaire que laisse vacante la mort de M. Blainville au jardin des Plantes. M. Duvernoy quittera celle qu'il occupe au collége de France pour se dévouer à de nouveaux et fructueux travaux sur le terrain de ses premières études; car personne n'ignore, excepté peut-être LE NATIONAL, que l'honorable et savant M. Duvernoy a été associé aux travaux zoologiques de Cuvier qui lui a confié la rédaction de ses leçons. La manière dont ce journal a jugé le témoignage qui vient d'être si noblement décerné à M. Duvernoy par les deux centres les plus glorieux de la science française, prouve évidemment que ses rédacteurs ne connaissaient point les antécédents de ce professeur. La chaire que Blainville a laissé vacante à la Faculté des sciences, M. Duvernoy l'a occupée avant lui en 1808 et il ne l'a quittée que par suite d'événements privés qui ont réagi sur sa santé et lui ont fait de l'émigration en province une nécessité de conservation. Pour nous qui avons lu les notes et lettres que Cuvier lui a adressées en grand nombre, nous savons la part qui lui revient dans les travaux du grand naturaliste, et la justice que nous aimons à rendre aux travailleurs nouveaux qui ont déjà conquis une notabilité solide, ne nous empêchera point de saluer avec respect le nom d'un maître qui a pris un rang élevé dans la science depuis le commencement de ce siècle, et que le Muséum a bien fait de revendiquer comme une illustration de son école, comme l'un des plus solides représentants de la zoologie actuelle.

— Le choléra et la petite vérole ont fait cette année, pendant l'intervalle qui sépare les deux Moussons, de très-nombreuses victimes dans toutes les parties de l'Inde, au Bengale, comme à Bombay. D'ailleurs, ainsi que cela arrive toujours, ce sont les indigènes, et les plus pauvres parmi eux, qui ont fourni presque toutes les victimes. A Bombay, sur 627 morts du choléra ou de la petite vérole pendant le mois d'avril, on n'en compte que 11 parmi les Européens, dont 9 soldats de la garnison et 2 personnes seulement appartenant à la population civile.

Au Brésil, la fièvre jaune continue ses ravages. Deux cas de cette maladie ont éclaté en mer sur des navires qui arrivaient à Rio-Janeiro. L'épidémie s'étend maintenant dans les terres; elle a éclaté à Petropolis, à 40 milles de Rio, et à 3,000 pieds au-dessus du niveau de la mer. De nouveaux cas ont éclaté à Montevidéo.

— Une nouvelle calamité accable en ce moment plusieurs contrées de la province de Murcie, si cruellement éprouvée jusqu'ici par la terrible sécheresse des deux dernières années. Le *typhus* a éclaté à Casavaca, et 15 personnes ont succombé en quelques jours.

— Nous lisons les détails suivants dans une statistique hebdomadaire publiée par la préfecture de police.

Cet état se rapporte à la semaine du 19 au 25 mai.

Dans cette semaine, l'on a compté à Paris 576 décès, 16 de plus que la semaine précédente.

Ces 576 décès, 278 d'hommes et 298 de femmes, donnent une moyenne de 79 décès par jour.

Sont morts 87 enfants au-dessous de 3 mois : 41 garçons, 46 filles;
23 de 3 mois à 1 an : 11 garçons, 12 filles;
87 de 1 à 6 ans : 47 garçons, 40 filles;
6 seulement de 6 à 8 ans;
14 de 8 à 15 ans : 2 garçons, 12 filles;
24 de 15 à 20 ans : 9 garçons, 15 filles;
63 de 20 à 30 ans : 28 hommes, 35 femmes;
52 de 30 à 40 ans : 29 hommes, 23 femmes;
54 de 40 à 50 ans : 28 hommes, 26 femmes.
57 de 50 à 60 ans : 32 hommes, 25 femmes.
52 de 60 à 70 ans : 27 hommes, 25 femmes,

43 vieillards de 70 à 80 ans : 12 hommes, 31 femmes.
16 vieillards ayant au delà de 80 ans : 4 hommes, 12 femmes.

Ces décès sont, quant à l'âge, dans les mêmes proportions à peu près que ceux de la semaine précédente. Ils sont sensiblement plus nombreux, néanmoins, dans les catégories de 30 à 40, de 40 à 50, de 50 à 60, et de 70 à 80 ans.

Quant aux maladies causes des décès, on compte 14 cas de fièvre typhoïdes, 2 cas de petite vérole, dont une jeune fille de 18 ans (l'on ne dit pas si elle avait été vaccinée); 11 décès de rougeole, 23 de fièvre cérébrale, 8 cas de croup, 30 de catarrhe pulmonaire; 56 de pneumonie (une dizaine de plus que la semaine précédente, plus de femmes y ayant succombé que d'hommes): 20 d'apoplexie, 89 de phthisie pulmonaire, presque autant de femmes que d'hommes; 7 de convulsions, 46 morts-nés, 8 suicides (une seule femme), 211 décès de maladies diverses.

— Toutes les sociétés médicales d'arrondissement de Paris ont nommé des délégués ayant la mission de faire auprès des autorités compétentes des démarches pour obtenir dans la nouvelle loi qui se prépare sur la garde nationale la conservation du mode actuel de nomination des chirurgiens attachés tant au service actif qu'aux conseils de recensement et de révision, c'est-à-dire la nomination à ces emplois par l'élection directe des médecins habitant la circonscription réunis aux officiers de la légion.

Une réunion générale des délégués et des chirurgiens principaux et majors des légions a eu lieu le 11 juin chez M. le professeur Piorry et sous sa présidence.

Elle a chargé une commission de *cinq* membres d'exposer les vœux du corps médical au ministre de l'intérieur et au général en chef commandant la garde nationale de Paris.

La prompte et gracieuse réponse de l'autorité à la demande d'audience qui lui est faite par la commission donne lieu d'espérer le succès de ses vœux, si justes en droit et si modérés dans leur expression. La commission doit se présenter le 19 juin chez M. le général Perrot; et, le 21, chez M. le ministre de l'intérieur. M. Deguise, inspecteur général du service de santé de la garde nationale, a été invité par la commission à vouloir bien se joindre à elle.

— Aux termes du décret du 25 thermidor an XIII, les pharmaciens attachés au service gratuit des pauvres et des épidémies étaient exempts de patente; mais cette disposition n'ayant pas été reproduite dans la loi du 25 avril 1844, dont l'article 35 a formellement abrogé toutes les dispositions antérieures contraires à ladite loi, il s'ensuit qu'aujourd'hui tous les pharmaciens, même ceux attachés au service gratuit des pauvres et des épidémies, sont sujets à patente.

Ainsi jugé par le conseil d'État, en confirmation d'un arrêté du conseil de préfecture des Vosges, en date du 8 août 1849, qui a maintenu au rôle des patentes pour 1849 le sieur Girardin, pharmacien à Neufchâteau, qui réclamait son exemption, attendu qu'il était attaché au service gratuit des pauvres et des épidémies.

— M. le docteur Fraisse, membre de la société littéraire, conservateur de la bibliothèque artistique, scientifique et médicale du Palais-des-Arts de Lyon, ancien adjoint au maire, a été élu membre titulaire de l'Académie des belles-lettres, sciences et arts de Lyon.

— Aucun des médecins suppléants des hôpitaux de Lyon n'ayant manifesté l'intention d'accepter les conditions imposées par le nouveau règlement au médecin de l'hospice du Perron, M. Allaud, médecin à Oullins, a été chargé du service médical et pharmaceutique de cet établissement, en remplacement de M. le docteur Édouard-Bouchet, qui a succédé à M. Rater comme médecin titulaire de l'Hôtel-Dieu.

— D'après la loi sur les logements insalubres, promulguée le 13 avril 1850, la commission chargée dans chaque ville de désigner les logements réputés insalubres, doit être ainsi composée: un architecte, un médecin, un membre du bureau de bienfaisance et du conseil des prud'hommes. M. le maire de Lyon a proposé la commission suivante qui a été agréée par le conseil municipal: MM. Dardel, architecte; Passot, docteur en médecine; Dunod, architecte; Donnet, propriétaire; Poncet, pharmacien; Vachez, membre du bureau de bienfaisance; Meunier, chef d'atelier, membre du conseil des prud'hommes; Ducarre et Saunier, membres du conseil municipal.

— A la suite du concours qui a eu lieu récemment à Madrid pour deux places de médecin des eaux minérales, le jury a dressé une liste de trois candidats pour chaque place et l'a présentée au ministre, qui a choisi pour les eaux de Cestora le premier sur la liste, M. Zabala, et pour les eaux de Buyères de Nava, le second sur la liste, M. Mestre y Marzal. Les journaux de médecine espagnols sont très-mécontents de ce résultat. Si cependant on va au fond des choses, on ne peut rien dire contre cette nomination; car si on ne veut pas que le ministre choisisse, il faut ne lui présenter qu'un candidat.

— Il résulte du dernier rapport publié par le comité national de vaccine en Angleterre que 172,914 paquets de vaccin ont été distribués pendant l'année 1849, et que pour la ville de Londres seulement, les médecins nommés *ad hoc* ont vacciné 9,089 enfants. Il n'en est pas moins vrai que le nombre des personnes non vaccinées est encore de 67 sur 100 naissances, pour les enfants de la première année, en défalquant les enfants qui sont vaccinés par les médecins ordinaires. Aussi la mortalité causée par la variole a-t-elle été dans les huit dernières années, pour la ville de Londres seulement, de 7,059 personnes, ou de 879 par an environ.

— Le professeur Webster, qui a été condamné récemment à mort pour avoir assassiné et brûlé son collègue, a obtenu un sursis d'un an pour l'exécution. On suppose que la peine sera commuée en un emprisonnement perpétuel.

— MUSÉUM DU DOCTEUR SAMUEL GEORGE MORTON, DE PHILADELPHIE. — Ce muséum, unique sans aucun doute dans le monde, est une collection scientifique qui ne comprend pas moins de 1,468 crânes, dont 867 appartiennent à l'espèce humaine, 601 à diverses races animales. On y voit figurer la race caucasienne (226 crânes); la race mongole (8); la race malaise (34); la race américaine primitive (410); la race nègre (107); les races mêlées (25); des crânes de fous, dont 2 appartiennent à des Anglo-Américains, 1 à un Anglais, 1 à un Allemand, 1 à un Irlandais, 2 à des mulâtres, et 2 à des nègres; enfin des crânes d'idiots, au nombre de 7, et appartenant à différentes races.

Chaque crâne de cette précieuse collection est accompagné de la mesure exacte de sa capacité, en pouces cubes.

— Chez une femme de 32 ans, morte d'une affection aiguë des voies respiratoires, M. Topham a trouvé dans les muscles du pharynx, dans les muscles de la poitrine, de petits corps ovales blanchâtres, adhérents à la fibre musculaire, et contenant dans leur intérieur, au milieu d'une matière granuleuse, un de ces entozoaires décrits par Hilton et le professeur Owen sous le nom de *trichina spiralis*. Cet entozoaire n'avait donné lieu à aucun phénomène appréciable pendant la vie.

— Les sieurs Galy, pharmacien, rue des Lombards, 54, et Saurin, rue de Bercy-Saint-Antoine, 14, viennent d'être traduits en police correctionnelle, le premier, pour avoir eu dans son établissement un sirop préparé contrairement au Codex; le second, pour avoir tenu une herboristerie sans autorisation; délits prévus par les articles 29 et 32 de la loi du 21 germinal an XI, et 2 de l'ordonnance du 8 août 1816.

Le tribunal, sur les réquisitions de M. Dupré-Lassalle, substitut, a condamné le sieur Galy à 50 fr. d'amende, et le sieur Saurin à 5 fr.

— STATISTIQUE D'OCULISTIQUE. — Le docteur Wilde vient de publier le compte rendu de sa clinique ophthalmologique de Dublin pour les trois dernières années. Dans cet intervalle, 512 opérations ont été pratiquées, à savoir 55 opérations de cataracte par extraction, et 60 de cataractes par broiement, dont 14 par le procédé sclérotical et 76 par le procédé cornéal; 47 opérations de pupille artificielle; 11 excisions de staphylôme; 13 excisions de ptérygion; 58 opérations de strabisme, dont 6 doubles; 62 entropions et trichiasis; 14 ectropions; 57 extirpations de tumeurs tarsiennes; 50 opérations sur le sac lacrymal; 6 opérations blépharo-plastiques; 50 polypes de l'oreille; 1 extirpation d'amygdales.

— Une femme de la province d'Avila (Espagne) est accouchée, le 27 mai dernier, de quatre enfants du sexe féminin, tous vivants. Deux d'entre eux ont succombé quelques jours après leur naissance.

— La reine d'Espagne a fait cadeau à son chirurgien dentiste, M. Rotondo, d'une magnifique boîte d'instruments pour les dents, fabriqués tant à Londres qu'à Paris, et portant les armes de la couronne de Castille. Les journaux espagnols nous décrivent minutieusement toutes les merveilles de cette boîte et de ces instruments *à manches d'agate*, qui n'ont pas coûté moins de 25,000 réaux (6,000 fr.).

— UNE MALADIE DE PEAU SIMULÉE. — Une femme munie de certificats en bonne forme, se présente à l'hôpital de Sussex, comme atteinte d'une maladie cutanée, et est admise dans cet établissement. Sa peau offre, en effet, une quantité considérable de taches larges de diverses couleurs siégeant à la face, au cou, aux jambes, aux cuisses et sur la poitrine. Elle allait être mise en traitement, lorsqu'on fut convaincu, par plusieurs circonstances qu'il est inutile de rapporter ici, que cette prétendue affection de la peau n'était le résultat que de l'application sur le derme d'acide chlorhidrique.

Cette malheureuse a fini par avouer que, pour se soustraire à la vie pénible qu'elle menait dans les fabriques, elle s'était décidée à se cautériser ainsi la peau et à simuler une affection qui pût lui ouvrir les portes d'un hôpital. Elle employait cette fraude depuis plus de trois ans, et avant de se faire admettre à l'hôpital de Sussex, elle venait de passer quatre mois à l'hôpital de Colchester.

— SOCIÉTÉ ALLEMANDE DES MÉDECINS ET NATURALISTES A PARIS (rue Hautefeuille, n° 32). — Conformément à ses nouveaux statuts, la Société tiendra désormais ses séances tous les lundis, comme suit :

Séances scientifiques le deuxième et quatrième lundi du mois;
Séances de discussions et du rendu compte le troisième;
Et séances administratives le premier lundi de chaque mois.

Le comité :

Dr MEDING, Dr NEUROEFER, GANNAHL.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — MÉDECINE LÉGALE : MOYEN DE RECONNAÎTRE LA MATIÈRE CÉRÉBRALE DESSÉCHÉE. — PHILOSOPHIE MÉDICALE : INFLUENCE DE LA VACCINE SUR LA POPULATION.

Les revirements politiques ont leur bon côté ; en rendant à la liberté certains esprits d'élite enchaînés auparavant dans les soins politiques ou administratifs, ils servent souvent le progrès ; la révolution de février s'est chargée d'en donner plusieurs fois la preuve. Pour nous tenir dans la sphère scientifique, nous rappellerons la série de mémoires sur la photométrie lus à l'Institut par M. Arago, mémoires infiniment préférables à ses élucubrations du temps du gouvernement provisoire. M. Orfila a-t-il l'intention de suivre cet exemple ? On peut l'espérer d'après l'ardeur avec laquelle il vient d'embrasser et de traiter devant l'Académie une question nouvelle de médecine légale. Les médecins experts n'avaient jamais été appelés à décider si une matière desséchée sur un vêtement ou sur un instrument était ou non formée par de la substance cérébrale. La question s'est présentée dans les premiers jours d'octobre 1849. Un assassinat venait d'être commis dans une localité voisine de Mantes. La blouse du prévenu portait sur la partie correspondante à l'une des épaules une tache que l'instruction soupçonnait formée par de la matière encéphalique desséchée. M. Orfila, M. Chevreul, M. Donné furent chargés de vérifier cette conjecture. Ce dernier étant absent, M. Chevreul ayant décliné la mission, M. Orfila s'adjoignit M. Jules Barse, pharmacien à la prison des Madelonnettes ; et quelque difficulté qu'il entrevît tout d'abord, surtout en présence d'une matière ne pesant guère que 2 à 3 centigr., il se mit résolument à l'œuvre. Il serait absolument inutile d'exposer ici tous les éléments de la question, toutes les expériences entreprises ; nous ne pourrions que reproduire la démonstration si animée, si lucide que nous avons recueillie pour le compte rendu de la séance (voir plus loin). Nous nous bornerons à en rappeler les conclusions. Par les procédés chimiques, deux substances seulement, les acides sulfurique et chlorhydrique concentrés, permettent de reconnaître la matière cérébrale desséchée, parce que, seules, elles donnent avec cette matière des réactions différentes de celles qu'elles fournissent avec le blanc d'œuf, le caséum et les divers tissus de l'économie, tels que les poumons, le cœur, le foie, la rate, etc. Mais un moyen plus certain encore est l'inspection microscopique. Un microscope d'un grossissement réel de 470 fois, mais surtout de 580 ou 600, donne un moyen *certain* de distinguer la matière cérébrale de toutes les matières organiques connues, alors même qu'on opère sur une quantité pesant à peine 1 milligr. En joignant l'expérience chimique à l'observation microscopique, on arrive pour ainsi dire à l'infaillibilité. Cette communication n'a suscité aucune remarque dans l'Académie, aucun doute, aucune objection. Si ce silence vient, et nous en sommes pour notre part convaincus, d'une confiance unanime dans les résultats des expériences entreprises par le savant chimiste, et s'il faut y voir une adhésion implicite à ses conclusions, tout le monde doit s'en féliciter ; car c'est toujours un grand triomphe pour la science, quand elle parvient à fournir à la justice un nouvel élément, l'élément principal, de ses appréciations ; c'est un honneur pour elle, soit qu'elle dévoile le crime, soit qu'elle réhabilite l'innocence, comme cela est arrivé plus d'une fois à l'honorable M. Orfila.

On n'a pas discuté non plus après un rapport de M. Bouillaud sur les plus hautes questions de philosophie médicale, et la conclusion en a été acceptée sans coup férir. L'énervante température qu'il faisait mardi dans la salle de la rue de Poitiers est pour quelque chose probablement dans le *far niente* général ; car il y avait certes beaucoup à dire sur les principes développés et soutenus par le rapporteur. Bacon et Galilée sont de beaux noms à invoquer, et qui font bel effet dans un rapport ; mais nous croyons que ces grands esprits seraient un peu étonnés de tout ce qu'on débite sous leur couvert. Nous croyons surtout que Bacon, qui a exposé sa méthode assez longuement pour qu'il ne soit pas permis de s'y méprendre, laisse à l'esprit humain, à la raison, un peu plus de droits que ne lui en réservent aujourd'hui les partisans aveugles du fait, de l'observation, de l'expérience. L'induction est dans sa méthode, et l'hypothèse même ne l'effraye pas trop. M. Bouillaud, lui, est convaincu et dit en termes formels que la médecine, parce qu'elle possède des moyens exacts d'investigation, se rapproche chaque jour de plus en plus de la rigueur des sciences physiques. Ainsi soit-il ! mais nous n'en sommes pas là, tant s'en faut. Les moyens d'étude ne changent pas la nature du sujet à étudier, et la possibilité de déterminer en centimètres et millimètres les dimensions d'un organe ne diminue pas d'un *iota* l'énorme différence qui sépare les corps organisés des corps inorganiques, les êtres vivants des substances inertes. C'est une illusion pure de penser qu'il suffit de savoir clairement qu'il y a dans le poumon de petits corps appelés tubercules, ou dans les intestins des plaques gaufrées, pour connaître la nature de la phthisie pulmonaire ou de la fièvre typhoïde. Nous n'en voulons pour preuve que les discussions éternelles dont ces questions sont l'objet au sein même de l'Académie. Si la médecine se rapprochait beaucoup des sciences physiques, est-ce qu'elle serait un champ toujours aussi fertile de contestations ? est-ce que les physiciens et les chimistes ne s'entendent pas autrement sur les lois qu'ils découvrent ? Si l'expérience est bien faite, répétée cent fois, elle donnera cent fois le même résultat ; pourquoi ? Parce que, mis en présence d'une matière inerte et soumise à des lois immuables, le physicien n'a pas besoin de s'engager dans l'explication des phénomènes pour donner à ses connaissances des bases certaines ; il lui suffit de découvrir les conditions des phénomènes : ce que ces conditions sont aujourd'hui, elles l'étaient hier, elles le seront demain. Il en est bien autrement de la médecine, où la notion de la cause des phénomènes serait indispensable à l'institution d'une thérapeutique assurée d'elle-même (l'efficacité mystérieuse du mercure et du quinquina est une exception qui n'infirme en rien la règle) et où cette cause échappe le plus souvent. On se trompe, encore une fois, en espérant la découvrir à l'aide des méthodes qui s'intitulent exactes. Tant que la physique et la chimie ne diront pas le mot de la vie, elles ne diront pas le mot des maladies et de la mort.

— La dernière séance de l'Académie de médecine, qui n'a pas chômé, comme on peut voir, nous a encore donné un élégant rapport de M. Bousquet sur les vaccinations. En rendant compte des vaccinations pratiquées en France pendant l'année 1848, M. Bousquet a eu l'heureuse pensée d'agrandir et de rehausser le sujet, en y rattachant une importante question depuis longtemps soulevée par MM. Hector Carnot et Bayard, celle de l'influence de la vaccine sur la mortalité. M. Carnot, qui a plus d'une fois honoré la GAZETTE MÉDICALE de ses communications, reconnaît, avec les statisticiens, que la vie moyenne de l'homme s'est allongée depuis le com-

Feuilleton.

CHRONIQUE MÉDICALE.

Organisation du corps de santé de l'armée. — *Idem* du service médical de la garde nationale. — Un ministère très-gai. — Le doyen est en danger. — Artaxercès en 1850. — Un vol de nouvelle espèce.

— Nous vivons dans un temps de remaniement général. On ne pouvait guère se dispenser de remanier le service médical de l'armée. Mais en cela comme en beaucoup d'autres choses, nous aimons ce qui est régulier, harmonique et complet. Si nous prenions du galon, nous en prendrions beaucoup ; un beau torse de femme (au musée des antiques, bien entendu) nous plaît ; mais nous préférons la femme entière. Voilà pourquoi le projet d'organisation du corps médical de l'armée ne nous satisfait pas absolument. Il élude tout juste l'une des plus grosses difficultés de la réforme, celle qui concerne l'assimilation des grades. On y viendra pourtant, nous ne craignons pas de l'affirmer. C'est une de ces questions de logique et d'équité qui finissent toujours par aboutir. Dès lors, pourquoi ne pas la trancher tout de suite ? C'est de la chirurgie détestable, comme on n'en fait guère qu'au ministère du commerce.

Cette réserve faite, et malgré la rage de critique qui est un des caractères avoués de dame CHRONIQUE, nous ne trouvons pas grand mal à dire du projet d'organisation. L'avancement se fait, pour une part, à l'ancienneté, et pour une autre, au choix. La même règle qui décide du sort des officiers de différentes armes décidera de celui des officiers de santé. Cette règle sera soumise d'ailleurs à des modifications. Au lieu de s'appliquer inflexiblement à tous les cadres de la hiérarchie, elle variera suivant les grades. De telle sorte que, à mesure que le grade à pourvoir sera plus élevé dans la hiérarchie, le choix dominera davantage l'ancienneté, et il est même un degré où l'ancienneté n'aura plus voix au chapitre. Ainsi, pour les inspecteurs divisionnaires, la promotion se réglera, pour un tiers, à l'ancienneté, et, pour les deux tiers, au choix ; mais pour gravir jusqu'à la position suprême d'inspecteur général, l'âge des services ne comptera plus ; heureux sera l'élu de l'autorité !

Un tel arrangement ne sera pas sans doute du goût de tout le monde. Beaucoup d'officiers de santé militaires se lamenteront. Il est doux de se reposer sur l'oreiller de l'ancienneté. Mais la louable ambition, née de la science et qui y puise sa force, comme Antée tenait la sienne de la terre, ne sera pas mécontente peut-être d'un projet qui réveille du moins l'espérance, endormie depuis les temps héroïques, comme chacun sait, au fond de la boîte de Pandore. La CHRONIQUE se gardera bien de s'expliquer amplement sur cette grosse affaire ; on lui promet de venir, à cette même place, en aide à son insuffisance. Béni soit celui qui vient au nom.... de l'armée ! Un mot seulement, en attendant.

Il faut le reconnaître, l'ancienneté est un régime bien commode. Quand on n'a pas besoin de marcher pour arriver, on ne bouge pas ; c'est ce que nous

mencement de ce siècle; il reconnaît également que la vie probable de l'enfant nouveau-né a augmenté depuis l'introduction de la vaccine; il porte même cette augmentation à dix ans. Mais, suivant lui, ce bénéfice se perd rapidement, à mesure qu'on s'éloigne de la naissance, et bientôt la vie probable devient plus courte qu'elle n'était avant la vaccine. Somme toute, la mortalité de l'enfance a diminué des trois dixièmes; mais, en revanche, celle des adultes a augmenté d'un sixième. Le résultat général de la vaccine a donc été de conserver un plus grand nombre de *bouches inutiles*, qui sont hors de proportion avec le nombre de bras chargés de leur entretien. « Cette diminution de bien-être, dit M. Carnot dans son ESSAI DE MORTALITÉ COMPARÉE (Autun 1849), s'est traduite en réalité par une augmentation prodigieuse dans la mortalité des vieillards des classes pauvres et par l'envoi des enfants dans les manufactures. » On n'attend pas que nous scrutions ici tous les documents nécessaires à la vérification du fait pur et simple de statistique, mais il nous semble que M. Bousquet a eu raison de demander la preuve de l'explication qu'en donne M. Carnot. Nous croyons que ce savant, par la manière dont il a partagé la vie en périodes distinctes, étudiant séparément dans chacune d'elles le mouvement de la population et de la mortalité, a modifié avantageusement les procédés de statistique suivis par ses devanciers. Mais, même en tenant pour exacts les résultats auxquels il est arrivé, il ne nous est pas du tout démontré que l'introduction de la vaccine soit la cause, directe ou indirecte, soit des variations observées d'une période de la vie à une autre, soit des différences qui séparent, quant aux chiffres de la population et des décès à chaque période, le dix-huitième siècle du dix septième. S'il est vrai, comme l'affirme M. Carnot, que l'âge de 41 ans soit un terme où le nombre des vivants est le même dans les deux siècles; si, en d'autres termes, avant ou après l'introduction de la vaccine, la probabilité, pour le nouveau-né, d'atteindre l'âge de 41 ans, est absolument la même; il reste encore à faire toucher du doigt la raison de ce phénomène. A cet égard, le travail de M. Carnot nous semble fort défectueux. Un problème aussi complexe exigerait les recherches les plus délicates; bien plus, il est douteux qu'on parvienne, même avec beaucoup de travail, de patience et de sagacité, à en trouver la solution. A plus forte raison de simples assertions sont-elles insuffisantes, et c'est ce qu'a très-bien montré M. Bousquet.

— Nous ne parlons pas d'un rapport lu par M. Rochoux. Le rapporteur, appelé à la tribune, hésitait à y monter, par la raison qu'il désirait *aller se baigner*. Cela nous a donné l'idée d'y aller nous-même, et nous n'avons pas entendu le rapport. Il va sans dire que nous le regrettons.

CHOLÉRA-MORBUS.

SUR LES EXANTHÈMES CHOLÉRIQUES; par le docteur THORE fils, ancien interne des hôpitaux, lauréat de la Faculté de médecine, membre de la Société anatomique, etc.

Déja signalées vers la fin du siècle dernier, les éruptions développées pendant le choléra ont été surtout observées dans l'épidémie de 1832. Les médecins n'ont point été d'accord sur l'espèce d'exanthème à laquelle convenait de les rapporter. Lepecq de La Clôture parle de *rougeurs pustuleuses*; MM. Polya, Grunbut, Alibert, de *vésicules miliaires*. Kalher (de Varsovie) les compare à l'*herpes zoster* ou à l'*erythema tuberosum*; Prchal, à la *variole*. Romberg, Heysselden et Babington les rapprochent de la *roséole*; c'est sous ce nom qu'elles ont été décrites par MM. Rayer et Duplay. Tout récemment, dans un intéressant mémoire inséré dans la REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE (octobre 1849), M. Legoupils leur a imposé le nom d'érythème cholérique. Enfin MM. Briquet et Mignot les ont vues se manifester sous la forme de plaques d'urticaire ou avec l'aspect d'une rougeole confluente.

Il existe trop de différences entre ces désignations pour qu'on puisse supposer qu'elles se rapportent à une seule et même espèce d'exanthème; mais avant de discuter cette question, nous allons transcrire des observations recueillies pendant la dernière épidémie, et qui nous offrent des exemples d'éruption fort distinctes.

FEMME DE 34 ANS. CHOLÉRA GRAVE; ÉTAT TYPHOÏDE AU DIXIÈME JOUR; APPARITION D'UNE ROSÉOLE; GUÉRISON.

OBS I. — L..., femme âgée de 34 ans, d'une constitution assez forte, n'ayant point eu de maladies graves, est prise brusquement, pendant la nuit du 11 au 12 juin 1849, des symptômes du choléra. La veille elle se portait très-bien. Elle a affirmé, à plusieurs reprises, n'avoir point eu de diarrhée les jours précédents. Il y a eu une absence complète de prodromes.

Tout à coup, pendant la nuit, elle éprouve des vomissements, accompagnés de crampes violentes dans les extrémités inférieures, et elle a des selles très-abondantes et très-répétées.

Le 12 juin au matin, elle présente l'état suivant : cyanose et excavation des orbites. Les extrémités ont une couleur violette; elles sont complétement froides, de même que la langue. Le liquide des vomissements et des selles est d'un blanc sale, et contenant de nombreux flocons blanchâtres. La face est tout à fait décolorée. Les crampes ont un peu cessé vers le matin; dans la journée et le soir, elles se réveillent avec violence. L'aphonie est complète. Pas d'urines; pouls filiforme. (Application de bouteilles d'eau chaude sur tous les points du corps. La malade est enveloppée nue dans une couverture; frictions avec l'alcool camphré; un quart de lavement laudanisé; eau gommée avec eau de Seltz.)

13. La diarrhée a été moins intense pendant la nuit; mais elle augmente le matin. Les vomissements persistent. On est parvenu à la réchauffer presque entièrement. L'aphonie est toujours la même; les urines manquent toujours; mieux notable. (Emploi des mêmes moyens.)

14. La veille au soir, pour la première fois et une autre fois dans la nuit, elle a uriné; elle a eu encore plusieurs selles. Les vomissements ont cessé; mais il y a toujours des nausées très-pénibles. La chaleur est entièrement rétablie; le faciès est meilleur; la langue est humide et chaude; plus de crampes; encore de l'aphonie; le pouls reprend de la force.

15. L'état reste à peu près le même.

16. Il n'y a plus de vomissements. La réaction est complète, mais il survient des accidents typhoïdes. Diarrhée brunâtre assez abondante; langue rouge et sèche; dents encroûtées; pouls à 112; peau chaude et sèche; ventre tendu et douloureux; affaissement; un peu de stupeur.

Cet état persiste sans s'aggraver jusqu'au 19; il s'y ajoute une somnolence avec injection de la face et ralentissement très-prononcé du pouls (80). (On applique huit sangsues derrière les oreilles.)

20. Amélioration. La somnolence a cessé. La langue est plus humide et plus rosée.

21. Elle est tout à fait bien. On remarque l'apparition de petites taches rouges

---

faisons ordinairement, pour notre compte, quand nous montons en diligence. Celui qui sait que la science acquise n'est pas le passe-port indispensable des positions élevées, et que l'âge l'y portera infailliblement, celui-là se laisse vieillir philosophiquement, en narguant le cheveu qui tombe ou la mèche qui blanchit. Le régime du choix est bien une autre affaire ! Il oblige à la distinction; il oblige à prouver, non-seulement qu'on sait, mais qu'on sait mieux et plus que les autres. Il est incompatible avec le calme plat de l'existence dans laquelle se rouillent et s'enrayent les ressorts de l'intelligence. C'est, en un mot, un régime qui ne convient qu'aux forts; aussi le répétons-nous, il y aura beaucoup de réclamations.

Mais c'est le petit côté de la question, bonne raison pour que nous l'ayons aperçu le premier. Le grand côté regarde l'intérêt de l'armée. Pour les hautes positions médicales, il n'y a que deux modes de nominations qui puissent afficher la prétention de répondre aux besoins du service; c'est l'élection pure et simple des officiers de santé par leurs pairs, et le choix de l'autorité. L'élection donnerait-elle de meilleurs résultats? Cela n'est pas bien démontré; mais elle est d'ailleurs en opposition avec l'esprit de toute organisation militaire; et tant que la totalité du corps entier des officiers, inférieurs et supérieurs, sergents ou généraux, ne se recrutera pas de cette manière, il n'y faut pas songer davantage pour l'officier de santé, qui est dans les mêmes conditions de subordination militaire. Reste donc le choix, l'arbitraire ministériel, le despotisme, le népotisme, le monarchisme, le charlatanisme, tout ce qu'on voudra encore, mais enfin un mode qui permet de confier la vie du soldat au plus digne. Le choix peut distinguer le talent; l'ancienneté ne peut que faire des invalides.

— De l'armée à la garde nationale, la transition est naturelle, aujourd'hui surtout que l'une et l'autre ont parfois l'agrément de se battre côte à côte. On veut aussi réorganiser le service de santé de la garde civique. Mais ici, nous ne pouvons nous dispenser de faire de gros yeux. Il s'agit de deux choses également suffocantes; la première de supprimer les chirurgiens de compagnie pour ne garder que l'état-major, les chirurgiens principaux et les chirurgiens de bataillon; la seconde de substituer à l'élection par les médecins et les officiers la nomination directe par les mairies.

Il est un peu tôt ou un peu tard pour fixer l'étendue à donner au service médical des légions. C'était une besogne à terminer il y a deux ans, avant d'envoyer messieurs les aides-majors commander leur chapeau à corne et de les convoquer solennellement pour déterminer la forme de leurs broderies. Le vin est payé et versé; il serait convenable de le laisser boire jusqu'à la dernière goutte, et nous prévenons messieurs les maires que la bouteille n'est pas vide, autrement dit que les costumes ne sont pas usés. Sérieusement de pareilles tergiversations, qui se résoudraient en sacrifices de la part du corps médical, ne seraient pas dignes de l'autorité. Le besoin d'aides-majors a été discuté à fond et bien constaté lors de la dernière organisation. Depuis deux ans, ce besoin est-il moindre? Nullement. Les compagnies peuvent être un peu moins nombreuses; mais le service est encore assez lourd pour qu'il ne puisse sans inconvénient être reporté sur les épaules des chirurgiens-majors. Or ce qu'est le service aujourd'hui, il le sera demain et pendant longtemps; les réductions sont épuisées; les cadres ne peuvent plus diminuer sensiblement.

Quant au mode de la nomination directe, nous ne pouvons croire qu'il re-

de la grandeur d'une lentille environ; plus nombreuses aux extrémités et disséminées sur le reste du corps. Il n'y a plus de fièvre; appétit.

22. Ces taches s'étendent vers la partie supérieure de la poitrine, vers le col et la face, sans changer de caractère, restant petites, isolées et toujours séparées par de grands intervalles où la peau est saine. L'état général s'améliore; la langue reste humide; la diarrhée a cessé; les urines sont abondantes; l'appétit augmente.

Le 27, l'éruption, après avoir été à peu près stationnaire, commence à pâlir et à prendre la teinte brunâtre de l'éruption morbilleuse; en même temps il y a une démangeaison assez vive et une desquammation furfuracée peu prononcée.

Le 29, il existe à peine quelques traces de la roséole, et la malade est entièrement rétablie.

FEMME DE 70 ANS; CHOLÉRINE CONVERTIE EN CHOLÉRA GRAVE; AU DIXIÈME JOUR, ÉRUPTION ÉRYTHÉMATEUSE; GUÉRISON.

Obs. II. — C..., femme âgée de 70 ans, d'une santé assez délicate et fréquemment tourmentée par des gastralgies intenses, éprouvait depuis quelques jours une diarrhée dont elle ne s'occupait point.

Le 9 octobre 1849, elle se décide cependant à se soigner et me fait appeler. Elle avait eu plusieurs fois, dans la journée et la nuit, des selles très-abondantes; elles étaient d'un jaune brûnatre. Il y avait à peine quelques coliques; pas de fièvre; pas d'appétit. (Je prescris l'eau de riz et l'usage de quarts de lavement amidonnés et laudanisés, ainsi que la diète.)

10. Les selles sont beaucoup plus abondantes, plus liquides et plus claires, l'état général restant d'ailleurs le même. On essaye alors les pilules formulées par M. Devilliers, qui, en pareilles circonstances, m'avaient souvent donné d'excellents résultats :

Diascordion.	8 grains.	F. 36 pilules.
Sous-nitrate de bismuth . . .	4 —	

11. La diarrhée a complétement cessé depuis la veille, à deux heures de l'après-midi. Elle est fort bien et demande à manger.

12. La veille au soir, des vomissements et des selles riziformes se manifestent et continuent pendant toute la nuit; elle a la voix complétement éteinte, les paupières et les extrémités cyanosées. Le refroidissement existe, mais à un degré modéré. L'affaissement est extrême. Les selles sont involontaires. Absence d'urines; douleurs très-vives dans les membres inférieurs, mais sans contractions musculaires; pouls misérable. (Glace à l'intérieur; sinapismes; potion au nitrate d'argent; bouteilles d'eau chaude.)

13. L'état reste le même. La chaleur a été facilement rétablie; mais les autres symptômes persistent au même degré. Les urines sont toujours supprimées. Aphonie complète; pouls filiforme. (On continue le même traitement.)

14. Retour des urines pendant la nuit. Amélioration. Les vomissements et les selles ont cessé; le facies est toujours cholérique; les paupières sont cyanosées; aphonie. Le pouls reprend un peu de force.

15. Après une nuit assez calme, on la trouve le matin dans un état comateux. La face est fortement injectée, de même que les conjonctives; somnolence continuelle; pouls ralenti et assez dur; parole lente et difficile, voix toujours éteinte. (4 sangsues derrière chaque oreille.)

16. La somnolence a beaucoup diminué; la face est moins injectée, la parole moins lente.

17. Elle accuse une vive douleur à l'épigastre. Vésicatoire volant sur cette région.

18. La douleur a cédé. Il n'y a plus de somnolence. Les conjonctives sont toujours injectées. Inappétence.

19. État stationnaire jusqu'au 22. On s'aperçoit alors qu'une éruption s'est manifestée au col, au dos, sur le ventre et surtout aux fesses et vers la partie supérieure des cuisses. Les membres supérieurs et les jambes n'ont rien. Cette éruption se compose de taches rosées assez larges et s'étendant surtout aux fesses, sur une surface considérable, comme un érysipèle. Il n'y a point de fièvre et l'état général n'a point varié.

23. Les plaques s'étendent et ont une plus grande largeur; elles n'ont que 2 ou 3 centimètres dans certains points, et déjà elles pâlissent dans la région du col et du dos. Aux cuisses et aux fesses, elles offrent une rougeur continue et très-vive. Le pouls est à 72; peau fraîche. La langue, couverte d'un enduit jaunâtre, est rouge à sa pointe et sur ses bords. Le ventre est souple et les selles sont naturelles. Les yeux sont toujours excavés et la voix éteinte. Démangeaisons très-vives. Desquammation peu marquée commençant par les points les premiers envahis.

24. L'éruption commence à pâlir sur toute la surface du corps. L'expression de la face est bonne; anorexie.

25. Le pouls est à 72. Bien que les yeux soient encore un peu excavés, le facies est naturel. Les taches, en s'éteignant, prennent une teinte cuivrée et laissent après elles de petites pellicules furfuracées à peine sensibles. Il n'y a plus rien à la face et à la partie supérieure du corps. On trouve encore quelques plaques sur les membres inférieurs occupés en dernier lieu par l'éruption.

27. La langue est complétement nettoyée. Il n'y a plus de traces de l'éruption sur le corps; encore quelques taches brunes aux membres inférieurs. Il y a peu d'appétit, mais l'état général est d'ailleurs très-satisfaisant.

FEMME AGÉE DE 43 ANS; DIARRHÉE, PUIS CHOLÉRA AU NEUVIÈME JOUR; ÉRUPTION SCARLATINIFORME; DESQUAMMATION PAR LARGES PLAQUES; ANASARQUE; GUÉRISON.

Obs. III. — Madame C..., âgée de 43 ans, d'une forte constitution et d'une bonne santé, a éprouvé beaucoup de fatigues auprès de son frère, qui a eu un choléra grave et qui finit par succomber à des accidents cérébraux; elle avait passé plusieurs nuits auprès de lui, lorsque, le 14 octobre 1849, elle fut obligée de cesser ses soins, étant elle-même fort souffrante. Elle avait, depuis deux jours, une diarrhée assez abondante, pour laquelle elle n'avait rien fait, cette diarrhée devint beaucoup plus intense le matin et dans la soirée du même jour les symptômes du choléra se prononcèrent nettement. Aphonie. Suppression des urines; cyanose des orbites et des extrémités; refroidissement général; langue froide; pâleur de la face; vomissements et selles caractéristiques; pouls presque insensible; douleur épigastrique très-vive; crampes dans les mollets et les pieds. (Bain chaud; application de 10 sangsues sur l'estomac; boissons froides; quart de lavement laudanisé.)

Le 15, la réaction s'est faite avec assez de promptitude. Le pouls reprend de la force. Pas d'urines. Aphonie; les vomissements et les selles restent les mêmes.

16. Le mieux se soutient. La malade accuse une oppression très-vive avec douleur épigastrique. On prescrit un vésicatoire volant sur le point malade.

17. Les urines ont reparu pendant la nuit.

18. Agitation, soif vive. (Eau glacée; eau de Seltz.)

Du 19 au 22, vomissements bilieux que la glace, les boissons gazeuses, les vésicatoires appliqués à l'épigastre ne peuvent faire disparaître. La diarrhée a complétement cessé. Le facies est toujours cholérique. Aphonie. Les urines sont abondantes; souvent elles sont rendues involontairement.

23. Pendant la nuit précédente se développe une éruption qui a envahi les fesses, les cuisses et le tronc, sous forme de plaques d'un rouge framboisé; elles sont fort larges. Des taches plus petites occupent le cou et le dos. Rien encore aux jambes. Le pouls est à 72-76. Plus de vomissements. La langue est large, rosée et humide. Les amygdales et le voile du palais sont légèrement tu-

---

vienne sur l'eau; il a été noyé en février. Au moment où le principe du concours tend à s'établir partout, jusque dans le service médical de la préfecture de police où toutes les autres fonctions sont pourtant assujetties à la nomination directe, il est impossible que, par une singulière antithèse, on réapplique la nomination directe à une institution presque entièrement régie, dans ses autres parties, par l'élection. Si l'on se rappelle l'opinion que nous avons persévéramment, et contre tous, soutenu en 1848, on comprendra que nous soyons plus que d'autres mécontents du projet qu'on prete à l'autorité. Nous demandons, nous, non plus seulement l'élection monopolisée dans le corps médical et celui des officiers, mais l'élection générale. Nous reviendrons là-dessus, s'il y a lieu. Pour le moment, qu'on veuille bien se rappeler que si le choix et l'ancienneté sont les principes qui régissent l'avancement de l'armée, l'élection seule confère presque tous les grades de la garde nationale. Dans l'un comme dans l'autre corps, les chirurgiens ne sont que des officiers, tout comme le lieutenant, le capitaine, le chef de bataillon ou le colonel; nous demandons pour eux la garantie du même principe. Que les officiers de santé de la garde nationale restent donc dans la loi commune; qu'ils soient nommés par leurs clients, leurs amis, leurs voisins. Peut-être même, si nous osons nous permettre une pareille énormité, s'en trouveront-ils mieux que des luttes sourdes de la rivalité confraternelle.

— Nous croyions entrer ces jours-ci au ministère de l'agriculture et du commerce; nous sommes tombés dans le temple de la gaieté française. Nous désirions ingénument savoir si ce ministère, qui a dans sa main une académie de médecine et un conseil d'hygiène, recevait promptement et régulièrement la nouvelle des épidémies qui pouvaient envahir les diverses localités. Ces messieurs des bureaux nous ont ri au nez le plus agréablement du monde; et comme ce rire se propageait visiblement dans la salle, pensant que ce pouvait être l'habitude et le tempérament du lieu, et voulant être poli, nous nous sommes hâté d'y prendre part. La chose est donc bien entendue. Comme l'a dit spirituellement un des employés, on ne peut servir une épidémie au premier venu qui la demande. Le ministère apprend bien parfois qu'il y a eu quelque part une épidémie, mais jamais qu'il y en a une actuellement; ou s'il l'apprend de temps à autre, c'est hasard ou complaisance du préfet. Dans un pays où la direction des vents, la hauteur du baromètre et du thermomètre sont publiquement enregistrés jour par jour, on ne connaît qu'après coup les grandes perturbations de la santé publique; c'est comme si les préfets ne donnaient avis des émeutes qu'à certains jours de l'année. Et nous jouissons pourtant de toutes sortes de télégraphes. Le feuilleton avait bien raison, il y a un an ou deux, de vouloir traiter du *télégraphe électrique appliqué à la médecine*. La chose, comme on peut le voir, n'aurait pas manqué d'à-propos.

— Qui croirait, à voir la figure avenante, à ouïr la parole sympathique de l'honorable doyen, qu'il y a en lui l'étoffe d'un bourreau? C'est pourtant comme nous vous le disons. Le dehors est aimable, doux, engageant; oui, mais le dedans ne vaut rien du tout : *Latet anguis in herbâ*. Et le beau résultat de cette nature en partie double, c'est qu'elle attire sur ses pas des vengeances qui ne paraissent pas du tout boiteuses. Si M. le doyen ne se meurt pas, s'il n'est pas mort, il n'en vaut guère mieux; et une compagnie d'assurances un peu avisée ne donnerait pas grosse somme de ses chances de vie. Quand vous le rencontrerez souriant et tranquille, ne vous y laissez pas prendre; nous vous prévenons que ce

méfiés et d'un rouge vif; sécheresse de la gorge. Le facies est toujours cholérique; l'aphonie diminue.

24. Aujourd'hui, il y a de la fièvre. La peau est chaude et sèche, et le pouls bat 104-108. La face est très-rouge, tuméfiée. Une rougeur continue, framboisée, occupe à la fois et sans laisser le moindre intervalle de peau saine, toute la face, le col, la partie antérieure de la poitrine et l'abdomen : elle est tout à fait comparable à la scarlatine, et il est impossible d'en donner une meilleure idée. Les yeux sont fortement injectés, et la teinte noirâtre des orbites a disparu. L'éruption s'étend sur tout le reste du corps par plaques très-larges et offrant les mêmes caractères. Il y a beaucoup d'agitation; soif vive. La déglutition est difficile; toute la muqueuse buccale et les amygdales sont d'un rouge foncé. Plus de vomissements.

25. Pouls à 104. L'éruption scarlatiniforme commence à pâlir et se couvre de larges squammes.

26. Pouls à 88. Le cou, le thorax et l'abdomen sont couverts par de grandes écailles d'un blanc mat, tout à fait identiques à celles qui suivent l'éruption scarlatineuse. Il y a une démangeaison assez vive. La face est moins bouffie, les conjonctives moins injectées. Le sommeil a été fort agité. Il y a eu quelques hallucinations de la vue.

27. Pouls à 72; appétit. L'expression de la face est naturelle; le sommeil a été paisible, sans agitation ni rêvasseries. La langue est rosée et humide, le ventre souple. Une garde-robe naturelle. L'angine a tout à fait disparu. La desquammation déjà signalée occupe toute la partie supérieure du corps. De grandes plaques commencent à se détacher. Il y a encore vers les membres inférieurs quelques traces de l'éruption qui commence à pâlir, et la démangeaison a cessé. (2 potages.)

28. État stationnaire.

29. La desquammation est de plus en plus prononcée, surtout à la face. Les lèvres, les joues sont couvertes de squammes blanchâtres qui, sur l'abdomen, s'enlèvent par larges lambeaux. La veille au soir, le mari de la malade est rentré ivre; elle a été obligée de se lever pour le déshabiller, le coucher; elle a éprouvé du refroidissement, et le matin, on trouve que la face est bouffie. Les urines sont rares et rougeâtres. (Tisanes diurétiques.)

30. L'œdème a fait des progrès; il est surtout prononcé à la face.

31. Les mains et la face sont toujours tuméfiées, ainsi que les extrémités inférieures. L'éruption est tout à fait éteinte. La desquammation continue. Pas de fièvre. La langue rosée et humide. Appetit.

1er novembre. Il n'y a plus de traces de l'éruption : mais la desquammation n'est pas terminée au ventre, au dos et à la partie supérieure des cuisses. L'œdème a tout à fait disparu. Il y a un peu de diarrhée.

5. Encore quelques traces de desquammation sur le dos et les reins. La diarrhée augmente. (Eau de riz et lavements laudanisés.)

7. La diarrhée persiste encore, mais l'état général est très-bon. La malade entre en convalescence, et elle est complétement rétablie au bout de quelques jours.

Les éruptions décrites comme liées au choléra sont assez fréquentes; elles se sont manifestées treize fois sur 242 cas appartenant à divers médecins. Les trois faits que je viens de rapporter ont été recueillis sur un total de 40 cholériques, soit une fois sur treize; ils appartiennent exclusivement au sexe féminin.

Tout le monde est d'accord pour admettre que les éruptions cholériques s'observent bien plus souvent chez les individus de ce sexe que chez ceux du sexe masculin. Sur 16 observations, M. Legoupils trouve 14 femmes et 2 hommes.

Pourquoi cette prédominance? J'en trouverais, au moins pour les faits qui m'appartiennent, l'explication dans la fréquence plus grande du choléra chez la femme, et surtout dans le chiffre relativement plus élevé des guérisons. Ainsi, sur mes 40 cholériques, 24 appartiennent au sexe féminin, 16 au sexe masculin. Il y a eu 11 guérisons dans la première catégorie et 5 seulement dans la seconde, à peine un tiers. J'ai besoin d'ajouter que je n'entends parler ici que des cas graves, et non de cholérines accompagnées de symptômes plus ou moins sérieux, que je n'ai point dû faire entrer en ligne de compte; sans quoi il serait facile de présenter un nombre de guérisons beaucoup plus considérable.

Ce résultat, quoique basé sur un chiffre très-minime, est d'ailleurs confirmé par les recherches statistiques faites par M. Gendrin dans l'épidémie de 1832. Il pense que le nombre des femmes atteintes par la maladie asiatique a dû être plus considérable que celui des hommes, l'observation ayant prouvé que la marche de la maladie est moins rapide, l'intensité morbide et le danger moindres chez les femmes que chez les hommes.

Comme les éruptions se montrent presque exclusivement dans la période de réaction ou dans la convalescence du choléra, et alors que le malade est hors de danger, il est facile de comprendre pourquoi les femmes, qui comptent plus de guérisons, offrent aussi plus fréquemment ce singulier phénomène.

Les cas déjà signalés se sont montrés en plus grand nombre dans la période comprise entre vingt et trente ans (environ les quatre septièmes). Sans vouloir contester ce résultat, je dois faire remarquer que l'âge des trois femmes que j'ai observées dépasse cette époque de la vie : l'une avait 34 ans, l'autre 43 ans et la dernière 70 ans. M. Barth a également observé une roséole cholérique chez une femme de la Salpêtrière, âgée de 73 ans, qui a guéri. (HISTOIRE MÉDICALE DU CHOLÉRA ÉPIDÉMIQUE, etc., obs. III.)

Ce qui prouverait que cet accident de la période de réaction du choléra-morbus n'est pas très-rare, même à une époque assez avancée de l'existence.

Mes observations ont été recueillies à deux époques différentes de l'épidémie : l'une dans les premiers jours de juin, au moment où elle était parvenue à sa plus grande intensité; les deux autres dans le mois d'octobre, alors qu'elle touchait à sa fin, et frappant à coups moins redoublés, laissait à la médecine le temps d'intervenir d'une manière plus efficace. Il est permis de penser que, pour les motifs déjà indiqués, les exanthèmes se montreront d'autant plus communs que l'influence épidémique perdra de sa violence.

Je ne crois point qu'on puisse attribuer leur apparition au traitement mis en usage, et qui a été nécessairement très-variable. Les révulsifs cutanés, si généralement employés, ne paraissent pas même devoir être mis en cause; car souvent l'éruption ne s'est point montrée chez les malades traités par des sinapismes, des vésicatoires, etc., tandis qu'elle s'est développée chez des individus qui n'avaient point été soumis à cette médication. Les causes occasionnelles paraissent assez difficiles à préciser. On peut considérer l'état de finesse de la peau chez la femme, et la facilité plus grande avec laquelle se fait chez elle la réaction, comme la prédisposant davantage aux éruptions cholériques.

Quant au mécanisme de leur formation, on doit le chercher dans les troubles profonds que la circulation éprouve pendant la période algide, et la violence avec laquelle le sang se porte vers les vaisseaux capillaires pendant la période de réaction.

---

sera pure grimace, et que le pauvre homme est au fond dévoré d'inquiétude. Vraiment il y a de quoi. Lisez plutôt ces deux missives, tombées par indiscrétion entre les mains de la CHRONIQUE :

Première missive. « ... J'envoie mon cartel à M. le président de la Faculté. *Une dissection générale, tout vivant!* » De L.-P,

» Ancien élève de l'École polytechnique, capitaine du génie et d'artillerie, docteur ès sciences, docteur en médecine. »

Une dissection générale! grand Dieu! on aurait la chair de poule à moins.

Deuxième missive. « Doyen de la réaction, *bourreau des élèves*, donne-toi la peine d'aller jusqu'à la Clinique; là tu verras une de tes victimes, un de ces malheureux frappés par les ordres que tu as donnés vers le mois de janvier, époque où sur vingt élèves au *cinquième*, dix-sept furent refusés. (Il paraît que l'épreuve du mannequin, introduite dans les examens en janvier dernier, avait peu réussi à l'auteur de la lettre.) Frappe, frappe, toi qui as déjà brisé tant d'avenirs! mais sois certain, vite ....., *que ton cancer ne terminera pas tes jours*, et que la mort te sera donnée par un élève. Tiens-toi averti. L'heure de la vengeance n'est peut-être pas éloignée. »

Voilà donc M. le doyen entre un cancer et un pistolet, deux voisins plus incommodes encore que Charybde et Scylla. Heureusement que ce cancer, ce cancer historique qui fait parler de lui depuis quelque douze ans, a rencontré un homme qui s'entend en physiologie, et qui sait très-bien qu'un cancer n'est méchant et ne ronge les entrailles qu'autant qu'on le laisse jeûner. Aussi celui-là reçoit-il une pâture suffisante. Nous avons par intervalles l'honneur d'assister à l'emploi de ce moyen thérapeutique, et nous pouvons vous garantir que la bête ne manque de rien; il est visible même qu'elle rend à son locataire une partie des sucs destinés à sa propre consommation, car le locataire ne dépérit pas. On connaît la maxime : *Ex nihilo nihil*. Et voici bien ce qui prouve qu'il ne peut rien entrer de vulgaire chez M. le doyen. Ce singulier cancer a le goût très-délicat; vous pouvez vous en fier à lui pour la dégustation d'un mets raffiné ou d'un vin du bon cru. Il apprécie le champignon comestible, le genre bolet, *boletus edulis*; le tubercule de Périgord ne lui déplaît pas; il glace son champagne et chauffe son bordeaux. Vous voyez bien que c'est un cancer distingué. Si nous en avions un pareil, et qu'il ne fallût qu'un exorcisme pour le faire sortir de notre corps, peut-être hésiterions-nous. C'est une rareté que nous tiendrions à conserver.

— Quand Artaxercès était malade en Perse, les plus riches présents ne pouvaient attirer chez lui un médecin de la république Aujourd'hui Artaxercès n'a qu'à faire un signe de Saint-Léonard, et un professeur de la Faculté de Paris passe la Manche; ils y courraient tous, et un peu vite, si on les en priait. Nous croyons même qu'ils ne refuseraient aucun présent; ce n'est du reste qu'une supposition, sur laquelle nous n'avons pas consulté M. Chomel. Heureux progrès des mœurs! fruit précieux de la civilisation!

— Oui, mais d'un autre côté, le communisme marche d'un pas effrayant; il s'insinue partout. Le sentiment de la propriété est de plus en plus méconnu; on ne respecte plus même les choses les plus sacrées. En voici une preuve manifeste. Deux pauvres femmes vivaient en bonnes voisines dans un des hôpitaux de Paris. L'une d'elles avait été guérie plus qu'à moitié de nous ne savons plus

Par une singulière coïncidence, car je ne crois pas qu'on doive invoquer, pour expliquer ce fait, autre chose que le hasard, les trois cas d'exanthèmes cholériques ont été observés dans la même commune, qui, relativement à sa population, a été une des moins maltraitées, tandis que, dans sept autres villages où j'ai soigné des cholériques en aussi grand nombre, je n'ai rien noté de semblable.

Les trois malades ont guéri; ce qui confirme ce qui a été dit quant au pronostic des éruptions cholériques. Cependant, pour ne rien exagérer, il faut dire que lorsque l'exanthème s'est montré, nos malades étaient presque convalescentes, ou avaient présenté des phénomènes critiques d'une grande importance, comme le retour des urines, de la voix, de la chaleur, etc. C'est toujours du huitième au dixième jour, dans nos observations, que l'éruption s'est manifestée, alors que les malades n'inspiraient plus beaucoup d'inquiétudes et avaient uriné quarante-huit heures après le début des premiers accidents. Par contre, on a vu des malades succomber, rarement il est vrai, après avoir offert cet accident de la période de réaction. Tout cela ôte aux exanthèmes cholériques un peu de leur importance comme phénomène critique. Quoi qu'il en soit, on doit en tenir grand compte même à ce point de vue.

Ainsi qu'on a pu le voir par les observations qui précèdent, l'éruption s'est présentée sous des aspects bien différents.

Dans la première observation, c'était la roséole la mieux caractérisée: petites taches rosées, circonscrites par des intervalles où la peau conserve sa couleur normale; irrégulières, plus larges et plus espacées que dans la rougeole, prenant une teinte plus foncée vers le troisième ou quatrième jour, brunâtre vers le sixième, et s'effaçant au huitième en laissant une desquammation furfuracée à peine apparente. Dans aucun point du corps, ces taches ne se sont réunies pour former, comme nous le verrons dans le fait suivant, des plaques érythémateuses. Elles sont partout restées isolées. On ne pouvait concevoir le moindre doute sur le nom à donner à cet exanthème, et je n'ai point hésité un instant: je n'avais point d'idée préconçue, puisque j'ignorais alors les travaux faits sur ce sujet, que je n'avais pu étudier dans la première épidémie.

La seconde observation mérite autant le nom d'érythème que celui de roséole. Au cou, au dos et sur le ventre apparaissent au neuvième jour de de la maladie des taches semblables à celles qui ont été précédemment décrites; mais au lieu de rester isolées, petites, elles s'élargissent rapidement, prennent un diamètre de 2 ou 3 centim. aux cuisses et sur le dos, puis s'agrandissant encore, s'étendent sur les fesses en larges plaques qui les couvrent presque en entier. Sur le reste du corps et surtout aux membres inférieurs, elles restent petites et parfaitement séparées. Vers le quatrième jour, l'éruption s'éteint en prenant une coloration brune et cuivrée; il y a une démangeaison assez vive et une desquammation furfuracée très-peu prononcée. Tout est terminé vers le septième jour.

Pas un médecin appelé au troisième jour de l'éruption auprès de notre dernière malade, n'eût hésité un instant à reconnaître une scarlatine confluente. Chez cette cholérique, neuf jours après l'apparition des premiers accidents, on voit paraître sur les membres et le tronc des taches semblables à celles qui ont été décrites dans l'observation précédente. Mais bientôt la face devient rouge, vultueuse, et se couvre d'une véritable éruption scarlatineuse qui s'étend à toute la partie supérieure du corps. Au cinquième jour, des squammes tout à fait identiques à celles de la scarlatine se forment sur tous ces points et se détachent avec lenteur par larges lambeaux.

Ajoutons pour compléter ce tableau, qu'il y avait en même temps une angine, et qu'au huitième jour, sous l'influence d'un brusque refroidissement, il se manifeste un œdème de la face et des extrémités.

On peut se convaincre par ce rapide résumé, qu'il serait difficile de caractériser par une seule et même appellation des éruptions aussi dissemblables. Assurément Willan a décrit sous le nom de roséole des exanthèmes fort divers, et encore aujourd'hui on en fait volontiers rentrer dans ce groupe beaucoup qu'on ne peut désigner autrement et qui sont loin d'être identiques. M. Rayer lui-même, considérant qu'on ne peut pas toujours distinguer plusieurs espèces de roséole de l'érythème, et pensant que d'autres espèces n'étaient peut-être qu'une simple modification de la rougeole, hésita un instant à détruire le groupe formé par Willan; on voit donc que la science dermatologique est loin d'être bien fixée sur ce point.

Si l'on peut considérer comme un érythème l'exanthème décrit dans notre seconde observation, il faut bien donner au premier le nom de roséole, et il n'est plus possible de caractériser ainsi celui qu'a présenté notre troisième malade, qui se rapproche autant que possible par son aspect des phénomènes généraux, des accidents mêmes de la scarlatine la plus confluente.

C'est ce qui m'autorise à conclure que dans l'état actuel de la science une désignation unique serait plutôt faite pour induire en erreur et donner une idée incomplète de cet accident du choléra, qu'il est plus sage d'attendre que des faits nombreux et recueillis avec soin permettent d'établir plusieurs variétés d'éruptions cholériques bien définies ou de les faire rentrer au moyen de caractères plus précis dans un groupe franchement déterminé.

Beaucoup de symptômes généraux ou locaux ne peuvent être rattachés aux éruptions cholériques; ils appartiennent plutôt aux phénomènes de la réaction. Nous avons vu dans l'éruption scarlatiniforme le pouls prendre beaucoup de fréquence, une fièvre intense se manifester, accompagnée d'agitation, de soif, etc.; il y avait aussi de l'injection des conjonctives, tendance marquée aux hallucinations.

Dans les autres cas nous n'avons rien eu de particulier à noter.

Nous n'avons rien à dire du traitement qui n'a point offert d'indications spéciales.

MÉDECINE OPÉRATOIRE.

ESQUISSE D'UNE HISTOIRE DES AMPUTATIONS ET PARTICULIÈREMENT DE LA MÉTHODE DE CELSE; par M. A.-E. LACAUCHIE, chirurgien principal, officier de santé en chef de l'armée d'Italie.

(Suite et fin. — Voir les numéros 19, 20 et 25.)

§ LVII. — Le travail que nous venons d'achever est l'œuvre d'une conviction sincère, avide de justice pour tous, pour les temps comme pour les hommes. Nous avons cherché à mettre en lumière tout ce qu'il y a d'erroné dans les livres et dans les esprits, sur ce qu'était la chirurgie au siècle

---

quelle maladie, par un lavement composé. Le lendemain, la prescription ayant été répétée, le lavement lui est apporté. Au moment où elle y portait déjà la main, survient la voisine, qui avait entendu parler de la précieuse vertu du remède. « Commère, dit-elle, voilà la procession qui sort de la chapelle (c'était le jour de la Fête-Dieu); vous n'irez pas voir cela? — Si fait, et j'y cours. » Elle avait à peine tourné les talons que la voisine s'empare de l'instrument et le fait jouer à son profit; puis elle le remet à la même place, après avoir pris toutefois la précaution de relever le piston. L'autre, fort en colère de n'avoir pas vu plus de procession que de merle blanc, revient à son lit, et sans plus de défiance, reprend la besogne si désagréablement interrompue. Ce qui en est résulté, on le devine: c'est que, si le gaz contenu dans le corps de pompe eût été de l'hydrogène, la pauvre femme se fût enlevée comme une montgolfière. Heureusement on n'a eu à déplorer aucun malheur.

— Dans sa dernière séance, l'Académie des sciences a désigné M. Frémy comme candidat à la chaire de chimie vacante au muséum d'histoire naturelle par la mort de Gay-Lussac.

— Par décision ministérielle du 5 juin, M. P.-E. Hanès, chirurgien sous-aide, a été nommé chirurgien aide-major commissionné aux tirailleurs indigènes d'Algérie et de Tiltery.

— La commission nommée par M. le préfet de police, et qui est chargée de procéder à l'examen du service médical des filles publiques vénériennes de Saint-Lazare, a conclu qu'il n'y avait pas lieu de créer un troisième service, les médecins actuels pouvant très-bien suffire à visiter les malades confiées à leurs soins.

Quant au personnel des élèves, il a paru insuffisant à la commission, qui a demandé la création d'élèves externes en médecine et d'internes en pharmacie.

Les chefs de service devront être, d'après l'avis de la commission, nommés au concours; elle a même déterminé les épreuves de ce concours.

La commission était composée de MM. les docteurs Parchappe, inspecteur général des maisons d'aliénés, Ricord, Denis, Pâris, et Cullerier, rapporteur.

— On écrit de Venise:

« Le choléra a éclaté dans notre ville, mais dans une rue seulement. On croit que la mauvaise qualité de l'eau ou les logements malsains ont contribué à amener ce fléau. Sur 8 personnes tombées malades, 3 sont mortes. »

— La LONDON MEDICAL GAZETTE contient un article intéressant du docteur John Moore (de Birmingham) sur la pathologie des valvules semi-lunaires aortiques et pulmonaires.

A propos du mémoire de M. Monneret sur l'anatomie et la physiologie de ces valvules, l'auteur anglais rappelle que, longtemps avant nous, Verheyen, le premier, ensuite Cowper, Winslow, Haller, avaient décrit minutieusement les fibres musculaires qui existent dans les valvules sygmoïdes de l'aorte.

— Il est fortement question à Londres de la création d'un hôpital spécial pour les enfants malades. Il n'existe point en Angleterre d'établissement médical spécialement destiné à l'enfance; quelques hôpitaux contiennent seulement des salles réservées à cette catégorie de malades.

d'Auguste, au moins en matière d'amputations. Nous croyons avoir démontré, par le texte même de Celse :

1° Qu'à cette époque l'art avait réalisé toutes les conquêtes qui sont considérées aujourd'hui comme donnant à ces opérations toutes leurs chances de succès : *A*. la compression des vaisseaux pendant l'opération pour suspendre le cours du sang dans le membre amputé; *B*. la rétraction de la peau, avec ou sans lien constricteur; *C*. la division circulaire de cette peau et sa séparation, dans une étendue convenable, des masses musculaires sous-jacentes; *D*. l'incision de celles-ci faite circulairement aussi et perpendiculairement à l'os; *E*. la séparation des muscles profonds de l'os auquel ils adhèrent, manœuvre qui découvre ce dernier bien au-dessus du point où s'arrête la section des muscles; *F*. le refoulement de toutes ces parties, muscles et peau, pour arriver au point le plus élevé de la portion découverte de l'os; *G*. la section de l'os avec la scie; *H*. la ligature des vaisseaux; *I*. le nettoiement de la plaie, l'enlèvement, à sa surface, de tout corps étranger, même des moindres caillots de sang; *J*. le rapprochement de toutes les parties molles, abaissées successivement, et de telle sorte que les muscles recouvrent entièrement l'os et que la peau recouvre entièrement les muscles; *K*. l'application des agrafes et des sutures, agissant sans effort, sans tiraillement, n'amenant pas les lèvres de la plaie à un contact parfait, et assurant ainsi une issue facile aux humeurs qui pourront se développer; *L*. l'application sur la plaie d'une éponge imbibée d'eau vinaigrée; *M*. puis celle d'un bandage plus léger en été, plus fourni en hiver, et en toute saison assez serré pour être contentif, et assez lâche pour éviter toute compression fâcheuse; *N*. en un mot, pour plusieurs de ces faits, comme pour tous ceux qui doivent suivre, le précepte d'agir comme pour les plaies dans lesquelles on ne doit pas exciter la suppuration;

§ LVIII. — 2° Que par ce mode de pansement, en éloignant ce qui peut provoquer une suppuration abondante et retarder la cicatrisation, on ne cherchait pas à prévenir la formation du pus, et qu'une suppuration habilement restreinte dans sa quantité et dans sa durée était l'un des incidents naturels de la marche de la plaie vers la guérison;

§ LIX. — 3° Qu'à cette époque aussi, et sans s'éloigner du manuel opératoire exposé par Celse, il y avait déjà des chirurgiens ayant, quant au système de pansement, une opinion toute différente, puisqu'ils excitaient la suppuration; l'antagonisme de la réunion immédiate consécutive et de la réunion médiate existait donc déjà;

§ LX. — 4° Que la réunion médiate n'était pas une conséquence obligée de l'emploi du fer sur les vaisseaux de la plaie, puisque B. Maggi pratiquait la réunion immédiate consécutive, quoiqu'il se servît des fers incandescents;

§ LXI. — 5° Que cette réunion médiate était, au contraire, une conséquence forcée de la compression hémostatique exercée directement sur la bouche des vaisseaux. Héliodore, en effet, qui tamponnait dans les amputations à vaisseaux importants, ne pratiquait alors que la réunion médiate, tandis qu'il employait la réunion immédiate consécutive toutes les fois que les vaisseaux abandonnés à eux-mêmes ne faisaient redouter aucune hémorrhagie;

§ LXII. — 6° Que, dans tous les cas, le mode de pansement de la réunion médiate, surtout précédée du feu, entretenait sur les divers éléments de la plaie une irritation considérable; que la douleur, l'inflammation et les suppurations excessives, qui en étaient la suite, prolongeaient la durée du traitement, et trop souvent en rendaient l'issue funeste;

§ LXIII. — 7° Que les accidents étant toujours proportionnés à la grandeur des plaies, à l'importance des vaisseaux béants à leur surface et au voisinage des cavités splanchniques, on conçoit que les amputations faites dans la continuité du fémur, et même celles de la continuité de l'humérus, donnassent des résultats désastreux, et que des hommes d'un mérite incontestable en soient venus à les considérer comme nécessairement mortelles et à les proscrire de la pratique;

8° Que les mêmes conséquences se sont toujours reproduites, sous l'empire des mêmes causes, que les opérateurs s'appelassent J.-L. Petit ou Théden;

§ LXIV. — 9° Que c'est aux déplorables résultats de cette pratique qu'il faut attribuer le retour, sur ce point, aux doctrines de Celse, révolution dans laquelle une si grande part revient au génie d'Alanson d'abord, à l'intelligente docilité de ses compatriotes ensuite;

§ LXV. — 10° Que la méthode de la réunion immédiate consécutive a une valeur qui se subordonne à son mode d'application, mais point aux climats, non plus qu'aux constitutions médicales;

11° Qu'en France surtout on a eu le tort grave de la rendre responsable des fautes de ceux qui croyaient d'ailleurs l'appliquer avec sincérité;

12° Que par cette méthode on n'a jamais songé, dans les amputations de quelque importance, à obtenir une réunion immédiate primitive; que, dans ces cas, une réunion immédiate consécutive est tout ce qu'elle ambitionne;

13° Que le dernier mot n'est pas dit sur la valeur relative des bandelettes agglutinatives et de la suture, considérées comme agents de la réunion celsienne;

14° Que de Celse à J.-L. Petit, et sans en excepter Botal, les chirurgiens n'ont jamais méconnu la nécessité, dans les amputations, de conserver plus de peau que de muscles, et plus de muscles que d'os;

§ LXVI. — 15° Que les divers modes d'amputation imaginés successivement par J.-L. Petit, Louis, Alanson, B. Bell, Desault, etc., ne sont que la reproduction involontaire des procédés de leurs devanciers, qui presque tous, c'est Paré qui nous le dit, attachaient bien plus d'importance aux actes qu'aux descriptions;

16° Qu'après tant d'essais, l'expérience est à la veille de rendre un jugement qui ralliera tous les bons esprits à la méthode de Celse, dont le mérite est à la fois de laisser à chaque partie le développement qu'elle doit avoir, et de diminuer, autant qu'elle peut l'être, la lésion faite à chacune d'elles;

§ LXVII. — 17° Que la méthode d'amputation à lambeaux remonte pour nous à la même époque; que le procédé décrit par Héliodore est le meilleur, et par son exécution et par ses résultats; qu'en principe la méthode des lambeaux donne toujours une aire de plaie plus considérable que celle qui résulte de la méthode circulaire; que cet inconvénient, atténué par les avantages propres aux deux lambeaux, est des plus graves avec un lambeau unique; qu'il a tué le procédé de Verduin, et qu'avec le temps il conduira à l'abandon de tous les procédés de la même nature;

§ LXVIII. — 18° Que si la ligature des vaisseaux des amputés remonte non-seulement à Celse, mais bien au delà de cet auteur, nous ne méconnaissons pas que le feu et les caustiques fussent employés par d'autres; que cette pratique a eu des résultats affligeants, lorsque surtout on lui associait le système du tamponnement de la peau;

§ LXIX. — 19° Que, quant aux désarticulations, elles reprennent chaque jour une partie de la faveur qu'elles eurent dans l'antiquité; que ce fait est justifié par des avantages réels, dont le plus considérable est la moindre lésion des os;

§ LXX. — 20° Que si ces avantages ont été niés par quelques hommes éminents, c'est que, dans l'analyse des faits, ils confondaient involontairement ce qui doit toujours rester distinct, la plaie et le pansement;

21° Que cette confusion a été d'autant plus préjudiciable aux amputations dans les articles que celles-ci appellent naturellement la méthode à lambeaux, et que trop souvent on leur a fait l'application du procédé le plus défectueux de cette méthode, celui à un seul lambeau;

§ LXXI. — 22° Enfin que cette longue étude, embrassant dix-huit siècles, nous montre la méthode, la raison, le progrès réel, au point de départ, à l'époque de ce Celse dont Fabrice d'Aquapendente a dit : *Nocturnâ versare manu, versare diurnâ.*

§ LXXII. — C'est par les études que nous nous étions préparé à la recherche d'une méthode de désarticulation évitant les inconvénients les plus graves dont nous semblent entachés les méthodes et les procédés connus. Ces inconvénients se rattachent à trois chefs principaux : la pratique de l'opération; la forme et l'étendue de la plaie; le mode de pansement appliqué à cette dernière. Grâce à Dieu, nous ne sommes plus aux jours où les opérations chirurgicales et les amputations en particulier s'escamotaient; où une montre était à l'amphithéâtre un meuble essentiel; où, la célérité passant avant tout, il fallait à la fois être en mesure de provoquer ses rivaux et d'accepter leurs défis à des luttes de prestidigitation. La raison a fait justice de ces travers, et aujourd'hui on ne veut être prompt qu'à la condition d'être sûr de ce que l'on fait, et de le faire pour le plus grand bien des blessés. D'un autre côté, tous les hommes qui font de la chirurgie n'ont pas l'habitude, et partant l'assurance que donne la pratique incessante des hôpitaux. Le plus ou le moins de difficultés d'une méthode ou d'un procédé n'est donc pas une considération qu'il faille dédaigner.

§ LXXIII. — A ce titre, la méthode dite ovalaire a été attaquée, à bon droit, par des chirurgiens d'une grande autorité : elle exige que le couteau agisse toujours obliquement; elle décrit autour des membres des portions de spirale qui demandent une sûreté de main peu commune, sans que le résultat rachète ces difficultés, puisque sa plaie ne se place entre celles de la méthode circulaire et de la méthode à lambeaux qu'en se privant de ce que chacune d'elles a de plus important.

§ LXXIV. — La méthode à lambeaux forme, avec la méthode ovalaire, un contraste frappant par la facilité de son exécution; mais, et avec quelque raison, on reproche à ses procédés les plus usités l'incertitude de leurs résultats. Tantôt on voit tailler des lambeaux qu'il faut raccourcir après coup; tantôt on constate que l'erreur opposée est commise, et commise

sans remède. La méthode circulaire, moins difficile que la première, plus sûre de ses résultats que la seconde, a cependant le tort grave de ne conduire facilement à la jointure que par un sacrifice trop considérable des parties molles, ou de ne laisser à ces dernières une longueur favorable à la cicatrisation qu'en rendant l'accès de l'articulation très-laborieuse.

C'est en tenant compte de ces diverses circonstances que l'opinion s'est prononcée pour la méthode à lambeaux, à laquelle elle accorde une préférence incontestée. A quelque jointure que l'on applique cette méthode, on lui demande toujours un ou deux lambeaux.

§ LXXV. — On a vu quelles considérations nous conduisent, en principe, à repousser la formation d'un seul lambeau, toutes les fois qu'il s'agit d'un article de quelque importance, et pour nous cette importance commence aux jointures métacarpo et métatarso-phalangiennes. Les deux lambeaux ont l'avantage d'être moins longs, de se rapprocher sans effort et de se prêter facilement à l'action méthodique des bandelettes, et mieux encore à celle de la suture.

§ LXXVI. — Trois procédés différents sont mis en usage pour la formation des deux lambeaux : le premier plonge le couteau ou le bistouri, de la pointe au talon, dans l'épaisseur des chairs, en longeant l'une des faces de la jointure, et en se rapprochant le plus possible des os. Lorsque l'instrument a traversé les parties de part en part, il est conduit en bas et vers la peau, et taille ainsi un premier lambeau. Celui-ci étant relevé, l'instrument détruit les liens articulaires, traverse la jointure, et en rasant les os en arrière, comme il l'avait fait en avant, il forme le second lambeau, en même temps qu'il détache tout à fait du reste du corps la partie du membre dont le sacrifice est devenu nécessaire. Ce procédé, séduisant par la facilité et la promptitude de son exécution, s'est appliqué à presque toutes les jointures, et compte en ce moment plus de partisans qu'aucun autre. Trois reproches sérieux cependant peuvent lui être faits : il taille les lambeaux un peu au hasard, et les donne tantôt trop longs, tantôt trop courts. Il agrandit sans nécessité la surface de la plaie et la lésion des parties molles; enfin presque toujours il divise le faisceau vasculaire principal dès le point le plus élevé de la plaie, circonstance fâcheuse dans tous les cas, et pleine de dangers lorsqu'il s'agit de l'épaule, et surtout de la hanche.

Le second procédé taille le premier lambeau de dehors en dedans, de son sommet à sa base; pour le reste il se conduit comme le précédent, et comporte les mêmes observations.

§ LXXVII. — Le troisième procédé est, quant à présent, le plus ancien dans la science, puisque nous le trouvons décrit par Héliodore. Moins en vogue que les deux premiers, sans doute parce qu'il n'a pas ce qu'on nomme leur brillant, il leur est bien supérieur par ses résultats. La longueur qu'il veut donner aux lambeaux étant déterminée, il commence au point même qui formera leur extrémité libre, par une incision circulaire de la peau et des parties molles allant jusqu'à l'os, ou jusqu'aux os, par les deux sections de Celse; sur cette incision circulaire, il abaisse deux incisions longitudinales qui forment les bords de chaque lambeau, comme elles en déterminent la longueur par leur étendue. Le couteau détache l'un de ces lambeaux de son extrémité libre à sa base, et en rasant l'os; arrivé à la jointure, il l'ouvre, la traverse et la contourne en arrière, de manière à détacher le second lambeau avec les mêmes précautions qui ont été prises pour le premier.

Dans cette opération tout est précis, certain; rien n'est laissé au hasard du couteau; les parties molles sont en totalité dans les lambeaux; leur section ayant été faite perpendiculairement à l'axe de la partie, elles sont moins lésées que par les coupes obliques des deux premiers procédés; les vaisseaux eux mêmes, conservés dans l'épaisseur et dans toute la longueur des parties molles, sont moins accessibles à l'inflammation qui trouve si souvent en eux la voie qui leur permet de s'étendre, d'arriver aux troncs des cavités splanchniques et de produire alors des désordres qui font le désespoir de l'art.

§ LXXVIII. — Ce procédé, nous le répétons, est bien supérieur aux deux précédents. C'est en nous pénétrant de sa supériorité et de ses avantages, que nous sommes arrivé à croire que ceux-ci pouvaient encore être augmentés par une modification qui simplifie le procédé d'Héliodore. C'est cette modification qui constitue toute la méthode que nous proposâmes en 1841. Nous pensâmes qu'il serait toujours possible de supprimer l'une des deux incisions longitudinales; que la jointure n'en serait pas plus difficilement atteinte, ouverte et traversée, et que si cette méthode résistait à ce reproche, le seul qu'on pût lui adresser, elle se ferait de nombreux partisans. Ces deux incisions circonscrivent un vaste lambeau enveloppant l'articulation à laquelle il adhère; pour détacher ce lambeau, un aide ou l'opérateur lui-même en saisit l'un des angles, le tire en dessous et en haut pour favoriser l'action du couteau ou du bistouri qui le détache jusqu'à la jointure. On fait de même pour l'angle opposé; dans l'un et l'autre cas, la rotation de l'os facilite cette manœuvre; on arrive bientôt à l'articulation que l'on traverse, et l'on extrait l'os complétement décharné.

§ LXXIX. — Dans cette méthode, les vaisseaux et les nerfs principaux ne sont atteints qu'une fois, dans un point circonscrit, et par une section franche, celle qui résulte de l'incision circulaire; dans le reste de la longueur du lambeau, ils sont perdus dans les parties molles et y conservent leurs rapports naturels. La ligature placée sur les artères ne pénètre pas profondément dans la plaie; établie sur les bords de l'une des deux incisions, ses fils se portent au dehors par un trajet très-court. La plaie, qui paraît avoir une étendue considérable, est inférieure en réalité à toutes les plaies que donnent les divers procédés à lambeaux.

Après l'opération et lorsque les parties sont rendues à leur position naturelle, cette plaie se réduit de beaucoup par un rapprochement spontané, et quelques points de suture très-lâches suffisent pour maintenir les rapports nécessaires à une prompte guérison.

§ LXXX. — Plusieurs des personnes qui ont vu appliquer cette méthode sur le cadavre ont exprimé la crainte que ces parties molles fussent trop considérables, et que ces deux angles droits du lambeau ne gênassent la cicatrisation, ou du moins ne donnassent une cicatrice difforme. Ces craintes ne sont pas fondées; la nature se charge d'émousser les angles et de réduire les parties molles. La rétraction spontanée constante des chairs en pareil cas est un phénomène auquel on ne songe pas assez, et bien des lambeaux jugés convenables lorsqu'ils viennent d'être taillés montrent leur insuffisance quelques jours après.

§ LXXXI. — Lorsque nous proposâmes cette méthode en 1841, nous ne nous dissimulâmes pas que la théorie, fortifiée de quelques amputations d'un ordre secondaire sur l'homme et de quelques désarticulations plus importantes sur les chiens, était la seule base sur laquelle elle s'appuyât encore, et qu'elle ne pourrait prétendre à prendre rang dans la médecine opératoire qu'après avoir été appliquée à quelque grande jointure de l'homme. Aussi nous engageâmes nos confrères à l'essayer sur le cadavre, espérant que les tentatives les détermineraient à la mettre en pratique sur le vivant. Les tentatives ont-elles été faites? Nous ne saurions le dire; seulement nous croyons qu'il nous a été réservé d'en faire la première application sur une grande jointure de l'homme, plus de sept ans après la publication de la lettre qui la faisait connaître.

Nous nous plaisons à répéter que cette occasion tant attendue nous a été fournie par l'affectueuse confraternité de notre collègue M. le professeur Marchal (de Calvi). Dans les journées de juin, un jeune garde mobile avait eu le bras gauche brisé par une balle dans sa partie supérieure. M. Marchal espéra sauver ce membre; son traitement fut dirigé dans ce sens, et les premiers jours permirent de croire que le succès couronnerait cette tentative. Mais bientôt les accidents se développèrent, et leur gravité devint telle qu'il fallut revenir à la pensée d'amputer, et d'amputer dans l'articulation scapulo-humérale. Le 7 juillet nous procédâmes à cette opération, sans nous écarter en rien des règles que nous avions tracées en 1841. Le malade assis et maintenu sur un siége, l'artère sous-clavière comprimée sur la première côte par un aide placé à droite du blessé, le bras malade fut élevé horizontalement, un aide embrassa son extrémité supérieure et en tira les téguments avec force. La section circulaire de la peau et du tissu cellulaire superficiel fut faite au niveau de l'attache humérale du deltoïde; entraînés par les efforts de l'aide, les tissus divisés remontèrent de près de 3 c.; c'est là et en longeant le contour de la peau que le couteau divisa toutes les autres parties, muscles, vaisseaux et nerfs, en allant jusqu'à l'os, d'un seul coup et circulairement encore. Cela fait, l'aide qui avait pris part à la section circulaire abandonna les parties qu'il avait maintenues et relevées, et nous procédâmes seul à l'incision longitudinale : de la main gauche nous tendîmes les muscles et la peau en les appliquant sur l'humérus, et de la main droite, portant le couteau à la partie postérieure de la plaie, nous divisâmes toutes les parties en allant jusqu'à l'os, et après l'avoir suivi dans toute sa longueur nous dépassâmes la jointure de près de 3 centim. Prenant alors l'angle supérieur du lambeau, nous l'écartâmes pendant que le couteau détachait les parties molles de l'humérus en râclant en quelque sorte ce dernier. Pendant cette manœuvre, et pour y aider, on portait l'os dans la rotation en dehors. Nous prîmes de la même manière l'angle inférieur du lambeau; nous isolâmes de même l'humérus en arrière, en bas et même en avant; l'os, cette fois, fut porté dans la rotation en dedans. Nous n'eûmes plus ensuite qu'à ouvrir l'articulation et à en séparer l'humérus, ce qui s'exécuta avec la plus grande facilité. Après la ligature de l'humérale et de la circonflexe, les parties furent abandonnées à elles-mêmes et présentèrent l'aspect qu'elles auraient eu après une amputation circulaire de l'humérus faite au-dessus de l'attache deltoïdienne; trois points de suture rapprochèrent lâchement les bords de l'incision longitudinale, deux autres furent de même pour l'incision circulaire; un linge largement fenêtré, un

gâteau de charpie, quelques compresses et le spica de l'épaule complétèrent le premier appareil.

Avant d'aller plus loin, nous devons dire qu'au moment de l'opération l'état du blessé était des plus inquiétants; les douleurs, la fièvre, l'insomnie étaient extrêmes depuis une semaine. Les premier et second jours se passent d'une manière satisfaisante; le troisième, nous levons le premier appareil : les parties sont en bon état; l'agglutination est avancée dans la plaie postérieure; la plaie inférieure fournit un pus de bonne nature, et dont rien ne gêne l'écoulement. Le cinquième jour, il y a de la rougeur et de la tuméfaction à la partie antérieure et interne du moignon. (Cataplasmes émollients.) Le septième jour, cet accident se dissipe. Le neuvième, la plaie inférieure ne laisse rien à désirer : le bourgeonnement est considérable et d'un bon aspect; la suppuration est des plus louables. Le dixième jour, nous constatons un affaissement sensible du moignon. Les jours suivants, la guérison poursuit sa marche régulière. Le seizième jour, la plaie postérieure est entièrement cicatrisée. Le vingt-deuxième jour, la plaie inférieure n'est plus qu'un pertuis fournissant peu de pus. Lorsque, le 24 octobre suivant, j'eus l'honneur de présenter ce blessé à l'Académie nationale de médecine, son moignon fixa l'attention des chirurgiens de cette savante compagnie : il était remarquable par son relief; on comprenait, en le voyant, que la cavité glénoïde avait toujours été recouverte et abritée, circonstance d'une valeur incontestable. La plaie postérieure avait laissé une cicatrice si réduite qu'on ne pouvait croire qu'elle avait eu l'étendue que nous avons indiquée; quant à la plaie circulaire, au lieu de se fermer par un froncement régulier, elle avait donné une cicatrice longue de 7 à 8 centimètres et décrivant une courbe régulière à convexité inférieure. Cette disposition, résultat de la rétraction naturelle des parties internes, était si marquée, que tout le monde crut voir le moignon d'une désarticulation faite par le procédé de Delafaye, qui consiste à faire un lambeau deltoïdien carré (voy. fig. 1re).

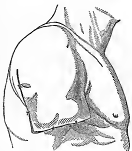


Fig. 1. — Forme du moignon de l'épaule droite après la désarticulation scapulo-humérale. Les deux plaies sont réunies par la suture à points séparés. — (Par erreur on a oublié de changer le côté de cette figure pour correspondre à l'observation précitée, mais on suppléera facilement à cette omission.)

§ LXXXII. — Ce fait justifie les espérances que nous fondions sur cette méthode, et il les justifie par les considérations que nous avions entrevues et que nous avons exposées. Deux d'entre elles dominent ici : la protection réservée à la cavité articulaire béante dans la plaie, et les conditions dans lesquelles les vaisseaux et les nerfs sont divisés d'abord et respectés ensuite. On diminue ainsi de beaucoup les causes d'irritation, et par suite d'inflammation. Cette inflammation est surtout diminuée au profit des profondeurs de la plaie; là le couteau n'a atteint que ce qu'il ne pouvait éviter; entre des parties molles, destinées à faire partie du moignon, et un os condamné, sa conduite a été facile, elle a toujours eu pour but de ménager les premières et de sacrifier le second. Aussi nous avons dit que nous *raclions* l'os, et nous ne trouvons pas d'autre expression pour rendre cette action de l'instrument tranchant qui voudrait glisser entre l'os et son périoste.

§ LXXXIII. — La désarticulation coxo-fémorale ressemble beaucoup à la précédente; plus qu'elle encore elle ne peut s'exécuter sans produire une large plaie, et pour elle surtout l'importance des principaux vaisseaux et leurs rapports avec la cavité abdominale appellent l'attention sur tous les procédés qui se proposent de diminuer l'inflammation de ces parties et les graves complications qu'elle enfante. Pour cette jointure, nous faisons la section circulaire de la peau à 8 ou 10 centimètres au-dessous de la rainure périnéo-crurale; les muscles sont coupés 4 centimètres au-dessus de la peau (fig. 2); l'incision longitudinale est placée en dehors du fémur, et prolongée 3 cent. au-dessus du sommet du trochanter. Les parties molles sont détachées en avant et en arrière, comme à l'épaule, et en s'aidant de la rotation de l'os tour à tour en dehors et en dedans. Un coup de couteau en contournant le trochanter divise tous les tendons qui se fixent à cette apophyse, et on arrive ainsi à l'articulation dont le ligament capsulaire se présente de tous les côtés au tranchant de l'instrument (fig. 3).

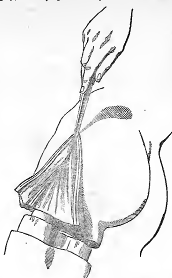


Fig. 2. — L'incision circulaire a été faite en deux temps; — l'incision longitudinale vient d'être faite de bas en haut; — la pointe du couteau est encore dans l'angle supérieur de cette incision. — Cette incision longitudinale, qui est faite de bas en haut pour le membre gauche, doit être pratiquée de haut en bas pour le membre droit.

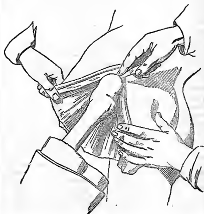


Fig. 3. — Les deux lambeaux viennent d'être détachés. — L'antérieur est écarté par la main d'un aide; le postérieur par la main gauche de l'opérateur. — En ce moment, le couteau divise les muscles qui tiennent encore au grand trochanter, et, d'un second coup, incise le ligament capsulaire dans sa partie supérieure.

Les figures qui accompagnent notre Lettre de 1841, et que nous reproduisons ici, n'ont rien omis de ce qui pouvait rendre complète la démonstration de cette opération; celles qui précèdent montrent le mode opératoire, celles qui suivent font voir les résultats de l'opération et l'aspect du moignon (voy. les fig. 4, 5, 6).

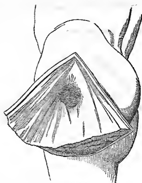


Fig. 4. — Forme de la plaie lorsque le fémur vient d'être enlevé.

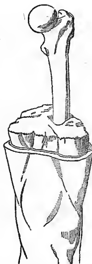


Fig. 5. — État du fémur qui vient d'être désarticulé par ce procédé.

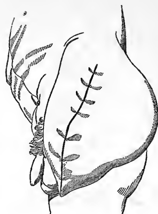


Fig. 6. — Forme du moignon après la réunion au moyen de la suture à points séparés.

Pour les articulations huméro-cubitale et fémoro-tibiale, nous plaçons l'incision longitudinale au côté externe (fig. 7). Il en est de même pour les jointures métacarpo-phalangiennes du pouce, de l'index et de l'auriculaire (fig. 8 et 9), métatarso-phalangiennes du premier et du cinquième orteil (fig. 10 et 11). Aux mêmes jointures, pour le médius et l'annulaire, à la main (fig. 12); pour les deuxième, troisième et quatrième orteils au pied, nous plaçons cette incision à la face dorsale. Nous la plaçons indifféremment sur le côté externe ou interne pour les articulations interphalangiennes du pied et de la main.



Fig. 7. — Moignon du genou droit après la désarticulation et la réunion par la suture.



Fig. 8. — Amputation métacarpo-phalangienne du pouce et de l'indicateur, phalango-phalangienne du médius.



Fig. 9. — Amputation métacarpo-phalangienne du doigt auriculaire.



Fig. 10. — Amputation métatarso-phalangienne du gros orteil.



Fig. 11. — Amputation métatarso-phalangienne du cinquième orteil.



Fig. 12. — Amputation métacarpo-phalangienne du doigt médius de la main gauche. — L'opération et son résultat seraient les mêmes pour l'articulation métacarpo phalangienne du doigt annulaire.

CORRESPONDANCE MEDICALE.

NOTE SUR LE RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU TERMINÉ PAR SUPPURATION ET PAR LA MORT DU MALADE ; communiquée par M. le docteur Fleury, professeur de clinique chirurgicale à l'École préparatoire de médecine de Clermont.

L'opinion qui a été émise récemment par quelques membres de l'Académie de médecine dans la discussion sur le rhumathisme articulaire aigu est professée depuis longtemps par M. Chomel, qui prétend que cette affection ne se termine jamais par suppuration. Telle était du moins sa manière de voir en 1832, époque où j'étais attaché à son service de l'Hôtel-Dieu.

Le département du Puy-de-Dôme où j'ai exercé la médecine depuis plusieurs années a un climat tellement variable, les affections rhumatismales y sont si communes, qu'il y a peu des personnes qui l'habitent qui en soient exemptes. Les occasions d'en étudier les effets se présentent donc bien souvent soit en ville, soit dans les hôpitaux où sont reçus un grand nombre de malades.

Jusqu'en 1848 j'avais cru, comme l'illustre professeur de clinique médicale de la Faculté, que l'arthrite rhumatismale ne se terminait jamais par suppuration. Ce qui m'avait confirmé dans cette opinion, c'étaient les nombreux exemples que j'avais eus sous les yeux, de malades qui, après être restés quelque temps dans des services de médecine, m'étaient ensuite envoyés dans les salles de chirurgie pour y être traités, disait-on, d'épanchements de pus dans les articulations. Chez aucun d'eux la terminaison n'avait été celle que l'on annonçait. J'avais toujours obtenu, sous l'influence d'un traitement énergique, la résorption du liquide épanché, ce qui m'avait de plus en plus confirmé dans l'opinion que du pus ne se formait point dans

les jointures à la suite de ces affections. J'étais cependant loin de penser que la maladie n'eût point un caractère inflammatoire ; il m'avait toujours semblé qu'elle était constituée par deux éléments, l'un qui était bien manifestement inflammatoire, l'autre qui était peu saisissable et qui faisait que souvent, du jour au lendemain, quelquefois même en quelques heures, le mal passait d'une articulation à l'autre.

Le fait suivant ne laisse aucune incertitude sur ce mode de terminaison ; la maladie a un caractère trop tranché pour qu'on puisse élever le moindre doute sur sa nature ; ses causes, sa marche, les conditions dans lesquelles s'est trouvé l'individu ne peuvent faire méconnaître un rhumatisme articulaire. L'examen des parties malades à l'autopsie cadavérique a suffi pour confirmer le diagnostic.

Obs.—Le nommé Réin, âgé de 18 ans, doué d'une constitution assez robuste, a toujours joui d'une bonne santé. Ce jeune homme, qui est facteur à Clermont, couchait dans une écurie humide. Il se plaignit au bout de quelques jours d'éprouver des douleurs à l'épaule droite et au genou gauche, elles devinrent en peu de temps très-aiguës et le forcèrent à se faire transporter à l'Hôte.-Dieu où il fut reçu le 2 octobre 1848.

Les articulations malades étaient le siége d'un gonflement très-prononcé et d'une sensibilité excessive.

Une saignée du bras, des applications de sangsues, du tartre stibié à haute dose ne produisirent aucun soulagement. Bientôt une tumeur fluctuante sous-cutanée apparait au moignon de l'épaule, elle a la forme et l'étendue du muscle deltoïde. Nul doute qu'un abcès n'existe dans cette région. La facilité avec laquelle la fluctuation est perçue devait même faire penser que le pus avait son siége dans le tissu cellulaire sous-cutané et que le point de départ n'était pas l'articulation, mais les erreurs de diagnostic qui ont été quelquefois commises dans certains cas d'hydarthrose m'engagèrent à temporiser et à abandonner à la nature l'ouverture de l'abcès. Une autre circonstance contribuait aussi à me laisser dans le doute, c'était l'existence d'une tumeur analogue au genou gauche. Pour celle-ci il ne pouvait exister d'incertitude; la forme de la collection liquide donnée à la capsule synoviale, sa circonscription annonçaient évidemment que la cavité articulaire en était le siége. Bientôt des ouvertures se font spontanément aux deux tumeurs, du pus s'en écoule en abondance, il ne tarde pas à contracter une odeur fétide et des symptômes de résorption purulente apparaissent. Le malade succombe le 12 novembre. A l'autopsie nous découvrons indépendamment d'un épanchement pleurétique et d'un abcès métastatique dans le poumon droit une dénudation des surfaces articulaires du genou et une destruction des cartilages qui les recouvrent. A l'épaule l'humérus est dépouillé de son périoste dans le tiers supérieur de son étendue. Le pus qui s'est formé dans la capsule synoviale a fusé à travers les fibres musculaires du deltoïde et est venu former sous la peau une collection liquide dont l'ouverture extérieure a déterminé la mort.

La maladie a donc été ici franchement rhumatismale, car il n'existait dans la constitution du malade aucun vice interne qui pût modifier l'affection première et en changer la nature. Quand à la terminaison par suppuration on ne peut la mettre en doute.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

I. GUY'S HOSPITAL REPORTS.

Le numéro d'octobre 1849 comprend les articles originaux suivants : 1° *Observations choisies du service de l'hôpital de Pétersham, suivies de remarques*; par M. Lever. 2° *Observation de ptosis*; par M. France. (Maladie causée par une disposition hystérique dont l'aménorrhée vint encore augmenter l'effet. Des remèdes destinés à combattre ce double élément firent promptement cesser cette affection.) 3° *Sur l'anatomie des monstres doubles*; par M. Poland. 4° *Considérations sur la pathologie et la chirurgie des concrétions urinaires*; par M. B.-B. Cooper. 5° *Troisième série de cas choisis de hernie*; par M. Edward Cock. 6° *De la manie coexistant avec les maladies utérines*; par M. John Lever. 7° *Description de quelques-unes des tumeurs enlevées du sein et conservées au musée de l'hôpital de Guy*. 8° *Cas de présentation complète du placenta traitée par la séparation du placenta et l'application de l'électro-galvanisme*; par M. Skinner. 9° *Cas d'accouchement compliqué de duplicité des organes sexuels internes, avec un tableau d'autres cas de développement défectueux des organes sexuels de la femme*; par M. Henri Oldham.

DE LA MANIE CONSIDÉRÉE DANS SES RAPPORTS AVEC LES AFFECTIONS DE L'UTÉRUS ; par le docteur LEVER.

L'influence des maladies de l'utérus sur la production de l'aliénation mentale est très-diverse. Les irrégularités, la suppression totale ou partielle de la menstruation, la névralgie ou l'excitabilité exagérée du col utérin, la grossesse, la fièvre puerpérale, sont autant de circonstances qui précèdent souvent et paraissent amener le dérangement des facultés intellectuelles. Ce n'est pas de cela néanmoins que s'occupe M. Lever. Le sujet de son travail est uniquement cette forme de folie intermittente qu'on voit survenir immédiatement avant l'écoulement menstruel ou vers son déclin, et dans laquelle, ajoute-t-il, on trouve des traces évidentes d'altérations matérielles dans l'utérus ou ses annexes. Ce travail se borne d'ailleurs à l'exposé des deux observations détaillées, dont voici les circonstances principales ;

La première est relative à une dame de 40 ans, ayant eu six enfants, et chez qui on avait remarqué peu de temps après la mort de son mari, enlevé subitement, un certain désordre dans ses manières et sa conversation. Ses idées se concentrèrent d'abord sur la perte qu'elle venait de faire, puis elle parla de sa méchanceté et se crut damnée. Ces symptômes, particulièrement son inquiétude au sujet de la vie future, augmentaient toujours à une certaine époque du mois et c'était celle qui correspondait à la première apparition du flux menstruel. L'écoulement avait d'ailleurs beaucoup diminué depuis la mort de son mari ; le sang était noir et bientôt remplacé par une matière mucoso-purulente très-copieuse qui coulait jusqu'à l'époque suivante. Le veuvage, par conséquent aussi les accidents, duraient depuis trois ans quand l'auteur fut appelé, et il crut devoir examiner les organes génitaux. Le canal vaginal était large et contenait une grande quantité de liquide mucoso-purulent. L'utérus était volumineux et pesant ; on y sentait distinctement battre les artères. Le col était dirigé en arrière ; les lèvres épaisses, écartées, de manière à permettre au doigt de s'introduire entre elles ; elles offraient du côté droit une cicatrice provenant sans doute d'une déchirure opérée dans un des accouchements. L'obliquité du col mettait d'abord obstacle à l'examen au spéculum ; mais en l'attirant en avant, à l'aide du doigt, on pouvait l'amener dans le champ de l'instrument, et l'on constatait alors que le col était d'un rouge foncé et ses lèvres parsemées de granulations ; la pression des bords du spéculum contre le col en faisait suinter quelques gouttes de sang. Un mucus épais sortait de la cavité utérine. Un traitement approprié consistant principalement en injections, cautérisations, pilules de calomel, etc., et terminé par l'application d'un séton sur la région sacrée, en même temps qu'il guérit l'affection utérine et fit cesser l'écoulement, rendit à la malade sa gaieté naturelle et rétablit l'intégrité de ses facultés intellectuelles et morales.

La seconde observation ressemble beaucoup à la précédente. Elle est relative à une femme mariée, de 44 ans, qui, à l'époque où elle fut présentée à l'auteur, avait été renfermée pendant plusieurs mois dans un hôpital d'aliénés et en avait été renvoyée comme n'ayant présenté, dans cet espace de temps, aucun signe de dérangement intellectuel. M. Lever soupçonna une affection utérine. Les menstrues, quoique peu abondantes, étaient régulières. Il existait un écoulement mucoso-purulent continuel et abondant, et parfois de la difficulté à uriner. Constipation ; hémorrhoïdes. La malade, très préoccupée d'idées religieuses, était encline à la tristesse. Une fois par mois, immédiatement avant l'apparition des règles, elle éprouvait un accès de manie bien caractérisée. Le mari confia à M. Lever qu'il pouvait bien être lui même la cause de la maladie de sa femme, attendu que, quelques mois avant les premiers symptômes, il s'était trouvé dans l'impossibilité de remplir les devoirs conjugaux. D'un autre côté, la femme avoua qu'elle avait sur la conscience une faute qui la bourrelait de remords. L'examen des organes génitaux fit découvrir les altérations suivantes : écoulement vaginal très-abondant ; membrane muqueuse d'un rouge noirâtre ; le vagin paraissait étroit pour une femme qui avait eu plusieurs enfants ; la matrice volumineuse, pesante, était un peu abaissée, et son corps dirigé en arrière et refoulant le rectum. Col utérin rouge et laissant couler un peu de sang sous la pression du spéculum. Lèvre antérieure plus épaisse, plus longue que la postérieure. Quelques ulcérations et granulations sur les deux lèvres. La cavité du col laissait écouler une matière glaireuse. Le toucher était douloureux, spécialement sur le museau de tanche. Comme dans le cas précédent, à mesure qu'un traitement convenable (dans lequel l'application d'un exutoire à la région sacrée parut avoir été le moyen le plus efficace) amenda la lésion intérieure et rétablit la santé générale ; les symptômes d'aliénation disparurent.

A la suite de ces deux observations, qui ne sont suivies d'aucun commentaire, l'auteur pose les conclusions suivantes :

1° La manie, chez les femmes, dépend quelquefois de lésions matérielles et d'irritations des organes sexuels.

2° Les symptômes d'aliénation, d'abord passagers, deviennent permanents, si l'on n'apporte pas remède à l'affection utérine.

3° Le traitement doit être approprié à la nature de la maladie locale.

4° Dans la plupart des cas, il y a diminution ou cessation du flux menstruel.

5° A la fin du traitement, l'entretien d'un point d'irritation au voisinage du sacrum est un utile auxiliaire.

6° On pourra prévenir quelquefois la manie en s'attaquant de bonne heure à la maladie utérine.

— Ces conclusions, si on ne voulait les appuyer que sur les deux observations précédentes, pourraient paraître hasardées; mais, à part celle qui concerne la grande efficacité d'un exutoire à la région sacrée, et à laquelle nous n'oserions souscrire, elles sont assez conformes à l'observation de tous les praticiens. C'est leur mérite et peut-être aussi leur défaut; car si elles ont pour elles l'autorité de l'expérience commune, elles n'ont pas le mérite de l'invention. Il ne faudrait pas, d'ailleurs, attacher une trop grande importance à l'altération matérielle du col utérin; c'est moins cette altération que l'excitabilité exaltée des organes sexuels qui réagit sur le centre nerveux encéphalique de manière à y déterminer un dérangement intellectuel. La preuve, c'est que la folie arrive tout aussi bien dans des cas où ces organes ne sont le siége d'aucune lésion organique. Dans les observations qui précèdent, le mécanisme de l'aliénation paraît facile à saisir. Chez les deux malades, les organes sexuels avaient été privés, par des raisons diverses, d'une satisfaction appelée par de vifs désirs; de là une excitation locale, et par suite une congestion qui, aggravée à chaque époque menstruelle, a fini par amener des altérations matérielles. Mais ce ne sont pas ces altérations, c'est le besoin non satisfait, c'est l'excitation locale, qui est l'élément fondamental de l'état pathologique des organes génitaux. Cet état est rarement la cause unique de la folie, et c'est fort heureux, car le nombre des folles serait énorme; mais il constitue une fâcheuse prédisposition, et la prédisposition est plus forte encore aux époques où l'excitation l'est également, c'est-à-dire aux époques menstruelles. Mais que le cerveau soit déjà ébranlé par quelque disposition morale, et la folie éclatera. C'est ce qui est arrivé ici. L'une des femmes s'était fait remarquer par des singularités de langage et de manière peu de temps après la mort de son mari, à une époque où il ne paraît pas que la lésion utérine, si elle existait, ait été bien considérable. L'autre était tourmentée par un remords. On peut dire des affections utérines en général ce que Georget disait des fièvres puerpérales; elles disposent à la folie, mais elles n'y conduisent guère qu'avec l'auxiliaire de causes susceptibles d'agir plus directement sur le cerveau : telles sont les peines morales ou les émotions vives.

SUR LA PATHOLOGIE ET LA CHIRURGIE DES CONCRÉTIONS URINAIRES; par M. B.-B. COOPER.

Fidèle au double but que ce titre annonce, l'auteur s'est en effet occupé des causes qui président à la formation des concrétions urinaires, puis des moyens propres à en opérer l'évacuation.

L'une des idées sur lesquelles M. Cooper insiste d'une manière plus pressante est que le dépôt des concrétions urinaires, en général, dépend moins d'un vice, d'une lésion des organes urinaires mêmes, que d'un état anormal de la constitution. Chez tous les calculeux, la digestion, la respiration, l'exhalation cutanée souffrent de si grands désordres que le traitement, en s'adressant à eux, produirait sans doute tout autant de bien que l'on peut en attendre des perfectionnements opératoires dont les chirurgiens aujourd'hui se préoccupent trop exclusivement.

Le cas suivant montre admirablement, par le tableau des variations en sens inverse successivement liées à un changement de régime, toute l'influence des conditions dont il vient d'être question.

Obs. — Un gentleman, âgé de 55 ans, vivant bien, mangeant copieusement et usant de toutes les recherches de la table, fut subitement atteint de symptômes de dyspepsie. Il remarqua en même temps que son urine devenait trouble. Les symptômes d'indigestion ne cédèrent pas aux remèdes ordinaires. Le malade vint alors habiter le bord de la mer; il prit beaucoup d'exercice, vécut avec plus de tempérance, et recouvra bientôt sa santé primitive.

A peine revenu en ville, il reprit son ancienne manière de vivre, et les mêmes phénomènes ne tardèrent pas à se manifester de nouveau. Au bout de peu de temps, il fut attaqué d'une douleur fixe dans le rein droit, accompagnée d'un peu de nausées, d'engourdissement au bas de la cuisse, et de grande répugnance à supporter l'exercice. L'urine devint colorée par la présence d'une petite quantité de sang. On employa contre cet état les bains chauds, l'opium, des pilules bleues, du colchique et des ventouses scarifiées sur les reins. Mais, quoique le patient se considérât comme guéri, ces remèdes n'enlevèrent pas tout le mal.

Soudainement, comme la première fois, il fut atteint d'une violente douleur dans les reins; elle devint bientôt erratique, s'étendant du rein à la région pubienne; rétraction du testicule, engourdissement de la cuisse gauche. Le même traitement que ci-dessus fut employé; et la guérison s'ensuivit encore, le calcul étant sans doute alors passé de l'uretère dans la vessie.

Au bout de deux mois de calme, le malade envoya appeler M. Cooper pour une rétention d'urine, et le pria de passer le cathéter. Mais M. Cooper s'y refusa, craignant de refouler par cette manœuvre le calcul dans la vessie, s'il était déjà engagé dans l'urètre. Il fit comprendre ces motifs à son client, et lui recommanda de résister tant qu'il le pourrait à l'envie d'uriner, puis de pousser alors de toute sa force. Au bout de trois ou quatre heures, le patient obéissant à cette indication expulsa par l'urètre un petit calcul, lequel, ainsi qu'on s'y attendait, se trouva être composé d'acide urique.

Chez cet individu l'urine était acide, foncée, ayant sa pesanteur spécifique normale.

PATHOLOGIE DES TUMEURS DU SEIN.

Parmi les différentes tumeurs enkystées de la mamelle, il en est une espèce, du reste bien connue, sur laquelle l'auteur a plus particulièrement dirigé son étude, et apporté de nouveaux éléments. Il l'appelle *maladie kystoïde des conduits lactifères*; et voici d'après quelles données il lui assigne ce siége.

Si l'on examine la glande mammaire d'une femme qui a allaité, on trouve souvent les conduits dilatés, le véritable tissu glandulaire atrophié, et les conduits distendus par un mucus visqueux, verdâtre. On découvre très-fréquemment sur la surface postérieure de la glande de nombreux petits kystes, dont le contenu liquide, de couleur variable, est jaune, rouge ou verdâtre.

Examiné au microscope ce liquide présente une grande quantité de matière grasse, mêlée d'écailles épithéliales, qui sont identiques à celles des conduits.

Il est clair, par conséquent, que ce liquide est un produit sécrété par les conduits de la glande.

Si maintenant on trouve les mêmes éléments dans certains kystes et qu'on ne les retrouve plus dans d'autres qui contiennent des éléments d'un caractère totalement différent, il est bien permis de supposer que le développement de chacun d'eux dépend d'une action diverse.

Une préparation du musée de l'hôpital de Guy montre une série de petits kystes, dans l'un desquels s'ouvre un conduit lactifère. Ils ne renferment rien autre qu'une matière graisseuse et des écailles épithéliales.

Une tumeur petite et très-douloureuse du sein fut extirpée par Key. On la reconnut manifestement pour un conduit dilaté, contenant un produit formé de matière graisseuse, et des écailles épithéliales.

M. Cock a observé un cas entièrement semblable.

PRÉSENTATION COMPLÈTE DU PLACENTA TRAITÉE PAR LA SÉPARATION DU PLACENTA ET L'APPLICATION DE L'ÉLECTRO-MAGNÉTISME; par M. SKINNER.

Nous croyons devoir rapporter ce fait comme exemple heureux d'une pratique qui, depuis les travaux de Simpson, se répand de plus en plus dans la Grande-Bretagne, tandis que beaucoup de nos accoucheurs l'ignorent sans doute encore complétement.

Obs. — Élisabeth L., âgée de 39 ans, ayant eu neuf enfants vivants et une fausse couche, comptait accoucher du dixième au commencement de septembre. Le 1er août, après un effort, elle perdit subitement du sang. Le repos arrêta cette perte; mais dès les jours suivants, la métrorrhagie se reproduisit plusieurs fois.

Le 30 août, l'écoulement revint plus abondant, et reparut le 1er septembre aussitôt qu'elle voulut quitter le lit. Enfin le 2 septembre, des douleurs s'étant déclarées pour la première fois, M. Carter toucha et trouva le placenta attaché à toute la circonférence du col. Ses bords étaient détachés.

A cinq heures du matin, M. Skinner visitant la malade, la trouva dans un état alarmant. Malgré le tamponnement, l'hémorrhagie continuait et imbibait les draps du lit. Pouls faible, très-dépressible; grande prostration; lèvres pâles. Les douleurs étaient très-faibles, et chacune d'elles renouvelait la perte.

En cet état, M. Skinner résolut de séparer le placenta de ses connexions avec l'utérus, afin d'arrêter l'hémorrhagie. Il y parvint en quelques minutes au moyen de la main droite introduite dans le vagin, les doigts allant se glisser entre les deux surfaces à décoller.

La malade se plaignit d'avoir souffert; mais depuis ce moment toute hémorrhagie active cessa. Le drap fut encore taché, mais sans que du sang s'y amassât. On serra autour de l'abdomen un bandage de corps.

Ayant attendu une heure sans que les douleurs changeassent de caractère, M. Skinner rompit les membranes. La malade, ranimée par quelques spiritueux, se trouva moins faible; l'hémorrhagie ne reparut plus.

A neuf heures et demie du matin, les douleurs ne devenant pas plus fortes, il fut convenu, en consultation avec M. Lever, d'employer le galvanisme pour réveiller la contractilité utérine. On appliqua donc les conducteurs d'une batterie galvanique, l'un sur l'aine, l'autre vers le fond de l'utérus. On continua cette opération plus d'une demi-heure, en changeant quelquefois les conducteurs de place. Il ne s'ensuivit pas de douleurs expultrices, bien que la contraction tonique de l'utérus en fût augmentée, et que la tête fût située plus solidement dans le bassin.

Le placenta étant engagé entre la tête du fœtus et le promontoire, on enleva toute la portion qui était située au-dessous de la tête.

Vingt minutes s'étant écoulées depuis la cessation du galvanisme sans qu'il se déclarât de douleurs régulières, on en recommença l'application. Il se manifesta alors de véritables et fortes douleurs, et en moins d'une demi-heure, la

malade mit au jour un garçon vivant. Le galvanisme ne fut cessé qu'après l'expulsion complète. Le reste du placenta vint après l'enfant; l'utérus se contracta parfaitement et sans hémorrhagie.

Rien ne retarda le rétablissement ultérieur de la santé de l'accouchée.

II. LONDON JOURNAL OF MEDICINE.

Les numéros d'octobre et novembre 1849 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Sur la péricardite*; par M. Francis Sibson. 2° *Observations de hernie mésocolique*; par M. Peacock. 3° *Observations cliniques*; par M. Rose Cormack. 4° *Protrusion symétrique de la graisse de l'orbite*; par M. Browman. 5° *De la santé à Londres pendant le semestre qui s'est terminé le 20 septembre 1849, principalement par rapport au choléra*; par M. Webster.

DE LA PÉRICARDITE; par le docteur FRANCIS SIBSON.

Le travail du docteur Sibson se recommande par une étude approfondie des conditions anatomiques, normales ou anormales, qui président à la production et déterminent le siége des signes stéthoscopiques propres à la péricardite. On y trouve une étude minutieuse et fort exacte des rapports du cœur avec les organes environnants et des nouvelles dispositions qu'introduit dans ces rapports la dilatation du péricarde par un épanchement. Cette dernière partie des recherches de l'auteur acquiert un caractère assuré de démonstration par des expériences cadavériques consistant en des injections artificielles dans le péricarde. Néanmoins, nous devons le dire, ces observations et ces expériences n'ont guère abouti qu'à la confirmation des données généralement répandues aujourd'hui. Il est seulement un point sur lequel M. Sibson émet une vue pratique que nous ne croyons pas inconnue des observateurs expérimentés, mais qui n'a pas, que nous sachions, été exprimé jusqu'ici en termes formels. On sait que Sénac avait rangé, avec quelque réserve pourtant, l'*ondulation précordiale* parmi les signes de la péricardite. « On aperçoit très-clairement, dit-il, entre la troisième, la quatrième et la cinquième côte, les flots de l'eau contenue dans le péricarde, lorsqu'il survient des palpitations. Ce n'est pas qu'on n'entrevoie quelque mouvement semblable dans celles qui ne sont pas accompagnées d'hydropisie; mais elles ne produisent pas un mouvement onduleux et qui s'étende fort loin. » L'auteur commence par nier, avec raison, que le mouvement qu'on aperçoit à la région précordiale, dans la péricardite, soit dû à une ondulation du liquide épanché. La preuve, c'est que ce mouvement disparaît, en même temps que le bruit de frottement, à mesure que l'épanchement augmente. Il est produit, ajoute-t-il par le choc de la pointe du cœur auquel succède une légère impulsion diastolique de la base; il en résulte, pour chaque révolution du cœur, deux soulèvements rapides de la paroi thoracique, dont la seconde a lieu plus haut que l'autre : de là une apparence d'ondulation. L'explication paraît rationnelle; mais ce n'est pas encore là le point de vue que nous voulons signaler. L'auteur se demande, à ce propos, ce qui arriverait si, par un moyen quelconque, on pouvait faire disparaître tout à coup le liquide épanché. Manifestement, on verrait reparaître et l'ondulation et les bruits stéthoscopiques propres à la péricardite plus ou moins sèche. Or M. Sibson assure qu'on peut produire et qu'il a produit quelquefois un résultat analogue en exerçant une pression sur les cartilages costaux et dans les intervalles qui les séparent, au moyen d'une plaque de bois adaptée au gros bout du stéthoscope; que, par ce moyen, on déplace le liquide, on met de nouveau la surface du cœur en contact, dans une certaine étendue, avec les parois costales, et qu'alors reparaissent les signes stéthoscopiques de la péricardite, particulièrement le bruit de frottement. Cette observation est en rapport avec ce qu'on observe dans d'autres affections cardiaques dont les principaux signes sont tirés de la stéthoscopie. Alors même que le cœur n'est pas séparé des côtes et du sternum par une couche de liquide, il y a souvent avantage à presser un peu fortement la région précordiale pour rapprocher davantage l'oreille du cœur, parce qu'il y a des sujets, les maigres surtout, chez lesquels il existe entre le cœur et la paroi thoracique une distance assez grande, séparée par du tissu cellulaux.

OBSERVATIONS DE HERNIE MÉSOCOLIQUE; par M. PEACOCK.

Dans la plupart des cas de ce genre qui ont été publiés, il s'agit seulement d'une anse d'intestin grêle, passée à travers une ouverture de l'épiploon, du mésentère ou du mésocolon. Quelques faits, cependant, ont rapport à des déplacements plus considérables. Tels sont les deux mentionnés dans l'ouvrage d'Astley Cooper, et les deux que relate ici M. Peacock.

OBS. I. — H. Morgan, âgé de 30 ans, fut reçu à l'hôpital le 25 avril 1849. Il avait depuis le 21 des symptômes de fièvre typhoïde qui ne firent qu'augmenter. La maladie s'accompagna d'une éruption pourprée sur tout le corps. — Malgré le traitement employé, il succomba le 30 du même mois.

A part les altérations dépendant de l'affection aiguë qui avait amené la mort, voici ce qu'on trouva dans la cavité abdominale. Après avoir incisé ses parois, on découvrit une bande, petite, mais dense, adhérant du commencement du colon transverse au lobe droit du foie sur le côté droit de la vésicule biliaire. En ce point le colon se dirigeait à gauche, puis en bas vers le milieu de l'abdomen, où il se retournait en haut, puis reprenait sa situation naturelle. Cette portion de colon, la seule qui fût visible en ouvrant l'abdomen, cachait derrière elle une tumeur qui faisait saillie sur chacun de ses côtés. Celle-ci était constituée par un sac herniaire contenant l'intestin grêle, et elle était formée par les feuillets du mésocolon. Elle avait le volume de deux gros poings fermés.

Une bande du mésocolon allait de la terminaison de l'iléon vers le milieu du mésocolon transverse. Cette bande formait la limite droite de la tumeur, dont la gauche était fournie par la portion descendante du colon transverse. En tirant sur le cœcum l'intestin sortait peu à peu de la tumeur et était amené en vue. L'intestin commençait à s'engager dans la tumeur à deux pouces au-dessus du cœcum. L'iléon adhérait par d'anciennes attaches au contour de l'ouverture, laquelle pouvait admettre librement le doigt. Du bord supérieur de l'iléon, le mésentère se réfléchissait dans le mésocolon. A l'extérieur le sac était un peu opaque et épaissi, surtout en bas où il adhérait par plusieurs bandes épaisses au péritoine du détroit supérieur du bassin.

Tout l'intestin grêle, excepté le duodénum, était contenu dans la hernie. L'épiploon et le mésentère paraissaient être sains ainsi que l'intestin; à la distance de huit pouces environ au-dessus de la fin de l'iléon, il y avait un petit diverticulum de près de deux pouces de longueur et d'un quart du diamètre de l'intestin.

Dans ce cas, aucun phénomène morbide n'avait semblé résulter durant la vie du déplacement intestinal; car les symptômes de la maladie qui emporta le sujet étaient évidemment ceux d'une fièvre typhoïde développée accidentellement. — Nous allons, au contraire, voir dans le fait suivant une inflammation et une gangrène de l'intestin, existant sur le point où il sortait de l'ouverture herniaire, et par conséquent due à la pression exercée par celle-ci.

OBS. II. — Bryce Reid, âgé de 27 ans, fut saisi, après son déjeuner, le 10 avril 1843, de douleurs violentes à l'estomac et de vomissements. Entré le même jour à l'hôpital d'Édimbourg, il avait l'abdomen tendu et tympanitique, l'épigastre douloureux, vomissait tout ce qu'il prenait, et se plaignait aussi de crampes dans les extrémités inférieures.

Malgré un lavement et d'autres moyens usités en pareille circonstance, il n'avait, le jour suivant, obtenu aucune amélioration. La constipation et les vomissements continuaient. Face pâle; extrémités froides; contenance anxieuse; pouls petit et faible. Les vomissements devinrent de plus en plus fétides.

Ces symptômes continuèrent tout le jour. La nuit, il eut deux attaques de convulsions pendant lesquelles il resta privé de sentiment. Il ne cessa de vomir jusqu'à sa mort, qui eut lieu le 12, à deux heures du matin, quarante et une heures après l'invasion des accidents.

AUTOPSIE. — En ouvrant la cavité abdominale, on vit le colon descendant couché au devant de sa portion ascendante et du cœcum, tandis que toute la partie antérieure et gauche de l'abdomen était occupée par une tumeur volumineuse à travers les minces parois de laquelle on pouvait découvrir l'intestin grêle, très-distendu et offrant une coloration rouge pourpre. Après un examen attentif, il fut reconnu que cette tumeur consistait en une hernie de l'intestin grêle dans les lames du mésocolon gauche. En divisant le feuillet antérieur de ce sac, on vit qu'il renfermait tout l'intestin grêle, excepté le duodénum. Le jéjunum y entrait, il en sortait bientôt; puis, après avoir décrit une petite anse, il y rentrait et était suivi par l'iléon jusqu'à 2 pouces au-dessus du cœcum.

Le jéjunum et la portion supérieure de l'iléon parurent seulement un peu rouges à l'extérieur, quoique très-distendus; mais au point où l'iléon sortait du sac, ses parois étaient extrêmement enflammées, livides et presque gangrenées. Dans le point correspondant, la membrane muqueuse était tout à fait noire.

En tirant l'intestin grêle hors du sac, on amena une portion resserrée, située à près de 2 pouces au-dessus de la valvule iléo-cœcale. Là les parois intestinales étaient très-épaissies. L'inflammation de l'intestin commençait immédiatement au-dessus du siége de la constriction, et répondait à un bord tranchant formé par la partie du mésocolon au-dessous de laquelle l'intestin était devenu hernié.

Après avoir enlevé l'intestin, l'ouverture du sac fut trouvée assez large pour admettre quatre doigts ensemble.

Cette hernie avait évidemment une date ancienne; ce qui fut démontré par l'existence d'adhérences celluleuses entre le bord en croissant du jéjunum au-dessus et celui de l'iléon en dessous, et aussi par le resserrement permanent de la partie de l'iléon qu'on retira du sac.

La masse intestinale une fois enlevée, on put bien déterminer la formation et les connexions du sac. Il était constitué en avant par la portion épanouie du feuillet postérieur du mésocolon gauche; le pancréas et le duodénum côtoyaient son bord supérieur. Le droit était fourni par le colon descendant et le feuillet antérieur du mésocolon. Quant à ses faces gauche et inférieure, elles étaient en continuité avec le péritoine qui tapisse les muscles de la paroi abdominale, près du bassin.

Le sac était partout mince et transparent, excepté à l'endroit où il se conti-

nnait avec le péritoine de la paroi abdominale. Là il était épaissi et opaque par places.

Il est regrettable qu'on n'ait pu se procurer de renseignements sur la santé antérieure de cet homme; mais, d'un côté, sa profession de voiturier, de l'autre la soudaineté de l'invasion du mal, enfin l'état des parties bien constaté à l'autopsie, semblent indiquer que cette disposition existait chez lui depuis longtemps, sans qu'il en souffrît, et sans qu'il en fût résulté d'autre effet que le resserrement de l'iléon, lequel a bien pu devenir le point de départ des accidents qui ont amené la mort.

TUMÉFACTION SYMÉTRIQUE DES DEUX PAUPIÈRES SUPÉRIEURES, RESSEMBLANT A L'OEDÈME, MAIS DÉPENDANT D'UNE PROTRUSION DE LA GRAISSE DE L'ORBITE, PRÈS DE LA GLANDE LACRYMALE; par M. W. BOWMAN.

Dans ce titre se trouvent à la fois exprimées et la nature véritable et les apparences insidieuses de ce cas, qui a présenté un véritable intérêt à tous les médecins qui l'ont vu.

OBS. — H. J. B., âgé de 16 ans, très-bien portant, à visage rubicond et à cheveux rouges, vint, en février 1848, à l'hôpital ophthalmique de Moorfields pour une enflure des paupières supérieures. Il n'en ressentait pas de douleur; la difformité qui en résultait l'avait seule engagé à réclamer les conseils de la médecine. La tuméfaction était complétement identique des deux côtés. Elle se trouvait presque limitée à la moitié ou aux deux tiers externes de la paupière, s'étendant depuis le front jusqu'à un seizième de pouce du bord tarsien, où elle se terminait par un sillon, au-dessus duquel pendait le tégument relâché et distendu. Tout cela devenait particulièrement visible lorsqu'on regardait le malade de profil.

La tumeur, rouge vers son milieu par suite de la plénitude des vaisseaux cutanés, était entièrement molle, comme si elle dépendait de l'œdème des tissus sous-cutanés. Le doigt n'en éprouvait aucune résistance, et n'y laissait pas d'empreinte persistante. La peau, mince, glissait librement sur le muscle orbiculaire; on ne parvenait que difficilement à saisir entre le pouce et l'indicateur un pli de ce muscle. Mais, dans cette manœuvre, on éprouvait la sensation d'un tissu graisseux lâche et abondant, situé sous la peau, et non celle que la présence d'une tumeur aurait donnée.

En renversant la paupière, la conjonctive et les tissus sous-jacents parurent parfaitement sains. La pression exercée derrière l'angle externe de l'arcade orbitaire n'y fit découvrir aucune tumeur. Le globe oculaire ne présentait pas de trace de maladie, et la santé générale était excellente.

Le jeune malade signalait cette tuméfaction comme s'étant prononcée graduellement depuis trois mois, en même temps des deux côtés, sans douleur ni sensibilité. Ce furent ses amis qui la lui firent d'abord remarquer. Un matin elle était devenue plus marquée au point qu'il ne pouvait ouvrir l'œil; mais, depuis lors, elle s'était réduite au volume actuel.

Prenant cet état pour un œdème des paupières, M. Bowman employa successivement des purgatifs, des lotions évaporantes, des diurétiques; mais non plus qu'une médication altérante aidée par une diète régulière, ce traitement n'eut le moindre effet. Il en fut de même de l'iodure de potassium donné à l'intérieur, et des applications de teinture d'iode.

La tuméfaction restait cependant identique; elle était la même en novembre qu'on l'avait vue en février.

Enfin le malade s'étant de nouveau présenté en avril 1849, M. Bowman résolut de tenter une opération pour le délivrer de cette incommodité.

Le 4 mai, il commença du côté gauche. Après avoir saisi un lambeau de peau avec les pinces à entropion, et l'avoir emporté d'un coup de ciseaux dans les deux tiers de la largeur horizontale de la paupière, et dans un tiers de sa hauteur verticale, il mit ainsi à découvert l'orbiculaire. Ce muscle, qui parut sain, fut enlevé dans une étendue semblable. Un fascia celluleux dense vint alors faire saillie dans l'incision. On l'excisa, et une masse de graisse, analogue à la graisse naturelle de l'orbite, et du volume d'une amande, se présenta dans l'ouverture. On en fit l'ablation. Cette masse était lâchement embrassée par une capsule de tissu aréolaire qui l'entourait, et elle était divisée en pelotons ou lobes distincts qu'on pouvait faire mouvoir librement les uns sur les autres. Elle n'avait par conséquent pas l'apparence d'une tumeur graisseuse. Aucun autre tissu ne se présentant après que l'extirpation en eut été faite, on réunit la plaie par la suture; elle se cicatrisa en quatre jours, et la difformité se trouva complétement effacée.

Quinze jours après, sur la demande du malade, M. Bowman pratiqua de l'autre côté exactement la même opération, et avec le même résultat. Il parut pendant la dissection une partie que l'on prit pour un lobe de la glande lacrymale; mais comme elle ne montrait pas de tendance à la projection, on la laissa en place. Quand la plaie fut cicatrisée, la difformité parut même plus complétement corrigée de ce côté que de l'autre, l'opérateur ayant apporté plus de soin à bien mesurer la dimension du lambeau tégumentaire excisé. — Au bout de deux mois, on n'aurait pu reconnaître sur les paupières la lésion qu'elles avaient subie.

M. Bowman trace ensuite les caractères qui différencient cette tuméfaction de la *tumeur graisseuse*, distincte de l'orbite. Celle-ci donne la sensation d'une grosseur isolée; elle se développe ordinairement sur les côtés externe ou interne du globe, dans le tissu aréolaire qui entoure les muscles droits; elle se laisse repousser dans l'orbite. Enfin, si l'on retourne la paupière, elle vient faire saillie sous la conjonctive, à l'endroit où cette membrane se réfléchit de la paupière sur le globe et plus près de l'angle externe.

Quant à la cause qui détermine dans le cas ci-dessus, cette projection de la graisse de l'orbite, sa première pensée fut qu'elle tenait à un engorgement chronique de la glande lacrymale, par suite duquel la glande, devenue plus volumineuse, aurait chassé et déplacé vers l'extérieur une partie du tissu adipeux qui, normalement, sert de coussinet au globe de l'œil. Mais s'il en eût été ainsi, on aurait certainement pu constater une tuméfaction dans la région qu'occupe la glande lacrymale; en outre, après l'extraction de la graisse, la glande se serait présentée entre les lèvres de la plaie. Or ces deux circonstances ont manqué l'une et l'autre. La glande, examinée pendant le cours de l'opération, n'a paru ni plus dure ni plus volumineuse qu'à l'état normal.

Sans nier la valeur du motif qui porta M. Bowman à recourir à l'extirpation, nous ne pouvons dissimuler que le mode opératoire suivi en cette occurrence ne semble pas tout à fait à l'abri de critique; si l'exubérance de la peau justifiait l'excision d'un lambeau, la même raison ne saurait être alléguée pour légitimer *l'ablation* d'une portion, *de même étendue*, du muscle orbiculaire. L'incision longitudinale de cette couche charnue n'eût-elle pas suffi pour mettre la tumeur à découvert?

Mais tout en développant cette excision, nous sommes d'avis que, une fois pratiquée du côté gauche, on a bien fait de la répéter ensuite sur l'œil droit. En vain M. Bowman paraît se féliciter d'avoir mieux réussi sur le second œil que sur le premier. En pareil cas, perfectionner ainsi après coup, c'est vraiment rétrograder. Lorsqu'il s'agit d'organes comme ceux-ci, dont la parfaite symétrie est la qualité principale, une difformité *plus complétement corrigée* d'un côté que de l'autre est bien inférieure à un résultat moins parfait, mais également imparfait des deux côtés.

(La fin au numéro prochain.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 24 JUIN.

RÉGIME ALIMENTAIRE DES OUVRIERS MINEURS; INFLUENCE DU TRAVAIL DANS LES MINES SUR LEUR SANTÉ.

M. MAGENDIE lit une lettre qui lui a été adressée de Valenciennes par M. le docteur Charpentier, correspondant de l'Académie de médecine, au sujet de la note de M. de Gasparin sur le régime alimentaire des mineurs de Charleroy. On se rappelle que, d'après cet académicien, le régime de l'ouvrier mineur de Charleroy, à peu près exclusivement végétal, se réduit à prendre deux litres de café, deux dixièmes de litre de lait, un kilogramme de pain, du beurre en quantité variable, 750 grammes de légumes verts par jour, et par semaine un demi-kilogr. de viande et deux litres de bière. Avec ce régime alimentaire, il serait très-énergique et bien supérieur en force aux mineurs d'Anzin, qui se nourrissent plus substantiellement.

Cette note ayant paru à M. Charpentier en pleine contradiction avec ses propres observations, il a pris des renseignements sur ce sujet auprès de M. Bosseau, directeur du Poirier, l'un des principaux charbonnages du bassin houiller de Charleroy. Voici les faits que contient la lettre de M. Charpentier sur ce sujet :

« Les mineurs ont des salaires qui varient selon l'importance de leur travail; ils sont sujets comme partout à des chômages plus ou moins prolongés, et comme tous les autres ouvriers ont des charges de famille différentes; de là des positions pécuniaires très-variées qui ne leur permettent pas de suivre tous la même manière de vivre, le même régime alimentaire. En général nos ouvriers dépensent chaque jour pour dix à quinze centimes de genièvre (eau-de-vie de grain), boivent un litre de bière, mangent deux ou trois fois dans la semaine du porc qu'ils accommodent avec quelques légumes, et ordinairement le dimanche ils font trois repas à la viande de boucherie, et boivent ce jour une très-grande quantité de bière.

» Ce que dit M. de Gasparin sur l'usage de café-chicorée au lait est exact; c'est le seul aliment, avec le pain beurré, qu'ils prennent lorsqu'ils sont dans la fosse, parce que tout autre plus substantiel s'y digérerait avec peine à cause de la pénible position du corps qu'ils sont obligés de prendre pendant leur travail dans les galeries.

» Quant à la santé des charbonniers de Charleroy, voici ce qu'en a dit la chambre de commerce de cette ville, dans le rapport qu'elle a fait à l'occasion de l'enquête ordonnée par le gouvernement belge, sur les conditions des classes ouvrières du pays.

» Les travaux si pénibles auxquels se livrent les ouvriers des mines occasionnent un développement très-inégal des différentes parties du corps. Les organes très-exercés acquièrent un énorme développement; les autres restent faibles et chétifs. La poitrine, les épaules, se fortifient aux dépens des jambes; les déformations se manifestent dans la colonne vertébrale. La taille, enfin, reste au-dessous de ce qu'elle est hors des mines. Toutefois, ce dernier inconvénient ne

se manifeste guère que dans les mines dont les galeries très-basses obligent les ouvriers à se tenir constamment courbés.

» Enfin le travail à l'intérieur des mines altère et détériore la constitution physique des ouvriers, dont un assez grand nombre deviennent impotents. En général, à un âge où ils pourraient encore travailler s'ils avaient exercé un autre métier, leur force musculaire diminue, et ils sont incapables de continuer le leur. Le travail souterrain est pour eux la source de souffrances et de maladies souvent mortelles, dont ils contractent les germes dès leur tendre jeunesse, maladies qui s'aggravent lentement, prennent un caractère formidable entre trente ou quarante ans, et entraînent communément la mort peu après l'âge de cinquante ans.

» Ce rapport, comme on le voit, se concilie fort peu avec la note de M. de Gasparin sur la santé des mineurs de Charleroy.

» Cependant, quel que soit le fâcheux état de la santé des ouvriers employés aux mines de Charleroy, il est démontré qu'ils vivent un peu plus longtemps que ceux de Mons, de Liége, et peut-être d'Anzin; mais cela ne tient pas, comme pourrait le faire croire la note de M. de Gasparin, à la différence de régime alimentaire, qui est d'ailleurs à peu près le même chez tous les ouvriers mineurs de ce pays, mais à ce que ceux de Charleroy sont descendus dans les mines et en sont remontés sans peine pour eux dans des tonneaux appelés cuffats; tandis que les ouvriers de Liége, de Mons et d'Anzin, en descendent et en remontent au moyen d'échelles séparées par intervalle par des paliers dont la longueur totale varie de 150 à 800 mètres. La descente dans les puits, mais surtout l'ascension opérée de cette manière, fatiguent horriblement les ouvriers et amènent chez eux, à un âge souvent peu avancé, des affections mortelles du cœur.

» J'ai pensé rétablir les faits dont parle M. de Gasparin, parce que, tels qu'il les a présentés, ils seraient contraires à vos recherches, vos expériences et celles de Liebig, de Lhémann, sur les principes nutritifs des substances alimentaires, et, qui plus est, à l'observation, qui démontre l'immense supériorité de force des animaux carnivores sur ceux qui ne vivent que de végétaux, mais aussi pour prévenir une erreur qui, si elle se propageait, pourrait être funeste aux classes ouvrières, surtout dans le nord et l'ouest de la France, où elles sont déjà trop soumises, principalement dans la campagne, à une nourriture lactée, végétale, qui favorise la tuberculisation et amènecette cruelle phthisie pulmonaire qui tue dans ces pays le tiers de la population laborieuse. Déjà, comme l'observe très-judicieusement M. Villermé, on n'ignore que trop en France combien la viande est nécessaire aux travailleurs, et que, si les ouvriers anglais travaillent plus que les autres, c'est à la viande dont ils font une grande consommation qu'il faut l'attribuer. »

SUR QUELQUES POINTS DE L'HISTOIRE DE LA FÉCONDATION DANS LES ESPÈCES ANIMALES INFÉRIEURES.

M. DE QUATREFAGES lit un travail intitulé : RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LES SPERMATOZOÏDES ET LES ŒUFS DES HERMELLES ET DES TARETS.

Tous les physiologistes connaissent les belles recherches de Spallanzani sur les fécondations artificielles, celles de MM. Prévost et Dumas sur les spermatozoïdes et les œufs de batraciens. Grâce à ces travaux, on a une idée générale de l'action que diverses substances peuvent exercer sur les éléments mâle et femelle de toute reproduction bisexuelle. Toutefois, dans ces expériences, on n'avait pas cherché à préciser la limite d'action des agents employés; ces agents eux-mêmes étaient en très-petit nombre, et par conséquent les résultats obtenus ne pouvaient présenter aucune généralité; enfin les expériences des physiologistes n'ont guère porté que sur des animaux d'eau douce. Aucun invertébré marin n'a été l'objet de recherches précises entreprises à ce point de vue. Telles sont les lacunes que M. de Quatrefages a cherché à combler par une double série de recherches sur une annélide et sur un mollusque vivant tous deux dans l'eau de mer.

L'auteur a successivement étudié l'influence de la diminution ou de l'augmentation de salure de l'eau de mer, l'action des acides et des bases, l'action des différents sels, etc. Voici les conclusions dans lesquelles il résume les faits et les résultats généraux qu'il a constatés :

1° Les spermatozoïdes des hermelles supportent beaucoup mieux et dans des limites beaucoup plus étendues une variation en moins qu'une variation en plus des principes salins dissous dans l'eau de mer.

2° En général l'action des bases sur les spermatozoïdes des hermelles et des tarets est de beaucoup plus faible que celle des acides.

3° L'acétate de morphine et probablement tous les poisons purement organiques agissent sur les spermatozoïdes des hermelles avec infiniment moins d'énergie que les poisons minéraux.

4° Parmi les poisons minéraux les plus violents, les uns, comme le nitrate de cuivre et l'acétate de plomb, agissent avec une intensité égale sur les spermatozoïdes des hermelles et sur ceux des tarets; d'autres, comme le sublimé, paraissent agir avec plus d'énergie sur les spermatozoïdes de tarets que sur ceux des hermelles.

5° Chez les hermelles, chez les tarets, comme chez les batraciens et probablement chez tous les animaux aquatiques à fécondation extérieure, une certaine dilution est nécessaire pour que le liquide fécondant acquière son maximum de pouvoir.

6° Chez les hermelles comme chez les batraciens, au-dessous d'une certaine limite, le nombre des œufs fécondés décroît en même temps que le nombre des spermatozoïdes.

7° Chez les hermelles, le nombre des œufs fécondés décroît moins rapidement que celui des spermatozoïdes.

8° Chez les hermelles comme chez les batraciens, le nombre des œufs fécondés est toujours de beaucoup moindre que celui des spermatozoïdes employés.

9° Chez les hermelles, chez les tarets, comme chez les batraciens, le contact immédiat de l'œuf et des spermatozoïdes est nécessaire pour que la fécondation ait lieu.

10° Chez les hermelles, chez les tarets, comme chez les batraciens, les spermatozoïdes tués, c'est-à-dire rendus immobiles par l'action d'un agent quelconque, perdent leur pouvoir fécondant.

11° Contrairement à ce qui a été constaté pour les batraciens, la fécondation réussit avec les œufs de hermelles et de tarets qui ont longtemps séjourné dans de l'eau non spermatisée.

12° Une faible augmentation dans la proportion des principes salins de l'eau de mer s'oppose au développement des œufs de hermelles et de tarets.

13° Le sel marin employé seul agit sur les œufs et sur les spermatozoïdes, comme l'ensemble des sels dissous dans l'eau de mer.

14° Au contraire l'addition d'une certaine quantité d'eau douce facilite la fécondation et hâte le développement des larves.

15° Les diverses substances toxiques agissent de la même manière sur les spermatozoïdes, les œufs et les larves des hermelles et des tarets.

16° L'intensité d'action est sensiblement moindre sur les larves que sur les œufs et surtout que sur les spermatozoïdes.

17° Lorsque des œufs et des spermatozoïdes de hermelles ou de tarets sont placés simultanément en contact avec un poison trop faible, la fécondation a lieu malgré la présence de ce poison.

18° Le développement ultérieur de l'œuf peut être arrêté ou bien se continuer selon l'énergie du poison.

CONSERVATION DE LA VIE APRÈS LA DESTRUCTION PARTIELLE DE LA MOELLE ÉPINIÈRE.

M. BROWN-SÉQUARD envoie une note sur la conservation de la vie, sans trouble apparent des fonctions organiques, après la destruction d'une portion considérable de la moelle épinière chez les animaux à sang chaud.

Tous les physiologistes croient qu'une mort prochaine est la conséquence inévitable de la destruction d'une portion, un peu étendue, de la moelle épinière, chez les animaux à sang chaud.

Dès l'année 1848, nous avions déjà vu, dit-il, que si la destruction des parties de la moelle épinière qui ne sont pas essentiellement utiles à la respiration, était en général promptement mortelle, c'était bien plus en raison de l'hémorrhagie qu'elle occasionne que par toute autre cause. Nous avons fait depuis un très-grand nombre de recherches, desquelles il résulte que chez les pigeons la vie peut subsister pendant un temps indéfini, mais dépassant trois mois, sans paraître troublée, malgré la destruction d'une portion de moelle épinière égalant la moitié de la longueur de ce centre nerveux.

Voici quelques-uns des faits que signale M. Brown-Séquard sur ce sujet :

Ayant pris deux pigeons de même âge, ayant à très-peu près les mêmes dimensions et le même poids, nous détruisons complétement, sur l'un d'eux, toute la portion de moelle épinière qui s'étend depuis la quatrième vertèbre costale jusqu'à la queue. Chaque jour ces deux animaux reçoivent la même quantité d'un même aliment et la même quantité d'eau; chaque jour aussi les matières excrémentitielles (urine et fèces réunies) sont pesées presque aussitôt après leur expulsion. De cinq en cinq jours, les animaux eux-mêmes sont pesés et les dimensions des diverses parties de leurs corps sont prises avec soin.

En comparant l'un à l'autre l'animal opéré et l'animal intact, M. Brown-Séquard a constaté des faits qui l'ont conduit à ce résultat général, savoir : que la circulation, la respiration, la digestion et probablement les sécrétions qui servent à la digestion, la nutrition et l'accroissement en longueur, la chaleur animale, la sécrétion urinaire et la production des plumes paraissent exister comme à l'état normal chez les pigeons qui ne possèdent plus que la partie cervicale et environ la moitié de la partie costale de leur moelle épinière. Ce résultat témoigne énergiquement contre les opinions émises par Legallois, par Wilson, Philip, par Krimer et par Chossat relativement à l'influence de la moelle épinière sur le cœur, l'estomac, les poumons, la sécrétion urinaire et la chaleur animale.

RÔLE DU CÉRUMEN DANS LES MALADIES DES OREILLES.

M. MAURICE MÈNE envoie un premier mémoire sur les maladies de l'oreille. L'auteur y examine les questions suivantes :

1° Doit-on considérer le cérumen comme une matière excrémentitielle, ou bien comme un produit nécessaire à l'acte de l'audition?

2° Son état physique est-il le même dans l'oreille saine que dans l'oreille atteinte de dyscésie, de bourdonnements, etc.?

Les observations qu'il a faites depuis un grand nombre d'années sur les personnes atteintes de ces affections lui paraissent de nature à éclairer cette double question. Il résulte de ces observations que l'état physique du cérumen n'est jamais le même dans l'oreille saine que dans l'oreille malade.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 25 JUIN. — PRÉSIDENCE DE M. BRICHETEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend :

1° Une lettre du ministre de l'agriculture et du commerce, transmettant un

rapport de M. le docteur Raphaël, médecin à Provins, sur les divers modes de traitement dont il s'est servi contre le choléra. (Commission du choléra.)

2° Lettre du même ministre transmettant un rapport rédigé par M. le docteur Tribes, sur l'épidémie de choléra de Nîmes en 1849. (Même commission.)

3° Lettre du même ministre, avec envoi d'un mémoire de M. le docteur Gouyon (de Clermont-Ferrand), sur l'action du nitrate d'argent dans le traitement des plaies. (Comm. : MM. Robert et Ricord.)

4° Lettre du même ministre, avec envoi d'un rapport de M. le docteur Laroche, sur une épidémie d'angine couenneuse qui a régné dans la commune de Chavagnes (Maine-et-Loire), de juillet en décembre dernier. (Commission des épidémies.)

5° Le même ministre envoie deux lettres contenant des formules de remèdes secrets. (Comm. des remèdes secrets.)

6° Lettre du ministre de la marine, qui fait parvenir à l'Académie un mémoire sur l'épidémie de choléra qui a régné au bagne de Brest en 1849, par M. Marcelin-Duval, médecin en chef de la marine dans ce port. (Commission du choléra.)

7° Lettre du ministre de l'instruction publique qui accuse réception du dernier rapport de l'Académie sur le prix d'Argenteuil.

— M. le docteur Léger (de Rambervillers) envoie une note sur les accès pernicieux survenus à la suite d'une cause traumatique ; l'auteur a envisagé cette question au point de vue médico-légal. (Comm. MM. Mélier et Adelon.)

— M. le docteur Vingtrinier (de Rouen) écrit pour demander à l'Académie d'être porté sur la liste des candidats aux places de correspondants. (Comm. des futurs correspondants.)

— M. le docteur James Leblaye informe l'Académie qu'il va prochainement se rendre à Buenos-Ayres pour donner des soins aux malades atteints de la fièvre jaune, et qu'il se met à sa disposition pour lui adresser les résultats de ses observations.

— M. le docteur Grimaud (d'Angers) envoie un mémoire sur l'action du sulfate de brucine et du sulfate de strychnine contre les fièvres intermittentes, comme succédané du sulfate de quinine, à l'appui des dépôts qu'il a faits récemment à l'Académie sur ce sujet.

RECHERCHES MÉDICO-LÉGALES SUR LA MATIÈRE CÉRÉBRALE DESSÉCHÉE.

M. Orfila lit un mémoire intitulé : Recherches médico-légales sur la matière cérébrale desséchée, tentées à l'occasion de l'assassinat de Louvet par Gontier.

On ne s'est jamais occupé, en médecine légale, des moyens de reconnaître si une matière desséchée sur un vêtement ou sur un instrument contondant est uni ou non formée par une portion de matière cérébrale desséchée, et pourtant le problème peut avoir son importance ; ainsi, que l'on suppose un assassinat par un ou plusieurs coups de feu qui auront fracturé et ouvert le crâne assez largement pour que la masse encéphalique ait été projetée au loin, soit entière, soit par morceaux, ne voit-on pas qu'une ou plusieurs parcelles de cerveau auront pu rejaillir sur les vêtements de l'assassin et s'y dessécher ; et ne sera-ce pas une charge considérable pour l'accusé si, dans les conditions que je viens d'indiquer, l'expert parvient à prouver que la matière dont il s'agit est réellement formée par une portion de cerveau ou de cervelet ? Ne pourra-t-il pas arriver aussi que des matières semblables salissent les vêtements de la victime, et que le médecin légiste, en prouvant qu'elles sont *identiques* avec celles qui ont été trouvées sur les vêtements de l'inculpé, fournisse à l'accusation une charge dont la gravité saute aux yeux ? On conçoit aussi que, dans un assassinat où l'on aurait porté à la tête des coups répétés avec un marteau ou tout autre instrument, il puisse exister sur une partie du corps vulnérant des portions de matière cérébrale, mêlées ou non de sang, de tissu cellulaire, etc. Les détails dans lesquels je vais entrer feront ressortir l'intérêt qui se rattache à la solution de ce nouveau problème de médecine légale.

Dans les premiers jours d'octobre 1849, je fus requis par M. Chevalier, juge d'instruction à Mantes, conjointement avec MM. Chevreul et Donné, pour procéder à une expertise relative à un assassinat qui avait été commis, le 18 septembre de la même année, dans une localité voisine. M. Donné étant absent, et M. Chevreul n'ayant pas accepté la mission, je fus invité à choisir un expert qui devait opérer avec moi ; je choisis M. Jules Barse, pharmacien à la prison des Madelonnettes. Nous nous rendîmes à Mantes le 8 octobre. Là on nous demanda si une matière que l'on voyait sur la blouse du prévenu, vers la partie correspondante à l'épaule, était formée par du cerveau desséché. Nous fûmes effrayés des difficultés que nous aurions à surmonter pour répondre d'une manière satisfaisante, tant parce que la matière cérébrale, alors même qu'elle est assez abondante, n'est pas facile à caractériser, et qu'ici le poids de la substance ne s'élevait guère qu'à 2 ou 3 centigrammes, que parce que les auteurs ayant gardé le silence le plus absolu sur les procédés à mettre en usage pour reconnaître des parcelles de cerveau, nous ne pouvions pas nous aider des lumières qu'ils n'auraient pas manqué de répandre s'ils eussent abordé le problème. On verra, par le rapport que nous rédigeâmes, quelle marche il nous parut convenable de suivre, non pas pour être autorisés à conclure affirmativement que la matière soumise à notre examen était formée par le cerveau, mais seulement pour établir qu'il existait une certaine analogie entre elle et la substance cérébrale. La quantité de matière sur laquelle nous étions appelés à nous prononcer était tellement exiguë qu'il devenait impossible de multiplier assez les expériences pour obtenir un résultat concluant.

A peine de retour de Mantes, je crus devoir entreprendre un travail expérimental sur ce sujet, afin d'aplanir les obstacles qui pourraient ultérieurement se présenter aux experts chargés de missions semblables ; on verra plus bas qu'il résulte de mes recherches que l'on parvient à constater la présence d'une proportion très-minime de matière cérébrale desséchée, en s'aidant à la fois d'un certain nombre de *caractères chimiques* et de l'*observation microscopique*, observation que nous n'avions pas négligé de mettre à profit dans l'expertise qui nous avait été confiée.

Il résulte de ces expériences :

1° Que parmi les *organes* de l'homme, il n'en est aucun qui se comporte avec les acides *sulfurique* et *chlorhydrique* comme le fait le cerveau : ainsi, les poumons, le cœur, le foie, la rate, les reins, les testicules, les parotides, les glandes maxillaires et le corps thyroïde donnent avec ces acides des réactions tout autres que celles que l'on obtient avec la matière cérébrale.

2° Que si le *pancréas* développe avec l'acide *sulfurique*, au bout d'un jour ou deux, une teinte violacée qui a quelque analogie avec celle que produit le cerveau avec le même acide, cette teinte a été précédée d'une nuance jaune brunâtre, puis rouge malaga, ce que ne fait pas la matière cérébrale. D'ailleurs, le *pancréas* colore l'acide *chlorhydrique* en *gris sale ardoisé*, sans la moindre teinte *violette*, ce qui n'a pas lieu avec la matière cérébrale.

3° Que si la *chair musculaire* ou *desséchée* colore l'acide *sulfurique* concentré en *violet* au bout d'un jour ou deux, cette teinte a également été précédée d'une nuance rouge malaga, et que, d'autre part, l'acide *chlorhydrique*, qui d'abord colore la chair en violet, prend, dès le troisième jour, une nuance d'un gris ardoise sale, sans la moindre apparence de rouge ou de violet.

4° Que, parmi les matières organiques molles, susceptibles d'adhérer aux vêtements ou instruments tranchants et contondants, de manière à présenter *un produit desséché plus ou moins saillant* (1), il n'en est aucune qui puisse être confondue avec la matière cérébrale, si l'on a à la fois recours aux acides *sulfurique* et *chlorhydrique*. Ces matières sont le jaune d'œuf, le beurre, certains fromages mous, entre autres celui de Brie, la gélatine, le gras de mouton et de bœuf, et la graisse humaine.

5° Qu'à la vérité, le *blanc d'œuf* et certains *fromages mous* donnent, avec ces deux acides, des résultats qui, au premier abord, semblent offrir quelque analogie avec ceux que fournissent ces mêmes acides avec la matière cérébrale, mais qu'il est possible d'établir des différences marquées entre ces réactions.

Ainsi l'albumine desséchée ou humide, tout en faisant naître avec l'acide *sulfurique* concentré une coloration *violette* semblable à celle que l'on obtient avec le cerveau, *se dissout dans l'acide chlorhydrique* et donne une liqueur d'un très-beau *bleu*, si elle est liquide ou coagulée par le feu et encore molle, ou bien une liqueur *violette qui passe au bleu* au bout de quelques jours, si l'on agit avec du blanc d'œuf desséché au soleil ou par le feu. Cette coloration *bleue*, aussi belle que celle du sulfate de cuivre ammoniacal, reprend sa couleur violette dès qu'on chauffe la liqueur, et il suffit de la soumettre à l'action de la chaleur pendant quelques minutes, pour qu'elle acquière une couleur brune analogue à celle du café à l'eau foncé. La matière cérébrale, au contraire, n'est pas complètement dissoute par l'acide *chlorhydrique*, même après douze jours de contact, et se colore au bout de quelques jours en *gris sale*, tirant légèrement sur le *violet*, nuance qui passe au rouge malaga *sans jamais donner la moindre trace de bleu*.

Quant aux *fromages blancs* (caillés), qui sont dissous et colorés en violet par l'acide *sulfurique*, ce qui tend à les rapprocher de la matière cérébrale, ils peuvent en être distingués par l'eau qui précipite instantanément et abondamment en blanc la dissolution sulfurique du cerveau, tandis que ce liquide ne précipite que légèrement, et au bout de plusieurs heures, la dissolution sulfurique du caséum. J'ajouterai que celle-ci est précipitée en couleur *tête de nègre* par le chlorure de nickel, réactif qui fait naître un précipité *vert pré* dans la dissolution sulfurique de matière cérébrale. On peut encore recourir à l'acide *chlorhydrique* pour distinguer le fromage blanc de la matière cérébrale ; en effet, ce fromage desséché au soleil colore presque instantanément le liquide en *rose clair*, puis en violet, et enfin en gris ardoise, tandis que le cerveau le laisse incolore pendant un temps assez long, puis lui donne une teinte gris sale légèrement violacée.

6° Qu'il n'est guère possible de tirer parti, pour reconnaître des *traces* de matière cérébrale, des moyens qui auraient pour but d'y démontrer la présence du phosphore, d'abord parce que celui-ci n'existe dans l'encéphale qu'en très-petite proportion, et qu'il serait par conséquent nécessaire d'agir avec des quantités assez considérables de matière cérébrale, et ensuite parce que le blanc d'œuf et le caséum contenant des *phosphates*, il est évident qu'en les plaçant dans les mêmes conditions que la matière cérébrale, c'est-à-dire en les traitant par le potassium, après les avoir carbonisés, ils doivent contenir, comme le cerveau, du phosphure de potassium.

7° Que l'acide *acétique* ne peut être d'aucune utilité pour établir des différences tranchées entre les diverses matières desséchées dont j'ai parlé.

8° Que c'est par conséquent aux acides *sulfurique* et *chlorhydrique* qu'il faudra avoir recours pour *reconnaître* même *une très-petite quantité* de matière cérébrale, puisque celle-ci donne avec ces acides des réactions *bien différentes de celles que l'on obtient en traitant le blanc d'œuf, le caséum*, etc., par ces mêmes acides.

On va voir, en exposant les résultats fournis par l'observation *microscopi-*

(1) Je dis susceptibles d'adhérer aux vêtements ou aux instruments tranchants ou contondants, de manière à présenter un produit desséché *plus ou moins saillant*, afin qu'on ne confonde pas ce produit avec certaines taches *non saillantes*, comme celles qui seraient le résultat de l'application sur les étoffes, de certains acides, de quelques fruits, etc.

que, combien il est aisé de *caractériser* la matière cérébrale à l'aide du microscope *seul*, alors même que l'on ne pourrait disposer que d'une proportion de matière excessivement minime.

Conclusions. — 1° *Il est possible* de reconnaître la matière cérébrale desséchée à l'aide de l'acide sulfurique et de l'acide chlorhydrique concentrés.

2° Le microscope d'un grossissement réel de 470 fois, mais surtout celui qui porte le grossissement à 580 ou 600 diamètres, fournit un moyen *certain de distinguer* la matière cérébrale *de toutes les matières organiques connues*, alors même que le poids de cette matière s'élève à peine à un milligramme.

3° Quoique l'on soit autorisé à *affirmer* qu'une matière desséchée est de la matière cérébrale, à l'aide des caractères chimiques *seuls* ou à l'aide du microscope, il est préférable de recourir à la fois à l'action chimique des acides sulfurique et chlorhydrique et à l'observation microscopique; pour ce qui concerne celle-ci, il faudra opérer sur la matière laissée pendant quelque temps dans l'eau, afin de l'humecter dans toutes ses parties.

4° En traitant par une dissolution concentrée de sulfate de soude un mélange de matière cérébrale et de sang, comme celui qui pourrait exister sur un instrument contondant avec lequel on aurait fracturé le crâne, les globules de sang sont conservés, et l'on peut, à l'aide d'un microscope, reconnaître et la *matière cérébrale et ces globules.*

De la dilatation graduelle de la cavité du col de l'utérus pour combattre la stérilité chez la femme.

M. Jobert (de Lamballe) lit un rapport sur des observations de M. le docteur Raynaud (de Montauban), pour servir à l'histoire de la dysménorrhée et de la stérilité chez la femme, ainsi qu'à celle des rétrécissements du col de l'utérus.

Aux faits connus de MM. Lisfranc, Velpeau, Robert, Oldham, Mackintosh, etc., M. Raynaud ajoute la relation de deux cas dans lesquels la stérilité a été vaincue par la dilatation graduelle de la cavité du col de l'utérus par l'emploi de bougies en cire et de forme conique, dont il augmenta graduellement le volume; six mois de soins furent nécessaires pour arriver à une guérison complète. L'auteur, après l'énoncé de ces observations, expose les motifs qui lui font préférer ce mode de dilatation à toute autre méthode curative.

M. le rapporteur, après avoir apprécié à sa juste valeur la communication intéressante de M. Raynaud, propose à l'Académie, en adressant des remercîments à l'auteur, de renvoyer son travail au comité de publication. (Adopté.)

Vaccine; son influence sur la population.

M. Bousquet lit, au nom du comité de vaccine, le rapport officiel sur les vaccinations pratiquées en France pendant l'année 1848.

Le rapport de M. Bousquet est divisé en deux parties : l'une dans laquelle M. le rapporteur rend compte des vaccinations pratiquées pendant le cours de l'année, et analyse les travaux et les observations dont l'Académie a reçu communication; la seconde qu'il a consacrée à l'examen et à la discussion de la question de l'influence de la vaccine sur la population. Nous reproduisons textuellement cette deuxième partie du rapport de M. Bousquet.

« Après avoir fait connaître les dangers de la petite vérole, après avoir dit les propriétés de la vaccine, il reste une dernière question, la plus grave, la plus compliquée, la plus délicate de toutes sans comparaison : nous voulons parler de l'influence de la vaccine sur la population.

» Cette heureuse influence, on l'exagérait autrefois, on la conteste aujourd'hui. C'est d'abord un médecin, à la vérité peu connu; il a commencé par se donner pour un zélé propagateur de la vaccine. L'Académie l'a même fait participer à ses récompenses, moins pour ce qu'il avait fait que pour ce qu'il promettait de faire, et le voilà qui renie tout à coup les bonnes doctrines pour des hypothèses véritablement inqualifiables! Que penser d'une théorie qui se persuade que le virus varioleux circule en nature dans l'organisation, et que la petite vérole n'a d'autre effet que de le mettre en évidence et de l'expulser? De pareilles suppositions ont du moins cet avantage, qu'elles échappent à toutes les critiques.

» Elles font encore voir qu'on ne conteste plus à la vaccine la propriété de préserver de la petite vérole; ses nouveaux adversaires disent, au contraire, qu'elle n'en préserve que trop, car on ne peut se persuader que cette préservation soit sans compensation.

» L'un l'accuse d'engendrer la fièvre typhoïde, et il voit entre elle et la petite vérole une analogie si parfaite qu'il s'étonne qu'elle ne frappe pas tous les yeux comme elle frappe les siens; l'autre lui reproche de favoriser le croup, les scrofules, le rachitisme, la phthisie, la fièvre cérébrale, les maladies de la peau, et bien d'autres maladies encore; enfin on a dit, en dernier lieu, qu'en nous ôtant la variole, la vaccine nous avait envoyé le choléra.

» Le plus hardi et à la fois le plus habile défenseur de la nouvelle hérésie, M. Hector Carnot, s'abstient prudemment d'entrer dans les détails des compensations : ce n'est pas son affaire. Il n'est pas médecin ; il se fait un titre de son incompétence même: il ne regarde qu'au résultat. Or, tout bien pesé, tout bien calculé, il lui a paru qu'en faisant vivre l'enfance et en faisant mourir la jeunesse, la vaccine n'était bonne qu'à semer la misère et à dépeupler la terre.

» Ces horribles accusations, les plus graves qu'on ait jamais lancées contre la vaccine, il les porta d'abord devant l'Institut de France, et le tribunal était bien choisi; mais si nous sommes bien informé, au premier choc, il a retiré les pièces du procès, sans toutefois retirer l'accusation. Du jugement de l'Académie des sciences qu'il prévoyait, il en appelle au jugement du public.

» En 1806, lorsque Duvillard calculait la mortalité de la petite vérole, la vaccine était encore si nouvelle que l'influence n'en pouvait être appréciée que sur les enfants de 6 à 8 ans : c'était assez toutefois pour voir qu'en écartant la petite vérole, elle écartait une des causes de mort les plus communes à cet âge.

» Ce premier bienfait, on ne le nie pas, on le déplore, on s'en fait une arme contre la vaccine elle-même. Oui, dit-on, la vaccine conserve les enfants, mais c'est pour les immoler plus tard, quand ils auront atteint l'âge d'homme.

» A l'appui de ce paradoxe, on dit d'abord que tandis que le nombre des mariages s'accroît, celui des naissances reste presque stationnaire. Les mariages deviennent donc de moins en moins féconds, ce qui ne peut dépendre que d'un excès de mortalité dans la *période des amours.*

» En fait, on affirme que, tout bien examiné, la mortalité des deux sexes, de 20 à 30 ans, aurait presque doublé depuis l'introduction de la vaccine.

» Tel serait, suivant M. Carnot, le produit le plus clair et le plus net de cette découverte, dont Cuvier a dit qu'elle suffirait à elle seule pour illustrer notre époque dans l'histoire des sciences.

» Mais quand tout serait comme on le dit, pourquoi s'en prendre à la vaccine? Est-ce que, dans ce système, il n'y a pas d'autres causes de mortalité? Voit-on quelques rapports entre la vaccine et les maladies qu'on lui impute, entre ces maladies et la petite vérole qu'elles remplacent? Et si on ne les voit pas, que devient l'accusation?

» Étonné lui-même de sa conclusion, plus étonné peut-être de son isolement, il appelle la médecine à son secours; il l'invite à rechercher, dans les entrailles des victimes, les traces du poison qui les a tuées; car on n'en fait pas de doute, il faut de toute nécessité que, sous *des noms inconnus* au dix-huitième siècle, la mort prélève sur la jeunesse du dix-neuvième siècle le tribut que la petite vérole imposait autrefois à l'enfance.

» M. Carnot n'a pu continuer ses calculs au delà de l'année où il écrit; mais déjà le mal lui paraît immense dans le présent, et à moins qu'on n'y porte promptement remède en cessant de vacciner, il a les plus sinistres pressentiments de l'avenir.

» Arrêtons-nous ici. Avant d'aller plus loin, avant de raisonner, il importe de s'assurer de l'exactitude, de la réalité des faits.

» Comment savoir si la vaccine a augmenté ou diminué la mortalité à tel ou tel âge? Il y a un moyen qui semble infaillible : c'est de comparer le nombre des vivants avec le nombre des morts avant et après cette pratique; mais tant d'autres causes agissent en bien ou en mal sur la vie qu'il faudrait les isoler, ces causes, et c'est évidemment impossible.

» Il faut donc se résigner à les confondre, comme a fait M. Ch. Dupin, sans se dissimuler les inconvénients de cette confusion.

» Mettons de côté les premiers âges de la vie, sur lesquels il n'y a pas de discussion.

» Réservons toute notre attention pour les jeunes gens, pour cet âge sur lequel, au dire de M. Carnot, la mort se venge des bienfaits que la vaccine répand sur l'enfance et l'adolescence.

» M. Ch. Dupin a calculé la mortalité des hommes de 20 à 28 ans, âge tributaire du service militaire, et il s'est assuré que, loin de s'être accrue depuis l'introduction de la vaccine, la mortalité a diminué de plus de 14 p. 100.

» On conteste ces calculs, sous prétexte d'une erreur commise par l'Annuaire du bureau des longitudes; mais que nous importent l'erreur et la rectification? M. Ch. Dupin n'a pas pris la base de ses calculs dans les tables de M. Mathieu; il se fonde sur les tables célèbres de Duvillard pour les temps antérieurs à la vaccine, et sur celles de Montferrand, qui ne comprennent pas moins de trente années de vaccination.

» Mais on a raison de dire que l'âge de 20 à 30 ans est une époque critique, une époque féconde en décès; on ne se trompe que sur les causes. Par un étrange renversement d'idées, on charge la vaccine des méfaits de la petite vérole elle-même, de la petite vérole qu'on cherche à réhabiliter. On ignore que cette maladie est presque aussi inconnue dans la jeunesse que dans l'enfance. Le dernier Annuaire du bureau des longitudes, dont on se prévaut, contient les victimes qu'elle a faites, dans la ville de Paris, en 1848; elles sont au nombre de 269, et là-dessus il y en a 146 entre 15 et 40 ans.

» Telle est enfin l'aptitude de la jeunesse à la petite vérole que, lorsque la vaccine est impuissante à la conjurer sans retour, c'est à cet âge qu'elle commence à paraître. Lumineuse coïncidence! on dit que c'est à partir de 1817 qu'on s'est aperçu de la funeste influence de la vaccine sur la mortalité, et c'est précisément à la même époque qu'on a constaté pour la première fois en France les faiblesses de la vaccine dans deux épidémies, dont l'une se passait à Montpellier. Ainsi ce serait juste au moment où la vaccine souffre des atteintes de la petite vérole que la mort frapperait les vaccinés, à cause qu'ils sont vaccinés.

» Il y a, selon nous, une application plus naturelle du fait que nous signalons. Qui ne connaît l'influence des âges? Les plus tendres ne sont pas les plus épargnés, il s'en faut de beaucoup. Dans sa course rapide, le temps, armé de sa faux, semble frapper à tort et à travers; mais jusque dans ses plus grands écarts, il suit une espèce de règle, sinon M. Quetelet n'aurait pas pu en tracer l'itinéraire par une espèce de courbe où chacun suit des yeux tous les degrés, tous les mouvements, toutes les variations de la viabilité de l'espèce, année par année. Si nous avons bien compris, jamais la vie ne serait plus assurée que de 5 à 14 ans; puis la ligne s'incline brusquement et sans interruption jusqu'à 25 ans pour se relever un peu jusqu'à 30. Après quoi elle redescend encore, et presque uniformément jusqu'à 100 ans, le plus long terme de la plus longue vie.

» De son côté, M. Villermé s'est assuré que les âges qui ont le moins de chances de vie sont aussi les plus accessibles aux épidémies, et ceux qui résistent le moins : deux observations du même ordre, et qui se confirment mutuellement.

» Il est digne de remarque que la mortalité des femmes ne suit pas tout à fait la même ligne ; il y a des nuances : la courbe est plus régulière. Après la puberté, la viabilité diminue plus rapidement ; elle est moindre aussi dans la période de la fécondité, entre 27 et 45 ans.

» Tel est donc le cours naturel des choses. Cette jeunesse si brillante, si confiante dans ses forces, ne se doute pas des périls qui l'entourent ; elle ne sait pas que, plus que l'âge mûr et l'adolescence, elle est incertaine de vivre. C'est la loi de la nature.

» Mais gardons-nous de croire que, sous le règne de la vaccine, le nœud de la vie soit plus facile à dénouer à cet âge qu'auparavant. C'est tout le contraire qui est vrai. Dans ses intéressantes recherches sur la mortalité de la ville et de l'arrondissement de Dijon, M. le docteur Noirot a fait voir que, tandis qu'au dix-septième siècle les décès des hommes de 20 à 30 ans égalaient 15 p. 100, ils n'étaient plus que d'un dixième au dix-huitième et d'un onzième au dix-neuvième : c'est 4 de moins qu'au dix-septième, un de plus qu'au dix-huitième ; mais il n'y a, selon nous, rien à conclure pour l'avenir de cette légère reprise, qui ne sera probablement que passagère.

» La vie s'allonge et se raccourcit sans qu'on sache trop pourquoi. De 1813 à 1824, elle perd quarante et un jours par année.

» Elle les regagne de 1821 à 1835, et à partir de cette époque, le progrès ne s'arrête plus. De 1834 à 1843, il s'élève de 60 à 130 jours ; il fait plus que doubler en sept ans.

» Après un mouvement ascensionnel si rapide, qui pourrait s'étonner s'il survenait tout à coup un temps d'arrêt ou même de déclin ? Ces variations sont dans la nature ; mais les causes nous échappent. Ne les cherchez pas dans la vaccine, vous ne les trouverez pas. Nous avons pour penser ainsi des raisons qui nous persuadent mieux que tous vos chiffres ; car elles se puisent dans la nature même de la vaccine.

» La vaccine préserve de la petite vérole ! Jusque-là tout le monde est d'accord ; mais comment en préserve-t-elle ? d'où tire-t-elle ses pouvoirs ? Dira-t-on qu'il y a entre l'une et l'autre la même différence, la même opposition de nature qu'entre deux corps qui se neutralisent ? Si on le dit, on se trompe. Prenez les deux virus, mêlez-les ensemble et inoculez ce mélange, vous verrez les deux éruptions naître, chacune à son heure ; vous les verrez croître et grandir comme deux plantes issues de deux germes distincts. L'expérience a été faite et répétée.

» S'il n'y a pas antagonisme entre la variole et la vaccine, qu'y a-t-il donc, et comment s'excluent-elles ? Elles ne s'excluent pas : elles se remplacent, elles se suppléent, elles se substituent l'une à l'autre, en vertu, non pas de leurs différences, mais de leurs analogies, analogies telles qu'il n'est pas de médecin, si exercé qu'on le suppose, en état de les distinguer l'une de l'autre : c'est la même incubation, la même forme, la même marche, etc. Et la ressemblance ne s'arrête pas à l'extérieur ; elle se répète à l'intérieur ; de sorte que les deux éruptions se confondent dans la même description.

» Tout le secret de leur réciprocité est dans cette analogie ; nous ne disons pas identité. Puisqu'il y a un choix, il y a des différences ; mais il y a encore plus d'analogies, et c'est à ce qu'elles ont de semblable que la vaccine et la variole doivent la faculté de se suppléer.

» Condamnés en naissant à la petite vérole, nous payons en équivalents.

» Si la vaccine ne faisait que mettre une maladie à la place d'une autre, si elle reportait sur la jeunesse la dette de l'enfance, il faudrait la repousser comme le plus funeste présent qui ait jamais été fait aux hommes. La chose est facile à comprendre. Incapable de se suffire à lui-même, l'enfant, en naissant, contracte une dette que personne ne peut payer pour lui ; car chacun se doit tout entier à la société qui l'a nourri. Si la mort ne lui laisse pas le temps de s'acquitter, il est évident qu'il n'a été qu'une charge pour ses concitoyens ; mieux vaudrait cent fois qu'il ne fût pas né. J.-B. Say a dit plus brièvement : « Chaque homme est un *capital accumulé* qui représente toutes les avances faites pour le mettre dans l'état où il est. »

» Il n'en faut pas davantage pour comprendre toute la différence qu'il y a entre la perte d'un enfant et la perte d'un homme fait.

» Qu'on ne croie pas cependant que la vaccine conserve toute la vie qu'aurait tranchée la petite vérole. Dans le premier enthousiasme qu'excita cette grande découverte, on annonça un accroissement de population presque inquiétant ; on oubliait que la petite vérole n'est pas le seul péril de l'enfant.

» Et d'autre part, ceux qui faisaient ces brillantes promesses n'avaient pas des idées bien justes des grandes lois qui règlent la population des États.

» A les entendre, on croirait en vérité qu'il suffit de procréer des enfants pour peupler la terre. C'est sans doute la première condition ; mais ces enfants, il faut les élever ; élever un enfant, ce n'est pas seulement le nourrir, c'est fournir à tous ses besoins, des aliments, des vêtements, un abri contre l'intempérie des saisons, du feu quand il fait froid, les secours du médecin en cas de maladie, etc. En un mot, l'éducation d'un enfant comprend tout ce qui est nécessaire à son existence, jusqu'à ce qu'il soit en état d'y pourvoir par lui-même.

» Mais le travail de l'homme est borné. Quelques soins qu'il se donne, quelques efforts qu'il fasse, les sueurs d'un père ne peuvent donc alimenter qu'un petit nombre d'enfants ; s'il en a plus qu'il n'en peut élever, ils souffriront tous, et les plus faibles céderont bientôt la place aux plus forts : l'un périra faute d'une nourriture suffisante ou au moins convenable ; un autre des suites de la malpropreté ou du mauvais air qu'il respire ; un autre de froid ; un autre faute des secours de la médecine, etc. La douleur, cette triste condition de l'humanité, en use avec les enfants comme la loi de Sparte : elle endurcit ceux qui sont nés assez forts pour lui résister ; elle fait périr tous les autres.

» Sur ces principes, il semble que la faculté d'engendrer n'ait d'autres bornes que l'éducation des enfants.

» Mais l'homme est né prévoyant. Placé entre l'attrait du plaisir qui l'invite à se reproduire et les charges d'une nombreuse famille, il délibère en lui-même et s'abstient. Quelle qu'en soit la cause, il y a une grande différence à cet égard dans les diverses classes de la société. L'artisan, le pauvre, fait volontiers autant d'enfants qu'il en peut nourrir, quelquefois plus qu'il n'en peut nourrir, quoique, à dire la vérité, il retranche tous les jours quelque chose de son luxe sur ce point. Le riche, au contraire, esclave de l'opinion et des préjugés du monde, étouffe en lui la voix de la nature pour satisfaire ses vues d'ambition et d'orgueil. Autant il désire un enfant pour perpétuer son nom, autant il s'effraye à la perspective d'une nombreuse famille, tant il craint de déchoir ! Ce qu'il veut avant tout, c'est que sa postérité occupe un rang proportionné à sa naissance, et il a trop d'expérience pour ne pas savoir que, dans ce monde, c'est en grande partie la fortune qui marque la place qu'on y tient.

» Et voilà la cause du peu de fécondité des mariages ! M. le docteur Noirot, que nous aimons à citer, a traduit en chiffres la diminution des familles dans le département de la Côte-d'or.

» Au milieu du dix-septième siècle, chaque famille avait	5 enfants	4/5.
» Au commencement du dix-huitième.	5 —	1/5.
» Au milieu.	4 —	3/10.
» Au commencement du dix-neuvième.	3 —	2/5.
» Au milieu.	2 —	4/5.

» Vous le voyez, la force productive des mariages va diminuant ; mais cette diminution remonte loin. M. Noirot l'a prise au milieu du dix-septième siècle ; on ne vaccinait pas alors. Cessez donc d'accuser la vaccine d'un événement où elle n'est pour rien ; cessez de chercher les maladies nouvelles qu'elle a suscitées en compensation de la petite vérole. Des maladies nouvelles, il n'y en a pas, sauf pourtant le choléra.

» Mais d'ordinaire l'effet et la cause sont contemporains, et dans votre théorie, ils ne le sont pas.

» Encore une fois, la cause que vous cherchez n'est ni dans la vaccine ni dans la mortalité des âges valides et féconds, elle est dans la licence des mœurs, dans l'égoïsme des parents, dans cet excès de prévoyance et d'orgueil dont nous parlions tout à l'heure.

» Et cependant, malgré ce qu'on fait pour l'arrêter à sa source, la population s'accroît dans des proportions même considérables. On estime que l'Europe entière gagne un million d'habitants tous les ans, et ce n'est pas assez dire.

» De 1820 à 1849, la France entière s'est accrue de cinq millions de têtes ; la vie moyenne s'est allongée de sept ans depuis 1806. Nous vivons plus longtemps que nos aïeux, non que la vie de l'espèce soit plus longue, le Créateur n'en a pas reculé les bornes, au contraire, il y a moins de centenaires qu'autrefois, et c'est même une chose assez remarquable que plus la viabilité des masses s'accroît, plus sont rares les exemples d'une longévité démesurée : on dirait que la nature n'a qu'un nombre déterminé de jours en réserve ; plus elle en accorde aux masses, moins il lui en reste pour ses favoris.

» Outre la médecine, bien des causes diverses ont concouru à ce grand résultat ; elles se résument toutes dans le progrès de la civilisation : nous entendons par là l'ensemble des connaissances, des industries et des arts d'où découle la richesse publique. Jetez les yeux sur le globe, vous verrez que les contrées les mieux cultivées, les plus industrielles, les plus riches enfin sont aussi les plus peuplées. S'il y a des exceptions, elles s'expliquent par des causes particulières. Nous dirons donc aux gouvernements : voulez-vous encourager la fécondité des mariages, il y a des moyens plus sûrs que de promettre des primes aux chefs des nombreuses familles ; honorez, secourez l'agriculture, facilitez les échanges, occupez les bras oisifs, récompensez les inventeurs, protégez les concurrences, multipliez les produits, mettez enfin les choses nécessaires à la vie à la portée de tous, et n'oubliez jamais que tout le secret d'activer les productions, c'est d'agrandir la consommation.

» Dans tout pays qui produit plus que ses habitants ne peuvent consommer, il y a place pour d'autres. C'est là, c'est dans ces heureuses contrées que la médecine exerce toute sa puissance. Et que servirait de faire des enfants si on n'avait pas les moyens de les faire vivre ?

» Mais c'est moins à multiplier les naissances qu'à conserver, qu'à allonger la vie que doit tendre la médecine ; nous en avons dit la raison, nous n'y reviendrons pas. Il y a des pays où les naissances et les décès se succèdent rapidement et se balancent ; de tous les moyens de maintenir le niveau de la population, c'est le plus fâcheux. Il en est d'autres où ces naissances diminueront, comme en Suisse depuis 1620 ; mais la vie y est plus assurée et plus longue. En Angleterre, il y a, toutes choses égales, moins de naissances qu'en Belgique ; en revanche, on vit plus longtemps en Angleterre qu'en Belgique ; l'avantage est évidemment pour l'Angleterre, car la multiplication des naissances n'est pas moins nuisible à la richesse publique qu'à la fortune des particuliers. Encore une fois, tout est perte pour la société dans la mort d'un enfant, car cet enfant a dépensé même avant que de naître, soit en condamnant la mère au repos pendant la grossesse, soit par les frais qu'il faut faire pour le recevoir. On a calculé que jusqu'à 16 ans l'homme n'est qu'une charge pour ses parents et pour la société, charge énorme et presque incroyable.

» Si de deux pays également peuplés, le mieux partagé est évidemment celui où l'on vit le plus longtemps, la vaccine peut, à juste titre, réclamer sa bonne part dans ce beau résultat. Il faut avoir bien envie de la vicier pour lui imputer des maladies imaginaires ; où sont-elles ces maladies ? qu'on nous les montre. Pour nous, nous ne les voyons pas, tandis que nous voyons clairement qu'en écartant la petite vérole, elle écarte un des écueils les plus funestes à l'enfance ; elle prolonge donc l'existence et ménage de longs jours à ceux qui, doués d'ailleurs d'une bonne organisation, n'auraient à redouter que cette cause de mort au seuil de la vie.

« On a dit aussi qu'en prolongeant la vie, la vaccine mettait les hommes en état de se reproduire et contribuait ainsi, quoique indirectement, à l'accroissement de la population; mais ce n'est pas par là qu'elle se recommande à la protection des gouvernements; son véritable titre à la reconnaissance publique, c'est de conserver les hommes moins pour la propagation que pour le travail.

» Et en effet, la propagation n'est pas de même nécessité que le travail. Si tous les hommes se mettaient à propager avec une égale activité, la terre aurait bientôt plus d'habitants qu'elle n'en peut nourrir; car quoi qu'on en dise aujourd'hui, il s'en faut de beaucoup que la subsistance se multiplie avec la même facilité que l'espèce, et quand cela serait, qui ne voit que la terre a des bornes et que la propagation de l'espèce n'en a pas? »

M. Rochoux: On ne pourra résoudre la question soulevée par MM. Bayard et Carnot que dans trente ou quarante ans Il est donc parfaitement inutile de s'en occuper actuellement. Quant à l'explication que M. Bousquet a cherché à donner de l'action préservatrice de la vaccine, on aurait pu également s'en passer; c'est toujours le *quia opium facit dormire*.... Il est beaucoup plus sage de s'en tenir au fait.

Enfin dans la partie de son rapport qui a trait à l'économie politique, M. Bousquet a dit qu'il fallait s'attacher à activer la consommation pour activer la production; c'est le contraire qu'il aurait dû dire. La production doit en bonne logique précéder la consommation.

M. Bousquet : Si M. Rochoux veut parler de l'influence directe de la vaccine sur le mouvement de la population, nous n'en saurions pas plus dans trente ans qu'aujourd'hui; car nous ne connaissons pas toutes les causes qui agissent sur la population; mais nous savons que la population s'accroît, et que la durée moyenne de la vie est allongée. Nous savons, d'un autre côté, que la vaccine diminue les chances de mort: nous sommes donc fondés à reconnaître que la vaccine n'est pas étrangère à ce résultat.

Quant à l'analogie entre la variole et la vaccine sur laquelle j'ai cherché à fonder l'explication de l'action préservatrice de la vaccine, elle ne me paraît pas contestable. Il y a entre la pustule variolique inoculée et l'éruption vaccinale une parfaite similitude que Jenner lui-même avait reconnue. Si ces deux éruptions se ressemblent à ce point qu'il soit presque impossible de les distinguer l'une de l'autre, on ne voit pas pourquoi on n'admettrait pas qu'elles puissent se suppléer.

M. Gaultier de Claubry : Je ne saurais trop m'élever contre une assertion bien extraordinaire que renferme le rapport, savoir, qu'à Marseille on aurait inoculé du virus varioleux au lieu de vaccin et qu'il n'y aurait eu aucune différence dans le résultat; nous savons tous très-bien qu'autrefois l'inoculation produisait autre chose qu'une éruption locale.

M. Bousquet: Il est très-vrai que dans l'inoculation variolique il y avait généralement une éruption secondaire; cependant dans quelques cas exceptionnels l'inoculation ne produisait qu'une éruption locale. Or c'est dans les cas de ce genre qu'il a été possible de confondre l'éruption variolique avec l'éruption vaccinale. Le fait que j'ai cité est emprunté à une relation de M. Robert; j'ai toutes raisons de le croire authentique.

M. Rochoux : Je n'ai qu'une objection à faire contre l'identité prétendue de la variole et de la vaccine, c'est que pendant cinquante ou soixante ans on a inoculé la variole sans avoir jamais produit la vaccine.

Le vote des conclusions aura lieu en comité secret.

DOCTRINE D'ARÉTÉE.

M. Bouillaud lit en son nom et au nom de M. Piorry un rapport sur un mémoire de M. le docteur Roussignan (de Cappadoce), consacré au développement des doctrines médicales d'Arétée son compatriote.

M. le rapporteur, après avoir fait l'éloge du travail de M. Roussignan, exprime le vœu que l'Académie s'associe ce médecin à titre de correspondant et conclut en proposant de lui adresser des remercîments. (Adopté.)

CONSTITUTION MÉDICALE DE NICE.

M. Rochoux lit un rapport au nom de la commission de topographie médicale sur deux écrits de M. Naudot, intitulés: 1° Note sur les émanations miasmatiques des marais; 2° Essai sur la constitution médicale de la ville de Nice.

Les deux écrits de M. Naudot renfermant des documents fort utiles à connaître sur le climat de Nice, M. le rapporteur propose de les déposer honorablement dans les archives et d'écrire une lettre de remercîments à l'auteur. (Adopté.)

PRODUCTION CORNÉE DÉVELOPPÉE SUR LA TEMPE D'UNE FEMME.

M. Grisolle met sous les yeux de l'Académie une production cornée qui s'était développée sur la région temporale moyenne gauche d'une femme âgée de 70 ans. Cette corne, dont l'existence datait de trois ans, et qui n'était devenue persistante qu'après s'être successivement développée et détachée une vingtaine de fois dans l'espace d'une trentaine d'années, avait environ 15 centimètres de longueur et 1 centimètre 1/2 d'épaisseur; elle était roulée en spirale, à la manière d'une corne de bouc; son poids était de 11 grammes. Une ligature appliquée à sa base en avait déterminé le détachement presque complet; il avait suffi d'un coup de ciseaux pour la séparer tout à fait. Mais quelques jours après, il survint un érysipèle qui, joint à une affection catarrhale chronique, enleva la malade.

Cette production avait sa racine dans l'épaisseur même de la peau; elle reposait sur une base fibreuse autour de laquelle existaient quelques follicules sébacés développés; mais elle était entièrement indépendante du pariétal, dont la surface était restée parfaitement unie et régulière.

M. Grisolle se propose de faire examiner cette production anormale par un micrographe.

AMPUTATION SOUS-ASTRAGALIENNE.

M. Maisonneuve présente une jeune fille sur laquelle il a pratiqué l'amputation sous-astragalienne d'après le procédé de M. Malgaigne. C'est le troisième cas, à sa connaissance, d'opération de ce genre suivie de succès.

SUTURE DES PAUPIÈRES.

Le même chirurgien présente un jeune homme auquel il a pratiqué la suture des paupières du côté droit dans le but de soustraire le globe de l'œil, dont les fonctions étaient entièrement perdues, à l'action de l'air et des corps étrangers.

Il est cinq heures, l'Académie se forme en comité secret pour entendre les conclusions du rapport sur la vaccine.

BIBLIOGRAPHIE.

DU COLLODION ET DE SES APPLICATIONS EN MÉDECINE ET EN CHIRURGIE (thèse de la Faculté de Montpellier, du 1er juin 1850); par M. V. Lambert, ancien élève des hôpitaux de Lyon.

Depuis longtemps déjà les admirables propriétés du collodion réclamaient une monographie. Devinées peu à peu par d'intelligents praticiens au fur et à mesure des besoins qui se présentaient, elles constituent aujourd'hui un ensemble de secours précieux, répondant à mille indications diverses. Mais c'est justement en raison de leur nombre et de leur variété qu'il serait impossible à un médecin de les imaginer toutes à lui seul. Sans un guide qui lui montre l'étendue de ces ressources, il se verrait donc privé de la plupart d'entre elles, au grand détriment de sa réputation, au plus grand détriment de ses malades.

Une entreprise de cette nature était bien digne, on en conviendra, de stimuler le zèle d'un de nos studieux aspirants au doctorat. Sauf quelques lacunes, d'ailleurs si difficiles à éviter dans une œuvre de premier défrichement, M. Lambert a très-convenablement rempli la tâche qu'il s'était proposée. C'est mieux, beaucoup mieux qu'une pierre d'attente: son travail restera comme un cadre, auquel l'avenir aura sans doute à ajouter plus d'un trait, mais qui, pour le moment, nous paraît à de rares exceptions près, aussi complet que possible.

Prenant son sujet d'aussi haut que l'intérêt de ses lecteurs l'exigeait, M. Lambert traite d'abord de la préparation du collodion. Il donne les diverses méthodes indiquées par MM. Mialhe, Bouchardat, Lutrand, Salmon et Edwards. Ainsi qu'il le rappelle avec raison, le coton-poudre qui doit servir à composer le collodion diffère de celui qu'on veut employer à remplacer la poudre à canon, en ce que le premier, lorsqu'on le fait brûler, ne se consume pas entièrement.

Mais la section chimique n'est que la partie la plus minime du travail de M. Lambert. Après ces notions indispensables, il passe au chapitre des applications. Là, sans se préoccuper de la meilleure classification au point de vue didactique, il nous semble avoir rencontré d'emblée l'ordre qui lui permet de mieux exposer les véritables richesses acquises à la science depuis la découverte du collodion. Il range sous cinq chefs les cas auxquels cet agent convient, savoir:

1° Les solutions de continuité, plaies, ulcères, certaines maladies des yeux;

2° Les hémorrhagies;

3° Quelques préparations pharmaceutiques;

4° Les brûlures;

5° Certaines affections cutanées.

Énumérons ce qui, sur ces différents points, est surtout relatif aux recherches émanant de l'école de Lyon, dont M. Lambert s'est principalement attaché à reproduire les travaux.

La propriété médicatrice du collodion apparaît avec tout son éclat dans la réunion des plaies par première intention. Et l'auteur n'a pas eu besoin de grands efforts de dialectique pour faire admettre sa supériorité en ce qui concerne cette importante indication. Il ne propose cependant pas de l'appliquer à tous les cas, ni de l'appliquer constamment seul. Une incision dont les bords tendent avec beaucoup de force à s'écarter constituerait une contre-indication à son emploi. D'autre part, s'il s'agit, comme dans les plaies de la face, par exemple, d'obtenir la réunion la plus exacte que possible, la suture sera très-avantageusement combinée avec le collodion pour maintenir la juxtaposition complète des lèvres de la solution de continuité. M. Lambert cite des observations empruntées à la pratique de MM. Bonnet et Pétrequin, où l'on voit des plaies profondes de la cuisse,

des amputations de la jambe à diverses hauteurs, cicatrisées en très-peu de temps et sans suppuration, grâce à l'emploi du collodion.

Ce sont là aujourd'hui des faits acquis à la science et devenus vulgaires à force de s'être fréquemment renouvelés. Aussi, à notre avis, M. Lambert eût-il plus utilement servi la pratique, en entrant sur l'application du collodion dans des détails circonstanciés, minutieux même, plutôt que d'accumuler exemples sur exemples à l'appui d'une vérité qui est vieille aujourd'hui à force d'être vraie.

D'autres indications moins généralement connues méritaient les développements qu'elles ont reçus ici : ce sont les essais faits par MM. Fuster, Piorry et Legrand pour prévenir ou pour faire plus promptement guérir les escarres du sacrum, résultat d'un décubitus prolongé.

L'occlusion permanente des paupières avait été préconisée déjà par M. Pétrequin, comme excellent moyen antiphlogistique contre la complication inflammatoire dans les opérations qui se pratiquent sur les yeux. Le collodion offrait un moyen trop commode de remplir cette indication pour qu'on l'eût longtemps négligé. M. Barrier (de Lyon), M. Deval, M. Hairion (de Louvain), ont (ce dernier surtout) étendu à une foule d'indications le bénéfice de cette occlusion, qui s'obtient en un seul instant et de la manière la plus simple.

L'appropriation du collodion à l'hémostasie chirurgicale a fourni sans contredit l'un des chapitres les plus intéressants de cette thèse. On trouverait difficilement dans les annales contemporaines un fait plus instructif, plus fécond en applications utiles à la pratique journalière, que celui où M. Valette, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon, a montré pour la première fois toute la valeur de cet agent contre les hémorrhagies artérielles. Il s'agit d'un homme dont la jambe, presque broyée par une roue de wagon, offrait deux plaies, par l'une desquelles le sang s'échappait abondamment, *rouge et par saccades*. La compression exercée sur la fémorale suspendait momentanément l'écoulement. Un tamponnement avec des bourdonnets de charpie était resté impuissant contre cet accident qui menaçait de devenir grave. En cette occurrence, M. Valette eut l'heureuse idée de placer sur la plaie une petite rondelle de linge imbibée de collodion, après avoir exactement abstergé la peau au pourtour; et il maintint la rondelle avec les doigts jusqu'à ce que l'adhérence eût eu le temps de se faire. — On put alors constater *de visu* la puissance de la barrière qu'on venait d'établir. Le sang en effet rougissait la face interne du linge, mais il ne le souleva en aucun point. Une seconde rondelle, collodiée aussi, fut mise par-dessus la première, et l'hémorrhagie s'arrêta définitivement sans autre secours. Le malade guérit.

En payant, et payant avec plaisir, à M. Valette le tribut d'éloges auquel il a droit pour l'ingénieuse innovation qui a, dans ce cas, sauvé son malade de l'amputation, ou tout au moins de la ligature, nous ne pouvons accorder à M. Lambert que le collodion « ait seul permis de pratiquer ici les irrigations froides ». Il est vrai que le tamponnement aurait pu contre-indiquer pendant quelques jours l'emploi topique de l'eau : mais puisque le tamponnement avait déjà échoué, l'option du chirurgien n'avait évidemment à porter, outre le collodion, qu'entre la ligature dans la plaie, la ligature à la cuisse, la cautérisation ou l'ergotine. Or nous ne voyons pas que l'une ou l'autre de ces médications eût été de nature à proscrire l'usage local de l'eau froide.

Le cas précédent n'est pas le seul du même genre que ce travail renferme. Si nous l'avons cité avec quelques détails, comme le premier et le plus saillant d'ailleurs, ç'a été aussi dans la pensée qu'il engagerait le lecteur à prendre par lui-même, dans la thèse de M. Lambert, connaissance d'autres observations également intéressantes, d'une entre autres où l'on verra une plaie pénétrante de poitrine, compliquée des accidents les plus graves, amenée en quelques jours, par la seule apposition sur la blessure extérieure de linges collodiés, à un état des plus satisfaisants. Cet exemple, encore emprunté à la pratique de M. Valette, est d'autant plus probant en faveur de l'efficacité du collodion, que ce moyen fut le seul mis en usage, toute émission sanguine étant contre-indiquée chez ce sujet.

Nous ne dirons que peu de mots des préparations pharmaceutiques où le collodion est appelé à servir. Nommer le *collodion cantharidal*, puis le collodion proposé comme mastic dentaire, c'est avoir fait l'inventaire, à peu de chose près, complet de tout ce que cette branche de la médecine a jusqu'ici retiré de la découverte du nouveau produit. Son rôle paraîtrait donc plutôt consister à le fournir qu'à en tirer parti pour elle-même.

Nous avons déjà rapporté, d'après M. Lambert, dans la GAZETTE MÉDICALE (voy. 1850, page 404), les observations qui témoignent de la propriété sédative et cicatrisante du collodion dans les brûlures au deuxième et troisième degré. Ces observations étant les mêmes que l'auteur transcrit ici, nous devons nous borner à dire qu'une expérience plus étendue n'a fait que confirmer son opinion sur les avantages nombreux de ce mode de traitement. Chez un malade où deux brûlures semblables ont été pansées l'une avec du coton cardé, l'autre avec le collodion, la supériorité de ce dernier agent s'est montrée décisive dès le second jour.

Un dernier chapitre est consacré à la thérapeutique des maladies de la peau. Mais ici un avertissement au lecteur devient indispensable. Si, comme les dermatologistes, l'on entend par maladies de la peau les *dartres* proprement dites, l'eczéma, le lichen, le prurigo, etc., aigus ou chroniques, assurément le collodion demeurera sans efficacité réelle, non-seulement contre ces affections, mais même contre leurs épiphénomènes, prurit, inflammation, rougeur, etc. Nous nous en sommes maintes fois convaincu nous-même par une expérience suffisamment réitérée, et nous voyons avec plaisir que M. Lambert partage implicitement notre avis sur ce point; car, dans l'énumération très-détaillée qu'il trace des services divers à attendre du collodion, nulle mention n'est faite de sa vertu contre les dartres.

Mais autant le collodion reste impuissant sur les dermatoses de cause interne, autant son succès est grand et son efficacité journellement éprouvée contre toutes les lésions traumatiques du tégument. Il y a sous ce rapport, dans la thèse de M. Lambert, un parallèle empreint de véritable sens philosophique, entre l'érysipèle spontané et celui qui se développe autour et à l'occasion d'une plaie. Il est positif que, à chaque instant, l'observation vulgaire nous montre les plus réels services du collodion dans cette couche protectrice, dans cette seconde peau qu'il fournit en quelques secondes au tégument accidentellement coupé, gercé, brûlé ou contus. Sous l'influence de cette enveloppe imperméable, on voit les solutions de continuité guérir aussi rapidement que cela est la règle pour les plaies sous-cutanées. Ce sont, du reste, des deux côtés, les mêmes conditions physiologiques aboutissant à travers les mêmes phases au même résultat. Seulement il faut bien prendre garde que la similitude ne soit qu'apparente. Un échec complet serait ici le fruit de la moindre méprise; si vous étendez du collodion sur une plaie qui vient d'être produite, la cicatrisation sera effectivement des plus simples et des plus rapides. Au contraire, placez-en l'enduit alors que le travail suppuratif était déjà commencé, ou bien la plaie, compliquée de forte contusion, se trouvait-elle par là vouée à la suppuration, alors le collodion ne suffit plus pour entraver la marche naturelle des phénomènes : il peut même devenir préjudiciable en empêchant l'écoulement du pus. Conclusion : il est, à cette période, formellement contre-indiqué.

En ajoutant au mémoire intéressant de M. Lambert ces simples notions de pratique usuelle, nous n'avons point prétendu y signaler une lacune. Le plan de son travail ne comportait pas des préceptes d'un ordre aussi élémentaire. Il nous a seulement paru que l'occasion se présentait trop naturellement de rappeler ces principes pour que nous dussions la laisser échapper.

Nous ne terminerons pas sans relever une erreur que l'on commet journellement en confondant la commodité d'emploi du collodion ou son instantanéité d'action avec sa force d'agglutination. « Nous n'avons pas en chirurgie, écrit M. Malgaigne, d'adhésif aussi puissant. » Contrairement à une assertion si catégorique, nous pouvons affirmer qu'ayant essayé, chez des teigneux, d'arracher les cheveux à l'aide de linges qui avaient été enduits de collodion, nous n'avons obtenu aucun résultat. Chez ces mêmes sujets, la calotte épilatoire (solution de gomme ammoniaque dans le vinaigre) a entraîné avec elle tous les cheveux. — S'il ne s'agissait que de la force d'adhérence, le collodion trouverait donc dans cette substance un rival digne de le remplacer avec avantage.

VARIÉTÉS.

— L'administration vient de décider l'empierrement de toutes les parties de la voie publique qui longent les murs des hôpitaux. Cette mesure, pleine d'intérêt pour les malades, avait déjà reçu un commencement d'exécution sur le quai Montebello, contigu à l'Hôtel-Dieu.

— La GAZETTE MÉDICALE, dans son numéro du 23 mars, contient l'exposé d'une nouvelle méthode de staphyloraphie communiquée à l'Académie des sciences par M. Sédillot. Quelques journaux anglais contiennent, à ce sujet, de vives réclamations relativement à la priorité du procédé décrit par le professeur de Strasbourg. Il paraîtrait, en effet, qu'en 1845 Fergusson avait décrit ce procédé dans les TRANSACTIONS CHIRURGICALES. Nous signalons ce fait à l'honorable chirurgien.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — RUPTURE DES MEMBRANES DE L'ŒUF. — HÉMATOLOGIE. — ÉPIDÉMIE DE DYSSENTERIE.

Ce n'est pas la matière qui a fait défaut à la dernière séance de l'Académie de médecine ; elle était, au contraire, luxuriante et assez choisie, et pourtant nous n'avons que peu de mots à en dire. Notre raison est que la plus grosse part des communications, fournie par des médecins étrangers, auxquels, pour le dire en passant, l'Académie ne fait pas toujours courtoisement les honneurs de chez elle, n'est venue à notre oreille qu'à travers le bruit des conversations particulières, et que nous craindrions, en nous y arrêtant, de commettre des inexactitudes. Nous retrouverons d'ailleurs ces communications à l'époque des rapports dont elles doivent être l'objet. Bornons-nous donc, quant à présent, à signaler un mémoire fort étendu de M. Devillers fils sur le travail de l'accouchement considéré au point de vue de la rupture des membranes de l'œuf, et d'intéressantes observations de M. Cahen sur l'alcalinité du sérum du sang humain. L'hématologie est à cette heure en grand travail. Il devient de jour en jour plus manifeste que la base sur laquelle on l'a fondée tout d'abord, à savoir l'évaluation quantitative et comparée des éléments du sang, ne donnait que la lettre morte non-seulement de l'énigme pathologique qu'on cherchait à déchiffrer, mais encore de l'état morbide du sang lui-même. La rapidité avec laquelle certains éléments de ce liquide paraissent se transformer les uns en les autres au sein de l'économie, en même temps qu'elle détourne jusqu'à un certain point la signification des données expérimentales fournies par l'analyse chimique, ouvre une perspective nouvelle à l'étude de la pathogénie. Si l'albumine et la fibrine sont, au fond, une seule et même substance, susceptible seulement de se présenter sous des modes variés, il est clair que les différences de proportion qu'elles peuvent subir dans les maladies n'ont plus exactement le même sens, la même portée scientifique, que si ces produits formaient, comme on pourrait le croire d'abord, deux substances entièrement distinctes. Et si, de plus, ces deux modes peuvent se substituer l'un à l'autre, de manière qu'une partie de la fibrine devienne albumine ou une partie de l'albumine fibrine, et si cette substitution réciproque peut se faire très-rapidement, il suit que le vrai problème à résoudre aujourd'hui consiste dans la découverte des conditions qui, dans le sang lui-même, président à ces transformations. Si l'on arrive là, on aura fait un grand pas. Il peut se faire que, ces conditions une fois trouvées, il devienne facile de saisir un rapport entre elles et certains troubles des grandes fonctions, telles que la nutrition ou la sécrétion cutanée, et par suite d'imaginer un moyen de les faire disparaître. C'est dans cette vue qu'ont été dirigées les recherches hématologiques les plus récentes, dont M. Cahen paraît s'être inspiré.

L'Académie a fourni, pour son propre compte, à la dernière séance, deux rapports. Nous ne connaissons encore de celui de M. Gerdy, sur l'*état intellectuel des sourds-muets*, que la première partie, la lecture de la seconde partie ayant été renvoyée à la prochaine séance. Nous nous en occuperons en temps et lieu. L'autre rapport est dû à M. Girardin. Il a pour sujet un mémoire de M. le docteur Hullin, sur la dyssenterie épidémique qui a régné à Mortagne en 1832 et en 1849. Le fait le plus saillant de ce travail, et que M. le rapporteur n'a pas manqué de mettre en relief, c'est l'existence de la dyssenterie épidémique à Mortagne, pendant la durée des deux épidémies de choléra, alors que cette dernière affection régnait aux environs de la ville sans y pénétrer. Il semble que, à Mortagne, la dyssenterie ait été l'expression du génie épidémique qui parcourait la France, comme le choléra l'était dans d'autres localités ; en d'autres termes, que la dyssenterie se soit substituée sur ce point au choléra. On sait qu'à Paris même, dans la dernière épidémie et à l'époque de la décroissance, des phénomènes dyssentériques se sont souvent associés à l'appareil symptomatologique ordinaire du choléra de moyenne intensité. C'est un fait acquis à l'histoire des épidémies, que la dyssenterie se joint quelquefois à d'autres affections épidémiques, notamment à celles qui ont leurs symptômes prédominants du côté du tube digestif, comme les fièvres bilieuses. On peut même dire que de toutes les affections susceptibles de régner épidémiquement, elle est celle qui donne le plus souvent l'exemple de cette sorte d'intrusion. La rougeole ne marche guère de compagnie qu'avec la coqueluche et la grippe ; le croup qu'avec la coqueluche. La dyssenterie, au contraire, fraye avec un grand nombre d'affections, comme on peut le voir dans un rapport fait à l'Académie par M. Villeneuve, sur les épidémies de 1771 à 1830.

Ces faits ont une signification profonde qu'il eût été digne de l'esprit sagace de M. le rapporteur d'aborder hardiment. Ils tendent, en effet, à réduire les types réellement primitifs des maladies épidémiques, de la même manière que l'étude attentive des fièvres, de leurs transformations, conduit à ne leur attribuer qu'un très-petit nombre de racines communes. Et si de l'effet à la cause l'induction est légitime, on arrive à ce principe que les causes primitives, essentielles, des maladies épidémiques et des fièvres les plus diverses par leurs expressions symptomatologiques, si elles ne sont pas absolument identiques, se relient néanmoins par d'étroites affinités. Une localité est envahie par le choléra ; dans cette localité un point échappe au fléau, mais il paye cette immunité d'une dyssenterie, et le phénomène se reproduit deux fois. Dira-t-on que deux causes distinctes d'épidémie se sont développées dans la localité ? On conviendra que cela n'est guère probable. Le bon sens indique, au contraire, que les deux ordres d'affection ont émané primitivement de la même influence morbide. On en peut moins encore douter quand on apprend par l'histoire que ces sortes d'accouplements d'affections épidémiques, loin d'être fortuits, sont au contraire communs et ont lieu suivant certaines règles. Seulement cette influence, ou bien est elle-même modifiée dans sa nature intime par d'autres conditions locales, ou bien, restant essentiellement la même, elle se heurte à des circonstances exceptionnelles qui détournent, changent, dénaturent son action. Nous ne pouvons ici que nous tenir dans les généralités ; mais, nous le répétons, il y avait là le sujet de hautes et utiles considérations. L'Académie n'a pas cru devoir les aborder.

Feuilleton.

LETTRES D'ITALIE.

N° VII.

POMPÉIA.

Idée générale de la ville, au point de vue hygiénique. — Les rues et le pavage. — La voie des tombeaux. — Aménagement des eaux. — Les habitations particulières : *andronitis, gynécée, viridarium* ; comparaison avec les maisons mauresques ; considérations hygiéniques. — La vie publique chez les anciens. — La maison des bains. — Les deux pharmacies ; la maison du chirurgien ; instruments de chirurgie. Études sur la prostitution à Pompéia.

A mon frère, Léon Jacquot, capitaine d'artillerie.

Naples, 10 mars 1850.

Nous nous sommes croisés sur la mer, sans nous en douter, sans nous voir. La bataille était finie, tu revenais ; pour moi la bataille commençait, l'épidémie était dans son plein, et j'allais. Mais hélas! le premier de ceux auxquels mes soins eussent été nécessaires, c'était toi, qu'une fièvre pernicieuse avait mis à deux doigts de la tombe.

Tu te désoles fort de la maladie qui t'a empêché de parcourir les environs de Rome, plus beaux de souvenirs que de réalité, de voir le ciel étincelant de Naples, la rade aux eaux bleues si transparentes, le Vésuve avec son panache de fumée, et Pompéia surtout, cette ville merveilleuse sortant toute fraîche de son linceul, après deux mille ans.

Eh bien! si tu veux, nous allons visiter ensemble la vieille cité. Nous la verrons en médecins, en hygiénistes ; mais les feuillets de mes livres, usés par tes doigts curieux, me disent assez que cette excursion ne te portera pas sur une terre entièrement étrangère.

Prenons le chemin de fer ; nous avons une journée bien remplie ; il faut gagner du temps. Ne nous amusons pas en route. Voilà cependant, sur le bord du chemin, Resina, bâtie sur l'antique Retina, l'une des villes englouties par les déjections du Vésuve ; puis nous arrivons à Portici, auquel Herculanum, saisi par les laves, fournit des fondements aussi durs que le roc. Nous passons devant la petite ville de Torre del Greco, et, quelques instants après, aux portes de Torre del Annunziata. Bientôt les wagons s'arrêtent ; nous sommes au but. D'un côté de la route s'élève un talus qu'il faut gravir ; ce sont les terres et les cendres qui encombraient les rues de Pompeï, remplissaient ses places et ses maisons, et recouvraient ses plus hauts édifices.

Pompéia ! que d'émotions dans ce seul mot, rappelant une des plus terribles catastrophes qui aient épouvanté le monde ; et, en même temps, que de désirs

PHYSIOLOGIE.

HISTOIRE ET SYSTÉMATISATION GÉNÉRALE DE LA PHYSIOLOGIE ; mémoire présenté à la Société de biologie (séance du 8 juin 1850), par M. le docteur L.-A. SEGOND, secrétaire de la Société, bibliothécaire à l'École de médecine.

(Suite et fin. — Voir le nº 25).

En abordant maintenant l'examen historique du plan de la physiologie, il faut signaler, comme un des types préliminaires qui se sont dessinés sous l'influence des opérations philosophiques de Descartes, l'illustre Boerhaave, qui, assistant aux belles découvertes de la physique et de la chimie de son siècle, chercha à concevoir, d'après elles, la santé et la maladie, et malgré les imperfections résultées du défaut de données suffisantes et de réflexions assez approfondies, conçut un plan très-judicieux de l'étude de l'homme.

Considérant qu'il faut commencer par les choses les plus simples, les plus aisées à connaître et les plus certaines, en continuant par celles qui leur ressemblent le plus, et ainsi de suite, en allant avec ordre aux choses composées, obscures, difficiles, Boerhaave établit qu'il faut d'abord étudier l'état normal, puis la santé, puis la maladie, enfin les remèdes, et il détermine ainsi la marche logique par laquelle on va du général au particulier, du simple au composé, de l'indépendant au dépendant. Son précieux traité (1) commence par établir la science de l'état normal et anormal avant l'art de l'hygiène et de la thérapeutique. Dans la partie théorique, les points de vue statique et dynamique sont liés, ce qui résulte du défaut de consistance qu'avaient ces deux parties de la biologie et de la difficulté où on était de saisir leur véritable caractère. Il est vrai que ce plan manifestait au moins le sentiment de la stricte dépendance du point de vue dynamique au point de vue statique, comme dans tous les ordres de phénomènes. Quant au classement de cette partie théorique, il se ressent du peu de cohérence qu'avaient les notions de physiologie à la fin du dix-septième siècle et au commencement du dix-huitième; néanmoins, à part le défaut complet d'études sur les propriétés générales et sur les résultats, Boerhaave sent très-bien la généralité des fonctions végétatives, en commençant par les fonctions de l'intestin. Viennent ensuite successivement la circulation, le cerveau, les glandes, la vessie, la locomotion, la nutrition, la peau et les organes des sens. Cette dernière partie est suivie de l'étude des sens internes, joie, tristesse, indifférence, faim, soif. Boerhaave place en outre dans cette catégorie les problèmes sur la mémoire, l'imagination, les passions, l'attention, la veille et le sommeil; puis vient la respiration, la voix et la parole. Enfin il termine par la génération, comprenant l'étude de la semence, des menstrues et de la conception, qui elle-même se décompose en analyse des modifications principales de l'ovaire après la fécondation et en phénomènes de l'œuf.

Un tel plan pourrait à la rigueur supporter avantageusement le parallèle avec bien des traités modernes sur la physiologie des fonctions; quand à l'esprit qui en dirigea les développements, il est, comme on sait, tout empreint des conquêtes que la raison humaine avait accomplies sur le terrain de la physique et de la chimie; mais comme ces sciences, et la chimie en particulier, n'offraient pas assez de consistance pour concevoir une théorie positive, même bornée à la vie végétative, la doctrine de Boerhaave, par ses grandes lacunes, prêta le flanc aux attaques, et bientôt la métaphysique, par une réaction naturelle, se réinstalla brillamment sous l'animisme de Stahl, et l'école physico-chimique fut réduite au rôle de critique. Mais par le progrès inévitable de l'esprit positif, la conception provisoire de Stahl commença à se transformer dans le *principe vital* de Barthez et l'*archée* de Van Helmont; enfin le principal élément de sa dissolution définitive se manifesta dans Bichat par la transformation des *entités* en simples *propriétés de tissu*, germe fécond de la physiologie générale.

Bichat, servi par une riche collection de matériaux, à laquelle avait surtout coopéré le savant et judicieux Haller, et servi par les nouveaux principes de physiologie qui résultaient de la fondation de l'anatomie générale, pouvait déjà concevoir le système de la physiologie; car même pour l'étude des résultats, il était plus que qui que ce soit capable d'en concevoir l'étude, après le profond sentiment de l'unité de la vie, qu'il avait si bien manifesté dans ses RECHERCHES SUR LA VIE ET LA MORT. Néanmoins Bichat n'a laissé qu'un plan de la physiologie des fonctions. Ce plan, indiqué par Bichat au § VIII des considérations préliminaires du TRAITÉ D'ANATOMIE GÉNÉRALE, est resté sans exécution dans la si courte existence de ce grand biologiste : mais il a servi de base à un grand nombre de traités. Les graves imperfections qu'il renferme tiennent en grande partie à l'état de la science à la fin du dix-huitième siècle. Il en est cependant qui sont en désaccord avec sa première division en *vie animale* et *vie organique*. On voit en effet, dans ce plan, les fonctions relatives à l'espèce séparées de la vie organique, tandis que la vie animale et la vie organique sont étudiées dans une même section. Si la carrière de ce grand biologiste avait pu s'étendre jusqu'à l'opération fondamentale de Gall, il n'aurait pas rangé parmi les fonctions de l'individu les fonctions intellectuelles et morales, qui ne doivent pas être brutalement considérées au même titre que les organes de la végétalité. Pour éviter cette fâcheuse confusion, il fallait que le cercle des fonctions fût complété par Gall; il fallait en outre que le véritable point de vue de toute recherche fût réglé par l'avénement de la science finale. Dès à présent, en effet, toutes les conceptions, pour être dirigées vers leur véritable but, doivent cesser de présenter le caractère de séparation qui ne permet pas d'en saisir les liens. Nous étudions l'homme individuel pour arriver à comprendre l'être collectif; il faut donc, en traitant les fonctions, distinguer celles de l'individu, celles de la prolongation temporaire de l'individu, celles enfin par lesquelles il s'incorpore plus ou moins intimement à l'être collectif : de cette manière on arrive à saisir, dans la physiologie des résultats, tous les degrés et tous les modes de la vie. On ne peut, à cet égard, adresser un reproche direct à Bichat; mais tous ceux qui ont usé de son plan, dans une époque plus rapprochée de la nôtre, doivent évidemment supporter le blâme pour ne pas avoir suppléé à ses imperfections sous l'influence des fondations modernes.

J'arrive actuellement au dernier type systématique, à l'éminent Blainville, dont le plan devait nécessairement consacrer de grands perfectionnements, mieux préparé qu'il était à une plus large conception. C'est d'après le plan du cours de physiologie fait à la Faculté des sciences, pendant

(1) INSTITUTIONES MEDICÆ, Leyde, 1708.

ce nom fait naître, comme il excite la curiosité, combien il évoque de souvenirs! Le suaire a si bien conservé le cadavre de la vieille cité, qu'on peut aujourd'hui assister à une partie des scènes qui se passaient il y a deux mille ans. Mais tâchons de ne pas oublier que nous sommes médecins, et faisons un choix parmi les vives impressions qui vont nous assaillir en foule.

Pompeia, aujourd'hui Pompéi, fondée par les Pélasges et les Tyrrhéniens, dans une antiquité reculée, était une ville riche et commerçante, située à l'embouchure du Sarno; la mer baignait jadis ses murs, mais les atterrissements et les matériaux vomis par le volcan ont avancé le rivage en empiétant sur le golfe. Bouleversée, en 63 de notre ère, par un tremblement de terre, elle se relevait de ses ruines, quand, en l'an 79, le Vésuve engloutit, sous des montagnes de cendres et de lave, Pompéia, Herculanum, Stabies, Oplonte et Retina. La coulée de lave ne prit pas la direction de Pompéia; celle-ci fut assaillie par une pluie de cendres et de vapeurs aqueuses qui, en se condensant, formaient un mastic avec la cendre. Une grande partie des habitants parvinrent à se sauver; on rencontre pourtant des squelettes épars dans les maisons, et on en a découvert des groupes nombreux dans la caserne des soldats, et dans les caves de la villa suburbaine d'Arrius Diomède.

Un tiers de la ville est déblayé. Du haut du rempart, découvert dans tout son périmètre, qui a 3 milles, on peut jeter un coup d'œil d'ensemble sur les dispositions générales. La ville se développait sur un terrain dont la pente allait mourir dans la mer. Des rues bien percées la traversaient dans toute sa longueur, témoin la voie de la Fortune, qui va de la porte d'Herculanum à la *porta Nolana*. Les rues sont presque toutes longues, larges, tirées au cordeau; on voit très-peu de ruelles étroites et tortueuses. Le pavage consiste en grandes dalles de lave. L'air circulait d'autant plus librement dans ces amples canaux, que les maisons n'avaient qu'un seul étage au-dessus du rez-de-chaussée. Des carrefours et des places s'étendaient entre les îlots de maisons; deux de ces places sont aujourd'hui déblayées, le grand forum et le forum triangulaire. D'autres espaces libres se rencontraient à chaque pas dans la ville, grâce au mode de construction usité dans ces temps-là : presque tous les monuments publics, larges et spacieux, étaient à ciel ouvert; on ne trouvait d'abri que sous le pérystile qui les entourait, et dans quelques emplacements intérieurs, par exemple dans la *cella* des temples. La basilique, tribunal où se débattaient publiquement les affaires; la caserne des soldats, qui peut bien avoir été aussi un marché; les temples nombreux éparpillés dans les divers quartiers de Pompéia; tout, jusqu'au lavoir des prêtres, jouait un rôle important dans l'économie hygiénique de la ville, en remplissant l'office de réservoirs dans lesquels l'air jouait avec liberté. D'ailleurs Pompéia, légèrement bâtie en amphithéâtre et regardant le nord, était balayée par les vents salubres du septentrion, que les monticules de Baïa et de Mysène ne peuvent arrêter, à cause de leur éloignement et de leur peu d'altitude.

L'origine si ancienne de Pompéia, et sa destruction avant que le régime romain eût notablement modifié la ville, expliquent une particularité qui étonne de prime abord, quand on se reporte aux cités élevées plus récemment et de toutes pièces par les descendants de Romulus : nous voulons parler de l'absence presque complète d'égouts et de conduits souterrains à Pompéia, en opposition avec l'abondance de ces substructions dans les villes romaines. Les eaux plu-

les années 1829, 1830, 1831 et 1832, que je vais déterminer les vrais progrès opérés par la biologie sous les derniers efforts du puissant esprit de coordination qui caractérise toutes les fondations de Blainville. Ce plan constitue la plus large systématisation qu'on ait opérée en physiologie, bien qu'il soit naturellement incomplet à l'égard de divers points fondamentaux.

A la suite des *prolégomènes*, dont la véritable portée est très-bien déterminée, Blainville divise la physiologie en trois parties. La troisième comprenant simplement l'histoire de l'esprit humain dans la physiologie, nous pouvons ne considérer que les deux premières. On trouve dans la partie préliminaire ce que beaucoup d'autres font entrer dans les prolégomènes, l'*étude de la composition physique, chimique, anatomique et microscopique des animaux*, ce qui est l'objet propre de l'anatomie générale. Blainville place encore dans cette première partie l'étude de l'*action des modificateurs externes sur l'organisation en masse mort ou vivant.*

L'analyse de l'organisme, dans laquelle Blainville a introduit l'importante considération des *éléments* et des *produits*, doit précéder l'anatomie des organes et des appareils, et si Blainville a compris cette étude dans un plan de physiologie, il aurait aussi bien pu, avant les phénomènes des fonctions, placer l'anatomie des organes, et confondre ainsi, comme Boerhaave et Haller, le point de vue statique et dynamique, dont il a si bien senti la distinction en tête de son premier volume sur l'ORGANISATION DES ANIMAUX. Quant à l'action des modificateurs externes, j'ai suffisamment développé, dans mes deux premiers mémoires sur la systématisation de l'anatomie (1), la réforme capitale qui consiste à étudier cette action après l'anatomie et la physiologie, afin que le sujet étant aussi connu que l'objet, on puisse logiquement en apprécier les influences réciproques. Cette première partie doit donc disparaître du plan de Blainville, qui se réduit alors à la seconde ou *partie essentielle*.

Avant d'aller plus loin, il faut observer que Blainville, par suite de son anticipation sur l'étude des modificateurs, a fondu les deux physiologies, celle de l'organisme, considéré isolément, et celle de l'organisme, en rapport avec les modificateurs. Mais cette confusion étant expliquée, nous pouvons maintenant étudier cette seconde partie, divisée en *phénomènes des propriétés, des fonctions, des résultats et phénomènes définitifs*. Pour la première fois, nous voyons la physiologie générale nettement systématisée; seulement l'incomplète préparation de l'auteur ne lui a pas permis de la développer, bien qu'il en ait senti la vraie situation logique. Mais par une singulière transformation, je vais montrer que la physiologie des systèmes se trouve contenue dans la division suivante, consacrée aux *phénomènes des fonctions*, dont la première classe comprend l'*absorption*, la *sanguification* et l'*exhalation*. Pour peu qu'on y réfléchisse, on ne tarde pas à concevoir que l'absorption, étudiée comme le fait Blainville, dans la *peau*, l'*intestin*, le *poumon*, n'est que l'examen topographique de la propriété d'absorption qui doit dépendre essentiellement de certaines conditions de texture. On peut en dire autant de l'exhalation, que Blainville étudie de la même manière. Quant à la sanguification, il est impossible de ne pas la concevoir comme un résultat; en sorte qu'il y aurait là à la fois confusion entre les fonctions et les propriétés, et même entre les fonctions et les résultats. La même observation est applicable au premier ordre des fonctions animales, où la contractilité et l'irritabilité sont étudiées dans tous les points de l'organisme où elles concourent à un acte déterminé. Une telle manière de procéder tend, comme on peut le voir, à absorber l'étude des fonctions dans la physiologie des systèmes, ce qui nuirait finalement au but de la physiologie. J'avais raison plus haut de faire honneur à Blainville de l'institution de la physiologie des systèmes; mais il faut par contre reconnaître que, dans son plan, les véritables phénomènes des fonctions sont dissous par la considération prépondérante de l'étude des propriétés ou même des résultats. Quant aux phénomènes de sensibilité extérieure, extéro-interne, intérieure, le plan de Blainville offre diverses systématisations partielles d'un grand intérêt, sans que, à beaucoup d'égards, il ait profité de l'importante fondation de Gall et de celle d'Auguste Conte son véritable appréciateur.

Dans les *phénomènes résultats*, Blainville n'a étudié que la composition, la décomposition et la calorification; il n'a donc pas senti autant qu'il devait le faire la véritable physiologie des appareils.

Tels sont les principaux types de coordination auxquels on peut rattacher tous les plans adoptés jusqu'à ce jour. Les avantages et les imperfections que présente celui de Blainville nous amènent à concevoir aujourd'hui une combinaison plus intime de la physiologie et de l'anatomie, en établissant parallèlement aux études statiques une série correspondante de démonstrations dynamiques. Les observations mêlées à cet examen doivent me dispenser de répéter ici, en terminant, quelle doit être la constitution définitive de la physiologie; il faut seulement rappeler que la marche analytique dont j'ai tracé les degrés ne doit pas être simplement considérée comme un cadre de recherches, mais bien comme le plan d'une série de démonstrations devant se subordonner à la méthode subjective. Je dois surtout rappeler que les physiologistes actuels, sous peine de ne remplir aucun office social, doivent s'attacher à se représenter l'étude des êtres vivants comme le préliminaire de la sociologie, de même que la physique et la chimie ont été le préliminaire immédiat de la biologie. La physiologie animale, considérée ainsi entre l'étude des végétaux, qui lui sert de base, et l'étude de la société, qui est son but, réalisera enfin sa haute destination.

CHIRURGIE PRATIQUE.

MÉMOIRE SUR LA RUPTURE DE L'ANKYLOSE ET SUR SA COMBINAISON AVEC DES SECTIONS SOUS-CUTANÉES; par M. BONNET, professeur de clinique chirurgicale à Lyon.

(Suite. — Voir les numéros 21, 22 et 24.)

III. — RUPTURE DE L'ANKYLOSE DE LA HANCHE.

L'articulation de la hanche est sans doute l'une de celles qui se prêtent le plus aisément à la rupture des ankyloses. Les surfaces articulaires s'y touchent dans une étendue moindre qu'au genou; l'une d'elles y est con-

(1) Voy. MÉMOIRES DE LA SOC. DE BIOLOGIE, t. I, p. 13.

viales, descendant des rues et vomies par les dégorgeoirs des maisons, n'étaient pas absorbées d'espace en espace le long de la voie publique par les bouches béantes des egouts; elles se ruaient, comme de véritables torrents, dans toute la ville, quand une des averses diluviennes de l'hiver venait à répandre beaucoup d'eau en peu d'instants. Aussi un mode de construction tout particulier a-t-il été nécessaire pour remédier à ces graves inconvénients. De larges trottoirs s'alignent de chaque côté de toutes les rues; ils ont 2 et jusqu'à 3 pieds d'élévation, surtout dans les carrefours vers lesquels convergaient les ruisseaux debouchant de plusieurs rues. Mais ce n'était pas tout de permettre au passant de longer les maisons, à l'aide d'un trottoir suffisamment exhaussé pour le mettre a l'abri de l'eau; il fallait lui donner le moyen de se transporter d'un ilot a un autre. Or l'enjambement des rues torrentueuses était facile, au moyen de larges pierres plates, un peu moins élevées que les trottoirs, et disposées d'espace en espace sur la voie publique. Ces pierres forment de véritables petits ponts qui n'auraient que des arches sans tablier; elles sont disposées par lignes de deux ou trois, et quelquefois on n'en trouve qu'une seule, dans les ruelles étroites. Ce système réunissait un triple avantage : l'eau s'écoulait entre les piliers; la circulation des chars n'était pas interrompue; l'habitant pouvait traverser la rue à pied sec. Pompeia, lorsqu'un réseau de torrents enfermait tous ses ilots de maisons, devait momentanément offrir en miniature l'image de Venise.

Des empreintes, qu'on dirait d'hier, sillonnent les rues et les trottoirs. Ici c'est l'ornière tracée par les roues; sur les espaces découverts, les chars, libres dans leur course, n'ont pas laissé de vestiges; mais les roues, obligées de passer entre les pierres plates, ont profondément fouillé la lave des pavés. Le trottoir est également creusé en rigole, par la continuité du passage des piétons, dans les rues les plus frequentées; c'est même là, avec l'abondance des boutiques sur rue, un bon moyen de déterminer le mouvement de la population dans les différents quartiers. Tout a l'apparence de l'actualité à Pompeia; en passant devant les maisons, on reçoit encore le bonjour du maître, car on lit à chaque pas sur le seuil des portes : *Have* ou *Vale*.

Nous devons citer, au nombre des mesures de police sanitaire, le soin de reléguer le cimetière hors de la ville. La voie des Tombeaux, qui part de la porta Herculanea, est certainement une des plus curieuses de Pompeia, avec ses monuments funèbres de toute forme, en pierre et en marbre, qui s'élèvent de chaque côté de la route. Un monument était destine à un personnage célèbre, ou bien à une famille, ou encore à la population en général. On montre le *columbarium* des gladiateurs, et une vaste cour, qui semble avoir été le premier cimetière.

Il n'était pas si urgent que chez nous de rejeter les cimetières loin de la ville, à cette époque où l'usage voulait qu'on livrât les cadavres au bûcher pour en recueillir seulement les cendres dans les urnes funéraires. On a trouvé à Pompeia une grille de bronze, recouverte d'un tissu d'amiante dans lequel on mettait le corps exposé aux flammes du bûcher. Toutes les familles ne suivaient pas cette coutume; quelques-unes conservaient les cadavres entiers : c'est ainsi qu'on a découvert, dans la voie des Tombeaux, des squelettes adossés aux parois du caveau sépulcral. La même exception s'est perpetuée à Rome : les tombeaux de la famille Scipion recélaient des cadavres entiers. Pline et Cicéron nous apprennent, du reste, que l'usage de cette illustre maison n'était pas de brûler la dépouille des morts.

vexe, l'autre concave, et l'on n'y voit pas de partie accessoire, analogue à la rotule, qui ajoute ses adhérences à celles des os qui forment essentiellement l'articulation.

Cette rupture peut se faire sans section préalable, ou après avoir divisé les tissus qui s'opposent aux mouvements.

1° RUPTURE DE L'ANKYLOSE SANS SECTIONS SOUS-CUTANÉES.

A la hanche comme au genou, c'est à l'aide de la flexion forcée que l'on peut détruire le plus aisément les adhérences qui unissent les os. Si l'on veut pratiquer cette opération, on commence par rendre le malade insensible à l'aide du chloroforme ou de l'éther, et deux aides vigoureux assujettissent solidement le bassin sur le lit. L'opérateur, saisissant alors la cuisse ankylosée, cherche à augmenter sa flexion et à lui faire toucher le devant du tronc. A ce mouvement de flexion forcée, il fait succéder des efforts d'extension, et en répétant ces mouvements alternatifs un certain nombre de fois, il ne tarde pas à entendre les craquements qui annoncent la rupture. Celle-ci opérée, on tâche de la rendre plus complète par des mouvements de latéralité et par des mouvements de rotation. Ces mouvements peuvent être continués pendant cinq à huit minutes, afin de ramener autant que possible le membre à la rectitude.

L'expérience démontre que cette opération est toujours innocente, ou du moins qu'elle n'est suivie que d'une inflammation passagère et sans danger, les résultats curatifs variant suivant les conditions dans lesquelles se trouvaient les malades et suivant les soins apportés au traitement consécutif.

Voici les faits que j'ai pu recueillir sur ce genre de rupture.

M. Pravaz, dans l'appendice qu'il a ajouté à son TRAITÉ DES LUXATIONS CONGÉNITALES DU FÉMUR, fait l'histoire d'une ankylose de la cuisse presque complète et succédant à une inflammation aiguë de la hanche. Un rebouteur rompit cette ankylose, en plaçant le jarret du côté malade sur l'une de ses épaules et le soulevant avec force pendant qu'il pressait avec ses deux mains sur la partie antérieure des os des iles.

La flexion forcée de la cuisse détermina des craquements dans l'articulation, et les douleurs qui en furent la suite eurent assez peu d'intensité pour que la malade pût se lever dès le lendemain. Des mouvements graduels succédant à cette rupture firent disparaître presque complètement toute trace de claudication.

J'ai fait moi-même sur trois malades la rupture de l'ankylose de la hanche. Dans tous les cas, les suites de cette rupture ont été très-simples; un seul malade a ressenti des douleurs pendant près de huit jours. Chez les autres, celles-ci furent très-passagères. Quant aux résultats curatifs, ils ont varié suivant l'état antérieur des malades, et toujours des traitements plus ou moins complexes ont succédé à la rupture.

Deux de ces malades avaient une arthrite chronique sans suppuration; un autre avait une maladie de la hanche avec abcès. L'un de ceux dont la hanche était le siége d'une ankylose suite de douleurs rhumatismales se nommait Jean Pralus, âgé de 17 ans. Son observation ayant été rapportée avec détail dans mon MÉMOIRE SUR LES APPAREILS DE MOUVEMENT, je me contenterai de la résumer.

Les deux cuisses de ce malade étaient ankylosées dans la flexion et l'abduction; la maladie datait de quatre mois. Je rompis les adhérences pendant le sommeil produit par l'éther, le 11 novembre 1847; les mouvements dont je fis suivre cette rupture, opérée dans la flexion forcée, produisirent des craquements perceptibles à la main et à l'oreille des assistants, ils indiquaient l'absorption des cartilages, et une grande inégalité des surfaces articulaires. Le traitement consécutif, après trois jours de repos, se composa surtout des mouvements artificiels, exécutés par des aides. Cependant, comme les résultats étaient lents et incomplets, j'éthérisai de nouveau le malade dans la septième semaine du traitement, et j'imprimai aux deux cuisses des mouvements très-étendus et dans tous les sens. On fit ensuite un emploi journalier des douches d'eau froide et d'un appareil de mouvement. La marche devint chaque jour plus facile, et lorsque après quatre mois de traitement, le 6 mars 1848, le malade quitta l'Hôtel-Dieu, il marchait avec facilité et sans bâton (en arrivant il avait besoin de deux béquilles). Tous les mouvements de la cuisse s'accomplissaient dans la moitié à peu près de leur étendue normale.

Le fait suivant est celui d'un malade (M. Laroche) affecté d'une lésion rhumatismale grave de la hanche. Le traitement n'eut aucun succès. J'attribue ce résultat, d'une part, à la déformation et l'absorption des surfaces articulaires; de l'autre, à ce que le traitement ne fut continué sous mes yeux que pendant un mois. Probablement si j'avais pu le suivre pendant le temps nécessaire, c'est-à-dire pendant trois ou quatre mois, et si j'avais fait la section des muscles adducteurs, j'aurais obtenu un résultat moins imparfait.

Le troisième malade (Paul Millet) dont il me reste à parler avait un ankylose de la hanche avec abcès considérable; son observation a été exposée dans mon mémoire sur les mouvements artificiels. La rupture de l'ankylose ne fut qu'une partie accessoire du traitement. Elle facilita toutefois le rétablissement des mouvements et la disparition de la difformité qui était très-considérable. Je fis cette rupture dans un mouvement de flexion forcée; elle s'accompagna d'un craquement si fort que je craignis d'avoir rompu le fémur lui-même et non pas seulement des adhérences vicieuses. Quoi qu'il en soit cette rupture ne fut suivie de douleurs que pendant trois à quatre jours, et elle contribua au résultat définitif qui fut extrêmement heureux.

2° RUPTURE DE L'ANKYLOSE DE LA HANCHE APRÈS LA SECTION SOUS-CUTANÉE D'UN CERTAIN NOMBRE DE MUSCLES.

Dans la plupart des ankyloses de la hanche pour lesquelles les malades peuvent réclamer les secours de l'art, la cuisse, fléchie presque à angle droit sur le bassin, est entraînée en dedans ou en dehors, et elle est maintenue dans cette position vicieuse par les muscles rétractés, ainsi que par des tissus fibreux de nouvelle formation. Dans ces cas difficiles, les mouvements forcés imprimés à la cuisse sont insuffisants; ils ne peuvent faire cesser la flexion, l'adduction ou l'abduction du membre, et le redressement n'est possible après la rupture de l'ankylose qu'autant que l'on divise les muscles rétractés, ainsi que les tissus fibreux de nouvelle formation.

Si, pour réaliser ce plan, on voulait transporter à la hanche une méthode semblable à celle de M. Palasciano pour le genou, on serait conduit à couper le muscle grand fessier; mais cette section, qui ne pourrait être indiquée que comme moyen de faciliter la flexion de la cuisse, est complètement inutile; car dans la plupart des ankyloses de la cuisse, ce muscle distendu et affaibli ne peut opposer aucun obstacle sérieux à la flexion de la cuisse. La section complète du muscle grand fessier est d'ailleurs presque impossible, tant l'aponévrose qui le termine est largement étalée. On

---

Sur la voie des Tombeaux de Pompéia, les habitations des vivants se mêlaient à la dernière demeure de leurs ancêtres; le champ de repos était animé par des auberges, des jardins et des maisons de plaisance, au nombre desquelles nous citerons la villa urbaine de Diomède, l'une des plus vastes et des plus riches de Pompéia.

On trouve très-peu d'écuries dans la ville; elles étaient reléguées hors des portes. Les hôtelleries *intrà muros* semblent surtout avoir été destinées aux gens à pied.

Pompéia ne ressemblait pas à certaines de nos villes du Midi, où les lieux d'aisances manquent dans les maisons; de sorte que trop souvent on jette les immondices sur la voie publique. Nous avons rencontré à Pompéia beaucoup de lieux d'aisances avec leur fosse.

L'eau de source ne faisait certainement pas défaut dans la ville: on trouve des fontaines publiques, notamment dans la rue de l'Abondance, et dans les maisons riches, on aperçoit au fond de la cour ou sur le *viridarium* une coquille en rocaille et en mosaïque, de laquelle l'eau s'échappait en tombant de cascade en cascade. Mais il y a loin de là aux rivières que les aqueducs conduisaient dans Rome antique. Pour remédier à cette pénurie relative, et à cause du rôle important que l'eau jouait dans leur hygiène comme dans leurs plaisirs, les Pompéiens recueillaient avec le plus grand soin toutes les eaux pluviales, dans des citernes, dans des bassins et dans l'inévitable réservoir appelé *impluvium*, creusé au milieu de l'*atrium* de toutes les habitations.

Les maisons de Pompéia sont généralement construites sur le même modèle; elles n'avaient, comme nous l'avons dit, qu'un étage au-dessus du rez-de-chaussée. Il a cédé sous le poids des amas de cendre; de sorte que le rez-de-chaussée est aujourd'hui à ciel ouvert, excepté dans les rares endroits où il était protégé par une voûte. Les maisons qui donnaient sur la mer, par exemple la villa de Diomède, étant bâties le long d'une pente rapide, offraient seules deux étages, du côté de la plage, tandis que sur la rue elles rentraient dans la règle générale.

Le premier était destiné aux esclaves ou loué à de petites gens. Quelques gradins en pierre, terminés par un escalier de bois, conduisaient à ces appartements, et le maître de la maison, pour s'isoler la nuit de sa domesticité, faisait retirer l'escalier de bois, absolument comme un pont-levis. C'est au rez-de-chaussée qu'habitaient la famille et les esclaves favoris employés près de la personne des maîtres.

Les maisons sont en général assez légèrement construites; on n'y trouve pas ces épaisses murailles, ces solides maçonneries, cette profusion de voûtes qui caractérisent les villes romaines. Les Étrusques, au territoire desquels Pompéia s'est trouvée agglomérée dans un temps, n'ont pas non plus inspiré le goût de leur architecture. Pompéia était une ville grecque: le joli, le brillant, l'agréable et le frivole, l'application des arts aux usages journaliers, étaient les conditions recherchées par les Pompéiens, pressés de jouir et pensant peu au lendemain. Aussi allons-nous voir que, dans leurs maisons, on trouvait un véritable petit monde, et qu'à chaque espèce de plaisir était réservé un local particulier.

Une maison bien complète peut être représentée par un rectangle allongé, divisé en trois corps de logis: l'*andronitis* en entrant, le *gynécée* au milieu, le *viridarium* à l'extrémité opposée à la porte. Le propriétaire tirait parti de la fa-

doit se borner à diviser les muscles qui, après la rupture de l'ankylose, pourraient s'opposer au redressement, c'est-à-dire ceux qui sont à la hanche ce que les tendons du jarret sont au genou.

Quoi qu'il en soit l'ensemble de l'opération comprend à la hanche comme au genou : A. La section sous-cutanée des tendons et des muscles; B. la rupture de l'ankylose; C. le traitement consécutif.

A. Section des tendons et des muscles.

Les muscles à diviser varient suivant que le membre ankylosé est raccourci ou allongé.

a. Lorsqu'il y a un raccourcissement, la cuisse est maintenue tout à la fois dans la flexion, l'adduction et la rotation en dedans. (Voyez l'article *Hanche* de mon TRAITÉ DES ARTICULATIONS.) Pour faciliter le redressement, il faut donc diviser les fléchisseurs, les adducteurs et les rotateurs en dedans.

Les fléchisseurs que l'on peut diviser sont le couturier, le droit antérieur, l'iléo-aponévrotique et les fibres antérieures du moyen fessier. Les rapports du pectiné et des psoas et iliaque avec les nerfs et les vaisseaux fémoraux obligent de les laisser intacts.

Les seuls faisceaux musculaires qui produisent la rotation de la cuisse en dedans sont ceux de la partie antérieure du moyen fessier. Leur section est donc doublement indiquée, comme fléchisseurs et comme rotateurs en dedans. Les adducteurs dont la division est possible sont les trois muscles de ce nom et le droit interne, qui est placé plus superficiellement.

b. Lorsque le membre malade est allongé, la cuisse, fléchie comme dans le raccourcissement, est maintenue dans l'abduction et la rotation en dehors. Il y a donc indication, dans l'un et l'autre cas, pour la section des muscles fléchisseurs; mais au lieu de couper les adducteurs et les rotateurs en dedans, ce sont les abducteurs et les rotateurs en dehors qu'il faut diviser. De ces deux ordres de muscles, les abducteurs sont seuls abordables : ce sont le moyen et le petit fessier. Les rotateurs en dehors, placés dans la région pelvi-trochantérienne, sont dans de telles conditions que l'on ne peut songer à leur division simultanée.

La section de la plupart des muscles dont il vient d'être question n'est pas nouvelle dans la science. M. Jules Guérin a pratiqué depuis longtemps, dans les luxations congénitales du fémur, la section sous-cutanée de l'iléo-aponévrotique du moyen fessier et du faisceau antérieur du grand fessier; il a pratiqué, dans les mêmes difformités, des sections péri-articulaires dans lesquelles les tissus fibreux profonds doivent être surtout intéressés.

Le rapport publié sur les travaux de M. J. Guérin démontre également que, dans des coxalgies avec adduction de la cuisse, il a fait la section des muscles adducteurs.

Cependant cet auteur n'ayant pas décrit les procédés qu'il a mis en usage, les sections qu'il a faites étant moins nombreuses que celles que je propose, et la combinaison des sections musculaires avec la rupture de l'ankylose étant un sujet entièrement neuf dans la science, je vais décrire chacune des sections que ces cas particuliers peuvent rendre nécessaires.

Quelles que soient celles qu'on ait à pratiquer, on doit avoir à sa disposition un ténotome pointu et un ténotome mousse. Ce dernier a une partie métallique, de 10 centimètres de long, dont la lame forme la moitié et le pédicule l'autre moitié. Ces ténotomes, beaucoup plus longs que ceux dont on a coutume de se servir, doivent avoir les dimensions qui viennent d'être indiquées, afin que l'on puisse diviser à leur aide des muscles épais et donner une longueur suffisante au canal étroit à travers lequel pénètre l'instrument, à partir de la piqûre de la peau jusqu'au point de la section des muscles.

SECTION DES ADDUCTEURS.

Les adducteurs doivent être coupés en haut, vers leur insertion au pubis, partie où ils forment le relief le plus distinct au-dessous de la peau.

Cette section doit être faite comme celle du tendon d'Achille, de la partie superficielle à la partie profonde; elle doit comprendre le droit interne et les trois adducteurs.

Si la section que l'on fait en ce sens pénétrait trop profondément, elle pourrait intéresser la veine et l'artère fémorales. Ce danger est facilement évité en faisant placer le doigt indicateur d'un aide sur cette artère et deux autres doigts plus en dedans. Celui du milieu pressant ainsi sur la veine fémorale, et le plus interne dépassant cette veine, le ténotome ne peut intéresser aucune partie importante, si son tranchant s'arrête avant d'avoir atteint les parties limitées par les doigts de l'aide.

Je me suis demandé s'il valait mieux enfoncer le ténotome en arrière ou en avant de la cuisse. Je n'hésite pas à dire qu'il est préférable de le faire pénétrer d'arrière en avant, au devant de l'ischion, parce qu'en agissant ainsi la piqûre de la peau peut être éloignée de 3 centimètres au moins de la section des muscles, et que ce long canal sous-cutané met à l'abri de toute espèce d'accidents.

D'après ces principes, j'opère de la manière suivante : le malade étant couché sur le dos, on amène son bassin sur le bord du lit. Un aide met un doigt sur l'artère et deux doigts en dedans sur la veine; une piqûre est faite à la peau en dedans et en avant de la tubérosité de l'ischion, et le long ténotome mousse qui est introduit en arrière à travers cette piqûre pénètre jusqu'à l'extrémité interne du pli de l'aine. Il sert à couper le droit interne et les adducteurs.

SECTION DES FLÉCHISSEURS.

Les seuls fléchisseurs de la cuisse que l'on puisse diviser sont : le couturier, le jambier antérieur, l'iléo-aponévrotique et le faisceau antérieur du moyen fessier. Tous peuvent être divisés simultanément.

Pour n'intéresser dans ces sections ni le nerf ni l'artère crurale, il suffit qu'un aide applique sur le pli de l'aine trois doigts, dont le plus interne presse sur l'artère crurale, le moyen sur le nerf crural, et dont le plus externe est placé en dehors de ce nerf. Le ténotome, que l'on fait pénétrer de dehors en dedans, doit s'arrêter un peu avant d'avoir atteint le doigt le plus externe.

On procède, dans l'opération, de la manière suivante. Le malade étant couché sur le côté sain, l'opérateur, après avoir fait un pli à la peau, pique celle-ci en arrière du pli, à 3 centimètres au-dessus du grand trochanter et à 9 ou 10 centimètres en arrière de l'épine iliaque antérieure et supérieure. A travers cette piqûre, il pousse d'arrière en avant le ténotome mousse, et il arrive jusqu'au devant du muscle couturier, à 2 centimètres au-dessous de l'épine iliaque antérieure et supérieure.

Il presse alors avec les doigts de la main gauche sur le dos de la lame, et il l'enfonce jusqu'à ce que le tranchant en soit arrêté par le col du fémur, et

---

çade en la louant à des boutiquiers; les appartements de la famille donnaient tous sur les cours intérieures, comme dans les maisons mauresques, avec lesquelles, du reste, les demeures des Pompéiens offrent plus d'un point de ressemblance.

L'*andronitis*, appartement des hommes, se composait d'une cour, *atrium* ou *cavædium*, entourée de petites pièces. En entrant par le vestibule, on trouvait les *cellæ atrienses*, loge du portier; puis, dans chaque aile latérale et au fond, les *alæ*, espèces d'antichambres ouvertes, où l'on attendait le maître du logis; le *tablinum*, ou cabinet d'étude, dans lequel les clients étaient reçus; le *larium*, temple des dieux domestiques; enfin les *cubiculæ*, chambres à coucher, destinées aux hommes et aux hôtes.

La cour de l'*andronitis* était quelquefois entièrement à ciel ouvert; dans d'autres circonstances, un toit, soutenu par des poutres et des poteaux, la recouvrait en partie. Au centre est toujours ménagée une lacune, par laquelle les eaux pluviales tombent dans un bassin nommé *impluvium*.

On voit que ce premier corps de logis correspond parfaitement au local destiné, dans la vie orientale, à la réception des étrangers.

De l'*andronitis* on passait dans le *gynécée* ou *gynæconitis*, appartement des femmes, qui répond au sérail des musulmans. C'était pour cette partie de sa demeure remplie de fleurs et de femmes, de parfums et de volupté, que le Pompéien réservait tout son luxe, toute sa magnificence. La cour était entourée d'un péristyle soutenu par des colonnades. Sous ces portiques s'ouvraient les appartements des femmes ornés de stucs et de fresques, et pavés de mosaïques aux riches couleurs. Un parterre à la chinoise fleurissait dans la cour; ce jardin en miniature se composait de gazons, de petits arbres, de petites fontaines, de fleurs, de statuettes en bronze et en marbre, d'animaux dispersés sur la pelouse. Le *viridarium* de la maison de la musicienne, dans lequel on a eu le bon goût de laisser à leur place tous les objets, donne une parfaite idée de ces jardinets.

Quelquefois des treilles ou des plantes grimpantes, soutenues par des berceaux, ombrageaient la cour du gynécée, et leurs rameaux formaient sur les terrasses d'autres voûtes où la famille allait, le soir, respirer l'air frais. La disposition de ces ombrages rappelle tout à fait les maisons mauresques de l'Algérie : après avoir étalé sur la cour leur dais de verdure, les treilles retombent sur les terrasses en portiques d'où les musulmanes peuvent, quand la nuit tombe, jeter à travers les branches un coup d'œil jaloux sur la foule joyeuse, aux plaisirs de laquelle elles ne doivent s'associer qu'en imagination.

Dans le *gynécée* se trouvent les *cubiculæ*, chambres à coucher pour les femmes et les esclaves favorites. Ces chambres ne sont que des cabinets, et quelques-unes, malgré leur étroitesse, contiennent cependant des alcôves, *thalami*. La bibliothèque, le cabinet de toilette, le *sacrarium* avec ses statues, la cuisine, les lieux d'aisances, les bains, la salle à manger (*triclinium*) d'hiver, se pressaient également sous les colonnades du *gynécée* ou dans ses recoins reculés. Toutes ces pièces sont nécessairement très-petites, à cause de leur multiplicité. Il est probable, du reste, qu'à Pompéia, comme en Orient, on se tenait beaucoup moins dans les appartements exigus que sous les arcades fraîches qui se retrouvent à profusion dans les architectures grecque, romaine et mauresque. Il semble même qu'il soit resté quelque chose de cet usage à Naples, où les ou-

l'extrémité mousse par les doigts de l'aide. Les expériences sur le cadavre démontrent que, dans ce temps de l'opération, on coupe le couturier, le droit antérieur de la cuisse, le tenseur de l'aponévrose, les fibres antérieures du moyen fessier et une portion de la capsule.

SECTION DES ABDUCTEURS.

Les abducteurs que l'on peut couper sont le petit fessier et le moyen fessier : le lieu où on les atteint le plus facilement est celui où ces muscles s'insèrent au grand trochanter. En les divisant, on ne craint la blessure d'aucun vaisseau ni d'aucun nerf. Voici comment je procède dans cette opération. Le malade étant couché sur le côté sain, je fais une piqûre avec le ténotome pointu à 4 centimètres en arrière du grand trochanter et au niveau de son bord supérieur. Par cette piqûre, j'introduis le ténotome mousse d'arrière en avant, et horizontalement jusqu'au-dessous de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Je tourne alors le tranchant du côté de l'os des iles, et je coupe toutes les fibres qui se présentent jusqu'à ce que je sois arrêté par les os. Lorsque cette section est faite concurremment avec celle des fléchisseurs, elle vient rejoindre celle-ci en arrière et forme avec elle un angle aigu.

Après ces sections, quelles qu'elles soient, on bouche l'ouverture avec un linge enduit de collodium. Ce pansement est préférable à celui que l'on peut faire avec du diachylum, parce que la toile imbibée de collodium reste adhérente, quels que soient les mouvements du malade dans son lit.

Dans les opérations assez nombreuses où j'ai coupé les muscles de la hanche, j'ai été frappé de la simplicité des suites de ces opérations, si graves en apparence. J'attribue surtout cette simplicité à la facilité que l'on a de réaliser à la cuisse les principes de la méthode sous-cutanée. Dans aucune autre région du corps, l'on ne peut glisser aussi profondément le ténotome au-dessous de la peau, et se mettre ainsi à l'abri de l'introduction de l'air, qui serait sûrement grave à la suite de ces immenses sections.

Le seul petit accident que j'aie observé est l'insensibilité de la peau, ainsi que des douleurs passagères à la partie antérienre et externe de la cuisse. Cette insensibilité dépendait sans doute de la section de quelques rameaux externes du nerf crural.

B et C. — Rupture de l'ankylose et traitement consécutif.

Les sections terminées, et les ouvertures soigneusement fermées avec un linge enduit de collodium, on pratique la rupture de l'ankylose à l'aide des manœuvres qui ont été décrites plus haut.

Lorsque cette rupture est opérée, et qu'on a donné momentanément au membre la plus grande rectitude possible, on peut laisser le malade sur son lit, dans la position où il était avant l'opération, les douleurs consécutives aux sections sous-cutanées et à la rupture des adhérences ne sont pas ainsi accrues par la position inaccoutumée du membre ; mais une fois que les douleurs sont calmées, il est nécessaire d'opérer le redressement graduel et de maintenir le membre pendant quelques semaines immobile dans une rectitude convenable. Pour atteindre ce but, aucun moyen n'est préférable à l'emploi d'une gouttière double, qui embrasse le bassin et les deux membres inférieurs. On trouve la description de cet appareil à l'article *Hanche*, dans mon TRAITÉ DES MALADIES DES ARTICULATIONS.

Lorsque les douleurs sont éteintes, on peut passer à l'emploi des appareils de mouvement. Toutefois, si les surfaces articulaires sont ulcérées et déformées, et que les adhérences aient été très-intimes, il faut prévoir d'avance l'inutilité des mouvements, et se borner à obtenir l'ankylose dans la position plus droite que l'on a obtenue.

Nous avons vu qu'après la rupture de l'ankylose du genou, il est nécessaire de donner un tuteur au membre abdominal, pour prévenir les douleurs et les déformations que pourrait entraîner la marche. Un appui artificiel de ce genre est encore plus nécessaire à la hanche. La flexion y est plus difficile à prévenir, et le poids du corps peut y entraîner un chevauchement du bassin et du fémur rendu facile par l'obliquité de la surface qu'offre la cavité cotyloïde, quand son rebord supérieur a été détruit.

J'ai cherché à remplir ces indications au moyen d'une ceinture solidement fixée et dont la partie externe offrait un croissant matelassé sur lequel le grand trochanter devait trouver un point d'appui. L'expérience m'a démontré l'inutilité de ce moyen, lors même que l'on joint à la ceinture des béquilles et des sous-cuisses ; malgré cette addition, l'appareil ne soutient pas le grand trochanter avec solidité.

Aujourd'hui, si j'avais à maintenir une hanche dans la rectitude après qu'elle aurait été redressée, je ferais porter au malade un appareil semblable aux membres artificiels de M. Martin, qui se prolongerait en haut en se continuant avec une ceinture maintenue par des sous-cuisses. Par là, je ferais porter le poids du corps, non sur la hanche, mais sur l'ischion, et j'aurais les éléments nécessaires pour prévenir une flexion ultérieure de la cuisse sur le bassin.

(La fin au prochain numéro.)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

ATRÉSIE DE LA MATRICE AVEC ABSENCE DE VAGIN ; observation communiquée par le docteur D. DE JOMNÉ (d'Ostende).

Cette monstruosité qui se présente de loin en loin et dont les annales de la science renferment quelques rares exemples, est remarquable en ce qu'elle rappelle les parties génitales externes de quelques vertébrés, celles des ovipares. Ce qui est permanent chez ces derniers constitue un état transitoire chez la femme, mais peut, par un arrêt de développement, devenir permanent. C'est ce qui forme la monstruosité dont nous venons de recueillir un exemple dans notre pratique. La rareté du cas, les enseignements qui en résultent pour la pratique nous ont engagé à le livrer à la publicité.

On lit dans les ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE GAND l'observation d'une absence complète du vagin chez une jeune fille bien constituée, dont la nécropsie est venue révéler la singulière disposition de l'appareil générateur externe. Cette observation communiquée par M. le professeur Burggrann, de l'Université de Gand, est remarquable sous le rapport des détails. On y voit l'utérus, sans communication au dehors, ayant des trompes et des ovaires volumineuses. Il n'existait qu'un seul méat vulvaire, large, muni d'un sphincter et s'ouvrant dans une vaste poche, laquelle a dû servir au coït. C'était la vessie, adossée directement au rectum, de manière qu'il n'y avait qu'une cloison sans aucun intermédiaire. Les uretères, au lieu

---

vriors se livrent à leur métier en pleine rue, le long de leurs portes.

Le *venereum*, *aphrodision* des Grecs, avait également sa place dans le *gynécée* Son nom indique assez ce à quoi il était destiné. Nous ne dirons certes pas un mot des peintures qui décorent les *venerea ;* les vieux célibataires les plus débauchés n'oseraient certes point, chez nous, orner leurs alcôves d'images aussi lubriques.

L'*exedra*, grand salon d'apparat, la pièce la plus splendide de la maison, terminait le *gynæconitis ;* on aperçoit ses statues et ses colonnes, en débouchant des *fauces*, corridor de communication entre l'*androconitis* et le *gynécée*.

La construction du palais de Néron, que nous avons visité dans notre troisième lettre, est un des éléments sur lesquels nous nous sommes appuyé pour émettre la proposition suivante : Le climat de l'ancienne Rome était probablement plus chaud que celui de la ville moderne. Certes, cette opinion est également soutenable à Pompéia : chambres s'ouvrant sous des portiques qui répandent un premier ombrage, voûtes de feuillage destinées à épaissir encore cette ombre ; bassins et fontaines dans les cours ; stucs et marbres partout ; pavés en mozaïques ; absence presque absolue de cheminées dans les chambres ; pas de boiseries ni de parquets. En un mot, tout est sacrifié au désir de la fraîcheur.

Dans nos lettres d'Afrique (1), en décrivant les maisons mauresques, coulées, pour ainsi dire, dans le même moule que les habitations pompéiennes, nous avons signalé quelques vices inhérents à ces sortes de constructions ; stagnation de l'air qui s'imprègne profondément d'humidité entretenue, l'hiver, par l'abondance des pluies, l'été par les eaux qui jaillissent ou dorment dans les bassins. Le même inconvénient existait sans aucun doute à Pompéia. Dans la maison du Faune, l'une des plus belles de la ville, on admire des fresques mieux conservées qu'ailleurs ; la raison s'en découvre facilement : les stucs ont été appliqués sur des lames de plomb et retenus par de nombreuses pointes qui pénètrent de toute part dans la porte. L'humidité des murs n'a pu dégrader ces précieuses peintures.

L'un des meilleurs moyens de préserver les rez-de-chaussée de l'humidité, c'est de les bâtir sur caves. En examinant, dans les ruines romaines, les substructions qui supportent les pièces destinées à l'habitation, nous nous sommes plusieurs fois demandé si le but de ces voûtes n'aurait pas été, au moins en partie, d'isoler les appartements à l'aide de l'interposition d'une couche d'air. Quoi qu'il en soit, toujours est-il que les substructions sont bien loin d'êtres communes à Pompeia comme dans les bâtisses romaines. La longue cave qui fait le tour du jardin de Diodème était un cellier, dans lequel on trouve encore des amphores ; elle ne ne supportait aucune aile de bâtiment habité.

Dans les maisons bien complètes on voit, derrière le *gynécée*, le *viridarium*, ou grand jardin, entouré d'un péristyle à colonnades. Ce corps de logis semble avoir été destiné aux plaisirs de société, comme le *gynæconitis* aux plaisirs intimes ; on y trouve le salon de musique, la salle de danse, la salle des jeux, la salle à manger d'été. Le *viridarium* manque dans beaucoup d'habitations d'ailleurs riches et confortables ; le parterre du *gynécée* le remplace alors. Dans les maisons qui n'ont qu'un *atrium*, un petit coin de la cour, ordinairement en face de la porte, est disposé en *viridarium*.

E. J.

(La suite au prochain numéro.)

(1) LETTRES D'AFRIQUE (GAZ. MÉD., 1846 et 1847).

de s'insérer à la base du trigone, se prolongeaient jusque contre le méat vulvaire, en arrière duquel ils s'ouvraient par des embouchures ayant chacune un sphincter propre. A partir de ce point, ces canaux formaient, par leur dilatation, des espèces de sinus faisant office de réservoirs. Les urines n'avaient pas ainsi à passer dans la vessie, disposition qui rappelle la vessie de quelques tortues marines, et qui a permis à la fille de se livrer au coït sans être frappée d'incontinence d'urine. La personne qui fait l'objet de notre observation n'a pas été aussi heureuse. Nous en verrons les motifs.

Voici maintenant le cas :

Obs. — Il y a quelques jours je fus consulté pour une femme d'une trentaine d'années, mariée depuis huit mois; pendant tout ce temps l'acte conjugal n'avait pu s'accomplir, de sorte que le mari épuisé à force de lutter contre un obstacle infranchissable, s'est-il décidé à faire visiter sa femme. Ce fut à moi qu'il s'adressa. La femme est bien conformée, d'une constitution sèche et nerveuse. Cheveux et yeux noirs, peau blanche, pubis et grandes lèvres bien garnis de poils, les seins bien développés. Elle m'avoua avoir éprouvé de fréquents entraînements vers l'homme, mais que la crainte d'avoir des enfants l'avait empêchée d'accéder à ce désir. Elle ignorait du reste l'état de ses organes sexuels. L'inspection des parties me fit reconnaître que le périnée avait sa grandeur ordinaire. En écartant les lèvres je ne trouvai qu'un méat de la grandeur d'une plume à écrire. J'essayai inutilement d'y introduire le petit doigt : l'ouverture était très-résistante et comme fibreuse. La sonde ayant été introduite, les urines s'écoulèrent aussitôt. Comme il y avait du sang derrière le méat, par suite d'une espèce de suintement menstruel, je jugeai convenable de débrider le méat en divisant le sphincter du côté du périnée. Le sang put ainsi sortir sous forme de petits caillots. Désirant mieux m'éclairer sur l'état des parties, j'introduisis avec précaution le doigt. Je pus constater ainsi qu'il n'y avait point de vagin, mais seulement une espèce de cloaque au fond duquel on sentait la saillie du museau de tanche. Celui-ci était couvert par la paroi du cul-de-sac; du moins il me fut impossible d'y trouver la moindre ouverture. Dans cet état je dus me borner à cette exploration et avertir le mari de l'impossibilité d'accomplir les devoirs conjugaux. Mais celui-ci ne tint pas compte de mes recommandations : il voulut voir sa femme; rapport qui fut fatal à cette dernière, puisque immédiatement après elle fut frappée d'incontinence d'urine. Les époux vinrent me trouver de nouveau, me priant de porter remède à cette infirmité. Le méat était considérablement agrandi et comme éraillé. Il me fut facile d'y pénétrer avec le doigt et de là dans la vessie. Il était évident que le membre viril avait été introduit dans cette poche et en avait forcé l'entrée; de là l'impossibilité de retenir les urines, parce que les uretères, au lieu de s'ouvrir en avant du col comme chez la fille dont M. le professeur Burggrann nous a donné l'histoire, s'insèrent à leur place ordinaire, c'est-à-dire à la base du trigone. Le speculum que je pus introduire cette fois, me permit de reconnaître le fond du cul-de-sac, communiquant en haut avec la vessie par une ouverture munie d'un éperon, débris du col déchiré et offrant dans son fond le museau de tanche imperforé. J'avertis le mari de l'impossibilité de remédier à ce vice de conformation et l'engageai à ne plus voir sa femme de peur d'augmenter l'incontinence des urines. Peut-être que le col en se resserrant rendra cette infirmité moins considérable. Peut-être encore y aura-t-il lieu plus tard à tenter une opération plastique du genre de celles de M. Jobert de Lamballe pour les fistules urétro-vaginales.

L'observation qu'on vient de lire est importante tant sous le rapport physiologique que pathologique. A l'égard du premier, elle confirme ce que les organographes nous apprennent concernant la formation des organes génito-urinaires et l'existence primitive d'un sinus uro-génital commun. On voit ici se réaliser le grand principe de l'unité de composition et celui de l'arrêt de développement comme la cause de la plupart des monstruosités observées chez l'homme. Quand à la pathologie, notre observation fait voir que, dans des cas semblables, il y aura à examiner avant tout où s'ouvrent les uretères, les tentatives que l'on pourrait faire pour remédier à l'atrésie de l'utérus et rendre cet organe apte à la conception étant subordonné à cette circonstance. Ainsi, l'on sondera avant tout. Si l'algali introduit dans la vessie amène incontinent des urines, c'est un signe que les uretères s'ouvrent dans cette poche, et il faudra s'abstenir de toute opération, de peur d'amener l'incontinence des urines. Il faudra surtout s'abstenir de moyens dilatants et défendre sévèrement le coït. Malheureusement il est à craindre que cette prescription n'arrive trop tard; car pour autant qu'on peut en juger par les deux observations maintenant connues, celle de M. le professeur Burggrann et la mienne, les femmes avec absence de vagin sont d'un tempérament très-érotique. On dirait que l'intensité des désirs est en raison de l'impossibilité de les satisfaire, soit par le coït, soit par des attouchements indiscrets, la résistance du méat urinaire est forcée, et, selon le point où les uretères s'ouvrent, dans la vessie ou en avant, l'acte est suivi ou non d'incontinence d'urine. Que si les uretères ont une embouchure séparée, on pourra tenter la cure de l'atrésie de l'utérus par une opération analogue à celle de l'atrésie du rectum, c'est-à-dire en perforant au moyen d'un trois quarts le fond du cul de-sac et en pénétrant dans le museau de tanche qu'on dilatera au moyen de l'éponge préparée ou d'autres agents spongieux. — La fécondation dans cette circonstance présenterait quelque analogie avec ce qui a lieu chez les ovipares, c'est-à-dire par l'introduction de la verge dans le cloaque commun. — Nous ne vous cacherons pas toutefois, que, dans l'intérêt de la dignité humaine, mieux vaudrait écarter ces femmes du coït que de les y convier en rendant l'accomplissement de cet acte moins pénible.

Ostende, 20 juin 1850.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

III. MONTHLY JOURNAL OF MEDICAL SCIENCE.

Les numéros d'octobre, novembre et décembre 1849 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Sur le typhus et la fièvre typhoïde*; par M. W. Jenner. 2° *De la nutrition anormale dans les cartilages articulaires*; par M. Redfern. 3° *Notes sur l'existence de la bile dans les selles cholériques et dans la première urine sécrétée après la période algide*; par M. Parkes. 4° *De la transmission des maladies du père à la mère par l'intermédiaire du fœtus*; par M. A. Harvey. 5° *De l'anatomie et de la physiologie des muscles obliques de l'œil, chez l'homme et les animaux vertébrés*; par M. Struthers. 6° *Considérations sur le chloroforme dans la pratique des accouchements*; par M. Murphy. 7° *Sur les excroissances en forme de chou-fleur du col de l'utérus*; par M. Watson. 8° *Sur la pathologie du cœur*; par M. Douglas. 9° *Sur l'urine dans le choléra*; par M. Begbie. 10° *Cancer de la langue existant depuis quatre ans; glandes cervicales intactes; excision; guérison*; par M. Keith. 11° *Cas de hernie fémorale opérée avec succès après treize jours d'étranglement*; par M. Johnston. 12° *Remarques pratiques sur la coqueluche, avec l'indication d'une nouvelle méthode pour traiter cette maladie*; par M. Watson. 13° *Sur l'usage externe de l'acide acétique pour prévenir la dissémination de la scarlatine*; par M. Webster.

NOTE SUR L'EXISTENCE DE LA BILE DANS LES SELLES CHOLÉRIQUES, ET SUR LA PREMIÈRE URINE SÉCRÉTÉE APRÈS LA PÉRIODE ALGIDE; par le docteur PARKES.

OBSERVATIONS SUR L'URINE DES CHOLÉRIQUES; par le docteur BEGBIE.

En résumant, il y a quelques mois (voir GAZ. MÉD., p. 326), les diverses opinions qui ont été successivement émises sur la composition des déjections cholériques, nous avons rappelé que M. Lassaigne, en 1832, avait vainement cherché dans ces déjections le principe de la bile; que tout récemment le docteur Parkes était arrivé au même résultat négatif; que néanmoins d'autres recherches tendaient à faire naître le doute sur ce point de pathologie. Les selles riziformes des cholériques, traitées à chaud par une petite quantité d'acide nitrique, prennent une teinte violette, ou d'œillet, ou de pourpre. Ce phénomène est attribué par Simon à la présence, dans les selles, d'une certaine quantité de *bile modifiée*. En France, M. Follin a dit avoir rencontré, dans le liquide des déjections, des cristaux de cholestérine.

Aujourd'hui le même docteur Parkes, qui n'avait pas cru devoir se rallier à l'opinion de Simon, vient se rétracter. Ses doutes étaient fondés principalement sur ce que la couleur *verte* que produit ordinairement l'acide nitrique, mis en contact avec le principe de la bile, ne se rencontrait jamais, et sur la ressemblance des caractères de la réaction produite par cet acide avec ceux qu'on obtient en le mettant en présence de certaines matières colorantes de l'urine. Mais dans des expériences ultérieures, M. Parkes a obtenu la coloration particulière signalée par Simon, c'est-à-dire la coloration violette ou purpurine, en traitant par l'acide nitrique des déjections provenant d'individus sains et d'individus affectés de fièvre typhoïde ou de *typhus fever*. Et comme le liquide pancréatique ou la matière des exsudations intestinales ne peut donner lieu à une réaction semblable, il en conclut, par voie d'exclusion, que la réaction doit être attribuée à la présence de la bile. La coloration violette par l'acide nitrique, serait donc un caractère propre à dévoiler le mélange des principes de la bile à un liquide; seulement ce caractère n'appartiendrait qu'à une bile plus ou moins *modifiée*, tandis que la coloration verte, par le même acide, annoncerait la présence d'une bile *normale*. Or la coloration violette s'obtient indubitablement quand on traite par l'acide nitrique la matière des déjections cholériques.

Ce retour d'un observateur aussi distingué et consciencieux que M. Parkes à une opinion qu'il avait d'abord combattue, est un hommage qui parle très-haut en faveur de la justesse de cette opinion. Et quand on songe qu'elle s'est d'abord produite sous le patronage d'un chimiste comme M. Simon, on ne peut s'empêcher de craindre que ceux qui avaient nié d'abord

absolument la présence de la bile dans les selles cholériques, et ne pouvaient, à cette époque, attacher à la coloration violette ou purpurine une signification vraie, n'aient été dupes de l'insuffisance de leurs procédés chimiques. Il faut pourtant ajouter que, d'après M. Parkes, la coloration violette elle-même ne peut être obtenue, dans beaucoup de cas, pendant la période d'augment de la maladie; en sorte qu'il paraît y avoir souvent, à cette période, rétention complète de la bile hors des voies digestives.

Passant à l'étude de l'urine dans le choléra, l'auteur dit avoir rencontré, dans l'urine rendue après la période algide, une grande quantité d'une substance qui, traitée par l'acide nitrique, prend exactement la coloration particulière que donne le même acide à la matière des digestions. Il en a rencontré, soit que l'urine fût ou ne fût pas albumineuse, soit qu'elle ne contînt plus ou contînt encore une certaine quantité d'urée. Cette substance, il la regarde comme identique à celle que contiennent les selles. Comme cette dernière, elle est soluble dans l'alcool; comme elle, elle prend, sous l'action de l'acide nitrique, la couleur de la violette ou de l'œillet; comme elle, elle perd cette couleur quand l'acide est en excès, et prend alors une couleur jaune; dans les deux cas enfin, si le liquide contient de l'albumine, celle-ci, coagulée par l'acide nitrique et la chaleur, prend une teinte rouge ou violette, à moins que la dose d'acide ne soit trop considérable. L'urine des cholériques contient donc souvent, d'après M. Parkes, de la bile modifiée.

M. Begbie accuse aussi la présence de la bile dans l'urine des cholériques, d'accord en cela avec beaucoup d'autres observateurs; mais bien que son travail ait été publié postérieurement à celui de M. Parkes, il ne dit rien de la différence à établir entre la bile normale et la bile modifiée, et des caractères différentiels qu'on obtient en les traitant l'une et l'autre par l'acide nitrique. Il est évident, à la lecture du mémoire de M. Begbie, qu'il entend parler des principes normaux de la bile, et que les résultats de ses expériences sont établis d'après les données habituelles de la science sur ce point. S'il en est ainsi, et on n'en pourrait douter, les cas où il dit avoir reconnu la bile dans l'urine sont ceux où le liquide lui a donné une coloration *verte* par l'acide nitrique. Or il en a été ainsi 43 fois sur 68 observations.

Le même auteur a reconnu également, et sur la plupart de ces points encore il a été devancé par d'autres observateurs, que l'urine des cholériques est plus ou moins complétement dépourvue d'urée; qu'elle est souvent albumineuse; qu'on y rencontre des débris d'épithélium provenant de différentes portions de l'appareil urinaire; qu'elle contient souvent, ensemble ou séparément, de l'urate amorphe d'ammoniaque, de l'acide urique du phosphate ammoniaco-magnésien, de l'oxalate de chaux, ces deux derniers produits se rencontrant moins souvent que les deux premiers; que, dans les cas qui se terminent par la guérison, l'urine reprend généralement sa composition anormale dans l'espace d'un à deux jours.

DU FOETUS DANS L'UTÉRUS COMME INOCULANT L'ORGANISME MATERNEL AVEC LES PARTICULARITÉS DE CELUI DU PÈRE, ET DE L'INFLUENCE QUE LE MALE EXERCE SUR LA CONSTITUTION ET LE POUVOIR REPRODUCTIF DE LA FEMELLE; par M. A. HARVEY.

Cette belle et féconde question, sur laquelle M. Diday a eu récemment l'occasion de provoquer d'une manière incidente l'attention des praticiens (voy. GAZ. MÉD., septembre 1849), n'est guère qu'ébauchée dans le travail de M. Harvey; mais nous n'en recueillons pas moins avec empressement les quelques données qu'il contient.

Cette influence du mâle sur la femelle par l'intermédiaire du fœtus peut donner lieu à poser les questions suivantes, qui sont encore à l'état douteux aujourd'hui, mais dont l'avenir fournira certainement la solution:

1° Une femme qui a eu deux maris et des enfants de chacun d'eux voit-elle ceux du second lit présenter une ressemblance avec son premier mari?

A ce sujet, l'auteur dit tenir du docteur George Ogilvie qu'une femme, mariée deux fois, eut de chaque lit des enfants scrofuleux, quoique son premier mari eût seul présenté des traces de cette diathèse, et que ni elle-même ni son second époux n'en fussent le moins du monde atteints.

M. M'Combe a communiqué à M. Harvey l'histoire d'une dame qui eut cinq enfants d'un premier mariage, puis trois autres d'un second. L'un de ces trois derniers, une fille, présentait une ressemblance à s'y méprendre avec le premier mari de sa mère. Ce qui rendait l'analogie encore plus frappante, c'est que la différence la plus marquée existait, pour la figure et l'ensemble de la constitution entre les deux maris.

M. Simpson a vu une jeune femme, née de parents blancs (Écossais), mais dont la mère avait eu, quelque temps auparavant, un enfant naturel (mulâtre) d'un domestique nègre. Cette jeune femme offrait des caractères marqués de la race nègre. Ceci était surtout remarquable pour les cheveux.

M. le professeur Pirrie (d'Aberdeen) raconte que madame R., exemple d'affection scrofuleuse, se maria à un homme qui mourut de phthisie; elle avait eu de lui un enfant qui succomba aussi à la phthisie. Elle épousa ensuite un homme qui avait, comme elle, toutes les apparences de la santé. Des deux enfants nés de ce second mariage, l'un fut enlevé par la phthisie; le second eut une maladie tuberculeuse du mésentère et des ulcérations scrofuleuses des membres inférieurs.

2° Dans une famille de plusieurs enfants, les plus jeunes ne sont-ils pas plus disposés que leurs aînés à tenir des qualités de leur père?

M. le docteur Laing a connu un Anglais marié à une négresse dans les Indes orientales; il eut une nombreuse famille, et ses enfants présentèrent successivement un rapport de plus en plus marqué avec la figure et la complexion européennes.

3° Une femme qui a eu d'un même mari plusieurs enfants ne peut-elle pas acquérir quelques-uns des caractères physiques, ou du moins prendre certaines tendances morbides de son époux?

Ici se placent naturellement les exemples de transmission de la syphilis du père à la mère, l'enfant servant de moyen de communication.

En présence de ces données, il devient important, comme l'auteur le fait remarquer, lorsqu'on doit épouser une veuve, de prendre des renseignements sur la santé et les particularités de la constitution de son premier mari.

Une dernière question, encore intacte, mais bien digne d'examen, est celle-ci: Une femme de couleur qui a conçu d'un Européen ne devient-elle pas par là incapable d'avoir ensuite des enfants d'un homme de sa race?

SUR LES EXCROISSANCES EN FORME DE CHOU-FLEUR DU COL DE L'UTÉRUS; par M. WATSON.

Cette communication se recommande par un but pratique de la plus grande utilité: elle a pour objet de séparer ou mieux de donner au médecin les moyens de séparer d'avec le cancer utérin les excroissances ou végétations du col. Sous ce dernier nom, l'auteur comprend à peu près ce que Levret et Herbiniaux avaient nommé *les verrues*; car bien qu'il assigne à ses excroissances en forme de chou-fleur certains caractères distinctifs, il est facile de voir que c'est bien au fond le même groupe, la même famille morbide.

Le point le plus important qui ressort de cette étude, c'est que l'ablation bien faite permet d'espérer la guérison radicale de cette maladie, tandis qu'elle demeure à peu près impuissante contre le cancer franchement déclaré. Mais il faut ici prendre garde de n'arguer que du résultat de procédés capables d'opérer réellement l'amputation de la partie du col utérin qui supporte les excroissances. Sous ce rapport, une supériorité marquée est acquise à l'excision sur la ligature. Ainsi, d'après la statistique à laquelle M. Watson s'est livré en empruntant des faits à divers auteurs:

Sur sept malades affectées de ces excroissances et laissées sans traitement chirurgical, cinq moururent de la maladie, une survécut deux ans et demi; l'issue, chez la septième, est douteuse.

Sur sept autres malades opérées par la ligature, une mourut quatre mois après; quatre reçurent des rechutes et y succombèrent; une eut une rechute (sans qu'on dise à quoi elle aboutit): la dernière fut, après récidive, opérée par excision, et était bien portante vingt et un mois après.

Enfin, sur neuf femmes chez qui l'excision fut pratiquée, six guérirent entièrement; chez deux autres, on note un bon état après douze et vingt-cinq mois; mais elles eurent ensuite une récidive qui les emporta. La neuvième eut aussi une récidive mortelle un mois après l'opération.

On a souvent signalé la facile reproduction de ces excroissances, dans le but de prouver leur nature maligne; mais il résulterait des chiffres ci-dessus que ceci tient en grande partie à la méthode de traitement, puisqu'on voit un procédé plus parfait, l'excision, amener une guérison durable.

Certaines circonstances peuvent mettre le praticien sur la voie de ce diagnostic, qu'il est si important de savoir établir avant de formuler les bases du traitement. Ainsi les progrès des excroissances sont, généralement parlant, plus lents que ceux d'aucune tumeur ou dégénérescence maligne. Souvent leur marche est si insidieuse au début que bien des femmes les ont portées des années entières sans s'en être aperçues.

L'âge des patientes est moins avancé pour cette affection que pour le cancer. Dans dix-neuf cas, l'âge moyen était de 37 ans, et onze femmes seulement étaient au-dessous de ce chiffre. Au contraire, en prenant dans l'ouvrage de M. Hughes Bennett les dix-neuf premières observations de cancer, on trouve pour terme moyen 43 ans et demi. D'après leur vaste expérience MM. de Boivin et Dugès établissent l'âge où survient ordinairement le cancer de l'utérus entre 35 et 55 ans; encore les plus nombreux cas appartiennent-ils à la seconde dizaine.

La cachexie particulière qui accompagne la maladie cancéreuse manque dans les excroissances cauliformes. Sans doute, à la période la plus avancée, la patiente devient pâle et émaciée par suite de l'abondance des pertes; mais il y a loin de cet état à la cachexie, qui se prononce, comparativement de bonne heure, dans le cancer. Comme confirmation de ce fait, il faut remarquer que, même au dernier degré de sa maladie, la femme qui porte des excroissances est capable d'enfanter. Il n'en est point de même dans le cancer.

Un autre caractère très-important se tire de l'absence des douleurs, lorsqu'il s'agit des excroissances. Jamais la malade ne se plaint de souffrir; les pertes attirent seules son attention. La tumeur est insensible au toucher. Dans le cancer, au contraire, le col, au début, est très-irritable et sensible au toucher. (Quoi qu'en dise M. Watson, il est incontestable que la différence, sous ce rapport, est beaucoup plus marquée entre les deux affections, pour ce qui est des douleurs spontanées, qu'en ce qui concerne la sensibilité au palper. Combien de tumeurs réellement cancéreuses cesseraient de porter ce nom si, pour les juger telles, on attendait que le doigt qui les presse y déterminât une douleur marquée!)

Quant aux signes différentiels déduits de l'examen microscopique des tissus morbides, M. Watson n'y attache pas pour le diagnostic une confiance aussi grande qu'à l'interprétation des données précédentes.

OBSERVATION DE HERNIE FÉMORALE OPÉRÉE AVEC SUCCÈS APRÈS TREIZE JOURS D'ÉTRANGLEMENT; par M. JOHNSTON.

Les auteurs s'accordent généralement à dire que, dans les hernies entéro-épiploïques, l'épiploon, s'il enveloppe entièrement l'intestin, amortit pour celui-ci la pression de l'anneau ou du collet, et le préserve, du moins en partie, des effets de l'étranglement. Ceci est assez rationnel; mais il n'était pas indifférent, toutefois, que la pratique vînt confirmer ce dogme admis par tradition. Le fait suivant, intéressant d'ailleurs sous quelques autres rapports, nous semble de nature à établir, autant qu'elle peut l'être, la réalité de ce rôle protecteur dévolu à l'épiploon.

Obs. — C. R., âgé de 57 ans, a été sujet à une hernie fémorale depuis plusieurs années. Ne sachant pas ce que c'était, il ne porta pas de bandage et ne consulta aucun médecin. Quelques accidents légers s'y prononçaient de temps en temps, mais passaient en peu d'heures.

Appelé auprès de lui le 23 juillet 1845, M. Johnston le trouva affecté des symptômes ordinaires de la hernie étranglée. La tumeur, environ du volume d'un œuf, était tendue et très-douloureuse. Il éprouvait une sensation très-pénible de constriction à l'épigastre et vomissait continuellement. Il rapporte que cet état, développé à la suite d'une courte marche, durait depuis trois jours.

L'opération lui fut proposée après qu'on eut échoué dans tous les essais de réduction, quoique favorisée par les moyens ordinaires; mais il refusa d'y consentir, et sa résistance se prolongea encore dix jours, pendant lesquels les phénomènes persévérèrent sans discontinuer. Le pouls s'éleva à 150; les vomissements devinrent stercoraux. La tumeur herniaire grossit un peu, perdit de sa sensibilité et de son élasticité rénitente. L'abdomen était distendu par les gaz.

Le traitement consista à essayer encore quelques efforts de taxis pendant les premiers jours; glace sur la tumeur, un peu d'opium, quelques lavements qui n'amenèrent qu'une seule fois des matières en petite quantité.

Le 2 août (treize jours après le début des symptômes), le malade persuadé enfin que la nature ne suffirait pas à le guérir, accepta l'opération. M. Johnston la pratiqua dans l'intention, pensait-il, d'ouvrir un anus contre nature. Il incisa donc le sac dans toute sa longueur. Il trouva une masse volumineuse d'épiploon enveloppant complètement une anse d'intestin grêle. L'épiploon était gangréneux et fétide, l'intestin de couleur foncée, mais sans dépôt de lymphe plastique, sans adhérence. Il divisa l'étranglement et emporta tout l'épiploon mort lié sans donner lieu à la moindre hémorrhagie. L'intestin fut repoussé dans l'abdomen. La plaie réunie par la suture fut pansée simplement.

En peu d'heures, les vomissements avaient cessé. Au bout de vingt-quatre heures, les évacuations se rétablirent sous l'influence d'une purgation saline. Le 21 septembre, la plaie était entièrement cicatrisée.

Aujourd'hui (août 1849), M. C. R. jouit d'une bonne santé et remplit ses travaux habituels. La hernie reparaît de temps en temps, mais elle n'a jamais causé le moindre inconvénient.

REMARQUES PRATIQUES SUR LA COQUELUCHE, AVEC INDICATION D'UNE NOUVELLE MÉTHODE DE TRAITEMENT; par le docteur E. WATSON.

L'idée mère de M. Watson est parente de celle qui a porté M. Tessier (de Lyon) à traiter le coryza par des injections au nitrate d'argent dans les narines. L'un et l'autre se sont proposé de modifier la vitalité des surfaces malades par un remède topique.

M. Watson commence par admettre que la coqueluche est engendrée par l'absorption d'un miasme toxique qui porte son action sur les surfaces respiratoires et y engendre d'abord une inflammation spécifique, puis très-rapidement une irritation des nerfs de la glotte; que les complications qui surviennent communément du côté de la tête, de la poitrine ou de l'abdomen sont des conséquences plus ou moins éloignées de la maladie et n'en font pas partie intégrante. Donc, si l'on trouvait un moyen de détruire le double élément qui compose la lésion du larynx, l'élément phlegmasique et l'élément nerveux, on préviendrait les complications et l'on guérirait d'un seul coup toute la maladie. Or ce moyen, l'auteur croit l'avoir découvert en poursuivant des expériences indiquées par le docteur Horace Green (*maladies des voies respiratoires*) sur le traitement des affections chroniques du larynx par la cautérisation avec le nitrate d'argent dissous. M. Watson dit s'être servi avec grand avantage de ce moyen, non-seulement contre des maladies chroniques, mais encore contre des *irritations inflammatoires* de la glotte; de là à l'appliquer à la coqueluche, il n'y avait pas loin. La solution dont il se sert contient 15 grains de nitrate pour une once d'eau distillée; il l'applique à la manière ordinaire, au moyen d'une éponge attachée à une baleine et qu'on fait glisser sur l'épiglotte jusque *dans le larynx* (l'auteur s'est d'ailleurs assuré que la glotte de l'enfant pouvait s'ouvrir assez pour admettre un morceau d'éponge suffisant). Il en résulte un accès de suffocation qui dure peu. Le reste du traitement consiste uniquement à imposer aux enfants un régime sévère, à les placer dans un appartement bien aéré, à entretenir la liberté du ventre. Parfois on administre quelques toniques, particulièrement l'huile de foie de morue; mais pas de vomitifs ni d'antispasmodiques.

Dans la note que nous analysons, lue devant la Société médicale de Glascow, l'auteur n'entre pas dans de grands détails sur les résultats de son mode de traitement. Il se contente de rapporter brièvement trois observations, que nous reproduisons presque textuellement.

La première concerne un enfant de 8 ans dont la maladie était arrivée à son paroxysme. Un accès intense avait lieu tous les quarts d'heure. Une application ayant été faite, l'accès suivant fut moins fort. Au bout d'une semaine, l'application ayant été renouvelée tous les deux jours, la toux caractéristique avait complètement cessé.

La sœur de ce petit malade était aussi atteinte d'une coqueluche grave. La cautérisation fut également employée, mais elle n'eut pas un succès aussi rapide, à cause d'une pneumonie lobulaire du poumon gauche. Néanmoins les accès diminuèrent de fréquence et d'intensité, et, après la guérison de la pneumonie, l'enfant revint à une parfaite santé.

Le troisième cas, enfin, est relatif à un enfant d'environ 6 ans, chez lequel la coqueluche avait guéri à peu près sans traitement; mais il restait des accès de toux fréquents et assez intenses. Deux ou trois applications de la solution sur la glotte et dans le larynx suffirent pour couper court à ces accès.

Nous ne nous occuperons pas ici de l'opinion de l'auteur sur la nature spéciale de la coqueluche. Il ne nous paraît pas, à vrai dire, bien démontré que l'élément phlegmasique précède l'élément nerveux dans l'état pathologique du larynx, ni que les complications de la coqueluche soient toutes directement subordonnées à l'état local. Mais nous ne voulons nous occuper ici que du point de vue pratique. Or, à considérer ce qui se passe dans d'autres affections qu'on a coutume de traiter également par le nitrate d'argent, nous sommes fort disposé à croire que l'application d'un modificateur de cette nature sur la surface muqueuse du larynx ne pourrait qu'avoir les résultats les plus avantageux. Quel que soit le rôle de l'élément nerveux dans la maladie totale, il est certain que les accès sont, au moins *en partie*, subordonnés à la sécrétion catarrhale de la muqueuse laryngée, le liquide sécrété, toujours plus ou moins visqueux, étant une cause de titillation et une cause difficile à expulser. Un moyen donc qui diminuerait la sécrétion réduirait sans contredit le nombre et la violence des accès, et il est même possible que l'action caustique du nitrate d'argent sur la muqueuse, en modifiant la sensibilité des extrémités nerveuses, exerce aussi une action favorable sur l'élément nerveux de la maladie. Le nitrate d'argent a-t-il eu cet effet dans les observations de M. Watson? Il est difficile de le dire. Nous doutons un peu, quant à nous, qu'on porte facilement chez les enfants une éponge, même très petite, jusque dans le larynx. L'application du caustique aurait avoir eu un résultat avantageux: cela est vrai, mais est ce de la manière que le croit et le dit l'auteur? Le premier effet de l'introduction de l'éponge, même en ne la portant que jusqu'au niveau de la glotte, doit être de provoquer une toux violente et d'amener l'expulsion des mucosités enfermées dans les ventricules laryngés? N'est-ce pas assez pour expliquer le soulagement produit? Nous sommes loin de l'affirmer. Mais enfin, il est clair que les observations rapportées plus haut ne suffisent pas à vider la difficulté. Les enfants ne paraissent pas avoir été soumis à l'action des vomitifs avant qu'on en vînt à la cautérisation; dès lors on ne peut dire si ce moyen eût ou non procuré un aussi bon et aussi rapide résultat.

DE L'USAGE EXTERNE DE L'ACIDE ACÉTIQUE COMME MOYEN DE PRÉVENIR LA DISSÉMINATION DE LA SCARLATINE; par le docteur JOHN WEBSTER.

Le moyen indiqué par M. Webster consiste à laver fréquemment tout le

corps des malades avec le vinaigre étendu d'eau tiède, et de les placer dans un atmosphère de vapeur acétique, alors même, dit-il, que la température de la peau est élevée et le pouls fréquent. Il affirme, sur la foi de nombreuses expériences, que cette précaution suffit pour empêcher la propagation épidémique de la maladie. On regrettera, s'il en est ainsi, que l'auteur n'ait pas cru devoir donner, de l'efficacité du moyen, d'autres preuves que l'exposé de trois ou quatre cas de scarlatine non suivis de contagion. On s'étonnera peut-être aussi que l'application ait été limitée à la scarlatine au lieu d'être étendue aux autres fièvres éruptives, également contagieuses, et même à d'autres affections transmissibles d'un ordre différent. Quoi qu'il en soit, c'est là un genre d'expériences dans le genre de celles que nous proposions récemment à l'occasion du rapport académique sur la désinfection (n° 25), expériences qui avaient pour but de trouver le moyen de détruire non-seulement le principe des mauvaises odeurs, mais celui des maladies contagieuses. Malheureusement, le résultat négatif des essais en grand qui ont été faits sur les acides en général, notamment sur l'acide acétique, comme antidotes des agents de transmission contagieuse, ne sont pas propres à inspirer une grande confiance dans ceux que M. Webster croit avoir obtenus.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 1er JUILLET.

Cette séance a été consacrée à des objets entièrement étrangers à la médecine.

ADDITION A LA SÉANCE PRÉCÉDENTE.

M. Roux a terminé, dans la précédente séance, la lecture d'un mémoire très-étendu sur la staphyloraphie, dont nous reproduisons, d'après le compte rendu de l'Académie des sciences, le résumé suivant :

STAPHYLORAPHIE.

« Les lésions auxquelles on peut appliquer soit la staphyloraphie proprement dite, soit quelqu'une des autres opérations qui s'y rapportent et qu'elle a fait naître, sont, quant à leur origine, de quatre sortes principales : ce sont des divisions congéniales; des plaies accidentelles et récentes; d'autres plaies récentes aussi, mais qui ont été faites par la main du chirurgien; et des solutions de continuité anciennes, à bords cicatrisés, et provenant de plaies ou d'ulcérations.

» Le procédé opératoire change de caractère et embrasse des détails différents, selon qu'il est appliqué : 1° à une fente ou division complète du voile du palais, à laquelle participe ou ne participe pas la voûte du palais; 2° à une simple perforation du voile du palais; 3° à une perforation de la voûte palatine, le voile du palais conservant toute son intégrité. De là trois opérations distinctes, qu'on peut grouper sous la dénomination commune de *staphyloraphie*, mais qui ont chacune un caractère particulier.

» La première est la staphyloraphie proprement dite; la dernière a pris le nom de *palatoplastie*. Je ne sais quelle dénomination serait convenable pour désigner la troisième, c'est-à-dire l'obturation d'un simple trou ou d'une perforation quelconque du voile du palais.

» A. Par la palatoplastie, on crée une sorte de diaphragme sur une partie plus ou moins étendue de la voûte palatine. On ne peut le faire qu'aux dépens de celles des parties molles de cette voûte elle-même qui entourent le plus immédiatement l'ouverture qu'il s'agit d'oblitérer, et cette ouverture ne doit pas avoir au delà d'un certain diamètre.

» Il n'y a peut-être pas un procédé qui convienne à tous les cas indistinctement, vu les nombreuses variétés de siége, de forme, d'étendue que peuvent présenter les ouvertures de la voûte palatine qui se prêtent à être obturées. Cependant j'ai pu la faire trois fois de la même manière exactement. Ma première tentative n'a pas été heureuse; dans les deux autres j'ai réussi parfaitement, et les sujets ont recouvré leur prononciation naturelle et le libre exercice de la parole. Dans ces trois cas, il s'agissait d'une perforation consécutive à une ancienne ulcération syphilitique avec altération des os : l'ouverture pouvait admettre l'extrémité du petit doigt. Un seul lambeau de parties molles n'avait pas suffi pour recouvrir et pour fermer une ouverture de cette grandeur. J'en taillai deux sur les parties latérales, toutes deux ayant la forme d'un triangle à sommet tronqué, dont la base laissée adhérente, correspondait en arrière.

» Je ne l'ai pas fait encore; mais on pourrait appliquer le même procédé aux cas où, consécutivement à une staphyloraphie pratiquée pour une division du voile du palais avec bifidité de la voûte palatine, l'opération ayant réussi, il y aurait persistance de l'ouverture de cette voûte.

» B. Vient ensuite la staphyloraphie telle que la comportent les perforations plus ou moins étendues, non plus de la voûte palatine, mais du voile du palais. On peut être obligé d'y recourir pour des plaies accidentelles et toutes récentes, parce qu'en effet il peut arriver que le voile du palais soit simplement perforé par un corps vulnérant, qu'un tel corps y fasse seulement une ouverture plus ou moins étendue, de telle forme ou de telle autre, et presque nécessairement à lambeau. Mais on a plus souvent à tenter l'occlusion d'ouvertures qui proviennent d'anciennes ulcérations dont les bords sont actuellement cicatrisés. Il faut que les plaies proprement dites, de la forme que les suppose, soient bien rares; je n'en ai observé qu'un seul cas : c'était sur un enfant de quatre ans, qui, en tombant, s'était perforé le voile du palais avec le manche d'une petite raquette qu'il tenait dans l'une de ses mains. La plaie était en lambeau; je suis parvenu à rattacher le lambeau.

» Au lieu que ce soit une plaie récente, ou une plaie proprement dite formant trou au voile du palais, c'est plus souvent, disais-je, une perforation ancienne, une ouverture à bords cicatrisés dont il s'agit d'entreprendre l'occlusion. On peut, sans inconvénient comme sans danger aucun, tout tenter à cet égard, et quelquefois on réussit. J'ai réussi dans plusieurs cas. Mais d'abord il faut s'attendre en général au moins à des difficultés plus grandes que celles que présente la staphyloraphie ordinaire. D'un autre côté, il n'est pas possible de procéder de la même manière dans tous les cas, à cause des variétés presque infinies de forme et de grandeur, voire même de situations dont sont susceptibles ces perforations du voile du palais.

» Ces perforations permanentes du voile du palais, comme celles de la voûte palatine, bien qu'elles proviennent le plus ordinairement de la maladie vénérienne, peuvent aussi avoir une autre origine; et je ne parle pas seulement de celles qu'on a vues succéder à des blessures proprement dites. Certaines fois, mais dans des cas rares à la vérité, j'ai été conduit à présumer qu'elles étaient d'origine tuberculeuse. Et pourquoi, en effet, des tubercules ne se développeraient-ils pas dans l'épaisseur du voile du palais, comme il s'en développe dans tant d'autres parties différentes du corps?

» C. 1° Mais qu'elle soit ou non d'origine syphilitique, bien rarement une division permanente accidentelle du voile du palais sous la forme de fente, présente une forme assez régulière pour qu'on puisse tenter la réparation du désordre; presque toujours il y a perte de substance, et le voile du palais manque en grande partie. Je n'ai rencontré que deux cas qui m'aient paru favorables à une tentative de restauration, et dans lesquels j'ai pu agir, à peu de chose près, comme pour une division congéniale. J'ai opéré les deux sujets, et, singulière rencontre, tous deux avaient excellé dans le chant et avaient occupé l'un après l'autre l'un des premiers emplois sur notre seconde scène lyrique. Il y eut bien un changement très-grand et très-favorable dans le caractère de la voix et dans la pureté des sons, mais la voix ne reprit pas tout à fait son diapason naturel.

» 2° Une seconde catégorie de fentes ou de divisions verticales du voile du palais qui comportent la staphyloraphie proprement dite, ce sont celles qui ont le caractère de plaies et qui, toutes récentes, ont encore leurs bords à l'état sanglant. Tantôt c'est un accident qui les a produites : c'est ce qui a eu lieu chez cette jeune fille que j'ai vue, qui avait eu le fond de la bouche atteint par la corne d'un taureau, et chez laquelle, au lieu d'avoir rattaché l'une à l'autre, par des points de suture, les deux parties du voile du palais divisé dans toute sa hauteur, on avait laissé les bords de la plaie se cicatriser isolément.

» D'autres fois, au contraire, la solution de continuité est le résultat d'une incision qui a été faite méthodiquement, à dessein, et pratiquée par le chirurgien pour agrandir l'isthme du gosier et rendre praticables certaines autres opérations qui ne le seraient pas sans cela, notamment pour enlever des tumeurs volumineuses attachées au fond des narines ou vers la partie la plus élevée du pharynx. Trois fois, et trois fois seulement jusqu'à ce jour, j'ai eu recours à la section du voile du palais comme moyen auxiliaire. Dans chacun des trois cas, j'ai divisé l'organe dans toute sa hauteur, très-exactement sur la ligne médiane; et dans les trois cas aussi, la suture ayant été faite immédiatement après l'opération principale, cette suture a réussi : il y a eu retour du voile du palais à son état primitif.

» 3° Vient enfin la staphyloraphie appliquée aux divisions congéniales du voile du palais, à ce qu'on est convenu d'appeler la diastématostaphylie; c'est son domaine principal. C'est pour ce vice originel de conformation qu'elle a été créée; et dans l'avenir, comme cela a eu lieu depuis trente ans, c'est pour faire disparaître la bifidité congéniale du voile du palais qu'elle sera pratiquée le plus souvent.

» Pour ces seules divisions congéniales, je l'ai faite cent quinze fois sur cent six sujets seulement. Si le nombre des individus opérés est un peu moindre que celui des opérations faites, c'est que, chez quelques sujets, une première opération n'ayant pas réussi, il y a eu possibilité d'en faire une seconde. Et, chose remarquable, bien que dans ces opérations secondaires il y eût, quant aux chances de succès, le désavantage qui devait résulter de la première perte de substance déjà éprouvée par chacune des deux parties du voile du palais, le rapport entre les succès et les revers a été le même, à très-peu près, que dans les opérations primitives : sur neuf opérations secondaires, cinq ont parfaitement réussi.

» Mais bien qu'elles aient la même origine, le même caractère primordial et qu'elles proviennent toutes d'un arrêt de développement, les divisions congéniales du voile du palais n'ont pas toutes, à beaucoup près, la même manière d'être. Il y a d'abord la simple bifurcation de la luette, puis la division du voile du palais dans la moitié inférieure seulement; vient ensuite sa division complète, tantôt sans bifurcation, tantôt avec bifurcation de l'épine nasale postérieure, mais de cette pointe osseuse seulement; puis même division de tout le voile du palais avec simple bifurcation des deux moitiés de la voûte palatine; enfin la division de tout le voile du palais avec disjonction complète des deux moitiés de la voûte palatine.

» La staphyloraphie n'est différente d'elle-même, ne comporte de modifications importantes, qu'autant qu'on l'applique à une division simple du voile du palais, ou bien à une division de cette partie avec bifidité de la voûte palatine. C'est là seule distinction qu'il faille faire entre toutes les variétés de vice de conformation auquel il s'agit de remédier : c'est en ayant égard à cela seulement que l'opération devra être pratiquée de telle manière ou de telle autre.

» L'opération à faire n'est pas absolument la même dans les deux cas : ce sont presque deux opérations différentes, et quant à l'exécution, et quant au résultat qu'on en espère. Pour une division bornée au voile du palais, c'est le premier cas, le cas type, celui qui se présente le plus ordinairement ; l'opération se réduit aux seules manœuvres que j'ai rappelées précédemment d'une manière succincte.

» Dans le cas, au contraire, d'une division de tout le voile avec séparation complète ou incomplète des deux parties de la voûte palatine, on ne peut agir primitivement que sur le voile du palais lui même ; puis il n'y a possibilité d'en rapprocher les deux parties, surtout en haut, qu'autant qu'on a détruit préalablement leur adhérence au bord postérieur de la voûte palatine, et qu'on a mis en jeu leur extensibilité. Cela se peut au moyen d'une section transversale pratiquée de chaque côté. L'opération est ainsi plus compliquée, le résultat en est aussi plus incertain, les parties qu'il s'agit de réunir subissant une distension plus considérable que dans les cas de diastématostaphylie simple. Après même la reconstitution du voile du palais, si elle a lieu, une grande partie de la difformité subsiste encore ; il reste à la voûte palatine une ouverture que, plus tard, il faudra fermer avec un obturateur, à moins que, spontanément, elle ne se resserre à tel point ou ne devienne si étroite, qu'il soit possible d'en entreprendre l'occlusion par un procédé autoplastique.

» Même pour les divisions les plus simples du voile du palais, on ne peut espérer d'arriver heureusement au terme d'une opération aussi minutieuse que la staphylorraphie sur des sujets dont la raison n'a pas acquis déjà un certain développement. Rien ne peut être commencé, ni poursuivi, ni terminé sans le concours d'une volonté un peu forte. Rigoureusement, on peut opérer un sujet de douze ou treize ans, surtout s'il a une raison précoce, et si son développement physique est très-avancé ; rigoureusement aussi, l'œuvre pourrait être couronnée de succès : mais combien il y a peu à compter, à cette époque de la vie, sur une patience soutenue, sur une volonté ferme ! et que de chances pour que l'on soit contraint de laisser inachevée une œuvre entreprise avec trop de confiance ! Trois fois cependant, et dans les trois seuls cas où je me suis laissé vaincre par les instances des parents, j'ai pu terminer l'opération, à peu près au gré de mes désirs, sur des sujets de l'âge dont il s'agit ; mais aucune de ces trois staphyloraphies n'a réussi. Dans les trois cas, il y a eu section du voile du palais par un ou par deux des fils avant le moment où je devais enlever les points de suture, puis séparation des parties dont j'avais un moment espéré la réunion.

» Je n'avais pas songé tout d'abord à l'artifice par lequel on peut rendre très-extensible et très-susceptibles d'être rapprochées l'une de l'autre les deux parties du voile du palais quand elles sont séparées par un grand intervalle dans leur partie supérieure, et j'échouai dans mes premières staphyloraphies appliquées à la division du voile du palais avec bifidité de la voûte palatine. Depuis que cette ressource s'est offerte à mon esprit, et la pensée m'en vint assez promptement, je l'ai toujours considérée, pour les cas auxquels elle se rapporte, comme partie essentielle de l'opération. Rien ne peut y suppléer ; et sans elle, il est un grand nombre de diastématostaphylies pour lesquelles la chirurgie aurait été forcée de déclarer son impuissance.

» Ainsi donc, il y a deux sortes très-distinctes de divisions congéniales du voile du palais, auxquelles correspondent deux manières différentes à quelques égards d'y remédier par la staphyloraphie ; d'où résulte la nécessité de rapporter à deux séries les cas dans lesquels cette opération a été pratiquée pour la meilleure appréciation possible des résultats.

» J'ai dit avoir pratiqué la staphyloraphie, en tout, sur 106 sujets, mais 115 fois, parce que 9 sujets sur lesquels l'opération n'avait pas réussi une première ont eu à la subir itérativement. Chose assez remarquable, quant au caractère de la difformité, et dès lors quant à celui qu'a dû présenter l'opération elle-même, les faits se partagent en deux séries à peu près égales en nombre, et entre lesquelles du moins la différence n'est pas très grande.

» Des 106 individus, 57 avaient une diastématostaphylie simple, et 49 une diastématostaphylie avec disjonction des deux parties de la voûte palatine.

» Le travail que j'ai voulu présenter à l'Académie ne comporte qu'un exposé sommaire du relevé statistique des résultats auxquels je suis parvenu. Par résultat, pour l'objet dont il s'agit, il faut entendre deux choses : 1° le fait physique ou matériel de la restauration complète ou incomplète du voile du palais ; 2° et quand cette restauration a lieu, le degré auquel est porté le rétablissement des fonctions de l'organe. Il importe d'établir cette distinction ; car certaines fois, rarement à la vérité, il y a restitution parfaite de l'organe, et cependant, même après un long temps, l'altération de la voix, de la parole et du chant subsiste encore à un certain degré ; l'avantage, par rapport aux fonctions, n'est pas proportionné au beau résultat physique qui a été obtenu : il y avait une accoutumance que la nature s'est refusée à faire cesser complétement ; et quelquefois aussi le tort en est à l'individu qui dirige mal les fonctions de l'organe qu'il a reconquis. Mais le cas le plus ordinaire, c'est que le voile du palais étant bien reconstitué et s'il n'existe pas d'ouverture à la voûte palatine, les fonctions de l'organe recouvrent par degré leur caractère normal ; et de là, pour l'individu, des jouissances nouvelles qui lui étaient interdites, des aptitudes mises en jeu qu'il ne connaissait pas ou qui n'avaient pu jusqu'alors recevoir leur entier développement. Je pourrais citer un magistrat distingué qui a pu changer de siége et devenir organe du ministère public. M. Stephenson, ce jeune médecin du Canada, qui a joui le premier du bienfait de la staphyloraphie, et qui d'abord destiné seulement à la pratique ordinaire, a pu occuper la chaire d'anatomie et de chirurgie à l'université de Québec ou de Montréal, et l'y occupe peut-être encore maintenant.

» Quant au résultat primitif, matériel, immédiat, il y a quelque différence à cet égard entre les deux séries de cas que j'ai établies. Dans la première, celle des cas à division simple du voile du palais, et qui se compose de 57 individus, il y a eu succès sur 44 : c'est, avec une fraction en plus, dans les trois quarts des cas. Pour être fidèle à la vérité, je dois dire que, soit dans les opérations primitives, soit dans les opérations faites itérativement, celles-ci en petit nombre, le résultat n'a pas été toujours heureux de prime abord ; il y a des demi-succès, des demi-guérisons, que, par de nouvelles manœuvres très simples, on peut métamorphoser en guérisons parfaites, en succès définitifs, soit en posant un nouveau point de suture, sans faire une nouvelle opération complète, soit en ayant recours à de légères cautérisations des bords de la petite solution de continuité.

» La seconde catégorie se compose de 49 individus, sur lesquels 4 ont été opérés deux fois. Un seul de ces 4 a été assez heureux pour que la seconde opération eût un résultat favorable. J'ai obtenu ce résultat favorable en tout, sur 26 sujets : c'est donc dans la moitié des cas seulement avec une légère fraction en plus. On pourrait s'attendre à un rapport moins avantageux, et il y a lieu d'être satisfait en pensant que, dans le cas dont il s'agit, l'intervalle qui sépare les deux parties du voile du palais est, généralement au moins, plus considérable, le vide à combler plus grand que dans la diastématostaphylie simple, et qu'il y a nécessité d'ajouter à l'opération principale, pour qu'il y ait possibilité de réussite, la séparation du palais mou d'avec le palais solide. Du reste, par succès ou résultat favorable, il ne faut entendre ici, ou pour les cas présents, que la seule réunion du voile du palais. Après cette réunion obtenue, des phénomènes particuliers doivent s'accomplir bientôt par les efforts de la nature ; et plus tard, la chirurgie peut avoir à intervenir autrement qu'elle ne l'a fait d'abord pour l'occlusion de l'ouverture de la voûte palatine. »

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 2 JUILLET. — PRÉSIDENCE DE M. BRICHETEAU

Le procès verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le secrétaire perpétuel donne lecture de l'ampliation du décret du président de la République qui approuve la nomination de M. Delafond, faite par l'Académie dans la séance du 4 juin dernier.

M. le président invite M. Delafond à signer la feuille de présence et à prendre place parmi ses collègues.

La correspondance officielle comprend en outre :

1° Une lettre du ministre du commerce avec envoi d'un rapport de M. le docteur Pagès, médecin inspecteur des eaux minérales de Baréges, sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1849 (Comm. des eaux minérales).

2° Une seconde lettre du même ministre accompagnant deux rapports des officiers de santé en chef de l'hôpital militaire de Baréges, rapports où sont consignées les observations sur les maladies au traitement desquelles les eaux minérales de Baréges ont été appliquées pendant la saison de 1848 (même commission).

M. le directeur de l'Institut national des sourds-muets de Paris informe l'Académie qu'il sera célébré dans la chapelle de cet établissement, le vendredi 5 juillet, un service pour l'anniversaire du décès du docteur Itard.

MM. Guéneau de Mussy, Husson, Devilliers, Bousquet et Gaultier de Claubry sont invités à assister à cette cérémonie au nom de l'Académie.

M. Chrestien (de Montpellier) adresse la relation d'un cas de rhumatisme terminé par suppuration.

L'auteur, dans la même lettre, sollicite le titre de correspondant et invoque à l'appui de sa demande ses titres et l'énumération des nombreuses communications qu'il a faites à l'Académie dans ces dernières années.

La lettre de M. Chrestien est renvoyée à l'examen d'une commission composée de MM. Martin-Solon et Michel Levy.

M. Duchenne (de Boulogne) adresse un paquet cacheté portant pour suscription ces mots : *Recherches électro-physiologiques.*

Le dépôt est accepté.

DYSSENTERIE ÉPIDÉMIQUE DE MORTAGNE EN 1849 ; RAPPORTS DE CETTE ÉPIDÉMIE AVEC LE CHOLÉRA.

M. Gérardin lit un rapport sur un mémoire de M. Hullin, docteur en médecine à Mortagne.

Malgré ses conditions topographiques favorables, la ville de Mortagne n'est pas exempte d'épidémies. M. Hullin rappelle qu'en 1832 pendant que le choléra ravageait les contrées voisines et épargnait la ville de Mortagne, il y régna une épidémie de dyssenterie. Le même fait s'est reproduit en 1849. Pendant que le choléra frappait le village de Beaurepaire et la ville de Villers, Mortagne resta à l'abri de ses coups, mais elle vit reparaître l'épidémie dyssentérique.

L'épidémie décrite par M. Hullin s'est présentée avec les caractères les plus graves, et si la mortalité n'a point répondu aux inquiétudes fondées qu'inspirait la maladie, M. Hullin l'attribue au traitement qu'il a employé. Sur 104 dyssentériques qu'il a eus à soigner, il n'en a perdu que 5. Des observations qu'il rapporte, il ressort que la dyssenterie n'a point été à l'abri de l'influence cholérique. Souvent l'épidémie a présenté une marche insidieuse ; elle était fréquemment compliquée d'une affection vermineuse.

Quant au traitement, M. Hullin ne croit pas qu'il en existe un unique et applicable à tous les cas ; aussi, dans cette épidémie, a-t-il modifié sa méthode curative suivant les indications qui se présentaient. Dans la première période, les saignées générales ou locales faites avec modération réprimaient les phénomènes

de réaction ; l'ipécacuanha donné à doses vomitives diminuait les évacuations alvines, et provoquait une diaphorèse générale, qu'entretenait l'action d'une potion calmante. Dès le troisième jour de la maladie, M. Hullin employait les purgatifs légers, qui étaient renouvelés quatre à cinq fois dans le cours de la dyssenterie. Dans la deuxième période de la maladie, il prescrivait les bains, les demi-lavements et les calmants. Parmi les préparations opiacées, c'est l'acétate de morphine qui lui a paru calmer le plus promptement les douleurs, mais sans diminuer les évacuations alvines ; tandis que le laudanum de Sydenham arrêtait les évacuations et agissait faiblement sur les douleurs ; aussi préférait-il généralement le premier de ces médicaments. Enfin, dans la troisième période, M. Hullin avait recours aux toniques et aux astringents unis aux opiacés.

M. le rapporteur, après avoir cité des passages extraits de rapports officiels des autorités de Mortagne, desquels il résulte que M. Hullin a fait preuve d'un zèle et d'un dévouement dignes d'éloges pendant cette épidémie, conclut en proposant à l'Académie :

1° D'adresser une lettre de remerciments à M. Hullin ;

2° De renvoyer son mémoire à la commission des épidémies ;

3° Enfin, de signaler à M. le ministre les nombreux et honorables services que M. Hullin a rendus à la science et à l'humanité.

M. Honoré fait remarquer qu'il est contre les usages de l'Académie de recommander personnellement un médecin à l'attention du ministre.

Quelques autres membres exprimant la même opinion demandent la suppression de la troisième conclusion.

M. Robinet pense qu'au lieu de procéder ainsi par exclusion, il serait plus convenable de mettre successivement aux voix les trois conclusions.

M. Gaultier de Claubry (Henry) propose de substituer à la troisième conclusion une nouvelle rédaction consistant à dire que l'Académie recommande le travail de M. Hullin à l'attention du ministre. (Appuyé.)

Les conclusions, avec la modification proposée par M. H. Gaultier de Claubry, sont mises aux voix et adoptées.

RECHERCHES SUR LA RUPTURE DES MEMBRANES DANS LES DIVERSES CONDITIONS DE L'ACCOUCHEMENT.

M. Devilliers fils lit un mémoire ayant pour titre : Recherches statistiques et pratiques sur les phénomènes du travail de l'accouchement, considérés au point de vue de la rupture des membranes de l'œuf.

Dans ce travail d'une très-grande étendue et dont il serait à peu près impossible de donner l'analyse, l'auteur examine le phénomène de la rupture des membranes dans toutes les conditions de l'accouchement qu'il est possible de prévoir. Il étudie d'abord, dans une première partie : 1° tous les faits relatifs à la rupture spontanée et régulière des membranes, dans les accouchements spontanés et à terme, dans les accouchements prématurés et spontanés, dans les accouchements artificiels et laborieux ; 2° la rupture spontanée et prématurée des membranes, dans les accouchements spontanés à terme, dans les accouchements prématurés, dans les accouchements laborieux, artificiels. Une deuxième partie de ce mémoire est consacrée à l'étude des causes et du mécanisme de la rupture spontanée des membranes.

Enfin, dans une troisième et dernière partie, l'auteur examine tous les faits relatifs à la rupture artificielle des membranes. (Comm., MM. Moreau, Villeneuve et Danyau.)

SUR L'ALCALINITÉ DU SÉRUM DU SANG DE L'HOMME.

M. Cahen fils lit un mémoire intitulé Recherches expérimentales sur l'alcalinité du sang de l'homme. Il cherche à établir que les principes azotés neutres du sang, l'albumine et la fibrine, formes diverses de la protéine de Mulder, sont dissoutes dans le sérum en vertu de l'alcalinité que ce liquide présente. D'après lui, la fibrine ne serait que de l'albumine normalement en excès dans le fluide circulatoire, et que la liqueur alcaline en circulation sursaturée d'albumine ne pourrait pas dissoudre. La diminution de la propriété dissolvante du sérum, qui serait relative à une diminution d'alcalinité, devrait augmenter la quantité d'albumine spontanément solidifiable, et, réciproquement, l'augmentation de cette alcalinité empêcherait, en la dissolvant, la fibrine de se solidifier. Voici les principales conclusions de ce mémoire, les unes appartiennent depuis longtemps à la science, les autres sont propres à l'auteur. *A l'état sain.* 1° Le sérum contient en dissolution la substance qui se partagera ultérieurement en albumine et fibrine. 2° La fibrine et l'albumine peuvent être transformées artificiellement l'une en l'autre. 3° La fibrine ne peut exister avec ses propriétés en présence d'un liquide contenant une dissolution étendue de soude à la température de 40°, elle se transforme alors constamment en une substance qu'il n'est plus possible de distinguer de l'albumine. *Dans les maladies inflammatoires.* 4° La fibrine du sang est augmentée, l'albumine est diminuée. 5° L'augmentation de la fibrine est égale à la diminution de l'albumine. 6° Les sels de soude sont en moindre quantité. 7° L'addition d'une faible quantité d'une solution de soude rétablit les proportions normales. 8° Le sérum est moins alcalin. 9° L'augmentation de la fibrine est due à la diminution de l'alcalinité du sérum. *Dans les maladies dites putrides.* 10° Le sérum est plus alcalin. 11° La diminution de la fibrine est due à l'augmentation de l'alcalinité du sérum. De là, M. Cahen est amené à tirer les déductions thérapeutiques suivantes, qu'il présente avec toute la réserve que lui impose le défaut d'expériences pratiques. Dans les maladies inflammatoires, l'emploi des préparations alcalines est indiqué. Dans les maladies putrides il est convenable de tenter l'administration des préparations acides.

— M. Dubois (d'Amiens) lit, au nom de M. Gerdy absent, un rapport sur une communication de M. Berthier, professeur à l'Institut national des sourds-muets de Paris et sourd-muet lui-même. Ce travail a pour objet l'examen critique des opinions d'Itard sur l'état des facultés intellectuelles des sourds-muets.

Après la lecture de quelques pages, l'heure avancée oblige M. le secrétaire à interrompre la lecture de ce rapport qui sera reprise par M. Gerdy lui-même dans une des prochaines séances.

Il est cinq heures, la séance est levée.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

SÉANCE DU 23 MARS 1850. — PRÉSIDENCE DE M. VLEMINCKX.

L'Académie a reçu trois mémoires pour le concours de 1848-1850.

1° Le premier, relatif à la question de l'albuminurie, porte pour épigraphe : « Les progrès des sciences physiques sont destinés à exercer une influence puissante sur l'avenir de la médecine. »

2° Deux autres mémoires répondant à la question posée sur l'influence que les sciences chimiques et physiques ont exercée sur la connaissance de la nature intime et sur le traitement des maladies.

Ils ont pour épigraphe, le premier : « Chaque découverte n'est qu'un pas vers quelque chose de plus élevé dans le cours mystérieux des choses. »

Le second : « *Contraria contrariis vocantur ; similia tamen similiter agunt.* »

L'Académie procède, au scrutin secret, à la nomination des commissions chargées de l'examen des mémoires envoyés pour le concours.

Sont désignés pour le mémoire reçu sur l'histoire de l'albuminurie : MM. Lombard, Craninx, Lebeau, Fallot et Haikem.

Les membres désignés pour les mémoires traitant de l'influence que les sciences physiques et chimiques ont exercée sur la connaissance de la nature intime et sur le traitement des maladies, sont : MM. Stas, Mareska, Martens, Verheyen et Chandelon.

La première commission fait connaître qu'elle a choisi pour président, M. Fallot ; pour secrétaire, M. Haikem, et pour rapporteur, M. Lombard.

La seconde a nommé président, M. Verheyen ; secrétaire, M. Stas, et rapporteur, M. Mareska.

L'Académie décide qu'elle nommera dans la prochaine séance les commissions qu'il y aurait lieu d'instituer si elle recevait avant le 1er avril, jour de la clôture du concours, des réponses aux autres questions qu'elle a proposées.

QUELQUES RÉFLEXIONS SUR LA VARIOLE ET LA VARIOLOÏDE, par M. Van Berchem. — Rapport de la deuxième section sur ce sujet.

(M. Craninx, rapporteur.)

Messieurs,

Un mémoire de M. Van Berchem, ayant pour titre : Quelques réflexions sur la variole et la varioloïde, a été présenté à l'Académie à la fin de 1841. En 1842, je déposai sur le bureau le rapport que j'avais été chargé de faire sur ce travail. Par des circonstances que je ne chercherai pas à expliquer, ce rapport n'a pas encore été discuté. Entre temps, les opinions concernant la vaccine se sont singulièrement modifiées, du moins en France, et la question si importante des revaccinations y a reçu une solution toute différente de celle qu'on lui avait généralement donnée jusque-là. Les travaux de MM. Bousquet, Fiard et Steinbrenner, couronnés par l'Académie des sciences en 1845, n'ont sans doute pas peu contribué à amener ce résultat. Il s'en est suivi que les idées de M. Van Berchem et les conclusions de mon rapport, qui, pour la France et la Belgique, auraient pu paraître avancées et jusqu'à un certain point neuves en 1842, sont aujourd'hui, je ne dirai pas arriérées, mais simplement au niveau de la science. Toutefois, comme elles concordent presque en tous points avec les faits établis dans les excellents traités de MM. Steinbrenner et Bousquet, publiés en 1846 et 1848, je crois pouvoir n'apporter aucun changement à mon travail, et je me borne à rappeler la date de son dépôt pour le justifier des lacunes qui peuvent s'y rencontrer.

M. Van Berchem pose d'abord la question suivante : *La variole et la varioloïde constituent-elles deux maladies distinctes, ou bien sont-elles des formes, des degrés ou des variétés d'une seule et même affection?* Cette question depuis longtemps controversée, dit-il, est encore résolue différemment par un grand nombre de médecins, ce qui l'engage *à apporter* aussi *son modeste grain de sable* à la pyramide inachevée de Bacon.

Avant d'aborder le fond de la question, l'auteur du mémoire décrit sommairement les symptômes qui caractérisent la variole et la varioloïde ; il passe en revue les prodromes, l'époque de l'éruption, le siége, la forme, la marche, les diverses périodes, le pronostic, les terminaisons et les suites de ces deux affections ; enfin il établit leur diagnostic différentiel, en s'attachant spécialement à démontrer que la varioloïde a été très-diversement décrite par les auteurs. Cette partie de son travail est fort bien faite.

Après s'être élevé avec raison contre les nombreuses divisions et dénominations admises pour désigner les divers degrés de la variole, M. Van Berchem tâche de prouver qu'elle ne forme avec la varioloïde qu'une seule et même maladie. D'abord il cite l'important travail du docteur Heim ; il signale, avec le professeur Andral, la difficulté de distinguer les deux affections dans certains cas et à certaines périodes ; il rappelle l'analogie de leurs symptômes et invoque l'autorité de Hufeland, qui dit positivement que la varioloïde est le résultat du développement du véritable principe variolique chez un individu vacciné ; enfin, à l'appui de ce qu'il avance, il fait remarquer que tous les jours, dans la même ville, dans le même quartier, dans la même rue et jusque dans la même maison, des personnes sont atteintes, les unes de varioloïde, les autres de variole, selon qu'elles ont ou n'ont pas joui des bienfaits de la vaccine, selon qu'il s'est écoulé un temps plus ou moins considérable entre la vaccination et l'épidémie régnante,

ou bien encore en raison de l'intensité de l'épidémie même ou de la prédisposition individuelle des sujets. J. Franck est aussi persuadé que la nature de ces deux états morbides est identique.

Pour terminer cette partie de son mémoire, notre collègue cite les expériences de Valentin, Thompson, M. Maxwell, Desoteux, etc., établissant péremptoirement que le pus variolique produit quelquefois la varicelle et la varioloïde, et que la lymphe de celles-ci donne parfois lieu à une véritable variole. Il conclut donc que la variole et la varioloïde ne sont que des degrés ou des modifications d'une seule et même affection morbide.

Après avoir ainsi rapporté les opinions favorables à sa manière de voir et combattu fort judicieusement les arguments de ses antagonistes, l'auteur se demande à quoi peut aboutir la discussion dans laquelle il est entré, et il répond que la question agitée exige impérieusement une solution ; car si la variole et la varioloïde n'ont rien de commun, si la vaccine n'est appelée qu'à préserver de la variole, dont elle préserve réellement, la revaccination ne saurait être d'aucune utilité. Telle est, en effet, l'opinion de ceux qui envisagent les deux maladies comme essentiellement différentes. Si, au contraire, la variole et la varioloïde ne sont que des degrés d'un seul état pathologique, si la varioloïde n'est qu'une variole modifiée par une disposition individuelle, et le plus souvent par la vaccine, si surtout il est constant, comme une foule de faits paraissent le prouver, que la bénignité de la varioloïde, ou, si l'on préfère, la modification que la variole a subie est d'autant plus sensible que la vaccination est plus récente, et au contraire d'autant moins marquée que l'époque de cette opération est plus éloignée, la revaccination devient utile, nécessaire, indispensable même, et ses avantages sont d'autant plus grands que la première inoculation vaccinale date de plus loin.

En terminant son travail, M. Van Berchem fait ressortir l'importance du sujet qu'il a traité, et auquel se rattache la question de l'utilité ou de l'opportunité des revaccinations. Il faut bien convenir, avec lui, que l'hygiène publique est vivement intéressée à la solution de ce grand problème.

Telle est l'analyse succincte du mémoire qui nous a été soumis. Trois questions principales s'y trouvent soulevées :

« 1° La variole et la varioloïde sont-elles deux maladies différentes, ou seulement des degrés d'une même affection ?

» 2° La varioloïde est-elle d'autant plus bénigne qu'elle se développe à une époque plus rapprochée de la vaccination ?

» 3° La revaccination peut-elle empêcher le développement de la variole et de la varioloïde, et doit-elle être conseillée ou prescrite comme mesure générale ? »

I. Je n'hésite pas, messieurs, à me ranger de l'avis de notre honorable collègue, quant à l'identité de nature de la variole et de la varioloïde ; aux autorités qu'il cite, à l'analogie des symptômes qu'il établit, aux expériences décisives qu'il rappelle, j'ajouterai seulement quelques noms et quelques faits.

MM. Lafont-Gouzi (de Toulouse), Dugat (d'Orange) et des médecins de Marseille ont produit une variole légitime par la lymphe de la varioloïde inoculée à des sujets vierges de toute infection virulente, vaccinale ou variolique.

MM. Rilliet et Barthez (TRAITÉ DES MALADIES DES ENFANTS, t. II, p. 521), pensent que, même chez les enfants non vaccinés, les varioles graves sont plus rares, et les varioloïdes, au contraire, plus communes aujourd'hui qu'autrefois, et ils se demandent s'il n'en faut pas chercher la cause dans l'hérédité et dans la transmission des parents aux enfants, d'une disposition moindre à contracter le virus variolique. Si cette opinion est fondée, si la vaccination des parents peut mitiger la variole et même la réduire à une simple varioloïde chez leurs enfants, ne s'en suit-il pas que ces deux maladies ne sont que des degrés d'une même affection ?

C'est dans le cours des épidémies de variole, ou à la suite de rapports avec les varioleux, que l'on voit le plus souvent les individus vaccinés être pris de varioloïde, et d'une autre part, des personnes non vaccinées, et même vaccinées, gagnent parfois la variole en donnant des soins à des malades atteints de simple varioloïde.

Les faits de ce genre sont assez communs, et constitueraient déjà une forte présomption en faveur de l'identité de nature de la variole et de la varioloïde, si l'expérience directe, c'est-à-dire l'inoculation, pouvait laisser quelque doute sur ce point.

Le virus variolique, que l'on inoculait avant la précieuse découverte de Jenner, ne produisait généralement qu'une petite vérole légère, dont la gravité diminuait encore par les transmissions ultérieures.

La lymphe de la varioloïde, inoculée à des sujets vierges d'infection virulente, variolique ou vaccinale, peut, avons-nous dit, produire la variole légitime, et sous ce rapport, une inoculation de ce genre est dangereuse et généralement blâmable.

Nous devons cependant citer ici le fait observé par M. Guillon, à Saint-Pol-de-Léon, qui, dans le cours désastreux d'une épidémie de variole où le vaccin vint à manquer, ayant remarqué qu'un certain nombre de sujets vaccinés ou ayant eu la variole étaient atteints de varioloïde, eut l'heureuse inspiration d'employer le liquide contenu dans les boutons de ces malades pour l'inoculer aux enfants non vaccinés. Pratiquée à cinq cents individus, cette inoculation ne fit naître que des pustules semblables à celles de la vaccine, le plus ordinairement en nombre égal à celui des piqûres, et qui non-seulement préservèrent de l'épidémie régnante, mais encore rendirent ces individus réfractaires à la vaccine.

Ce résultat, peu conforme aux expériences de Valentin, de Thompson, de Lafont-Gouzi, etc., semblerait prouver : 1° que la lymphe des pustules de la varioloïde produit rarement la variole ; 2° qu'elle offre beaucoup d'analogie avec le vaccin, puisqu'elle produit des pustules semblables à celles de la vaccine, en détruisant, comme elles, la susceptibilité de contracter la variole et la vaccine.

Sous ce dernier point de vue surtout, il serait à souhaiter que la science sût positivement à quoi s'en tenir sur les avantages et les inconvénients de semblables inoculations.

II. La seconde question soulevée par M. Van Berchem, à savoir *si la variole et la varioloïde sont d'autant plus intenses que l'époque de la vaccination est plus éloignée*, n'est pas traitée avec autant de développement que la première.

Si l'on consulte les documents relatifs à la maladie varioleuse, à dater de l'introduction de la vaccine en Danemark, en Suède, en Angleterre, etc., on voit évidemment, dit M. Dezeimeris, que, dans les premières années, les cas de varioles et de varioloïdes, chez les vaccinés, furent presque nuls ; qu'au bout d'un certain temps, la varioloïde se montra rare et bénigne d'abord, puis plus commune et plus grave, et qu'enfin, vers 1819, la variole se montra à son tour chez des sujets vaccinés.

« Il est prouvé par chaque épidémie, dit M. Wirer de Rettenbach, recteur émérite de la Faculté de médecine de Vienne, que les enfants, plus que tous les autres, sont protégés par l'inoculation vaccinale. Les cas de varioles et de varioloïdes, ainsi que les varicelles, sont très-rares dans les premiers sept ans de la vie des enfants vaccinés ; au delà de cette période, la force protectrice de la vaccine diminue. Les données de tous les médecins s'accordent sur ce point. »

La très-grande majorité des enfants en bas âge, chez lesquels j'ai vu se développer une maladie varioleuse, ne m'a offert qu'une varioloïde légère, c'est-à-dire une variole considérablement modifiée par l'inoculation encore récente du virus-vaccin. C'est surtout chez les adultes que j'ai rencontré ces varioloïdes graves, offrant une grande ressemblance avec la vraie variole ; c'est aussi chez eux que cette dernière se montre parfois après la vaccination.

III. Enfin la troisième question, la plus importante, la plus complexe et la plus difficile à résoudre, est celle de savoir *si la revaccination peut empêcher le développement de la variole et de la varioloïde, et si elle doit être conseillée d'une manière générale.*

L'influence salutaire de la vaccine dure-t-elle toute la vie ou n'est-elle que temporaire. Pour arriver à une solution, il convient, avant tout, de chercher à établir quelques faits :

1° La variole franche attaque quelquefois le même individu à deux reprises différentes, mais ce n'est jamais coup sur coup ; ce n'est jamais, par exemple, dans le cours d'une même épidémie. Si l'on admet quelque analogie entre la variole et la vaccine, on sera donc porté à croire que l'action préservatrice de celle-ci, d'abord absolue, finit par se perdre, au moins chez certains sujets.

2° Si, comme cela a été pratiqué souvent, on essaye d'inoculer le vaccin ou le virus variolique à un individu dûment et tout récemment vacciné, l'opération est sans résultat ; l'immunité est donc absolue, complète, et ce qui confirme cette conclusion, c'est que le même individu peut ensuite séjourner impunément parmi les varioleux.

Mais si l'inoculation du vaccin n'est répétée qu'au bout de quinze, vingt, vingt-cinq ans, elle réussit quelquefois complètement, ou du moins elle donne assez souvent lieu à une vaccinoïde, à une éruption locale que l'on n'observait pas dans la première supposition ; d'une autre part, après un temps plus ou moins long, on voit des vaccinés contracter des varioloïdes plus ou moins graves et parfois la variole elle-même, quoique généralement mitigée. Il faut donc bien admettre, ce nous semble, que, chez certains individus du moins, l'influence de la vaccine n'est pas absolument la même à toutes les époques, et qu'elle s'affaiblit avec le temps. Dira-t-on peut-être que ces sujets, susceptibles d'une seconde vaccine ou de la maladie varioleuse, n'avaient eu d'abord qu'une fausse vaccine ? Mais alors la revaccination devrait avoir les mêmes résultats au bout de huit jours qu'au bout de vingt ans ; alors aussi la variole devrait être proportionnellement aussi commune et aussi franche chez ces sujets que chez les non-vaccinés.

Existe-t-il peut-être des vaccines qui ne produisent que des effets incomplets et ne procurent qu'une immunité imparfaite ? S'il en existe, à quels signes pourrait-on les reconnaître ? C'est là une question très importante, et malheureusement fort difficile à résoudre, dans l'état actuel de nos connaissances.

Nous ne concevons pas que le développement de quelques pustules à un bras pût préserver toute l'économie, s'il ne donnait lieu à un travail interne général ; voilà ce que le raisonnement nous dit. L'observation nous apprend, d'autre part, que du quatrième au huitième jour, les vaccinés éprouvent quelquefois un léger mouvement fébrile, caractérisé par un peu de pâleur à la face, par la chaleur de la peau, par un peu d'insomnie, d'inappétence et de morosité. Ces phénomènes généraux sont-ils sans importance, et peut-on ne tenir compte que des caractères et de la marche des boutons vaccinaux ? On a vu des enfants chez lesquels les pustules manquaient, alors que le mouvement fébrile indiquait cependant l'action du vaccin, action qu'il n'était guère possible de révoquer en doute, puisque de nouvelles vaccinations, des rapports avec des varioleux et même l'inoculation de la variole ne donnaient plus aucun résultat général ni local.

M. Eichhorn a empêché artificiellement le développement des pustules, et il a vu qu'une nouvelle inoculation vaccinale échouait ou réussissait selon que la première avait ou n'avait pas été suivie de fièvre. D'après le chevalier Wirer de Rettenbach, l'existence ou l'absence de réaction générale forme toujours le critérium du succès ou de l'insuccès de la vaccination ; de sorte que sans elle les plus belles pustules n'offrent aucune garantie. Toutefois il est à désirer que l'éruption soit nombreuse et énergique ; car, malgré la possibilité des exceptions

il existe généralement un rapport direct d'intensité entre les phénomènes locaux et réactionnels.

M. Eicchorn établit une distinction entre la fièvre primaire et la fièvre secondaire, et pense que c'est pendant la fièvre primaire que se détruit l'aptitude à la contagion. Si les piqûres sont nombreuses, cette fièvre se manifeste dès le troisième ou le quatrième jour, dure vingt-quatre à quarante-huit heures, et s'éteint avant l'apparition de la fièvre secondaire, dont elle est bien distincte. Mais si l'on ne pratique qu'une seule piqûre, la fièvre primaire n'arrive que tardivement, vers le septième ou le huitième jour, et se confond ainsi avec la fièvre secondaire et la formation du bourrelet. L'intensité de cette fièvre primaire lui a toujours paru être en rapport avec le nombre des boutons, ou plutôt avec la quantité de vaccin introduit dans l'économie; aussi conseille-t-il de faire seize à vingt piqûres, et dès que la lymphe apparaît dans les boutons, il s'en sert pour pratiquer quatre à six nouvelles piqûres, et n'est totalement rassuré que quand elles sont sans résultat. Il ne doute pas que les succès des revaccinations, et l'apparition des varioloïdes et de la variole chez les vaccinés, ne doivent être attribués au nombre insuffisant des boutons de la première vaccine et à ce que le travail intestin a été incomplet. Les revaccinations du docteur Leese, si elles étaient plus nombreuses, conduiraient à la même conclusion.

Sans nous prononcer sur la valeur de ces opinions, nous avons cru devoir fixer l'attention des praticiens sur l'importance vraisemblable de la fièvre vaccinale, d'autant plus que ceux-là mêmes qui croient qu'une seule pustule préserve aussi bien que dix reconnaissent par ce fait que l'éruption est un phénomène accessoire, et que le fait capital est le travail intérieur.

On s'est demandé si le vaccin considéré en lui-même et d'une manière abstraite n'aurait pas perdu de son énergie par ses générations successives, et si par suite l'immunité qu'il procure ne serait pas devenue moins complète et moins longue.

Il paraîtrait que les caractères extérieurs de la vaccine ont changé depuis les premiers essais de Jenner. Cet observateur avait été tellement frappé des accidents qui succédaient à l'inoculation du vaccin, qu'il se contentait de pratiquer une piqûre à chaque bras; encore avait-il fini par cautériser les pustules aussitôt qu'elles se montraient, et cela pour en arrêter les suites. Il ne changea sa pratique que quand il eut vu celle des médecins de Londres, et observé les modifications résultant d'un certain nombre de transmissions successives. Aujourd'hui il n'est plus question de ces symptômes aigus, plus ou moins alarmants, et l'on sait que des pustules nombreuses, se développant aux deux bras, n'entraînent généralement aucune conséquence fâcheuse. La France et la Belgique n'ont jamais vu la vaccine jennerienne dans toute son intensité, car lorsque, en 1800, Woodville l'importa sur le continent, elle avait déjà perdu cette exubérance d'action qui inspirait des inquiétudes à l'auteur de sa découverte. Depuis cette époque a-t-elle encore subi, dans sa physionomie, dans sa marche, dans l'intensité de ses symptômes, dans sa durée, quelque modification importante? Il est des observateurs qui le pensent (Tuelfard, Fiard, Bousquet, Brisset).

Mais on ne doit pas se presser d'admettre une semblable conclusion, car, comme le dit M. Rochoux, le vaccin arrivé, à raison d'un renouvellement par semaine, à plus de deux mille générations, aurait probablement perdu toute sa propriété préservatrice, s'il était susceptible de s'affaiblir. Or il n'est pas prouvé qu'il préserve moins bien aujourd'hui qu'il y a quarante ans; car si nous reconnaissons l'utilité des revaccinations, des médecins danois et autres l'avaient déjà sentie vers 1820, et particulièrement pour des individus qui avaient joui les premiers des bienfaits de la vaccine.

On voit parfois le *même vaccin* inoculé *en même temps* à trois enfants, échouer chez l'un, produire une vaccine chétive chez l'autre, vigoureuse, au contraire, chez le troisième. Ses effets sont donc subordonnés à des dispositions individuelles; on remarque aussi qu'il est des saisons où les vaccinations réussissent moins généralement bien ou donnent des pustules moins vivaces; la constitution atmosphérique peut donc exercer une influence sur la vaccine.

Le virus-vaccin, recueilli tardivement ou déjà desséché, réussit moins sûrement et fournit une éruption généralement moins belle; il y a donc encore là des conditions dont il faudrait tenir compte, avant d'affirmer que le vaccin considéré *in se* n'est plus absolument ce qu'il était autrefois. S'il était établi que la vaccine eût généralement subi des modifications notables, il serait curieux de rechercher si cela ne dépendrait pas de ce que la plupart des sujets que nous vaccinons aujourd'hui sont issus de parents vaccinés.

Pour obtenir de belles pustules et une réaction forte, il convient : 1° que la vaccination ait lieu de bras à bras; 2° que le sujet dont on tire le vaccin soit robuste, né de parents sains et peut-être un peu plus âgé que celui que l'on vaccine; 3° que celui-ci soit également sain, bien nourri; 4° que les boutons à ouvrir ne soient pas trop âgés (généralement il faut prendre le vaccin au septième ou tout au plus au huitième jour); 5° que les piqûres soient assez nombreuses, et pratiquées avec une lancette chaque fois rechargée de lymphe.

Si après plus de deux mille générations, le vaccin, recueilli et inoculé dans les conditions requises, se montre encore avec les caractères qu'il présentait dans les premières années, et si dans les cas où son action paraît faible, on a peut-être négligé certaines circonstances dont il faudrait tenir compte, nous ne sommes pas en droit de conclure que ce virus considéré en lui-même ait dégénéré par ces reproductions successives. Des hommes de mérite croient toutefois qu'il serait prudent de remonter de temps en temps à sa source, et que des primes assez fortes devraient être établies pour ceux qui découvriraient le *cow-pox* et en feraient la déclaration à temps. Mais la vache ne présente cette maladie qu'à des intervalles assez éloignés, et c'est à tort que bien des gens pensent que le cow-pox se retrouve constamment ou du moins tous les ans en Angleterre. D'un autre côté, l'inoculation de la vache à l'homme est très-souvent sans résultat; M. le professeur Hering (de Stuttgard), qui dit avoir eu l'occasion de constater l'existence assez fréquente du cow-pox en Angleterre et en Allemagne, ne compte guère qu'un succès sur onze opérations.

D'après MM. Verheyen, De Wart, Fourdrigny, Nevejans, Cambier et quelques autres médecins et vétérinaires, la vaccine spontanée ne serait pas un phénomène rare dans notre pays, elle se présenterait même tous les ans parmi les vaches des plaines d'alluvion de la Flandre occidentale.

Considéré longtemps comme excessivement rare en France, le cow-pox s'y est montré en plus d'un endroit en 1836 et en 1841; tout récemment encore il vient d'être découvert par M. Magendie.

Des expériences faites par M. Bousquet avec le cow-pox découvert à Passy (1836), il résulte que les pustules de ce nouveau virus sont plus développées, plus larges, plus brillantes, plus énergiques, en un mot mieux dessinées que celles de l'ancien : elles vivent plus long-temps et poussent plus loin leur carrière, puisque leurs croûtes tombent plus tard; sous tous les rapports, la différence est presque de moitié. On a même observé quelques-uns des accidents de l'époque de Jenner, tels que la tuméfaction plus considérable des tissus sous-jacents, l'engorgement des glandes axillaires, le mouvement fébrile plus prononcé, la suppuration, au lieu de la dessiccation des pustules, et à sa suite des ulcérations mettant un temps plus ou moins long à se cicatriser.

La différence entre les deux virus admise quant à l'énergie de leur manifestation, faut-il en inférer que le nouveau possède une vertu préservatrice plus puissante, plus sûre? Rien n'y autorise jusque-là. Si l'on en juge d'ailleurs par analogie avec ce qui eut lieu sous les yeux de Jenner lui-même, on est porté à croire que le nouveau virus perdra bientôt cette supériorité, du moins apparente, qu'il présente sur l'ancien.

Examinons maintenant si la revaccination doit être conseillée comme mesure générale, si les arguments à l'appui de ce conseil sont fondés et si les objections qu'on lui oppose sont solides; enfin pour le cas où l'on doive l'admettre, voyons à quelle époque de la vie il conviendrait de pratiquer cette opération.

1° La revaccination, admise comme mesure générale, ferait découvrir un grand nombre d'individus non vaccinés, soit par suite de négligence, soit à cause des préjugés des parents. Arrivées à un certain âge, ces personnes apprécient souvent par elles-mêmes les avantages de la vaccine; mais si les préventions ont disparu, l'incurie subsiste parfois, et il importe d'y porter remède.

Du rapport présenté par la commission de vaccine à M. le ministre du commerce en France, il résulte que, en 1835, sur 745,445 naissances il n'y a eu que 518,734 vaccinations. Sur ce nombre, et sans doute spécialement parmi les non vaccinés, il y a eu 13,726 varioleux, 1,486 défigurés ou infirmes, 1,8?3 morts.

D'après M. Rochoux, les non-vaccinés font peut-être le tiers de la population actuellement vivante, et d'après M. Van Berchem, dans notre pays, plus de la moitié des enfants ne sont pas vaccinés.

En France, comme en Belgique, il s'en faut donc de beaucoup que les bienfaits de la vaccine s'étendent à toute la population. Quant aux suites de la variole, elles démontrent mieux que les raisonnements la nécessité d'opposer à un tel fléau tous les moyens possibles. La mesure dont il s'agit, fût-elle superflue pour les vaccinés, serait donc encore utile comme moyen de propagation de la vaccine.

2° Pour certains individus, avoir été soumis à la lancette du vaccinateur, c'est être vacciné, lors même que l'inoculation est sans résultat; pour d'autres, ce n'est pas être vacciné, mais c'est être sûr qu'on n'est pas susceptible de variole. Trop souvent aussi la contre-visite n'est pas faite, et pourvu que l'opération soit suivie d'un travail local quelconque, beaucoup de gens se croient dans une sécurité complète, bien que peut-être la vaccine soit fausse ou non préservatrice. Or si par leur propre indifférence, par la négligence des parents ou des médecins, ou bien encore par suite de la sécurité trompeuse où ils se trouvent, ces individus ne sont pas soumis à une nouvelle inoculation vaccinale, ils pourront constituer comme les non-vaccinés des foyers de maladie varioleuse, des centres de contagion d'où partira plus tard la variole, modifiée ou non, selon les personnes qu'elle atteindra. Il faut noter que celui qui néglige ou refuse de se soumettre à la vaccination compromet, non-seulement sa propre existence, mais encore la santé des autres, ce qui donne à la société le droit d'employer tous les moyens d'influence pour qu'il fasse à la sécurité publique le sacrifice d'une erreur, d'un sot entêtement ou d'une insouciance dangereuse.

3° Nous avons vu les précautions à prendre, les conditions à remplir pour obtenir de belles pustules; nous avons vu également l'importance que des hommes de mérite attachent au développement de la fièvre vaccinale et quelques-uns même au nombre des boutons; nous lisons, d'autre part, dans un rapport contraire aux revaccinations (Rapport de l'Académie de médecine de Paris sur les vaccinations en 1841), qu'il importe de recueillir le vaccin de bonne heure, sur des sujets sains, robustes et de les transmettre à des individus présentant les mêmes conditions, et que si l'on fait usage d'un virus trop avancé ou d'une nature équivoque, l'éruption d'apparence vaccinale qui se développe peut n'être qu'une fausse vaccine ou *une vaccine* non préservatrice (*loc. cit.*, p. 182); or, s'il en est ainsi, si des précautions importantes ont souvent été négligées, si l'éruption d'apparence vaccinale que l'on obtient peut n'être qu'une vaccine non préservatrice, la revaccination ne sera-t-elle pas chose utile, du moins jusqu'à ce que la plupart des praticiens remplissent les conditions voulues pour obtenir une première vaccine offrant toutes les garanties désirables?

4° S'il est vrai que la variole et la varioloïde soient plus bénignes et proportionnellement plus rares dans les premières années qui suivent la vaccination; s'il est également vrai que la revaccination réussisse généralement mieux au bout de dix, quinze et vingt ans qu'immédiatement après la vaccination (faits qui semblent se confirmer mutuellement, puisqu'il y a quelque analogie entre

l'aptitude à la vaccine et la susceptibilité pour la variole); si, d'une autre part, ces faits ne peuvent s'expliquer par la supposition d'une fausse vaccine ou d'une vaccine complétement nulle, nous croyons qu'il faut bien admettre que l'influence du vaccin sur l'économie n'est pas la même à tous les âges, qu'elle diminue par le cours des années, sinon chez tous, du moins chez certains vaccinés; que pour ceux-ci du moins la revaccination est chose rationnelle, prudente.

5° M. Dezeimeris cite un grand nombre de faits qui prouvent que la vaccination et la revaccination en masse ont arrêté, pour ainsi dire subitement, le développement ou les progrès d'épidémies de variole. A ces faits il pourrait, dit-il, en joindre beaucoup d'autres, car il n'y a qu'à puiser dans la masse des documents qui se rapportent à ce point; ils sont tous identiques. M. Bousquet en rapporte deux également fort remarquables, sans compter ceux qui ont été observés dans les armées prussiennes et wurtembergeoises.

Il est vrai que la vaccination seule, pratiquée en masse, a quelquefois produit le même résultat. Mais si l'épidémie peut débuter ou s'étendre par la variole des vaccinés, les revaccinations, bien que perdant de leur urgence, conserveront au moins quelque utilité. C'est d'ailleurs le moyen le plus sûr d'étendre l'influence salutaire du vaccin aux individus qui n'auraient eu qu'une vaccine fausse ou non-préservatrice, et à ceux chez lesquels cette influence se serait affaiblie ou dissipée.

Lorsque la seconde inoculation vaccinale réussit complétement, elle donne lieu à des phénomènes semblables à ceux de la première; il est donc probable qu'elle produit aussi les mêmes effets, c'est-à-dire qu'elle préserve d'une manière plus ou moins absolue et pour un grand nombre d'années de la variole légitime, mais moins complétement et pour un temps moins long, de la varioloïde, de sorte que, *à priori*, on est autorisé à croire que la variole sera excessivement rare, et la varioloïde plus rare et plus bénigne chez les revaccinés.

Du reste, il est très-vraisemblable qu'après la seconde comme après la première inoculation vaccinale, on observera de grandes différences individuelles, quant à l'immunité contre les deux affections dont il s'agit. M. Gaultier de Claubry cite 3 cas de varioloïde dont 2 se sont montrés quelques années et le troisième peu de temps après des revaccinations qui avaient parfaitement réussi.

Ce qui semblerait aussi prouver que la revaccination ne préserve pas toujours pour un laps de temps fort long, c'est que, de 1834 à 1842, le sixième des cas de maladie varioleuse observés dans l'armée prussienne a été fourni par des hommes qui avaient été revaccinés avec succès. Toutefois le résultat des revaccinations a été de faire baisser d'une manière sensible le chiffre total des maladies varioleuses dans cette armée.

On a objecté qu'il ne fallait pas plus exiger de la vaccine que de la variole elle-même, qui, comme on le sait, attaque certains individus deux fois.

On pourrait répondre simplement qu'on doit demander à la vaccine tout ce qu'elle peut donner, et qu'il y aurait déjà avantage à prévenir les atteintes secondaires d'une maladie susceptible de se communiquer comme la variole. Mais la vaccine met-elle, aussi sûrement que la petite vérole elle-même, à l'abri de cette dernière?

Voici un document que nous empruntons à M. Rochoux, antagoniste déclaré de la revaccination:

Dans l'épidémie qui a régné à Marseille en 1828, sur 30,000 vaccinés, il y en a eu 2,000 atteints de varioloïde et de variole le plus souvent bénigne, et 20 seulement ont succombé. Sur 2,000 habitants, ayant eu antérieurement la variole, 20 en ont été atteints une seconde fois et 4 sont morts. D'où il suit que, à nombre égal, la maladie varioleuse a été sept fois plus commune après la vaccine qu'après la variole, mais aussi qu'elle a été plus légère, puisqu'elle a fait trois fois moins de victimes; d'où il suit également que, à tout prendre, le sort des vaccinés est encore préférable à celui des individus ayant eu la variole. Cette conclusion est légitime; elle découle logiquement des chiffres posés; elle prouve irrésistiblement les bienfaits de la vaccine, et sous ce rapport nous l'admettons très-volontiers; mais il en est une autre à déduire tout aussi logiquement, c'est que l'action de la vaccine n'est pas indéfiniment absolue pour tous les sujets; c'est que ni les variolés ni les vaccinés ne sont entièrement à l'abri des épidémies varioleuses; c'est que s'il est possible de les en préserver par la revaccination, comme des exemples le prouvent, il faut admettre ce moyen.

De ce que la vaccination réussit quelquefois sur des individus ayant eu la variole dans leur enfance, fait constaté depuis longtemps et qui s'est reproduit dans les expériences faites à l'Académie de médecine de Paris (entre autres sur MM. Desportes et Dubois (d'Amiens)), M. Rochoux paraît inférer que le succès des revaccinations ne prouve pas leur utilité; mais cette induction n'est pas tout à fait légitime, car ces personnes pouvaient être susceptibles d'une variole secondaire.

L'inquiétude que les revaccinations peuvent répandre dans la société n'est-elle pas exagérée par les antagonistes de cette mesure? Les gens sensés ne comprendront-ils pas qu'il ne s'agit là que d'un redoublement de précaution tout dans l'intérêt des familles, et qu'une seconde inoculation ne peut rien ôter, mais bien ajouter à l'utilité et à la force protectrice de la première? Ce n'est pas douter de l'efficacité d'un moyen que d'y revenir; c'est, au contraire, prouver qu'on y croit. C'est, il est vrai, prouver en même temps qu'on n'est pas sûr de la durée de son action; mais lorsqu'on a de bonnes raisons de douter, faut-il laisser le public dans une sécurité trompeuse?

Quand faut-il revacciner? Est-ce après sept, dix, quinze ans?

D'après ce que nous avons dit plus haut, l'influence salutaire de la vaccine s'affaiblit plus fortement et plus rapidement chez certains individus que chez d'autres, de sorte qu'il est impossible de préciser l'époque à laquelle la revaccination serait utile pour tous. Mais la question n'est pas là; il s'agit de déterminer par l'observation, au bout de quel laps de temps la variole des vaccinés se remontre assez souvent pour qu'on doive chercher à la prévenir par la revaccination.

D'après des documents nombreux, recueillis par M. Dezeimeris, l'action préservatrice de la vaccine est très-efficace pendant les dix premières années; elle subsiste, mais très-affaiblie, à quinze ou vingt ans de distance; elle est beaucoup plus faible encore au bout de vingt-cinq à trente ans. D'où il suit qu'il est généralement prudent de revacciner, de dix à quinze ans, les individus qui ont eu la vaccine dans leur enfance. Si la revaccination réussit complétement, on est autorisé à croire qu'elle produira le même effet que la première vaccination; si elle échoue, il convient de la répéter, comme cela se pratique dans l'armée prussienne; si le succès en est incomplet, le docteur Heim pense qu'il faut y revenir annuellement, jusqu'à ce qu'on obtienne une vaccine normale.

Nous avons dit qu'il convient de revacciner de dix à quinze ans, les sujets qui ont subi la première inoculation vaccinale dans leur enfance; mais il va sans dire qu'il ne faut pas attendre cet âge quand il existe quelque doute sur le succès de cette première opération, surtout quand la petite vérole règne épidémiquement.

Nous ne pouvons nous dispenser de faire ici une remarque, c'est que quand il s'agit d'une épidémie de fièvre typhoïde, par exemple, les commissions médicales et le gouvernement s'émeuvent et font de louables efforts pour arrêter les progrès du mal, tandis qu'il s'en faut qu'on déploie le même zèle pour s'opposer aux ravages de la variole; et cependant voyez la différence: la dernière de ces deux affections est éminemment contagieuse, et d'une autre part, elle peut en quelque sorte être sûrement et promptement étouffée; la première, au contraire, se communique bien plus rarement d'individu à individu, et l'art n'a aucun préservatif spécifique à lui opposer. N'est-il pas étonnant que nos secours soient d'autant moins empressés qu'ils sont plus nécessaires et qu'ils seraient d'une efficacité plus incontestable!...

CONCLUSIONS.

De ce qui précède, nous croyons pouvoir tirer les conclusions suivantes:

1. La variole et la varioloïde ne sont que des degrés d'une même affection.

2. La variole franche peut attaquer deux fois le même individu, mais presque jamais coup sur coup.

3. Elle peut aussi se montrer sur des individus dûment vaccinés, mais elle est généralement mitigée.

4. La variole, après vaccine, est presque sans exemple dans les dix années suivantes; mais elle se manifeste de temps en temps chez des sujets vaccinés depuis plus de vingt ans. Toutefois, elle est très-rare après quarante ans.

5. Elle est plus fréquente, mais en même temps plus légère chez les vaccinés que chez les individus qui en ont déjà essuyé une première atteinte.

6. La varioloïde, après vaccine, se montre plutôt que la variole; ainsi, il n'est pas rare de l'observer sur des enfants, mais sa fréquence et sa gravité augmentent graduellement de dix à vingt-cinq, trente ans.

7. La maladie varioleuse (variole ou varioloïde) chez les vaccinés, n'offrant pas, quant à sa fréquence et à son intensité, la même marche que chez les non-vaccinés, les cas où elle se montre chez les premiers ne peuvent tous s'expliquer par la supposition d'une fausse vaccine, mais bien par une diminution, par un affaiblissement dans l'action préservatrice de la vaccine.

8. Peut-être faut-il admettre des vaccines incomplètes dont l'action préservatrice est moindre, et susceptible de s'user plus promptement. Sous ce rapport, on n'attache généralement pas assez d'importance au mouvement réactionnel qui doit accompagner l'éruption vaccinale, et indiquer l'action du virus sur l'économie entière.

9. Si l'influence protectrice de la vaccine s'affaiblit par le temps, sinon chez tous, du moins chez plusieurs individus, il n'est pas aussi bien établi que le *vaccin*, considéré en lui-même, ait perdu de son efficacité depuis les premières années de sa découverte. Dans le doute, il est toutefois prudent de remonter au cow-pox toutes les fois que l'occasion s'en présente. Il serait à désirer que des primes fussent établies en Belgique comme il en existe dans d'autres pays, et dont la province d'Anvers a pris l'initiative, pour ceux qui l'ayant rencontré, en feraient la déclaration à temps.

10. Si l'immunité que la vaccine procure à l'égard de la maladie varioleuse n'est pas indéfiniment absolue, du moins pour un grand nombre de personnes, la revaccination est rationnellement indiquée.

11. L'observation apprend que, quand elle réussit, la seconde inoculation de vaccin produit à peu près les mêmes phénomènes que la première; on doit donc penser, *à priori*, qu'elle aura les mêmes effets.

12. L'expérience s'est déjà prononcée sur ce point; elle a prouvé qu'une revaccination récente met à l'abri des atteintes de la variole et de la varioloïde, et que, pratiquée sur une échelle suffisante, conjointement avec la vaccination, elle constitue un moyen sûr d'arrêter les progrès de cette maladie quand elle se montre épidémiquement.

13. Elle réussit d'autant mieux qu'elle est plus nécessaire, c'est-à-dire que le sujet est plus éloigné de l'époque à laquelle il a eu soit la variole, soit la vaccine.

14. Si elle ne réussit pas à la première tentative, il convient d'y revenir, au besoin, à plusieurs reprises.

15. Dans les cas d'épidémie de variole ou de varioloïde, il est prudent de revacciner toutes les personnes qui sont au moins à dix ans de date de leur première inoculation, et indistinctement toutes celles dont la vaccination laisse quelque doute.

16. La revaccination peut se pratiquer à peu près indifféremment avec la lymphe d'une première ou d'une seconde vaccine.

17. Il est imprudent d'inoculer la lymphe de la varioloïde spontanée; toutefois, en cas d'épidémie, s'il était absolument impossible de se procurer du vac-

cin, on serait autorisé à employer ce liquide et à le transmettre successivement à la manière du vaccin.

18. Si la revaccination est chose utile, du moins pour un certain nombre d'individus, la vaccination n'en conserve pas moins toute son importance, et le gouvernement et les médecins doivent employer toute leur influence pour que la population entière jouisse de ses bienfaits.

Les moyens qui paraissent les plus efficaces pour atteindre ce but sont les suivants :

a. Obtenir du clergé qu'il cherche à dissiper les préjugés et à détruire l'indifférence qui règnent encore parmi le peuple, concernant la vaccine.

b. Stimuler le zèle des administrations communales relativement à ce point.

c. Veiller à ce qu'il existe des dépôts de vaccin où les praticiens puissent toujours puiser au besoin. Instituer des comités de vaccine composés de médecins et d'habitants notables.

d. Profiter des épidémies pour vacciner les individus qui se sont montrés insouciants jusque-là.

e. Engager les conseils provinciaux à allouer des fonds destinés à payer les vaccinations des pauvres. Une contribution levée dans ce but constituerait une grande économie pour le pays en général, car ce ne serait pas là de l'argent perdu, la fortune publique ayant réellement à souffrir de la perte de temps et frais qu'occasionne la maladie varioleuse, abstraction faite de la mortalité et des infirmités qu'elle entraîne à sa suite.

19. Peu de praticiens ont fait preuve d'autant de zèle pour la propagation de la vaccine que notre honorable confrère de Willebroeck; aussi vous proposons-nous de lui voter des remerciments, et d'ordonner l'impression de son mémoire.

M. LE PRÉSIDENT : L'Académie veut-elle passer immédiatement à la discussion de ce rapport?

L'Académie décide qu'elle passera immédiatement à la discussion sur les principes formulés dans les conclusions du rapport.

La première conclusion est ainsi conçue :

« La variole et la varioloïde ne sont que des degrés d'une même affection. »

M. LOMBARD appuie cette conclusion. Tous les faits observés depuis huit mois à Liége, sont de nature, suivant lui, à démontrer qu'en effet la variole et les différentes formes de varioloïde, depuis la forme bulleuse jusqu'à la pustuleuse, ne sont que des degrés d'une même maladie. La preuve que c'est la même nature d'affections, c'est qu'elles régneut dans les mêmes circonstances et qu'on les voit apparaître ensemble. Ainsi, dans une même famille, on voit des membres en même temps atteints de variole légitime, et d'autres ne présenter que des formes de varioloïde.

Il ne peut donc y avoir de doute à l'égard de cette proposition.

M. LEBEAU : Dernièrement, à l'hôpital militaire, nous avons reconnu sur un individu atteint de varioloïde bulleuse deux pustules ayant tous les caractères de la variole. Ces deux pustules étaient mêlées aux boutons de la varioloïde. C'est là un fait qui prouve incontestablement la liaison qu'il y a entre les deux affections.

M. VARLEZ : Je n'oserais affirmer que la variole et la varioloïde sont deux maladies différentes ; mais je n'oserais pas non plus affirmer que ces deux affections sont de même nature.

J'ai eu l'occasion d'observer des épidémies de variole. Les personnes qui étaient atteintes de cette affection, dans les hôpitaux militaires, sous l'empire français, n'avaient pas été vaccinés, et dans ces circonstances, il ne m'a jamais semblé ni à aucun officier de santé de l'armée que la variole fût différente d'elle-même. Il y a une différence entre la variole et la varioloïde; mais à cette époque jamais je n'ai eu occasion de la constater.

La variole se présente chez les personnes vaccinées comme chez celles qui ne l'ont pas été, et je ne sais pas si chez les premières elle existe avec tous les caractères qui la distinguent chez les personnes non vaccinées.

M. CRANINX, rapporteur : Je persiste dans l'opinion que j'ai émise dans mon rapport, que la variole et la varioloïde sont la même maladie, c'est-à-dire qu'elles proviennent absolument de la même cause, de la même origine. Il est reconnu que, dans les épidémies, on voit aujourd'hui, comme le disait M. Lombard, dans la même famille, chez les uns, la variole, chez les autres, la varioloïde, maladies qui ont été contractées dans les mêmes conditions, dans les mêmes circonstances, par exemple parce que cette famille avait été en rapport avec un individu atteint de la variole.

Un autre exemple qui est plus frappant, c'est qu'un individu atteint de varioloïde ou de variole, étant en rapport avec plusieurs personnes, donne indistinctement, selon les dispositions des individus, à l'un la variole, à l'autre la varioloïde.

Le fait indiqué par M. Lebeau vient encore à l'appui de mon opinion. Dans un grand nombre de cas, on voit les caractères des deux maladies chez le même individu; un nombre considérable de pustules ont le caractère de la variole, et un grand nombre aussi ont le caractère de la varioloïde.

Il y a plus : on s'est livré à des expériences, des inoculations ont été faites. Ainsi, en prenant du pus des pustules d'un individu atteint de varioloïde, on peut donner à un autre individu ou la variole ou la varioloïde, selon les dispositions dans lesquelles il se trouve.

M. VARLEZ : Ce qu'on a attribué aux dispositions individuelles n'indiquerait-il pas précisément qu'il ne s'agit pas de deux maladies parfaitement identiques? Les dispositions individuelles dont on a parlé ne seraient-elles pas le résultat de l'influence différente du vaccin sur les différentes personnes vaccinées? C'est un doute que je soumets à l'Académie.

M. CRANINX : De deux individus vaccinés le même jour et dans des conditions identiques, l'un a eu la variole, l'autre la varioloïde.

M. VARLEZ : Mais pensez-vous que ces deux personnes aient été influencées de la même manière par le vaccin? Ne pensez-vous pas que si elles avaient été identiquement influencées, elles auraient eu toutes deux la même maladie?

M. LEBEAU : Je considère comme très-vrai que l'impression qui donne la variole n'influence l'individu qu'autant qu'il est sous l'empire de certaines dispositions. Lorsque vous vaccinez une personne qui n'est pas susceptible de contracter la petite vérole, il se produit quelquefois un bouton qui est en tous points semblable à un bouton de varioloïde. Ainsi, dans une maison, j'ai vacciné quatre personnes : deux ont présenté les caractères d'une véritable vaccine; la troisième n'a rien offert, et la quatrième a eu un bouton d'une véritable varioloïde.

J'insiste sur cette question, parce que nous pourrons peut-être rattacher plus tard à la maladie qui nous occupe en ce moment une autre maladie sur laquelle nous discutons depuis fort longtemps. Il n'est pas impossible qu'il y ait dans la fièvre typhoïde quelque chose de semblable à ce que nous observons dans la varioloïde.

M. DIDOT : Vers 1832, il régnait à Dinant une épidémie de varioloïde bien caractérisée; pendant tout le temps de l'épidémie, pas une seule variole ne s'est montrée; il n'a pas été remarqué une seule pustule varioïque. La maladie a parcouru, chez tous les individus affectés, une marche fort bénigne. Cependant les boutons laissaient des traces; les personnes vaccinées contractaient la varioloïde pure, avec tout son éclat, si je puis m'exprimer ainsi, et plusieurs de ces pustules ont laissé des marques.

Eh bien! je demande comment il se fait que la varioloïde se développe en quelque sorte de toutes pièces, chez des individus qui ne sont pas aptes à contracter la variole, si toutefois ce sont deux affections qui dépendent du même principe.

M. LOMBARD : Ce qui démontre le mieux l'identité des deux affections, c'est que l'une ne règne jamais sans l'autre, ou que si l'une apparaît quelquefois isolément, elle est bientôt suivie de l'autre, ainsi que des différentes formes de varicelles qui viennent plus tard. La variole n'est pas toujours à l'état épidémique; mais qu'elle soit épidémique ou sporadique, toujours, lorsqu'elle diminue, on voit apparaître les varicelles.

Maintenant, si l'on observe attentivement la marche de la maladie, la conformité est évidente. Ainsi, quand on a affaire à un varicelle, on remarque les mêmes symptômes que dans la variole pustuleuse ombiliquée, par exemple : il y a fièvre avant l'éruption, chaleur à la peau, frissons, douleur à l'épigastre, des nausées, parfois des vomissements, un état enfin qui fait croire qu'on va avoir à traiter une variole bien régulière. Mais l'éruption cesse au lieu de se développer; la suppuration est plus rapide; les pustules s'ombiliquent beaucoup plus tôt et ne sont jamais confluentes; puis arrive le moment où la fièvre de suppuration devrait se produire, et la fièvre qui avait cessé au moment de l'éruption ne se reproduit pas. C'est alors qu'on peut dire qu'on a affaire à une varioloïde et non pas à une petite vérole; car si la fièvre reparaissait, ce serait évidemment une variole bénigne. Ces circonstances me font dire que les deux affections sont de la même nature, mais que l'empoisonnement existe à des degrés différents et dans des conditions différentes.

M. LEQUIME : J'ai rencontré, comme M. Lebeau, des cas où les deux affections existaient chez le même sujet; mais je ne puis pas partager entièrement la manière de voir de M. Lombard, quand il dit que les varicelles ne sont jamais confluentes. Dans tous les cas que j'ai eu à traiter, elles étaient, au contraire, aussi confluentes que possible; et une remarque que tout le monde a pu faire, c'est qu'à la suite de ces varicelles, jamais l'individu ne conservait de marques; il n'y avait pas de traces de suppuration, pas d'enfoncement à la peau; celle-ci présentait, au contraire, des élevures à la place qui avait été occupée par chacune des pustules.

Conformément à l'usage adopté par l'Académie de ne point s'engager dans des votes scientifiques, on passe, sans émettre de vote, à la deuxième conclusion, qui est ainsi conçue :

« 2. La variole franche peut attaquer deux fois le même individu, mais presque jamais coup sur coup. » (Appuyé.)

3. « Elle peut aussi se montrer sur des individus dûment vaccinés, mais elle est généralement mitigée. »

M. LEBEAU : Il faut appuyer sur le mot *généralement*; car j'ai eu souvent l'occasion de voir des varioles très-graves, confluentes, mortelles, chez des individus qui avaient été vaccinés.

M. LOMBARD : J'appuie la manière de voir de M. Lebeau. Il est certain que l'on voit parfois la petite vérole atteindre des individus qui ont été vaccinés ou qui ont déjà eu la variole. Le plus ordinairement ces affections sont bénignes; mais il n'est pas sans exemple d'en voir se terminer d'une manière funeste.

L'épidémie que nous avons sous les yeux aujourd'hui, à Liége, et qui a été terrible, est venue proclamer, plus que jamais, les heureux effets du vaccin. Il n'y a pas de sujet qui, après une seconde vaccination, ait eu la petite vérole; mais nous avons vu parfois des sujets qui semblaient avoir été bien vaccinés à une époque reculée, et qui ont succombé ensuite à une atteinte de petite vérole. Il y a peu de jours, j'ai été appelé dans un village, distant de Liége de deux lieues. La petite vérole régnait depuis un mois à côté de la maison où j'étais appelé. Le médecin avait engagé toutes les personnes de cette maison, et elles étaient en grand nombre, à subir la revaccination. Toutes y avaient consenti, excepté le chef de la famille, le bourgmestre de l'endroit; il a été pris de la petite vérole, bien qu'il eût des marques constatant une vaccination faite depuis vingt ans, et

il a succombé. Onze personnes avaient été revaccinées dans la maison ; elles ont soigné le malade, et aucune n'a été atteinte.

Je pense donc que l'on ne pourrait pas établir le nombre de sujets qui, ayant été vaccinés, succombent à la variole, parce qu'il est impossible, me paraît-il, de savoir s'ils ont été bien vaccinés, s'ils ont eu la fièvre vaccinale.

« 4. La variole après vaccine est presque sans exemple dans les dix années suivantes; mais elle se manifeste de temps en temps chez des sujets vaccinés depuis plus de vingt ans. Toutefois elle est très-rare après 40 ans. »

M. Lombard : Cette conclusion n'est pas d'accord avec celle de la Société jennerienne de Londres. Cette Société, après un nombre infini de vaccinations, avait établi qu'on ne voyait pas de sujets dûment vaccinés être atteints de la petite vérole, à moins que sept années ne fussent écoulées depuis la vaccination. Aussi avait-elle conclu à la nécessité de la revaccination après ce terme.

Notre honorable collègue substitue à cette période de sept années celle de dix années. Cette question est des plus importantes; car il s'agit de savoir si l'on trouve des sujets atteints de la variole sept ans ou seulement dix ans après la vaccination. Il est donc important de savoir sur quoi s'est basé notre honorable collègue pour adopter le terme de dix années.

M. Craninx : Les auteurs ont singulièrement varié sur le temps qu'on accorde à l'immunité produite par le vaccin : les uns l'ont fixé à 7, les autres à 10, à 12 et même à 15 ans. Le chiffre de 10 ans, que j'ai adopté, est basé sur une moyenne résultant d'un très-grand nombre d'observations et en même temps sur une pratique personnelle.

Il est reconnu qu'effectivement, entre 7 et 10 ans, on observe quelquefois la variole mitigée; mais ces cas sont très-rares. On a encore reconnu qu'après 10 ans, jusqu'à l'âge de 20 à 30 ans, la vertu préservatrice de la vaccine diminue insensiblement et de plus en plus. Il est vrai qu'ensuite, à l'âge de 40 ans, comme je l'ai dit, la susceptibilité individuelle paraît diminuer aussi.

Le chiffre que j'indique est donc un chiffre moyen que je crois utile d'adopter pour qu'on ne revienne pas trop souvent, sans nécessité, à la revaccination.

« 5. Elle est plus fréquente, mais en même temps plus légère chez les vaccinés que chez les individus qui en ont déjà essuyé une première atteinte. »

« 6. La varioloïde, après vaccine, se montre plus tôt que la variole; ainsi il n'est pas rare de l'observer sur des enfants. Mais sa fréquence et sa gravité augmentent graduellement de 10 à 30 ans. »

« 7. La maladie varioleuse (variole ou varioloïde) chez les vaccinés, n'offrant pas, quant à sa fréquence et à son intensité, la même marche que chez les non vaccinés, les cas où elle se montre chez les premiers ne peuvent tous s'expliquer par la supposition d'une fausse vaccine, mais bien par une diminution, par un affaiblissement dans l'action préservatrice de la vaccine. »

« 8. Peut-être faut-il admettre des vaccines incomplètes dont l'action préservatrice est moindre et susceptible de s'user plus promptement. Sous ce rapport, on n'attache généralement pas assez d'importance au mouvement réactionnel qui doit accompagner l'éruption vaccinale, et indiquer l'action du virus sur l'économie entière. »

Ces conclusions ne donnent lieu à aucune discussion.

« 9. Si l'influence protectrice de la vaccine s'affaiblit par le temps, sinon chez tous, du moins chez plusieurs individus, il n'est pas aussi bien établi que le vaccin, considéré en lui-même, ait perdu de son efficacité depuis les premières années de sa découverte. Dans le doute, il est toutefois prudent de remonter au *cow-pox* toutes les fois que l'occasion s'en présente. Il serait à désirer que des primes fussent établies en Belgique, comme il en existe dans d'autres pays, et dont la province d'Anvers a pris l'initiative, pour ceux qui, l'ayant rencontré, en feraient la déclaration à temps. »

M. Seutin : La plupart d'entre nous ne forment aucun doute sur la bonté et la puissance du virus-vaccin tel qu'il existe actuellement; si nous adoptions la conclusion qui nous occupe, cela ne porterait-il pas dans tous les esprits une crainte fâcheuse?

Sans doute, si la nécessité venait à se présenter, on pourrait recourir au *cow-pox*; mais que l'Académie en donne le conseil, aujourd'hui que le vaccin employé n'est pas du tout altéré, ce serait jeter l'inquiétude dans les familles et diminuer la confiance dans le virus-vaccin employé, lequel est toujours identique.

S'il y a des récidives, c'est que le vaccin n'a pas bien pris, qu'il n'a pas parcouru toutes ses phases, ou bien que l'individu présente une deuxième prédisposition.

M. Lombard : Je suis presque en tous points de l'avis de M. Seutin. Cependant nous avons des faits qui tendraient à faire croire que le virus-vaccin perd de son activité. Dans des expériences faites avec du vaccin nouveau venant d'Angleterre, et que nous avons reproduites six fois au moins depuis dix ans, nous avons toujours vu que le vaccin nouveau différait sensiblement de celui que nous employions d'habitude à l'hospice de la Maternité. Les points piqués donnaient quasi tous une pustule; il était bien rare que, sur dix piqûres, il en manquât une, ce qu'on n'observait point avec l'autre vaccin. Les pustules étaient plus grosses, plus élevées; l'auréole qui les entoure plus large et plus enflammée; le bras se tuméfiait d'une manière sensible; on craignait même parfois un phlegmon. Le virus vaccinal était beaucoup plus actif. Ce vaccin passait de bras en bras; il servait à huit ou dix vaccinations, et il revenait dans l'état où nous l'avions précédemment. N'y a-t-il pas là des preuves que le vaccin que nous recevons d'Angleterre se rapproche plus de son point de départ?

Ainsi, si le vaccin ne perd point de sa vertu préservatrice, il est cependant certain que quand on vaccine avec le *cow-pox*, les phénomènes locaux et généraux sont beaucoup plus marqués que quand on opère avec le vaccin ordinaire.

M. Craninx : J'admets, avec M. Seutin, que le vaccin jouit aujourd'hui de toutes les propriétés qu'il possédait antérieurement, et il n'est pas du tout question ici de jeter de l'inquiétude dans le public; mais l'expérience a prouvé en France, en Allemagne et en Belgique que le véritable *cow pox* produit des effets beaucoup plus prononcés que le vaccin ordinaire. Cela résulte aussi d'essais que j'ai faits moi-même, alors que l'honorable M. Van Berchem m'avait remis du *cow-pox*. Tous les phénomènes locaux et généraux sont beaucoup plus marqués; il est démontré aussi qu'au bout de dix ou quinze transmissions, les effets sont toujours les mêmes.

On peut se demander si ces effets plus marqués préservent mieux que des effets moins marqués. C'est là une question que je ne déciderai pas. Mais il y a une autre question fort importante à faire : le vaccin n'existe que depuis la fin du siècle dernier. Dans les premiers temps, on croyait que la vaccination produisait l'immunité pour toute la vie; mais dix, quinze ou vingt ans après, on a commencé à s'apercevoir que l'immunité n'était que temporaire. Eh bien! depuis un demi-siècle, le vaccin ne s'est pas altéré; il est aujourd'hui aussi bon qu'il l'était dans le principe. Mais qui dira que dans un demi-siècle, si l'on ne remonte pas au *cow-pox*, le vaccin ne pourra pas avoir perdu de sa vertu? C'est pour cela que je dis, dans ma proposition, qu'il est prudent de remonter au *cow-pox* chaque fois que l'occasion s'en présente.

M. Seutin : Je pense que les différences que l'on remarque dans les effets du vaccin dépendent, non du virus, mais des dispositions de l'individu. Vaccinez un enfant faible, vous n'aurez pas une grande inflammation; vaccinez, au contraire, un enfant d'une santé robuste, et vous aurez des symptômes infiniment plus marqués.

J'ai essayé le vaccin qu'on nous envoie d'Angleterre, et il ne m'a pas donné de résultats plus positifs que l'autre. J'ai voyagé en Écosse pendant huit ou dix jours; je suis revenu à Bruxelles avec du véritable cowpox, je l'ai essayé, et j'ai trouvé les pustules semblables à celles que j'avais obtenues auparavant.

M. Fossion : Ce qui semblerait indiquer qu'il y a réellement une certaine altération dans le vaccin, ce n'est pas seulement le caractère des pustules produites par l'inoculation du cowpox, mais c'est principalement l'augmentation progressive des épidémies de petite vérole. Peu de temps après la découverte de la vaccine, même dix ou quinze ans plus tard, il y avait peu de cas de petite vérole chez les individus vaccinés. Depuis quelques années, on observe que ces individus sont beaucoup plus fréquemment atteints de la variole ou de la varioloïde. Cela me semble indiquer que le virus est plus ou moins altéré, qu'il a plus ou moins perdu de sa vertu préservatrice.

M. Mascart : Il m'est impossible de partager l'opinion de M. Seutin : tous les ans je suis à même de recueillir du cowpox dans les campagnes, et j'ai toujours observé que l'inoculation de ce virus primitif donne lieu à des effets plus marqués que la vaccination avec le virus ordinaire. Un autre fait également constant, c'est que les résultats sont beaucoup plus certains avec le cowpox qu'avec le vaccin ordinaire.

M. Lombard : On vient de vous citer, en preuve que le vaccin aurait perdu de sa puissance préservatrice, un fait que nous admettons tous; c'est que les petites véroles sont plus fréquentes aujourd'hui que dans les premiers temps qui suivirent la découverte de la vaccine.

Le fait s'explique de lui-même sans en accuser en rien le vaccin. Dans les commencements où l'on vaccinait, beaucoup de personnes avaient eu la variole, d'autres avaient été inoculées, d'autres enfin avaient été vaccinées.

Il est reconnu que le vaccin préserve tout le monde, mais pour des durées différentes. Il fallait donc nécessairement que le temps eût amené la cessation de l'action préservatrice du vaccin pour qu'on devînt apte à contracter la petite vérole.

Cette circonstance n'explique-t-elle pas bien mieux pourquoi il y a des petites véroles aujourd'hui, alors qu'on n'en observait pas dans les premières années de la découverte de Jenner? Un sujet qui venait d'être vacciné ne pouvait pas avoir la petite vérole, puisque le vaccin préserve au moins pour sept années. Un grand nombre de sujets ont épuisé, avec le temps, leur immunité, et conséquemment ils ont acquis une disposition à contracter la petite vérole.

M. de Mersseman partage l'avis de l'honorable préopinant. Le vaccin n'a rien perdu de son activité, mais si les épidémies varioleuses sont plus fréquentes, cela tient à ce que la vaccination est beaucoup plus négligée aujourd'hui qu'elle ne l'était il y a quelques années.

M. Lequime : A toutes les causes qui ont été signalées comme paraissant diminuer l'influence de la vaccine, il faut joindre celle-ci : c'est qu'aujourd'hui, dans les campagnes, beaucoup de paysans inoculent la petite vérole à leurs enfants, parce qu'ils croient mieux les préserver de cette manière.

« 10. Si l'immunité que la vaccine procure à l'égard de la maladie varioleuse n'est pas indéfiniment absolue, du moins pour un grand nombre de personnes, la revaccination est rationnellement indiquée. »

M. Lombard : Je ne puis qu'appuyer de toutes mes forces cette conclusion, car on ne saurait trop insister sur l'utilité des revaccinations.

Depuis plusieurs mois, la petite vérole a envahi notre province et particulièrement la ville de Liége. Au début, l'épidémie s'est montrée avec une gravité, une intensité telles qu'elle était pire que la peste. Dans une même salle, il y avait sept varioles noires. Je ne connaissais cette affection que par les descriptions des auteurs, je ne l'avais jamais vue. Cette variole n'était pas très-confluente, mais il y avait prostration la plus profonde chez les malheureux qui en étaient atteints; ils avaient des hémorrhagies, et tous les points de la peau où il n'y avait pas de pustules, étaient ecchymosés. A la droite et à la gauche de ces sept individus, il y avait des sujets vaccinés antérieurement et qui étaient atteints d'une variole bénigne. Ces derniers ont tous guéri, tandis que les autres ont

succombé. Y a-t-il on fait plus propre à démontrer l'efficacité de la vaccine? Eh bien! la même chose s'est reproduite chez tous les sujets qui avaient été revaccinés, et il y en avait par milliers; tous, à une seule exception près, très-légèrement.

« 11. L'observation apprend que, quand elle réussit, la seconde inoculation de vaccin produit à peu près les mêmes phénomènes que la première; on doit donc penser, *à priori*, qu'elle aura les mêmes effets. »

« 12. L'expérience s'est déjà prononcée sur ce point; elle a prouvé qu'une revaccination récente met à l'abri des atteintes de la variole et de la varioloïde, et que pratiquée sur une échelle suffisante, conjointement avec la vaccination, elle constitue un moyen sûr d'arrêter les progrès de cette maladie quand elle se montre épidémiquement. »

« 13. Elle réussit d'autant mieux qu'elle est plus nécessaire, c'est-à-dire que le sujet est plus éloigné de l'époque à laquelle il a eu soit la variole, soit la vaccine. »

« 14. Si elle ne réussit pas à la première tentative, il convient d'y revenir au besoin, à plusieurs reprises. »

« 15. Dans les cas d'épidémie de variole, il est prudent de revacciner toutes les personnes qui sont au moins à dix ans de date de leur première inoculation, et indistinctement toutes celles dont la vaccination laisse quelque doute. »

M. LOMBARD : Le terme de dix ans est trop long; il faut imiter la Société Jennerienne de Londres, qui a admis le terme de sept années.

M. SEUTIN : Je ne sais pas pourquoi l'on a dit dix ans plutôt que sept ans, plutôt que tout autre délai. Si j'avais une petite fille, je la vaccinerais tous les deux ou trois ans. Le vaccin appliqué à l'homme sain fait-il le moindre tort? Évidemment non. Si donc on vaccine quelqu'un inutilement, il n'en résulte aucun inconvénient. Ainsi je voudrais qu'on ne fixât pas de terme.

M. CRANINX : J'ai pris le terme de dix ans, parce que les observations, les expériences et les statistiques de tous les pays, prouvent qu'avant ce terme, les cas de variole ou de varioloïde, sont excessivement rares. Le vaccin ne peut jamais être nuisible, mais il peut être inutile; or il faut faire les choses quand elles sont nécessaires, jamais sans un motif raisonnable.

M. SEUTIN : Je citerai un fait qui prouve que M. Craninx et toutes les statistiques ont tort. J'ai vacciné il y a quatre ans deux jeunes personnes; l'une vient d'avoir la petite vérole, l'autre ne l'a pas eue, et cependant elles sont restées dans la même chambre. La revaccination, même au bout de deux ou trois ans, peut quelquefois être nécessaire.

M. CRANINX : La fin de ma proposition répond à tout ce que l'honorable M. Seutin vient de dire, puisque je demande qu'en temps d'épidémie on revaccine indistinctement tout le monde. Cela s'applique aux enfants de deux ou trois ans comme aux personnes plus âgées.

M. LOMBARD : Cette proposition soulève encore une question très-intéressante.

Doit-on comprendre, dans les épidémies de variole, les épidémies de varioloïde? Quand il n'y a encore que des varioloïdes, doit-on dire que l'on est en temps d'épidémie, et doit-on revacciner?

M. CRANINX : Oui, puisque nous sommes partis de la même idée que la variole et la varioloïde étaient la même maladie.

L'expérience a d'ailleurs parlé; elle a prouvé qu'il en était ainsi, puisqu'une varioloïde peut donner à un sujet non vacciné, ou à celui qui a été mal vacciné, ou à celui chez lequel le vaccin est usé, la véritable variole. Il faut donc revacciner dans les épidémies de varioloïde comme dans celles de variole.

« 16. La revaccination peut se pratiquer, à peu près indifféremment, avec la lymphe d'une première ou d'une seconde vaccine. »

« 17. Il est imprudent d'inoculer la lymphe de la varioloïde spontanée; toutefois, en cas d'épidémie, s'il était absolument impossible de se procurer du vaccin, on serait autorisé à employer ce liquide et à le transmettre successivement à la manière du vaccin. »

M. LOMBARD : Lorsqu'en temps d'épidémie variolique, il est impossible de se procurer du vaccin, il n'y a pas de doute qu'il faut prendre du pus du bras du premier varioleux que vous rencontrez. Toutefois il faut user des mêmes précautions qu'autrefois; il faut choisir une variole bénigne et mettre le sujet dans des conditions convenables; mais l'inoculation ne vaut jamais la vaccination.

« 18. Si la revaccination est chose utile, du moins pour un certain nombre d'individus, la vaccination n'en conserve pas moins toute son importance, et le gouvernement et les médecins doivent employer toute leur influence pour que la population entière jouisse de ses bienfaits. Les moyens qui paraissent les plus efficaces pour atteindre ce but sont les suivants :

« *a*. Obtenir du clergé qu'il cherche à dissiper les préjugés et à détruire l'indifférence qui règne encore parmi le peuple, concernant la vaccine. »

« *b*. Stimuler le zèle des administrations communales relatives à ce point. »

« *c*. Veiller à ce qu'il existe des dépôts de vaccin où les praticiens puissent toujours puiser au besoin. Instituer des comités de vaccine composés de médecins et d'habitants notables. »

« *d*. Profiter des épidémies pour vacciner les individus qui se sont montrés insouciants jusque-là. »

« *e*. Engager les conseils provinciaux à allouer des fonds destinés à payer les vaccinations des pauvres. Une contribution levée dans ce but constituerait une grande économie pour le pays en général, car ce ne serait pas là de l'argent perdu, tandis que la fortune publique a réellement à souffrir de la perte de temps et des frais qu'occasionne la maladie varioleuse, abstraction faite de la mortalité et des infirmités qu'elle entraîne à sa suite. »

M. LOMBARD : Toutes les mesures indiquées sont bonnes, mais elles sont insuffisantes. Il y en aurait une qui ferait cesser l'abus dont il s'agit; la voici : que chaque fois que l'on fait une vaccination il en soit dressé un procès-verbal, et que ce procès-verbal soit envoyé à une administration quelconque qui serait chargée de délivrer le certificat. C'est là le seul moyen efficace. Tout le monde se ferait vacciner, si ceux qui ne l'ont pas été se trouvaient exclus des écoles et des collèges, et même des emplois publics, et les pauvres privés de secours des bureaux de bienfaisance.

M. SEUTIN : Je voudrais aussi que les médecins fussent obligés de désigner les communes ou les cantons où il existe des germes varioleux, et d'indiquer les mesures qui y sont prises pour propager la vaccine. Une autre mesure sur laquelle il est également indispensable d'appeler l'attention du gouvernement, c'est la nécessité de mieux rétribuer les médecins qui font une grande quantité de vaccinations.

M. FOSSION : Il est certain que rien ne constate aujourd'hui qu'un individu a été vacciné, sauf les cicatrices qu'il porte au bras. Il me semble que les commissions médicales devraient mettre à exécution l'article du règlement qui oblige les médecins à tenir note de toutes les vaccinations qu'ils opèrent. On pourrait ensuite décider que la liste des personnes vaccinées serait transmise à l'autorité communale et que celle-ci délivrerait les certificats.

M. LE PRÉSIDENT : Le gouvernement verra dans la discussion l'indication de mesures qu'il conviendrait d'adopter.

Dernière conclusion du rapport :

« Peu de praticiens ont fait preuve d'autant de zèle pour la propagation de la vaccine que notre honorable confrère de Wilebroeck; aussi vous proposons-nous de lui voter des remerciments, et d'ordonner l'impression de son mémoire. »

Cette conclusion est mise aux voix au scrutin secret; elle est adoptée.

BIBLIOGRAPHIE.

RAPPORT DE LA COMMISSION CRÉÉE PAR LE ROI DE SARDAIGNE POUR ÉTUDIER LE CRÉTINISME. — Un volume in-4° accompagné d'une très-belle carte. — Compte rendu analytique et critique, par le docteur MARC D'ESPINE (de Genève).

La plupart des maladies ou des vices constitutionnels qui concourent à abréger la durée naturelle de la vie humaine, règnent plus ou moins les mêmes sous toutes les latitudes et dans toutes les contrées sur lesquelles l'homme, le roi de la création, étend son empire. Mais certaines maladies et certaines dispositions constitutionnelles sont aussi l'apanage exclusif de certaines latitudes et même de certains pays. Ainsi pour ne parler que de notre Europe, et d'un des moindres royaumes de ce continent, des États de terre ferme du royaume de Sardaigne, pays composé en partie de vallées plus ou moins étroites enfermées entre les plus hautes chaînes des Alpes, en partie de plaines considérables rendues marécageuses par le cours lent et mal encaissé du Pô et de ses affluents; deux espèces d'infirmités très-spéciales et fort différentes l'une de l'autre, infirmités entièrement inconnues dans la plupart des autres contrées de l'Europe, y exercent une influence sérieuse sur la durée de la vie d'une portion notable de ses populations. Je veux parler de la pellagre et du crétinisme.

La pellagre, maladie à la fois cutanée et générale, s'observe parmi les habitants des plaines marécageuses du Piémont et principalement autour des rizières. On la rencontre également dans les plaines de la Lombardo-Vénétie, c'est-à-dire qu'elle règne sur tout le plat pays qui borde le versant méridional des Alpes franco-savoisiennes, suisses et tyroliennes; mais en dehors de cette station géographique, je ne sache pas qu'on la retrouve nulle part ailleurs en Europe.

Le crétinisme est au contraire le vice constitutionnel des habitants des vallées alpines des états sardes. Si vous y ajoutez les vallées de la Suisse méridionale et d'une portion du Tyrol et quelques vallées des Pyrénées, vous aurez désigné à peu près toute la portion de notre continent qui renferme de vrais crétins.

Il est impossible de traverser une vallée étroite du Piémont ou de la Savoie sans y rencontrer au moins quelques crétins; certaines vallées en renferment un si grand nombre, que le moindre hameau formé de quelques maisons en compte plusieurs.

Quelles sont les conditions atmosphériques, géologiques ou hygiéniques qui causent ou favorisent le développement de cette triste infirmité, qui fait naître des êtres humains pour les condamner à végéter dans un état de dégradation physique et morale laquelle les fait descendre sous plusieurs rapports au dessous de la condition des animaux, et partant quelles mesures devrait-on prendre pour s'opposer à son invasion? Telle est la question que les médecins, les physiciens et les chimistes se sont souvent posée et qu'ils ont si diversement résolue qu'aux yeux des juges les plus compétents, sa vraie solution demeurerait encore un problème à résoudre.

Depuis longtemps dans les contrées exposées au crétinisme on sent le besoin d'une enquête générale sur cette triste infirmité; il y a bientôt dix

ans, la société helvétique des sciences naturelles posa les bases d'une enquête, et chargea une commission de recueillir dans toute la Suisse les matériaux propres à faire une histoire du crétinisme. Malheureusement le défaut d'organisation, l'absence de fonds suffisants pour suivre une pareille enquête, rendit les efforts de cette commission stériles. Dès lors les conseils de santé de la Suisse se sont saisis de la question et peut-être seront-ils plus heureux. Le roi de Sardaigne sentit aussi que ses Etats renfermaient des éléments suffisants pour éclairer cette importante question, et il institua à Turin une commission supérieure pour l'étude du crétinisme, postérieurement à la mise en œuvre de la société helvétique. Mais les moyens qui manquaient à celle-ci pour mener son entreprise à bonne fin, la commission de Turin les trouva dans l'assistance que l'administration civile et religieuse du royaume lui prête par ordre du roi. Aussi le dessein arrêté du roi, communiqué par son ministre de l'intérieur au protomédicat de Turin, le 19 août 1845, fut aussitôt suivi de l'installation d'une commission (1), laquelle rédigea de suite des circulaires pour tous les médecins et tous les curés de la monarchie; ces circulaires furent accompagnées de tableaux soigneusement dressés et renfermant des colonnes sur les principaux points d'investigation. Les documents arrivèrent à la commission au printemps 1846. Le dépouillement en fut fait par le docteur Trumhutto, lequel présenta son résumé en été 1846. Dès que ce rapport fut fini, la commission chargea le rapporteur de faire un voyage dans toutes les localités signalées comme renfermant des crétins; il revint à Turin avec de nouveaux renseignements en automne de la même année; et, en 1848, le rapport dont nous rendons compte aujourd'hui se composait à l'imprimerie royale. Sans les circonstances politiques graves qui remuèrent alors le Piémont, le rapport qui n'a été mis que dernièrement en circulation aurait paru déjà deux ans plus tôt et trois ans seulement après la promulgation de l'ordonnance royale qui a été l'origine de cette grande enquête.

Tous les médecins et curés auxquels furent adressées les questions et les tableaux statistiques à remplir, de la part de la commission d'enquête, ne répondirent pas; toutefois le nombre des documents envoyés à la commission, fut suffisant pour donner lieu à un laborieux dépouillement. La commission reçut dans le premier semestre de 1846, 519 tableaux remplis par les curés de 519 communes, et 94 tableaux ou mémoires de médecins. Ce sont là avec les recherches historiques et les notes recueillies plus tard par le docteur Frambatto dans la tournée qu'il entreprit au milieu des vallées particulièrement infectées, les documents qui font la base du rapport dont nous allons chercher à donner une idée.

La première question que la commission s'est posée est celle-ci : le crétinisme a-t-il toujours existé dans les contrées où on l'observe aujourd'hui? Il résulte des recherches historiques du chanoine Gal, que dans la vallée d'Aoste, contrée particulièrement infectée de nos jours, le crétinisme n'y aurait débuté que vers le quinzième siècle. Les Salasses qui occupaient cette vallée avant les Romains, y habitaient comme ces derniers des lieux élevés, personne alors ne bâtissait de hutte comme aujourd'hui dans le bas fond des vallées. Pendant l'occupation romaine, le val d'Aoste était parcouru par de belles routes, les eaux potables étaient conduites sur des aqueducs construits avec soin, la vie des habitants était soumise à des règles hygiéniques beaucoup plus satisfaisantes que de nos jours. Aussi Strabon en parlant des Salasses, non plus que les historiens qui parlent des Romains habitant le val d'Aoste, ne font aucune mention du crétinisme. Mais plus tard, après l'invasion des Lombards, les conditions hygiéniques se détériorèrent sensiblement, et la première trace historique du crétinisme du val d'Aoste se trouve dans un testament du quinzième siècle où le testateur pourvoit à la tutelle d'un *innocent*. Les registres ecclésiastiques des naissances et décès s'ouvrirent au seizième siècle, et dès le début de cette institution on y voit figurer des crétins.

Qu'est-ce que le crétinisme, à quelle époque de la vie humaine apparaît-il, comment se développe-t-il, quelle est la marche de cette infirmité depuis son apparition jusqu'à la mort? Telles sont les questions que le second chapitre aborde et traite d'après les documents parvenus à la commission.

« Le crétinisme est une dégénération de l'espèce humaine qui se manifeste dans certaines parties du globe et se caractérise par un degré plus ou moins grand d'idiotisme, associé à un habitus vicié du corps et qui doit sa production à des causes tellement étendues qu'une grande partie des individus indigènes s'en ressentent plus ou moins dans la beauté de leur forme et dans le développement de l'intelligence et du corps. »

Telle est la définition du crétinisme adoptée par la commission. Comme on le voit, un simple idiot dont le corps serait du reste bien conformé et qui tiendrait son indisposition d'une cause accidentelle à lui personnelle, ou même d'un vice constitutionnel de famille serait exclu par cette définition. Il faut qu'à l'idiotie s'unisse une dégradation générale dans la conformation physique. Cependant un idiot scrofuleux ou rachitique serait encore exclu, si les causes de son infirmité ne pouvaient être rattachées à une influence générale s'étendant sur le pays qu'il habite et y produisant non seulement d'autres crétins semblables à lui, mais encore certains états moins prononcés, et d'autres infirmités tenant à ces mêmes causes, le goître, par exemple. Ainsi un idiot scrofuleux et rachitique qu'on rencontrerait à peu près seul de son espèce dans une plaine de France ou d'Allemagne où l'on n'observe ni crétins ni goîtreux, ne serait pas tenu pour crétin par la commission, tandis qu'un individu offrant les mêmes caractères et rencontré au milieu des crétins et goîtreux du Valais ou du val d'Aoste, compterait pour un crétin. Cette définition ne serait pas entièrement acceptée par tous les experts en cette matière; ainsi le docteur Guygenbühl dont l'expérience et les lumières ne sauraient être révoquées en doute sur ce sujet, n'accepterait pas volontiers toutes les conditions de la définition précédente. Si du moins je l'ai bien compris dans une conversation que j'ai eu le plaisir d'avoir avec lui là-dessus, le crétinisme serait une idiotie accompagnée de dégénérescence physique ou vice de coformation, telle qu'on puisse considérer l'idiotie comme un résultat de la mauvaise conformation. Il reconnaît bien aussi des conditions hygiéniques et héréditaires comme causes de la dégénérescence physique; mais, et c'est ici le point de séparation, il n'a pas besoin que ces conditions hygiéniques appartiennent à une contrée entière, ni que les conditions héréditaires soient répandues sur toute une population pour reconnaître le crétinisme; et pour lui un idiot mal conformé offrant les signes physiques connus, qu'il trouverait dans une ville ou un village d'une province de France où il n'aurait été observé ni goîtreux ni crétinisme, cet idiot-là serait pour lui aussi bien un crétin que ceux du Valais ou d'Aoste.

Je pense toutefois que cette dernière manière d'entendre le crétinisme est trop large et expose à confondre ensemble des faits trop dissemblables. Les conditions d'insalubrité qui influent sur la santé des classes pauvres des grandes villes peuvent produire en effet toutes les variétés de scrofules, de rachitisme, et même d'idiotie rachitique, sans que pour cela on observe dans les classes aisées de ces mêmes localités des échantillons pareils, quoique moins nombreux, ainsi qu'on le voit dans les vallées crétinisantes. D'ailleurs, dans ces mêmes localités, certaines infirmités, comme le goître, ne s'observent pas, comme dans les vallées à crétins, parmi toutes les classes de la population. Évidemment, le crétinisme est un produit particulier de certaines contrées, et mérite, à cause des influences spéciales qui lui donnent naissance, d'être entièrement séparé de l'idiot avec vice de conformation qu'on rencontre un peu en tout pays.

Adoptant donc la définition de la commission, voyons aussi d'après les documents qu'elle a recueillis, comment se développe cette singulière et si triste infirmité. Le crétin ne naît pas crétin; cette disposition commence à poindre peu après la naissance pour les uns, un peu plus tard pour les autres; il n'y a pas d'exemple qu'un enfant sain parvenu à la septième année soit jamais devenu plus tard crétin, quelque intense que puissent être les influences crétinisantes du pays qu'il habite; le docteur Maffei qui a longtemps pratiqué la médecine dans les vallées où l'on observe de nombreux crétins, limite à la quatrième année de la vie la possibilité du développement de la maladie.

D'après les renseignements recueillis par le docteur Trumhutto, l'enfant qui doit devenir crétin a une tête volumineuse et irrégulière et qu'il ne réussit pas à tenir droite avant l'âge de deux ou trois ans; ses fontanelles demeurent très-ouvertes, ses cheveux, très-épais, descendent jusqu'aux sourcils, en sorte qu'il n'y a presque pas de front; yeux sans expression, paupières gonflées, presque pas de sils, peau livide presque jaunâtre; nez écrasé, bouche large, langue épaisse et sortant de la bouche, lèvres épaisses et allongées; traits grossis et anguleux, quelquefois commencement de goître; col court, surtout à la nuque; thorax aplati, abdomen saillant, gonflé et mat à la percussion; membres faibles et grêles; faim prononcée, mais mauvaise digestion, absence de tout témoignage d'affection pour la mère. Il faut ajouter à ce tableau l'allégation du docteur Ferraris, concordant, jusqu'à un certain point, avec l'opinion de Fodéré. D'après M. Ferraris, le pronostic assuré du futur crétinisme est : le poids moindre que celui d'un nouveau né sain, bien que le volume du corps en soit plus considérable. Le docteur Guggenbühl pronostique le crétinisme lorsqu'un enfant a la tête volumineuse, la physionomie stupide, le nez épaté, la langue grosse, la voix aiguë et tremblottante, les mains grosses, de l'indifférence à la lumière, au bruit, de la difficulté à téter et de fréquentes convulsions.

(1) Cette commission se composait du chevalier Gallo, professeur de chirurgie, président; du chevalier Despine, inspecteur des mines, secrétaire; des chevaliers Riberi, professeur de chirurgie; Bonino, médecin en chef de l'armée; Sismonda, professeur de minéralogie; Canta, professeur de chimie; Bertini, conseiller de la Faculté de médecine; Gené, professeur de zoologie; Bellingeri, conseiller de la Faculté de médecine.

La mort a enlevé ces deux derniers membres avant la fin des travaux de la commission.

Toutefois, comme les différents symptômes précédents, lorsqu'ils se rencontrent tous ensemble (ce qui est rare), constituent déjà le crétinisme décidé; lorsqu'ils se rencontrent partiellement (ce qui est plus fréquent), ils fournissent des indications sur l'avenir, et lorsqu'ils manquent tous (ce qui se voit aussi souvent), ils ne permettent de porter aucun jugement; le rapport finit par conclure qu'il est assez difficile en général de pronostiquer le crétinisme.

Mais enfin, quelle que soit l'époque de la première enfance où le crétinisme se montre, une fois qu'il apparaît, il se manifeste successivement par l'alanguissement de toutes les fonctions. La dentition est difficile et tardive; les dents sont rares, noircissent vite, et une fois tombées, ne sont pas remplacées par une seconde dentition. A sept ans, le crétin est encore si faible qu'à peine il peut se tenir sur ses jambes; à cet âge, où l'enfant sain est vif, gai, et se livre avec impétuosité aux jeux de son âge, le crétin demeure apathique; il marche ainsi vers la puberté sans modification notable, sauf que la peau devient rugueuse et la physionomie grossière prend rapidement l'expression qu'elle doit conserver toute la vie. On peut dire que pour le crétin il n'y a pas d'âge moyen entre l'enfance et la puberté, pas plus qu'il n'y en a entre l'âge pubère et la vieillesse. L'enfance se prolonge pour eux jusqu'à la puberté, et à celle-ci succède immédiatement la décrépitude sénile.

Prenons maintenant un crétin adulte et analysons succinctement les caractères physiques, physiologiques et pathologiques qu'il présente d'après le rapport de la commission sarde.

Signes physiques. La stature du crétin dépasse rarement 1 mètre et demi. D'après Maffei, sur 25 cretins, 16 n'atteignaient pas 4 pieds, et 9 seulement dépassaient plus ou moins cette limite. Tête aplatie antérieurement de la racine du nez jusqu'à l'union de la suture sagittale à la lambdoïde: et de là formant un second plan qui descend jusqu'à la nuque. Front à la fois déprimé et rétréci sur le côté de la partie antérieure seulement; diamètre transversal d'un trou auditif à l'autre, presque toujours plus grand que l'antéro-postérieur de la racine du nez à la protubérance occipitale, d'après Trambullo, qui a mesuré environ 100 têtes de crétins. Il est vrai que le docteur Duclos, de Grenoble, a mesuré 75 têtes qui lui ont donné des résultats un peu différents. Os du crâne durs, épais, beaucoup d'os wormiens; cheveux épais, crépus, châtains sales, cuir chevelu bosselé, encroûté de crasse et d'insectes parasytes; face stupide et n'ayant aucune expression, en sorte qu'elle n'offre aucune différence selon les âges; nez épaté, ligne de jonction du nez avec les joues dépassant d'un tiers la longueur du bord antérieur libre; yeux souvent affectés de strabisme convergent, distance de 40 à 50 millimètres séparant les angles internes; sourcils et cils ordinairement courts et rares ou longs et enchevêtrés, bords libres des paupières souvent collés aux angles externes de manière à rendre l'œil petit, couleur de l'œil brun indécis; regard stupide; protubérance zigomatique considérable, bouche très-grande, lèvres tuméfiées, ainsi que la langue, mâchoire inférieure très-forte; face dégarnie de poils, col garni d'un goitre chez presque les deux tiers des crétins; et ceux qui ne l'ont pas ont le col gros, court et difforme; thorax difforme, tantôt large, tantôt aplati sur les cotés; colonne vertébrale à gibbosités, ou vertèbres mal articulés; mamelles des femmes tout à fait crétines très-peu apparentes; abdomen très-volumineux, quelques fois même pendant, bassin presque toujours déformé; organes génitaux plus ou moins atrophiés dans les deux sexes chez les crétins complets; membres grêles, retirement des jambes et des pieds, genoux tombant en avant, talons en arrière; mains grosses, courtes, ongles très-durs et larges; pieds tournés en dehors, plats, malléoles internes touchant le sol.

En résumé, cette structure du crétin n'offre ni beauté ni harmonie, de telle sorte qu'au premier aspect il inspire plus de dégoût par sa laideur, que de compassion pour son malheureux état.

Signes physiologiques. Les fonctions végétatives, quoique moins atteintes par le crétinisme que celles de la vie de relation, n'ont cependant pas chez le crétin le même essor que dans l'état normal. La respiration serait ralentie d'après le docteur Savayen, c'est-à-dire qu'au lieu de dix-huit respirations par minute, le crétin, en moyenne n'en aurait que quinze. Le pouls, d'après le même auteur, aurait en moyenne quatre à cinq pulsations de moins par minute, enfin, la température du corps, au lieu de 38° serait de 30 à 36°.

Quoique l'appétit soit considérable chez les crétins, les digestions sont souvent imparfaites; plusieurs sont sujets à des diarrhées habituelles.

La fonction de reproduction est nulle dans les deux sexes chez les crétins complets; la menstruation est tardive, difficile et très-irrégulière chez les crétines. Quant aux sujets moins profondément atteints, ils ont l'instinct du rapprochement des sexes, ils sont susceptibles même de concourir efficacement à la reproduction, mais les exemples en sont moins fréquents qu'on ne croit, et surtout la grossesse survenant, l'accouchement est le plus souvent difficile à cause des vices de conformation du bassin. C'est à tort qu'on a insisté sur les tendances lascives du crétin, et si on en a rencontré des exemples, c'est seulement chez les demi-crétins qu'on les a observées, encore cela est-il peu commun; les habitudes impures sont aussi beaucoup plus rares chez eux qu'on ne l'a prétendu.

Les affections sont presque nulles chez les crétins complets; les causes excitantes en sont l'alimentation, les soins, les cadeaux, dont ils sont les objets. Ils témoignent cette affection presque indifféremment à des personnes, à des animaux et à des objets inanimés. Chez les demi-crétins, les affections s'étendent un peu plus. Ils discernent un peu davantage; mais elles diffèrent encore essentiellement de celles de l'homme le plus médiocrement doué. Un fait remarquable est l'aversion prononcée que les crétins éprouvent les uns pour les autres. Les sensations nouvelles et imprévues les effrayent facilement, tandis que les dangers qu'ils ne sont pas à même de prévoir ou de juger ne les alarment pas. La douleur provoque chez eux plutôt la colère que des plaintes. La joie des crétins complets se manifeste par des grimaces, et les demi-crétins l'expriment par des rires stupides qui se montrent à propos des moindres sujets.

Les sentiments moraux, la justice, la prudence, la mesure de ses actions, sont pour le crétin des sentiments inconnus. Le crétin ne se montre ni bon ni méchant; il ne montre quelque trace de malignité que lorsqu'il est contrarié dans ses désirs.

De tous les sens, celui de la vue est le plus développé chez les crétins; ils sont rarement myopes ou presbytes, et plus rarement aveugles. Au contraire, l'ouïe est fréquemment altérée : à peine le tiers des crétins jouit d'une audition parfaite. La conformation de leur nez les rend peu impressionnables aux odeurs; leur gloutonnerie et leur disposition à manger avec autant d'avidité les aliments les plus grossiers que les mets délicats, laissent à penser que le goût, chez eux, est peu prononcé. Enfin leurs mains rugueuses sont peu exercées à percevoir les nuances du tact.

Les forces musculaires et les mouvements volontaires sont en rapport avec l'apparence grêle de leurs membres. Les crétins sont faibles, lents et titubants dans leurs mouvements : de là leur tendance à l'oisiveté et à la paresse. Ils paraissent en cela démentir l'antithèse physiologique que les forts athlètes sont rarement doués de beaucoup d'intelligence, et que réciproquement les grands génies sont souvent dénués de forces physiques. La faiblesse peut être telle chez les crétins qu'on en voit fréquemment, dans la vallée d'Aoste, qui sont entièrement incapables de se mouvoir, quoique aucune maladie ne justifie cette incapacité.

Le langage est nul chez les crétins et très-incomplet chez les plus développés d'entre eux. La volonté, la liberté morale, et par conséquent la responsabilité, est nulle chez tous. Aucun crétin n'est susceptible d'un acte de jugement sur les choses abstraites; aucun ne discerne les attributs des corps ni les différences de nuances. Le raisonnement est à peu près nul chez tous, et un fait remarquable, qui est sans exception parmi les crétins, d'après Maffei, c'est que tous sont sujets une ou plusieurs fois par jour à des sortes de phases d'absence complete pendant lesquelles leurs yeux sont fixés en haut. Leur physionomie est immobile; de sorte que pendant ces instants il y a comme une suspension totale des manifestations de l'être.

L'aptitude au travail, l'esprit de sociabilité, le goût pour la musique ou pour quelque bel objet d'art, la jouissance produite par la contemplation de la nature, sont nuls chez le crétin, et se réduisent à peu de chose pour les crétins incomplets. Les plus développés parmi ceux-ci sont employés à faire quelques simples commissions, à garder les enfants au berceau ou des porcs et des bestiaux laissés à l'étable.

En résumé, les caractères distinctifs du crétinisme se réduisent aux traits suivants :

1° Une tête mal conformée, le plus souvent écrasée dans les parties antérieures et postérieures, exubérante sur les parties latérales;

2° Une disproportion de toutes ou quelques-unes des parties du corps entre elles, due le plus souvent à un manque de développement;

3° Une nutrition plus ou moins imparfaite;

4° En général, une impuissance absolue à la reproduction, ou tout au moins une grande lenteur dans les facultés reproductives;

5° Peu d'énergie musculaire, mouvements volontaires indécis, impuissance de les soutenir pendant un certain temps;

6° Manque total ou notable imperfection du langage articulé;

7° Empreinte de stupidité plus ou moins marquée sur la physionomie; peau du visage, comme celle du corps, d'un jaune grisâtre, sans aucun coloris, et plus ou moins rugueuse au toucher;

8° Dose d'intelligence au-dessous de celle de l'homme le plus médiocre.

La coexistence de tous les traits précédents constitue le crétinisme absolu. Le crétinisme incomplet ne n'offre qu'une partie de ces traits, ou les offre plus ou moins affaiblis.

(La suite au prochain numéro.)

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — HÉMORRHAGIES CONSÉCUTIVES. ÉTAT INTELLECTUEL ET MORAL DES SOURDS-MUETS.

L'élection qui doit avoir lieu prochainement à l'Académie de médecine, dans la section de chirurgie, a été l'occasion, mardi dernier, d'une excellente lecture de l'un des compétiteurs. M. Nélaton, qui ne fréquente d'ordinaire ni les couloirs, ni la tribune de l'Académie, est venu faire connaissance avec ses futurs collègues. Nous ne courons pas grand risque à nous servir de cette expression ; M. Nélaton sera certainement le collègue de ses auditeurs; mais la grammaire nous apprend qu'il y a différents temps parmi les *futurs*. Si l'on en croit un bruit fort répandu, notre honorable confrère n'en serait qu'au *futur simple*, et devrait céder le pas pour cette fois à un *futur antérieur*. Pour parler plus simplement, la majorité paraît acquise au candidat placé le premier sur la liste de présentation. On ne s'en plaindra pas généralement. On pourra regretter que l'Académie se ferme pour quelque temps encore sur M. Nélaton ; on ne regrettera pas d'y voir entrer M. Larrey.

La lecture de M. Nélaton avait pour objet un point de pratique chirurgicale d'une haute importance. On sait combien il est difficile d'arrêter les hémorrhagies artérielles consécutives ou secondaires, celles qui surviennent au milieu des plaies enflammées et suppurantes. Réprimées par la compression, la dissolution du caillot ne tarde pas à les ramener. Il faut en venir à la ligature. Lier les deux bouts de l'artère ouverte; les lier dans la plaie même, est le moyen qui s'offre d'abord ; mais la pratique générale le repousse comme difficile à exécuter et comme insuffisant. L'artère, dit-on, rendue friable par le travail de phlegmasie et de suppuration dont la partie est le siége, se laisse couper par les fils et ouvre, au bout de très-peu de temps, une voie à la colonne sanguine. En conséquence, on a recours à la méthode d'Anel, on lie le bout supérieur de l'artère à une plus ou moins grande distance de la plaie. Mais souvent le sang, conduit par les anastomoses, revient par le bout inférieur ou même par le bout supérieur, et il faut en venir à la ligature du tronc principal. Ce n'est pas tout encore ; on a vu cette grave opération elle-même manquer son but et l'amputation du membre devenir la dernière ressource d'un accident qui paraissait d'abord exempt de gravité.

Telle est la pratique que M. Nélaton a entrepris de réformer, en même temps qu'il a essayé de réhabiliter la ligature des bouts artériels au sein même de la plaie. Les vues, toutes d'observation et d'expérience, sur lesquelles il s'appuie, sont exposées avec une méthode et une clarté particulières dans le travail lu devant l'Académie, et l'attention qui leur a été prêtée nous a permis d'en suivre tout le développement. M. Nélaton s'est proposé deux choses : la première, de déterminer le mécanisme de l'occlusion des artères à la surface des plaies suppurantes, mécanisme qui devait donner du même coup celui de la reproduction si facile des hémorrhagies dans ces mêmes plaies ; la seconde, de prouver que la ligature d'une artère dans une plaie qui suppure, moins laborieuse qu'on ne l'a cru et pour laquelle on peut d'ailleurs ne pas se faire faute d'un certain agrandissement de la plaie, n'expose pas non plus, contre l'opinion générale, au danger de section immédiate du vaisseau ou de chute prématurée de la ligature.

Sur le premier point, M. Nélaton s'autorise de nombreuses recherches cadavériques pour affirmer que les artères ouvertes dans des plaies en suppuration ne *s'oblitèrent* pas dans le sens rigoureux du mot; que leur conduit n'est pas bouché par un caillot plus ou moins allongé, propre à soutenir le choc du flot sanguin jusqu'à la transformation du vaisseau en un cordon solide et fibreux; qu'elles se ferment simplement au niveau de la division, par suite de l'adhésion mutuelle des bourgeons charnus qui se développent dans la gaîne celluleuse comme ils se développent sur tous les autres points de la solution de continuité. Et ce défaut d'oblitération spontanée, l'auteur l'explique en disant que la suppuration ne laisse pas subsister la condition nécessaire de la formation d'un caillot obturateur durable, à savoir, l'infiltration d'une certaine quantité de sang dans la gaîne celluleuse, infiltration qui a pour effet, dans une plaie non suppurante, de soutenir le caillot dans le conduit artériel, en attendant qu'il contracte avec les parois vasculaires une union solide. Or, s'il en est ainsi, si l'artère n'est réellement fermée qu'après la cicatrisation complète de la gaîne, la conséquence est facile à déduire. Aussi longtemps durera la cicatrisation, aussi longtemps il y aura menace d'hémorrhagie, et celle-ci ne pourra être définitivement arrêtée par la ligature suivant la méthode d'Anel, qu'autant qu'on parviendra à interrompre le cours du sang dans le vaisseau divisé jusqu'au moment de l'adhésion intime des bourgeons charnus. C'est ce qui pourra arriver dans un certain nombre de cas, mais c'est ce qui pourra manquer toutes les fois que la plaie artérielle occupera une région riche en anastomoses, comme au pied, à la main ou au cou.

M. Nélaton, nous l'avons dit, veut qu'on abandonne la méthode d'Anel pour la ligature des bouts artériels au sein même de la plaie, et il affirme que ces bouts sont aussi résistants, ne se laissent pas couper plus vite, dans une plaie en suppuration que dans une plaie récente. Quel que soit l'imprévu de cette assertion, elle est appuyée sur un ensemble de preuves qui commande une attention sérieuse. Observations anatomo-pathologiques, expériences sur les animaux, faits cliniques, on ne saurait exiger davantage, et il n'y a plus de refuge pour ceux qui douteraient encore que dans une vérification ultérieure. M. Nélaton a disséqué, sur des sujets morts au dixième ou douzième jour d'une amputation, des artères appartenant au moignon et baignées de pus; il les a liées, en ayant soin même d'exercer une constriction supérieure à celle qui est nécessaire pour la ligature ordinaire, et elles se sont comportées comme des artères saines; les tuniques interne et moyenne seules ont été rompues. M. Nélaton a pratiqué sur des chiens des plaies profondes qu'il a fait largement suppurer; les artères coupées dans ces plaies ont pu être liées avec succès. Enfin, dans sa pratique, il a arrêté par la ligature directe des bouts artériels au sein de la plaie en suppuration, des hémorrhagies contre lesquelles la méthode d'Anel avait échoué.

L'exactitude d'observation, la sagesse d'esprit qui distinguent l'auteur, donne, nous le répétons, une grande force à ce faisceau d'arguments. L'avenir dira s'il est aussi solide qu'il en a l'apparence.

— M. Gerdy a terminé la lecture de son rapport sur le travail de M. Berthier, concernant les facultés intellectuelles et morales des sourds-muets. On sait qu'Itard, dans son traité sur les maladies de l'oreille et de l'audition avait rabaissé notablement l'intelligence et le moral des malheureux atteints de surdi-mutité. C'est pour les venger de ce jugement défavorable que M. Berthier, professeur à l'Institut des sourds-muet et sourd-muet lui-même, a entrepris son travail. Ce travail, nous ne l'avons pas sous les yeux, et le rapport de M. Gerdy le reproduit d'une manière superficielle.

Feuilleton.

LETTRES D'ITALIE.

N° VII.

POMPÉIA.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

Autant les habitations privées sont étroites, autant les monuments publics se développent avec ampleur. A ces âges de l'antiquité, une partie de l'existence se passait dans les lieux de réunion politique ou religieuse, sous le péristyle des temples, des enries et des basiliques, dans les cirques, les amphithéâtres, et surtout au forum. On n'a pas oublié que, plusieurs siècles auparavant, Socrate tenait, pour ainsi dire, son école sur les places et dans les rues ; le philosophe sortait de sa maison, accostait le premier ami qu'il rencontrait et la discussion entamée attirait bientôt un cercle nombreux. D'autres sectes enseignaient aussi en se promenant sous les portiques, ou dans les jardins d'Académus. Plus tard, il en fut de même dans la ville des empereurs ; la foule se pressait sur les nombreux forums, pour y prendre part aux affaires publiques. Rome a possédé des lieux de réunion inconnus à la Grèce; nous voulons parler des Thermes, véritables villes dans les villes, gigantesques monuments où les plaisirs de l'esprit et du corps s'offraient sous toutes les formes. A Pompéia, dont l'ère est resserrée entre ces deux époques caractérisées par la vie en public, les choses se passaient certainement de la même manière. La femme vivait généralement retirée, mais l'homme, qui a besoin de plus d'espace, de mouvement et de liberté, oubliait l'étroitesse de la maison paternelle, quand son œil embrassait la vaste étendue du forum, et suivait la fuyante perspective des colonnades et des péristyles.

Nous ne faisons pas ces études au point de vue des mœurs, mais bien de l'hygiène. Ces longues heures passées en plein air, jointes à la culture des exercices gymnastiques, corrigeaient indubitablement l'influence qu'auraient pu exercer les habitations trop rétrécies.

Il ne rentre pas du tout dans notre plan de décrire les monuments publics; mais il en est autrement de la maison des bains, l'une des mieux conservées de tout Pompeïa.

Cet établissement était compris entre trois rues, sur chacune desquelles il avait une ouverture. Il était séparé en deux parties, l'une pour les hommes, l'autre pour les femmes. La même disposition générale se présentait dans l'une et l'autre subdivision ; visitons la dernière, plus confortable et mieux ornée.

On retrouve à Pompéia les bains de la Grèce et de la république de Rome, et non pas ces thermes dont nous avons dit deux mots. Les premiers thermes élevés

Néanmoins, et sans trop nous inquiéter de savoir si M. Berthier, entraîné par une sympathie bien légitime pour des confrères en infirmité, ne tombe pas dans un excès opposé à celui d'Itard, nous ne craignons pas de prendre parti pour le premier contre le second. En cela, nous sommes parfaitement d'accord avec le rapporteur.

Nourri, comme Esquirol, à l'école sensualiste, Itard en suivait, comme lui, les inspirations dans ses appréciations psychologiques. Il lui était dès lors naturel et presque imposé de refuser beaucoup d'*idées* (suivant la langue de l'école) à ceux qui, sur cinq voies par lesquelles les idées arrivent dans l'entendement, en ont perdu une. Pour comprendre tout de suite jusqu'à quel point Itard est subjugué par la philosophie dominante du dix-huitième siècle, il n'y a qu'à se souvenir qu'il refuse aux sourds-muets jusqu'à certaines facultés affectives, que les sollicitations des sens peuvent bien éveiller, exciter, développer, mais qui leur préexistent dans l'ordre logique, qui se manifestent sans leur intervention, qui s'exercent même souvent hors de la sphère des phénomènes sensitifs, sur lesquels par conséquent l'existence d'une surdi-mutité ne peut avoir d'influence bien notable. Ici il est essentiel de faire une distinction. Quand on veut poursuivre l'étude intellectuelle et morale des sourds-muets en tant que sourds-muets, en d'autres termes rechercher les modifications de l'ordre intellectuel et moral qui se lient à la surdi-mutité, il faut que l'observation porte sur des individus qui soient bien sourds-muets, mais qui ne soient que cela. Il est clair qu'une perte congénitale de l'ouïe, et par suite de la parole, qui dépendrait d'une lésion cérébrale, pourrait très-bien coïncider avec une oblitération plus ou moins complète de l'intelligence, sans qu'on fût autorisé à en accuser l'absence de l'audition. Ce serait alors de l'idiotisme. Les seuls sourds-muets de naissance qu'on doive utiliser dans une étude psychologique comme celle d'Itard sont ceux à qui il ne manque que l'ouïe, et qui n'ont reçu en naissant aucune atteinte spéciale du côté du cerveau: tels sont ceux, par exemple, dont la surdité a sa cause unique dans une altération des deux appareils de l'audition. Ces individus étant d'ailleurs primitivement organisés comme les autres hommes, ont manifestement en puissance les mêmes facultés intellectuelles et morales. La question se réduit donc dès lors à savoir jusqu'à quel point *le développement* de ces facultés peut être entravé par l'impossibilité d'ouïr les sons et l'absence de la parole. Or, pour ce qui concerne les faits de l'ordre purement intellectuel, il faut d'abord remarquer que c'est surtout comme moyen de transmettre la parole et les idées qu'elle exprime, que le sens de l'ouïe sert puissamment au développement de l'intellect. Mais les sourds-muets ont transporté en quelque sorte à la vue les fonctions de l'ouïe et substitué à la parole un autre signe de langage, dont ils se servent avec une merveilleuse habileté. La perte de l'ouïe ne leur cause donc pas, sous ce rapport, un grand dommage: elle n'a guère d'autre inconvénient que de leur enlever la notion purement empirique de certains effets sensitifs; ils ne connaissent pas, par exemple, le son du tambour ou de la flûte, le bruit d'un corps qui tombe, d'une voiture qui roule, etc. Il peut en résulter pour eux quelques jouissances de moins ou des inconvénients de différents genres; mais cela est-il de nature à réduire le cercle de leur intelligence? Nullement. Le développement de l'intelligence n'est pas subordonné au nombre des sensations, mais à la manière dont elle se sert de celles qui lui arrivent, sans compter qu'elle peut souvent se passer de toute sensation dans la sphère infinie où il lui est donné de s'exercer.

Dans l'ordre intellectuel donc, nous sommes convaincu que le sourd-muet, convenablement organisé d'ailleurs, n'est pas frappé d'une infériorité essentielle à l'égard des autres hommes. Nous en dirons autant de l'ordre moral, et pour les mêmes raisons; car si, comme nous venons de le montrer, l'absence de l'ouïe et de la parole ne réduit que de très-peu les communications de l'individu avec le monde extérieur et avec ses semblables, on ne voit pas pourquoi elles entraveraient beaucoup le développement de ses facultés morales. Que le caractère puisse être plus ou moins modifié par le silence éternel qui règne autour du sourd-muet, par le sentiment de son infirmité, nous ne le nions pas, bien qu'en général sa physionomie n'exprime ni une tristesse bien prononcée ni la défiance d'autrui. Mais en tout cas, ce ne seraient là que des atteintes superficielles à l'individu moral. Quant aux facultés affectives réelles, qui ont leur racine même dans la constitution morale de l'homme, l'amitié, l'ambition, le courage, etc., nous les croyons, avec M. Berthier, avec M. le rapporteur, aussi communs et aussi développées chez le sourd-muet que chez les autres hommes.

HYGIÈNE PUBLIQUE.

MÉMOIRE SUR QUELQUES OBSERVATIONS DE PELLAGRE RECUEILLIES DANS LA VALLÉE DE VERNET (PYRÉNÉES-ORIENTALES), SUIVIES DE RÉFLEXIONS SUR LA NATURE DE CETTE MALADIE ET LES CAUSES QUI PEUVENT LA PRODUIRE; par M. A. COURTY, agrégé de la Faculté de médecine de Montpellier.

« Toute question médicale qui touche à l'hygiène publique peut prendre les formes et l'importance d'une question sociale, » a dit avec juste raison M. le docteur L. Marchant (1). Telle est la question de la pellagre.

On sait déjà que cette maladie, endémique dans certains pays, la Lombardie, la Vénétie, les Asturies, règne avec le même caractère dans quelques parties de la France. Si elle n'a été observée que rarement et à l'état sporadique dans plusieurs de nos contrées du centre, à Paris même, où l'on n'avait pas soupçonné d'abord sa présence, elle est, au contraire, assez répandue dans plusieurs points de nos départements méridionaux (sud-ouest) pour qu'on puisse dire qu'elle y a pris vraiment droit de domicile. Depuis quelle époque? On l'ignore. Je ne chercherai pas à résoudre ici cette question, qui, à mon avis, est encore fort obscure, bien que M. Roussel ait cru pouvoir conclure, sans preuves suffisantes, que cette époque n'est pas antérieure à celle de l'introduction de la culture du maïs.

Mais quelle que soit son origine, il suffit à la pellagre d'offrir un caractère endémique prononcé pour devoir par cela même fixer puissamment l'attention de tous les hommes qui font des conditions d'existence, de bien-être, de perfectionnement de l'humanité, l'objet de leurs études habituelles. Une maladie endémique, en effet, a nécessairement sa cause hors des dispositions indi-

(1) DOCUMENTS POUR SERVIR A L'ÉTUDE DE LA PELLAGRE DES LANDES, recueillis par les soins du conseil de salubrité de la Gironde, publiés sous les auspices du ministre de l'agriculture et du commerce. Paris, 1847.

à Rome datent de l'édilité d'Agrippa; ils ne s'étaient pas encore introduits à Pompéia, à l'époque de la catastrophe qui engloutit cette ville.

On entre dans une première salle, *spoliarium*, sur les murs de laquelle on a pu reconnaître les bois qui servaient à accrocher les vêtements. De là on passe dans le *frigidarium*, pièce voûtée comme les suivantes, circonstance à laquelle elle doit sa bonne conservation. C'est une rotonde recouvrant une piscine circulaire dont les parois présentent un gradin sur lequel on s'asseyait. On quittait le bain froid pour le bain tiède, *tepidarium*. Les murs sont ornés d'une corniche, située à peu près à hauteur d'homme et formée par une série de statuettes d'atlas laissant entre eux des niches dans lesquelles on plaçait les parfums et les huiles odoriférantes. C'était dans le *tepidarium* qu'on faisait sa toilette, probablement au sortir du bain chaud, et non pas avant d'y entrer. La voûte est peinte en caissons de couleurs vives, et ornée de bas-reliefs en stuc. A une extrémité de cette salle allongée, on voit encore le grand brasier en bronze qui servait à entretenir une douce chaleur.

La dernière pièce est le *caldarium* ou bain chaud. C'est également une chambre triangulaire et voûtée, dont les deux extrémités sont occupées, l'une par la piscine, l'autre par la fontaine, *labrum*, où la baigneuse trop vivement impressionnée venait se jeter de l'eau froide à la figure. Le bassin d'eau chaude est revêtu de marbre blanc et muni d'un gradin sur lequel il fallait s'asseoir, sous peine de n'avoir de l'eau que jusqu'à mi-cuisse. On aperçoit dans les murs de cette salle les conduits qui amenaient l'eau et la vapeur. Une chaudière en brique et une autre en bronze étaient destinées à maintenir la température convenable. Les anciens avaient encore un autre moyen de faire passer rapidement l'eau de l'état liquide à la forme gazeuse; ils la projetaient sur des briques fortement chauffées au feu, procédé encore en vigueur aujourd'hui chez les Orientaux.

Parvenu au *caldarium* par une succession de pièces à température croissante, le baigneur en ressortait en parcourant les mêmes lieux, en sens opposé. Une promenade dans le jardin de l'établissement l'empêchait d'éprouver un refroidissement trop brusque.

Une trentaine de femmes pouvaient à la fois se tenir dans les différentes pièces du bain.

Un médecin ne quitte pas les ruines de la vieille cité sans se faire indiquer le petit temple d'Esculape, la maison du chirurgien et les deux boutiques connues sous le nom de pharmacies. Dans l'officine du *trivium*, un serpent était peint sur le mur extérieur, en guise d'enseigne. L'apothicaire d'autrefois avait bien choisi son emplacement, dans un carrefour où trois rues venaient déboucher. On montre, au musée Borbonico, à Naples, sous le nom de pilules, les médicaments trouvés dans ces boutiques; mais les plus petites sont de gros bols, et les plus grandes de véritables masses pilulaires que l'instrument n'avait pas encore divisées.

La maison du chirurgien, ainsi nommée à cause de la nature des objets qu'on y a trouvés, n'a qu'un *atrium* et un *viridarium* au fond de la cour; mais le confortable paraît ne pas avoir manqué dans la demeure de notre confrère de Pompéia.

Il faut nous transporter un instant au museo Borbonico, pour voir cette riche et unique collection qui ne compte guère moins de 300 objets de l'arsenal chirurgical antique. Je ne veux pas faire de la science à ce sujet; je laisse à notre

viduelles. Il faut qu'elle dépende de circonstances plus générales que ne le sont les différences organiques ou vitales de chacun. Elle puise son origine soit dans les populations elles-mêmes, soit en dehors des populations, dans les lieux qu'elles habitent, les aliments dont elles se nourrissent, les qualités mauvaises de tout ce qui les entoure, de tout ce qui peut exercer quelque action sur leur existence. En un mot, ses racines peuvent naître de l'organisation, du caractère, des mœurs propres à la race, à la variété, à la population particulière qui est victime de l'endémie, ou bien des éléments nombreux et si variés, organiques ou inorganiques, avec lesquels cette race, cette variété, cette population particulière est continuellement en rapport, et que les hygiénistes ont l'habitude de désigner par les noms génériques de *ingesta* et *circumfusa*. Ainsi une question primitivement simple ne tarde pas à devenir complexe. La solution d'un problème entraîne avec elle la solution de plusieurs autres problèmes. La médecine est obligée de faire appel à la physique, à la chimie, à l'histoire naturelle, à l'agronomie, à l'hygiène, à la statistique, aux sciences administrative et sociale.

C'est sous l'influence de ces idées que j'ai écrit les observations suivantes, et les réflexions qui les accompagnent.

Le séjour que j'ai fait pendant plusieurs mois, et dans l'intervalle de trois années, à l'établissement thermal de Vernet-les-Bains, m'a conduit à constater la présence de la pellagre dans cette partie du département des Pyrénées-Orientales.

J'ai dû m'assurer d'abord si les caractères de la maladie soumise à mon observation étaient bien ceux que les médecins italiens avaient signalés déjà comme propres à la pellagre, dans la Lombardie, la Vénétie, le Piémont; les médecins espagnols dans les Asturies ; les médecins français dans les Landes; les Basses-Pyrénées, le Lauraguais, et même, quoique fort rarement, dans le centre de la France. A cet égard je ne conserve plus aucun doute, et la lecture des faits que je vais rapporter fera partager ma conviction.

J'ai voulu rechercher ensuite si, dans les Pyrénées-Orientales, la pellagre peut être rapportée à quelqu'une des causes auxquelles on a rattaché le développement de cette terrible maladie, dans les autres pays où sa présence a été successivement constatée. Sous ce rapport, j'ai reconnu l'insignifiance de plusieurs causes prétendues; j'ai conservé des doutes sur l'importance attribuée à plusieurs autres, notamment à l'usage du maïs; j'ai cru enfin devoir accorder à quelques autres une part d'influence qu'on ne leur a point faite jusqu'à ce jour.

Je commencerai par donner les observations qui prouvent l'existence endémique de la pellagre dans les vallées où je l'ai rencontrée; je discuterai ensuite les opinions émises sur la nature de cette maladie et sur les causes de son développement.

Obs. I. — Thérèse Qués, femme Dorandeu, âgée de 36 ans, a une taille moyenne et une constitution assez forte. Son tempérament est lymphatique; ses yeux sont bleus et ses cheveux châtains. Elle est mariée depuis quatre ans; elle a eu un seul enfant après la première année de mariage.

Elle n'a pas eu de maladie dartreuse ni scrofuleuse. Il n'a pas existé de maladie de ce genre chez ses ascendants ni chez ses frères ou sœurs. Elle est née de parents sains et robustes. Il n'existe aucune maladie héréditaire dans sa famille.

En remontant dans ses souvenirs, elle se rappelle avoir été atteinte une fois seulement, à l'âge de 15 ans, d'une maladie grave, traitée par l'application de révulsifs aux extrémités inférieures, et d'eau froide sur la tête pendant plusieurs jours, ce qui permet de supposer qu'il s'agissait d'une fièvre typhoïde ou de quelque affection cérébrale.

Thérèse Dorandeu est une paysanne très-aisée, du petit hameau de Casteils, mariée à un paysan de Marquixanes, village voisin de Prades, et demeurant dans ce village depuis son mariage. Son habitation est propre, salubre; il y a même du luxe pour une habitation de paysan. Sa nourriture a été toujours très-saine; il n'y est jamais entré ni maïs ni aucun aliment de mauvaise qualité. L'insolation ne peut avoir déterminé non plus le développement de sa maladie; la fille Qués n'y a pas été exposée, comme la plupart des paysannes moins aisées, qui sont obligées de travailler dans les champs, aux ardeurs du soleil.

Les seules causes probables, ou du moins apparentes, auxquelles on puisse rapporter l'altération de sa santé sont les peines morales, les inquiétudes, les troubles de ménage, dont notre malade a été affligée depuis le jour de son mariage. Ces peines morales, ces chagrins cuisants et prolongés, ont été pendant quatre ans graves, nombreux, de tous les instants.

Vers le printemps de 1848, elle commença à ressentir un peu de faiblesse dans les membres inférieurs, quelques maux de tête, des étourdissements, une sorte de roideur à la nuque. A la fin de juillet de la même année, parut sur la face dorsale des deux mains l'éruption, d'abord érythémateuse, plus tard squammeuse, caractéristique de la pellagre. Les symptômes nerveux marchèrent de concert. Bientôt l'estomac commença à se déranger dans ses fonctions; les digestions se troublèrent; un peu de diarrhée survint.

A l'entrée de l'hiver, tous les symptômes se dissipèrent; il resta seulement un peu de faiblesse et de langueur.

Mais au mois de mai 1849, toutes les premières manifestations de la maladie se sont reproduites : c'était, on vient de le voir, le cortége complet de symptômes qui accompagnent la pellagre. A cette époque, leur intensité devint telle qu'ils obligèrent la malade à revenir chez ses parents chercher des soins plus empressés, et surtout le repos et la tranquillité morale. C'est alors que je pus la voir. Lorsque je l'observai pour la première fois, le 28 juillet, je la trouvai dans l'état suivant :

La face dorsale des mains est couverte de minces squammes se détachant d'une surface rouge qui devient plus foncée et très-prurigineuse sous l'influence des rayons solaires. Dans aucun autre point de la surface du corps, il n'y a d'éruption analogue ni d'aucune espèce, ni des fissures, ni des taches ou des pétéchies. Il n'y a pas non plus de démangeaison, excepté à la face dorsale des mains, et un peu aussi au bas des jambes et au cou-de-pied. Ces dernières parties ne sont pas d'ailleurs érythémateuses; je ferai observer, à leur égard, que la malade a eu toute sa vie les jambes et les pieds recouverts par des bas.

Les règles, qui jusqu'à ce jour avaient conservé leurs caractères habituels, ont été un peu moins abondantes la dernière fois qu'elles sont venues, il y a environ quinze jours. Quelques flueurs blanches ont coulé dans les intervalles des dernières époques menstruelles.

Le teint est pâle, décoloré, chlorotique; on entend un léger bruit de souffle dans la carotide gauche.

Depuis trois semaines le trouble des digestions est revenu avec une déplorable intensité. Il n'y a pas d'appétit. La région épigastrique est douloureuse; le reste du ventre est indolore, mais empâté. Une diarrhée séreuse abondante épuise la malade. La langue est assez humectée, mais un peu rouge et comme feuillée. Ses papilles sont très-saillantes. La soif est très-prononcée.

Du côté de la poitrine, les poumons, le cœur, sont en bon état; on entend seulement un peu de respiration puérile à droite. Un sentiment de picotement indique une irritation du larynx, de la gorge, et s'étend dans le trajet de l'œsophage. Cette irritation est assez prononcée pour produire la sensation d'une râpe dans ces diverses parties, et déterminer quelquefois le matin une hypersécrétion de matières muqueuses formant d'abondants crachats. Il s'y joint un ptyalisme assez abondant. La salive ne paraît ni salée ni acide.

Il n'y a du côté du cerveau ni des maux de tête ni des migraines. La malade n'a rien perdu de son intelligence ni de l'affabilité naturelle qui est un des prin-

---

ami Daremberg le soin laborieux de caractériser chaque instrument par la phrase que les Grecs et les Latins consacrent à sa description et à la désignation de ses usages. J'ai dessiné celles de ces pièces qui m'ont paru offrir le plus d'intérêt; j'en dirai quelques mots seulement. J'eusse bien voulu les toucher, les manier, en faire jouer le mécanisme, mais une impitoyable verrière a toujours mis un obstacle à mes vœux. Ce qui est beaucoup plus regrettable, c'est que le docteur Daremberg, qui pouvait les étudier avec beaucoup plus de profit pour la science, n'ait pas été plus heureux que moi.

Si je ne me trompe, les *speculum ani et uteri* ont déjà été décrits. On se représente parfaitement le premier en se figurant une grande pince à pansement dont chaque branche est coudée à angle droit à son extrémité; en agissant sur les anneaux, on écarte ces deux tiges, faisant office de valves, tiges qu'on a préalablement introduites dans le rectum. Pour avoir une idée du speculum uteri, prenez un speculum ani de forte dimension, et traversez son articulation, ici plus compliquée, d'un pas de vis dans lequel s'engage une branche également coudée à angle droit, c'est-à-dire perpendiculairement au corps de l'instrument. Voilà trois valves, ou plutôt trois tiges un peu aplaties, qu'on peut réunir en faisceau, introduire dans le vagin, et écarter ensuite en faisant jouer le mécanisme. L'instrument est lourd, massif, un peu compliqué; mais ce sont là ses moindres défauts. Les trois branches, trop courtes, ne devaient que difficilement permettre d'examiner le museau de tanche; et, beaucoup trop grêles, elles laissaient sans aucun doute la muqueuse proéminer dans leurs larges interstices à moins qu'on ne dilatât démesurément l'instrument. Nous avons été jusqu'à penser que ce speculum uteri pourrait bien avoir été destiné à d'autres usages, qu'il reste à déterminer.

Le nombre des scalpels est grand; on leur reprocherait avec raison d'être trop volumineux. On voit des lames droites, convexes, en grattoir; quelques-unes affectent la forme de nos couteaux de table, c'est-à-dire que le tranchant ne se dévie pas de la ligne droite et que, vers la pointe, c'est le dos qui s'infléchit vers le tranchant. Le manche est en bronze et ressemble d'une manière frappante à celui de nos scalpels : à partir de l'articulation, il se présente sous forme d'une plaque rectangulaire à vives arêtes; puis il subit un étranglement, et se termine par un renflement ovalaire qui sert au chirurgien à déchirer et à écarter les tissus quand il opère dans un dangereux voisinage.

Nous ne serions pas éloigné de penser que ces scalpels servaient à la médecine vétérinaire, ainsi qu'une flamme et un instrument à raquer le sabot, qui figurent dans les verrières. Il existe une série d'autres manches beaucoup plus délicats, privés aujourd'hui de leurs lames, qui sont peut-être les véritables bistouris employés dans la chirurgie humaine.

On voit une seule paire de ciseaux, semblables, sur une petite échelle, aux ciseaux à tondre les moutons, et dont l'extrémité mousse peut former pince.

Deux bistouris ont appelé notre attention : de l'un il ne reste que la lame concave, percée d'un trou qui servait à la fixer dans le manche. Le second, convexe, est entièrement conservé; son manche se termine en anneau. Ces deux lames sont à peu près de la dimension des nôtres, mais bien plus épaisses au dos. Il semble que l'ancien arsenal de chirurgie avait peu d'instruments qui se fermaient; pour protéger le tranchant, on les engainait dans de grands étuis.

Nombreuse est la collection de pinces à mécanisme semblable à celui de nos

cipaux traits de son caractère; mais elle éprouve dans la tête un sentiment de lourdeur et surtout de vertige qui est fortement augmenté par les mouvements, les efforts, l'insolation. Elle ne ressent néanmoins aucun battement, aucun symptôme indiquant l'existence d'une congestion sanguine. Il n'y pas d'affaiblissement ou d'altération de l'ouïe ni de la vue; mais la pupille droite est presque immobile, bien que la gauche soit assez sensible à l'impression des rayons lumineux. La langue ne se dévie d'aucun côté. La faiblesse n'est pas plus grande d'un côté du corps que de l'autre, ni beaucoup plus marquée dans les membres inférieurs que dans les membres supérieurs.

Mais la faiblesse générale est extrême; l'indolence, le besoin de repos, l'impossibilité d'aller, de venir, d'agir seulement dans la maison, sont poussés au dernier degré. Par moments la malade éprouve à la nuque et aux lombes un engourdissement douloureux et des tiraillements profonds dans toute l'étendue de la colonne vertébrale. Il y a tendance à l'œdème des parties sous-ombilicales.

Enfin quelques points du corps sont le siége d'un peu de chaleur sèche, âcre; le pouls est dur et fréquent (100 pulsations par minute).

M. Junquet, médecin à Vernet, aussi savant praticien que profond observateur, traitait cette malade depuis quelques semaines, lorsqu'il la soumit à mon observation. Le mode de traitement se réduisait, comme dans tous les autres cas antérieurement observés par le même praticien, à ce qu'on appelle la médecine des symptômes; il consistait en décoction blanche, diascordium, lavements émollients et narcotiques pour arrêter la diarrhée, sirop de quinquina, frictions sur les cuisses et sur le ventre avec la teinture de quinquina pour relever les forces, donner un peu de ton et combattre la tendance à l'œdème, quelques pilules d'opium, l'application d'un emplâtre de thériaque et d'opium, et des fomentations avec la jusquiame au creux de l'estomac.

Nous fûmes d'avis de continuer quelque temps la même médication, et de combattre un peu plus tard la chlorose par des préparations de fer administrées à petite dose.

La malade, habitant Casteils, au sein de sa famille, jouissait d'ailleurs du repos, du bien-être physique et de toutes les conditions hygiéniques propres à favoriser son rétablissement.

Il fut convenu que, dès qu'elle en aurait la force, on la transporterait à Vernet pour essayer sur elle l'action des bains et douches sulfureuses, avec tout le ménagement que commandait son état.

Mais ce traitement ne put être supporté longtemps. La diarrhée augmentait tous les jours, et avec elle le dépérissement. La malade fut soumise alors à la diète lactée. Sous l'influence de cette alimentation légère, tant vantée contre la pellagre, les fonctions digestives se sont effectivement un peu rétablies, la diarrhée a diminué, et une légère amélioration s'est manifestée dans l'état général. Mais il faut dire qu'en même temps nous entrions dans la saison froide, saison habituelle d'intermittence ou du moins de rémittence des phénomènes pellagreux. Néanmoins l'amélioration ne marchait pas assez rapidement pour faire présumer, quand j'ai quitté la malade au mois de novembre, que la santé pût se relever dans tout le courant de l'hiver; et j'ai la conviction que s'il reste à la malade assez de force pour atteindre jusqu'à la fin de la saison froide, il ne lui en restera pas assez pour survivre au retour du printemps prochain.

J'ai reçu depuis des nouvelles de cette malade. En ce moment (15 décembre 1849), elle peut manger un peu de viande, des œufs, du fromage, mais en petite quantité et sans appétit; elle mange plutôt par nécessité que par plaisir. La langue a pâli, la soif est moindre, le ptyalisme a presque cessé, ainsi que la diarrhée; mais la malade accuse souvent une anxiété à la région précordiale et aux hypochondres; le pouls est assez fréquent. D'ailleurs elle dort bien. Malgré cette légère amélioration du côté des voies digestives, les forces n'arrivent pas en proportion de la quantité des aliments ingérés. L'action musculaire reste très-faible. La malade se traîne difficilement; elle ne peut faire quelques pas sans éprouver le besoin de s'asseoir; si elle veut surmonter la fatigue, elle éprouve des vertiges, des tintements d'oreille, etc.

Obs. II. — Joseph Ques (1), cardeur de laine, âgé de 46 ans, appartenant à la classe indigente, tempérament lymphatique, d'une petite stature, portant des signes de diathèse scrofuleuse, révélée par la forme de ses mains, les traits de son visage, et surtout l'existence continue d'une blépharite chronique très-forte dont il est atteint depuis son enfance, n'a eu d'ailleurs ni maladie grave, ni aucune autre affection cutanée. Son père et sa mère sont morts à un âge peu avancé, mais je n'ai pu savoir de quelle maladie. Au printemps de l'année 1848, il fut atteint d'un érythème léger occupant la surface dorsale des mains, et s'arrêtant brusquement au poignet, limitée en ce point par une ligne de démarcation bien tranchée. Bientôt après survinrent de l'anorexie, quelques douleurs épigastriques et un peu de diarrhée, auxquelles s'ajoutèrent, quelques semaines plus tard, de l'affaiblissement dans les membres inférieurs, de la lourdeur de tête et des douleurs dans le trajet de la moelle épinière. Tous ces symptômes se dissipèrent vers la fin de l'été, et l'hiver venu, Joseph Ques, qui n'avait voulu se soumettre à aucun traitement, crut avoir complétement recouvré sa santé.

Mais vers le mois de juin 1849, l'érythème reparut aux mains, accompagné d'une chaleur et d'un prurit intenses; l'épiderme se divisa en petites plaques, se soulevant par les bords, et commença bientôt à prendre un aspect parcheminé, rouge brun. Peu de temps après, un érythème plus léger, mais caractérisé comme celui des mains, par de la rougeur, de la chaleur et de fortes démangeaisons se manifesta sur le cou-de-pied. Le dégoût, la douleur épigastrique, le sentiment de malaise aux hypocondres, principalement après le repas, enfin la diarrhée, revinrent avec plus d'intensité que l'année précédente; il s'y joignit un peu d'ardeur et de picotement à la gorge et le long de l'œsophage, et le besoin de boire souvent, surtout à jeun. Les symptômes nerveux reparurent aussi avec plus d'intensité que la première fois, il s'y joignit de la lourdeur de tête, des vertiges, des éblouissements et un accroissement de faiblesse qui donna au malade une indolence, une paresse invincible. La vue est encore bonne et l'ouïe n'est pas altérée; mais la douleur lombaire et spinale, l'affaiblissement des jambes ont fait de tels progrès que la marche lente, pénible, traînante et peu sûre malgré le secours d'un bâton, est devenue presque impossible. L'abattement musculaire est tel que le malade ne peut même se servir de ses bras étant assis. Cette faiblesse et la lourdeur de tête fixent son attention et l'effrayent sur son avenir. L'examen du cœur, des gros vaisseaux et des poumons n'indique aucune altération dans ces organes; le pouls est un peu fréquent; il donne environ 80 pulsations par minute.

Nous avons bien prescrit à ce malade la diète lactée; mais son incurie jointe à son extrême misère, l'empêche de suivre exactement un régime et à se placer dans les conditions hygiéniques propres à atténuer la gravité de son état dont il est effrayé sans en comprendre toute la portée.

Il semble cependant, au moment où j'ai quitté le Vernet, que l'ensemble des symptômes présente quelque diminution; et tout fait espérer que, si le rétablissement momentané n'est pas complet, de manière à faire jouir ce malheureux de l'intermittence hivernale de l'an passé, il sera du moins suffisant pour constituer une rémittence marquée et lui permettre d'atteindre le printemps, ou peut-être même la fin de l'été prochain.

Obs. III, IV, V et VI. — Frappé de trouver, dans les lieux où je ne m'attendais pas à les rencontrer, des cas de pellagre si bien caractérisés, je priai M. Junquet, à l'obligeance duquel je devais de les avoir observés, de me donner des renseignements sur les malades qui lui avaient offert antérieurement les mêmes symptômes.

Jusqu'en 1842 et 1843, époques où M. Roussel publia dans la Revue médicale les deux observations de pellagre recueillies à Paris, dans le service de M. Gibert, le médecin de Vernet, comme la plupart des praticiens de notre pays,

(1) Quoique ce pellagreux et la malade qui fait le sujet de l'observation précédente portent le même nom, il n'existe entre eux aucun lien de parenté.

---

pinces à dissection. Si notre mémoire nous sert bien, le mode d'articulation de nos ciseaux et de nos pinces à pansement était peu employé dans l'arsenal chirurgical d'autrefois.

Les pinces affectent toutes les formes, toutes les tailles; il en est de vraiment gigantesques, dont le mors a près d'un pouce de largeur. Quelques-unes sont de vraies pinces à dissection à mors dentés, mousses, portées par des tiges courbes sur le plat ou sur le bord. On trouve une tenette à cuillers perforées au centre. Enfin, dans cette collection figurent des pinces dépilatoires.

Deux lancettes, en bronze et en argent, sont dignes de toute notre attention. La lancette d'argent a la forme d'un fer de lance effilé; elle est un peu plus grande que nos lancettes ordinaires, et tient à un manche en bronze non pas aplati, mais presque arrondi comme une baguette. La seconde, entièrement en bronze, est plus petite que la première. A côté de celle-ci figure une petite cuiller ronde; près de l'autre, un instrument terminé par quelques dents de scie sur une arête droite.

Nous avons remarqué deux cautères, composés d'un disque en forme de demi-ovale, fixé à une tige coudée. Quelques manchons métalliques semblent avoir eu pour office de servir de conducteurs à ces cautères, quand il s'agissait de porter le feu sur des parties profondes.

Parmi les élévateurs, les uns servaient probablement dans les fractures du crâne et pour l'opération du trépan; les autres, véritables pieds-de-biche, appartenaient peut-être à la chirurgie dentaire.

La famille des spatules est des plus nombreuses et leurs variétés ne le sont pas moins. Il est inutile de les décrire. Quelques-unes sont des spatules à grain.

Nous avons trouvé des stylets aiguillés, cannelés, boutonnés; une lime, une tenaille, des aiguilles, deux trocarts, des canules droites et courbes, etc.

Les cathéters et les sondes méritent une attention spéciale; il en est pour homme et pour femme; ils sont droits, courbes et même en S, invention crue moderne et qui a tout pour le moins deux mille ans de date.

Enfin signalons un méningophilax, une sonde se terminant par un pavillon semblable à celui de notre sonde cannelée; des crochets qui pourraient bien avoir eu leur emploi dans les opérations pratiquées sur les verrues varqueuses pour soulever celles-ci probablement.

On examine avec curiosité des cassettes contenant des médicaments, de la charpie; vingt-cinq étuis renfermant des sondes et des spatules; une boîte de métal à tiroir, dans laquelle on trouve des médicaments; treize ventouses en bronze, affectant à peu près la forme des nôtres, mais beaucoup plus grandes.

Voilà une énumération un peu ardue et accompagnée de bien peu d'appréciation et de critique; on a deviné que nous attendons une autre plume pour donner de l'intérêt à ce véritable catalogue de musée.

Nous sera-t-il permis, avant de dire adieu à Pompéïn, de faire une petite excursion, très-scabreuse, mais bien intéressante, sur le domaine de la morale considérée dans ses rapports avec la médecine et l'hygiène? La question de la prostitution se présente; de nombreux éléments sont encore là pour nous apprendre ce qu'elle était dans l'ancienne Pompéia.

En parlant de la prostitution en Algérie, dans nos Lettres d'Afrique, nous disions que certaines villes, *Blidah la prostituée*, par exemple, étaient de véritables nids où fourmillaient les femmes galantes et les filles de joie, tandis que

avait ignoré l'existence de la pellagre. Il avait bien remarqué, comme je le dirai bientôt, des symptômes digestifs et nerveux, coïncidant parfois avec une lésion cutanée de la face dorsale des mains, et donnant naissance, par leur concours, à une maladie insolite; mais il n'avait su quel nom donner à cette affection. La publicité donnée aux observations de M. Roussel et aux discussions soulevées à ce sujet devant l'Académie de médecine, furent un trait de lumière pour notre confrère. Cette maladie, qui paraissait une dartre, un simple érythème borné à des surfaces peu étendues, à laquelle de terribles complications et une terminaison toujours fatale attachaient néanmoins tant de gravité, c'était la pellagre. Marchant, dès-lors, sur un terrain connu, il put recueillir avec plus d'intérêt les documents les plus essentiels dans l'histoire de cette maladie.

Depuis 1842, et avant les deux sujets dont je viens de rapporter l'observation, il a soigné quatre pellagreux, trois hommes et une femme. Voici les renseignements qu'il m'a transmis à leur sujet:

En 1842, à Corneilla, le nommé Pierre Anglade, âgé de 60 ans, tempérament lymphatique.

En 1843, à Casteil, Bobère Gaudérique, âgé de 51 ans, tempérament bilioso-nerveux.

En 1844, à Vernet, la femme Mallarac, âgée de 32 ans, tempérament lymphatique nerveux.

En 1846, à Vernet, Rajan Bonaventure, âgé de 62 ans, tempérament bilioso nerveux.

Tous ces malades ont offert à peu près les mêmes symptômes : rougeur érysipélateuse unie, squammeuse ou pustuleuse sur le dos des mains, et deux fois sur les cou-de-pieds, disparaissant en hiver pour reparaître aux premières chaleurs de mai ou de juin. Généralement cet érythème a été précédé par des troubles gastro-intestinaux simulant tantôt un état saburral, tantôt une véritable gastro-entérite. Tous ces pellagreux accusaient plus tard des douleurs passagères dans le dos et la tête, un grand abattement physique et moral, une faiblesse générale extrême. Ces symptômes prenaient de l'extension et s'aggravaient à l'arrivée des premières chaleurs, au retour de l'érythème cutané. Alors se manifestaient des céphalalgies, des vertiges, des vomissements, de la diarrhée, des tintements d'oreilles et des troubles profonds de l'innervation.

Tous ont succombé au bout de deux ou trois ans : celui de Corneilla à une diarrhée compliquée d'ascite; la femme Mallarac et Rajan, de Vernet, à une diarrhée qui a résisté à tous les moyens essayés pour la combattre; Bohère, de Casteil, à une affection cérébro-spinale, s'étant offerte sous l'apparence d'une apoplexie; l'œil droit était devenu amaurotique depuis six mois.

Observations antérieures. — L'observation de ces pellagreux, la connaissance des travaux de M. Roussel, et des publications qu'ils éveillèrent sur le même sujet, rappela à M. Junquet que, depuis le commencement de sa pratique, il avait eu maintes fois l'occasion d'observer la pellagre. Son père, qui pratiquait avant lui dans le même pays, et qui d'ailleurs ignorait les travaux publiés sur la pellagre, soit en France, soit à l'étranger, lui avait souvent fait remarquer la gravité de cet érythème des mains, paraissant par lui-même si peu dangereux. Aussi la connaissance de ce danger, ajoutée à celle des complications gastro-intestinales qui ne lui avaient pas échappé, l'avait-elle conduit à supposer que cet érythème était moins une maladie locale que le symptôme d'une affection grave du foie et des organes digestifs.

En tenant compte des six observations que j'ai rapportées et remontant dans ses souvenirs, M. Junquet évalue à quinze le nombre des pellagreux qu'il a pu observer dans l'espace de vingt-cinq ans, soit à Vernet, soit dans les vallées environnantes de Corneilla, Fillols, Casteils, c'est-à-dire sur une population de 1,500 à 2,000 habitants.

Les détails descriptifs dans lesquels je viens d'entrer ne permettent pas de douter que les malades observés par M. Junquet et par moi n'aient été réellement atteints de la pellagre. Ces observations remontant à vingt-cinq ans, il faut conclure en outre que la pellagre existe, quoique faiblement, à l'état endémique, dans la vallée de Vernet et les vallées voisines, situées vers l'extrémité sud du département des Pyrénées-Orientales (1).

Mais je ne m'en suis pas tenu là : j'ai dû rechercher, dans les conditions d'existence de la population de ce pays, et des pellagreux en particulier, quelques lumières sur l'étiologie de cette affection. J'ai dû comparer encore les symptômes de la maladie dont je viens de constater l'existence avec ceux de la pellagre endémique du sud-ouest de la France, du nord de l'Espagne, du nord de l'Italie, et avec la même affection observée dans d'autres lieux, où elle s'est montrée, comme à Paris, à l'état sporadique. Voici les réflexions que m'ont suggérées ces recherches et les résultats auxquels elles m'ont conduit.

(*La fin au prochain numéro.*)

CHIRURGIE PRATIQUE.

MÉMOIRE SUR LA RUPTURE DE L'ANKYLOSE ET SUR SA COMBINAISON AVEC DES SECTIONS SOUS-CUTANÉES; par M. Bonnet, professeur de clinique chirurgicale à Lyon.

(Suite et fin.. — Voir les numéros 21, 22, 24 et 27.)

APPLICATIONS DES MÉTHODES QUI VIENNENT D'ÊTRE DÉCRITES.

Je n'ai fait jusqu'ici qu'un petit nombre d'applications de la rupture de l'ankylose de la hanche, précédées des sections musculaires. Les résultats définitifs n'ont pas été satisfaisants; mais, comme on va le voir, l'innocuité de la méthode a été démontrée par l'observation, comme elle pouvait être prévue par la théorie.

(1) Je ne sais si la pellagre existe dans d'autres parties de ce département. Je tiens de M. Jaubert (de Passa) que les médecins de Perpignan, et en particulier M. Paul Massot, n'en ont observé aucun cas, soit à l'hôpital de Perpignan, soit en ville ou dans les environs. Parmi le petit nombre d'aliénés entretenus dans un asile aux frais du département, on n'en a pas encore observé qui fussent atteints de folie ou de paralysie pellagreuses. Je dois ce renseignement à l'obligeance de M. Aimé Massot et à celle de M. Molinier, médecin de l'asile de Limoux.

A Montpellier, je n'ai jamais observé aucun cas de pellagre ni en ville ni à l'Hôtel-Dieu Saint-Éloi. Je ne sache pas qu'aucun praticien en ait observé non plus, soit à Montpellier, soit dans le département de l'Hérault. M. Raymond Broussonnet, médecin de l'hôpital général, où l'on reçoit notamment les malades du département atteints d'affections cutanées, n'y a pas rencontré un seul cas de pellagre depuis dix ans qu'il est chargé de ce service. M. le professeur Rech, médecin de l'asile des aliénés de la même ville, n'a jamais vu, dans la nombreuse population de ses malades, aucun sujet atteint de folie ou de paralysie pellagreuses.

---

d'autres cités, entre autres Tlemcen, avaient conservé des mœurs austères. A moins de concevoir la plus triste opinion de l'antiquité, il faut croire que Pompéia, comme Baïa le fut plus tard, était un de ces rares repaires du vice et de la débauche. Ville de commerce et port fréquenté par les marins à jeun, elle se trouvait hantée par une classe qui donne volontiers dans ces travers.

La prostitution n'était pas, comme chez nous, facilement tolérée, cachée et honteuse; elle marchait au grand jour, de pair avec les autres professions, et exposait sans crainte son impudique enseigne aux yeux de tous les passants. Un énorme *phallus* en bas-relief indiquait les lupanars. C'est incroyable en vérité! La jeune fille ne pouvait manquer de porter les yeux sur ces indécentes exhibitions, affichées dans les rues les plus fréquentées, et le soir une lampe allumée devant l'image invitait les chalands à entrer. Nous avons aperçu deux phallus, lors de notre visite à Pompéia : l'un dans la voie Storto, ne se dévie pas de la verticale; l'autre, dans la voie consulaire, se contente de la modeste horizontale. Il n'est pas rare non plus de trouver des phallus sur les piliers des hôtelleries; il en existait aussi en ronde bosse, et en telle quantité qu'on a pu les réunir dans une cour de la ville, comme un véritable musée, dont nous ne livrerons certes pas la clef au lecteur. Qu'il nous suffise de dire qu'il est des phallus de 5 pieds de haut, que nous avions à tort pris pour des gargouilles, puisqu'ils ne sont pas perforés. On a recueilli au musée de Naples un phallus trouvé dans la maison de Pansa, au-dessus d'un four à pain; on lit sur le corps même du phallus :

HIC HABITAT FELICITAS.

Nous sommes entré dans un sujet bien délicat; mais il nous semble qu'on peut décrire ce qui est exposé publiquement aux yeux de tous, surtout quand on le fait dans un but moral.

La représentation des actes amoureux et de leurs instruments éveillait évidemment dans l'esprit des anciens de tout autres idées que chez nous. Les plus indécentes peintures se rencontrent dans les meilleures maisons de Pompéia; on trouvait probablement aussi naturel de les voir figurer au *venereum* que des tableaux de fruits dans le *triclinium*. Le phallus était un objet physique, comme un bras ou une jambe, et exposé partout, il n'attirait pas spécialement l'attention; ou bien le Priape était divinisé : c'était un symbole. Les hommes et même les femmes portaient, en guise de bijoux, des phallus ailés, qui passaient pour garantir des maléfices. Priape a un temple à Pompéia. Il trônait dans le sanctuaire de la famille; une lampe brûlait près de lui. Il avait sa part de prières et d'encens.

Quelques philosophes ont soutenu que ce système était plus utile à la morale publique que le mystère, si excitant pour la curiosité, dont on entoure, dans la société moderne, ce que les anciens montraient aux yeux de tous comme une chose banale, vulgaire, usuelle. Il ne nous appartient pas de juger cette question; l'agiter serait d'ailleurs oiseux, et nous sommes trop loin de telles mœurs (1).

(1) Le musée secret de Naples fourmille de preuves établissant que les anciens représentaient tout sans façon. Nous n'avons pas fait un seul emprunt à ce musée; nous ne nous sommes appuyé que sur les objets publiquement exposés ou décrits dans les livres.

ANKYLOSE FIBREUSE DE L'ARTICULATION COXO-FÉMORALE GAUCHE, CONSÉCUTIVE A UNE INFLAMMATION CHRONIQUE AVEC SUPPURATION; SECTION SOUS-CUTANÉE DES FLÉCHISSEURS ET DES ADDUCTEURS; MOUVEMENTS FORCÉS; RUPTURE DE L'ANKYLOSE; EMPLOI DES APPAREILS DE MOUVEMENT; TRACTIONS SUR LE MEMBRE RACCOURCI; REDRESSEMENT PRESQUE COMPLET; FORMATION D'UN ABCÈS; REPRODUCTION DE LA FLEXION DE LA CUISSE.

OBS. — M. Courtet, âgé de 18 ans, d'une constitution peu forte, d'un tempérament lymphatique nerveux, était atteint depuis plus de cinq ans d'une ankylose de la hanche gauche, lorsque j'entrepris son traitement le 20 septembre 1848. Voici sommairement l'histoire de ce malade.

Dès l'âge de dix ans il avait éprouvé un peu de gêne dans les mouvements de l'articulation coxo-fémorale gauche, ainsi que des douleurs passagères, que l'on combattait avec des vésicatoires volants et des frictions camphrées. Deux ans après, la maladie s'aggrava; la marche devint impossible, et le jeune Courtet fut obligé de garder le lit. Il y resta trois mois consécutifs, couché sur le côté sain, les deux membres inférieurs fléchis et la jambe gauche croisant la jambe droite, sur laquelle elle reposait. Le traitement consista spécialement dans l'application de cautères autour du grand trochanter. Pendant ces trois mois de repos, la cuisse se fixa dans la position fléchie. Dès lors la marche ne put plus s'effectuer qu'avec l'aide de deux béquilles, et la pointe du pied seulement touchait le sol.

A cette époque, au commencement de l'été 1842, le malade fut présenté à un rebouteur qui imprima des mouvements violents à la cuisse. Ces mouvements rendirent un peu de mobilité à la jointure; mais l'inflammation dont elle était le siége continuant à faire des progrès, un abcès s'ouvrit sur la face antérieure de la cuisse, à 12 centimètres environ de l'épine iliaque. Cet abcès suppura pendant plus de deux ans, et ne se tarit qu'après deux saisons passées aux eaux d'Aix. La flexion de la cuisse devint encore plus prononcée, et telle que, dans la marche, le malade était obligé, pour appuyer l'extrémité antérieure du pied sur le sol, d'avoir une chaussure dont la semelle avait 10 centimètres d'épaisseur. La jointure était en outre le siége de douleurs qui rendaient l'exercice de la marche souvent très-pénible. Pour ces raisons, le malade se décida à tenter un traitement curatif. Au moment où il fut soumis à mon observation, il présentait l'état suivant :

La cuisse gauche était fléchie à angle droit sur le bassin; le membre inférieur de ce côté était de 25 centimètres plus court que celui du côté opposé. Ce raccourcissement était dû à plusieurs ordres de causes : à l'atrophie des os, à l'inclinaison du bassin du côté droit, à un certain degré de déplacement de la tête du fémur en haut et en arrière, et enfin à la flexion de la cuisse. La différence de longueur qui résultait de l'atrophie des os était de 4 centimètres; celle qui était due à l'inclinaison du bassin était de 3 centimètres, et celle qui était produite par l'élévation du grand trochanter était de 4 centimètres. Le bassin était fortement incliné en avant; il en résultait une saillie considérable du sacrum en arrière et une dépression profonde à la région lombaire.

J'ai dit que le grand trochanter était plus haut que celui du côt[illegible]sé de 4 centimètres. Ce déplacement me parut être le résultat de l'agrandissement du haut de la cavité cotyloïde et de la déformation de la tête du fémur; il n'était pas le symptôme d'une luxation proprement dite. En même temps que la cuisse était fléchie à angle droit sur le bassin, elle était portée dans l'adduction, ainsi que dans la rotation en dedans. Autour de l'articulation, les parties molles étaient indurées et présentaient les caractères des tissus lardacés consécutifs aux inflammations chroniques; on ne sentait pas de fluctuation, mais le malade se plaignait de douleurs siégeant profondément au niveau de l'articulation. Les muscles qui entouraient la jointure étaient tendus et comme rétractés, spécialement en dedans et en avant. Les mouvements entre le fémur et le bassin étaient nuls; il y avait ankylose fibreuse complète.

L'espoir de diminuer les souffrances du malade en ramenant la cuisse dans une meilleure position, et de rendre l'exercice de la marche plus praticable en allongeant le membre, me déterminèrent à pratiquer la rupture de cette ankylose.

Le 21 septembre 1848, je fis, suivant les procédés que j'ai décrits, la section des fléchisseurs, c'est-à-dire du couturier, du jambier antérieur, de l'iléo-aponévrotique et d'une portion antérieure du moyen fessier; je fis également, et avec les mêmes précautions, la section des adducteurs. Un épanchement assez considérable de sang se fit sous la peau, à la partie supérieure de la cuisse; néanmoins je profitai du sommeil dans lequel le malade était plongé, sous l'influence du chloroforme, pour imprimer à la cuisse des mouvements forcés destinés à rompre les adhérences qui s'opposaient au redressement. Des mouvements de flexion furent d'abord exécutés, et à ceux-ci succédèrent des mouvements d'extension et d'abduction. Le résultat de ces manœuvres fut de produire des craquements, et à la suite de ceux-ci une mobilité parfaitement appréciable entre le fémur et le bassin. Le jour même de l'opération, on constata un allongement de 10 centimètres.

Pendant la première semaine, on ne fit usage d'aucun appareil de redressement. Le malade resta dans son lit, couché sur le dos, la cuisse supportée par des coussins. Les douleurs consécutives à l'opération eurent peu d'intensité; les sections sous-cutanées ne donnèrent lieu à aucune inflammation. Le malade se plaignait seulement d'un sentiment de fourmillement à la partie supérieure et antérieure de la cuisse; la peau de cette région était en outre dépourvue de sensibilité. Ceci était le résultat de la section de quelques filets nerveux. La sensation de fourmillement douloureux dura une huitaine de jours; l'insensibilité de la peau persista.

Le 28 septembre, on commença à imprimer à la cuisse des mouvements à l'aide d'un appareil que le malade mettait en jeu lui-même (1). Les mouvements de flexion et d'extension s'exécutaient dans l'étendue de plus d'un huitième de cercle. Les mouvements d'abduction étaient à peine perceptibles. L'emploi de cet appareil n'occasionnait pas de douleurs.

Le 3 octobre, on commença à faire des tractions sur la jambe gauche, dans le but de faire cesser l'inclinaison du bassin et la flexion du membre inférieur. L'extension était pratiquée chaque matin pendant une heure, et les mouvements étaient exercés pendant le même espace de temps dans le cours de la journée. Le même appareil servait dans les deux cas.

Ce traitement avait produit, après six semaines, le résultat suivant : la cuisse était toujours portée dans l'adduction, mais beaucoup moins qu'au début. Le redressement était tel que la différence entre les deux membres inférieurs n'était plus que de 7 centimètres, c'est-à-dire qu'en éliminant les 4 centimètres résultant de l'atrophie des os, la différence n'était plus que de 3 centimètres. Le malade, en marchant, appuyait sur le sol la moitié antérieure du pied. Les mouvements de l'articulation étaient peu étendus; ils n'avaient lieu que dans le sens de la flexion et de l'extension.

Cependant les douleurs dont l'articulation était le siége avant l'opération se firent sentir avec plus d'intensité pendant l'hiver; un abcès se forma en dedans de la cuisse, et au commencement de 1849 des ouvertures fistuleuses se firent en avant et en dehors du grand trochanter. Cette suppuration, dont la cause était préexistante à la rupture de l'ankylose, ne permit pas de continuer le traitement mécanique, et la cuisse se fléchit de nouveau. Le malade alla aux eaux sulfureuses d'Aix (en Savoie) pendant l'été; la suppuration se tarit peu à peu, et cessa complétement au mois de novembre 1849.

A cette époque, la flexion de la cuisse s'était reproduite presque aussi prononcée qu'avant le traitement. La mobilité de l'articulation n'était pas d'ailleurs entièrement perdue. Le malade, en marchant, appuyait l'extrémité antérieure du pied sur le sol sans avoir besoin d'une chaussure spéciale; mais l'appui d'une béquille et d'une canne lui étaient nécessaires.

J'ai pratiqué sur un autre malade, jeune enfant âgé de 8 ans, la section

(1) Voir, pour la description de cet appareil, mon MÉMOIRE SUR LES APPAREILS DE MOUVEMENT. (GAZETTE MÉDICALE DE PARIS, 1848, p. 951.)

On voit au museo Borbonico une quantité de médailles en terre cuite et en os, trouvées dans les lupanars de Pompéia. Une fresque a mis sur la voie de la découverte de leur usage : c'étaient des cachets d'entrée dans les maisons publiques. On pense qu'on prenait des abonnements au lupanar, comme aujourd'hui au bain.

Ce serait une étude bien curieuse et bien instructive que celle, non pas des inscriptions gravées, mais écrites sur les murs, sous l'impression du moment, avec de la craie, un clou, la pointe d'un couteau. On saisirait ainsi les actualités, les mœurs sur le fait. En voici quelques exemples ayant rapport à l'étude qui nous occupe.

Ici ce sont trois soldats qui ont écrit leurs noms sur le mur d'un lupanar, avec indication du prix : 5 as pour chacun.

Là c'est une inscription que nous ne pourrions rapporter en français; mais il est reçu qu'en latin on a la permission de tout écrire. D'ailleurs le mot le plus choquant se lit journellement dans Horace :

> Hic ego nunc foului formosâ formâ puellam, à moltis decantatam; sed lutus intus erat.

Dans ces temps étranges, il se trouvait pourtant des gens qui protestaient contre la trop grande liberté accordée à la prostitution, et contre la place qu'on lui laissait occuper près des professions honorables. L'inscription suivante en fait foi :

« Julia Felix, fille de Spurius, propose à loyer, du 1er au 6 des ides d'août, un appartement de bains, un venereum, neuf cents boutiques et étaux, pour cinq années continues, sous condition que si on y établit un lupanar, le bail sera résilié. »

Ces conditions sont stipulées par lettres initiales seulement, ce qui prouve que cette formule était fréquemment employée et bien connue de tous.

FÉLIX JACQUOT.

— La GAZETTE MÉDICALE, dans une intention toute bienveillante, a signalé à M. Sédillot des réclamations de priorité qui s'étaient élevées, dans les journaux de médecine anglais, au sujet du procédé de staphyloraphie qu'il a fait dernièrement connaître. Le savant professeur de Strasbourg nous écrit qu'il a répondu à ces réclamations de manière à leur ôter tout espèce de fondement. Nous n'aurions qu'à féliciter notre confrère, si, au lieu de mettre ou de donte la bienveillance sinon l'équité de la GAZETTE MÉDICALE à son endroit — ce dont un peu de mémoire l'aurait dispensé — il nous avait mis à même de reproduire les justifications qu'il a adressées aux journaux de médecine anglais : des preuves valent toujours mieux que de la mauvaise humeur.

— Le courrier ordinaire d'Alger nous apprend que le choléra a reparu sur la côte d'Afrique. A Tunis, où il sévit avec intensité, il a enlevé en un seul jour jusqu'à 150 personnes. Un bateau de la compagnie Bazin-Périer, qui fait le service de Tunis à Marseille, a perdu trois passagers dans la traversée de Tunis à Bone, où la libre pratique lui a été interdite. Les personnes qu'il avait à débarquer ont été admises cependant à prendre terre, et on les a internées au fort Génois, autour duquel on a immédiatement établi un cordon sanitaire.

simultanée des fléchisseurs et des abducteurs. Dans ce cas, il y avait allongement du côté malade; l'ankylose n'était pas complète, mais les mouvements étaient très-limités. Les suites de l'opération ont eu toute la simplicité de celles qui sont propres aux plaies sous-cutanées, même les plus étendues. Après les sections musculaires et la rupture des adhérences par des mouvements imprimés à la jointure pendant le sommeil provoqué par le chloroforme, le redressement s'est opéré d'une manière progressive; l'épine iliaque a repris son niveau, et l'allongement, qui était de 4 à 5 centimètres depuis plus de sept mois, a disparu vers la troisième semaine, sans que l'on ait eu besoin de recourir à aucun appareil. Satisfait du résultat obtenu, je permis à l'enfant de retourner dans sa famille cinq semaines après l'opération. Il ne fut point surveillé, et deux mois après, on me le ramena dans une position exactement inverse à celle qui avait précédé l'opération. Le membre, au lieu d'être plus long de 4 centimètres, était plus court d'une quantité égale; au lieu d'être dans l'abduction, il était dans l'adduction. En un mot, il s'était fait là ce qui arrive dans l'opération du strabisme lorsque l'œil, d'abord entraîné en dedans, se porte définitivement en dehors. Cet accident n'aurait pas eu lieu si l'enfant était resté sous mes yeux, et s'il avait été placé dans mon grand appareil d'immobilisation après que l'inégalité de longueur avait été obtenue.

Les deux faits qui viennent d'être cités ont donc cela de commun que la cure définitive n'a pas été obtenue; mais, comme je le disais en commençant, la méthode a été innocente dans ses suites, et pendant plus d'un mois et demi ou a vu les choses suivre la marche la plus favorable qu'on pût espérer. Plus tard, soit par la négligence de quelques précautions, comme dans le second cas, soit par suite du développement naturel d'un abcès profond que nous ne pouvions arrêter dans son cours, comme dans le premier cas, l'amélioration primitivement obtenue n'a pas été durable. Mais que l'on rencontre des occasions favorables, par exemple des ankyloses de la hanche chez les hommes bien constitués, survenues à la suite de rhumatismes aigus et analogues à celles des malades opérés au genou par MM. Palasciano et Bonchacourt, et l'on obtiendra sans doute les résultats les plus satisfaisants.

La rupture de l'ankylose de la hanche, combinée avec des sections sous-cutanées, sera jugée bien préférable à la méthode de Barton (de Philadelphie), que l'on n'a pas craint d'employer encore il y a une ou deux années. On sait que cette méthode consiste dans la section du col du fémur à travers une large incision faite aux parties molles.

Elle produit donc une fracture de cuisse avec plaie pénétrante jusqu'aux os, c'est-à-dire une lésion extrêmement grave qui met en danger la vie des malades, et dont le moindre inconvénient est d'exposer à une fausse articulation.

Mais, je le répète, pour juger la méthode que je propose, il faut trouver des cas où la nature des lésions et la constitution des sujets présentent des conditions favorables. A la hanche, encore plus qu'au genou, un a besoin de ces avantages pour réussir; car, toutes choses égales d'ailleurs, les difficultés du traitement y sont beaucoup plus grandes.

IV. RUPTURE DE L'ANKYLOSE DES ARTICULATIONS DU PIED.

On peut avoir à rompre l'ankylose de l'articulation tibio-tarsienne dans les pieds équins, maintenus par des adhérences solides entre le tibia et l'astragale. Ces ruptures sont surtout indiquées à la suite d'une longue immobilité ou d'inflammations aiguës et de tumeurs blanches guéries pendant que le pied était fixé dans une extension permanente.

L'ankylose peut s'étendre à toutes les articulations de l'astragale, par conséquent à celles qui l'unissent avec le tibia, le calcanéum et le scaphoïde. On observe ces adhérences multipliées dans les pieds-bots varus équins des adultes. On sait en effet que, lorsque ces déformations sont très-anciennes, les surfaces articulaires qui pressent les unes contre les autres s'absorbent, deviennent inégales, offrent des saillies et des enfoncements reçus les uns dans les autres, et peuvent être unies par des tissus fibreux.

Même observation pour les pieds valgus datant d'un grand nombre d'années, surtout lorsque leur formation a été accompagnée d'une inflammation adhésive des articulations du tarse.

Dans tous ces cas, il ne suffit pas, pour remédier à la difformité, de faire des sections sous-cutanées et d'employer des appareils convenables; la rupture de l'ankylose est indispensable pour que l'on puisse rétablir les rapports naturels des surfaces articulaires.

Les *procédés* à suivre dans ces ruptures sont, comme ailleurs, des mouvements imprimés avec force à toutes les jointures ankylosées, pendant que le malade est plongé dans le sommeil produit par l'éther. Ces mouvements doivent être faits alternativement en divers sens; mais on doit débuter par l'exagération de la difformité qu'on veut détruire. On transporte ainsi au pied la méthode de M. Dieffenbach pour le genou, et de même que cet auteur exagère la flexion de la jambe avant de l'étendre sur la cuisse, de même on augmente l'extension du pied avant de le fléchir. On exagère également l'adduction de l'avant-pied dans le varus, et ou le porte ensuite énergiquement en dehors. Les craquements que l'on entend dans les jointures, et la possibilité d'obtenir un redressement partiel, prouvent que le but qu'on se propose a été atteint.

Si les tendons sont rétractés, on fait précéder la rupture des sections sous-cutanées convenables.

L'inflammation aiguë qui est la suite nécessaire de ces violences nécessite pendant une semaine ou deux le repos du pied dans une gouttière convenable. Lorsque les douleurs, suite de l'opération, sont dissipées, on s'occupe de compléter le redressement et de rendre au pied sa mobilité, à l'aide des appareils de redressement, du massage et des mouvements imprimés, soit avec les mains, soit à l'aide de mécanismes particuliers.

Voici les deux cas les plus remarquables dans lesquels cette combinaison de moyens a été mise en usage.

J'ai cité dans mon MÉMOIRE SUR LES APPAREILS DE MOUVEMENT (GAZ. MÉD., p. 676) l'observation d'un homme qui avait un pied plat valgus douloureux survenu à la suite d'une entorse. Chez cet homme, une amélioration notable dans la plupart des éléments de la maladie fut le résultat d'un traitement de cinq mois, qui consista spécialement en des sections tendineuses multiples et dans l'emploi des appareils de mouvement. Cependant le malade, ainsi que je le faisais remarquer, ne pouvait marcher qu'avec l'aide d'une béquille; le pied était encore porté en dehors; l'articulation tibio-tarsienne était immobile, et les mouvements d'adduction de la totalité du pied étaient nuls.

Cet homme est rentré dans mon service au commencement de décembre 1849. Voyant que les mouvements gradués produits à l'aide des appareils étaient insuffisants, j'éthérisai le malade, et pendant le sommeil j'imprimai au pied des mouvements de flexion, et je le portai en dedans, de manière à rompre les adhérences qui s'opposaient au redressement. Cette espèce d'entorse artificielle produisit, pendant les jours suivants, du gonflement et de la douleur; mais quand ces symptômes furent dissipés, on vit que le pied était plus droit et avait beaucoup plus de souplesse. Huit jours après le malade a repris l'usage des appareils de mouvement qu'il continue encore. Actuellement, après deux mois de ce nouveau traitement, il peut faire le tour de la salle en marchant sans aucun appui.

Le cas où la combinaison des mouvements forcés et des sections tendineuses a été pour moi de l'utilité la plus frappante, est celui d'un pied-bot varus équin chez un jeune homme de 23 ans. La maladie datait de plus de quinze ans, elle existait au plus haut degré. Dans la marche, le pied [illegible]ait sur le sol par son bord externe et par une portion de sa face antérieure. La jambe se fléchissait et le genou se portait en dedans à chaque pas que faisait le malade, ce qui donnait à sa démarche peu de solidité et une difformité choquante; le membre inférieur droit était très-atrophié. Le 10 novembre 1849, le malade étant éthérisé, je fis la section du tendon d'Achille, des jambiers postérieur et antérieur et de l'aponévrose plantaire; j'imprimai en outre au pied quelques mouvements forcés pour rompre les adhérences qui retenaient les os dans leur position anormale. Je plaçai ensuite le membre dans une gouttière droite où il était maintenu avec des courroies. Des coussins étaient disposés de manière à ramener autant que possible le pied dans une bonne direction. Les suites de l'opération furent des plus simples; après huit jours le malade commença l'emploi de mes divers appareils de mouvement pour le pied et spécialement de celui à l'aide duquel on produit les mouvements d'adduction et d'abduction de la totalité du pied (1).

Un mois après les sections tendineuses, j'endormis de nouveau le malade, et pendant son sommeil je produisis une seconde fois des mouvements forcés dans le but de rompre les adhérences fibreuses qui étaient une des causes qui s'opposaient à ce que le pied ne reprît sa rectitude. Des craquements nombreux et un redressement notable du pied montrèrent que cette rupture avait eu lieu.

Les jours suivants, il y eut du gonflement, de la douleur et des ecchymoses; néanmoins, après une semaine, le malade put se remettre à marcher et reprendre l'exercice des mouvements à l'aide des appareils.

Aujourd'hui, après trois mois de traitement, le résultat dépasse tout ce que l'on pouvait espérer. La plante du pied repose entièrement sur le sol pendant la marche, et celle-ci s'exécute sans douleur et sans fatigue. Le pied est encore déformé sans doute; mais il est certain que quelques mois de l'exercice des mouvements lui rendront toute la souplesse et toute la rectitude qu'il est possible d'obtenir.

Je ne crains pas d'avancer que dans un cas rendu si difficile par l'étendue de la difformité, l'ancienneté des lésions et l'âge du malade, la combinaison des divers moyens que j'ai employés était indispensable pour obtenir la guérison.

(1) GAZ. MÉD., 1849, p. 660.

ANKYLOSE DU COUDE.

Dans l'ankylose du coude, on peut employer les mouvements doux et gradués, et la fixation alternative du membre dans les diverses positions où il peut être ramené. Cette méthode est la seule que j'aie mise en usage dans les ankyloses incomplètes sans luxation. J'en ai traité avec détail dans mon mémoire sur les appareils de mouvements; je ne crois pas devoir y revenir.

Les succès que j'ai obtenus des mouvements graduels tiennent sans doute à ce qu'il est plus facile au coude qu'au genou et à la hanche de fixer l'un des os et de faire mouvoir les autres.

Cette heureuse disposition m'a enlevé l'occasion de pratiquer fréquemment la rupture de l'ankylose du coude dans les cas où les os ont conservé leurs rapports naturels.

Obs. — Le seul cas de ce genre que j'aie opéré est celui d'un homme vigoureux, âgé de 36 ans, dont le coude droit s'était ankylosé à la suite d'une lésion traumatique. L'accident avait eu lieu au mois de juillet 1848. Une roue de charrette avait passé sur l'avant-bras et déchiré profondément les muscles au niveau du pli du bras, ainsi que la face antérieure de l'avant-bras. Cette blessure retint le malade pendant trois mois à l'hôpital d'Aix en Provence. Au bout de ce temps la plaie était cicatrisée, mais les mouvements du coude étaient impossibles, et le malade ne pouvait se servir de son bras droit. On lui fit prendre alors des bains dans des décoctions émollientes et des douches de vapeurs. Ces moyens calmèrent les douleurs, mais ne rendirent pas les mouvements plus faciles. Lorsque le malade entra dans mon service le 20 octobre 1848, l'avant-bras, placé dans une position moyenne entre la pronation et la supination, était plié sur le bras, et formait avec celui-ci un angle de 110 degrés environ. Les mouvements spontanés étaient nuls; lorsque l'on essayait de faire mouvoir l'avant-bras, on voyait que l'ankylose n'était pas complète, mais les mouvements étaient très-limités, l'articulation ne paraissait être le siége d'aucun travail inflammatoire. Des cicatrices dures et profondes entouraient le pli du coude de brides fibreuses, mais n'adhéraient aux os qu'au côté externe. Le membre supérieur droit était toujours très-faible et impropre à toute espèce de travail. La rupture des adhérences et l'exercice des mouvements me parurent être les seules indications à remplir.

Le 5 décembre, le malade ayant été endormi par le chloroforme, j'imprimai à l'avant-bras des mouvements de flexion et d'extension, ainsi que des mouvements de rotation. Quelques craquements qui annonçaient la rupture des adhérences se firent entendre dans les premiers moments, mais on n'eut pas la sensation de crépitation qui est l'indice de l'ulcération des cartilages. Il fut assez facile d'ailleurs de fléchir l'avant-bras et de lui imprimer des mouvements de rotation presque aussi étendus que dans l'état normal. Ces mouvements ne furent suivis que d'une douleur et d'un gonflement de peu de durée.

Le 12 décembre le malade commença l'usage des mouvements artificiels. Pour exercer ceux de flexion et d'extension, il se servait d'un appareil très-simple. Son bras était maintenu immobile au moyen d'un bracelet solide fixé à l'une des colonnes du lit, et saisissant l'extrémité inférieure de l'avant-bras avec la main du côté opposé, il laissait mouvoir l'articulation enroidie. Pour les mouvements de rotation, on mit en usage l'appareil qui est figuré dans la Gazette Médicale (1849, p. 698). Soit que cela tînt au peu de zèle du malade ou à la rigidité des tissus, l'usage des appareils ne produisit pendant un mois qu'une amélioration peu marquée dans l'étendue des mouvements.

Le 13 janvier 1849, j'imprimai de nouveau des mouvements forcés pendant que le malade était plongé dans le sommeil par le chloroforme. Six jours après on reprit l'usage des appareils de mouvement. La pronation et la supination se rétablirent assez bien, mais les mouvements de flexion étaient toujours très-limités. Pour les rendre plus faciles, j'eus l'idée de couper le triceps par une incision sous-cutanée. Je pratiquai cette opération le 2 février. Pour me mettre à l'abri de la lésion du nerf cubital, je plaçai l'extrémité du doigt indicateur gauche sur le trajet de ce nerf, entre le bord interne de l'olécrâne et l'épitrochlée; j'introduisis le ténotome au côté externe, à 2 centim. au-dessus de l'olécrâne, et je glissai la lame sous la peau jusqu'à ce que la pointe fût au niveau du doigt indicateur gauche qui servait de point de repère. Je fis ensuite la section du muscle comme on pratique les opérations du même genre; l'écartement des deux bouts montra que cette section avait été complète. Les suites de l'opération furent des plus simples, mais le résultat définitif de la section fut peu important.

Quand le malade demanda à quitter l'Hôtel-Dieu, le 14 février, son bras avait acquis de la force, et il pouvait s'en servir pour les usages ordinaires de la vie, ainsi que pour porter des fardeaux d'un poids assez fort. La main pouvait être portée aisément dans la pronation complète; le mouvement de supination était limité aux deux tiers de son étendue normale. La flexion et l'extension s'exécutaient dans l'étendue de 25 à 30 degrés.

La résistance opposée par les cicatrices a empêché que, dans ce cas, la rupture de l'ankylose ait été suivie du rétablissement complet des mouvements. Néanmoins le traitement a eu un résultat important, celui de rendre au membre la force et la souplesse nécessaires pour que le malade pût reprendre son travail. Ce résultat n'avait pu être obtenu par les remèdes ordinaires, et il n'est pas douteux que sans les moyens mis en usage les fonctions du bras droit ne se seraient rétablies que d'une manière très-lente et très-imparfaite.

Lorsque le coude est luxé en arrière, et qu'il s'est développé une inflammation pseudo-membraneuse avec formation d'adhérences, la rupture de ces adhérences est indispensable à la réduction; sans doute si l'on a réussi dans quelques circonstances, en se bornant aux tractions que nécessitent le replacement des os dans leur position normale, c'est que ces tractions sont suffisantes dans quelques cas, pour rompre les adhérences.

Mais évidemment si, dans une luxation du coude en arrière, on veut rompre une ankylose, ce n'est pas en cherchant à allonger le membre que l'on atteindra le plus aisément le but proposé, car tous les muscles s'opposent à l'extension que l'on veut opérer. Des mouvements de latéralité sont préférables à tous égards, les muscles ne s'y opposent point, et toute la résistance provient des adhérences elles-mêmes.

On peut faire exécuter ces mouvements en saisissant les parties contiguës du bras on de l'avant-bras, et en faisant mouvoir latéralement et avec force ces deux parties en sens inverse. Après quelques efforts, on sent des craquements qui prouvent que la rupture a eu lieu. Des tractions exécutées ensuite dans la direction convenable et avec l'énergie nécessaire permettent d'obtenir la réduction presque aussi aisément que s'il s'agissait d'une luxation récente.

J'ai pratiqué cinq fois des ruptures d'ankylose coïncidant avec des luxations anciennes du coude. Dans ces cas, les accidents se sont bornés à une inflammation qui s'est dissipée après quelques jours, à l'aide de quelques répercussifs. Au bout de deux ou trois semaines, j'ai commencé l'usage des appareils de mouvement qui ont été, à partir de cette époque, employés chaque jour, pendant deux ou trois mois. Trois fois une mobilité, sinon complète, au moins suffisante pour les usages habituels du bras, a été obtenue. Deux fois cette mobilité n'a pu être rétablie.

Je pense que l'on pourrait réussir presque constamment et éviter les insuccès analogues à ceux que je signale; il faudrait pour cela employer un appareil de mouvement un peu différent de celui qui a été décrit et figuré dans la Gazette Médicale, 1848, p. 887.

Dans cet appareil, le plan que forment l'avant-bras et le bras fléchis l'un sur l'autre est vertical; j'ai reconnu que pour placer dans cette position le membre supérieur, le malade est conduit à porter son avant-bras dans l'abduction. Si cet effort s'exerce sur un coude dont tous les ligaments ont été récemment rompus, il y a tendance à une luxation de l'avant-bras en dehors, et celui-ci arrive à former avec le bras un angle obtus ouvert en dehors. J'ai reconnu ce funeste déplacement chez une de mes malades, quatre mois après la réduction de la luxation en arrière. J'ai été obligé au bout de ce temps, soit pour faire cesser les douleurs que ressentait la malade, soit pour rétablir les rapports des os, de faire une seconde réduction pendant le sommeil produit par le chloroforme. J'ai employé plus tard un appareil de mouvement dans lequel l'avant-bras fléchi, au lieu d'être vertical, était incliné en dedans de manière à former un angle de 45 degrés avec le plan horizontal sur lequel était appuyé le coude. Grâce à l'usage de cet appareil modifié, la mobilité de l'articulation a été rétablie et la guérison a été complète.

V. RUPTURE DE L'ANKYLOSE DE L'ÉPAULE ET DU POIGNET.

Je réunis dans un même article ce qui a rapport à la rupture de l'ankylose de l'épaule, et à la rupture de l'ankylose du poignet, parce que je n'ai à présenter sur ce sujet ni des considérations étendues, ni des faits nombreux. Les cas d'ankylose de l'épaule que j'ai eu à traiter étaient des ankyloses fibreuses incomplètes, consécutives à des inflammations rhumatismales. Le bras appliqué sur les côtés du tronc ne pouvait en être écarté. Dans ces deux cas, qui ont été rapportés avec détail dans mon mémoire sur les appareils de mouvement (1), le traitement a consisté dans la rupture des adhérences par des mouvements forcés imprimés à l'articulation pendant que les malades étaient éthérisés, et dans l'emploi des appareils de mouvement. Pour rompre les adhérences, j'ai fait maintenir l'omoplate par des aides, et j'ai imprimé à l'humérus des mouvements d'élévation ainsi que des mouvements de latéralité. Pendant les quatre ou cinq jours suivants, il y a eu de la douleur et du gonflement; mais ces symptômes passagers une fois dissipés, le résultat définitif a toujours été une grande amélioration sous le rapport de l'étendue des mouvements et de la facilité que les malades avaient à se servir de leur bras.

Dans le mémoire (2) se trouve aussi l'histoire d'un malade dont le poignet et les doigts furent soumis à des mouvements forcés pendant le sommeil produit par l'éthérisation. Il s'agissait d'une tumeur fongueuse de l'articulation radio-carpienne datant de six ans. Les mouvements que j'imprimai aux jointures avaient pour but de faire cesser la pronation exagérée dans laquelle la main était fixée, et de donner de la souplesse aux doigts enroidis par une longue immobilité. Ces manœuvres, associées avec l'usage

(1) Gaz. Méd., 1849, p. 637 et 638.
(2) Gaz. Méd., 1849, p. 699.

des appareils de mouvement ont eu pour résultat de rendre de la mobilité aux doigts dans leur articulation métacarpienne, et de permettre à la main de se porter dans une position moyenne entre la pronation et la supination. Dans ce cas, d'ailleurs, l'articulation radio-carpienne était tellement altérée qu'on ne pouvait guère espérer d'y rétablir la mobilité. Après avoir fait cesser la position vicieuse de la main et avoir reconnu l'impossibilité de rendre à la jointure malade ses mouvements, j'entourai le poignet d'un bracelet solide qui maintenait l'articulation radio-carpienne dans l'immobilité. Avec cette sorte de tuteur, le malade pouvait se servir de sa main beaucoup mieux que lorsque le poignet n'était pas soutenu. Je ne sais pas si l'usage de ce bracelet a été continué pendant longtemps et quels ont été les résultats définitifs de son emploi; mais je pense qu'aux poignets comme aux autres jointures les appareils qui fixent dans une bonne position leur articulation, dont on ne peut rétablir la mobilité, doivent faire cesser la douleur et l'inflammation qui sont la conséquence d'une mauvaise position et hâter la formation de l'ankylose, seul mode de guérison possible quand les surfaces articulaires sont profondément altérées.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES.

L'ensemble des faits que renferme ce mémoire contribuera sans doute à faire revenir les praticiens sur la proscription généralement admise de la rupture de l'ankylose. Cependant ces faits auraient paru beaucoup plus probants, si je me fusse borné à rapporter ceux en petit nombre dans lesquels ont été prises toutes les précautions qui peuvent assurer le succès de la méthode, et dans lesquels un tribut plus ou moins large n'a pas été payé aux difficultés d'un début.

L'histoire de mademoiselle K..., opérée d'une ankylose du genou avec tumeur blanche, luxation et flexion à angle aigu de la jambe, donne une idée de tout ce que l'on peut attendre de la méthode convenablement appliquée. Sans doute, en faisant les sections musculaires avec toutes les précautions qui ont été prises chez elle, en laissant reposer le membre, immédiatement après la rupture, dans une gouttière fléchie que l'on n'étend que lorsque l'inflammation consécutive à l'opération est calmée, et en facilitant la marche avec une gouttière portative, on obtiendra habituellement les résultats qui, chez elle, ont couronné nos efforts. On peut même espérer qu'en se servant, dans ces cas, des membres artificiels de M. Martin, qui, prenant leur point d'appui sur l'ischion, préviennent la pression des surfaces articulaires, et en les combinant avec la gouttière portative, on permettra beaucoup plus promptement au malade de se passer de béquilles.

Des tuteurs analogues, appliqués à la hanche après la rupture de l'ankylose, contribueront aussi à maintenir le redressement et à faciliter la marche.

Je suis donc convaincu que les résultats qui seront observés à l'avenir seront d'autant plus supérieurs à ceux que j'ai vus jusqu'à présent, que les procédés dont on peut disposer sont supérieurs eux-mêmes à la plupart de ceux que j'ai mis en pratique chez quelques-uns de mes malades.

Ainsi perfectionnée, la rupture de l'ankylose prendra le rang important qu'elle doit avoir dans la thérapeutique des maladies articulaires comme moyen d'améliorer les conditions anatomiques, et de faciliter les fonctions des jointures.

Quelle que soit la nature des lésions dont celles-ci sont affectées, il faut autant que possible ramener les os dans une direction et dans des rapports convenables. Lorsque les adhérences qui les unissent ont acquis de la solidité, la rupture permet seule de remplir cet ordre d'indications; elle est donc complémentaire des méthodes qui sont généralement usitées pour le redressement des membres, telles que l'emploi des appareils et les sections sous-cutanées. Sans elle, on reste impuissant en présence d'un grand nombre de difformités; à son aide, et par sa combinaison avec les autres moyens connus, il est peu d'indications du traitement anatomique que l'on ne puisse remplir.

Cependant, après avoir rendu à une articulation la direction et les rapports que doivent avoir les pièces qui la composent, il faut lui rendre ses fonctions, du moins celles qui sont compatibles avec sa structure.

Le redressement du membre, consécutif à cette rupture peut faciliter l'exercice d'une partie de ces fonctions, concourir, par exemple, à rendre la marche plus assurée et plus facile. Enfin, dans les cas où les surfaces articulaires ne sont point trop déformées, la destruction des adhérences peut rendre, en partie du moins, la mobilité perdue, si on la fait suivre de l'usage des mouvements artificiels.

La rupture de l'ankylose est donc un complément indispensable des traitements qui ont pour but de rendre aux articulations leurs dispositions anatomiques, ainsi que leurs usages. Or les traitements qui atteignent ce but forment la partie essentielle de la thérapeutique locale des maladies des jointures. Tous ceux qui ont étudié ces questions savent que ce n'est pas dans des frictions, des pommades, des cataplasmes, des moxas et des cautères que l'on peut trouver une médication suffisante. Les méthodes les plus utiles sont celles qui agissent directement sur la structure et sur la fonction. Ce mémoire apporte, comme on vient de le voir, un nouvel élément à la solution de ces difficultés. En le rapprochant du MÉMOIRE SUR LES APPAREILS DE MOUVEMENT, auquel j'ai consacré, l'année dernière, un travail étendu dans ce journal, on voit quelle puissance nouvelle l'art possède aujourd'hui, soit qu'il s'agisse de remédier à des difformités, de faciliter la marche ou de rendre aux jointures leurs mouvements perdus. On comprend sans peine que si l'on joint à ces moyens locaux ceux qui détruisent les causes internes, agissent sur toute la constitution, et que l'on peut appeler généraux et étiologiques, le traitement des maladies chroniques des jointures, ou si l'on veut des tumeurs blanches, peut être abordé avec une sûreté de méthode et des chances de succès qui doivent en faire une des parties les plus intéressantes et les plus utiles de la thérapeutique.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ITALIENS.

I. ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA.

Les numéros de juillet, août et septembre 1849 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Compte rendu clinique général de 1820 à 1848*; par M. del Chiappa. 2° *Résultats nécroscopiques observés sur les cholériques*; par M. Biaggi. 3° *Sur les quarantaines et sur les réformes à y apporter*; par M. Bo. 4° *Expériences et observations chimico-clinico-zooiatriques comparatives sur la teinture alcoolique d'iode et sur d'autres liquides employés à la cure de l'hydrocèle, de l'hydarthrose, etc.*; par M. Borelli. 5° *Sur l'ongle incarné*; par M. da Caminо. (Observations en faveur de la méthode qui consiste à amincir l'ongle malade, en le râpant.) 6° *Entozoographie humaine*; par M. Dubini.

EXPÉRIENCES ET OBSERVATIONS SUR L'APPLICATION DE LA TEINTURE D'IODE A LA CURE DE L'HYDROCÈLE, DE L'HYDARTHROSE, ETC.; par M. BORELLI.

Faute de pouvoir reproduire *in extenso* les considérations très-développées que M. Borelli présente sur l'application de la teinture d'iode à ces diverses maladies, nous nous bornerons à faire connaître ce qu'il expose dans un tableau général au sujet des indications et surtout de la manière d'administrer cette médication selon les différents cas.

Les injections de teinture d'iode procurent la guérison soit par première, soit par seconde intention. Le premier de ces deux procédés a lieu quand on ne fait qu'une seule injection. Cette méthode convient et suffit dans un ordre bien déterminé de cas, c'est-à-dire toutes les fois que l'épanchement séreux, qui constitue la maladie, a lieu dans une cavité naturelle, qu'elle soit séreuse, synoviale, ou muqueuse. C'est ainsi qu'on obtient la cure de l'ascite, de l'hydrocèle, des *ganglions*, de l'hydarthrose et de la grenouillette.

Si, au contraire, il s'agit d'épanchements séreux développés dans des cavités anormales ou de nouvelle formation, alors l'injection iodée devra être répétée; car elle ne peut, dans ce cas, guérir qu'en provoquant la suppuration. Les maladies qui réclament ce second procédé médicateur sont de deux sortes : 1° les cavités anormales non suppurantes, tels que l'hygroma, l'athérôme, le stéatôme, le méliceris, les hydatides, les tumeurs hématiques; 2° les cavités suppurantes. Dans ce dernier ordre se trouvent les abcès froids ou lymphatiques, les abcès aigus ou subaigus, les fistules simples, ou consécutives à une nécrose.

II. BULLETINO DELLE SCIENZE MEDICHE.

Les numéros d'octobre, novembre et décembre 1849 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Sur la théorie de la médecine*; par M. Copello. 2° *Clinique syphilitique*; par M. Gamberini. 3° *Cure des ulcères chroniques des jambes par les lotions répétées et continuées avec une solution saturée de savon*; par M. Pistochi. 4° *Observation d'ophthalmie contagieuse, et considérations sur ce cas*; par le même.

CLINIQUE SYPHILITIQUE; par M. GAMBERINI.

Sous ce titre, l'auteur aborde, dans une série de lettres adressées à divers confrères, plusieurs questions de syphilis pratique. Sans s'astreindre le moins du monde à faire un cours complet, il s'occupe des points dont la discussion est maintenant le plus en honneur. Il consacre, chemin faisant,

plusieurs lettres à discuter la proposition de M. Diday sur la vaccination antisyphilitique.

L'un des dogmes soutenus par M. Ricord est principalement l'objet de ses attaques : je veux parler de la nature non syphilitique de la blennorrhagie. Pour M. Gamberini, non-seulement la gonorrhée peut donner lieu ultérieurement à des phénomènes de vérole constitutionnelle, mais encore elle est, elle-même, un symptôme de cette affection.

Ainsi il cite, mais très-sommairement, quatorze cas de sujets qui, n'ayant eu qu'une blennorrhagie simple, ont été ensuite affectés d'accidents constitutionnels.

Nous ferons remarquer que, sur 9 de ces 14 cas, des douleurs ostéocopes furent le seul phénomène de syphilis qui se manifesta ; que ces douleurs se produisirent peu de mois après l'apparition de la blennorrhagie, enfin que nul traitement antisyphilitique général n'avait été administré avant les douleurs.

De ces remarques ressortent des doutes très-fondés, selon nous, sur le rapport que M. Gamberini voudrait établir entre la blennorrhagie et les douleurs ostéocopes ; car nous n'observons jamais, surtout quand aucun traitement mercuriel n'a été fait, des symptômes tertiaires venant, sans symptôme secondaire ayant précédé, et venant quelques mois après l'accident primitif.

Quand aux cinq autres observations, s'il fallait croire que nul chancre de la verge n'avait existé antérieurement à l'insu de ces sujets, nous expliquerions volontiers cette anomalie apparente par l'existence d'un chancre urétral comme cause de l'affection que l'auteur appelle *blennorrhagie simple*. En vain, dit-il, pour repousser cette interprétation, qu'aucun de ses malades n'a eu, pendant son écoulement, d'hémorrhagie par l'urètre. Ceci n'infirme point l'explication que nous avançons. Car tous les chancres, que nous sachions, ne s'accompagnent pas nécessairement de saignement.

S'il faut cependant dire toute notre pensée, nous inclinons bien plutôt à croire que les individus dont parle M. Gamberini avaient eu antérieurement, avant leur gonorrhée actuelle, un ou plusieurs chancres, qu'ils avaient à cette époque méconnus, ou dont le souvenir s'était, depuis lors, effacé de leur mémoire. — Pour sortir de doute, il était un moyen, un seul : l'inoculation, pratiquée à temps, du muco-pus blennorrhagique. M. Gamberini, qui est si parfaitement au courant de toutes ces questions, connaît sans contredit la valeur de ce procédé de diagnostic. Pourquoi donc ne l'a-t-il pas employé ?

M. Gamberini s'élève, en second lieu, contre le principe d'après lequel un homme n'aurait qu'une fois, en sa vie, la syphilis constitutionnelle. Ici encore c'est par des observations qu'il prétend infirmer cette doctrine. Voici en quoi consistent ses preuves.

Obs. I. — G. B. eut, en 1832, des chancres de la verge. Un mois après, douleurs ostéocopes ; guérison par les bains de vapeur et les frictions mercurielles. Santé parfaite jusqu'en février 1849. Il contracte alors de nouveaux chancres. En mars 1849, douleurs ostéocopes et périostoses au tibia droit ; mercure et bains de vapeur ; guérison.

Obs. II. — A. B. eut, en 1834, une blennorrhagie. Dans l'automne de 1839, il fut pris de douleurs ostéocopes que le mercure guérit.

En 1845, nouvelle blennorrhagie. Au commencement de 1848, reprise de l'ostéalgie, mais peu grave.

Dans l'automne de 1848, il contracte un ulcère, suivi d'un bubon qui prit bientôt l'aspect syphilitique constitutionnel. On le mit au mercure ; il apparut des ulcères à la gorge. Il fut néanmoins guéri par la continuation des mêmes remèdes.

Obs. III. — G. M. fut affecté, en février 1841, d'ulcères au pénis. Au mois de juillet suivant, il eut une syphilide pustuleuse et des ulcères au gosier. Le mercure le guérit complétement.

En 1848, il contracta des ulcères ainsi qu'une blennorrhagie.

En 1849, il survint des douleurs ostéocopes, que le mercure et les bains de vapeur firent disparaître.

Obs. IV. — R. P. eut, en 1835, des ulcères primitifs au gland, puis bientôt après des ulcères au gosier, que le traitement de Dzondi guérit.

En 1845, il prit de nouveau des chancres.

En 1848, il fut atteint d'ostéalgie, qui fut traitée et guérie par le mercure.

— En publiant ces quatre cas (les seuls que M. Gamberini ait cités), nous avons surtout eu en vue de montrer, par des exemples signés d'un nom recommandable, les méprises que l'on peut commettre en pareille matière. A eux seuls, ces quatre faits semblent effectivement contenir la liste complète des erreurs qu'auront à éviter ceux qui voudront éclairer cette intéressante question par la statistique. Ainsi on y voit :

Un bubon ulcéré pris pour un symptôme de syphilis constitutionnelle.

Des douleurs ostéocopes paraissant un mois après le chancre primitif, sans aucun autre phénomène intermédiaire ou consécutif.

L'apparition de symptômes tertiaires pris pour une nouvelle poussée de syphilis constitutionnelle, c'est-à-dire l'évolution régulière et normale d'une même affection, prise pour deux affections différentes.

De prétendues douleurs ostéocopes données comme seule preuve de l'existence de la syphilis constitutionnelle. — Je dis *prétendues* parce que j'ai des doutes très-sérieux sur la nature réellement syphilitique de douleurs qui succèdent à une blennorrhagie, qui se manifestent *un mois* après l'accident primitif, qui cèdent promptement au mercure !

Traitement des ulcères chroniques des jambes par les lotions répétées avec une solution saturée de savon ; par M. Pistocchi.

Ce traitement contribue beaucoup à déterger et à faire incarner les ulcères sordides et stationnaires. Il est d'une application facile et économique. Du reste, quoiqu'il l'ait vu réussir chez cinq individus dont il cite l'histoire, l'auteur ne le donne ni comme une panacée, ni comme devant à lui seul suffire à toutes les indications. Voici la manière de l'appliquer.

De deux à quatre fois par jour, faites dissoudre du savon dans de l'eau de pluie froide ou à peine tiède, en l'agitant de manière à produire beaucoup d'écume. Ajoutez peu à peu le savon jusqu'à saturation complète. Avec cette eau, lavez l'ulcère pendant dix à vingt minutes ; de temps en temps, faites-y tomber l'eau et la mousse comme une pluie. Essuyez ensuite avec un linge fin, et pansez enfin avec du cérat ou de l'onguent rosat.

III. IL FILIATRE SEBEZIO.

Les numéros d'octobre, novembre et décembre 1849 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Moyens pour se préserver du choléra.* 2° *Plaie pénétrante de la cavité crânienne* ; par M. Spadafora. (Guérison sans trépanation, quoiqu'il y eût fracture et accidents de compression.) 3° *Syphilide guérie par l'iodure de potassium* ; par le même. 4° *Sur l'application du forceps dans les positions diagonales du sommet, compliquées de rétrécissement du bassin* ; par M. Tarsitani. 5° *De la non-contagiosité de la phthisie pulmonaire* ; par M. Dorotea. 6° *D'une ossification de la rate* ; par M. Levante. (La santé la plus parfaite coexistait avec cette lésion dont on n'avait pas soupçonné la présence avant de faire l'autopsie.)

De la non-contagiosité de la phthisie pulmonaire ; par M. Dorotea.

Le préjugé qui regarde la phthisie comme contagieuse a des conséquences affreuses pour les pauvres malades, qu'il prive de soins même à leurs derniers moments. Il en a également pour les survivants, qui peuvent craindre d'avoir contracté cette terrible affection. Ces fâcheux effets furent bien appréciés à Naples, lorsque en 1792 le collége sanitaire des médecins déclara la propriété contagieuse de la phthisie.

C'est donc non-seulement un travail de bon praticien, mais aussi une œuvre de philanthropie, que M. Dorotea a accomplie en réunissant ici tous les arguments propres à réfuter le préjugé populaire si répandu, d'après lequel un phthisique peut transmettre son mal par le contact, par le souffle, par les crachats, les habillements, etc.

A Naples — fait bien vraisemblable pour qui connaît la proverbiale indolence des naturels de ce pays — les domestiques, quand ils sont malades, entrent dans un hôpital où ils reçoivent des soins que sans doute ils ne trouveraient pas ailleurs. Une fois guéris et menacés d'être renvoyés, ils cherchent par tous les moyens possibles à se faire garder le plus longtemps possible ; souvent, dans ce cas, M. Campagnano les a vus se remplir la bouche des crachats qu'un phthisique de la même salle venait d'expectorer. Puis, au moment de la visite et devant le médecin, ils les rendaient après avoir simulé un accès de toux. On ne s'aperçut que très-tard de ce manége. Et cependant, malgré un contact aussi prolongé de la matière qu'on croit servir de véhicule à la contagion, la phthisie, comme le dit M. Dorotea, ne *toucha pas un poil* de ces malheureux.

Les objets d'ameublement et de vêtement n'ont pas davantage le pouvoir de propager médiatement la maladie ; car s'il en était ainsi les cas où elle se transmet seraient bien plus fréquents à la campagne qu'à la ville, puisque à la campagne on connaît à peine les soins de propreté et les procédés de désinfection, si répandus parmi les citadins. Et pourtant il est constant, il est d'observation que la phthisie exerce incomparablement moins de ravages aux champs. L'auteur rappelle à ce sujet que les paysans soignent beaucoup mieux leurs bestiaux malades que leurs parents, même les plus rapprochés.

Si les tubercules pulmonaires jouissent de la propriété de se communiquer par le contact, il n'y a aucune raison pour que les tubercules des autres régions et des autres organes ne partagent pas ce privilége. Or à quelle multitude de phthisies ceci n'ouvrirait-il pas la voie ! On peut dire

que le nombre actuel de ces maladies est bien petit en comparaison de ce qu'il devrait être si une pareille doctrine avait la vérité pour elle.

La phthisie étant très-commune chez les animaux domestiques, et notamment les solipèdes et les ruminants, concevrait-on que le fait de la contagion eût échappé aux paysans qui, par intérêt, portent un si grand soin à tout ce qui regarde leur mortalité?

Si les soins donnés à un phthisique expirant pouvaient développer cette maladie fatale, l'auteur, M. Dorolea, ne serait certes plus, dit-il, de ce monde. En effet, il a prodigué son ministère de médecin et de parent successivement à trois de ses frères et à sa mère qui ont succombé à la phthisie. Il s'est ensuite servi d'un grand nombre des effets qui leur avaient appartenu.

N'en est-il pas de même des infirmiers de l'hôpital qui souvent se couchent dans le lit où des phthisiques ont expiré, et qui cependant ne contractent pas la maladie plus souvent que d'autres.

Un médecin italien, que M. Dorolea ne nomme point, a présenté cette même observation d'une manière encore plus sensible. Il fait remarquer que souvent il est entré dans le grand hôpital des Incurables beaucoup de malades crus phthisiques. On les a placés dans la *salle des phthisiques*. Couchés à côté d'eux, ils ont respiré leurs effluves, se sont servis des mêmes ustensiles qu'eux, et sont cependant sortis guéris. Dans ce cas n'y avait-il pas tout à la fois la plus puissante des prédispositions à la phthisie, c'est-à-dire une maladie grave de poitrine, et l'exposition la plus complète et la plus prolongée à toutes les causes de contagion?

Si l'on voit parfois deux jeunes époux mourir rapidement l'un après l'autre de phthisie, ce n'est pas, comme on le pourrait croire, que la maladie se soit transmise du premier au survivant; c'est parce qu'ils en portaient tous les deux le germe, et que rien, d'après Hippocrate, n'est plus susceptible de le développer que les excès vénériens, sans parler des émotions morales tristes qui se ressentent en pareille circonstance.

IV. IL RACCOGLITORE MEDICO.

Les numéros d'octobre, novembre et décembre 1849 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Courtes considérations sur quelques cas de névralgie et d'état spasmodique*; par M. Fallani. 2° *Céphalée grave et invétérée à accès*; par M. Valorani. 3° *Hémorrhagie revenant par intervalles à la suite de l'extraction d'une dent et guérie par le sulfate de quinine*; par M. Mondoni. 4° *Deux mots sur les fonctions réflexes de la moelle spinale*; par M. Camillo. 5° *Lettre sur le choléra asiatique*; par M. Gamberini Pietro. 6° *Sur la priorité de quelques découvertes ou pratiques chirurgicales et de quelques autres annotations anatomiques*; par M. Bellini. 7° *De la cyrrhose du foie*; par M. Burresi.

COURTES CONSIDÉRATIONS SUR QUELQUES CAS DE NÉVRALGIE ET D'ÉTAT CONVULSIF; par M. FALLANI.

On sait bien que les pertes de sang occasionnent ou favorisent le développement des convulsions. De même l'on connaît les symptômes nerveux si variés et si bizarres qui se produisent chez les chlorotiques. Cependant, malgré ces notions, peut-être trouvera-t-on quelque intérêt dans les considérations suivantes où M. Fallani présente cette question sous un nouveau jour et en vue de nouvelles applications pratiques.

Il est d'observation que certaines femmes, par disposition individuelle ou à la suite de quelques causes spéciales, ont leurs époques menstruelles à la fois plus rapprochées et d'une durée plus longue; ainsi la perte de sang devient beaucoup plus abondante qu'elle ne devrait être. Parmi les incommodités qui résultent de cette manière d'être, on remarque fréquemment un état chlorotique très-léger, lequel influe de diverses manières sur les actions nervoso-musculaires. Tantôt c'est seulement une plus grande mobilité nerveuse, jointe à un peu de lassitude et de palpitation au moindre exercice; ce qui échappe souvent à la malade et au médecin. Tantôt c'est une douleur névralgique qui se porte soit aux nerfs de la face et du crâne, soit à ceux des membres, plus particulièrement aux intercostaux, aux gastriques et aux cardiaques. On observe aussi, dans ce cas, des hépatalgies, des gastro-entéralgies et des coliques utérines. Tantôt enfin on ne peut constater qu'une sorte de mobilité nerveuse, des spasmes, des vapeurs, qu'on rapporte à la classe multiple des phénomènes hystériques.

Si le médecin n'y porte pas une attention scrupuleuse, le léger état chlorotique qui complique et domine ces symptômes passera inaperçu de lui. Il croira donc avoir affaire à une névrose pure et simple, la traitera par les narcotiques, les antispasmodiques, et échouera infailliblement.

M. Fallani rapporte, à l'appui de ces préceptes, plusieurs observations où une semblable thérapeutique ayant déjà été instituée inutilement, il procura la guérison par le seul emploi du protocarbonate de fer.

Il fait remarquer, en terminant, que si, de l'aveu de tous les bons médecins, les voyages, l'exercice, l'habitation à la campagne, ont souvent raison de névralgies rebelles jusque là aux moyens pharmaceutiques les plus accrédités, leur influence s'explique admirablement par l'action qui se trouve ainsi exercée sur la composition du sang, et par l'activité nouvelle que la nutrition générale en subit.

HÉMORRHAGIE REVENANT PAR INTERVALLES A LA SUITE DE L'EXTRACTION D'UNE DENT, ET GUÉRIE PAR LE SULFATE DE QUININE; par M. MODONI.

La médecine italienne a pour ainsi dire le privilége de signaler les cas remarquables où l'influence du sulfate de quinine s'est montrée salutaire, et personne sans doute ne songe à se plaindre de la manière dont ce monopole est exercé par elle. Le fait suivant constitue sans doute l'un de ces exemples les plus curieux.

Obs. — Cesare Medini, homme d'âge moyen, se fit arracher la troisième dent molaire de la mâchoire inférieure; il en résulta immédiatement une hémorrhagie très-abondante, qui fut arrêtée avec le baume de Gherli. Tout se passa bien jusqu'au cinquième jour; alors, sans cause mécanique ni symptômes précurseurs, il survint une hémorrhagie copieuse qui résista à tous les astringents, et s'arrêta ensuite spontanément.

Le lendemain matin, nouveau saignement pour lequel M. Modoni est appelé vers midi. Il prodigua, soit à l'intérieur, soit comme topique, les hémostatiques les plus vantés; mais ils n'eurent que peu d'effet, et le sang, qui était de couleur artérielle, s'arrêta peu à peu vers les premières heures de la nuit.

Les trois jours suivants se passèrent à peu près de même. Il coulait presque continuellement un peu de sang; seulement le malade remarqua que, sur les deux heures du matin, le saignement devenait tout d'un coup plus considérable; puis il prenait les caractères d'une perte sanguine continue, mais modérée, que les hémostatiques, le tamponnement, suffisaient à réprimer momentanément. Il est inutile d'ajouter que toute précaution prise pour opérer un tamponnement efficace, que l'usage des poudres astringentes, des collutoires, de la glace, etc., furent inutiles. Le pouls était déprimé; la chaleur manquait aux extrémités; les caractères de l'anémie se prononçaient.

Néanmoins M. Modoni, prenant en considération l'influence paludéenne qui dominait alors dans le pays, administra 12 décigrammes de sulfate de quinine, uni à de la poudre de seigle ergoté et à de l'extrait de ratanhia. Cette médication fut exécutée pendant les heures où le sang coulait à peine. Dès le lendemain l'hémorrhagie ne se reproduisit plus.

Pendant six jours consécutifs, il en fut de même; mais au bout de ce temps (toujours sans phénomènes précurseurs), il survint vers le soir quelques crachats sanglants, qui sortirent plus copieux à deux heures de la nuit pour cesser ensuite, suivant ainsi la même marche que l'hémorrhagie des jours antérieurs.

Docile à cet avertissement opportun, M. Modoni reprit durant quelques jours encore l'usage du sulfate de quinine, et l'hémorrhagie fut définitivement supprimée. Le patient ne tarda pas à recouvrer sa santé et sa force primitives.

V. GAZZETTA TOSCANA DELLE SCIENZE MEDICO-FISICHE.

Les numéros d'octobre, novembre et décembre 1849 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Perforation spontanée de l'iléon*; par M. Antonini. 2° *Un polype pris pour une tumeur lacrymale*; par M. Foresi. 3° *Ligature de l'artère brachiale*; par M. Z. Torrachi. 4° *Considérations sur la physique médicale, comme prolégomènes à un cours d'hygiène*; par M. Arcangioli. 5° *Relation historique de la maladie de l'avocat Loschi; dédiée à ses amis*; par M. Cipriani.

UN POLYPE PRIS POUR UNE TUMEUR LACRYMALE; erreur de diagnostic commise et publiée par M. FORESI.

L'aveu explicite que ce titre contient n'est pas de ceux qui doivent coûter beaucoup à l'amour-propre; car on va voir par les circonstances de l'observation qu'ici l'erreur était presque impossible à éviter.

Obs. — Il s'agit d'une dame octogénaire qui présentait au grand angle de chaque œil une tumeur. Celle du côté droit disparaissait aisément sous la pression; celle du côté gauche, au contraire, restait la même. Mais, au dire de la malade, elle avait autrefois été réductible, puis s'était ulcérée et ouverte, et finalement guérie. Mais depuis lors elle avait récidivé.

La tumeur du côté droit était évidemment une tumeur lacrymale; ses caractères ne laissaient pas le moindre doute sur sa nature.

Quant à la tumeur gauche, elle en offrait bien aussi tous les signes, excepté cependant qu'elle ne se vidait point par la pression. On soupçonna par conséquent que ce pourrait être un polype du conduit nasal ou des fosses nasales; mais la rareté des premiers fit exclure la supposition de son existence. D'autre part, le doigt porté dans l'arrière-bouche sentit les narines postérieures libres; l'air passait aisément dans chaque fosse nasale, et enfin rien ne paraissait à l'ouverture antérieure des narines.

Le diagnostic étant ainsi établi, M. Foresi incisa la tumeur; mais au lieu de liquide, il y trouva une masse solide, que des cautérisations répétées pendant un mois ne purent détruire.

Enfin, en regardant un jour de plus près et en soulevant la pointe du nez, il découvrit un champignon charnu qui occupait tout le vide de la narine gauche;

il reconnut aussi la cause des erreurs précédentes. Il existait une perforation de la cloison, et cette perforation était située en avant de la tumeur, de manière que, lorsqu'on comprimait la narine droite, l'air, passant à travers cette ouverture, sortait par la narine gauche, ce qui faisait à tort croire qu'elle était libre.

La malade ayant été emportée au bout d'un an par les progrès et la dégénérescence de cette tumeur, on put reconnaître que, primitivement développée dans l'antre d'Hygmor, elle s'était, de là étendue dans la narine, avait d'autre part perforé l'os unguis pour venir se montrer dans le point que le sac lacrymal occupe. Ce qui avait encore obscurci le diagnostic pendant la vie, c'est que l'ouverture de la cloison était en partie obturée par un petit prolongement de la tumeur.

Devenue, au moment de la mort, grosse comme une tête de fœtus, cette tumeur (cancer gélatiniforme) avait rempli la cavité orbitaire et sortait à l'extérieur de la narine gauche.

VI. IL PROGRESSO.

Les numéros d'octobre, novembre et décembre 1849 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Cas de kyste hydatifère* ; par M. Tozzetti. 2° *Effets du pus et de l'ichor gangreneux sur le sang en circulation* ; par M. Tigri. 3° *Recherches cliniques sur les lésions cutanées de la pellagre, et parallèle entre elles et celles que produisent d'autres maladies* ; par M. Fabroni. 4° *Amputation sus-malléolaire* ; par M. Landi. 5° *De quelques changements que l'albumine du sang subit par l'action de certaines substances médicamenteuses* ; par M. R. Bellini. 6° *Nouvelles causes de la cophose* ; par M. Bartolozzi. 7° *D'une matière contenue dans un kyste extirpé du tissu cellulaire péri-mammaire* ; par M. Casanti. 8° *Traitement des engorgements durs de l'utérus* ; par M. Landi. (Les saignées locales et générales, l'iode à l'intérieur et à l'extérieur, voilà les bases de ce traitement.) 9° *Des maladies dynamiques* ; par M. Puccianti. *Histoire d'un tétanos traumatique* ; par M. Barsottini. 10° *Nouvelle méthode pour extraire l'iode de ses combinaisons* ; par M. Bechi.

NOUVELLE CAUSE DE COPHOSE ; par M. BARTOLOZZI.

Tous les médecins connaissent et savent guérir la surdité qui tient à l'obstruction du conduit auditif par le cérumen ; mais malgré l'analogie qui lie cette cause morbide avec celle observée par M. Bartolozzi, on trouvera sans doute un vif intérêt dans la relation qu'il donne de ce nouveau genre de cophose.

OBS. — Un homme de 48 ans était devenu complétement sourd depuis plusieurs années, à la suite de refroidissements de la tête. M. Bartolozzi, après un examen très-attentif, n'avait pu découvrir le point de départ de cette incommodité, lorsque, en observant encore le conduit auditif gauche, il lui sembla que sa surface, blanche, marquée de stries noires, sèche, n'offrait pas son état normal, et que la membrane du tympan manquait de transparence. Il y plaça du coton imbibé d'une solution d'acétate de plomb. Deux jours après, il remarqua quelques lamelles dans les 4 ou 5 lignes les plus profondes du conduit. Mais quelle fut sa surprise lorsque, en essayant de les détacher avec des pinces, il amena, sans avoir besoin d'employer beaucoup de force, un feuillet entier ayant la forme exacte du conduit auditif, avec un fond qui doublait la membrane du tympan. L'individu sentit à l'instant le bruit des voix avec une intensité telle qu'il en fut vivement fatigué. Il fallut lui boucher le conduit avec du coton, et l'habituer ensuite peu à peu à supporter la perception des sons. La membrane que cette production nouvelle recouvrait parut rouge, injectée, comme production nouvelle érysipélateuse ; mais elle reprit bientôt son aspect naturel.

M. Bartolozzi opéra de la même façon sur l'autre oreille, si ce n'est qu'il ne put extraire le cylindre que par lambeaux. Le sujet fut complétement guéri.

— Une dame de 38 ans lui a ensuite offert les mêmes phénomènes et la même terminaison.

Cette membrane, composée de plusieurs lames superposées et intimement unies, n'offrait aucune trace d'organisation. Traitée par le feu, elle répandit la même odeur que les ongles et les poils. M. Bartolozzi la regarde en conséquence comme de nature épidermoïde.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 8 JUILLET.

Cette séance a été consacrée à des objets entièrement étrangers à la médecine.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 9 JUILLET. — PRÉSIDENCE DE M. BRICHETEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend :

1° Une lettre du ministre de l'agriculture et du commerce, qui transmet un rapport du docteur Billot, médecin des épidémies de l'arrondissement de Poligny (Jura), sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Plenise pendant les mois d'octobre et de novembre derniers. (Comm. des épidémies.)

2° Lettre du même ministre, transmettant un rapport rédigé par deux médecins de Bayonne sur une épidémie de petite vérole qui a ravagé la commune de Labastide de Clairence à la fin de l'année 1846. (Comm. de vaccine.)

3° Le même ministre transmet un mémoire, rédigé par le docteur Mangeis, sur le choléra-morbus dans la vallée de Montmorency, et sur son traitement à l'aide d'une méthode évacuante spéciale. (Comm. du choléra.)—Une demande de M. Gastard, pharmacien à Aurillac, afin d'obtenir l'approbation de la formule d'un médicament nouveau, la santonine brune, dont la préparation est due à ses recherches.—Une notice descriptive et un nouveau modèle de pessaire de madame Coquillard ; deux mémoires de la même sage-femme, etc.

4° Le ministre de l'instruction publique transmet une lettre de M. Stœber, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg, avec deux exemplaires d'une thèse sur le choléra, de M. Spindler.

5° Enfin des états de vaccination de la Mayenne, des Hautes-Alpes, de la Gironde, de l'Aisne et de la Meuse.

COEXISTENCE DE LA SUETTE ET DU CHOLÉRA.

M. le docteur BUCQNOY, médecin des épidémies de l'arrondissement de Péronne, envoie un mémoire sur la coexistence de la suette et du choléra.

Chargé du service des épidémies dans un arrondissement où la suette miliaire et le choléra-morbus se sont montrés successivement dans un grand nombre de communes et avec une grande intensité, M. Bucqnoy a cherché quels pouvaient être les rapports qui existent entre ces deux maladies. Il fait remarquer d'abord : 1° que, dans les communes où la suette miliaire a sévi avec le plus de gravité, on n'a pas vu un seul cas de choléra ; 2° que, dans les communes où le choléra a sévi lui-même avec le plus de violence, on n'a pas vu un seul cas de suette grave ; 3° que, dans les communes où la suette et le choléra ont sévi concurremment, presque toujours l'apparition du choléra a précédé celle de la suette ; 4° que, dans les communes où la suette et le choléra ont sévi ensemble, le choléra ne s'est jamais manifesté chez un sujet affecté de suette, si ce n'est à la suite d'une imprudence de nature à troubler la marche de celle-ci ; 5° que, dans les communes où la suette et le choléra ont régné simultanément, les sujets affectés de suette, et chez qui cette maladie a suivi régulièrement sa marche, sont restés à l'abri du choléra ; 6° enfin que, dans les communes où la suette et le choléra ont régné ensemble, la suette a presque toujours été exempte d'éruption miliaire, et qu'elle n'a offert nulle part ces graves complications qui l'ont rendue si meurtrière dans quelques localités : d'où l'auteur conclut que la suette qui a régné concurremment avec le choléra, dans un certain nombre de communes, n'est pas la suette miliaire, celle qui, quelques mois plus tôt, avait régné dans l'arrondissement de Péronne. (Comm., M. Guérin.)

USAGES THÉRAPEUTIQUES DU MATICO.

M. le docteur CAZENTRE (de Bordeaux) rappelle, à l'occasion du rapport lu récemment par M. Mérat sur le *matico* ou matica, que ce médicament, qu'il a expérimenté longtemps, lui a rendu de grands services pendant dix années de séjour dans les mers du Sud. Il a pu reconnaître que cette plante est très-utile dans les hémorrhagies capillaires et des petits vaisseaux, produites par des lésions traumatiques ; qu'elle crispe l'ouverture béante et l'oblitère en coagulant le sang ; qu'elle hâte la cicatrisation des plaies récentes ; qu'elle est précieuse surtout dans les flux sanguins des surfaces muqueuses. (Comm., M. Mérat.)

—M. PARIOLEAU (de Nantes), adresse un mémoire sur l'heureuse influence de l'eau en affusion dans les maladies aiguës et dans les affections nerveuses. (Comm., MM. Récamier et Gibert.)

— M. A. BECQUEREL informe l'Académie qu'il existe en ce moment, dans le service dont il est chargé à la Pitié, un cas de pellagre.

— M. HASPEL, médecin en chef de l'hôpital militaire de Toulon, et M. DEMORTAIN, pharmacien en chef du même hôpital, soumettent à l'Académie les résultats des études cliniques et chimiques qu'ils ont entreprises à Toulon pendant l'épidémie de choléra qui vient de sévir dans cette ville. (Comm. du choléra.)

— M. COURTY, agrégé à la Faculté de Montpellier, adresse la description et le dessin d'un nouvel instrument destiné à extraire certains corps étrangers de la vessie de l'homme. L'instrument a été imaginé pour extraire une épingle en fil de fer séjournant depuis cinq mois dans la vessie d'un soldat. Son emploi a été suivi d'un entier succès. (Comm., M. Ségalas.)

— M. FRANÇOIS, ingénieur des mines à Carcassonne, chargé des travaux de Luchon, adresse trois exemplaires du tableau des sources de Luchon. (Comm. des eaux de la France et comm. des eaux minérales.)

EAU MINÉRALE ALCALINE DE MONTÉGO-SÉCLA.

M. O. HENRY, au nom de la commission des eaux minérales, fait un rapport

sur une demande en autorisation pour l'exploitation de l'eau minérale naturelle de Montégu-Séclà (Haute-Garonne).

Cette eau paraît à M. le rapporteur devoir être classée à côté des eaux alcalines silicatées, et comparable, sous le point de vue de sa composition chimique, avec les eaux d'Évaux, de Néris et peut-être même de Plombières.

Pour 1,000 grammes (1 litre de liquide) :

Acide carbonique libre	Inapprécié.
Bicarbonates de chaux et de magnésie	0,4000
Sulfate de magnésie (supp. anydre)	0,0140
Chlorures de sodium — de magnésium dominants	0,0155
Silicate de soude	0,0570
Sel de potasse (silicate probable)	Traces.
Iodure alcalin	Sensible.
Alumine — Oxyde de fer — Matières organiques unies au fer	0,0020
Total	0,4885

La nature de cette eau permet, suivant M. le rapporteur, d'admettre les bons effets qu'elle a produits dans une foule d'affections anciennes de l'estomac, du foie et des intestins, et la présence de l'iodure ne peut encore que contribuer à les justifier.

En conséquence, la commission pense que l'eau de Montégu-Séclà est appelée à rendre à la fois d'utiles services à la thérapeutique ainsi qu'à la localité qui la possède, et propose d'accorder l'autorisation de l'exploiter. (Adopté.)

EAU MINÉRALE FERRUGINEUSE DE CHATEAU-GONTIER.

M. O. Henry fait, au nom de la même commission, un second rapport sur une demande en autorisation pour l'exploitation de l'eau minérale naturelle de Château-Gontier (Mayenne).

L'eau ferrugineuse de Château-Gontier, connue depuis longtemps sous le nom de Pougues rouillée, et dont les propriétés médicales sont également depuis fort longtemps reconnues, offre par sa composition beaucoup d'analogie avec l'eau de Spa.

En conséquence, la commission propose de répondre qu'il y a lieu d'accorder l'autorisation d'exploiter cette eau minérale anciennement connue, depuis longtemps déjà utilement employée et dont l'exploitation doit donner au pays des avantages incontestables. (Adopté.)

TRAITEMENT DES HÉMORRHAGIES ARTÉRIELLES CONSÉCUTIVES.

M. Nélaton lit une note sur le traitement des hémorrhagies artérielles consécutives.

Dans les hémorrhagies consécutives, sur quel point du vaisseau lésé convient-il de placer la ligature? Doit-on la placer à l'extrémité de l'artère, ou bien est-il préférable de l'éloigner de la surface de la plaie et de lier le vaisseau à une certaine hauteur?

Cette question résolue à peu près unanimement en faveur de la méthode d'Anel, c'est-à-dire de celle qui consiste à placer la ligature à une certaine distance de la plaie artérielle, est celle que l'auteur s'est proposé d'examiner dans ce travail. Il s'attache à démontrer que les raisons invoquées en faveur de cette méthode n'ont pas toute la valeur qu'on leur a accordée jusqu'à ce jour.

Des faits et des considérations exposées dans ce travail, M. Nélaton déduit les conclusions suivantes :

1° Le mécanisme de l'oblitération spontanée des artères à la surface des plaies qui suppurent diffère essentiellement de celui qui préside à l'oblitération de ces vaisseaux, dans une plaie récente. Le mot *occlusion* conviendrait au premier, celui d'*oblitération* au second.

2° Cette occlusion consiste essentiellement dans l'adhésion des bourgeons charnus qui se développent dans la gaîne celluleuse, après la rétraction de l'artère, comme ils se développent sur tous les autres points de la solution de continuité.

3° La ligature par la méthode d'Anel peut bien amener la suspension définitive d'une hémorrhagie secondaire, mais à la condition qu'elle interrompra le cours du sang dans le vaisseau divisé, jusqu'au moment où les bourgeons charnus auront contracté une union assez intime pour résister à l'impulsion du sang ramené au-dessous de la ligature par les voies collatérales.

4° Si la plaie artérielle est située dans une région où les anastomoses permettent à la circulation de reprendre rapidement son cours, à la main par exemple, au pied, au cou, le retour de l'hémorrhagie après l'application de la méthode d'Anel est presque inévitable, si une cause quelconque locale ou générale vient ralentir le travail de cicatrisation.

5° La ligature d'une artère peut être faite dans une plaie qui suppure sans danger de section immédiate du vaisseau, on de chute prématurée de la ligature.

6° Cette ligature détermine aussi sûrement l'oblitération du vaisseau que quand on la pratique dans une plaie récente; donc elle doit obtenir la préférence sur la méthode d'Anel, toutes les fois qu'elle sera praticable.

(Comm. : MM. Velpeau, Roux et Laugier.)

FACULTÉS INTELLECTUELLES DES SOURDS-MUETS.

M. Gerdy lit un rapport sur l'examen critique des opinions d'Itard sur les facultés intellectuelles et morales des sourds-muets, par M. Ferdinand Berthier, sourd-muet lui-même, et président de la Société centrale des sourds-muets, doyen des professeurs de l'Institution nationale des sourds-muets de Paris, etc.

M. Berthier trouvant que dans le traité sur les maladies de l'oreille et de l'audition, d'Itard, les facultés des sourds-muets ont été inexactement appréciées et appréciées d'une manière défavorable, a cru devoir réclamer et s'élever contre un grand nombre de jugements exprimés dans cet ouvrage.

M. le rapporteur examine les assertions de l'un et de l'autre.

1° Itard est dans l'irrésolution sur la supériorité relative de l'aveugle-né sur le sourd-muet ou du sourd-muet sur l'aveugle, et dans l'incertitude de son appréciation, il leur donne tour à tour la supériorité l'un sur l'autre, suivant les circonstances : à l'aveugle, par exemple, dans un cercle nombreux où il peut briller par sa conversation, tandis que le sourd-muet y reste plongé dans le silence, sans pouvoir participer aux émotions ni aux pensées qui agitent et occupent la société au milieu de laquelle il reste profondément étranger; au sourd-muet ensuite, dans la solitude de la nature, qu'il embrasse d'un coup d'œil et où il voit plus de merveilles en un instant que l'aveugle n'en pourrait imaginer pendant un siècle.

Cette solution timide ne convient pas plus à M. Berthier qu'à nous-même. Aussi soutient-il, comme nous, la supériorité du sourd-muet sur l'aveugle-né. Il accorde même au langage gesticulé du sourd-muet, à sa mimique une puissance d'expression extraordinaire, et il paraît croire que le sourd-muet peut y puiser une instruction aussi parfaite que celle que nous retirons de la parole de nos semblables. Il est très-vrai que les sourds-muets manient ce langage beaucoup mieux que nous ne le faisons; mais si leur langage gesticulé égale ou même surpasse l'éloquence de notre langage oral, on est obligé de reconnaître qu'il lui est bien inférieur par la précision, qualité sans laquelle le langage manque son but essentiel, l'expression claire et exacte des sentiments et de la pensée. Je suis donc ici, dit M. le rapporteur, de l'avis d'Itard contre M. Berthier : la mimique naturelle est une langue imparfaite; c'est l'art du langage dans sa pauvreté et sa barbarie primitive.

2° Suivant Itard, le sourd-muet voit, il observe..... mais les tableaux mouvants et variés qui attirent ses regards et fixent son attention ne sont pour lui qu'un vain spectacle dont aucune voix ne peut lui donner l'explication..... Telle est la dépendance de nos sens que par cela seul que l'ouïe nous manque, la vue, sans être lésée, se trouve bornée à des services en quelque sorte matériels..... La vue n'est pour le sourd-muet qu'un instrument de sensation qui développe ses facultés imitatives, bien plus qu'il n'exerce son esprit. Il résulte de là un être des plus extraordinaires qui, au dehors, a toutes les manières et les usages de l'homme civilisé, et au dedans, toute la barbarie et l'ignorance d'un sauvage.

On prévoit, dit M. le rapporteur, après avoir fait ressortir lui-même combien Itard s'est exagéré l'influence de la perte de l'ouïe et l'isolement moral qu'elle entraîne, que M. Berthier n'a pu laisser passer cette assertion sans la poursuivre à outrance. Il attaque de même avec raison ces autres assertions d'Itard, que le sourd-muet ne peut comprendre les causes du bonheur qui éclate dans une famille à l'occasion d'un procès gagné ou d'une distinction honorable, que la mort frappe à ses côtés sans l'épouvanter, sans l'instruire; que les mots de *jamais*, de *toujours*, de *séparation éternelle*, etc., ne peuvent arriver à son intelligence. M. Berthier en prouve la fausseté par de nombreux exemples.

Itard, ajoute M. le rapporteur, eût dû prévoir que le défaut d'audition peut bien empêcher le développement d'une faculté intellectuelle ou affective, mais non empêcher son existence, les idées et les sentiments qui en sont le résultat, si d'autres sens peuvent éveiller ces facultés; que plus un homme est abaissé au-dessous des autres hommes par une infirmité, plus il est sensible aux distinctions honorifiques qui relèvent sa famille, parce qu'elles le rehaussent lui-même dans sa pensée, etc.

4° Itard se défie des réponses des sourds-muets sur l'état de leur intelligence antérieure à leur éducation. Sans suspecter la bonne foi de ces infortunés, dit M. Gerdy, je les crois volontiers capables de se faire illusion à eux-mêmes et de se persuader avoir vu dans la nuit de leur ignorance plus clair qu'ils n'y voyaient réellement, et aussi clair qu'ils y voient quand l'éducation a dissipé une partie des ténèbres qui les environnent, mais je crois aussi, comme M. Berthier, que les souvenirs du sourd-muet ne sont pas seulement des réminiscences confuses et des idées indéterminées.

5° Suivant Itard, les sourds-muets pourront pénétrer dans les hautes régions du monde intellectuel, mais le monde social leur restera inconnu, et l'on sera étonné de leur embarras et de leur nullité dans la conduite de l'affaire la plus simple.

M. Berthier lui oppose avec raison les résultats de l'expérience.

6° Moins craintifs que les autres hommes au milieu des dangers qui ne résident que dans l'imagination, les sourds-muets, suivant Itard, doivent être beaucoup plus timides dans des circonstances évidemment périlleuses, et on les verrait plus sensibles au soin de leur conservation qu'aux séductions de la gloire et de la renommée.

M. le rapporteur pense qu'Itard s'est laissé séduire lui-même par le contraste de l'antithèse. Les idées lui paraissent à cet égard contradictoires les unes avec les autres. Aussi M. Berthier n'est pas embarrassé de citer des traits de sensibilité et des traits de courage, de dévouement et de patriotisme de la part des sourds-muets.

7° Itard affirme que l'homme n'est aimant et bon que parce qu'il est éclairé et civilisé; et comme, à ses yeux, le sourd-muet ignorant est un barbare, il le croit indifférent à l'amour de la famille. M. Berthier n'accepte pas sans restriction la proposition d'Itard sur la bonté et sur les affections du cœur; et le rapporteur la réfute en faisant ressortir tout ce que les bonnes actions, les soins, et prévenances des parents pour leurs enfants sourds-muets ont de supérieur

aux bonnes paroles, et combien par conséquent ils doivent payer, en retour, de reconnaissance.

8° M. Berthier repousse toutes ces assertions, aussi bien que celles par lesquelles Itard accuse les sourds-muets d'être peu susceptibles d'amitié, d'amour conjugal, très-jaloux et très-égoïstes.

L'amertume, la passion même qui imprègnent ici sa défense et sa critique, les faits qu'il cite, prouvent par M. Berthier lui-même que les sourds-muets sont bien nos frères, et qu'ils ne diffèrent de nous que par une susceptibilité plus vive, qu'expliquent et excusent parfaitement leur infirmité et leur malheur.

9° Malgré ses idées systématiques, Itard reconnaît que la tendresse maternelle et paternelle n'est ni moins vive ni moins intelligente chez les sourds-muets que dans le reste de l'humanité, et concourt à prouver que les sourds-muets instruits surtout ne diffèrent pas essentiellement, fondamentalement, des autres hommes, même instruits.

10° Itard, qui est resté pendant quarante ans immergé au milieu des sourds-muets, avait si peu de goût pour l'observation qu'il a préféré raisonner d'après les idées de sensationisme qu'il s'était faites à observer, chez les sourds-muets, le phénomène ou le sentiment de la pitié. Aussi arrive-t-il par suite de ses principes, quoique sans raisonnement fort juste, à la conséquence fausse que le sourd-né ne peut être affecté de pitié aussi profondément que nous. Le calme actuel de la physionomie d'un sourd-né, qui n'entendrait pas les plaintes et les gémissements d'un malheureux, ne saurait prouver son insensibilité, et comme le sentiment de la pitié existe dans l'entendement et non dans les sens, il suffit que la notion d'un malheur capable d'entraîner la compassion parvienne à l'entendement pour y produire son impression. Qui l'empêche d'y parvenir par la vue chez le sourd-muet? M. Berthier a donc encore raison contre le savant médecin des sourds-muets de l'institution de Paris.

11° Suivant notre ancien collègue, l'ambition, l'amour de la gloire et des bonneurs effleurent à peine le cœur des sourds-muets, tandis qu'ils emportent si loin des voies du bonheur l'homme civilisé.

M. Gerdy fait remarquer d'abord que ces passions, qui développent l'éducation et la civilisation, contredisent un peu ce que l'habile médecin a dit plus haut des avantages de la civilisation. Secondement, comme il y a beaucoup plus d'hommes ambitieux de gloire et d'honneur dans les classes éclairées, il doit y en avoir moins chez les sourds-nés, toujours moins instruits que les autres hommes, par suite des talents spéciaux qui leur sont d'abord nécessaires pour acquérir l'instruction commune. Enfin, comme les sourds-muets sont en nombre relativement aux autres hommes, il doit y avoir encore moins d'ambition chez eux que chez nous. Mais on se tromperait si l'on croyait que l'ambition de la gloire, des honneurs, de la fortune, ne peut pas les tourmenter.

En définitive, ajoute M. Gerdy, je pense, comme le célèbre professeur des sourds-muets, que ceux-ci n'ont ni plus de défauts ni moins de qualités que les autres hommes, et je suis bien loin de croire que l'impuissance d'entendre et de parler place seule le sourd-muet dans un état d'intelligence très-bornée, *bien au-dessous de l'homme, même des bêtes* les plus stupides, et que, quand même le génie du sourd-muet aurait franchi l'immense intervalle qui le sépare de nous, son isolement le retiendrait dans son état d'imperfection. Je suis, au contraire, profondément convaincu que, quelque faible que soit l'intelligence du sourd-muet, pourvu qu'il ne soit pas idiot, il sera toujours infiniment supérieur même aux animaux les plus intelligents.

Quoique, en définitive, les idées dérivent toutes médiatement ou immédiatement des sensations, elles n'en viennent pas moins en même temps de l'intelligence. Si l'intelligence ne peut rien sans les sens, les sens ne peuvent rien non plus sans l'intelligence.

Mais pour peu que les sens puissent agir, leur action, même affaiblie, suffit pour féconder l'entendement et donner naissance à des idées et des émotions morales. Il en est donc de la conception des idées comme des conceptions végétale et animale, pourvu que l'agent fécondateur puisse parvenir à l'élément fécondable, vous pouvez être à peu près sûr que la fécondation s'accomplira. Si Condillac n'est pas entré dans ces développements sur la puissance des sensations et sur le sensationisme, il n'a pas dit le contraire. C'est donc exagérer l'influence des sens que d'imaginer qu'ils soient tous nécessaires, et qu'en particulier l'ouïe soit indispensable pour féconder l'entendement et éveiller ses facultés.

Encore une fois, pour développer le merveilleux phénomène de l'entendement, la moindre sensation suffit.

L'intelligence, qui gouverne le monde, est habituée à produire d'immenses résultats avec de petits moyens.

En résumé, quoique notre ancien collègue ait eu la gloire de contribuer à bien démontrer que le sourd-né doit son mutisme à sa surdité, nous sommes obligés de convenir qu'il est par trop engagé dans les liens d'un sensationisme exagéré, pour conserver toute la liberté de son esprit, et ses assertions sur les facultés intellectuelles et morales des sourds-muets ne sont pas suffisamment fondées sur l'observation.

Quant à M. Berthier, il n'est pas non plus dans une position absolument impartiale; lié aux sourds-muets par une confraternelle infirmité qui l'assure de notre plus vive sympathie, il a une sensibilité bien excusable, craignant qu'on n'accorde pas aux sourds-muets l'intérêt qu'ils méritent à tant de titres.

Néanmoins M. Berthier étant plus libre de tout système préconçu, que ne l'était notre savant collègue, passant sa vie au milieu des sourds-muets, conversant incessamment avec eux, travaillant tous les jours à leur instruction et à leur éducation, il est dans une position bien supérieure à celle où s'est trouvé Itard, pour bien connaître leurs facultés intellectuelles et morales. Ses raisonnements et sa logique sont plus sévères, et son autorité est douée à nos yeux d'un poids plus considérable.

En conséquence, nous invitons l'Académie à voter des remerciments à M. Ferdinand Berthier, professeur de l'Institution des sourds-muets de Paris, et à renvoyer son savant travail au comité de publication, ou de le déposer dans les archives pour en profiter, si l'Académie se décide à publier une troisième édition de l'ouvrage de notre collègue Itard.

M. Rochoux : La question de l'importance de l'ouïe et de la vue et même celle de la supériorité d'un des deux sens sur l'autre est résolue si on la considère en bloc; indécise, si on l'étudie dans ses détails; ainsi, on ne saurait douter qu'une espèce aussi élevée dans l'échelle que l'homme ne pourrait vivre privée de la vue et de l'ouïe. Par conséquent, on peut assurer que chacun de ces deux sens est indispensable à la conservation de la vie de l'homme, comme espèce. Comme individu, il vit sourd ou aveugle, grâce aux secours qu'il reçoit de ses semblables. Ainsi, contrairement à M. Gerdy, je n'hésite pas à dire que l'espèce humaine privée de l'un de ces sens supérieurs ne pourrait exister.

M. Rochoux termine en reprochant à l'auteur du mémoire, à M. Gerdy, et même à Itard, de n'avoir pas assez distingué, dans la question qu'ils ont traitée, ce qu'elle offrait de général, et partant de résolu d'avec les faits de détails, sur beaucoup desquels règne l'indécision.

M. Geany, pour réfuter les objections de M. Rochoux, cite quelques exemples d'actes de courage et d'intrépidité accomplis pendant nos révolutions par des sourds-muets, et reproduit quelques-uns des arguments qui établissent la supériorité relative des sourds-muets sur les aveugles.

Après un échange de quelques observations entre MM. Gerdy, Rochoux, Roux et Duméril, les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

M. Levrat (de Lyon) lit un mémoire sur le traitement de la goutte, du rhumatisme et de la sciatique. Il ne nous a pas été possible d'en saisir les conclusions.

CAS D'HERMAPHRODISME CHEZ LE MOUTON.

M. Raciborski, en présentant les pièces d'un mouton qui offrait un cas remarquable d'hermaphrodisme, s'exprime en ces termes :

Jusqu'à présent la science ne possède pas encore un seul exemple authentique de la réunion complète des organes génitaux de deux sexes sur le même individu.

L'exemple que nous avons l'honneur de présenter à l'Académie appartient à la deuxième classe d'hermaphrodisme établie par Muller. D'un côté nous y trouvons les testicules et les conduits afférents, d'un autre côté la matrice bien conformée avec ses deux cornes, ainsi que les organes qui, par leur forme, la place qu'ils occupent et même l'aspect du tissu, rappellent parfaitement les ovaires. Sous ce rapport, cette pièce anatomique est déjà assez curieuse, car, dans la plupart des faits de ce genre, on ne rencontre que la coïncidence des testicules avec l'utérus, et presque jamais celle des testicules avec l'utérus accompagné des ovaires.

Cependant, comme dans tous les exemples de ce genre, l'individu auquel ces organes appartenaient ne pouvait jouer aucun rôle au point de vue sexuel, les organes de chaque série étant très-complétement développés. Ainsi l'utérus offre une cavité à peu près normale qui s'étend dans toute la longueur des cornes et se termine par un col bien conformé s'ouvrant lui-même dans le vagin; mais nous n'y remarquons point de trompes qui mettent l'utérus en rapport avec les ovaires. D'un autre côté, le vagin est entièrement clos en bas et se termine en cul-de sac. Les organes qui ressemblent si bien aux ovaires qu'il serait difficile de les prendre pour autre chose, manquent complétement de follicules de Graaf, dont on ne rencontre pas le moindre vestige au milieu d'un stroma épais et compacte. Il est évident que la nature ne préparait rien de ce côté pour la reproduction de l'espèce.

A côté de cela nous remarquons des organes qui, par leur structure canaliculée, ressemblent tout à fait aux testicules. Mais ces organes ne pouvaient pas non plus jouer le rôle qui leur est assigné par la nature. Nous ferons observer en effet que leurs conduits afférents se terminent en bas en cul-de-sac dans l'épaisseur des parois du vagin. L'autre cavité n'était pas d'ailleurs distendue par aucun liquide, ce qui aurait eu lieu probablement en présence de la sécrétion du sperme. La cavité du vagin a été trouvée distendue par un liquide laiteux, un peu filant, semblable à du lait un peu épais, sans odeur marquée.

Il y a des physiologistes qui ont essayé d'expliquer cette forme d'hermaphrodisme par l'arrêt de développement dans les organes sexuels à l'époque peu avancée de l'évolution embryonnaire, époque où existent encore les organes décrits sous le nom de corps de Wolff (*corpora Wolffiana*). Ces corps disparaissent ordinairement après dix ou douze semaines chez l'embryon humain. Cependant si, sous l'influence d'une des causes qui entravent l'évolution embryonnaire, le développement des organes sexuels internes se trouve arrêté avant le moment de la disparition normale des corps de Wolff, les conduits afférents de ces corps en acquérant un certain développement peuvent simuler chez un sujet du sexe masculin les trompes et même l'utérus. Les corps de Wolff eux-mêmes peuvent, dans ce cas, simuler jusqu'à un certain point les ovaires.

Cette théorie d'hermaphrodisme, soutenue avec un talent remarquable par Muller, n'est pas admise par tous les physiologistes. L'exemple d'hermaphrodisme que nous avons l'honneur de mettre sous les yeux de l'Académie ne serait pas favorable à la théorie de Muller. La présence des organes mâles est dans cet exemple hors de toute contestation. Cependant il serait difficile aussi de ne pas reconnaître dans cette pièce anatomique des organes femelles, quoique imparfaits.

— M. Baudelocque présente à l'Académie un jeune sujet d'une dizaine d'années, sourd-muet de naissance, chez qui il est parvenu à développer jusqu'à un certain degré l'audition et la parole.

Il est cinq heures, la séance est levée.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

SÉANCE DU 23 MARS 1850. — PRÉSIDENCE DE M. VLEMINCKX.

(Suite.)

ÉTUDES SUR LA REVACCINATION; par M. le docteur H. VAN BERCHEM. — Rapport de la deuxieme section sur ce travail.

(M. CRANINX, rapporteur.)

Messieurs,

Le bureau de l'Académie m'a fait parvenir l'ouvrage de M. le docteur Van Berchem intitulé: ÉTUDES SUR LA REVACCINATION, publié en 1846, avec demande d'un rapport destiné à faire connaître à M. le ministre de l'intérieur, l'avis de la compagnie sur les conclusions de cet ouvrage.

Ce travail remarquable, dû au zèle infatigable de notre collègue, traite:

1° De l'histoire de la vaccine, de sa marche régulière et de ses anomalies, de sa vertu préservative, de l'histoire des premières épidémies de variole après la vaccine. Cette partie est terminée par des propositions déduites de l'histoire de ces épidémies.

2° De la variole et de la varioloide considérée comme des degrés d'une même maladie, de l'histoire de la revaccination, des arguments en faveur de cette opération, des objections faites à sa pratique, de l'opinion de quelques auteurs sur son opportunité, de l'âge auquel il convient de la pratiquer, et enfin des propositions déduites des faits précédents.

3° L'ouvrage se termine par une partie administrative contenant les mesures employées dans différents pays pour propager la revaccination, ainsi que celles que l'auteur propose dans le même but.

Ce travail, dont toutes les conclusions tendent à faire entrevoir l'utilité et la nécessité de la revaccination, est écrit avec une connaissance profonde de la matière; il est basé sur des faits nombreux et bien interprétés; il renferme d'ailleurs grand nombre de faits et d'opinions conformes à ceux que j'ai consignés dans le rapport que j'ai déposé en 1842.

Je propose d'écrire à M. le ministre de l'intérieur que l'Académie approuve les conclusions de l'ouvrage de M. le docteur Van Berchem, dont le zèle et les travaux méritent d'être encouragés, et de lui exprimer le désir que des mesures propres à généraliser la revaccination soient prises, dans un moment surtout où la variole s'est déclarée dans différentes localités de la Belgique.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

DE L'ACTION PHYSIOLOGIQUE DU HASCHISCH SUR L'HOMME; par M. LITCHFIELD. —Rapport de la deuxième section sur ce sujet.

(M. VAN COETSEM, rapporteur.)

Messieurs,

M. le docteur Litchfiel, médecin en chef d'une maison pour les aliénés, vous a adressé une note manuscrite concernant l'action physiologique du haschisch (*cannabis Indica*) sur l'homme sain et adulte.

Vous avez chargé la deuxième section de vous faire un rapport sur ce travail, et c'est en son nom que je viens vous en rendre compte.

L'auteur décrit les phénomènes remarquables produits par le haschisch, connu de temps immémorial chez les Orientaux; ensuite il ajoute les résultats de quelques expériences faites sur lui-même, dans le but de mieux apprécier l'action de cette plante sur le cerveau et les sens externes de l'homme sain.

Je dois à la vérité de déclarer que la note communiquée par M. le docteur Litchfield ne révèle aucun fait nouveau qui puisse compléter en quelque sorte les descriptions publiées depuis longtemps dans les ouvrages des auteurs français et anglais qui se sont spécialement occupés de cette plante inébriante.

En ce qui concerne son action thérapeutique, qui paraît être importante dans le traitement de quelques maladies, M. le docteur Litchfield n'en dit pas un mot; cependant depuis 1840 les diverses préparations du *cannabis Indica* ont été employées par les médecins anglais et français dans le traitement de maladies graves, et leurs efforts ont été couronnés de succès.

La deuxième section vous propose, messieurs, de déposer le mémoire dans les archives de la compagnie, et d'adresser des remerciments au docteur Litchfield.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

ÉPIDÉMIE DE VARIOLE QUI A RÉGNÉ A GIVET EN 1849; par M. le docteur ROBIQUET. — Rapport de la deuxième section sur ce travail.

(M. CRANINX, rapporteur.)

Messieurs,

M. le docteur Robiquet (de Givet) a fait parvenir à la compagnie un travail intitulé: QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR UNE ÉPIDÉMIE DE VARIOLE. Chargé de vous en faire un rapport, je résumerai les faits principaux qu'il cherche à éclaircir.

M. Robiquet établit d'abord, comme tout praticien a pu l'observer, que chaque épidémie porte avec elle un type qui lui est propre; il admet que la vaccine perd, au bout d'un certain temps, de sa faculté préservatrice; il a pu s'assurer que les personnes atteintes de variole furent ou celles non-vaccinées ou celles non-revaccinées après l'intervalle de douze, quinze et vingt ans, depuis leur première vaccination, tandis qu'aucun individu *revacciné*, chez lequel la vaccine avait suivi sa marche régulière, n'a été atteint.

Dans la relation brève et concise de l'épidémie qu'il a observée, l'auteur s'arrête à trois points principaux, savoir:

1° A démontrer par des faits la marche contagieuse de la maladie pour les personnes qui se trouvaient dans les conditions sus-mentionnées, tandis que d'autres furent préservées au milieu de familles atteintes, n'étant vaccinés que depuis trois à huit ans;

2° A prouver l'utilité des revaccinations: sur 62 individus atteints de l'épidémie, 43 avaient été vaccinés dans leur enfance sans avoir été revaccinés; tous avaient atteint l'âge de 15 à 25 ans.

3° Enfin il soumet à l'Académie quelques considérations sur les traitements qu'il a fait suivre à ses malades, laissant, dit-il, à l'expérience et au jugement l'appréciation des meilleurs résultats obtenus en thérapeutique. M. Robiquet s'élève, et nous pensons que c'est avec raison, contre cette pratique vulgaire, qui consiste, aussitôt qu'un individu est atteint de variole, à le gorger de boissons *très-chaudes* et à le couvrir outre mesure; cette pratique, condamnée déjà par Sydenham, est considérée par lui comme pouvant déterminer la confluence de la variole avec tous ses dangers.

Il termine son intéressant travail par la relation de quelques faits tendant à démontrer la supériorité du traitement de Sydenham sur celui que l'on suit trop vulgairement, et par un relevé statistique concluant en sa faveur: en effet, sur 12 malades traités par les boissons sudorifiques et la chaleur, il y eut 9 varioles confluentes et 5 décès; tandis que sur 50 malades traités par des boissons tièdes ou froides, par une température modérée, par la proscription du lit, le calomel associé à l'opium et à la belladone, l'emplâtre stibié au bras, il n'y eut que 15 varioles confluentes et pas de décès.

Ces chiffres parlent bien haut en faveur du traitement suivi; mais dans une nouvelle épidémie obtiendra-t-on le même résultat? je suis en droit de le demander d'après les réflexions de l'auteur lui-même.

Je ne veux pourtant diminuer en rien le mérite réel de ses observations; car, d'après mon expérience personnelle, j'ai acquis la conviction que dans le traitement des maladies aiguës avec fièvre intense, beaucoup de praticiens abusent de la *chaleur* comme moyen thérapeutique; M. Robiquet attaque donc un préjugé par trop répandu; il rend par là service à l'humanité et à la science.

Le point le plus difficile à préciser et le plus scientifique de son travail est de savoir si la chaleur appliquée à l'extérieur ou à l'intérieur *détermine* la confluence de la variole. D'après les faits rapportés, d'après l'observation de tous les jours, on doit admettre que la chaleur contribue à ce résultat; mais, par contre, j'estime que les conditions dans lesquelles la maladie a été contractée, individuelles ou générales, ont une part fort grande dans la production de cette forme si grave de la variole.

La deuxième section a l'honneur de proposer à l'Académie d'adresser des remerciments à l'auteur et de déposer son mémoire dans les archives.

M. LOMBARD est étonné de voir que M. Robiquet, qui indique le traitement de Sydenham comme très-efficace, ne suive pas du tout ce traitement. Ainsi, Sydenham saignait dans la variole, et M. Robiquet ne saigne pas; il emploie, au contraire, le calomel associé à l'opium et à la belladone, etc. M. Lombard demande à cet égard des éclaircissements.

M. CRANINX: M. Robiquet emploie certaines parties du traitement de Sydenham et en exclut d'autres. Ainsi, comme M. Lombard l'a fait observer, M. Robiquet n'a pas recours aux évacuations sanguines, qui étaient, en effet, employées par Sydenham.

M. LOMBARD: Nous avons eu beaucoup de varioles à traiter. Eh bien! nous nous sommes parfaitement bien trouvés de suivre le traitement de Sydenham. Nous avons saigné avant la période d'éruption, et cette médication a toujours eu pour effet de diminuer considérablement la fièvre; l'exaltation circulatoire a cédé ou diminué notablement; l'éruption s'est faite incontinent. Lorsque l'éruption tardait, une saignée la favorisait, à ce point que cinq ou six heures après, l'éruption avait lieu. La maladie était moins grave; nous n'avons pas eu ces pneumonies si dangereuses et si fréquentes dans la variole, quand on ne saigne pas. Je crois donc, comme Sydenham, qu'il n'est pas de plus puissant modificateur de la variole, que la saignée faite en temps opportun.

M. SEUTIN propose de porter M. Robiquet sur la liste des candidats au titre de membre correspondant étranger.

L'Académie consultée adopte successivement les conclusions du rapport et la proposition de M. Seutin.

INSTRUCTIONS SUR LE MODE DE PRÉVENIR, DE TRAITER ET D'ÉLOIGNER AUTANT QUE POSSIBLE LA FATALE MALADIE CHOLÉRIQUE; par le docteur AUGUSTIN BASSI (de Lodi). — Rapport de la deuxième section sur cet opuscule.

(M. RAIKEM, rapporteur.)

L'auteur est un ancien praticien, chevalier de la Légion d'honneur, membre de plusieurs sociétés savantes, fauteur fervent de la doctrine de Hahnemann, et partisan de la contagiosité du choléra-morbus asiatique.

Il parle d'abord de la cause et de la prophylaxie de la maladie; puis il en vient au traitement préventif et curatif.

Il propose trois méthodes homœopathiques et une méthode allopathique.

Elles consistent à faire usage alternativement et à des doses variables de *veratrum* et de *cuprum*, et de préparations arsenicales ou de sublimé corrosif.

M. le rapporteur pense que cet ouvrage, qui ne renferme que des affirmations ne reposant sur aucun fait, ne mérite pas d'être pris en considération par l'Académie.

M. LE PRÉSIDENT: La proposition de M. Raikem tend à ce que l'Académie passe à l'ordre du jour sur le mémoire de M. Bassi (de Lodi).

Après une courte discussion sur la question de savoir si, le rapport de M. Rai-

kem étant un *rapport verbal*, il y a lieu ou non d'en faire la publication dans le BULLETIN, la proposition de passer à l'ordre du jour sur le mémoire de M. Bassi est adoptée.

L'Académie décide ensuite que le rapport de M. Raikem sera inséré dans le BULLETIN.

NOTE RELATIVE A UN REMÈDE PROPHYLACTIQUE DU CHOLÉRA, transmise à l'Académie par le gouvernement; par M. MASSART. — Rapport de la deuxième section sur ce travail.

(M. LEQUIME, rapporteur.)

Dans une note *à parte* jointe à une lettre adressée au roi par M. le docteur Massart, de Napoléon-Vendée (France), au sujet de la découverte qu'il croit avoir faite d'un remède prophylactique du choléra, ce médecin formule les données fondamentales de ses investigations qui l'ont conduit à cette conclusion :

Que l'affection arsenicale étant analogue, similaire, congénère de l'affection cholérique, l'arsenic doit être le substitutif, le spécifique du choléra.

La forme pharmaceutique du remède à laquelle il a donné la préférence est l'arséniate de potasse dont il indique avec détail la formule et les doses en raison des âges et des diverses circonstances qui doivent en régler l'administration.

La prétendue découverte de M. Massart n'étant basée que sur des assertions et de simples hypothèses, M. le rapporteur propose de passer à l'ordre du jour. (Adopté.)

NOTE SUR LA SÉPARATION DES DOIGTS PALMÉS ET SUR UN NOUVEAU PROCÉDÉ ANAPLASTIQUE DESTINÉ A PRÉVENIR LA REPRODUCTION DE LA DIFFORMITÉ; par le docteur A. DIDOT (de Liége), membre titulaire.

Il n'est pas rare de rencontrer des sujets présentant une réunion congéniale ou accidentelle d'un ou de plusieurs doigts de chaque main : les annales de la science en ont enregistré plusieurs exemples, et nous en trouvons surtout un remarquable dans l'histoire de l'Académie des sciences de 1727. Je connais un jeune homme affecté de cette infirmité congénitale aux deux mains, et qui n'a pu être guéri par l'opération, quoiqu'elle ait été pratiquée par l'un des chirurgiens dont la Belgique s'honore à tant de titres : la cicatrisation vicieuse maîtrisa tous les effets de disjonction, et l'infirmité se reproduisit. Il y a quelques mois, j'ai vu avec MM. Seutin, Graux et Limauge, un enfant qui avait les deux mains tellement palmées et recoquillées, que c'est à peine si l'on pouvait faire pénétrer le bout de l'indicateur dans la fossette que représentait la paume à l'intérieur de cette main hursiforme. J'ai enfin connu une famille où tous les enfants étaient sex-digitaires et avaient deux ou trois doigts palmés plus ou moins complétement : j'en ai opéré trois avec succès.

Cette réunion congéniale ou accidentelle des doigts se présente sous un double aspect : elle est *intime* et *immédiate*, en sorte que les doigts sont collés les uns aux autres, ou bien *médiate* et plus ou moins *lâche*, selon que les deux expansions cutanés qui se portent d'un doigt à l'autre, se prêtent à quelques mouvements élastiques. Du reste, quel que soit le mode de réunion, il en résulte et de la difformité et une grande gêne dans les fonctions confiées aux doigts.

La difformité et la gêne sont marquées, surtout lorsque les doigts palmés sont le résultat d'une brûlure, d'une cicatrisation vicieuse ou d'une accident quelconque. Dans ce cas, le tissu inodulaire qui remplace les téguments se prête mal à une restauration quelconque, et l'on est trop souvent obligé d'abandonner au temps le soin d'améliorer la position du patient.

On remédie à ces inconvénients par une opération bien simple, disent les auteurs; mais l'expérience a prouvé que cette opération si simple échoue le plus souvent, et que le développement du tissu cicatriciel lutte victorieusement contre tous les efforts que l'on fait pour tenir séparés des organes qu'il finit bientôt par rapprocher de nouveau. Ce fait si remarquable est peu étonnant pour les chirurgiens qui ont constaté la puissance de rétraction et les envahissements du tissu cicatriciel; néanmoins il parle assez haut pour nous obliger à modifier en conséquence nos procédés opératoires, et pour nous engager à chercher les moyens d'éviter des résultats aussi fâcheux.

On a conseillé de faire passer un bistouri entre les doigts palmés, d'avant en arrière ou d'arrière en avant, et de les séparer l'un de l'autre. M. Morel-Lavallée vient de recommander de diviser la double épaisseur de la peau, par deux incisions successives, l'une à la face dorsale, l'autre à la face palmaire de la main, afin d'obtenir une séparation plus régulière des deux côtés. Mais cette première opération ne suffit point, et l'on se tromperait étrangement si l'on croyait que l'on peut après elle attendre la guérison. La destruction de la cloison n'est que la moindre partie du traitement, et comme il est d'ordinaire impossible de tenter la réunion immédiate de la double plaie que l'on a produite, il s'ensuit que la cicatrisation se fait longtemps attendre, et que l'on voit les deux côtés de la plaie se réunir de nouveau insensiblement, de la racine vers la pulpe des doigts, si on ne parvient pas à y mettre obstacle. Il est même à remarquer, dit M. Velpeau, que des plaques de charpie, des lames de plomb, des rubans d'emplâtre, des bandages de toute sorte, maintenus comme corps étrangers entre les deux doigts qu'on tient isolés, luttent souvent en vain contre cette tendance à une agglutination nouvelle.

Les récidives étaient si fréquentes, il y a peu de temps encore, que l'on était à peu près convenu de ne plus tenter cette opération, quand Rudtoffer songea à faire précéder la séparation des doigts, par l'établissement d'une ouverture bien organisée à la racine de chacun d'eux. A cet effet, il introduisait à travers la membrane de réunion une aiguille assez forte qu'il faisait suivre par un fil de plomb; les extrémités du fil étaient tordues séparément, et il laissait ce plomb à demeure jusqu'à ce que le trajet qu'il parcourait fût organisé comme cela a lieu pour les oreilles percées. Lorsque les bords de l'ouverture étaient cicatrisés, il songeait seulement à remplacer le plomb par un bistouri boutonné, et il complétait la division. Zeller et Crimer ont taillé un petit lambeau sur le dos de la main, et l'ont ramené entre les doigts vers la face palmaire pour obtenir un angle solide et non suppurant à la base de la division.

Enfin M. Velpeau trouva une dernière modification, qui consiste à placer dans la partie la plus reculée de la cloison interdigitale, trois ligatures d'attente, une au milieu et une de chaque côté, avant de faire agir l'instrument tranchant; il divise ensuite la cloison anormale jusqu'à 2 lignes des points traversés par les fils, s'empare successivement de chacun d'eux, et en fait trois points de suture simple.

Toutes ces modifications sont ingénieuses et utiles sans aucun doute; néanmoins elles ont peu influé sur le résultat ordinaire de l'opération, et l'on a continué à compter bon nombre d'insuccès. Cela vient de ce que, dans la généralité des cas, il y a impossibilité absolue de réunir la plaie immédiatement, et aussi de ce que l'on ne parvient pas à rompre la ligne suppurante dont la continuité favorise si énergiquement les envahissements du tissu cicatriciel. Détruisez cette continuité, remplacez la ligne suppurante par des tissus sains, et la guérison ne se fera pas attendre.

Mon attention s'était plus d'une fois fixée sur ce point de thérapeutique chirurgicale, lorsque je fus consulté par une jeune fille de la campagne qui avait les quatre doigts de la main gauche palmés jusqu'au milieu de la deuxième phalange, et qui désirait vivement être débarrassée de cette infirmité congénitale. Le tissu de la cloison interdigitale était dense et serré au point de rendre les quatre appendices solidaires l'un de l'autre; cependant cette circonstance n'avait pas empêché la jeune fille de se livrer aux plus rudes travaux, ainsi que l'attestaient les callosités palmaires. Je commençai par conseiller le repos de la partie et de fréquentes immersions dans l'eau chaude, afin de ramollir ces tissus épaissis, et les rendre ainsi plus aptes à contracter de nouvelles adhérences. Au bout de quelques semaines, je pratiquai l'opération de la manière suivante sur l'intervalle qui sépare le petit doigt de l'annulaire et sur celui qui sépare l'index du médius. Vous verrez tout à l'heure que j'avais intérêt à ménager l'intervalle du milieu afin de ne pas affaiblir les tissus que j'allais transplanter.

Sur la face dorsale du petit doigt et sur la ligne médiane, je pratiquai une incision qui s'étendait de l'extrémité du pli palmé jusque vers le milieu du diamètre longitudinal de la première phalange. De ce point, je fis partir une deuxième incision perpendiculaire à la première, et prolongée jusqu'au côté interne de l'annulaire. Une troisième incision, perpendiculaire encore à la première, partit du sommet de la cloison interdigitale, se rendait aussi vers l'annulaire, et avivant le bord libre de la membrane anormale; de sorte que ces trois incisions représentaient deux angles droits ainsi disposés ⌐. Je disséquai ce lambeau du petit doigt vers l'annulaire et lui laissai le plus d'épaisseur qu'il me fut possible. Je taillai ensuite un lambeau semblable, mais dans un sens inverse, sur la face palmaire du doigt annulaire. Une incision partant d'une ligne et demie au delà du pli de la première phalange, empiétant par conséquent sur la paume de la main, descendit sur la ligne médiane de ce doigt, et s'arrêta aux confins de la cloison; deux autres incisions perpendiculaires à la première, circonscrivirent le lambeau dans des proportions égales à celles du lambeau dorsal, de sorte que je n'eus plus qu'à diviser quelques brides celluleuses pour détruire les rapports qui avaient uni les deux doigts depuis la naissance. Pour compléter l'opération, il me restait à enter les téguments détachés sur les endroits où je voulais les fixer. Je commençai par le doigt annulaire dont je recouvris tout le côté interne; mais il s'en fallut de près d'une ligne que j'eusse assez d'étoffe pour combler le vide, surtout au niveau des articulations. Je ne m'arrêtai pas à cette difficulté et fixai le lambeau tel qu'il était avec de petites bandelettes de sparadrap. Je fus plus heureux pour le petit doigt, car les téguments empruntés à la face palmaire de l'annulaire suffirent pour recouvrir toute la plaie. Je les fixai au moyen de trois petites épingles sur lesquelles je nouai un fil double, et n'eus plus à m'occuper que de la commissure interdigitale. Je me contentai d'y passer une petite aiguille armée d'un fil, et pratiquai un seul point de suture qui suffit pour donner à la commissure une disposition convenable.

Pour l'indicateur et le médius, je procédai différemment, afin de ménager la pulpe du premier de ces doigts. Je fis une première incision sur la ligne médiane de la face palmaire du médius, dans une étendue égale à celle de la cloison anormale. Sur cette première incision, j'en fis tomber perpendiculairement deux autres dirigées jusqu'au bord interne de l'indicateur, et circonscrivis, comme je l'avais fait précédemment, une languette de téguments que je détachai du médius. A la face dorsale de l'indicateur, je taillai un lambeau de pareilles dimensions que je relevai vers le côté externe du médius; puis j'appliquai chaque parcelle de peau sur le doigt auquel elle restait adhérente.

Cette fois encore je me trouvai en défaut, et il resta un ruban d'environ une ligne de largeur, qui ne put être recouverte de peau saine. Des bandelettes agglutinatives fixèrent les deux lambeaux; puis je passai deux petits points de suture à l'origine de la commissure et obtins en cet endroit un affrontement parfait.

Le but que je me proposais était atteint, c'est-à-dire que j'étais parvenu à réunir exactement le pli de la base des doigts, tandis que j'avais brisé complétement la continuité de la ligne de suppuration future. Il me restait, à la vérité, trois plaies longitudinales dans le sens de l'axe des doigts; mais ces plaies n'avaient aucune communication entre elles, et ne pouvaient donner lieu à une nouvelle agglutination de ces organes. Mes prévisions ne furent point trompées, et au bout de quinze à dix-huit jours toutes les solutions de continuité étaient

comblées; il ne restait que des cicatrices linéaires, les téguments ayant cédé à l'attraction du tissu inodulaire et contracté des adhérences solides.

Deux mois plus tard, je renouvelai l'opération pour l'intervalle qui sépare le médius de l'annulaire, et je fus aussi heureux.

L'opération, telle que je la pratique, présente certaines difficultés qu'il est bon de connaître, afin de ne pas être pris au dépourvu. D'abord la dissection des téguments empruntés à la face palmaire des doigts est difficile et laborieuse, à cause de la texture même des parties. Il faut donc procéder avec précaution et ne pas trop appauvrir le lambeau. En second lieu, on s'exposerait à faire couler beaucoup de sang si l'on n'avait la précaution de faire comprimer par un aide les artères radiale et cubitale; pour cela il suffit de confier à une personne intelligente le soin de fixer le poignet. Quand on opère sur la face palmaire, cette personne comprime les deux vaisseaux avec le pouce de chaque main, et quand on opère sur la face dorsale, elle intercepte le sang avec la pulpe des trois premiers doigts appliquée sur le trajet des vaisseaux. Enfin l'opération est par elle-même très-douloureuse, en raison des parties que l'on divise; il est donc bon de recourir à l'anesthésie chloroformique avec la prudence que cet agent réclame.

Il se pourrait que, dans les premiers temps, la transplantation de peau d'un doigt sur l'autre donnât lieu à quelques erreurs de sensations, ainsi que cela a été remarqué pour certaines opérations autoplastiques; mais je m'expliquerais mal la persistance d'un effet aussi singulier, puisque les nerfs auraient été bien coupés et séparés du tronc par lequel ils communiquent avec le cerveau.

Le procédé opératoire que je viens de décrire conviendra surtout lorsque la syndactylie sera lâche et médiate, lorsque l'opérateur pourra disposer de lambeaux assez étendus pour recouvrir toute la dénudation digitale; car alors la réunion pourra se faire immédiatement et complétement. J'ai réussi dans un cas difficile où les tissus étaient denses et serrés; d'autres seront sans doute aussi heureux que moi, et ne seront pas arrêtés par la crainte que manifeste M. Velpeau de voir les téguments se gangrener. Ce procédé mérite en outre d'être essayé de nouveau, puisque le même auteur déclare que le manque de téguments sur *tout ce côté* des doigts est une cause d'insuccès contre laquelle il ne connaît rien d'efficace.

A la suite des opérations autoplastiques, on emploie souvent les affusions froides, afin de modérer la réaction inflammatoire. Dans le cas qui nous occupe, je les ai négligées, parce que je tenais à ne pas contrarier le mouvement organique qui amène l'exsudation plastique, indispensable pour que la restauration des parties et leur agglutination se fassent promptement. Je n'ai eu qu'à m'applaudir de cette conduite, et je crois qu'en pareille circonstance on fera bien d'user sobrement des réfrigérants.

NOTE SUR UN NOUVEAU TIRE-BALLE; par le docteur A. DIDOT (de Liége), membre titulaire.

Messieurs,

J'ai l'honneur de soumettre à votre appréciation un nouveau *tire-balle* que je viens de faire construire par notre habile fabricant d'instruments de chirurgie, M. Bonneels jeune (de Bruxelles). Ce tire-balle, établi sur des principes tout à fait opposés à ceux qui ont guidé Percy lorsqu'il a fait construire le sien, me paraît répondre plus directement aux vues du chirurgien, tout en présentant des conditions de simplicité, de puissance et de sécurité que l'on ne rencontre pas dans les appareils anciens.

Mais, dira-t-on peut-être, ce ne sont ni les instruments ni les procédés qui manquent en chirurgie, et le besoin de nouveaux appareils ne paraît pas se faire sentir. Plût au ciel, messieurs, que cette objection fût fondée; nous ne serions pas aussi souvent arrêtés par de sérieuses difficultés. Mais au lieu de cela, que trouvons-nous en réalité? Nous sommes forcés de convenir que notre luxe d'instruments et la multiplicité des procédés sont loin d'être de la richesse de bon aloi: le plus souvent, au contraire, ce sont des oripeaux qui dissimulent mal notre pauvreté, et nous font croire à des ressources qui nous échappent lorsque l'occasion de les utiliser se présente. Cette manière de voir est et peut paraître étrange, je le sais bien; mais elle est passée chez moi à l'état de conviction, car je crois fermement qu'il reste beaucoup à faire en chirurgie, et que l'esprit d'invention ou de perfectionnement trouvera longtemps encore à s'exercer, avant que notre art soit débarrassé du bagage d'inutilités qui encombre sa marche.

L'idée première du tire-balle que j'ai l'honneur de vous soumettre est empruntée à l'un des nombreux instruments que la chirurgie doit au génie de l'un de nos plus illustres collègues: c'est la *curette* articulée de l'honorable M. Leroy-d'Étiolles qui me l'a inspirée.

Vous savez, messieurs, que M. Leroy-d'Étiolles a fait construire cette curette pour extraire les petits calculs arrêtés dans le canal de l'urètre. Sa forme plate, son peu de volume, permettent de l'insinuer facilement entre la pierre et le canal, et une fois qu'elle est coudée derrière le corps étranger, celui-ci ne peut plus échapper et doit suivre le mouvement de sortie de l'instrument, à moins que des inégalités ou des angles ne rendent cette extraction trop laborieuse ou trop douloureuse. Pour remédier à cet inconvénient, M. Dubowiski (de Moscou), a joint à la curette un foret contenu dans une gaîne, qu'il porte jusque sur le fragment appuyé et fixé par la curette.

Ce que MM. Leroy et Dubowiski ont fait pour les calculs urétraux, j'ai voulu le faire pour les projectiles lancés par les armes à feu, et j'ai quelques raisons de croire que mon idée ne sera pas tout à fait sans utilité pratique: vous allez en juger.

Le tire-balle le plus parfait que nous ayons est le *tribulcon* de Percy; vous le connaissez. Vous savez que le même instrument comprend le tire-balle proprement dit, la curette et le tire-fond; mais il offre des inconvénients de plus d'un genre:

1° D'abord les deux branches, articulées à environ 5 pouces de leur extrémité, sont tenues réunies par un *cliquet* tournant qui dépasse de plusieurs lignes le niveau de l'instrument. Cette disposition, favorable pour séparer les deux branches, pour permettre de les employer isolément, ou pour faciliter leur introduction successive dans une plaie étroite, devient un obstacle à la manœuvre lorsqu'il faut rechercher les projectiles à 5 pouces et plus de profondeur; car le cliquet inflexible s'oppose à la pénétration de l'instrument et en annihile les effets.

2° Pour saisir la balle, il faut nécessairement écarter les branches du tribulcon de façon à ouvrir les angles creux dans une étendue égale au diamètre du projectile qui correspond à l'instrument. Or, comme chacune des cuvettes qui constituent ces angles possède par elle-même une épaisseur d'une ligne et demie environ, et comme en outre les balles sont ordinairement déformées lorsqu'elles ont parcouru un certain trajet, il s'ensuit que cet écartement devra parfois être porté assez loin, que l'on sera obligé de distendre la plaie, de tirailler et de contordre des tissus ordinairement gonflés, toujours endoloris, et que l'on ne parviendra à saisir le projectile qu'après de longs tâtonnements et après avoir torturé le patient: c'est ce que savent tous les chirurgiens militaires. Cette manœuvre est donc pénible pour l'opérateur, douloureuse et dangereuse pour le blessé. L'inflammation consécutive peut lui emprunter des éléments d'exacerbation, et l'on a vu plus d'une fois des hémorrhagies redoutables se produire alors qu'une artère un peu importante se trouvait compromise dans le trajet suivi par le projectile.

3° On n'arrive pas toujours à la balle, ou bien son extraction ne peut avoir lieu par le tire-balle proprement dit. Dans ce cas, il faut retirer l'instrument, le désarticuler, et essayer d'amener au jour le corps étranger avec la curette. Les chirurgiens savent si la chose est aussi facile qu'on serait disposé à le croire. On échoue encore, il faut retirer la curette et recourir au tire-fond, parce que la balle est enchâssée dans un os!

Vous comprenez, messieurs, tous les désavantages de cette manière d'agir, et tous les dangers qui doivent en résulter pour les blessés. Je me suis donc proposé de réunir tous ces actes en un seul, de produire tous ces effets d'un seul coup, en ménageant les tissus labourés par la balle, et c'est le résultat de cet essai que j'ai l'honneur de vous soumettre. M. Bonneels jeune a saisi ma pensée avec cette intelligence que vous lui connaissez, et a construit l'appareil dont je vais expliquer le mécanisme.

MM. Leroy et Dubowiski ont adapté à leur lithotriteur urétral une *poignée* et une *vis de pression* pour unir et fixer solidement le tout: j'ai négligé ces organes mécaniques qui sont parfaitement inutiles, puisque l'instrument possède par lui-même assez de résistance pour supporter un effort même plus considérable que celui qui accompagne l'extraction des projectiles.

Ce tire-balle se compose de deux pièces séparées qui se mettent en rapport au moyen d'une coulisse en queue d'aronde. L'une de ces pièces est la *curette articulée* de M. Leroy; seulement j'ai dû lui donner des dimensions trois ou quatre fois plus considérables, afin de l'approprier à sa nouvelle destination. Cette curette est formée d'une canule plate à l'extrémité de laquelle est fixé par une charnière un demi-disque creux et hérissé d'aspérités à sa partie concave. Une tige qui parcourt toute la longueur de la canule et se termine par quelques pas de vis à l'extérieur, la fait mouvoir; suivant que cette tige est poussée ou tirée, la curette se coude ou se redresse. La seconde pièce est une canule droite, dans l'intérieur de laquelle se meut le tire-fond, au moyen de quelques pas de vis pratiqués à portée de l'anneau qui sert de poignée.

Voici maintenant comment on peut utiliser les dispositions de cet appareil. Pour s'assurer de la présence d'un projectile dans la profondeur des tissus, on emploie d'ordinaire un stylet ou une sonde mousse. La curette de mon instrument remplace tous les outils explorateurs, de sorte que l'on n'est obligé qu'une seule fois d'introduire l'appareil qui explore et extrait du même coup. Sa forme mince et arrondie permet de l'employer à la recherche des corps étrangers, qu'il vient heurter tout aussi facilement que le stylet le plus délié. Cette première notion obtenue, il suffit, pour achever les tractions, d'insinuer la curette derrière le projectile en passant par un de ses côtés, de couder l'ongle terminal et d'agir *à tergo*. Par cette simple manœuvre, on peut, dans la généralité des cas, parvenir à extraire une balle; mais il est des circonstances où la puissance doit être plus composée, où l'on doit saisir le projectile d'une manière fixe et invariable pour le dégager: c'est le résultat que j'obtiens en faisant agir la deuxième pièce de mon tire-balle.

Lorsque la curette est engagée dans la plaie, et que l'onglet est relevé derrière la balle de manière à lui interdire tout mouvement de recul, j'engage dans la rainure à queue d'aronde qui est ménagée le long de la canule la tringle triangulaire qui est soudée à la canule du tire-fond, et je pousse celui-ci jusque sur la balle elle-même, qui est saisie en avant et en arrière; puis je donne deux ou trois tours à la vis du tire-fond, qui s'enfonce dans la balle et la fixe d'une manière ferme et stable. Alors je suis maître du corps étranger, et je puis le dégager sans peine. Si par hasard je remarque que l'appareil ainsi établi présente trop de volume pour que l'extraction se fasse aisément, je le réduis à sa plus simple expression. Deux tours de vis sur l'écran de la curette redressent l'onglet terminal; puis je retire la branche entière de cette curette, en laissant la balle fixée sur le tire-fond, qui suffit à lui seul pour retirer ensuite le projectile.

Lors de notre dernière séance, j'ons l'honneur de faire voir cet instrument à l'honorable M. Leroy-d'Étiolles, en lui faisant hommage de l'idée première que j'en avais eue; il m'apprit, chose que j'ignorais complétement, qu'il avait lui-même appliqué la curette articulée à l'extraction des projectiles, mais qu'il n'avait jamais songé à réunir dans un même instrument l'action du tire-fond

pénétrant par l'avant, tandis que la curette fournissait point d'appui par derrière.

Vous le voyez, messieurs, je tiens par-dessus tout au *cuique su m*; j'ai tâché d'être l'historien exact; c'est à vous de décider si j'ai réussi à devenir modificateur heureux.

MOTION D'ORDRE.

M. CRANINX, se fondant sur ce qu'il existe en ce moment en Belgique une épidémie de variole dont presque toutes les localités sont infectées, demande que le bureau écrive à M. le ministre de l'intérieur pour le prier, au nom de l'Académie, de s'occuper le plus tôt possible de la mise à exécution des mesures, qui ont été proposées dans les différents rapports qu'il a lus aujourd'hui.

Cette proposition est mise aux voix et adoptée.

COMITÉ SECRET.

A deux heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

Dans ce comité, l'Assemblée a pris les résolutions suivantes :

1° Aucun discours écrit ne sera admis dans les discussions; les orateurs ne pourront se servir que de notes.

2° Aucun discours oral ayant trait à une discussion ne pourra durer plus d'une demi-heure. Dans le cas où l'orateur croira, après l'expiration de la demi-heure, avoir encore des arguments à produire, il demandera l'autorisation de continuer; l'Académie décidera si la parole doit lui être continuée ou retirée.

3° Ces mesures d'ordre intérieur seront mises à exécution à partir de la prochaine séance de l'Académie.

La séance est levée à trois heures.

BIBLIOGRAPHIE.

RAPPORT DE LA COMMISSION CRÉÉE PAR LE ROI DE SARDAIGNE POUR ÉTUDIER LE CRÉTINISME. — Un volume in-4° accompagné d'une très-belle carte. — Compte rendu analytique et critique, par le docteur MARC D'ESPINE (de Genève).

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

Pour achever cette description, il reste à dire quelques mots des maladies auxquelles les crétins sont plus spécialement sujets et des états maladifs qu'on a quelquefois confondus avec le crétinisme et qui cependant en diffèrent suffisamment pour qu'il soit facile de les distinguer en portant quelque attention aux signes différentiels.

Les crétins, chose assez remarquable, sont rarement malades, ils sont peu soumis aux petites incommodités qui affligent l'espèce humaine en général; ils surmontent facilement les maladies de l'enfance et jouissent d'une certaine immunité quant aux influences épidémiques. Les alternatives atmosphériques ont peu de prise sur eux; ils restent pour ainsi dire impassibles aux causes morbifiques ordinaires. Sous ce point de vue ils offrent un point d'analogie avec les sourds-muets, car j'ai fait précisément les mêmes remarques sur ces derniers. Depuis quatorze ans que je suis médecin de l'institut des sourds-muets du canton de Genève, j'ai été constamment frappé de la rareté des maladies aiguës parmi eux. Ce n'est pas une raison, du reste, pour confondre le crétinisme avec la surdi-mutité, car nous verrons tout à l'heure que ces deux états constitutionnels sont distincts.

Mais si les crétins sont peut-être moins sujets que d'autres aux maladies et indispositions accidentelles, il est d'autre part des états pathologiques auxquels ils sont plus particulièrement soumis; et en première ligne, il faut signaler *le goître*. D'après les tables dressées par la commission, un bon tiers de crétins est muni d'un goître souvent très-volumineux. Plusieurs enfants prédisposés à devenir crétins naissent avec un rudiment de goître. D'autre part, il faut remarquer qu'il y a des crétins complets entièrement privés de goître, et que le degré du crétinisme n'est pas toujours proportionnel au volume du goître; qu'enfin on rencontre d'énormes goîtres chez des individus qui n'offrent aucun indice de crétinisme. Aussi doit-on constater que le goître est un symptôme seulement concomitant du crétinisme; et tout ce qu'on peut dire, c'est que les circonstances atmosphériques et géographiques qui prédisposent au crétinisme, prédisposent également au goître, sans qu'il soit loisible de faire de l'un et de l'autre une seule et même entité pathologique.

Le goître est quelquefois congénial, d'autres fois l'enfant n'apporte que la prédisposition à le contracter; en général c'est vers la puberté qu'il prend son plus fort développement. Chez les femmes, qui y sont beaucoup plus sujettes que les hommes, c'est à la première grossesse que le goître se développe surtout. Il frappe quelquefois des familles entières, et en épargne complétement d'autres; il est ordinairement héréditaire, surtout par les mères. Le goître est un développement de la glande tyroïde qui souvent subit à un âge avancé la dégénération cartilagineuse. Il est quelquefois libre et pendant en quelque sorte; d'autres fois il est plus profond et alors moins apparent, et dans ce cas il comprime assez la trachée pour déterminer une respiration sifflante et même l'asthme.

Les crétins sont aussi assez sujets à l'épilepsie et à l'éclampsie, quoique ces états morbides n'aient par eux-mêmes aucun effet sur le développement du crétinisme dont ils ne sont que des accidents possibles, dans le cas surtout où le crétinisme est accompagné de l'hydrocéphalie chronique.

On a signalé aussi quelquefois des accès de manie furieuse survenant chez certains crétins.

Les hernies sont assez fréquentes chez les crétins. Enfin, les médecins qui pratiquent dans les vallées qui avoisinent le Pô, à Reverolles, par exemple, ont constaté que le crétinisme peut s'associer avec la pellagre, ce qui réduit à néant l'idée qui a été émise d'un antagonisme entre ces deux états pathologiques.

Les infirmités qu'on est le plus souvent porté à confondre avec le crétinisme sont : la surdi-mutité, le rachitisme, les scrofules et enfin l'imbécillité ou l'idiotisme; mais avec quelque attention on arrive facilement à distinguer et séparer le crétinisme de tous ces états. Le sourd-muet ne parle pas parce qu'il n'entend pas, et son intelligence est telle qu'il supplée au langage par des signes et parvient à lire, écrire et calculer. Le crétin, alors même qu'il entend, ne parle pas par suite de son incapacité intellectuelle, et il n'est aucunement susceptible d'arriver par l'éducation aux opérations intellectuelles dont le sourd-muet est capable Tout ce qu'on peut dire en faveur d'un rapprochement entre ces deux états constitutionnels, c'est que les pays où l'on trouve des crétins renferment assez de sourds-muets, et que même certains crétins sont sourds-muets. — Quant au rachitisme, c'est une disposition spéciale, un ramollissement du système osseux qui se rencontre rarement chez les crétins; d'autre part, les rachitiques ont une vivacité d'esprit, une grâce et une facilité à s'énoncer qui les distingue entièrement des crétins. — Un état scrofuleux très-prononcé offrirait plus de traits de vraisemblance avec le crétinisme; aussi l'opinion qui fait du crétinisme une variété spéciale des scrofules n'est-elle pas dénuée de ressemblance. Mais alors les caractères distinctifs sont plus que suffisants pour distinguer très-nettement le crétinisme de toute autre forme de scrofules. Le scrofuleux a la tête grosse et saillante en arrière, là où elle est aplatie chez les crétins. Le premier a la peau blanche, rosée, son visage offre une rondeur gracieuse; le second a une peau sèche, jaune olivâtre, son visage est anguleux. C'est la lèvre supérieure qui est grosse et empâtée chez les scrofuleux, tandis que ces caractères appartiennent à la lèvre inférieure chez le crétin. Enfin, les scrofules confirmés sont un état maladif qui entraîne un certain nombre de désordres fonctionnels, tandis que le crétinisme confirmé peut se combiner avec un état de santé complet.

L'imbécillité ou l'idiotisme est ordinairement le résultat d'une maladie cérébrale et n'est pas comme le crétinisme un état congénial. Dans ce cas il s'agit d'une maladie de cerveau, tandis que chez le crétin le cerveau n'est pas malade, mais il n'a pas pris son développement normal.

Pour terminer cette description succincte du crétinisme, disons quelques mots de l'anatomie pathologique. La commission n'a reçu de notes nécroscopiques que de cinq médecins qui paraissent n'avoir ouvert qu'un seul crétin chacun. Malgré ce petit nombre, si les descriptions fournies eussent été suffisamment complètes et exactes, la commission en aurait pu tirer une histoire anatomo-pathologique du crétinisme d'une certaine valeur; mais malheureusement les renseignements laissent beaucoup à désirer à cet égard. Ainsi, les os du crâne sont très-épais d'après deux auteurs, tandis que les trois autres oublient de rien indiquer sur ce point. Deux auteurs signalent le petit volume du cerveau, et les trois autres n'en disent rien. La consistance du cerveau est notée par quatre médecins, dont l'un le trouva induré, deux ramolli et un induré dans un hémisphère et ramolli dans l'autre (chez un crétin hémiplégique); cette consistance n'est pas notée par le cinquième. Un seul signale la rareté de la substance grasse, un seul la présence de la sérosité dans les ventricules chez un crétin mort (il est vrai) d'ascite. Un seul indique le peu de proéminence des corps striés et des couches optiques, des éminences mamillaires; trois parlent des sinus de la dure-mère, l'un les ayant trouvés gorgés de sang, un autre offrant des traces d'inflammation, le troisième peu apparent. Un seul parle des anfractuosités cérébrales qu'il a trouvées peu profondes; un seul des pédoncules cérébraux qu'il a estimés plus grêles que dans l'état normal; un seul du pont de Varole qu'il trouve moins couvert de filaments nerveux que d'ordinaire; un seul des nerfs de la vie de relation qu'il a trouvés indurés. La moelle allongée a été trouvée mince, presque dépourvue des éminences pyramidales et olivaires et ramolli par un seul; et la moelle épinière est indiquée saine par un autre, tandis qu'il y a silence complet sur ces deux points dans les trois autres descriptions. La petitesse du cervelet n'est indiquée qu'une fois, et sa surface lisse

non sillonnée, sa division en un nombre moindre de lamelles aussi une seule fois, tandis que les autres ne mentionnent en aucune façon le cervelet. Enfin, on n'indique qu'une seule fois non plus le petit calibre des artères basilaires et vertébrales, les bosselures de la colonne épinière et l'amincissement des os des membres dans leur corps, tandis que leurs extrémités sont hypertrophiés. — Et cela dit, me voici arrivé au bout du narré complet de tous les détails nécroscopiques fournis par les cinq médecins. Il faut avouer qu'il n'y a pas là de quoi jeter un grand jour sur l'anatomie pathologique du crétinisme. Ajoutons que les détails d'anatomie, eussent-ils été plus complets, n'auraient suffi qu'à la condition d'être accompagnés de renseignements suffisants non-seulement sur la maladie terminale des sujets, mais encore sur leurs dispositions maladives pendant toute leur vie; car il est évident que si tel crétin était épileptique, cet état morbide pourrait à lui seul expliquer plus que le crétinisme telle ou telle disposition des organes encéphaliques, etc. Mais, disons-le, la commission a si bien senti que sur ce point ses documents laissaient beaucoup à désirer, qu'elle a jugé bon de les compléter en donnant un résumé des faits nécroscopiques que possède déjà la science sur ce point. Aussi a-t-elle recueilli les données fournies par Malacarne, Procbaska, Wort et Odet, Autenrieth, Ipbosen, Michaelis et Ackermann, Lambrais, Donati, d'Ammann, Schiffner, Rosch, enfin Guggenbühl et Valentin.

Ces divers auteurs ont fourni entre eux des renseignements fondés sur un total d'environ dix-huit autopsies de crétins où, il faut le dire, le même défaut de conformité dans les points étudiés se retrouve, avec cette différence cependant, que le champ de certains d'entre eux est plus étendu; c'est ainsi que Malacarne et Autenrieth ont fait chacun l'autopsie de trois crétins. Procbaska, Wort et Odet ont fait ensemble l'autopsie de cinq crétins. On retrouve ici le cerveau tantôt atrophié, tantôt de volume normal, tantôt endurci, tantôt manquant de consistance naturelle. Quelques auteurs ont aussi trouvé de la sérosité dans les ventricules; il est vrai qu'il s'est agi d'épileptiques ou de crétins maniaques. Schiffner seul signale l'épaisseur du crâne; l'atrophie du cervelet est aussi signalée par Malacarne et Prochaska. Le premier a aussi trouvé que les lamelles de cet organe, qui sont au nombre de 500 à 600 dans l'état normal, ne sont qu'au nombre de 200 à 300 chez les crétins. Les seuls faits signalés par les auteurs, et dont les médecins qui ont relaté des nécroscopies à la commission ne parlent pas, sont les suivants :

1° Le défaut de symétrie des deux lobes cérébraux observés par Guggenbühl et Valentin qui y mettent beaucoup d'importance trouvée une fois sur deux par Rusch et une fois sur trois par Autenrieth ;

2° L'aplatissement de l'apophyse basilaire, son horizontalité et la perpendicularité du trou occipital indiqué par Malacarne, Procbaska, Michaelis et Ackermann, tandis qu'Autenrieth et Ipbosen trouvèrent le contraire ;

3° La presque oblitération des trous déchirés qui livrent passage aux nerfs vague, glosso-pharingien et accessoire de Willis signalé uniquement par Malacarne ;

4° Enfin, la présence du sérum sur les surfaces encéphaliques signalée par Ackermann et la largeur des ventricules indiquée par Donati.

Du reste, les médecins cités, aussi bien que les auteurs du rapport, n'ont pas donné de grands détails symptomatiques sur les sujets dont ils ont rapporté les lésions anatomiques, en sorte que, soit cette circonstance, soit le défaut des détails exacts sur l'anatomie pathologique, soit le peu d'accord entre les divers faits relatés, permettent de dire, que si l'utilité pathologique du crétinisme est établie par la symptomatologie, les caractères anatomiques de cette affection ne sont point encore suffisamment connus.

Maintenant que nous sommes bien au courant de ce que c'est que le crétinisme, abordons les documents statistiques de la commission pour rechercher quelles sont les circonstances qui semblent la déterminer, et parmi ces circonstances étudions successivement celles qui sont inamovibles et tiennent aux influences naturelles, puis celles que l'influence civilisatrice peut modifier.

Influences topographiques et météorologiques.—Les États de terre ferme du royaume de Sardaigne sont composés d'une ceinture de montagnes qu'enceint par une grande demi-circonférence un noyau central uniquement formé de plaines. La ceinture de montagnes constitue le nord des États depuis la vallée de Dama d'Ossola jusqu'à la vallée d'Isoire, comprenant entre ces deux points toutes les Alpes valvito-italiennes, le mont Blanc, et toutes les vallées qui en descendent pour constituer la Savoie ; puis la chaîne de là se replie pour descendre directement au sud jusqu'aux Alpes maritimes en comprenant la vallée de Suze, de Pignerolle, de Saluce, le col de Tende et les vallées qui du mont Viso se dirigent vers la mer. Arrivé là, la ceinture montagneuse se replie encore brusquement pour se diriger vers l'orient et constituer cette chaîne ligurienne qui relie les Alpes avec les Apennins. Les divisions de Nice et de Gênes se partagent à peu près entièrement la chaîne ligurienne. Les plaines du Piémont, comprises dans ce fer-à-cheval sont occupées par les divisions de Turin, de Novarre et de Coni en grande partie et par la division d'Alexandrie tout entière.

D'après le recensement de 1838, les États de terre ferme renfermaient 4,125,740 habitants, dont environ la moitié peuplent la surface montagneuse du territoire et l'autre celle des plaines; quoique celle-ci ne forme guère plus du quart de la surface totale des États. L'enquête faite dans toute l'étendue des États a fourni à la commission un chiffre de 7,084 crétins. Ce chiffre doit être considéré comme inférieur à la réalité ; d'abord parce qu'il y a eu nécessairement quelque omission un peu partout, ensuite parce que certaines régions n'ont pas fourni de documents, en particulier la ville de Turin, et surtout la partie montagneuse de la division de Novarre, située entre le duché d'Aoste et le lac Majeur où il n'est pour ainsi dire pas signalé un seul crétin. Le docteur Guggenbühl, qui a fait une excursion en Piémont depuis l'enquête, m'a dit que par suite des renseignements qu'il a pris sur les lieux, il estime que deux ou trois mille cas au plus pourraient avoir échappé. Il y aurait donc 25 crétins pour 10,000 habitants dans les États de terre ferme, tandis que d'après le chiffre officiel il y aurait 17 crétins sur ce même nombre. Sur les 7,084 crétins recensés, environ 7,000, c'est-à-dire 35 pour 10,000 habitants appartiennent aux régions montagneuses et 84 aux populations des plaines, c'est-à-dire 4 crétins pour 100,000 habitants. Dans toutes les contrées où l'on trouve des crétins on rencontre en même temps des goîtreux ; les uns compliquent le crétinisme, de telle sorte que les trois cinquièmes des crétins recensés par la commission sont en même temps goîtreux ; les autres apparaissent chez des individus intelligents et qui n'ont du reste aucun symptôme de crétinisme. Le recensement des goîtreux n'a point été fait généralement, et on s'est borné à indiquer les goîtreux bien caractérisés de toutes les contrées exposées au crétinisme; c'est dans ce sens et dans cette limite qu'il faut entendre le chiffre de 21,841 goîtreux non crétins signalés par la commission. Or ces goîtreux se répartissent tout aussi irrégulièrement que les crétins entre les régions montagneuses et les centres de plaines du royaume ; 16 pour 100,000 âmes dans les plaines, et 100 pour 10,000 âmes, soit 1 p. 100 dans les montagnes. On voit déjà l'affinité marquée qui existe entre l'habitant des pays de montagne et le crétinisme, ainsi que le goître, ce qui de fait établit une affinité entre les deux états morbides.

Il y a plus, en considérant attentivement la belle carte des États de terre ferme annexée par la commission à son rapport (carte dans laquelle les villages et bourgs où existent des goîtreux sont soulignés en jaune, ceux affligés de crétinisme sporadique sont soulignés en vert, ceux envahis par le crétinisme endémique sont soulignés en bleu, et parmi ceux-ci les lieux où l'endémie crétineuse est considérable, sont soulignés en rouge), on remarque qu'il n'existe des goîtreux et des crétins que dans les vallées alpines, c'est-à-dire dans les portions septentrionales et occidentales de la ceinture de montagnes, que toute la chaîne ligurienne est exempte sauf la portion occidentale par laquelle elle se relie aux Alpes. Quelques vallées au nord de Nice et d'Oneille offrent des cas sporadiques de crétinisme et de goître, mais au delà, plus rien. Les vallées seules renferment les crétins et les goîtreux ; les habitants des plateaux élevés et des hauteurs alpines sont entièrement préservés, c'est une loi générale. Et parmi les vallées, celles qui tiennent aux Hautes, Basses-Alpes et Alpes maritimes, depuis Suse jusqu'à Nice, renferment, relativement à celles qui forment le front septentrional du royaume, infiniment moins de goîtreux et de crétins. C'est ainsi que sur les 7,084 crétins inscrits, 5,500, c'est-à-dire les quatre cinquièmes, appartiennent aux vallées de Savoie et du duché d'Aoste, et sur les goîtreux inscrits 13,000, c'est-à-dire plus des trois sixièmes se rencontrent dans ces mêmes vallées. Toutefois, quoique les goîtreux des diverses provinces comparés entre eux suivent à peu près la même loi que celle des crétins, de telle sorte que là où le crétinisme est le plus intense, là aussi les goîtreux sont les plus nombreux ; cependant on trouve une anomalie qu'il importe de signaler. C'est que le maximum des goîtreux se rencontre dans la vallée de la Maurienne, qui en compte à elle seule 4,329 ; il est vrai que cette vallée renferme aussi 1,418 crétins; mais le val d'Aost, qui en compte 2,480, et paraît être le principal foyer crétineux du royaume, n'est qu'au second rang pour les goîtreux et en compte 3,554. Mais si on songe que nulle part on n'a dénombré tous les goîtreux et qu'on s'est borné à noter les cas de gros goître, on peut comprendre que tel médecin ou curé ait pesé sa limite plus bas ou plus haut que tel autre, et qu'ainsi cette anomalie n'ait pas l'importance qu'elle paraît avoir au premier abord.

L'infection crétinique n'est point aussi généralement répandue dans la Savoie qu'elle l'est dans le duché d'Aoste; les vallées très-larges et les plaines de Savoie en sont presque exemptes, et si l'on compte sur toute la population savoisienne 60 crétins pour 10,000 habitants, c'est-à-dire trois fois plus de crétins que dans l'ensemble des États, il y a une grande différence d'une province à l'autre. C'est ainsi que dans le Génevois, dont le chef-lieu est Annecy, et qui est en grande partie formé de plaines, on ne compte que 1 crétin sur 10,000 habitants, tandis qu'en Tarentaise, pro-

vince encaissée dans les montagnes, on en compte 145, et en Maurienne, province formée d'une seule vallée étroite, on en compte 227 sur le même nombre d'habitants. Le duché d'Aoste seul dépasse cette proportion, et fournit 279 crétins pour 10,000 habitants, c'est-à-dire presque 3 crétins pour 100.

Il ressort décidément de ce qui précède que le crétinisme et le goître sont l'apanage des habitants des vallées alpines, et que l'intensité ainsi que le degré de généralité de ces infirmités est proportionnelle à l'étroitesse et à la profondeur des vallées. Toutefois cette loi n'est pas sans aucune exception, attendu que l'on observe des crétins et surtout des goîtreux dans les plaines qui environnent Saluces, tandis que certaines vallées dont la configuration est identique à celles qui fourmillent de crétins, telles que la vallée de Gressonney, dans le duché d'Aoste, ne renferment ni goîtreux ni crétins.

Quoique l'étroitesse de la vallée ait ordinairement une influence positive, on trouve quelques vallées larges, telles que celles de l'Isère, en Savoie, de Maira, de Varaita, de Stura, en Piémont, qui renferment beaucoup de crétins. La direction dans laquelle court la vallée n'est d'aucune importance; mais les vallées qui sont courtes et fermées brusquement à leur origine supérieure, de façon que le vent n'y souffle que dans une direction, comme cela s'observe dans les vallées secondaires, sont évidemment très-favorables au développement du crétinisme et du goître.

L'élévation du fond des vallées au-dessus du niveau de la mer, à laquelle de Saussure accordait une grande influence dans un sens de préservation, ne paraît point aussi importante à considérer que la hauteur relative des montagnes dont la base forme la vallée. De Saussure pensait qu'on ne rencontrait plus de crétins ni de goîtreux au-dessus de 3,000 mètres; mais nous trouvons que les villages de Montaimant-en-Maurienne, à 1,151 mètres au-dessus de la mer, de Braman, à 1,256, de Notre-Dame de Villard, à 1,304, d'Albiez-le-Jeune, à 1,384, d'Albiez-le-Vieux, à 1,566, sont tous plus ou moins affligés de crétinisme. Ce dernier compte même 90 goîtreux on crétins pour 1,000 habitants.

Si la direction du nord au sud ou de l'est à l'ouest des vallées est sans influence comme prédisposant au crétinisme, celle des vents régnants est tout aussi indifférente; mais ce qu'on remarque, c'est que les villages de crétins sont assez généralement placés dans les angles rentrants des vallées, dans les lieux où le vent tourbillonne sur place, au lieu de renouveler l'air par son passage. On remarque aussi qu'en général ces villages sont privés de la lumière solaire directe pendant plusieurs heures du jour, soit à cause de l'élévation perpendiculaire des montagnes voisines, soit à cause des arbres touffus au milieu desquels les habitations sont disséminées. Toutefois le défaut de suffisante insolation n'est point à lui seul une condition absolue pour le développement du crétinisme; car la colline qui domine la vallée d'Aoste est exposée en plein midi, reçoit en abondance les rayons du soleil, est presque entièrement dépourvue de touffes d'arbres, et se trouve fortement infectée de crétins, tandis que la montagne en face, dont la pente regarde le nord, qui est constamment à l'ombre, n'offre pas de crétins. C'est peut-être cette exception à la règle qui a porté de Saussure à considérer les villages exposés au midi comme particulièrement prédisposés au crétinisme.

Iphosen a signalé la moindre quantité d'électricité de l'air dans les vallées profondes, relativement aux plaines, comme une cause du développement du goître et du crétinisme. On a remarqué qu'il y avait moins de grêle dans les vallées, que l'électromètre y dénotait moins de tension électrique; mais une simple considération suffit pour réduire de beaucoup l'importance de cet élément étiologique, c'est que presque dans toutes les vallées où l'on trouve des villages garnis de crétins on rencontre dans les mêmes conditions électriques des villages entièrement préservés.

Certains auteurs ont aussi fait jouer un rôle important aux variations de température, parce que, dans plusieurs localités crétinisantes, on voit assez fréquemment dans une même journée d'été le thermomètre passer de —12° et 15° Réaumur au milieu du jour, à 0° le soir ou la nuit. Mais ces transitions sont tout aussi fortes sur les montagnes qui encadrent les vallées en question, et les vallées renferment des crétins, tandis que les stations élevées sur les montagnes n'en renferment point.

On a voulu aussi chercher une cause géologique au crétinisme. MM. Ferrari, Rendu, évêque d'Annecy, Billet, archevêque de Chambéry, attribuent aux dépôts chisteux entraînés dans les vallées par les eaux des montagnes une influence importante dans la production du crétinisme, et ils se fondent sur un fait avéré, c'est qu'en Savoie les crétins abondent, surtout là où les chistes finissent et où commencent les formations calcaires. Mais en étudiant le crétinisme hors de Savoie, en Suisse, par exemple, dans les Alpes Noriques, on trouve aussi bien des crétins sur les terrains de calcaire jurassique qu'ailleurs. D'autres attribuent au contraire le crétinisme aux dépôts calcaires. Entre ces deux hypothèses, les auteurs du rapport que nous analysons placent le fait des vallées de Logre et de Gressonnet, du duché d'Aoste, dont la nature géologique est parfaitement identique, et qui renferment, l'une beaucoup de crétins, et l'autre pas un seul, d'où ils concluent avec quelque raison que la nature du terrain n'a pas une influence décisive.

M. Ferrari pense que les lieux où le crétinisme est endémique offrent des animaux et des végétaux étiolés. Il se fonde sur ce que dans les vallées à crétins on est obligé de renouveler les semences de céréales et les races d'animaux domestiques. Mais il faut dire que cet usage est également établi dans les contrées où l'on ne rencontre pas un crétin; et d'ailleurs la végétation et la race bovine sont magnifiques dans le val d'Aoste qui abonde en crétins.

La dernière influence naturelle dont il nous reste à dire un mot est celle des eaux considérées sous le double point de vue des émanations et de la boisson. Les renseignements s'accordent assez à faire jouer aux émanations de ces eaux froides et neigeuses descendant avec fracas dans les vallées, y entraînant toutes sortes de détritus, et là s'épanchant, faute de digues, et stagnant dans les bas fonds des vallées, un rôle assez important au point de vue qui nous occupe. Près de la plupart des villages crétineux on remarque de semblables stagnations d'eaux, et dans les lieux où l'on a réussi à diguer les rivières et sécher les terres marécageuses, on a vu diminuer notablement les goîtres et les crétins.

Quant aux eaux potables, le chevalier Cantès, qui a fait un grand nombre d'analyses d'eaux, remarque que celles qui étaient bues dans les contrées crétineuses étaient très-chargées de sulfate et de carbonates calcaires, et manquaient d'iode et de brome. Toutefois il faut dire qu'à Saint-Vincent, dans le val d'Aoste, où l'on voit beaucoup de goîtreux et de crétins, l'eau potable est excellente, et qu'à Ivrée, où l'eau est très-mauvaise, il n'y a ni goîtreux ni crétins.

(La fin au prochain numéro.)

— Londres. — Parmi un petit nombre d'hommes distingués qui viennent d'obtenir le rang de chevaliers (*the honour of knighthood*), on cite deux de nos confrères éminents, sir Charles Hastings de Worcester et Dr (maintenant) sir Robert Carswell, médecin du roi des Belges.

Le docteur Hastings nous est connu par ses recherches sur l'inflammation, particulièrement par son Traité sur l'inflammation de la membrane muqueuse des poumons, 1820; on lui doit la création de la société d'histoire naturelle du comté de Worcester et la création d'un musée splendide. Mais le grand acte de la vie de Hastings et celui qui transmettra son nom à la postérité est la formation de l'association *provincial medical and surgical*. Depuis sa fondation en 1832, cette association a eu des réunions annuelles dans presque toutes les villes importantes d'Angleterre et a publié dix-sept volumes de transactions en outre des publications de son journal.

Carswell, le médecin et l'ami du roi des Belges, l'un des noms les plus distingués de la médecine anglaise, a publié avant le grand ouvrage de Rokitanski, son Anatomie pathologique, œuvre encore remarquable par l'exactitude des descriptions et des figures et qui lui avait valu la chaire d'anatomie pathologique du collége de l'Université.

— Société épidémiologique. — L'organisation de cette association fait des progrès réels. La nomination des vice-présidents et des membres de la commission est achevée. Le président est le docteur Babington. On pense que cette société commencera bientôt ses opérations.

— Académie de médecine orthodoxe a Rome. — Le pape vient d'établir une Académie de médecine orthodoxe, dans le but de combattre les doctrines sensualistes du siècle dernier et du nôtre. Il désire être le soutien et le protecteur de cette société, et la composera des médecins distingués par leur savoir et leur foi catholique.

— Le docteur Varini, haut fonctionnaire du gouvernement constitutionnel de Rome, vient d'être nommé membre extraordinaire du conseil supérieur de santé de Turin.

— A Modène, le gouvernement vient de créer des chaires d'hygiène, d'anatomie pathologique, de chimie organique, et un laboratoire de physiologie expérimentale.

— Le journal The Lancet publie les portraits et les biographies des médecins et des chirurgiens célèbres d'Angleterre. Sir Benjamin Brodie, William Chambers et G.-J. Guthrie ont eu tour à tour, dans différents numéros, les honneurs de cette illustration dans la presse médicale.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — DES COURANTS ÉLECTRIQUES DANS LES CORPS ORGANISÉS.

Le rôle de l'électricité dans l'accomplissement des actes organiques, rôle naguère encore si restreint, va s'agrandissant de jour en jour. Il ne s'agit plus de constater les effets d'un courant électrique artificiellement appliqué à la fibre musculaire; il ne s'agit plus même de démontrer simplement la présence de l'électricité dans tel ou tel organe en fonction ou la formation d'un courant sous l'influence de réactions chimiques s'opérant dans l'économie. M. Matteuci a constaté, dans toutes les espèces animales qu'il a pu soumettre à l'expérience, des courants électriques marchant de l'intérieur à l'extérieur des muscles, et l'on sait qu'il est parvenu à construire de véritables piles avec des chairs de pigeon et de grenouille. On n'ignore pas non plus, depuis les expériences de M. Donné, que chez l'homme et les animaux des courants s'établissent des surfaces à sécrétions alcalines aux surfaces à sécrétions acides; qu'il existe également des courants dans plusieurs fruits, par exemple dans les pommes, les poires, les abricots; que les courants se dirigent, dans certaines espèces, de la queue à l'œil du fruit (pommes et poires), et dans d'autres, de l'œil du fruit à la queue (abricots et pêches). Tous ces faits et d'autres analogues sont déjà fort intéressants; mais une autre perspective, une perspective plus large, est ouverte depuis quelque temps à l'étude des phénomènes électro-physiologiques. Il devient de plus en plus avéré que certains actes organiques s'accomplissant dans un point circonscrit de l'économie et ne s'accompagnant d'aucune réaction chimique connue, donnent lieu, au moment de leur accomplissement, à des courants électriques qui traversent le corps humain. Ce fait a été mis en évidence pour ce qui concerne la contraction musculaire, par un physicien de Berlin, M. Dubois-Raymond, dans un travail qui vient d'être l'objet d'un rapport favorable de M. Pouillet à l'Académie des sciences. M. Dubois-Raymond avait déjà constaté que lorsqu'on plonge les doigts des deux mains dans deux vases d'eau salée qui communiquent avec les deux bouts d'un galvanomètre très-sensible, il se fait une déviation plus ou moins prononcée de l'aiguille; que si, appuyant les doigts contre les parois des vases, on produit des contractions musculaires, la déviation est plus grande et a lieu du côté où la contraction est la plus forte. Le nouveau mémoire de ce savant a pour objet de confirmer et d'étendre les résultats de ses premières recherches, et le rapporteur n'hésite pas à affirmer que l'existence d'un courant, traversant le corps de l'homme, au moment et sous l'influence de la contraction des muscles du bras, y est mise hors de toute contestation.

Maintenant une question se présente naturellement. Quelle est la signification de ces phénomènes? Il est clair que la science ne sera satisfaite, que la pratique elle-même n'aura gagné quelque chose, qu'autant qu'on pourra découvrir la cause immédiate des courants électriques. La déviation de l'aiguille astatique atteste la production d'un courant. Rien de plus certain; mais comment se produit ce courant? Est-il un effet direct de la mise en jeu d'une faculté organique, de la faculté de contraction; en d'autres termes, est-ce l'acte même de la contraction qui dégage du muscle un courant électrique, ou bien ce courant résulte-t-il d'une action chimique liée à la contraction, et en cas d'affirmative, est-ce d'une action chimique extérieure ou d'une action chimique intérieure? Il est prudent de ne pas trop se hâter de voir des effets purement vitaux ou organiques dans les phénomènes électriques que peuvent présenter les animaux ou les plantes. Certes on serait aisément tenté d'attribuer une semblable signification à ces courants dont nous disions tout à l'heure que certains fruits sont traversés: ce serait pourtant une vue contredite par les expériences. Coupez par la moitié la pomme ou la poire dans lesquelles, comme nous l'avons dit, le courant marche de la queue vers l'œil du fruit; exprimez le suc de ces deux moitiés dans deux vases séparés, et plongez dans chacun d'eux une des aiguilles du galvanomètre: le courant aura lieu du liquide exprimé de la moitié correspondante à la queue au liquide provenant de la moitié correspondante à l'œil, c'est-à-dire dans le même sens que sur le fruit intact. Qu'en conclure, sinon que la présence du courant n'était pas liée à l'organisation du fruit, mais probablement à une légère différence chimique entre les deux liquides? Dans l'expérience de la contraction musculaire, on ne connaît pas d'action chimique extérieure capable d'expliquer la production d'électricité, et la commission regarde même comme très-probable qu'il n'y en a, en effet, aucune. Se passe-t-il là quelque phénomène chimique intérieur? La commission ne regarde pas cela non plus comme démontré; mais encore moins ose-t-elle attribuer la production du courant à l'acte même de la contraction; elle se borne à reconnaître que le courant est d'autant plus fort que la contraction est plus énergique. La question de cause se trouve ainsi complètement réservée: c'est sans doute ce qu'il y avait de mieux à faire. L'honorable rapporteur, à qui l'on doit de si instructives expériences sur l'électricité des plantes, était plus à même que personne de fixer avec justesse le point où l'induction devait s'arrêter, et un de ses collègues de la commission, M. le professeur Desprez, avait acquis sur les phénomènes électro-physiologiques une expérience propre à le tenir dans une grande réserve. Après avoir eu la précaution de faire dorer les armatures d'un galvanomètre pour empêcher le dégagement d'électricité qu'aurait pu produire l'oxydation du cuivre par la sueur, il les avait tenues quelque temps dans ses mains, et, comme M. du Bois Raymond dans ses expériences, il avait vu se dévier l'aiguille du galvanomètre; mais ensuite ayant plongé les armatures dans de l'eau simple, il a obtenu le même résultat.

Quoi qu'il en soit, la découverte des courants électriques dans le corps de l'homme a une grande portée, et il n'est pas impossible qu'elle aide un jour à l'explication de certains troubles de la santé, soit individuels, soit épidémiques, dont jusqu'ici on ne demande guère la cause qu'aux variations barométriques et thermométrique ou aux émanations miasmatiques. Quel que soit le mode de formation de ces courants, il est impossible qu'ils ne soient pas, par des causes diverses, tantôt augmentés tantôt diminués; il est impossible qu'ils soient constamment isolés des courants électriques de l'atmosphère et qu'ils ne s'influencent pas réciproquement. Et si tout cela a lieu, la santé indubitablement doit en ressentir le contre-coup.

Feuilleton.

PETIT SUPPLÉMENT AU DICTIONNAIRE DE MÉDECINE.

A

ABSTRACTION, mot qui ne répond à aucune idée de quelque valeur dans la science.

ABUS, ce qui a duré et ce qui dure, ce qui durera longtemps, peut-être toujours, quand il s'agit de lois, de règlements, d'institutions médicales.

ALIÉNATION (mentale), maladie universelle, mais avec des nuances infinies. La science et la loi ne s'en occupent qu'à son *summum* de manifestation.

AMOUR-PROPRE, sentiment qui tient de l'animal, vorace, insatiable, digérant sans peine les aliments les plus grossiers, les plus mal apprêtés.

ANATOMIE, science de la mort, qui en définitive n'apprend pas grand'chose sur la vie. Hippocrate, le plus grand des médecins, l'ignorait entièrement.

ANATOMIE (pathologique), phare trompeur qui promet plus de lumières qu'il n'en donne. Neuf fois sur dix, l'autopsie cadavérique n'est point en rapport avec la marche et les symptômes de la maladie.

ART, l'application de principes mobiles, de doctrines flottantes, d'expériences douteuses, qui toutes aboutissent au mot *peut-être*.

ATTRACTION. L'attraction est proportionnelle aux destinées (Fourier). Les physiologistes diront avec plus de vérité: L'attraction est proportionnelle aux organisations.

AVANCEMENT. On dit avoir de l'avancement; mériter ne se dit plus.

AVORTEMENT, expulsion prématurée du fœtus; se dit aussi du résultat *final* d'une foule d'ouvrages, de livres, d'idées, de systèmes, d'opinions et de prétentions médicales.

AXIOME, abstraction suprême, inadmissible dans la science, le vrai absolu ne pouvant être atteint et obtenu dans la médecine.

B

BEAU. Qu'est-ce que le beau en médecine? C'est le *vrai*; il n'y en a pas d'autre. De même qu'il y a dans les arts le beau idéal, il y a aussi dans la science le vrai idéal, que nous désirons, que nous entrevoyons, auquel nous aspirons, mais dont le sommet est inaccessible à nos moyens d'investigation.

BON SENS, l'habitude de voir juste et de régler sa conduite en conséquence. Ne demandez plus maintenant pourquoi il est si rare.

C

CABINET, quelquefois le synonyme est *comptoir*.

CAUSES, principes et racines des phénomènes de la nature. Comme la chaîne des causes est immense, infinie, les cent voiles de la déesse Isis n'expriment

ÉTIOLOGIE.

DE L'INOCULATION DE LA SYPHILIS AUX ANIMAUX; par le docteur ROBERT DE WELZ, ancien interne de l'hôpital Julius à Wurzbourg, en Bavière, professeur agrégé de la Faculté de médecine de la même ville, etc.

La syphilis est-elle une maladie particulière à l'homme, et est-il impossible de la transmettre aux animaux? Telle est la question que se sont proposée depuis longtemps les observateurs; aussi nombre d'entre eux, tels que Hunter, Turnbull et M. le docteur Ricord essayèrent-ils d'inoculer le virus syphilitique à des animaux, essais qui tous restèrent infructueux.

Tel était l'état de la question lorsque l'Académie des sciences reçut, dans sa séance du 30 septembre 1844, un paquet cacheté, que lui adressait M. Auzias-Turenne. Le 5 novembre de la même année, ce médecin présenta à l'Académie de médecine un des animaux auxquels il avait inoculé le pus de chancres syphilitiques: c'était un jeune singe macaque, qui avait une douzaine de chancres environ (GAZ. DES HÔP. du 7 novembre, et qui fut présenté à la Société de chirurgie le 20 du même mois. (GAZ. DES HÔP., 9 déc.)

Cette nouvelle fut diversement accueillie par le public, les médecins, les journaux scientifiques et les corps savants; quelques-unes des gazettes de médecine encouragèrent l'auteur de ces essais. Mais bientôt il se vit réfuter de toute part; on en vint même à l'accuser d'imposture. Quoi qu'il en soit, la syphilis continua à passer pour une maladie qu'il était impossible de transmettre aux animaux, principe que M. Ricord continua à professer dans les cours cliniques qu'il donna de 1845 à 1850.

Sans s'arrêter longtemps aux réfutations qui accueillaient de toute part sa découverte, M. Auzias n'y répondit qu'une fois (GAZ. MÉD., 29 janvier 1848) pour se défendre d'imputations qu'il ne pouvait laisser peser sur lui, mais continua avec zèle et en silence à poursuivre cette intéressante question, afin de pouvoir inoculer sûrement le virus syphilitique aux animaux. Pendant le même laps de temps, les autres observateurs se croyant certains de l'impossibilité de tels essais, négligèrent généralement de s'en occuper. Nous devons cependant à la vérité de dire qu'avant que M. Auzias-Turenne lui eût de nouveau communiqué les résultats qu'il vient d'obtenir, M. Ricord, dans son cours de cette année, annonça à ses auditeurs de l'hôpital du Midi qu'un observateur italien, dont le nom nous a échappé, venait de publier qu'il avait vu la syphilis chez les chevaux, et que, quels que fussent ses doutes à cet égard, il n'y en voyait pas moins un devoir de reprendre bientôt des essais d'inoculation sur des animaux.

Après ce court préambule historique, nous en venons aux essais qui doivent nous occuper dans cet article. M. Auzias s'adressa, au mois de mai de cette année, à divers membres de la Société allemande des médecins et naturalistes à Paris, afin de les engager à entreprendre avec lui de nouvelles observations sur ce sujet, de le contrôler exactement et de constater ses résultats. La Société ne prit pas part d'abord à ces essais, en tant que corporation; mais plusieurs de ses membres, dont je faisais partie, accédèrent à l'offre de M. Auzias. On se procura un singe, qui fut placé dans un local fermé, où toutes les expériences eurent lieu en présence de ces membres de la Société allemande.

OBS. — La première inoculation eut lieu le 5 juin, avec du virus pris à un malade qui occupait le vingt-deuxième lit de la troisième salle du service de M. Ricord, à l'hôpital du Midi. M. Léon Vieillard, externe dans ce service, eut l'extrême obligeance de me communiquer sur lui les renseignements suivants, qui ne purent malheureusement pas être complétés, le malade ayant profité d'un permis de sortie momentanée pour quitter l'hôpital.

Le malade est entré à l'hôpital du Midi le 28 mai. Le diagnostic inscrit fut: plaques muqueuses de l'isthme du gosier; engorgement des ganglions cervicaux postérieurs et inguinaux; chancres du gland, du reflet du prépuce, du fourreau de la verge et du scrotum. Ce malade, nommé Charles Ch...., âgé de 29 ans et homme de peine, a un tempérament sanguin et une bonne constitution. Il raconte qu'ayant eu des rapports fréquents avec une même femme, il s'aperçut, il y a quatre mois, d'un léger suintement urétral. Les lèvres du méat urinaire se collaient par instants. Il se forma bientôt des ulcérations sur le gland, sur le prépuce et sur le fourreau de la verge. On les cautérisa avec l'azotate d'argent (pierre infernale), et l'on fit des lotions d'eau chlorurée. La cicatrisation eut lieu, d'après le malade, au bout de six semaines. Il s'aperçut, il y a deux mois, de l'engorgement des ganglions inguinaux, et n'en continua pas moins à fréquenter la même femme, la croyant parfaitement saine, lorsque apparurent, il y a deux mois, les ulcérations actuelles, qui ne se sont pas indurées. Il n'a cessé ses rapports sexuels avec elle que depuis un mois. Depuis cinq ou six jours il ressent des maux de gorge.

Tel était l'historique fourni par le malade. A l'examen on découvrit en outre à l'isthme du gosier des plaques et de l'engorgement des ganglions cervicaux. Le 31 mai, on inocula sur la cuisse droite du malade du pus pris à une ulcération scrotale qui avait à peu près le volume d'une pièce de 50 centimes, et dont le fond était gris et diphthérique, et sur la cuisse gauche du pus provenant d'une ulcération du gland qui offrait les mêmes caractères. Le 4 juin, on trouva des deux côtés des résultats positifs, à savoir deux pustules de la grandeur d'une pièce de 25 centimes, entourées d'une auréole rouge, et qui présentèrent, lorsque la croûte fut enlevée, des bords tuméfiés et un fond grisâtre. On les cautérisa, le 9 juin, avec de la pâte de Vienne; l'escarre tomba au bout de peu de jours, et l'on vit alors une cicatrisation complète. C'est alors que le malade trouva moyen de disparaître de cet hôpital.

Pour l'inoculation du singe, on prit du pus à l'ulcération qu'on avait produite à la cuisse gauche de Charles Ch...., en y inoculant, comme nous venons de le dire, du virus provenant du chancre du gland. M. Auzias y procéda, le 5 juin, à onze heures du matin; il avait choisi, dans ce but, l'hélix de l'oreille droite, et y fit deux inoculations situées l'une au-dessus de l'autre.

La manière d'inoculer ayant une grande importance et ayant été la cause des insuccès obtenus par plusieurs observateurs, nous nous y arrêterons quelques instants. Il faut choisir une place où la peau soit fine, autant que possible dépourvue de poils, et dont la situation soit telle que le singe ne puisse la lécher. M. Auzias ne se sert jamais d'une lancette, parce que sa piqûre provoque chez l'animal des mouvements qui ne permettent pas à l'opérateur d'agir avec précision; mais il emploie de petits ciseaux et une spatule.

Voici au reste son procédé opératoire. Il fait avec la pointe des ciseaux une section très-fine de l'épiderme, et met ainsi à nu la surface du derme dans l'étendue d'un millimètre à peu près. Il faut que les parties présentent à peine un suintement sanguin, et que cependant on soit sûr de l'ablation de l'épiderme. Si l'on coupait plus profondément, le sang entraînerait le virus, qui resterait sans action. C'est sur cette petite surface de derme dénudé que M. Auzias dépose le pus virulent; puis, les liquides étant plus coagulables chez les animaux que chez l'homme, et pouvant par là envelopper le virus et l'empêcher d'agir,

---

qu'imparfaitement la faiblesse et la profonde ignorance de l'esprit humain sur ce sujet. Il y a pourtant des hommes qu'on appelle et qui se croient savants.

CÉLÉBRITÉ, mot qui ne signifie rien pour certains, et qui signifie trop pour d'autres.

CHARLATANISME, méthode spéciale et souveraine pour tromper et empoisonner avec garantie de l'esprit public.

CHARLATANS, dupeurs d'hommes, tout prêts à se vautrer dans un bourbier d'or et de honte.

CODE. Celui de l'*utile* commence par cet article: Fais tes affaires, et de bonnes affaires; le reste est le creux aliment des niais.

CŒUR, se dit également du physique et du moral: le premier est sujet à de grandes altérations, le second à de grandes corruptions.

CONSENSUS ORGANIQUE, rapports harmoniques des parties pour arriver à l'*unité vitale*, rapports peu connus, mal compris et plus mal expliqués.

CONSULTATION, réunion de médecins pour décider ce qu'on doit faire dans une maladie quand il n'y a plus rien à faire.

COURTISAN (monarchique ou populaire), esclave de la plus vile espèce; car il l'est de cœur et de choix.

CRISES. Ce mot renferme trois ou quatre problèmes, dont on cherche en vain la solution depuis plus de vingt siècles; aujourd'hui nous n'en savons pas le premier mot, ce qui n'empêche pas de vanter les immenses progrès de la science.

CRITIQUE, parfois l'expression d'un jugement impartial, souvent l'emploi d'une encre corrosive et malsaine par un esprit faux et méchant.

CUMULER, jouir des appointements de plusieurs places et n'en remplir aucune.

D

DIATHÈSE, ce que nous comprenons à peine, et ce qu'il serait si important de bien comprendre.

DIGESTION, *voyez* CONSCIENCE.

DOCTRINE, mot presque inusité aujourd'hui, la chose n'existant plus, et l'anarchie des opinions médicales étant la loi suprême.

DOUTE, instrument logique pour le progrès, et aussi le châtiment d'une trop grande confiance dans la raison individuelle.

DROGUES, substances simples médicamenteuses; s'entend aussi de certaines productions de l'esprit. Faire *valoir la drogue* est un art très-connu de certains médecins, art très-lucratif, mais qui touche de près au charlatanisme.

E

EAUX MINÉRALES, agent thérapeutique vanté, exalté, préconisé, que l'on connaît très-peu chimiquement, bien moins encore dans son action sur l'économie.

ÉCHASSE, instrument à l'usage de certains habiles qui savent s'y guinder, bien plus y garder un certain équilibre.

ÉGOÏSME, sentiment le plus naturel, le plus vrai, le plus fondamental de notre existence, mais par cela même le plus dangereux, le plus antisocial, le plus difficile à vaincre, car il faut aller jusqu'au *sacrifice*.

ELÉMENTS, ce que l'on conçoit *à priori* pour la nécessité des explications phy-

il humecte pendant deux ou trois minutes le lieu où il l'a déposé avec une autre quantité de pus virulent, ou, à son défaut, avec de l'eau, de la salive ou tel autre liquide inerte. Il faut cependant bien prendre garde de ne pas produire, par une humectation trop abondante, un vrai lavage, ce qui aurait d'autant plus facilement lieu que la partie coagulée n'est pas protégée par l'épiderme, comme cela a lieu lorsqu'on a employé une lancette. Il est inutile de dire que cette précaution ne s'étend pas aux cas où l'on continue à mettre du pus virulent sur la surface dénudée.

Revenons-en à notre singe. Le 6 juin, les points de l'hélix où l'inoculation avait eu lieu se montrèrent un peu élevés et entourés d'une aréole rouge. Le lendemain, à onze heures et demie, se montra une petite vésicule à l'un de ces deux points, phénomène qui pour l'autre n'eut lieu qu'à cinq heures du soir. Le contenu, d'abord clair comme de l'eau, eut bientôt pris l'aspect d'un pus jaunâtre et non transparent.

8 juin, à onze heures du matin. Les deux petites pustules ont conflué et sont recouvertes d'une couche brunâtre, foncée, sur les bords de laquelle on peut voir un liquide puriforme.

9 juin. Mêmes symptômes; on lit ce jour-là une nouvelle inoculation à la surface postérieure de l'oreille du singe, en prenant du pus dans sa précédente ulcération.

10 juin. L'ulcération de l'hélix a augmenté, présente tout à fait l'aspect d'un chancre, à fond inégal, lardacé, à bords nettement tranchés, etc. La seconde inoculation, derrière l'oreille, présente une vésicule.

11 juin. Même état de l'ulcération de l'hélix; celle derrière l'oreille est recouverte d'une escarre, et montre les mêmes caractères du chancre que la première.

Je donnerai plus tard la marche de ces ulcérations d'une manière sommaire, afin de ne pas fatiguer l'attention de mes lecteurs en continuant ces détails journaliers.

Tant pour constater que l'ulcération inoculée était bien un chancre que pour essayer la possibilité de transporter la syphilis des animaux à l'homme, je résolus de me soumettre à cette inoculation. Agé de 33 ans, j'ai une constitution forte, un habitus robuste, un tempérament sanguin cholérique, et ai toujours eu une bonne santé, n'ayant spécialement jamais eu de maladie syphilitique.

J'inoculai le 9 juin, à onze heures du matin, au côté externe de mon bras droit, du pus pris à la première ulcération du singe, en introduisant si superficiellement la lancette sous mon épiderme que cela n'y produisit nulle coloration de sang.

Le 9 et le 10 juin, il me fut impossible de percevoir aucun changement appréciable à la peau, et j'eus même de la peine à retrouver ce point, ayant négligé de le recouvrir d'un verre de montre. Je croyais si peu à la réussite de l'opération que je négligeai de m'en occuper le 11 juin; mais le 12, dans l'après-midi, je remarquai avec surprise, à la place où j'avais fait l'inoculation, l'épiderme, soulevé par du liquide avec un halo rouge, mais qui n'avait pas au milieu ce point noir que M. Ricord indique comme le résultat du dessèchement du sang de la petite piqûre Dans la matinée du 13 juin, la vésicule éclate, et il en coule une goutte d'un pus d'un jaune verdâtre; l'aréole rouge qui entourait ce point s'était un peu agrandie. Je me rendis ce jour-là, avec M. Auzias, à la clinique de M. Ricord, que j'ai le plaisir de suivre depuis plus d'une année et demie, afin de montrer à ce célèbre syphilographe le résultat de l'inoculation. M. Ricord utilisa cette occasion pour faire une leçon remarquable, dans laquelle, après avoir traité l'historique de l'inoculation, il parla de l'influence et des suites qu'une telle découverte était à même d'accomplir dans cette matière. Mais il ne crut pas encore pouvoir se prononcer définitivement sur la nature des ulcérations que l'inoculation avait produites chez moi.

Le 14 juin, la tumeur de mon bras gauche s'était recouverte d'une légère escarre, qui fut éloignée et sous laquelle on trouva un fond gris, lardacé, à bords nettement tranchés. Les tissus sous-jacents commençaient à s'enflammer, à s'infiltrer et à s'indurer.

A ma demande, M. Ricord inocula sur mon bras gauche, ce même jour, à onze heures du matin, du pus pris à la seconde ulcération du singe, qui, comme je l'ai dit, avait été produite au moyen de la première. La piqûre avait été plus profonde que la première fois, ce point fut rougi par un peu de sang qui s'échappa. Ma première ulcération et la plaie où l'inoculation venait d'avoir lieu furent mises sous cloche, au moyen de verres de montre.

Le 15 juin, dans l'après-midi, la sécrétion de pus de la première ulcération avait augmenté; les tissus environnants étaient enflammés dans une assez grande étendue et les mouvements du bras très-douloureux. La seconde plaie inoculée présentait déjà, ce jour-là, une vésicule qui offrait à son sommet un point noir et un halo rouge enflammé, et M. le docteur Ricord, auquel je me montrai, reconnut la première ulcération pour un chancre, et me recommanda de la cautériser avec de la pâte de Vienne, ce que je négligeai de faire alors, faute de temps pour m'en occuper.

16 juin. Agrandissement du premier chancre et augmentation de l'inflammation des tissus ambiants. La seconde ulcération présentait une pustule remplie d'un pus verdâtre. Sans cause déterminée, je sentis ce jour-là un léger frisson qui alterna avec un sentiment de chaleur, de grand abattement dans les membres et de douleurs vagues dans les articulations. La tête était prise; je manquais d'appétit et mes urines étaient d'un rouge foncé. Le lendemain tous ces phénomènes avaient disparu. Sans vouloir nier qu'ils puissent avoir été tout à fait indépendants de la presence des ulcérations syphilitiques, je serais persuadé, au cas où j'aurais plus tard une syphilis constitutionnelle, que c'est ce jour-là qu'elle commença.

17 juin. Même état de la première ulcération; la pustule de la seconde inoculation avait éclaté et l'ulcération était recouverte d'une croûte; le tissu cellulaire ambiant commençait à s'enflammer.

18 juin. Agrandissement de la première ulcération qui, avec les parties enflammées qui l'entourent, atteint à peu près l'étendue d'une pièce d'un sou; augmentation de l'inflammation du tissu ambiant de la seconde. — M. Ricord me présente ce jour-là à ses auditeurs, et comme toujours, loyal et noble, prêt à rendre hommage à la vérité et à reconnaître les services rendus à la science par d'autres personnes, dussent les résultats être en opposition aux idées qu'il professait jusque-là, il déclara que les expériences de M. Auzias-Turenne avaient pleinement réussi et que les deux ulcérations dont j'étais porteur étaient de vrais chancres.

19 juin. Dans la soirée, je cautérisai ma première ulcération avec de la pâte de Vienne, afin de la détruire, après l'avoir laissé subsister pendant dix jours; cela eut lieu tandis que j'étais soumis à l'influence du chloroforme.

Quant au second chancre, je le laissai subsister jusqu'au soir du 24 juin, époque où je le détruisis de même, après que j'en eus été le porteur pendant dix jours aussi. Il avait alors acquis une beaucoup plus grande étendue que le premier; le tissu cellulaire était enflammé et induré dans une beaucoup plus grande étendue; mais on ne put déterminer si cette induration était spécifique, à cause de l'inflammation qui l'accompagnait. L'état de ma santé avait été d'ailleurs satisfaisant pendant tout ce temps; je remarquai par hasard, le 17 juin dans l'après midi, une légère éruption de roséole sur ma poitrine; mais je ne voudrais pas décider si elle était ou non de nature spécifique.

J'ai montré, pendant son existence, le second de mes chancres à plusieurs médecins, entre autres à MM. Velpeau, Vidal (de Cassis) et Cullerier; je le présentai également à la Société biologique, et aucune des personnes qui le virent ne mirent en doute que ce ne fût réellement un chancre.

Je résolus de faire un troisième essai, et je m'inoculai encore une fois, le 25 juin, du pus pris au premier chancre du singe; et afin de ne laisser prise à aucun doute, je n'employai que des instruments neufs, qui n'avaient jamais servi; je pratiquai cette inoculation comme la première, c'est-à-dire en glissant légèrement la lancette sous l'épiderme. L'ulcération se développa plus lentement encore que la première fois, et pendant les deux premiers jours, il n'y eut rien d'appréciable à la place inoculée; ce ne fut qu'au troisième jour que les phéno-

---

siologiques, mais qu'on ne conçoit nullement dans leur essence et en réalité.

Ennui, maladie morale, soulevant l'estomac et le diaphragme, par l'émétique d'un mauvais livre ou d'un sot discours.

Erreur (médicale), étrange et fatale divinité à laquelle il faut des victimes humaines comme conséquences de ses principes.

Érudition, masque pédantesque qui cache souvent la stérilité de l'intelligence.

Esprit, ce qui fait le destin du corps.

Excitant, le plus puissant, le plus énergique et certainement le plus efficace, celui qui agit sur tous et à tous les degrés; eh bien! cet excitant ne se trouve pas dans la matière médicale. Où donc est-il, dites-vous?... dans le coffre-fort.

Expérience, mot tellement vague et banal en médecine qu'on en comprend à peine le sens et la valeur.

Extase, Saint Bonaventure le définit, *l'itinerarium mentis in Deum*, il n'y a rien de comparable en grandeur et en vérité à cette définition.

F

Faits, matière singulièrement ductile, malléable, qu'on transforme de toutes les manières; matériaux qui servent à tous les édifices; l'essentiel est de savoir les ajuster aux idées et aux opinions.

Folie. Il y a des demi, des tiers, des quarts de folie, et ce genre est le plus dangereux, le plus fréquent, car la société n'a pour cette espèce de folie ni Bicêtre ni Charenton.

G.

Génération, transmission de la vie d'un individu à un autre, le plus grand mystère de l'organisation; heureusement qu'il en est ainsi, ce mystère dévoilé, la société serait bien autrement bouleversée que par les systèmes des prétendus socialistes.

Génie, la lumière d'un grand esprit et d'une grande âme, dans la science comme dans la philosophie et les beaux arts.

Guérir, essai, tentative, hasard, calcul, conjectures, le tout recouvert de la consolante étiquette *art de guérir*.

H.

Hallucination, terme générique pour expliquer les idées, les opinions, les projets de notre époque.

Hasard, la providence, le dieu protecteur des sots, des charlatans. Il y a en médecine des *coups de hasard* qui confondent les habiles et encouragent les ignorants.

Hommes (puissance). Le sot les admire et les flatte, l'homme de bon sens les juge.

Hommes (les) peuvent se diviser en deux classes, les habiles et les dupes, les *tondeurs* et les *tondus*, ceux qui meurent d'indigestion et ceux qui meurent de faim.

Honoraires, vœu constant, but secret, fin dernière de la profession de médecin. Il y a des honoraires très-honorables, il y a des honoraires flétrissants.

Hôpitaux, lugubre thermomètre de la civilisation actuelle.

Hygiène, la plus belle partie de la science, parce que ses principes sont incontestables: ce qui était vrai du temps de Galien l'est encore à notre époque; puis

mènes se développèrent en suivant seulement la marche régulière que décrit si bien M Ricord; néanmoins, il ne se manifesta pas plus, cette fois que la précédente, de point noir au sommet de la vésicule. Le septième jour, l'ulcération avait atteint tout son développement, et montrait évidemment le caractère d'un chancre. Je le détruisis comme les précédents, après l'avoir laissé marcher pendant deux semaines. Après chacune des trois ulcérations, eut lieu, dans le tissu cellulaire de tout le bras, une violente inflammation, qui cessa au bout de vingt-quatre heures. Actuellement les trois ulcérations sont recouvertes d'escarres noires, dont les bords sécrètent un pus très-liquide, sanguino-séreux. Je ne vis jamais se produire chez moi ni engorgement des ganglions axillaires, ni aucun autre phénomène secondaire; cependant je m'engage à publier ce qui pourrait survenir en moi par la suite.

Quant aux ulcérations du singe, après s'être agrandies pendant un certain temps, elles diminuèrent peu à peu, et se cicatrisèrent. Elles montraient encore il y a une dizaine de jours une sorte d'induration, qui actuellement disparait dans la cicatrice. La santé de cet animal est d'ailleurs bonne.

La Société allemande des médecins et naturalistes à Paris a nommé dernièrement une commission, dont j'ai l'honneur de faire partie, qui est chargée d'étendre ces essais à d'autres animaux. Cette commission publiera les résultats qu'elle obtiendra.

Avant de terminer cet article, je demanderai la permission de présenter sous forme aphoristique quelques conclusions qui me paraissent être les conséquences plus ou moins certaines de ce que je viens de relater :

1° Il est prouvé que du pus de chancre, inoculé avec certaines précautions de l'homme aux singes, produit chez ceux-ci une ulcération de même nature, dont le développement a lieu rapidement.

2° Il est au moins probable qu'il en sera de même d'autres animaux, quand l'inoculation aura lieu à des places dépourvues de poils.

3° Il est certain que du pus d'un chancre provenant d'animaux et transplanté à l'homme produit chez celui-ci une même ulcération.

4° Si l'on veut donc considérer le chancre comme le représentant de la syphilis, on a le droit de dire que la syphilis peut se transplanter de l'homme aux animaux (du moins aux singes), et de ceux-ci à l'homme.

5° Ce résultat est très-important, tant pour l'histoire de la syphilis et pour la médecine légale que pour la nosologie comparée de l'homme et des animaux.

6° Le développement de la pustule par laquelle commence le chancre est beaucoup plus rapide chez les quadrumanes que dans l'espèce humaine; il en est de même des périodes du développement. Il paraît que tous les phénomènes, tant normaux que morbides, marchent plus vite chez ces animaux, et que la cause doit en être cherchée dans une circulation du sang et une nutrition plus rapides.

7° La rapidité du développement d'un chancre inoculé chez l'homme paraît être en rapport direct avec la profondeur de la piqûre de la lancette dans la peau, au point qu'on peut ainsi obtenir une différence de deux à trois jours.

8° Il est prouvé que le point noir qui se montre vers le troisième jour au sommet de la vésicule doit son origine à un dessèchement du sang provenant de la petite piqûre de lancette, puisqu'il manque quand celle-ci n'a pas fait sortir une seule goutte de sang.

9° L'un des meilleurs moyens de détruire un chancre, même quand il est enflammé ou induré, pourvu qu'il ne repose pas sur une partie qui ne présente aucune résistance, c'est l'application de la pâte de Vienne après avoir chloroformisé le sujet.

10° Il vaudrait souvent mieux ne pas se hâter de publier des résultats négatifs au sujet d'un fait dont on cherche à démontrer la vérité, parce qu'on peut facilement en tirer des conclusions fausses, et ralentir ou anihiler le zèle de ceux qui se livrent à des essais à ce sujet.

11° Une seule expérience positive a plus de valeur qu'une quantité innombrable de résultats négatifs.

12° Cette seule expérience positive vient détruire d'un seul coup des erreurs qui durent depuis trois cents ans, et se traînaient, comme une maladie héréditaire, d'une génération à l'autre.

LITHOTRITIE.

MÉMOIRE SUR LES PRINCIPAUX ACCIDENTS QUI PEUVENT COMPLIQUER LES OPÉRATIONS DE TAILLE ET DE LITHOTRITIE, ET SUR LES MOYENS DE LES PRÉVENIR OU D'Y REMÉDIER; par J.-E. PÉTREQUIN, professeur à l'École de médecine de Lyon.

Depuis que l'opération de la taille a trouvé pour ainsi dire une rivale dans la lithotritie, la plupart des chirurgiens, divisés en deux camps opposés, ont professé à leur endroit des doctrines exclusives. Les sociétés savantes sont elles-mêmes devenues le théâtre de véritables tournois scientifiques où les champions sont venus à l'envi jouter en faveur de leur méthode de prédilection. Il en est résulté une sorte d'antagonisme qui de la théorie est descendue dans la pratique.

On s'est beaucoup récrié contre ces tendances; mais il faut avouer que ces discussions n'ont point été stériles. Ces débats ont fait jaillir la lumière sur divers points du problème. Plus d'une vérité clinique est sortie de cette lutte. Aujourd'hui il ne s'agit plus de proscrire l'une ou l'autre méthode, mais de les mettre à profit toutes deux. Il s'agit d'apprécier leurs avantages respectifs et leurs cas d'application, d'étudier avec soin la cause des accidents qui peuvent, en les compliquant, compromettre leur réussite, et enfin de rechercher les moyens soit de prévenir, soit de combattre ces complications intercurrentes, avant, pendant ou après l'opération elle-même. Ce qui a le plus contribué à retarder cette solution, comme toutes celles qui sont du domaine de la grande chirurgie, c'est à la fois la difficulté de pouvoir recueillir un chiffre suffisant de faits, et le petit nombre d'opérateurs qui ont le privilége de pratiquer sur un théâtre étendu. Ainsi, quand la bonne volonté existe, plus d'une fois le pouvoir manque.

Maintenant que nous avons tous pu profiter des statistiques publiées, et nous éclairer de la pratique comme des grands maîtres, la tâche est moins difficile; je vais essayer, pour mon compte, en m'appuyant sur des observations cliniques qui me sont propres, d'aborder cette importante question de médecine opératoire, au point de vue surtout de l'étiologie et de la thérapeutique des complications intercurrentes. Après une pratique chirurgicale de douze années dans l'Hôtel-Dieu de Lyon, qui, par sa population toujours croissante, est sans contredit un des principaux hôpitaux de l'Europe, j'ai cru qu'il était de mon devoir d'agir ainsi. Je scinderai le problème en trois parties, pour l'étudier d'une manière plus fructueuse.

---

parce que l'hygiène a de nombreux points de contact avec les autres sciences, avec l'économie politique, la philosophie, etc.

Hypocrisie, maladie chronique et incurable de l'humanité.

Hypothèse, l'effort, l'élan de l'esprit pour passer du connu à l'inconnu; l'effroi des intelligences bornées, des cerveaux à petit diamètre.

I

Idées-mères, celles qui ont le don de la fécondité.

Idiots, espèce d'hommes plus puissants, plus rusés qu'on ne croit; l'homme sensé ne peut toujours braver l'impertinence de leurs sifflets, ni l'insolence de leurs applaudissements.

Imagination, faculté qui est au jugement ce que la chaleur est à la lumière.

Instinct, pouvoir autonome de l'économie qui jamais ne disparaît entièrement.

Intrigant, un de ces composés mixtes, moitié homme, moitié renard.

J

Jeunesse. Ce qui la rend si belle, et qui fait qu'on la regrette quand elle est passée, c'est cette double illusion qui recule l'horizon de la vie et qui la dore sans cesse.

Jugement (difficile). Oh oui! très-difficile, Hippocrate a raison; mais, dans ce cas, la première condition est d'avoir du jugement; c'est là ce qui manque à la foule, à la plèbe, qui y supplée par un amour-propre aveugle et implacable.

L

Langue, l'organe le plus souple, le plus mobile de l'économie; instrument actif de la civilisation, mais aussi le plus dangereux, le plus perfide, le plus fatigant dans ses intempéries, dans ses écarts, dans sa fausseté.

Lacunes. Il y a mille, dix mille fois plus de lacunes en médecine, qu'il n'y a de principes avérés, positifs et reconnus comme tels.

Lancette, petite lance et qui a fait répandre infiniment plus de sang que celle des guerriers, heureusement ou malheureusement, selon l'esprit, le savoir, le tact de celui qui l'emploie.

Lie. Il y en a en tout, dans les hommes et dans les choses, dans les esprits, dans les idées, dans les opinions; mais la lie de l'espèce humaine est certainement le charlatan, politique, médical ou philosophe.

Leçons (cliniques), la science médicale, vivante et vivifiante; mais tout dépend de celui qui l'enseigne : on ne voit que par lui, l'essentiel est qu'il voie bien qu'il voie juste et loin.

Liberté. Celle du *tréteau*, dans tous les genres, est connue, avouée, presque licite. Les fous, les ignorants, les enthousiastes, en adorent le son, sans en comprendre le sens.

Liberté (vivre en). Alors quittez la fange, éloignez-vous des cloaques, sortez des villes, gagnez la campagne, la liberté de la pensée s'y trouve aussi bien que celle du corps; comme les fleurs des champs, les fleurs de l'intelligence ont besoin d'air, de lumière et de liberté.

Libre (personne). S'il en est encore, ceux-là seuls savent jusqu'à quelle profon-

PREMIÈRE PARTIE.

ÉTIOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE DES PRINCIPAUX ACCIDENTS QUI PEUVENT COMPLIQUER LA LITHOTRITIE.

La lithotritie ou litholripsie, par la nouveauté de ses instruments et les difficultés de la manœuvre, est restée longtemps l'apanage exclusif de quelques habiles spécialistes. L'expérience clinique n'avait point encore prononcé : on attendait. Mais à présent que cette cause est jugée, que la simplification du manuel opératoire lui a donné une large extension, nul chirurgien d'hôpital ne peut ni ne doit rester étranger à ses applications pratiques. Cette conquête doit être utilisée pour tous ; il faut la vulgariser.

C'est ainsi que nos efforts, unis à ceux de nos prédécesseurs, ont réussi à naturaliser dans les hôpitaux de Lyon et dans le sud-est de la France cette belle opération. Parmi les exemples qui me sont propres, je relaterai principalement ceux qui peuvent le plus contribuer à éclairer la thèse que j'ai entreprise. Je commencerai par *la lithotritie chez la femme.*

COEXISTENCE DE DEUX CALCULS, L'UN DE 12 LIGNES DE DIAMÈTRE, L'AUTRE DE 9 ; COMPLICATION D'UN CATARRHE VÉSICAL CHRONIQUE ET D'UNE INCONTINENCE D'URINE QUI DATE DE SEPT ANS ; GUÉRISON EN TROIS SÉANCES DE LITHOTRITIE.

OBS. I. — Julie Prost, âgée de 52 ans, de Saint-Julien-de-Tournu (Correze), mariée, mais sans enfants, a cessé d'être réglée a 48 ans ; elle souffre de la vessie depuis neuf ans. La cause première de ces accidents lui est inconnue ; seulement depuis cinq ans elle habite une loge de portier dans un rez-de-chaussée un peu humide. Elle a été longtemps traitée pour un catarrhe vésical.

Le 5 octobre 1844, elle fut reçue dans la maison de chirurgie de M. Pétrequin, en se présentant à lui de la part de M. le professeur Imbert, qui avait parfaitement reconnu la pierre. La malade souffre en urinant ; il y a des pesanteurs à l'épigastre, des démangeaisons au méat urinaire, des douleurs dans les lombes. Les urines sont parfois sanguinolentes ; elles précipitent constamment un dépôt mucoso-sablonneux. Depuis sept ans il y a incontinence d'urine. Dans le principe, elle ne perdait ses urines que levée ou lorsqu'elle se livrait à quelques exercices. Depuis quatre ans elle les perd lors même qu'elle est couchée ; néanmoins les besoins de micturition étaient fréquents.

M. Pétrequin constate aisément la présence de la pierre avec une algalie ; il a recours ensuite au lithotriteur gradué à cuiller pour arriver avec plus de précision (1). Il saisit un calcul de 12 lignes de diamètre, et en le maintenant fixé entre les branches, il peut en sentir distinctement un autre qui se présente contre l'instrument. En allant ensuite à sa recherche, il lui trouve un diamètre de 9 lignes. Inutile de dire que cette exploration a été précédée d'une injection d'eau tiède dans la vessie.

Le 7 octobre, première séance, que la malade supporte sans douleur. M. Pétrequin saisit plusieurs fois les calculs ou les brise facilement ; le pignon suffit, sans recourir au marteau. On retire trois fois l'instrument plein de débris. (Grand bain ; diète ; repos au lit, etc.)

Le soir, pas de malaise ni de fièvre. Les urines sont transparentes ; elle a rendu et continue à rendre, le 8 et le 9, beaucoup de débris de pierre.

Le 10, elle se trouve si bien qu'on procède à une deuxième séance. Les calculs sont brisés à plusieurs reprises sous de petits diamètres, et le lithotriteur est retiré trois fois rempli de fragments. Les urines en charrient beaucoup dans la journée, et le lendemain il ne survient pas le moindre accident.

Le 13, troisième séance, qui fut la dernière. M. Pétrequin recherche avec soin et brise le reste de la pierre, dont les débris continuent à sortir jusqu'au 16. Les urines sont claires et transparentes. Tous les symptômes rationnels de la pierre ont alors disparu, et il est digne de remarque que l'incontinence d'urine a cessé dès les premières séances de lithotritie, et jamais depuis lors le lit de la malade ne se trouva mouillé ni le jour ni la nuit ; elle se trouvait très-bien et se disait guérie.

Le 17, on explora la vessie avec le plus grand soin à l'aide du lithotriteur : l'examen le plus minutieux ne fit pas découvrir le moindre débris. On renouvela encore cette exploration le 20, sans rencontrer aucun vestige de graviers. Il n'y en a plus dans les urines depuis le 16 ; elles sont claires et transparentes et sortent sans cuisson. Il ne reste aucun symptôme morbide du côté des voies urinaires.

M. Pétrequin a revu cette malade en janvier 1845 ; le cathétérisme lui a fait reconnaître que la vessie demeure parfaitement libre, et le bénéfice de l'opération s'est conservé. (Recueillie par M. Million aîné, élève interne à l'Hôtel-Dieu.)

Ainsi voilà une malade qui a pu être délivrée en quelques jours de malaises intenses qui duraient depuis longues années ; trois séances de lithotritie ont suffi. Chacune d'elles n'a guère duré que six à sept minutes ; aucune n'a été suivie de douleurs ni d'accidents, et jusqu'ici la cure ne s'est pas démentie. L'incontinence d'urine n'a pas reparu, et la malade ne peut trop s'applaudir du bien-être où elle se trouve après avoir souffert si longtemps.

Depuis cette époque (et cette circonstance n'est pas indifférente à noter), cette malade est rentrée à l'hôpital dans mon service pour une récidive du catarrhe de la vessie, et pendant les quelques jours qu'elle y a séjourné, l'exploration la plus minutieuse n'a pu révéler l'existence du moindre fragment de calcul.

CALCUL DUR, PEU VOLUMINEUX, CONSÉCUTIF A UNE ANCIENNE HÉMATURIE ET COMPLIQUÉ DE CYSTALGIE CHRONIQUE ; GUÉRISON EN DEUX SÉANCES.

OBS. II. — Marie X***, âgée de 43 ans, de Vénissieux (Isère), revendeuse, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon le 12 mars 1849, dans le service de M. Pétrequin, pour un calcul de la vessie. Il y a douze ans, elle eut une rétention d'urine, et depuis trois ans elle éprouve dans le bassin des malaises caractérisés par une pesanteur sourde, une sensibilité anormale, et plus tard des douleurs, de la cuisson en urinant, etc. Depuis longtemps l'émission des urines se fait difficilement par un filet grêle, et parfois s'interrompt tout à coup. Les douleurs vésicales s'exaspèrent par la fatigue, par un faux pas, par le cahot d'une voiture, etc. La menstruation est généralement régulière ; elle exerce néanmoins une influence fâcheuse sur la miction, qui devient alors plus pénible. Les urines, d'habitude claires et déposant peu, deviennent fétides et plus ou moins troubles après la fatigue.

La malade consulta successivement, dans le but de se soustraire à l'opération, les docteurs Baumes, Rapou et Bouchacourt ; enfin elle se décida, après plusieurs mois d'un traitement sans effet curatif, à subir l'opération qu'on lui conseillait, et vint se confier aux soins de M. Pétrequin. On ne peut trouver aucune cause de la pierre, sinon une hématurie qui compliqua la rétention d'urine précitée et donna lieu plusieurs fois à des caillots de sang. Deux explorations ayant parfaitement constaté l'existence d'un calcul caché en arrière, dans une sorte de cavité formée au bas-fond de la vessie, M. Pétrequin pratiqua, le 16 mars, une première séance de lithotritie avec un instrument dentelé, et non à cuillers. La pierre fut saisie et brisée six fois toujours dans le même lieu, sous les diamètres successivement de 6 lignes, 5 lignes et 4 lignes. L'opération ne dura que

(1) Nous dirons ici une fois pour toutes que M. Pétrequin a l'habitude de se servir de brise-pierres construits sur le modèle de ceux de M. Heurteloup.

deur de désordre moral peut descendre une société, jusqu'à quel niveau peut descendre le triste comique de notre vie actuelle.

LIVRE, ce qu'il y a de mieux, ce qu'il y a de pire, ce qu'il y a de plus aisé, ce qu'il y a de plus difficile à faire. Il y a tel homme de génie qui a passé sa vie à composer un ouvrage ; il y a tel brasseur de livres qui ne sait pas l'orthographe.

LOGIQUE, art de raisonner et très-souvent art de faire résonner les phrases ou les écus, selon les hommes et les circonstances.

LOIS (vitales). On peut leur appliquer la belle définition de Montesquieu : « Les rapports nécessaires de la nature des choses. » Mais nous n'en sommes pas plus avancés quand il s'agit de les connaître et d'en faire des applications à la science qui guérit.

LUMIÈRE. Que de choses encore nous manquent pour connaître cette *ombre de Dieu*, pour en apprécier les effets, la force, la puissance sur notre pauvre économie ; quand on sait qu'elle nous relie avec les innombrables mondes répandus dans l'espace, on conçoit qu'elle doit jouer dans la création un rôle dont nous sommes très-loin d'apprécier le but et l'importance.

LUMIÈRES (scientifiques, philosophiques), ce qui attire ou ce qui repousse, selon les opinions, selon les idées, les systèmes, les intérêts. La photophilie morale est une maladie infiniment relative.

LYCANTHROPIE, espèce d'aliénation mentale. S'il est vrai que les hommes ne cessent de s'entre-détruire, de s'égorger, de se dévorer ; s'il est vrai que le sang humain ne coule depuis des siècles que répandu par des mains humaines, que *Caïn tue son frère tous les jours*, la lycanthropie est certainement la maladie la plus générale comme la plus odieuse de notre espèce. Comment faire cependant ? « Quand on se fait brebis, le loup vous mange, » dit le proverbe, faut-il donc vivre toujours l'esprit à la défiance, le fiel au cœur, l'épée au poing, en un mot se transformer en lycanthrope ? Cela est difficile pour les hommes doux, sensibles, pour les vrais philosophes. Hélas ! nous savons trop que pour une infinité d'autres, la métamorphose est à moitié faite et l'aliénation dans toute son intensité.

R. P.

(La suite prochainement.)

ANGLETERRE. — LA VACCINE A BON MARCHÉ. — Le journal THE WEST BRITON, du 14 juin, contient les détails suivants :

La petite vérole qui a régné dernièrement parmi nous a permis de voir à quel point la vaccine avait été négligée.

Immédiatement l'administration chargée de la distribution des secours médicaux aux pauvres a fait des offres aux plus bas enchérisseurs.

M. Philippe Vincent (de Combonne) offrit de vacciner à 18 sous par sujet.

M. Henry Harris (de Redruth) a été aussi nommé vaccinateur au même prix.

Enfin, M. Vincent Mitchell offrit de vacciner, dans certains districts, pour 2 sous par cas, et il a été nommé à ces conditions.

quelques minutes et fut bien supportée. (Bains; lavements; tisane et potions calmantes; repos.)

Il sort de petits fragments graveleux durs et grisâtres. Les besoins d'uriner deviennent plus fréquents, s'accompagnent d'une douleur légère; les urines sont faiblement nuageuses.

Le 18 et le 19, quelques graviers sont encore rendus, et comme il n'en reparaît plus, M. Pétrequin procède le 22 à une nouvelle séance. La vessie est très-vaste; il réussit néanmoins à saisir en arrière un fragment de 4 lignes et plusieurs autres plus petits qu'il brise successivement. (Grands bains, lavements, etc.)

Quelques débris sont rendus; il n'en sort plus le 24.

Le 28, on fait une séance d'exploration; on ne trouve plus rien. Il paraît que tout le calcul a été réduit en poussière ou en graviers. Les urines sont naturelles; la miction s'opère sans douleur. L'opérée se trouve si bien qu'elle demande sa sortie le 31 mars; elle n'urine pas plus souvent qu'en état de santé, savoir une fois la nuit et deux à quatre fois le jour. A son entrée, elle urinait dix fois le jour et sept à huit fois la nuit. La proximité de son domicile lui permet de revenir si le mal reparaît, et elle n'est pas encore revenue. (Recueillie par M. Jacquemet, élève des hôpitaux de Lyon.)

Si la disposition de l'urètre chez la femme facilite les manœuvres de la lithotritie (et nous verrons plus loin, obs. XIII et XIV, qu'elle favorise aussi l'extraction des corps étrangers), il n'en est pas de même de leur vessie, dont la capacité est souvent telle qu'elle se subdivise en divers compartiments, ce qui complique alors la recherche des calculs, surtout s'ils sont petits et profondément cachés dans le bas-fond de la vessie, comme chez notre malade. Néanmoins la cure ici n'a guère exigé qu'une semaine pour une maladie qui datait de trois années.

La lithotritie chez l'homme est généralement moins facile; toutefois nous pourrons en citer des applications qui ne sont pas moins heureuses, comme les suivantes :

Obs. III. — M. C., propriétaire à Ecally, me fut adressé par M. Clément, son médecin, pour être opéré de la pierre. Il souffrait beaucoup de la vessie; l'hypogastre était sensible; il y avait douleur et pesanteur au périnée, envies fréquentes d'uriner et nécessité de changer souvent de position pour y satisfaire. Par intervalles le jet urinaire était brusquement interrompu. Le malade, déjà sur l'âge du retour, était fort et vigoureux. Je diagnostiquai un calcul d'acide urique, à qui son petit volume permettait de s'engager dans l'urètre.

Le 10 avril 1845, je fis une première séance de lithotritie avec M. Claudius Bernard, aujourd'hui médecin à Montluel. Je saisis le calcul par un côté, que je brisai.

Une deuxième séance eut lieu le 14; on ne put le saisir convenablement. Je dilatai alors le col de la vessie, dans l'espoir que le calcul, amoindri, pourrait y passer. Il sortit en effet dans la journée.

Une nouvelle exploration, le 16, ne démontra rien. L'opéré n'a plus souffert depuis lors.

CALCUL DE 15 LIGNES DE DIAMÈTRE, TRÈS-DUR, AVEC COMPLICATION D'UN CATARRHE CHRONIQUE DE LA VESSIE ET RETRÉCISSEMENT DU MÉAT; GUÉRISON EN QUATRE SÉANCES.

Obs. IV. — M. J.-B. B., âgé de 66 ans, né et percepteur à Moutiers (Savoie), souffrait de la vessie depuis 1816. Il rendit un premier gravier en 1832, et continua ainsi à en uriner de temps en temps avec plus ou moins de coliques et de souffrances. Le malaise augmenta en 1842, et en 1843 il fut obligé de suspendre tout à fait ses fonctions. Le repos et un régime sévère ne suffirent point pour le soulager. En 1844 il fut adressé à M. Pétrequin par le docteur Blanc, médecin à Aix-les-Bains, et sur l'avis du docteur Martin (de Lyon), il se décida, le 3 août 1844, à entrer aux chambres de 12 francs, à l'Hôtel-Dieu, pour être plus à portée des soins du chirurgien en chef.

Il y avait envie fréquente d'uriner; le sommeil était incomplet, court, interrompu, l'appétit troublé, la nutrition affaiblie. Le malade était d'un tempérament lymphatique; ses forces avaient baissé. Les urines déposaient. Outre la dysurie, il y avait des douleurs au bout du gland. Le cathétérisme fit reconnaître l'existence d'une pierre assez volumineuse.

Le méat urinaire était étroit. Le 4, M. Pétrequin le débrida en avant et en arrière pour qu'il pût facilement admettre le lithotriteur. Il entretint l'agrandissement avec un cône d'éponge préparée à la cire.

Le 5, la sensibilité et la capacité de la vessie furent explorées à l'aide d'une injection d'eau tiède; elle en contenait 100 à 120 grammes.

Le 6, première séance. Le calcul est saisi sous 15 lignes; il ne peut être brisé par l'action seule du pignon, il ne cède qu'au marteau : il fallut environ quarante coups pour le rompre. Le lithotriteur est ensuite retiré deux fois rempli de débris. (Grand bain prolongé; lavement; tisane et potion calmante, etc.; diète.)

Le soir, l'opéré a un peu de céphalalgie et de fièvre, mais sans douleur et sans frisson; il a rendu et rend encore le lendemain beaucoup de fragments de calculs.

Le 8, il se trouve si bien qu'on procède à la deuxième séance. On ramène plusieurs fois les cuillers remplies de débris; mais il paraît que, dans un mouvement du malade, la vessie fut un peu pincée, et malgré l'emploi des bains, des cataplasmes et de la diète, il avait la fièvre le lendemain. Il avait souffert la nuit; les urines étaient chargées et comme sanguinolentes; la face était abattue. (On prescrit 8 sangsues au périnée, un grand bain prolongé, un demi-lavement, et l'on pratique trois fois dans la journée des injections calmantes dans la vessie.)

Le soir, presque tous les symptômes alarmants avaient disparu. Le mieux continua, et le 12, le dépôt des urines, au lieu de monter au milieu du verre, ne s'élevait plus qu'à quelques lignes. Le malade s'est levé hier et commence à manger. Il y a une légère douleur vers le colon droit, ce qui paraît tenir à la constipation. On provoque quelques selles, et le lendemain la fosse iliaque est indolore.

L'appétit revient; il n'y a point de fièvre; les urines redeviennent belles; il y a du sommeil; le malade se lève et se promène, etc.

Le 23, troisième séance. Le calcul est saisi et brisé trois fois; la première sous neuf lignes; on le casse à coups de marteau, mais avec la précaution de déplacer d'abord le lithotriteur pour s'assurer que la muqueuse n'est pas pincée. Cette séance se passe sans douleur et n'est suivie d'aucun accident. Aussi, le 26, on procède à la quatrième, qui fut la dernière. La pierre fut chargée et broyée trois fois. Les débris s'évacuèrent les jours suivants. Le soir, il y avait un peu de fièvre due uniquement à la présence d'un gravier assez volumineux qui s'était engagé dans l'urètre, et dont la sortie amena un soulagement instantané.

On crut alors devoir administrer quelques préparations opiacées et une décoction de quinquina en lavement pour relever les forces et maîtriser les sueurs profuses du malade, qui depuis ne revinrent plus. L'opéré commença dès lors à faire quelques promenades hors de l'hôpital.

Le 2 septembre, exploration de la vessie; aucun gravier ne fut rencontré; depuis plusieurs jours le malade n'en rend plus. Un dernier examen est pratiqué le 6. La vessie paraît complétement débarrassée; les urines sont belles; le besoin de les excréter fréquemment a disparu. Le malade n'éprouve plus aucun malaise; il peut se promener à pied et en voiture sans aucun inconvénient. Il quitte l'hôpital le 9 septembre et Lyon le 10 dans un état extrêmement satisfaisant qui ne s'était pas démenti dix semaines plus tard. Il nous a écrit de nouveau à la fin de janvier 1845; il continue à jouir (1) du bénéfice de l'opération. (Recueillie par le docteur Michel Rambaud.)

Ainsi voilà un calcul volumineux et très-dur, qui faisait souffrir le malade depuis plus de vingt ans, et il a suffi de quelques jours de traitement et de quatre séances de lithotritie, dont une seule a été douloureuse, pour le débarrasser de ses longs malaises. (Nous reviendrons plus loin sur ce fait.) Le pincement de la vessie qui eut lieu dans une manœuvre, eût pu devenir la source de désordres graves sans les secours prompts qui furent administrés; on a vu dans l'observation elle-même par quels moyens sûrs on peut éviter le retour de cet accident. Le rétrécissement du méat urinaire est une complication assez commune; beaucoup moins fâcheux que les rétrécissements de l'urètre dont il importe de le distinguer, il exige toujours un débridement préalable pour faciliter le jeu des instruments. Le cas qui suit en offre un exemple comme celui qui précède.

CALCUL TRÈS-DUR D'URATE DE CHAUX, DE 19 MILLIM. AU MOINS, AVEC RÉTRÉCISSEMENT DU MÉAT, ETC.; ACCIDENTS : ENGAGEMENT DE PLUSIEURS FRAGMENTS DANS L'URÈTRE; GUÉRISON EN DEUX SÉANCES.

Obs. V. — Frédéric Besson, âgé de 21 ans, menuisier à Baumont, près de Valence (Drôme), souffre depuis deux ans du côté de la vessie, les urines deviennent rougeâtres par la fatigue, et souvent sortent avec peine, ou même s'interrompent brusquement dans leur cours. Depuis trois mois, le mal ayant beaucoup empiré, il est forcé d'abandonner son travail de menuisier. Enfin, adressé à l'Hôtel-Dieu de Lyon par M. Montoison, il est admis le 29 octobre 1849 dans le service de M. Pétrequin qui constate ce qui suit : besoin fréquent d'uriner jour et nuit, émission des urines avec gêne et cuisson, jet urinaire souvent interrompu, impossibilité de supporter la marche, le travail ni les cahots d'une voiture, douleur et pesanteur à l'hypogastre et au périnée, urines muqueuses, catarrhales, avec un dépôt jaunâtre; sommeil interrompu, appétit médiocre, constipation, rétrécissement du méat urinaire. M. Pétrequin explore la vessie qui est d'une sensibilité extrême, et il nous fait connaître l'existence d'un calcul. Le 3 novembre il débride le méat urinaire qu'il tient ensuite dilaté avec un cône d'éponge préparée; une fois l'inflammation traumatique dissipée, il prépare le malade à l'opération par des bains, des lavements, une purgation et un régime convenable.

Le 20 novembre, première séance de lithotritie après une injection préalable dans la vessie. M. Pétrequin saisit cinq fois la pierre sous les diamètres successifs de 18 et 17 millim.; elle est très-dure; elle exige l'emploi de l'étau et plus de cinquante coups de marteau pour la briser. L'opéré rend des fragments noirâtres et d'une dureté pierreuse. L'analyse chimique faite par M. Saint-Lager, interne à l'Hôtel-Dieu, montre que la base du calcul est un urate de chaux, il s'y joint un peu de phosphate ammoniaco-magnésien, la couleur noire paraît tenir à une substance animale incorporée avec les éléments calcaires. (Bains, tisane, potions calmantes.)

Le 23, le malade ne rendant plus de gravier, on procède à une deuxième séance. M. Pétrequin saisit deux fois la pierre avec le lithotriteur à cuillers sous 17 et 16 millim., et ne peut la briser qu'à grands coups de marteau. Plusieurs fragments s'engagent dans le canal; M. Malichecq, interne du service, en ex-

(1) Sur l'avis de M. Pétrequin, il s'est rendu aux eaux minérales alcalines d'Evian (Savoie) dont l'action médicamenteuse a été très-bienfaisante pour les voies urinaires.

trait un dans la journée ; le lendemain matin M. Pétrequin en retire un autre avec la curette articulée de M. Leroy-d'Etiolles ; le 25, un troisième est retiré de même. Ces fragments sont gros et quadrilatères ; leur passage occasionne un peu de fièvre ; il sort ensuite quelques graviers. Le 27, le malade n'en rend plus ; il se trouve de mieux en mieux ; les urines sont à peine muqueuses ; elles s'écoulent aisément. Les douleurs vésicales se dissipent.

Le 2 décembre, M. Pétrequin pratique un cathétérisme explorateur, et ne trouve rien ; l'amélioration progresse, les besoins d'uriner diminuent.

Le 5, on procède à une dernière séance d'exploration, mais sans découvrir le moindre fragment. L'opéré se croit entièrement guéri ; le sommeil, l'appétit et les digestions vont bien ; la miction se fait de mieux en mieux ; il ne se réveille plus qu'une ou deux fois par nuit et ne souffre plus en urinant. Néanmoins, M. Pétrequin le garde encore en observation pendant quelques jours pour s'assurer si la cure ne se dément pas.

Le 12 décembre, le malade part dans le meilleur état. (Recueillie par M. Chaumier, élève des hôpitaux.)

Le débridement du méat urinaire amena une inflammation œdémateuse du prépuce qui recula l'époque de l'opération. Quant à celle-ci, elle se compliqua d'un accident plus grave, je veux parler de l'engagement des fragments qui s'enclavent pour ainsi dire dans le canal ; s'ils s'arrêtent près de la fosse naviculaire, on a vu par quels moyens on a pu les dégager ; mais s'il y a à la fois encombrement de l'urètre et du col vésical, les difficultés sont beaucoup plus grandes, comme on va le voir dans le cas qui suit.

CALCUL TRÈS-DUR, DE 13 LIGNES DE DIAMÈTRE ; ACCIDENTS : FIÈVRE INTERMITTENTE ; PNEUMONIE DU PREMIER DEGRÉ ; ENCOMBREMENT DU COL VÉSICAL, ET PAR SUITE OEDÈME DE LA VERGE ET PHYMOSIS, ETC. ; GUÉRISON EN SIX SÉANCES.

OBS. VI. — J.-B. Jamme, âgé de 50 ans, journalier, né à Rochemaure (Ardèche), entre le 16 mai 1846 à l'Hôtel-Dieu de Lyon, où il est adressé à M. Pétrequin, salle des opérés n° 12. Il raconte que, malade depuis deux ans, il a commencé à ressentir des douleurs vagues dans l'hypogastre, dans les lombes, avec sentiment de prurit vers le gland. Plus tard, l'excrétion des urines fut gênée ; les besoins revenaient irrégulièrement ; les urines, quelquefois complétement arrêtées, le plus souvent coulaient goutte à goutte sur le scrotum et les cuisses, qui devenaient alors le siége d'irritations érysipélateuses extrêmement douloureuses. Les grands bains, les cataplasmes émollients dans l'occasion, rétablissaient le cours des urines. Ce malade, après avoir consulté un grand nombre de médecins dont aucun ne le sonda, bien que plusieurs eussent soupçonné l'existence d'un calcul, entra à l'hôpital de Montélimart, où l'on constata positivement la présence d'une pierre et d'où on l'adressa au docteur Rodet (de Lyon) ; celui-ci après l'avoir sondé l'envoya à M. Pétrequin pour qu'il l'opérât. Le calcul constaté de nouveau, le malade fut préparé à l'opération par de grands bains, des lavements huileux, etc.

Le 19 mai, la vessie reçoit facilement 100 grammes d'eau pour injection, et le malade en éprouve même un bien-être d'un heureux augure. La pierre saisie, sous un diamètre de 12 lignes, cède sous la pression du pignon, mais non sans une grande résistance. On retire l'instrument (lithotriteur à cuillers), et on reconnaît que les fragments qu'il rapporte sont d'une excessive dureté ; l'instrument introduit une seconde fois, la pierre est chargée à trois reprises différentes, d'abord sous des diamètres de 11, 12 et 13 lignes, elle cède à grande peine sous l'effort du pignon ; saisie une quatrième fois sous 11 lignes, on ne parvient à la faire céder qu'à l'aide de l'étau et du marteau. (Bain, lavement, tisane et potion calmante.)

Les jours suivants, le malade est très-bien et rend quelques pierres dont le passage cause un peu de douleur.

22 mai, deuxième séance. Le canal est encombré de débris ; le calcul est saisi à trois reprises, deux fois sous 14 lignes et une fois sous 11. Il est brisé deux fois avec le pignon après l'avoir été une première fois avec le marteau. (Même prescription.) Cette séance fut suivie des mêmes résultats que la précédente.

26 mai, troisième séance. M. Pétrequin saisit quatre fragments, trois de 6 lignes et un de 3 lignes. Ils cèdent tous les quatre au marteau. (Même prescription que le 22.)

27 mai. Le malade est très-bien ; il rend des pierres et n'a uriné que deux fois dans la nuit.

28 mai. Un peu de fièvre, coliques, deux vomissements, douleurs à l'hypogastre. Le malade a uriné huit fois cette nuit. On est obligé de recourir à une sonde de petit calibre pour le sonder. (Grand bain, lavement miellé huileux.)

29 mai. Souffrances moindres. (Injections émollientes dans la vessie, grand bain.)

30 mai. Le malade a pris froid en sortant du bain ; il est plus fatigué qu'hier. Langue blanche ; embarras gastrique. (Potion calmante, tisane de tilleul et feuilles d'oranger. Ce matin, lavement huileux. Ce soir, lavement avec quina, valériane et pavot ; extrait de quina, 2 grammes.)

1er juin. Le malade est mieux et ne dit uriner que trois fois par jour.

2 juin, quatrième séance. On ne saisit qu'un fragment de 4 lignes qui est brisé.

3 juin. Le malade a un peu de fièvre ; il n'a pas souffert cependant et n'a uriné que trois fois depuis hier matin. Il rend peu de débris.

5 juin. Il a rendu un gros calcul hier ; il accuse des urines troubles.

6 juin. Les urines sont effectivement un peu troubles, et présentent un petit dépôt glaireux, blanchâtre. (Injections vésicales, cataplasme, grand bain.)

7 juin. Douleurs dans le bas-ventre ; toutefois urines plus claires, moins de dépôt. (Injections émollientes et narcotiques.)

8 juin. Le malade urine bien, mais il dit éprouver le soir, de dix heures à minuit, un accès de fièvre avec sueurs abondantes sans frisson initial. L'année dernière il eut cette même fièvre. (Lavement avec quina, valériane et pavot ; extrait de quina, 2 grammes.)

9 juin, cinquième séance. Le malade est bien ; la fièvre a été moins forte hier. On charge et on brise deux fragments de 3 lignes. (Grand bain ; même lavement pour donner à midi.)

10 juin. Le malade est très-fatigué ; fièvre ; oppression. Il a pris froid hier. L'auscultation démontre un engouement pulmonaire. Nonobstant il a rendu quatre fragments dont un assez gros. (Tisane de mauve et de tilleul ; potion avec tartre stibié, 10 centigr. ; une petite saignée du bras.)

11 juin. La poitrine est mieux ; la toux et l'oppression sont moindres ; la fièvre du soir est revenue plus légère ; le malade souffre d'un calcul engagé dans l'urètre. (A prendre dans la journée, camphre et opium, 6 centigr. ; sulfate de quinine, 30 centigr., en trois pilules.)

12 juin. La fièvre a été moins forte et retardée ; le malade souffre du calcul engagé. (Injection d'eau tiède pour le repousser.) L'injection ramène deux fragments. Soulagement.

13 juin. L'accès de fièvre persiste. Les pilules ont été égarées hier.

14 juin. L'accès a été moindre, mais le malade a éprouvé de fortes douleurs à l'hypogastre. Les urines sont sanguinolentes et purulentes. La verge est œdématiée ; il y a un véritable phymosis qui ne permet qu'à grand'peine le cathétérisme. La sonde est arrêtée au niveau du col par un amas de graviers ; mais le malade peut uriner seul ; il ne rend plus de débris. (Injections émollientes deux fois par jour.)

15 juin. Même état qu'hier. Injection émolliente ; le canal est débarrassé bien que le malade n'ait pas rendu de pierres.

16 juin. Point d'accès hier. Même état des urines.

17 juin. L'accès est revenu et a duré deux heures, mais faiblement.

18 juin, sixième séance. On saisit et on brise deux fragments, un de 7 lignes et un de 6 lignes. On cherche vainement d'autres pierres. Les urines sont toujours puriformes.

19 juin. Embarras gastrique. (Eau de Sedlitz, deux verrées le matin.)

20 juin. Léger accès hier. Le malade l'attribue à la douleur que lui cause le passage des fragments. Hier il en a rendu un assez gros. (Lavement avec sulfate de soude, 15 grammes ; continuer le lavement avec quina, valériane et pavot.)

22 juin. Le malade va très-bien ; il urine facilement et peu souvent ; ses urines sont à peu près normales. Il ne rend plus de gravier et songe à partir.

23 juin, séance d'exploration. Le lithotriteur ne rencontre rien nulle part. Le malade est très-bien ; les urines sont normales ; sa fièvre est encore un peu revenue à minuit.

24 juin. Le malade part parfaitement bien portant. (Recueillie par M. Al. Chavanne, interne des hôpitaux.)

L'œdème et le phymosis déterminés par l'accumulation des débris des calculs au col de la vessie, et consécutivement par l'inflammation traumatique de ces parties, constituent un accident dont la gravité augmentait par la complication intercurrente d'une fièvre quotidienne et d'une pneumonie au premier degré. Un traitement énergique a réussi à en triompher, et la terminaison a été des plus heureuses.

CALCUL DUR, DE 28 MILLIM., PRÉCÉDÉ D'UNE HÉMATURIE, COMPLIQUÉ D'UN CATARRHE CHRONIQUE DE LA VESSIE, AVEC RÉTRÉCISSEMENT DU MÉAT ; ACCÈS DE FIÈVRE PERNICIEUSE APRÈS QUATRE SÉANCES.

OBS. VII. — François Sachier, maréchal ferrant, âgé de 64 ans, né à Chaudenay (Saône-et-Loire), d'un tempérament lymphatique, entré à l'Hôtel-Dieu de Lyon, dans le service de M. Pétrequin, le 12 octobre 1846, annonce qu'il souffre depuis huit ans. A cette époque ayant fait un assez long voyage en voiture, il fut pris d'une hématurie abondante accompagnée de douleurs lombaires. L'hématurie et les douleurs cessèrent avec le repos. Deux ou trois ans s'écoulèrent ensuite sans accidents, puis survinrent rapidement de nouvelles douleurs dans les reins et de grands troubles dans l'émission des urines. Au moindre exercice violent, la miction devenait pénible, douloureuse, difficile ; les envies d'uriner surtout pendant la nuit se répétaient toutes les demi-heures et même tous les quarts d'heure. Ces symptômes s'accroissant de jour en jour, Sachier consulta un chirurgien de Macon qui reconnut l'existence d'un calcul vésical et l'engagea à venir à Lyon. A son arrivée, il urinait goutte à goutte avec la plus grande peine, et quelques jours avant son entrée, il avait compté vingt émissions d'urine dans un jour et vingt-cinq dans la nuit suivante.

15 octobre. Première séance. La vessie, préalablement injectée, M. Pétrequin charge d'abord deux fois le calcul sous 28 et sous 11 millimètres et le brise avec le marteau. Avec un second lithotriteur, il saisit trois fragments de 10, de 8 et de 3 lignes ; les deux derniers peuvent être réduits avec le pignon. Les fragments rapportés par l'instrument sont gris noirâtres. (Lavement ; grand bain ; tisane et potions calmantes.) Bouillon et soupe pour régime.

16 octobre. Pas de fièvre, peu de souffrances, mais le malade a rendu un peu de graviers, ses urines sont troubles et contiennent une notable quantité de muco-pus. Mais ce dépôt, au dire du malade lui-même, existe depuis plusieurs mois déjà.

17 octobre. Douleurs dans l'urètre causées par le passage des graviers.

20. Deuxième séance. Le col est encombré de débris. On casse et on brise, soit avec le pignon, soit avec le marteau, quatre fragments, deux de 11 lignes

et deux de 7 lignes. Cette fois, comme la première, le malade n'accuse pas de douleurs pendant l'opération. (Grand bain; potion calmante.)

21. L'ouverture du méat ayant paru trop étroite dans ces deux séances, on le débride en avant et en arrière, et on maintient les incisions avec des morceaux coniques d'éponge préparée.

22. Le passage des débris cause quelques douleurs au malade, au col de la vessie. Injections émollientes pour les calmer. Pas de fièvre.

27. Troisième séance. On charge et on réduit, tantôt avec le pignon, tantôt avec le marteau, cinq fragments : deux de 6 lignes, un de 9, un de 4 et un de 6 lignes; puis enfin un sixième de 18 millim.

28. Le malade dit avoir eu un peu de fièvre, mais actuellement tout va bien, moins la douleur que détermine le passage des débris.

29. La fièvre se confirme. Agitation. (Potion calmante; lavement avec mauve, valériane et pavot.)

30. La fièvre s'est calmée. Injections émollientes que l'on continue tous les jours.

31. Quatrième séance. Le col est toujours encombré. On saisit d'abord quatre fragments, deux de 3 lignes, un de 5 lignes, et un de 8 lignes; puis avec un autre lithotriteur, un de 11 millimètres, on les brise avec le marteau et le pignon. (Tisane et potions calmantes; même lavement, un autre de graines de lin pour le soir; grand bain.)

1er novembre. Injections émollientes. On continue les lavements.

2. Fièvre. Le malade accuse des douleurs au niveau du col vésical.

3. Les urines sont toujours chargées et muqueuses. Le col est toujours encombré. (Injections; lavement comme ci-dessus.)

4. Même état. Les douleurs persistent pour uriner. (Mêmes prescriptions.)

5. L'état du malade est stationnaire. Les besoins d'uriner reviennent environ toutes les heures.

6. Tous les accidents, les douleurs hypogastriques surtout, ont brusquement augmenté avec les accès de fièvre. (Potion calmante; lavement de quina, valériane et pavot.)

7. Le malade est mort cette nuit dans un accès de fièvre pernicieuse. (Recueillie par M. Chavanne, interne des hôpitaux.)

A part l'âge du malade, les conditions dans lesquelles cette opération a été entreprise, toutes défavorables qu'elles se trouvaient, ne l'étaient pas plus que dans le cas précédent, qui présente avec elle plus d'une analogie. Peut-être même les accidents urinaires étaient-ils moins fâcheux en eux-mêmes; il n'y a eu ni œdème de la verge, ni phymosis, ni pneumonie. Toutefois, commencée sous de si heureux auspices, cette lithotritie a eu une issue fatale; c'est que si on a pu apprécier et combattre les conséquences morbides de la cystite, il n'en a plus été de même de l'autre complication, qu'on ne pouvait ni prévoir ni combattre, et ici, comme cela arrive malheureusement dans bien d'autres lésions, cette fièvre pernicieuse est venue littéralement foudroyer le malade.

(La suite au prochain numéro.)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

LETTRE SUR L'INFLUENCE DE LA VACCINE SUR LA POPULATION ; par M. CARNOT.

Monsieur,

Vous avez la bonté de rappeler, dans la GAZETTE MÉDICALE du 29 juin, que quelques communications de ma part y ont été naguère accueillies avec complaisance. C'est m'encourager à vous prier de donner place dans votre prochain numéro à cette lettre, rendue nécessaire pour ma défense *personnelle* par le rapport de M. le docteur Bousquet. Votre honorable impartialité me garantit que vous ne me refuserez pas.

Je commencerai par dire que M. Bousquet a été *mal informé*. Loin de retirer aucune des pièces du procès pendant à l'Institut, je n'ai cessé d'en augmenter le nombre. A cet égard, M. Flourens eût renseigné son honorable confrère, si celui-ci avait réellement désiré obtenir ces renseignements. — Je n'ai pas reculé d'une semelle.

J'ai présenté à l'Académie des sciences le tableau de la mortalité par âge dans la ville de Paris, pendant l'octaétéride, qui commence au 1er janvier 1840 et finit au 31 décembre 1847.

Cette période comprend 221,540 décès, dont 67,689 entre 15 et 45 ans —31 p. 100.

Dans l'octaétéride (1816-1823), antérieure de vingt-quatre ans à celle-ci : L'état civil constate 176,842 décès, dont 42,237 entre 15 et 45 ans—24 pour 100.

On voit que la proportion est loin d'être la même, et que *la mortalité relative de la période féconde s'est accrue de plus d'un quart en vingt-quatre ans!* Ce n'est pas peu de chose.

Or, la période (1816-1823) a pour moyenne l'année 1820. La période de quinze ans (1817-1831), étudiée par M. Demonferrand en France, et qui sert de base à ses tables ainsi qu'aux assertions de M. Ch. Dupin, a pour moyenne l'année 1824.

N'est-il donc pas extraordinaire, monsieur, de voir des hommes sérieux, des savants, appuyer leurs conclusions sur des faits arrivés un quart de siècle avant 1849, lorsqu'ils n'ont qu'à *vouloir* pour trouver sous leur main les documents relatifs à l'époque dont ils parlent? N'en faut-il pas augurer que ces derniers ne font pas aussi bien leur affaire, et que *leur siége est fait*, comme disait M. de Versot?

Je le sais parfaitement, monsieur, cette période, dont l'année moyenne est 1824, fut, en France, la période triomphale de la vaccine, et Jenner descendit au tombeau, sans qu'aucun fait eût obscurci sa gloire. — Mais il était temps!

M. le docteur Bousquet a cité le département de la Côte-d'Or. Nul ne s'est montré, depuis l'introduction de la vaccine en France, aussi constamment zélé pour cette pratique. C'est là qu'il convient d'aller pour analyser ses effets sur la population.

De 1821 à 1827, en sept ans, la Côte-d'Or présenta un accroissement phénoménal de 24,326 âmes, le quinzième de sa population, par la différence entre les naissances et les décès de cette période. Ces sept années sont presque similaires. (ANNUAIRES DES LONGITUDES, 1830 et 1850.)

	Années.	Naissances.	Décès.
Voici les chiffres de la dernière :	1827	10,995	7,526.
Vingt ans après on trouve :	1847	9,140	9,211.

Quelle chute terrible en si peu d'années!

Les naissances ont diminué de 1,854—soit de 17 pour 100.
Les décès ont augmenté de 1,685—soit de 18 pour 100.

Enfin, les seconds surpassent les premières, et *la population décroît!*

Est-il besoin d'en dire plus, monsieur, pour démontrer qu'il est fort peu logique de préjuger la mortalité de 1850 par celle d'une année moyenne, antérieure à vingt-six ans?

Je ne l'ai point fait; et voilà pourquoi je n'ai pas été d'accord avec M. Demonferrand, répété par M. Charles Dupin.

Vous me reprochez, monsieur, d'attribuer à la vaccine les résultats incontestables, prouvés par ces chiffres accablants. De tout mon cœur, je voudrais qu'il en fût autrement; car toute ma famille est, ainsi que moi, vaccinée et revaccinée; mais je juge en analyste, non en père, bien moins encore en médecin, et je ne saurais m'empêcher de répéter que la chose est *très-probable*.

Après cela, que la fièvre typhoïde soit une maladie *nouvelle*, comme le dit M. le docteur Bayard ;—*non décrite* avant 1813, ainsi que l'affirme M. le docteur Serres;—*décrite* 460 ans avant J.-C., comme le prétend M. le docteur Chomel, j'ignore :

Non nostrum inter vos....

Je me borne à l'histoire; je ne fais point de romans.—En résumé, il est *incontestable* que la mortalité de la jeunesse s'est accrue, depuis l'année 1817, d'une manière effrayante pour l'avenir de la France;—que la population s'accroît en enfants et en adolescents, sans augmenter en hommes faits dans une égale proportion;—que l'augmentation des *consommateurs productifs* conduit rapidement une nation à sa décadence, etc., etc. Je ne vois là, monsieur, qu'une magnifique question d'économie politique, et ne la traite qu'à ce point de vue. Après avoir, de mon mieux, exposé tous ces faits, je cherche la cause *puissante* qui a pu produire un aussi déplorable résultat. Je suis amené à dire que la vaccine a *probablement* déterminé ce déplacement de la mortalité, et je reste intimement convaincu que le grand jury national, avec son gros bon sens, *mis en présence des faits accomplis*, se prononcerait tout comme je l'ai fait.

L'essai est facile à faire. Qu'on recherche la vérité, comme j'ai pris la peine de la chercher, et qu'on la dise!

Passons à un autre sujet.

Un journal auquel vous attachez votre nom ne devrait pas, ce me semble, laisser passer *sous sa responsabilité* une assertion aussi étrange que celle contenue dans votre numéro du 6 juillet.

Il y est dit que le rapport de la population *aux décès* est, en Angleterre, 45; à Vienne, 23, je crois, car je n'ai pas en ce moment la GAZETTE sous les yeux; et de là on tire cette conclusion qui n'a pas de nom en bonne logique :

La durée moyenne de la vie est double en Angleterre de ce qu'elle est à Vienne.

Et *les naissances*, monsieur, vous n'y pensez pas!

En deux mots, il est facile de démontrer combien est *capitale* l'erreur commise par votre correspondant.

Imaginez deux provinces, contenant l'une et l'autre un million d'âmes de population *constante*.

Dans la première, on compte annuellement 50,000 naissances et autant de décès.

Dans la deuxième, on compte annuellement 25,000 naissances et même nombre de décès.

Concluez-vous, ainsi que l'indique l'article auquel je fais allusion, que la *vie moyenne* est double dans la seconde province?

Ce que conclura l'observateur réfléchi, le mathématicien digne de ce nom, le logicien profond, monsieur, c'est que s'il fallait en venir aux mains, la première province ne ferait *qu'une bouchée* de la deuxième; et cela, pourquoi?

Parce que ces deux populations, d'un million d'*âmes* en quantité, contiennent un million de *corps*, de qualité différente.

La population *virile et féconde*, entre 15 et 55 ans, est double dans la première province.

La population en enfants, adolescents, peut-être en vieillards stériles, malingres et goutteux, est double dans la deuxième.

La première province représente *Rome* aux sept premiers siècles de sa fondation; la seconde représente *la Rome* d'aujourd'hui.

La première représente *la France* en 1792, déclarant la guerre à l'Europe entière, certaine de son triomphe; et la deuxième, *la France* d'aujourd'hui.

La première, c'est Damis, Clitandre, Figaro; la deuxième, c'est Harpagon, Trissotin et Basile.

La première enfin ressemble à un jet brillant de lumière; la seconde, à une chandelle fumeuse. Voulez-vous maintenant, monsieur, une preuve *sans réplique possible?*

Il est, en France, des départements *de choix* qui dépassent de beaucoup le rapport 45 qui semble à votre correspondant le *nec plus ultrà* du genre. Je n'en citerai qu'un seul, *le Calvados*, situé en regard de l'Angleterre et dans une position géographique analogue (voir les ANNUAIRES DES LONGITUDES.)

En 1846, la population *recencée* du Calvados s'élève à	498,385 habitants.
Les décès (moyenne de 1842 à 1846 inclus) à.	10,009 annuellement.

Le rapport de la population aux décès approche donc du chiffre 50, *à 3 millièmes près*, dans ce département. Aussi M. Demonferrand le signalait-il naguère au premier rang de sa première section, tout en remarquant, *mais sans être parvenu à se rendre un compte bien exact des causes*, que la mortalité *au-dessus* de l'âge de 20 ans y était plus grande que *dans aucune autre* localité de France, et y atteignait de 1817 à 1831 le chiffre de 69 p. 100, tandis que ce chiffre n'était pour *la France* que de 52 p. 100. Il y a là un grand enseignement!

Les registres de l'état civil en offrent un autre qui n'est pas *la conséquence*. (ANNUAIRES DES LONGITUDES.)

DÉPOPULATION DU CALVADOS.

En 1844, excédant des décès sur les naissances.	2
En 1845, — —	368
En 1846, — —	23
En 1847, — —	1,899

Depuis ce temps, le choléra est venu s'ajouter aux autres causes qui déciment la jeunesse, et vous voyez *où l'on va* avec un nombre de décès réduit *au cinquantième* de la population!

La vie d'une nation, monsieur, ne ressemble en rien à celle d'un individu. *Une nation ne meurt pas*; elle éprouve des pertes et les répare. Mais lorsqu'elle fait périr *ceux* que la Providence destinait à combler ses vides, alors elle décline et tombe dans la décrépitude. L'histoire antique de Prométhée nous montre l'impuissance de l'esprit humain, luttant contre la sagesse éternelle.

Pendant six cents ans, Rome abandonna à la Providence le soin de conserver ses citoyens; et elle devint la maîtresse du monde, au milieu de guerres continuelles! Elle prit ensuite aux Athéniens leur rhéteurs, leurs artistes, leurs médecins, et commença dès lors à décliner rapidement. Elle eut des enfants débiles, des jeunes gens énervés et des vieillards impuissants *en grand nombre*; puis succomba misérablement, au milieu de cette prospérité apparente, sous les coups des mêmes ennemis que si souvent elle avait vaincus, alors qu'elle était pauvre, ignorante, et qu'elle avait surtout un cœur chaud, des bras vigoureux et des jambes infatigables.

P. S. — Toute cause artificielle de diminution dans la mortalité *naturelle* de l'enfance est purement nominale, non sur l'existence *entière* de l'homme, ce dont il n'y aurait aucun lieu de s'étonner ni de se plaindre, *mais sur la période féconde de la vie*. Telle est la loi physiologique que j'aperçois, que je prouve *par les faits*, en attendant celui qui sera assez habile pour le prouver *directement*. Newton a succédé à Képler, et mon successeur viendra. *Ceci n'est pas particulier à la vaccine*. L'effet, dans ce dernier cas, est plus apparent, parce que la préservation *artificielle* a lieu sur une plus vaste échelle.

L'inoculation n'est *peut-être* pas, *sous ce rapport*, préférable à la vaccine, du moins on peut douter, jusqu'à preuve positive du contraire. Laisser agir la nature en la suivant avec intelligence dans sa marche, quelquefois capricieuse en apparence, surtout faire nourrir l'enfant par sa mère et l'entretenir dans un constant état de propreté, est, je le crois du moins, ce qu'il y aurait de mieux à faire dans l'intérêt de la nation, si ce n'est dans celui des individus. Buffon a comparé, en 1767, la mortalité de Paris et de Londres (t. XIX, édit. Sonnini). Voici les résultats auxquels il est parvenu (p. 365 et 366):

RÉPARTITION DE 13,189 DÉCÈS (1767).

Ages.	Paris.	Londres.
De la naissance à 10 ans. . .	6,284	5,902
De 10 ans à 20 ans	507	596
De 20 ans à 30 ans	693	1,146
De 30 ans à 40 ans	885	1,370
De 40 ans à 50 ans	962	1,442
De 50 ans à 60 ans	1,062	1,113
Au-dessus de 60 ans	2,799	1,820
	13,189	13,189

L'avantage est ici évidemment pour Paris. L'inoculation était très-répandue à Londres depuis 1720. Des personnes de tout âge s'étaient soumises à cette opération. Est-ce à cette cause qu'il convient d'attribuer la différence immense des mortalités dans ces deux capitales? La position géographique étant différente, les mœurs, etc., *on ne peut prononcer*.

En pareille matière, il faut *identité* de lieu, *identité* de coutume, etc., pour qu'un homme sérieux puisse, en conscience, formuler un verdict.

Mais la loi générale du *déplacement* de la mortalité, quelle qu'en soit d'ailleurs la cause, apparaît ici, presqu'aussi clairement que dans mon ESSAI DE MORTALITÉ.

Tout homme devait errer avec Jenner. Il eût fallu, pour ne pas être crédule, avoir l'intelligence divine et la connaissance de l'avenir. Si jamais proverbe fut vrai dans cette circonstance délicate, ce fut celui-ci: « *Vox populi, vox Dei*. » Mais les dieux de la terre ne croient pas à ce proverbe depuis bien longtemps; ils croient à l'instinct des animaux pour leur conservation et ne croient pas à l'instinct de l'homme, *dans l'état de nature*. C'est une de nos inconséquences.

Agréez, etc.

NOTE DU RÉDACTEUR. — La lettre que M. Hector Carnot nous fait l'honneur de nous adresser est en réalité la confirmation pleine et entière de notre appréciation en ce qui le concerne. Nous avions loué les procédés statistiques à l'aide desquels il a étudié le mouvement des naissances et des décès et en fin de compte de la population, et il prend la peine de nous donner les preuves du mérite de ces procédés. Nous avions ajouté que, si la mortalité avait augmenté dans la population *féconde* ou *virile* depuis l'introduction de la vaccine en France, M. Carnot n'avait pas *prouvé* que ce fût par le fait même des vaccinations, et il se borne encore aujourd'hui à répéter que ce déplacement de la mortalité est *probablement* dû à la vaccine. Nous sommes donc d'accord de tout point.

Quant à la note relative à la population de l'Angleterre comparée à celle de Vienne et d'autres grandes villes, note insérée dans nos *Variétés*, M. Carnot peut voir qu'elle n'appartient pas à la rédaction de la GAZETTE MÉDICALE, et qu'elle a été extraite des journaux anglais. C'est un document que nous nous sommes contentés de recueillir pour valoir que de raison, et auquel chacun est libre d'attribuer le mérite qu'il lui plaira. Les chiffres sont importants à connaître, c'est à ce titre que nous les avons relevés, sans nous rendre responsables des conséquences que l'auteur anglais en a tirées.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

I. ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

Les numéros de janvier, février et mars 1850 contiennent les travaux originaux suivants: 1° *Recherches sur l'état de la contractilité et de la*

sensibilité électro-musculaires dans les paralysies du membre supérieur, étudiées à l'aide de la galvanisation localisée; par M. Duchenne. (Mémoire lu à l'Académie de médecine. Voir la GAZETTE MÉDICALE.) 2° *De l'influence que la grossesse et la phthisie pulmonaire exercent réciproquement l'une sur l'autre*; par M. Grisolle. (Nous avons rendu compte de ce travail.) 3° *Recherches physiologiques et pathologiques sur l'albumine du sang et des divers liquides organiques; description d'un albuminimètre destiné à donner immédiatement et très-exactement la quantité d'albumine qu'ils contiennent*; par M. A. Becquerel. 4° *Mémoire sur le traitement des affections scrofuleuses par les préparations de feuilles de noyer*; par M. Négrier. (Non terminé.) 5° *Recherches cliniques sur l'éclampsie des enfants*; par M. Ozanam. 6° *Étude de la diphtérite, d'après une épidémie de cette maladie observée à l'hôpital Necker en 1848*; par M. Empis. 7° *De l'anesthésie provoquée et des agents anesthésiques considérés au point de vue de leur application à la chirurgie et aux diverses branches de l'art de guérir; résumé critique des travaux publiés sur ce sujet dans ces derniers temps*; par M. Aran. 8° *Du bruit de souffle abdominal; nouvelle théorie sur la cause et le mode de production de ce bruit*; par M. Cazeaux.

DU BRUIT DE SOUFFLE ABDOMINAL; NOUVELLE THÉORIE SUR LA CAUSE ET LE MODE DE PRODUCTION DE CE BRUIT, par M. CAZEAUX.

Ce n'est pas, à proprement parler, une *nouvelle théorie* que M. Cazeaux est venu apporter; c'est à la fois moins et mieux. Moins, car il ne s'agit que d'un élément nouveau qu'il énonce afin qu'on le fasse entrer, pour sa part, en ligne de compte, dans la théorie de M. Bouillaud; mieux, car il y a, selon nous, beaucoup plus de profit à attendre de ce travail d'analyse s'exerçant sur les moindres circonstances pathologiques, que de l'esprit aventureux qui entasse l'une sur l'autre des hypothèses de toutes pièces et non moins exclusives que leurs devancières.

Pour M. Cazeaux, l'opinion la plus probable est que le bruit de souffle se passe dans les artères qui rampent sur le plan postérieur de l'abdomen et le plus souvent dans les vaisseaux iliaques. Seulement, il pense que les causes en sont multiples, et qu'il ne tient pas uniquement à la compression que la tumeur constituée par l'utérus exerce sur ces gros vaisseaux.

La compression que l'utérus produit est sans doute une des causes les plus actives du bruit de souffle; mais il est certainement dû aussi en partie aux modifications que la composition du sang subit pendant la grossesse. Il est en effet impossible d'oublier l'analogie si grande qui existe entre le sang de la grossesse et celui de la chlorose.

La ressemblance est tout aussi frappante entre le souffle dont nous parlons chez les femmes enceintes et celui des chlorotiques; mêmes variétés de rythme, mêmes variétés de ton et de sonorité. Tous deux sont parfois mélangés ou uniquement composés d'un bruit de mouche, d'un bruit de râpe sibilant qui semblent également appartenir aux premiers degrés de la maladie. Tous deux offrent la même mobilité dans leur manifestation, leur rhythme, leur intensité, et paraissent également influencés par la pression plus ou moins forte qu'on exerce avec l'instrument et par les troubles survenus dans la circulation de la femme à la suite d'une contrariété vive, d'un mouvement violent, etc.

Il paraît dès lors naturel d'admettre que, puisque la grossesse et la chlorose produisent dans le sang les mêmes altérations, le souffle entièrement semblable que l'on entend dans les deux cas est dû à la même cause.

L'analogie qui inspire cet argument fournit cependant aussi la plus forte objection qu'on puisse lui opposer. Dans la chlorose, ne manquera-t-on pas de dire, le bruit de soufflet s'entend surtout à la région cervicale; pourquoi, pendant la grossesse, aurait-il, s'il était dû à la même cause, son siége de prédilection dans l'abdomen? A ceci, M. Cazeaux répond que, d'abord, dans quelque cas, le bruit cardiaque et carotidien a été constaté à la fois chez les femmes enceintes. Il est vrai que le plus souvent on n'entend rien aux carotides en même temps que l'on perçoit le souffle abdominal; mais ce fait est facile à comprendre, car il est rare que, durant la grossesse, l'altération du sang soit portée au degré qu'elle présente chez les chloroliques ordinaires; le chiffre des globules descend rarement au-dessous de cent, et la quantité d'eau est loin d'être aussi considérable que l'énorme chiffre qu'elle atteint dans la chlorose. Or, s'il est vrai, comme le pense M. Andral, que la production des bruits anormaux implique un degré plus avancé d'altération, on comprendra qu'ils ne soient pas perçus aux carotides, dans lesquelles l'appauvrissement du sang peut *seul* les produire.

Mais il ne peut en être de même dans les vaisseaux abdominaux. A l'altération du sang, à un commencement d'hydroémie, vient s'ajouter une diminution assez considérable dans le calibre des vaisseaux, diminution produite par la compression de la tumeur utérine; et ces deux circonstances réunies déterminent un bruit de soufflet qu'elles seraient impuissantes à produire si elles étaient isolées. La compression artérielle produit ainsi une espèce d'insuffisance qui rend encore beaucoup plus sensible la légère augmentation qu'a subie la masse totale du sang.

En prenant ces deux éléments du bruit anormal en telle considération qu'ils le méritent, on explique facilement pourquoi ce bruit persiste quelquefois alors même qu'en plaçant la femme à genoux et sur les coudes on a soustrait les artères pelviennes à la compression que l'utérus leur faisait subir; c'est que, chez ces femmes, la polyémie séreuse était assez prononcée pour produire à elle seule cet effet.

La même explication convient et suffit aux cas où, après avoir entendu le bruit de souffle sur un côté du ventre, on l'entend encore la femme étant ensuite couchée sur le côté opposé.

DE LA CRANIOMALACIE DES ENFANTS; par le docteur CH. LASÈGUE.

Ce n'est pas ici un travail original, fondé sur des faits ou des vues propres à l'auteur, mais seulement un résumé des recherches des médecins allemands sur une maladie qui n'a été jusqu'à présent, en France, l'objet d'aucune étude spéciale. Il s'agit du ramollissement des os du crâne chez l'enfant ou, comme on l'appelle en Allemagne, *craniotabes*. Ce mouvement d'investigation date de 1843, époque où le docteur Elsæsser publia un traité *ex-professo* sur le ramollissement du crâne chez les enfants, et émit à l'occasion de cette maladie une théorie sur laquelle nous reviendrons. Depuis cette époque de nouveaux faits ont été publiés, des contestations sont survenues et durent encore. Néanmoins les auteurs sont d'accord quant au fait de l'existence de la craniomalacie, et quant à sa liaison avec certaines maladies convulsives. Voici à cet égard les détails que nous trouvons à relever dans le résumé de M. Lasègue.

Chez tous les enfants, du troisième au sixième mois, en même temps que l'activité cérébrale se manifeste par des signes certains, les os crâniens deviennent plus spongieux, contiennent plus de sucs; en même temps ils perdent de leur consistance, malgré l'augmentation de leur épaisseur. Chez quelques sujets, le travail de consolidation ultérieur ne se fait pas, ou se fait très-lentement, les fontanelles restent larges, la tête augmente outre mesure de volume. Jusque-là il n'y a pas craniomalacie confirmée. Mais quelquefois de plus graves altérations surviennent; les os deviennent très-dépressibles, plus spongieux, et il s'y fait des résorptions partielles.

Une fois la maladie bien déclarée, son étude anatomo-pathologique donne à reconnaître les altérations suivantes. Le ramollissement partiel est devenu facile à constater, surtout à la voûte du crâne. Quelque étendu qu'il soit, il est toujours moins intense vers le centre des os, aux protubérances et même dans leur voisinage; la partie antérieure du crâne n'en est pas plus préservée que la partie postérieure. Les os ramollis sont gorgés de sang; après qu'on a détaché le périoste, la pression en fait sortir un liquide fortement rougi; ils sont devenus flexibles, brunâtres, mats et font entendre un bruit sourd à la percussion. Plus l'altération a été profonde, plus le périoste a perdu de sa transparence et est difficile à séparer; parfois même on ne peut le détacher sans enlever en même temps quelques particules osseuses. La dure mère ne subit aucune modification.

A cet état spongieux se joint assez rarement un épaississement des os, analogue à celui qui accompagne d'autres formes de rachitisme.

Outre le ramollissement, la région occipitale est le siége d'une lésion toute spéciale qui constitue un des caractères les plus intéressants de la maladie. Sur la face interne, il se forme de petites dépressions, d'abord légères, qui se creusent de plus en plus et finissent à la longue par faire disparaître l'os. Les perforations ainsi produites ont des dimensions très-variables; elles sont reconnaissables pendant la vie à ce que, sous la pression du doigt, la résistance des parois osseuses est remplacée par une élasticité inaccoutumée. Le segment postérieur du crâne est seul sujet à cet amincissement, que le docteur Elsæsser attribue à la pression exercée par le cerveau sur un os déjà ramolli.

Les signes propres à déceler la maladie pendant la vie sont très-nombreux, très-variés, et échappent à une description d'ensemble. Ce qu'on peut dire de plus général, c'est ceci: lorsqu'on voit un enfant s'agiter, pleurer, jeter la tête à droite et à gauche, surtout dès qu'elle pèse sur un oreiller, qu'on l'appuie sur un corps résistant, qu'on la lave ou lui fait subir une pression quelconque; lorsque surtout on observe ces symptômes sans que ni fièvre, ni maladie incidente ne vienne les motiver, il est plus que probable qu'on a affaire à une craniomalacie.

M. Elsæsser, et c'est ici que commencent les divergences, attribue encore à cette altération un autre symptôme grave, c'est la toux convulsive. Suivant lui, l'asthme dit *thymique* reconnaîtrait le plus souvent, sinon toujours, pour cause le ramollissement des os du crâne. Un fait certain, c'est la coïncidence plus ou moins fréquente de ces deux états pathologiques. M. Elsæsser en avait cité plusieurs cas dans son traité; il vient d'en publier trois autres, recueillis chez des enfants de 8, 10 et 11 mois, avec

autopsie. Les fontanelles variaient entre 10 et 14 lignes de diamètre; les os occipitaux étaient perforés. Trois autres enfants en traitement, âgés de 6 à 7 mois, ont aussi les fontanelles largement ouvertes, les os du crâne dépressibles, avec perforations évidentes.

Le docteur Hauff de Kircheim a publié deux cas de *craniotabes*, et dans chacun d'eux il y a avait des accès de toux convulsive; mais il attribue ces accès, pour le premier cas, à une hypertrophie cérébrale et à une induration des nerfs et de la moëlle, et pour le second cas, au développement anormal du thymus, qui pesait 315 grains. Cet auteur soutient que ni les symptômes, ni les lésions n'autorisent à admettre, sous le titre de craniotabes ou craniomalacie, une espèce pathologique distincte, ou même à accepter cette maladie comme une dépendance du rachitisme. Il est porté à n'y voir qu'un arrêt partiel du développement osseux.

Un autre auteur allemand, le docteur Bocker a rapporté aussi quelques observations de la même maladie, dans lesquelles la lésion ne paraît pas avoir été très-avancée. Il n'y est pas question d'asthme thymique, mais de convulsions plus ou moins intenses, de légers accès de suffocation, de cyanoses soudaines. Ces différents symptômes, convulsion, suffocation, cyanose, survenaient surtout quand les enfants étaient couchés sur le dos et que la tête appuyait sur un corps résistant.

Enfin, des recherches ont été entreprises par M. Schlossberger, avec l'aide de M. Elsæsser, dans le but de préciser les changements chimiques survenus dans les os ramollis. En voici, d'après M. Lasègue, les résultats principaux.

Chez les enfants, pendant la première période de la vie, les os de la moitié postérieure du crâne, pariétaux et occipitaux, ne contiennent jamais moins de 60 pour 100 de matière organique; dans la plupart des cas, ils en contiennent plus de 63 pour 100.

Dans la forme de craniomalacie, qu'Elsæsser considère comme un premier degré, le chiffre des parties solides ne descend pas au-dessous de 55.

Lorsque l'affection est bien caractérisée et que les os sont amincis, l'analyse donne de 51 à 53 pour 100 de sels inorganiques. La proportion augmente à mesure que la guérison fait des progrès, mais sans jamais dépasser l'état normal et arriver jusqu'à l'éburnation. Si les os, au contraire, sont spongieux et épaissis, on ne trouve, dans les cas extrêmes, que 28 pour 100, et dans les cas les plus favorables, le chiffre varie entre 40 et 43.

Les rapports du carbonate de chaux et des phosphates terreux sont réguliers ou modifiés d'une manière irrégulière et peu sensible. La trame cartilagineuse n'est pas altérée et la gélatine a conservé toutes ses propriétés.

Tels sont les faits rappelés dans le résumé de M. Lasegue. Tout le monde sera frappé de l'analogie qui existe entre l'altération décrite et le rachitisme. Pour que l'identité fût complète, il faudrait établir clairement la liaison de l'altération crânienne avec les manifestations rachitiques, bien connues du reste, du squelette. Or cette liaison ne paraît pas encore bien démontrée, bien que M. Elsæsser fasse de la lésion du crâne le prélude d'altérations osseuses qui se succéderont plus tard chez l'individu. C'est une question à poursuivre, et sur laquelle on peut conserver des doutes. Il nous paraît également très-douteux que la craniomalacie joue, dans la production de l'asthme des enfants, un rôle aussi considérable que celui qui lui est attribué par M. Elsæsser. Quand elle existe, la dépressibilité des os du crâne, et par suite le défaut de protection du cerveau, peuvent bien amener fréquemment des accès de toux spasmodique, comme beaucoup d'autres accidents convulsifs; mais très-certainement la toux convulsive existe plus fréquemment encore sans craniomalacie. Il resterait à savoir en outre si avec cette altération ne coïncident pas d'ordinaire des lésions de l'encéphale lui-même ou de la moelle allongée, lésions auxquelles seraient directement subordonnés les symptômes nerveux.

Un dernier mot. On a attribué certaines convulsions des enfants à la luxation de l'occipital qui glisserait au-dessous des pariétaux, et l'on a rattaché cet état pathologique au travail de l'accouchement. Ne s'agissait-il pas, dans ces cas, de craniomalacie, ou bien était-ce réellement une affection différente? C'est encore un point à éclaircir.

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES,

SÉANCE DU 15 JUILLET.

M. Pouillet a lu dans cette séance un rapport sur les travaux électro-physiologiques de M. Dubois-Raymond. Vu l'étendue et l'importance de ce rapport, nous en renvoyons la publication textuelle au prochain numéro.

ANALYSE DU SANG DES ANIMAUX; MODIFICATIONS QU'IL ÉPROUVE SOUS L'INFLUENCE DE LA DOULEUR; EXPLICATION DES PHÉNOMÈNES DE LA RESPIRATION ET DE LA NUTRITION.

M. Clément, préparateur de chimie à l'école d'Alfort, envoie une note sur l'analyse du sang des animaux examiné après qu'ils ont été soumis à des souffrances vives et capables d'user rapidement l'organisme.

M. Clément s'est proposé, dans ce travail, un double but: celui de constater d'abord la modification que devait inévitablement éprouver le sang, dans le cas indiqué, et en quoi consistait cette modification; en second lieu, d'arriver par ce moyen à expliquer les phénomènes de la respiration et de la nutrition.

Voici les conclusions que l'auteur a tirées des résultats qu'il a constatés.

Sous l'influence de la douleur et de souffrances capables d'user en peu de temps la vie, la composition du sang se trouve profondément modifiée, en même temps et parce que sans doute les fonctions organiques s'élèvent rapidement à leur plus haut degré d'activité.

Il résulte en effet des tableaux dressés par M. Clément :

1° Que l'eau et la matière colorante du sang augmentent, on semblent augmenter de quantité;

2° Que l'albumine diminue d'un sept-millième, la fibrine d'un trois-millième environ;

3° Que lorsque la fibrine et l'albumine réunies diminuent d'un sept-millième en moyenne, d'une part, la matière colorante du sang de son côté augmente d'un sept-millième environ, d'une autre part;

4° Que ces faits, étudiés au point de vue de l'influence de la douleur sur l'organisme, démontrent que les souffrances exagérées par la surexcitation des fonctions organiques qu'elles produisent doivent user promptement et profondément l'économie, et que cette dernière, pour se soutenir, a besoin de réagir fortement sur les éléments du sang;

5° Que le sang, dans ce cas, perd partie de sa fibrine, partie de son albumine, sans perdre de globules;

6° Au point de vue de l'étude de la nutrition et de la respiration, il semblerait résulter de ces faits, surtout si l'on compare la composition chimique du sang à celle des tissus mous, et des muscles en particulier, que la fibrine sert presque exclusivement à la nutrition, et l'albumine, qui paraît échapper à cet acte physiologique, est destinée à alimenter la respiration;

7° Que la raison de cette supposition semble se trouver dans ce double fait : que l'albumine, qui est en grande quantité dans le sang, est peu abondante, au contraire, dans les muscles et les autres tissus; que la fibrine, qui domine dans ces muscles, etc., figure pour une très-petite proportion dans la composition du sang;

8° Que, dans cette supposition encore, l'albumine du sang serait en partie libre, en partie combinée; que la partie combinée le serait à la fibrine pour la tenir en dissolution, favoriser sa circulation dans les vaisseaux, et en dernière analyse son assimilation;

9° Que, dans chaque temps de la respiration et de la circulation, une partie seulement de l'albumine libre brûlerait dans le poumon, et que celle qui est combinée ne brûlerait aussi par partie également que dans la trame des tissus, au moment où la fibrine a besoin d'être libre elle-même pour être assimilée;

10° Que cette dissolution de la fibrine est nécessaire afin de s'opposer à la coagulation de cet élément, dont la tendance à se solidifier est, comme on sait, très-énergique;

11° Que cette coagulation est empêchée en outre par l'interposition, la suspension dans le sang, le mouvement des globules colorés;

12° Que ceux-ci ont pour but multiple de diviser l'albumine et la fibrine, de s'opposer à la coagulation de cette dernière, et en outre de se charger de l'oxygène de l'air qui doit brûler, dans la trame des tissus, l'albumine combinée à la fibrine, combustion sans laquelle l'élément fibrineux ne pourrait probablement pas être assimilé.

(Comm. : MM. Magendie, Andral et Pelouze.)

NOUVELLE MÉTHODE POUR LA CURE RADICALE DES HERNIES INGUINALES.

M. Valette, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon, communique la lettre suivante :

J'ai eu l'honneur de déposer à l'Institut, en mai et novembre 1849, et sous enveloppe cachetée, des observations de cure radicale de hernie inguinale obtenue par un procédé nouveau qui m'appartient. J'ai dû prendre cette précaution pour sauvegarder mes droits à la propriété. Je ne possède pas encore des faits assez nombreux pour traiter la question dans tous ses détails; mais, en attendant, je viens prier l'Académie de vouloir bien recevoir la communication de l'opération que j'ai imaginée en vue de guérir une affection qui, jusqu'à présent, a mis en défaut la puissance de l'art (1).

Cette opération consiste :

1° A refouler dans toute l'étendue du canal inguinal, et *même au delà*, un bouchon tégumentaire;

2° A le maintenir en place pendant un temps suffisant;

(1) L'auteur se trompe : il y a longtemps que la méthode sous-cutanée a résolu ce problème, et lorsqu'il en sera temps, les faits et la description particulière des procédés opératoires seront publiés avec tous leurs détails.

3° A obtenir, au moyen de la cautérisation, des adhérences solides et d'une grande étendue.

L'appareil instrumental se compose :

1° D'un embout en cheville en bois d'ébène. Sa longueur est de 11 à 12 centimètres; sa grosseur variable est proportionnée à la dilatation de l'anneau (en moyenne, cette pièce de l'instrument a le volume du doigt médius); elle est arrondie à l'une de ses extrémités, quadrilatère à l'autre, qui est garnie d'une virole métallique supportant une vis perpendiculaire. Cet embout est en outre creusé d'un canal courbe pour le passage d'une longue aiguille. L'ouverture d'entrée de ce canal est au centre de l'embout; son ouverture de sortie est sur la face antérieure de l'instrument, et à 2 centimètres environ de l'extrémité libre.

2° D'une plaque métallique de forme ovalaire, présentant une fenêtre allongée, et à une de ses extrémités une ouverture arrondie pour recevoir la vis de l'embout. Un écrou à pontet sert à la fixer et à la rapprocher plus ou moins de la face supérieure de l'embout.

Ceci posé, voici la description du manuel opératoire :

PREMIER TEMPS. — Le malade étant couché sur le dos, les cuisses demi-fléchies, on procède à la réduction de la hernie. L'indicateur gauche introduit dans le canal y refoule un bouchon aux dépens des téguments voisins. L'embout est alors glissé le long du doigt auquel il est substitué, et dont il remplit évidemment l'office.

DEUXIÈME TEMPS. — L'aiguille, poussée en avant, sort de son canal et traverse successivement les téguments refoulés à la paroi antérieure du canal inguinal.

TROISIÈME TEMPS. — La plaque métallique est mise en place, et l'écrou est serré de façon à assurer le contact du bouchon tégumentaire et de la paroi antérieure du canal.

Un coup d'œil jeté sur la figure 3 fera facilement comprendre que l'appareil ainsi disposé ne peut guère se déplacer. Je le fixe du reste, pour plus de sûreté, au moyen d'une ceinture et d'un mécanisme que je décrirai dans le mémoire que je compte bientôt publier. Je suis obligé de laisser de côté ces détails secondaires pour ne pas abuser de la bienveillance de l'Académie.

QUATRIÈME TEMPS.—La peau est dénudée au moyen de la pâte de Vienne, dans toute l'étendue circonscrite par la fenêtre de la plaque. La pâte de chlorure de zinc est ensuite appliquée. La cautérisation, dont on peut calculer la puissance (plus tard je dirai comment on peut y arriver), est faite assez profondément pour que l'escarre comprenne en épaisseur la paroi antérieure du canal inguinal et la portion du bouchon qui est en contact avec elle. L'opération est alors terminée.

Lorsque l'escarre est éliminée, des adhérences très-fortes se sont établies entre les parties du bouchon et du canal épargnées par la cautérisation. L'appareil est enlevé à la chute de l'escarre (du septième au dixième jour). L'ulcération se cicatrise avec rapidité, et du tissu inodulaire vient encore ajouter à la force des adhérences que l'on cherche à obtenir.

J'ai pratiqué l'opération que je viens de décrire très-succinctement sur cinq malades de mon service. Elle est, je puis l'affirmer, d'une exécution facile, d'une innocuité qui a étonné les nombreux témoins qui ont voulu suivre mes opérés. Enfin son efficacité me paraît sûre.

Les limites dans lesquelles je dois me renfermer ne me permettent pas d'entrer dans les développements nécessaires pour faire naître la conviction; mais dans quelque temps j'espère pouvoir publier un assez grand nombre d'observations pour que la question paraisse résolue à ceux qui les liront. Jusque-là, ma méthode soulèvera probablement bien des préventions; mais elles tomberont devant l'évidence des faits. Ce qui s'est passé autour de moi m'en donne la certitude. Le moment n'est pas éloigné où les chirurgiens guériront enfin une affection à laquelle on n'oppose aujourd'hui que des moyens palliatifs.

Agréez, etc.

CHOLÉRA.

M. WIS écrit de Quito à M. Boussingault pour lui communiquer la relation d'une expédition qu'il vient de faire avec M. Garcia Moreno au Sangai, volcan des Andes de l'Équateur; il annonce que le choléra a envahi tout le territoire grenadin; qu'il a remonté tout le Magdalena, et qu'il est à Neiva et à Bogota, à 2,600 mètres (2,000 mètres de plus que le point le plus élevé où l'on ait observé jusqu'à présent la fièvre jaune sur la côte du Mexique), où il fait de grands ravages. Ainsi il n'y a plus d'altitude qui l'arrête. On l'attend, dit-il, à Quito, et il montera sur le Cotopaxi et le Chimborazo.

PROPRIÉTÉS FÉBRIFUGES DE L'ALKÉKENGE.

M. GENDRON (de Château-du-Loir) (Sarthe) envoie un nouveau mémoire sur l'action fébrifuge de l'alkékenge ou coqueret des vignes, qu'il propose d'admettre dans la thérapeutique des fièvres intermittentes. Il adresse ses observations sur l'action fébrifuge de l'alkékenge. La plante entière, c'est-à-dire tiges, feuilles, capsules et baies, lui paraît avoir des propriétés antipériodiques du quinquina.

ÉTIOLOGIE DU GOITRE ET DU CRÉTINISME.

M. GRANGE écrit de Saint-Gervais-les-Bains qu'il vient de parcourir et d'étudier une partie du Piémont, et spécialement les grandes vallées qui dépendent du mont Viso et du mont Blanc. J'ai recueilli pendant ce voyage, dit il, un grand nombre de faits curieux et de nouvelles preuves à l'appui des opinions que j'ai énoncées sur la cause du goitre et du crétinisme.

En comparant la carte du goitre avec la carte géologique du Piémont de M. Sismonda, on reconnaît que la présence du goitre et du crétinisme sur les terrains magnésiens se vérifie parfaitement en Piémont.

ÉQUILIBRE DU CALORIQUE CHEZ L'HOMME.

M. WANNER envoie une note sur l'équilibre du calorique appliqué à l'organisme de l'homme, soit en santé, soit en maladie.

Suivant l'auteur, le développement, dans un organe, d'un travail inflammatoire, n'est que le développement du calorique. Jusque-là le traitement de l'inflammation par le froid n'a été qu'empirique. M. Wanner s'est proposé, dans cette note, d'exposer la manière dont il convient, suivant lui, de le diriger et d'administrer le froid.

— M. le docteur GUSTAVE CAUSELL envoie un extrait d'un mémoire sur l'application du galvanisme de la chaleur solaire et du feu au traitement du cancer et d'autres affections graves, et sur l'emploi de la charpie d'écorce de chêne.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 16 JUILLET. — PRÉSIDENCE DE M. BRICHETEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend :

Cinq lettres du ministre de l'agriculture et du commerce, avec envoi de diverses formules de remèdes secrets et de recettes (comm. des remèdes secrets), et une lettre du préfet de police transmettant le relevé statistique des décès dans la ville de Paris pour les mois de mai et de juin.

APPAREILS VOLTA-ÉLECTRIQUES ET MAGNÉTO-ÉLECTRIQUES A DOUBLE COURANT.

M. le docteur DUCHENNE (de Boulogne) présente un mémoire dont voici le titre : DU CHOIX DES APPAREILS D'INDUCTION AU POINT DE VUE DE LEUR APPLICATION A LA THÉRAPEUTIQUE ET A L'ÉTUDE DE CERTAINS PHÉNOMÈNES ÉLECTRO-PHYSIOLOGIQUES ET PATHOLOGIQUES; APPAREILS VOLTA-ÉLECTRIQUES ET MAGNETO-ÉLECTRIQUES A DOUBLE COURANT.

L'auteur termine son travail par les conclusions suivantes :

« Il nous paraît résulter des considérations développées dans ce mémoire :

» 1° Que le courant inducteur et le courant induit exercent une action élective, le premier sur la contractilité musculaire, le second sur la sensibilité cutanée, et en conséquence que tout appareil qui ne permet pas d'appliquer chacun de ces courants est incomplet;

» 2° Que les intermittences lentes ou rapides des appareils d'induction donnent naissance à des phénomènes spéciaux, qui ne peuvent se suppléer mutuellement dans la pratique; que les dernières sont souvent dangereuses ou inapplicables; qu'il est donc nécessaire que les appareils soient construits de manière à fournir un courant lent ou rapide, selon les indications particulières;

» 3° Que, dans un assez grand nombre de cas, les appareils ne peuvent être trop puissants;

» 4° Que l'intensité des courants doit être proportionnée au degré d'excitabilité des organes, excitabilité très variable pour chacun d'eux; qu'un appareil doit en conséquence mesurer les doses électriques avec précision et sur une échelle ou graduateur d'une grande étendue;

» 5° Que les appareils d'induction répandus dans la pratique ne réunissent pas l'ensemble de ces conditions indispensables;

» 6° Que nos appareils *volta-électriques* et *magnéto-électriques à double courant*, dont la description et les propriétés sont exposées dans ce mémoire, répondent aux besoins de la thérapeutique, et permettent d'appliquer la galvanisation à l'étude d'un grand nombre de phénomènes physiologiques et pathologiques;

» 7° Enfin qu'au point de vue purement physique, ces appareils constituent un progrès. »

(Commission précédemment nommée à laquelle sera adjoint M. Soubeiran.)

NOUVEAU PROCÉDÉ DE CATHÉTÉRISME.

M. DELFRAYSSE (de Cahors) communique à l'Académie un nouveau procédé de cathétérisme. Il prend une sonde ordinaire et adapte solidement à l'extrémité de son bec, préalablement ouvert pour le recevoir, un petit fragment de caoutchouc ou de toute autre substance élastique dont la pression et le frottement ne puissent ni blesser ni meurtrir le tissu muqueux de ce canal, et il lui donne la forme, la grosseur de l'instrument et la longueur d'un centimètre environ. Cette modification a pour objet de prévenir les blessures qui pourraient résulter du frottement de la sonde contre les parois du canal. (M. Ségalas est chargé de voir s'il y a lieu de faire un rapport.)

EAUX MINÉRALES DE PIÉTROPOLA.

M. CARLOTTI, de Cortès (Corse), écrit pour appeler l'attention de l'Académie sur les eaux minérales de Piétropola. (Comm. des eaux minérales.)

— M. LE PRÉSIDENT fait part à l'Académie de la mort de M. Ruffeman (de Lille), son correspondant à Montpellier.

— M. le président annonce que M. Dubowiski, correspondant de l'Académie à Saint-Pétersbourg, est présent à la séance.

— L'Académie se formera en comité secret à quatre heures et quart pour entendre le rapport de la section de pathologie chirurgicale sur le classement des candidats à la place vacante dans cette section.

L'ordre du jour appelle à la tribune M. Villeneuve pour un rapport.

DU CHOLÉRA CHEZ LES FEMMES ENCEINTES.

M. VILLENEUVE, en son nom et au nom de M. MOREAU, lit un rapport sur un travail de M. Devilliers fils, intitulé : OBSERVATION SUR UN ACCOUCHEMENT PROVOQUÉ CHEZ UNE FEMME ATTEINTE DE CHOLÉRA ; CONSIDÉRATIONS RELATIVES A L'INFLUENCE RÉCIPROQUE DU TRAVAIL DE L'ACCOUCHEMENT ET DU CHOLÉRA.

M. Villeneuve, après avoir fait l'analyse du mémoire de M. Devilliers, s'arrête sur cette proposition qui en est l'idée dominante, et dont il examine la valeur, savoir : que, dans le cas de choléra chez des femmes assez avancées dans leur grossesse pour offrir des chances de viabilité du fœtus, il pourrait être avantageux pour les deux individus de hâter l'accouchement s'il survient un commencement de travail, et même de provoquer l'accouchement d'une manière artificielle.

Après avoir discuté cette opinion, M. le rapporteur se résume en ces termes : Si, jugeant *à priori* et dans l'état actuel de l'expérience à ce sujet, votre commission était obligée de porter un jugement définitif sur l'opinion dont il s'agit, elle croirait prudent de ne se prononcer que d'une manière négative ; mais comme il n'en est point ainsi, et tout en faisant ses réserves, elle attendra, pour asseoir son jugement, que de nouveaux faits viennent éclairer la question.

En attendant, votre commission croit devoir recommander à ceux qui adopteront dès à présent les idées de l'auteur de n'agir comme lui qu'avec une prudence extrême, et surtout de s'abstenir dans les cas douteux.

Le travail dont il s'agit pouvant d'ailleurs être considéré comme une excellente monographie du choléra chez les femmes enceintes, nous proposons le renvoi à la commission du choléra, et d'écrire à M. Devilliers une lettre d'encouragement et de remerciments. (Adopté.)

SUR LA SUBSTITUTION DE LA VERSION PELVIENNE AU FORCEPS, DANS CERTAINS CAS DE RÉTRÉCISSEMENT DU BASSIN.

M. le docteur CHAILLY-HONORÉ lit un mémoire sur la question suivante : Convient-il de substituer la version pelvienne au forceps, quand la tête se présente à un bassin rétréci, mais présentant des dimensions supérieures à 7 centimètres (2 p. 1/2) au détroit supérieur? L'auteur répond à cette question par la négative ; il donne la préférence au forceps dans les cas de vices de conformation du bassin, et il est en cela d'accord avec tous les accoucheurs. Ce précepte de préférer le forceps dans ces cas, est tellement consacré, que M. Chailly-Honoré se serait abstenu d'insister sur cette préférence qu'il accorde au forceps, si un accoucheur des plus distingués, et pour lequel M. Chailly-Honoré professe une très-grande estime, M. Sympson, d'Édimbourg, n'était venu poser des préceptes opposés, et ériger en règle générale l'usage de la version pelvienne dans les vices de conformation.

L'autorité d'un pareil nom, dit M. Chailly-Honoré, impose à l'homme de l'art convaincu que le procédé conseillé généralement est dangereux, l'obligation d'exposer les raisons et les faits qui doivent faire condamner la version dans la plupart de ces cas.

M. Chailly-Honoré, tout en accordant à M. Sympson que la version peut être faite dans le cas de viciation du bassin, où ce canal a gagné d'un côté ce qu'il a perdu de l'autre, et que la version, dans ce cas, est en général aussi favorable à la mère et à l'enfant que le forceps, s'oppose formellement à ce que ce précepte soit conseillé d'une manière générale dans tous les autres vices de conformation ; il regarde ce précepte comme une arme meurtrière que l'on mettrait dans toutes les mains, surtout dans celles des sages-femmes, auxquelles la version est permise, et qu'alors, sans discerner les cas qui permettraient l'usage de la version de ceux qui s'y refusent, pratiqueraient la version indistinctement dans tous les cas de rétrécissement, jusqu'à ce que de nombreux et de tristes enseignements fussent venus les éclairer. Et d'abord, dit M. Chailly-Honoré, combien cette configuration du bassin, qui seule peut permettre la version, configuration à laquelle M. Nægelé a donné le nom de *bassin ovalaire*, et que notre collègue M. Danyau nous a fait connaître dans son excellente traduction, combien de fois cette configuration échappera-t-elle aux hommes même les plus exercés, à plus forte raison à ceux qui le sont moins, si les membres inférieurs du sujet sont droits, et si rien dans son aspect extérieur ne vient faire soupçonner un rétrécissement?

Ce ne sera que dans les cas où suivant cette loi, que M. J. Guérin a posée d'après ses savantes recherches, lorsque les membres inférieurs seront plus ou moins incurvés que la sollicitude de l'accoucheur sera éveillée, et qu'alors il examinera avec attention le bassin. Mais cet examen, fait avec le plus de scrupule, ne permettra pas d'éviter encore fort souvent les accidents qui dépendent du passage forcé de l'enfant à travers un bassin vicié. En effet, la mensuration du bassin ne donne qu'un des éléments de la question, et pour être bien certain qu'on pourra faire la version, il faudrait savoir si la tête de l'enfant est petite, si elle est réductible, peu ossifiée, toutes circonstances qui ne pourraient être appréciées à l'avance, et qui changent cependant du tout au tout le pronostic de l'accouchement, pour l'enfant surtout.

M. Chailly-Honoré cite à ce sujet une observation recueillie par lui à l'hôpital Sainte-Marguerite, dans le service de M. Marotte, et sous les auspices de M. Denonvilliers.

M. Chailly-Honoré a pu extraire dans ce cas un enfant vivant, par le forceps, chez une femme chez laquelle, deux ans avant, M. P. Dubois avait été obligé de pratiquer la céphalotripsie à la clinique.

Le bassin ne présentant que 2 pouces 1/2 de passage au détroit supérieur, ce résultat si différent n'a été dû la deuxième fois qu'à l'extrême réductibilité de la tête.

Les raisons principales sur lesquelles M. Chailly-Honoré se fonde sont celles-ci :

La tête de l'enfant, que l'on fasse la version ou que l'on applique le forceps, devra toujours passer par le détroit supérieur, qu'elle s'y présente la première ou la seconde après l'extraction du tronc. Eh bien ! elle franchira bien plus favorablement et bien plus facilement le bassin si elle se présente la première à ce bassin. Si le rétrécissement n'est pas considérable, l'accouchement spontané peut être espéré. A son défaut, le forceps permet souvent d'extraire l'enfant vivant et favorablement pour la mère. Maintenant si on ne pouvait, à l'aide du forceps, extraire le produit, on a la ressource de la perforation du crâne, si facile dans ces cas. Enfin celle de la céphalotripsie, bien plus facile quand la tête se présente la première.

Au contraire, si la tête se présente la seconde après l'extraction du tronc, bien souvent cette extraction aura déjà, par la compression du cordon, déterminé la mort de l'enfant ; tout retard, s'il vit encore, va le faire cesser de vivre, et malheureusement le dégagement des bras, celui de la tête surtout, en supposant que le dernier soit possible, vont amener de tels retards que l'enfant ne pourra être extrait que mort le plus souvent. Ce n'est même que très-exceptionnellement que l'on peut compter sur cette extraction manuelle d'un enfant mort. Le plus ordinairement on devra perforer le crâne. Là commencent des difficultés encore bien plus sérieuses ; là plus de fontanelles faciles à perforer, plus d'os du crâne peu résistants : il faut attaquer le crâne par sa base. Le forceps lui-même n'est possible qu'à la condition que le corps de l'enfant aura été suffisamment allongé, et alors l'enfant succombe.

En résumé, dit M. Chailly-Honoré, la version, dans ces cas, est toujours meurtrière pour l'enfant, et plus ou moins compromettante pour la mère ; elle est bien loin de leur donner les chances que leur laisse le forceps, et même quand le sacrifice de l'enfant est indispensable, elle rend les opérations plus difficiles pour l'accoucheur, plus dangereuses pour la mère.

(Commissaires : MM. Moreau, Villeneuve et Danyau.)

SUR LA FRACTURE DU ROCHER.

M. DRONSART lit sous ce titre un mémoire qui a pour objet l'examen des questions suivantes :

La fracture du rocher est-elle toujours accompagnée d'un écoulement par le conduit auditif externe ?

Quelle est la source de cet écoulement ?

Dans le pronostic des plaies de tête, la fracture du rocher doit-elle être regardée comme aussi souvent mortelle qu'on l'a dit?

Existe-t-il un signe certain de la fracture du rocher?

Sur la première question, cinq observations avec autopsie, dont une de Morgagni, prouvent que la fracture du rocher *n'entraîne pas constamment un écoulement par le conduit auditif externe*, en d'autres termes, que la membrane du tympan peut garder son intégrité malgré la fracture de l'oreille interne ; et un fait rapporté par le docteur Foulard (de l'Oise), surtout si on le rapproche d'une observation de M. Malgaigne (JOURN. DE CHIR. 1846) tend à faire croire que dans ce cas c'est sur la trompe d'Eustachi que s'écoulent les liquides épanchés dans la cavité de l'oreille moyenne.

Pourtant il faut reconnaître que le plus souvent la déchirure de la membrane du tympan coïncide avec la fracture du rocher, et qu'alors il existe un écoulement par le conduit auditif externe.

Mais quelle est la source de cet écoulement ? D'une discussion substantielle des *cinq* théories émises à ce sujet par les observateurs, il résulte que *trois* seulement sont fondées sur des faits d'anatomie pathologique : ce sont celles soutenues par MM. Laugier, Chassaignac et Robert. Ces théories doivent être adoptées *toutes les trois*, sous peine de laisser sans explication un bon nombre d'observations bien constatées, et de se montrer plus exclusif dans les théories que la nature ne l'est dans ses phénomènes.

Enfin, M. Dronsart admet une nouvelle source d'écoulement par l'oreille, c'est celle qui serait ouverte *par la déchirure de l'artère carotide dans le canal carotidien, à la suite de la fracture du rocher avec écartement de ses fragments.*

A la troisième question, celle du pronostic de la fracture du rocher dans les plaies de tête, M. Dronsart répond par *neuf observations* de guérison obtenue malgré un ensemble de symptômes des plus graves, et il en conclut que les faits viennent ainsi confirmer ce que l'examen nécroscopique laissait espérer. En effet, la fracture du rocher consiste le plus souvent en une fêlure de l'os, et l'écartement des fragments osseux n'est que l'exception. Mais lors même que cet écartement existe, à moins qu'il ne soit considérable et ne s'étende aux os contigus, il ne constitue pas une plaie mortelle. Ce qui fait le danger de la fracture du rocher, *c'est la lésion concomitante des parties qui environnent ou pénètrent l'os, depuis l'artère carotide et les sinus de la dure-mère jusqu'au cerveau lui-même et ses membranes* : et s'il était possible de constater qu'aucune de ces parties n'est lésée, on serait en droit de pronostiquer une issue favorable à la maladie. Or, dans l'état actuel de la science, en mettant à part les cas où l'on voyait la pulpe du cerveau sortir par le conduit auditif externe, *le plus ou moins d'altération des fonctions cérébrales, le plus ou moins d'abondance de l'écoulement de l'oreille, la nature de cet écoulement, mais surtout la persistance et l'opiniâtreté des accidents*, tels sont les seuls signes sur lesquels le praticien peut asseoir son diagnostic.

Quant à la quatrième question, M. Dronsart fait observer que s'il a prouvé irrévocablement que le rocher peut être fracturé *sans qu'il y ait d'écoulement par le conduit auditif externe*, on ne conçoit guère que la fracture de l'oreille interne n'entraîne pas forcément la perte plus ou moins complète de l'ouïe, et une douleur proportionnée au désordre local. C'est en effet ce que l'on peut constater dans presque toutes les observations rapportées dans son mémoire ou ailleurs.

La douleur varie beaucoup d'intensité en raison de la sensibilité propre du malade, en raison de l'altération plus ou moins profonde des fonctions du cerveau, et aussi en raison de l'énergie du traitement. *La surdité* est pour M. Dronsart le signe certain et *pathognomonique* de la *fracture du rocher*, c'est pour lui l'ombre qui marche avec le corps. Chez plusieurs des sujets de ses observations, l'ouïe n'est point revenue ou n'est revenue qu'incomplètement, et l'on comprend pourquoi l'effet survit trop souvent ici à la cause qui l'a produit; mais quelques malades ont rencontré le sens dans toute son intégrité, et ce sont ceux surtout qui ont été traités le plus énergiquement.

(Comm. : MM. Lagneau, Gaultier de Claubry et Robert).

Il est quatre heures et quart, l'Académie se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS D'AVRIL 1850;

par MM. les docteurs Lebert et Brown-Séquard, secrétaires.

I. — ANATOMIE.

SUR LES DÉNOMINATIONS DES DIVERSES PARTIES DE L'INTESTIN PAR LES AUTEURS GRECS ET LATINS; par M. Segond.

M. Segond, à la suite d'une exposition générale sur les principes de la nomenclature en biologie, a communiqué ses recherches particulières sur la dénomination des différentes parties de l'intestin. Comme le travail de M. Segond offre de l'intérêt pour la lecture des auteurs anciens, nous allons reproduire ici la dernière partie de sa communication.

« La manière actuelle de décrire l'intestin n'est pas très-favorable pour donner une notion générale de cet organe. Les courtes généralités par lesquelles commencent la plupart des auteurs sont trop vagues pour offrir un véritable intérêt. La description, séparant bientôt chaque partie de l'organe, laisse à l'esprit une grande surabondance de détails sur la bouche, le pharynx, l'œsophage, l'estomac, mais ne comprend aucun examen systématique de l'organe. Au lieu d'établir des divisions de l'organe, il faut baser les divisions d'après les différents points de vue, et donner successivement la forme, la direction, la situation, la composition de tout l'organe. Rien n'est plus aisé que de tirer des détails du milieu d'un ensemble; mais il est, au contraire, très-difficile de faire sortir les idées d'ensemble d'une grande accumulation de détails, lorsque surtout cette opération est entièrement abandonnée aux jeunes intelligences qui s'appliquent pour la première fois à l'étude de l'anatomie. Une réforme aussi désirable, relative à un organe essentiel, ne peut manquer d'avoir immédiatement une grande portée dans l'enseignement de l'anatomie. J'ai dû faire cette observation générale de méthode pour justifier la dénomination que je veux appliquer à cet organe.

» Les expressions *canal alimentaire*, *tube digestif*, employées au point de vue physiologique, donnent de cet organe une idée trop spéciale. Ce canal n'est pas seulement alimentaire, seulement digestif : c'est aussi bien un organe de décomposition qu'un organe de composition, et la grande complexité des fonctions qui s'y accomplissent doit faire renoncer à désigner l'ensemble de l'organe d'après tel ou tel rôle exécuté dans un point particulier de son étendue. Les expressions *canal intestinal* et *tube intestinal* seraient plus convenables; mais elles ont l'inconvénient d'être complexes, en ce sens qu'on a voulu tout à la fois exprimer la forme et la situation. Or bien des raisons doivent faire rejeter la comparaison avec un canal ou un tube, et ce qui doit surtout prévaloir, c'est la nécessité de donner à l'organe un nom simple, comme les mots *cœur*, *poumon*, *cerveau*. Sans chercher à introduire un mot nouveau, il n'y a qu'à étendre à l'ensemble de l'organe le mot simplement employé jusqu'ici pour désigner la portion comprise entre le *pylore* et *l'anus*; habitude déjà prise dans les traités d'anatomie comparée. Le mot *intestin*, ainsi appliqué, contribuera à mieux caractériser la notion générale de l'organe; ce qui doit en outre déterminer à ce choix, c'est la considération de situation que nous avons indiquée comme devant être la plus générale dans la nomenclature des organes. Le mot *intestin*, ainsi que la plupart des dénominations des différentes parties de cet organe, nous vient des anatomistes grecs. Le mot ἔντερον, dans Hippocrate et Aristote, désigne les intestins, c'est-à-dire ce qu'il y a au dedans de l'animal, τὰ ἐντὸς. Ce mot remplit donc, par son origine et sa signification, le véritable but, et nous dispense de recourir à un néologisme. L'estomac, comme le dit Aristote, est comparable à un intestin plus large que les autres. Quant à l'œsophage, beaucoup d'animaux n'en ont pas; il ne faudrait donc pas, en considération de la disposition des parties supérieures de l'organe, repousser une dénomination simple qui, au point de vue de la véritable notion de l'organe, offre un incontestable intérêt. Je désignerai donc par *intestin* l'organe fondamental du mouvement de composition et de décomposition.

» Le mot principal dont nous ayons actuellement à rechercher l'origine est le mot *estomac*. Il est évident que, dans le principe, le mot στόμαχος devait s'appliquer à la partie de l'intestin qui fait suite à la bouche, στόμα. Ce mot, dans plusieurs passages d'Homère, désigne la partie inférieure de la gorge; il s'applique plus particulièrement à l'œsophage dans Hippocrate. Bien qu'Aristote se serve du mot οἰσοφάγος (De part. anim., l. iii, ch. 3), cependant en décrivant les parties intérieures du cou, dans l'Histoire des animaux, il se sert du mot στόμαχος pour caractériser la partie de l'ouverture qui s'attache en haut à la bouche. Galien emploie également le mot στόμαχος pour désigner le gosier et l'œsophage; mais pour cette dernière partie il se sert plus particulièrement du mot οἰσοφάγος. Ce qui paraît le plus certain, c'est que vulgairement on appliquait le mot στόμαχος à la première partie de l'ouverture faisant suite à la bouche, sans préciser nettement les limites de cette partie, tandis que le mot οἰσοφάγος avait un sens plus arrêté, plus scientifique. A cet égard Théophile ne laisse aucun doute, et se sert dans le même passage des deux mots, en spécifiant que οἰσοφάγος est le nom propre et στόμαχος le nom commun. Enfin l'usage vulgaire n'a pas seulement étendu ce dernier mot à l'œsophage, mais à la partie de l'intestin qui fait suite à l'œsophage, au γαστὴρ. Bérenger de Carpi, décrivant le *ventriculus*, dit très-bien qu'il est *communément appelé stomachus*.

» Enfin, que l'on réfléchisse un instant aux expressions vulgairement employées aujourd'hui dans le langage ordinaire pour désigner les différentes parties de l'appareil digestif, elles se réduisent essentiellement à quatre : la *bouche*, le *gosier*, *l'estomac*, *l'intestin*. Les anatomistes modernes n'ont fait autre chose qu'appliquer particulièrement au renflement intestinal qui fait suite à l'œsophage le mot vulgaire *estomac*. Les mots κοιλία et γαστὴρ, dans Hippocrate, désignent aussi bien le ventre que l'estomac. Aristote se sert particulièrement du mot κοιλία pour désigner cette dernière partie. Le γαστὴρ, dans Ruffus comme dans Hippocrate et Homère, désigne le ventre; mais dans Galien, il s'applique très-nettement à l'estomac. Il en est de même dans Théophile. Il eût sans doute mieux valu faire comme La Fontaine, et dire *messer gaster*, que dire *l'estomac*; mais c'est particulièrement dans la nomenclature pathologique que ce mot s'est conservé. Le *cardia* et le *pylore* ont été également nommés par les anatomistes grecs; cependant Théophile dit encore στόμα κοιλίας au lieu de καρδία.

» Le φάρυγξ, dans Hippocrate, désigne la gorge. Aristote (De part. an.) décrit très-nettement sous ce nom le larynx, qui est très-bien appelé λάρυγξ par Galien. Celui-ci décrit sous le nom de φάρυγξ l'arrière-bouche; il en est de même dans Théophile.

» Quant aux dénominations de la bouche et de ses différentes parties, nous les trouvons encore dans les auteurs que je viens de citer. C'est στόμα qui a prévalu dans la nomenclature pathologique; c'est, au contraire, le mot *bucca*, fait de βύζω (enfler), qui est resté en anatomie. La *langue*, dans Hippocrate, Aristote, Ruffus, Galien, Théophile, est désignée, suivant les dialectes, par γλῶσσα, γλῶττα, γλῶσσα. Bien que, pour plusieurs dénominations de muscles et de nerfs, nous nous servions de γλῶσσα, c'est le mot latin qui est resté pour l'anatomie. Le *palais*, du latin *palatum*, est appelé ὑπερῷον par Hippocrate et Aristote; ce dernier se sert également du mot οὐρανός. La *luette* (du latin *uva*, d'où l'on a fait d'abord *uvette*, ensuite, en préposant l'article, *l'uvette*, qui s'est changé en *luette*), est appelée γαργαρεών par Hippocrate et Ruffus. Aristote, la comparant à une grappe de raisin, la désigne par σταφυλοφόρον, et par σταφυλή, quand elle est enflammée. Σταφυλή, dans Théophile, désigne la luette à l'état normal. L'expression γαργαρεῶνα διάφραγματι (Epid., l. ii) désigne, dans Hippocrate, le voile du palais. Les *amygdales* (du grec ἀμυγδαλή, amande) sont appelées παρισθμια dans Hippocrate, Aristote et Galien. Les *dents*, ὀδόντες, sont toutes dénommées dès Aristote : ὀξεῖς les incisives (τομεῖς, Théophile); πλατεῖς, μύλη, γομφίος, les molaires; κραντῆρας, les dernières molaires (σωφρονιστῆρας Ruffus); κυνόδοντες, les canines.

» Telles sont les dénominations des différentes parties de l'intestin, de la bouche au pylore; viennent ensuite les différentes parties du reste de l'intestin. Hippocrate nomme le *colon* et le *mésocolon*. Ruffus, outre la grande division en intestin grêle, λεπτὸν ἔντερον, et gros intestin, κῶλον, désigne le cæcum, τυφλὸν. Hérophile désigne le premier prolongement de l'estomac par le mot δωδεκαδάκτυλος. Galien nomme la seconde portion, le *jejunum*, νῆστις; la troisième, λεπτὸν ἔντερον; la quatrième, τυφλὸν; la cinquième, κῶλον, et la sixième, ou rectum, ἀπευθυσμένον. L'usage a introduit le mot *iléon* (de εἰλεός, maladie étudiée par Hippocrate), à la place de *intestin grêle*, qui désigne, selon les auteurs, la partie de l'intestin comprise entre l'estomac et le cæcum, ou seulement entre le duodénum et le cæcum. La bouche, le pharynx, l'œsophage, l'estomac, le duodénum, le jéjunum, l'iléon, le cæcum, le colon et le rectum, telles sont les dénominations qu'il faut adopter pour désigner les principales divisions de l'intestin. Plusieurs sont évidemment fort impropres; mais l'usage et le sentiment historique doivent ici l'emporter sur les règles générales que j'ai moi-même posées. Quant à la limite précise de ces différentes parties, je la donnerai en exposant, à tous les points de vue, l'anatomie de l'intestin. »

II. — PHYSIOLOGIE.

1° EXPLICATION DE L'HÉMIPLÉGIE CROISÉE DU SENTIMENT; par M. Brown-Séquard.

On sait que M. Brown-Séquard a trouvé que les impressions sensitives venues d'une moitié latérale du corps sont, en grande partie, transmises au centre de perception par la moitié latérale de moelle épinière du côté opposé. On sait que quelques instants après cette section, on trouve la sensibilité intacte ou même exagérée dans le côté du corps correspondant au côté de la section, tandis que le côté opposé a perdu une grande partie de sa sensibilité (voyez les Comptes rendus de la Soc. de biol., n° 12, décembre 1849, et n° 2, février 1850).

M. Brown-Séquard a vu en outre qu'on peut faire jusqu'à six et même huit sections transversales complètes d'une même moitié latérale, sans diminuer la sensibilité du côté correspondant, tandis qu'au contraire il arrive très-souvent alors que ce qui reste de sensibilité dans le côté opposé, après la première section, disparaît presque complètement après les autres. On peut, de plus, sur le même animal, après ces six ou huit sections, faites à une distance de 8 à 10 millimètres l'une de l'autre aux régions lombaire et costale, faire aussi dans deux ou trois endroits la section des deux cordons postérieurs, sans que la sensibilité se perde dans la moitié du train postérieur où elle a persisté.

Le fait de la transmission croisée des impressions sensitives par la moelle épinière donne une solution extrêmement simple au problème de l'hémiplégie croisée du sentiment. Cette solution montre l'inutilité des efforts qu'on a faits pour expliquer cette espèce d'hémiplégie croisée par les entre-croisements qui existent à la partie inférieure de l'encéphale, à partir de la moelle allongée jusqu'aux pédoncules cérébraux et aux tubercules quadrijumeaux. Jusqu'aujourd'hui les auteurs qui ne croient pas que les fibres sensitives et les fibres motrices soient disposées en faisceaux isolés dans la moelle épinière, se contentaient des entre-croisements que l'on rencontre dans la moelle allongée, la protubérance, etc., pour expliquer l'hémiplégie croisée, et ils n'indiquaient aucune partie de ces entre-croisements, comme servant d'une manière plus spéciale à la transmission croisée des impressions. Au contraire, les auteurs qui admettent que dans les centres nerveux les faisceaux de fibres sensitives sont séparés des faisceaux de fibres motrices, ont essayé de fixer le lieu où se ferait l'entre-croisement propre aux fibres sensitives. Tels sont surtout Ch. Bell et M. Longet. Le premier, dans un mémoire important à plusieurs égards (1), et dans lequel il donne les raisons qui lui ont fait changer d'opinion et attribuer aux cordons latéraux ce qu'il avait d'abord attribué aux cordons postérieurs, soutient que c'est à l'endroit où se fait l'entre-croisement des fibres des cordons latéraux que les fibres sensitives venues des racines postérieures rachidiennes s'entre-croisent. Il dit que cet entre-croisement a lieu à la face postérieure de la moelle allongée, dans une grande partie de l'étendue du quatrième ventricule.

D'après M. Longet les cordons postérieurs de la moelle qu'il affirme être seuls chargés de la transmission des impressions sensitives iraient faire leur décussation (au niveau du bord antéro-supérieur de la protubérance). On sait que c'est dans cet endroit où s'entre-croisent les *processus cerebelli ad testes*, que M. Longet considère comme composés de fibres venues des cordons postérieurs de la moelle à travers le cervelet (2).

M. Brown-Séquard s'est demandé si ces divers entre-croisements pouvaient rendre compte de la paralysie croisée du sentiment ; il va plus loin et il se pose cette question : Est-il besoin aujourd'hui de se servir de l'un quelconque des entre-croisements admis dans la moelle allongée, dans la protubérance ou en avant, pour s'expliquer la paralysie croisée du sentiment? Il lui semble qu'on ne peut répondre que négativement à cette question. En effet, il est évident que si, comme le prouvent les résultats de la section d'une moitié latérale de la moelle, les fibres venues des racines sensitives de gauche vont en grande partie à droite, et celles de droite à gauche, presque aussitôt après leur entrée dans la moelle, on n'a plus besoin de recourir aux entre-croisements qui ont lieu dans la moelle allongée, dans la protubérance et en avant pour s'expliquer la paralysie croisée. Il y a plus : si certaines parties de ces entre-croisements étaient formées par des fibres qui fussent la continuation des fibres des racines postérieures rachidiennes, il faudrait admettre que ces fibres après être entrées par les racines postérieures droites, par exemple, se sont portées dans la moitié gauche de la moelle épinière ; qu'ensuite elles en sont sorties, se portant de nouveau dans la moitié droite, d'où enfin elles se sont reportées à gauche, à la hauteur de la moelle allongée, de la protubérance ou un peu au-dessus. Effectivement, supposons qu'au lieu de trois entre-croisements il n'y en ait que deux : celui que les expériences de M. Brown-Séquard montrent exister dans la moelle épinière elle-même et l'entre-croisement de la moelle allongée, de la protubérance, etc. Avec l'existence de ces deux entre-croisements, il devient impossible de comprendre la paralysie croisée du sentiment, puisque le second entrecroisement annihile l'effet du premier. Il faut absolument qu'il y ait on trois entre-croisements ou un seul, et puisqu'il y en a un incontestable dans la moelle épinière elle-même, il faut, si l'on veut en admettre un second existant dans l'encéphale, qu'on suppose qu'il en existe un troisième. Où se ferait ce troisième entre-croisement? Serait-ce dans la moelle épinière? L'expérience suivante, dont les détails se trouvent dans l'avant-dernier numéro de nos COMPTES RENDUS, démontre qu'il n'y a pas deux entre-croisements dans ce centre nerveux : si l'on coupe transversalement une moitié latérale de la moelle épinière, au voisinage de la moelle allongée, on trouve, presque aussitôt après la section, que le membre postérieur ainsi que le membre antérieur, du même côté que la section, sont au moins aussi sensibles qu'à l'état normal. Or ils seraient insensibles s'il y avait, dans la moelle épinière, un double entre-croisement des libres venues des racines sensitives, car la section aurait atteint précisément les fibres venues du côté du corps correspondant au côté de moelle coupé. De plus, on ne devrait pas trouver la sensibilité diminuée dans le côté du corps opposé au côté de moelle coupé. C'est cependant ce qui a lieu (3). S'il n'y a pas deux entre-croisements pour les mêmes fibres dans la moelle épinière, en serait-il autrement dans la moelle allongée, la protubérance et au devant? nous ne croyons pas qu'on puisse faire une telle supposition. Nous nous bornerons à dire que cette hypothèse n'a pour elle aucun fait, ni aucune probabilité, et qu'elle est même inutile puisque l'existence d'un entre-croisement dans la moelle épinière suffit seul pour expliquer complétement la paralysie croisée du sentiment.

(1) TRANSACT. PHILOSOPH., 1835. Ce mémoire a été reproduit dans l'ouvrage de Bell : THE NERVOUS SYSTEM OF THE HUMAN BODY, p. 231-40. London, 1844. 3e édition.

(2) Si les fibres de cet entre-croisement viennent, comme le croit M. Longet, des cordons postérieurs de la moelle, elles doivent ne servir qu'à peine ou nullement à la transmission des impressions sensitives, puisque les fibres des cordons postérieurs n'ont qu'à peine ou n'ont même pas cet usage.

(3) Que l'hypothèse suivant laquelle toutes les fibres des racines postérieures iraient jusqu'au cerveau soit vraie, ou que la vérité soit au contraire dans l'hypothèse suivant laquelle quelques libres seulement iraient au cerveau pour y représenter toutes les fibres nerveuses au corps, les raisonnements de M. Brown-Séquard gardent dans un cas comme dans l'autre toute leur valeur. C'est ce qu'il fera voir dans son mémoire.

De ces faits et de ces raisonnements, M. Brown-Séquard tire les conclusions suivantes :

1° Rien n'est plus facile que d'expliquer aujourd'hui la paralysie croisée du sentiment ; elle dépend d'un entre-croisement des fibres sensibles de tout le corps dans toute la longueur de la moelle épinière.

2° Les divers entre-croisements signalés dans la moelle allongée, la protubérance et au devant de ce renflement nerveux ne peuvent plus servir à expliquer la paralysie croisée du sentiment. Il reste donc à chercher à quoi ils servent. (Séance du 2 mars 1850).

2° MEMBRANES MUQUEUSES UTÉRINES EXPULSÉES PENDANT LA MENSTRUATION ; par M. LEBERT.

Madame M..., âgée de 26 ans, d'une bonne constitution, sujette aux douleurs de rhumatisme et de névralgie, a été bien réglée depuis l'âge de 15 ans, abondamment et régulièrement, mais ayant des coliques vives chaque fois pendant les premiers jours. Mariée depuis cinq ans, elle a eu un enfant il y a trois ans et demi. Dernièrement elle a eu dans ses époques un retard de onze jours, au bout desquels elle parurent accompagnées de douleurs plus vives que de coutume. Pendant la nuit, entre le premier et le second jour, elle sentit un accès de colique comme pour expulser un corps de l'intérieur de la matrice. Se croyant enceinte, elle avait la même sensation que si elle faisait une fausse couche.

La partie expulsée ne m'a été montrée que trente-six heures après, et déjà un peu altérée, ayant surtout, d'après le dire de la malade, diminué de plus de moitié de volume. La forme de ce corps était irrégulièrement triangulaire ; il avait 4 centim. de long sur 2 1/2 à 1 de large, se rétrécissant tout à fait vers l'extrémité inférieure, et sur 1 centim. d'épaisseur. On voyait évidemment inférieurement un orifice, ainsi qu'un autre supérieurement à droite ; je n'ai pas pu en distinguer à gauche. L'orifice inférieur correspondait à celui de la cavité utérine du côté de la portion vaginale, tandis que l'orifice supérieur paraissait correspondre à l'ouverture d'une des trompes. Ce corps renfermait une cavité dont les parois avaient de 2 à 4 millim. d'épaisseur et étaient lisses et rosées à la surface externe, tomenteuses et d'un rouge lie de vin à la surface interne.

L'examen microscopique mit tout à fait hors de doute que nous avions affaire à une membrane muqueuse utérine expulsée. Nous avons pu constater, à ne pas en douter, de nombreuses glandes utriculaires, les unes intactes, les autres par fragments seulement. Ces glandules constituées pour la plupart de tubes recourbés avaient 1 millim. à 1 millim. 1/2 de longueur sur 1 huitième à 1 dixième de largeur, et étaient revêtues dans tout leur intérieur d'un épithélium pavimenteux, à cellules arrondies de 1 quatre-vingtième à 1 cinquantième de millim. de diamètre, renfermant un noyau ovoïde de 1/200 à 1/140 et muni d'un ou deux très-petits nucléoles ponctiformes. Beaucoup de noyaux étaient libres en dehors des cellules.

Comme M. Follin avait présenté dernièrement des cas analogues à la Société de biologie, je l'ai prié d'examiner cette membrane avec moi, et il a pu confirmer tous les détails que nous venons d'indiquer.

Nous sommes à nous demander si ce fait, déjà signalé par Simpson, et que M. Follin a accompagné le premier d'un examen histologique, ne serait pas beaucoup plus fréquent qu'il nous paraît dans l'état actuel de la science, et il reste à rechercher s'il n'y a pas, à chaque période menstruelle, une exfoliation insensible et presque moléculaire d'une portion de la muqueuse utérine. On rencontre de plus quelquefois dans la matrice des polypes triangulaires moulés exactement sur sa cavité, qui pourraient bien avoir une exfoliation menstruelle pour origine. L'expulsion de la muqueuse utérine pendant la menstruation est enfin un fait du plus haut intérêt en face de l'opinion de E.-H. Weber, Coste et Robin, aujourd'hui généralement adoptée sur l'identité de structure entre la muqueuse utérine et la membrane caduque, et il reste à rechercher si la membrane que nous avons sous les yeux n'est pas une espèce de caduque menstruelle, et l'analogue pour ainsi dire de la caduque de gestation. (Séance du 6 avril.)

III. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

1° OSSIFICATION TRÈS-ÉTENDUE DU PÉRICARDE VISCÉRAL AU NIVEAU DE L'OREILLETTE DROITE ; RUPTURE DE CETTE MÊME OREILLETTE ; par M. VERNEUIL.

Cette pièce pathologique a été trouvée sur le cadavre d'une femme de 70 à 75 ans, destiné aux dissections. Le cœur a contracté avec le péricarde des adhérences celluleuses complètes en avant, mais qui semblent remonter à une époque reculée. En détachant les brides fibreuses, on constate que la partie postérieure du péricarde est remplie par une masse de caillots noirs du volume au moins du poing d'un adulte. L'autopsie faite alors avec plus de soin permet de reconnaître que la masse des caillots se continue avec un coagulum semblable qui distend l'oreillette droite, celle-ci en effet présente une rupture très-étendue au-dessous de l'auricule, en dehors de la veine cave inférieure. Cette solution de continuité est presque transversale et présente au moins 4 centimètres d'étendue.

La face supérieure et externe de l'auricule présente une large plaque crétacée, offrant une épaisseur de 4 à 6 millimètres, au moins 2 centimètres en largeur et 5 en longueur ; elle s'étend depuis le sommet de l'auricule droite jusqu'au niveau de la veine cave supérieure par sa face externe ; elle a contracté des adhérences très-fortes avec le feuillet pariétal. Sa face interne est doublée par les

colonnes charnues de l'oreillette qui ont conservé leur aspect, leur coloration, leur consistance normales.

L'ossification ne siége donc pas dans la substance musculaire elle-même. La rupture est située au-dessous de l'ossification. Sa direction lui est à peu près parallèle.

Toutes les autres cavités sont gorgées de sang coagulé. Le cœur est notablement hypertrophié; son tissu est flasque et se déchire avec la plus grande facilité. Les orifices auriculo-ventriculaire et pulmonaire du cœur droit ne présentent pas d'altérations. Les orifices du cœur gauche sont le siége d'ossifications légères. La plèvre gauche présente la trace d'une inflammation intense avec productions plastiques abondantes, mais de date récente.

Cette malade a été affectée anciennement d'une péricardite violente. Sous l'influence d'une pleurésie aiguë, l'inflammation se sera réveillée dans le cœur par continuité, et l'oreillette se sera rompue en raison de l'extrême mollesse du tissu charnu. Je pense que la mort a été immédiate ou à peu près; j'ai peine à admettre que la rupture ait précédé la pleurésie et les traces de l'inflammation ambiante, à moins que l'épanchement sanguin n'ait été progressif ou du moins très-lent au début, comme cela se fait quelquefois dans les cas de rupture d'anévrisme.

IV. — PATHOLOGIE.

1° CAS D'HÉMORRHAGIE UTÉRO-PLACENTAIRE; par M. BLOT.

M. Blot présente un œuf abortif de deux mois, dans lequel on trouve un exemple remarquable d'hémorrhagie utéro-placentaire.

Cet œuf offre l'aspect d'une masse ovoïde, du volume d'un gros œuf de poule, de couleur rouge livide; on dirait au premier coup d'œil un gros caillot sanguin décoloré; mais en l'examinant de plus près, on trouve que cette masse est enveloppée de toutes parts d'une membrane organisée d'un gris jaunâtre, lisse et offrant un grand nombre de petits pertuis elliptiques dont la surface extérieure est comme criblée. En un mot, on retrouve là tous les caractères de la caduque à une époque encore peu avancée de la grossesse. C'est en effet la caduque fœtale. Cette membrane est fermée de toutes parts, excepté en un seul point où existe une déchirure de 2 à 3 centimètres. Si l'on vient à la fendre en plusieurs directions, à partir de la déchirure, de manière à pouvoir en renverser les lambeaux en dehors, on trouve au-dessous d'elle une autre membrane qui offre tous les caractères du chorion, et en particulier de nombreuses villosités. C'est entre ces deux membranes (caduque fœtale et chorion) que s'est faite l'hémorrhagie. En effet, les quatre cinquièmes de la surface externe du chorion, y compris les points occupés par le placenta encore rudimentaire, sont recouverts par du sang. Cette couche sanguine est retenue là par les ramifications vasculaires du placenta et les villosités du chorion, qui y sont emprisonnées; son épaisseur n'est pas la même dans toute son étendue; elle a de 7 à 8 millimètres au niveau du placenta; en dehors de lui, elle est moins épaisse. Sa consistance diffère également dans ces deux points; au niveau du premier, elle forme un véritable caillot solide; dans le second, elle est constituée par un liquide noirâtre, épais et grumeleux, qu'entraîne facilement l'eau dans laquelle on est obligé de plonger la pièce pour la disséquer. Le foyer hémorrhagique ne communique nullement avec l'extérieur de l'œuf, pas même au niveau du placenta, comme on l'observe assez souvent au moyen de déchirures étroites de la caduque improprement appelée *secondaire*; aussi la dénomination d'hémorrhagie *caduco-choriale* ferait-elle peut-être mieux comprendre, que celle d'*utéro-placentaire*, le point précis de l'œuf qu'occupe le sang épanché. Il n'existe pas non plus de communication entre le foyer hémorrhagique et l'intérieur de l'amnios. Cette dernière membrane n'offre rien autre chose de particulier qu'une déchirure correspondant à celle de la caduque fœtale. A travers l'ouverture qui en résulte, on peut voir très-clairement au fond de la cavité de l'œuf l'insertion du cordon ombilical dont l'extrémité embryonnaire, libre et flottante dans la cavité amniotique, présente les traces évidentes d'une déchirure récente. Ce cordon a 4 centimètres de longueur, 2 millimètres de diamètre. Il n'existe pas le moindre vestige d'embryon; il avait été expulsé trois jours avant l'œuf. La malade, pour nous servir de ses expressions, l'a, dit-elle, rendu avec ses *quatre membres*. Ainsi donc, dans ce cas, comme dans un assez grand nombre de cas analogues, l'avortement a eu lieu, pour ainsi dire, en deux temps. Ce renseignement devait être noté, car il aurait pu se faire que l'embryon eût disparu par absorption.

Le chorion, au lieu d'être séparé de l'amnios par un intervalle d'une certaine étendue, comme cela existe normalement au deuxième mois de la grossesse, lui est intimement uni, et il est presque impossible de les séparer l'un de l'autre. Cette disposition tient elle au refoulement qu'a subi le chorion de la part du sang épanché? Cela est probable.

L'examen le plus attentif ne peut faire retrouver le plus petit vestige de vésicule ombilicale.

2° TUBERCULISATION D'UN DES TESTICULES, CHEZ UN FAISAN DORÉ; par M. RAYER.

L'affection tuberculeuse n'est pas rare chez les oiseaux élevés en domesticité ou en captivité. On l'a spécialement observée chez les pigeons, les tourterelles, les faisans et les dindons. Chez ces oiseaux, on trouve le plus ordinairement la matière tuberculeuse déposée en grains ou en petites masses dans les poumons, dans le foie, dans la rate et dans les os, et sous forme de lamelles d'un gris jaunâtre dans les sacs aériens.

Presque toujours on trouve, chez le même individu, de petits dépôts de matière tuberculeuse dans plusieurs organes.

M. Rayer met sous les yeux de la Société les deux testicules d'un faisan doré. A l'extrémité extérieure d'un de ces testicules existe une masse tuberculeuse du volume d'un pois ordinaire. Par une exception très-rare, les autres organes n'offraient point de traces d'une semblable altération.

3° HÉMORRHAGIE DANS L'AMNIOS DE PLUSIEURS EMBRYONS CHEZ UNE LAPINE MORTE DE PLEURÉSIE; par M. BROWN-SÉQUARD.

M. Brown-Séquard montre à la Société une belle lapine morte de pleurésie. Depuis plusieurs jours cet animal toussait, avait la respiration très-gênée, ne pouvait plus courir et refusait toute nourriture. On trouve une fausse membrane purulente, tapissant presque toute la cavité de la plèvre gauche.

Cette lapine était pleine d'environ vingt jours; presque tous les petits baignaient dans du sang ou de l'eau sanguinolente. Une hémorrhagie avait eu lieu dans l'amnios. On ne peut attribuer cette hémorrhagie à aucune violence extérieure : l'animal vivait seul, dans un grand cabinet, sur du foin. Y a-t-il quelques rapports de causalité entre cette hémorrhagie et l'inflammation pleurale? C'est ce que l'on ne saurait dire.

4° SUR UNE TUMEUR DU SCROTUM; par M. JOBERT (de Lamballe).

Cette tumeur, que M. Rozé présente à la Société de la part de M. Jobert, s'est développée dans le scrotum gauche d'un homme, âgé de 68 ans, fortement constitué et jouissant habituellement d'une santé parfaite. Il y a vingt ans qu'elle a été aperçue à la partie inférieure du scrotum. Peu à peu elle a augmenté de volume, en gagnant la partie supérieure et chassant au-dessus d'elle le testicule et l'épididyme, qui sont l'un et l'autre restés tout à fait indépendants, et ont conservé leur état de santé. Jamais cette tumeur n'a déterminé aucun accident, si ce n'est dans ces derniers temps, où, par son volume égal à peu près à la tête d'un adulte et surtout par son énorme poids, elle occasionnait des tiraillements tels, que la marche était devenue tout à fait impossible. Ce fut alors que M. Jobert se décida à l'enlever; mais auparavant il se demanda s'il conserverait le testicule, dont il avait parfaitement reconnu la présence à la partie supérieure de la tumeur. Cette question, selon lui, ne pouvait offrir le plus léger doute, attendu que : 1° l'âge du malade le rendait à peu près inutile; 2° il était probablement enclavé dans l'intérieur de la tumeur elle-même et ne pouvait en être retiré que par une dissection longue et minutieuse, et par conséquent très-douloureuse; 3° enfin, en respectant l'organe lui-même, il était difficile de respecter aussi bien ses enveloppes, la tunique vaginale en particulier; dès lors on devait craindre l'inflammation de cette dernière, et cette inflammation probable a paru à M. Jobert mériter une sérieuse considération, surtout en réfléchissant qu'elle s'ajouterait à l'inflammation traumatique qui allait être le résultat d'une plaie aussi étendue.

Après tous ces préliminaires, M. Jobert enleva la tumeur par son procédé opératoire qu'il désigne sous le nom de procédé en coquille, parce qu'en effet, après l'opération, il ne reste plus que deux valves qui s'appliquent l'une sur l'autre, à la manière des coquilles d'huître, et qui permettent le facile écoulement des liquides en évitant qu'ils ne soient retenus dans l'intérieur d'une poche.

L'examen anatomique de la tumeur prouva qu'elle était formée de deux parties bien distinctes, une partie supérieure graisseuse, lypomateuse; une seconde plus dure, comme fibreuse, que M. Jobert présume être du tissu fibroplastique. Cette dernière était elle-même formée de plusieurs éléments. On reconnaissait en effet facilement un élément fibreux. Ces fibres, très-serrées dans certains endroits, donnent au tissu l'aspect nacré. La majeure partie de la tumeur était composée d'une substance gélatiniforme, assez dense, ne se laissant écraser qu'avec difficulté. C'est au milieu de cette matière gélatiniforme que l'on remarquait des petits points blancs, comme tuberculeux. Enfin, dans d'autres points, on observait des épanchements sanguins assez semblables à ceux qu'on remarque dans les tumeurs encéphaloïdes.

Le testicule et l'épididyme étaient en effet placés à la partie supérieure de la tumeur, et avaient conservé leur état normal.

Quant à la peau, elle est saine et n'a contracté aucune adhérence avec la tumeur.

V. — HELMINTHOLOGIE.

DE L'EXISTENCE CONSTANTE DES CYSTICERQUES CHEZ LES LAPINS, ET DE L'ACCROISSEMENT SIMULTANÉ DE CES PARASITES ET DES ANIMAUX QUI LES PORTENT; par M. BROWN-SÉQUARD.

M. Brown-Séquard met sous les yeux de la Société une très-grosse lapine dont la cavité abdominale contient une grande quantité de cysticerques. Il rappelle à ce sujet que l'an dernier il a communiqué à la Société une note sur la constance de l'existence des cysticerques dans l'abdomen des lapins. (Comptes rendus des séances de la Société de biologie, 1849, p. 46.) Il disait alors avoir trouvé 50 fois des cysticerques sur 50 lapins ouverts par lui en quelques mois. Depuis cette époque, il a cherché ces helminthes sur environ 80 lapins, et à part une seule fois, il en a toujours trouvé (1). Il fait remarquer en outre que ces parasites, dont on peut en général constater déjà l'existence sur des lapins nés seulement depuis quelques jours, se développent avec l'animal qui les porte, et arrivent à des dimensions considérables chez les lapins adultes. C'est ce qu'on voit chez la lapine présentée à la Société.

(1) Plus récemment, M. Brown-Séquard a encore rencontré deux cas d'absence de cysticerques chez deux jeunes lapins provenant du même père et de la même mère qu'une dizaine d'autres qui, tous, avaient des cysticerques.

VI. — CHIMIE.

1° ANALYSE ANATOMIQUE ET CHIMIQUE DU SANG; par MM. F. VERDEIL et CHARLES DOLLFUS. (Première partie.)

Les auteurs s'expriment ainsi :

« Le sang, quoique ayant été l'objet de nombreuses recherches, n'avait pas encore été suffisamment étudié au point de vue anatomique. Les principes immédiats du sang normal, qui étaient parfaitement connus, se réduisent à l'albumine, la fibrine, la matière colorante, l'eau et les sels fixes non décomposables par la calcination. On citait bien les substances extractives, des graisses non déterminées, un acide que l'on supposait être l'acide lactique, quoiqu'on ne l'eût jamais obtenu séparé des autres substances.

» L'état d'enfance dans lequel se trouvait l'anatomie du sang a dû nécessairement réagir sur les recherches pathologiques qui ont été faites sur ce liquide. En effet, toutes ces recherches n'ont eu pour résultat que de constater la diminution ou l'augmentation de la quantité d'eau, d'albumine, de fibrine, de matières colorantes et de graisses. Le sang, à l'état normal, contient d'autres substances. Les principes immédiats peuvent n'exister qu'en très-petite quantité, mais leurs proportions peuvent augmenter considérablement sous certaines influences physiologiques ou pathologiques, et par cela même prendre une certaine importance. Dans ce cas, il sera utile d'avoir des procédés exacts qui feront reconnaître à coup sûr la présence ou l'absence de tel ou tel principe immédiat.

» Jusqu'à présent on désignait sous le nom de *substances extractives du sang* tout ce qui n'était pas de l'albumine coagulable, de la fibrine ou de la matière colorante, et l'on désignait sous le nom de *graisses* ce qui était soluble dans l'éther.

» Nous avons entrepris de faire l'analyse anatomique du sang, et d'étudier les principes immédiats de ce fluide, en quelle quantité qu'ils se rencontrent, pensant qu'ils peuvent tous acquérir une certaine importance suivant l'état physiologique ou pathologique, dans lequel se trouveront les animaux ou les hommes dont on étudiera le sang.

» Nous avons dû commencer nos recherches avec du sang de bœuf, ayant besoin, pour découvrir une première fois la nature des corps que nous recherchons, d'une grande quantité de liquide, et jusqu'à ce que nous ayons trouvé un procédé convenable, il nous a fallu des quantités énormes de sang. Une fois les différentes substances reconnues au moyen d'un bon procédé, il était possible de les retrouver dans une très-petite quantité de ce fluide.

» Nous avons dû ne pas perdre de vue que c'était une analyse anatomique que nous avions entreprise, et qu'il fallait par conséquent éviter toute influence qui aurait pu altérer le sang que nous étudions et le faire sortir de l'état normal. Aussi, pour être sûrs que nous n'obtiendrions pas des produits de décomposition, avons-nous évité d'introduire dans le liquide des substances qui auraient pu l'altérer. Nous avons de même toujours évaporé au bain-marie pour éloigner l'eau, et cela afin que le liquide n'atteigne jamais le point d'ébullition. Dans de certaines circonstances, nous avons dû même évaporer dans le vide.

» La première opération consiste à éliminer la fibrine, ce qui se fait en agitant le sang encore chaud, à sa sortie du corps de l'animal. Le sang privé de sa fibrine est mélangé avec son volume d'eau, puis chauffé au bain-marie jusqu'à ce que l'albumine et la matière colorante soient coagulées. On filtre la masse sur un linge. La partie coagulée reste sur le linge, tandis que le liquide passe au travers.

» Le liquide est encore un peu coloré par la matière colorante en dissolution, qui ne s'est pas entièrement coagulée. La liqueur que l'on a recueillie est évaporée au bain-marie, dans une capsule en porcelaine; la masse coagulée est lavée, puis pressée fortement pour en extraire complétement les substances solubles dans l'eau. Les eaux de lavage et celles provenant du pressage de la masse coagulée sont ajoutées au liquide qui se trouve déjà dans la capsule. Ce liquide est très-légèrement alcalin, un peu coloré par la matière colorante du sang; on l'évapore jusqu'à consistance sirupeuse, puis on y ajoute à froid de l'alcool ordinaire. Il se forme sur-le-champ un précipité abondant; on ajoute de l'alcool jusqu'à ce qu'il ne se forme plus de précipité, puis on laisse le mélange tranquille pendant vingt-quatre heures, afin que la séparation se fasse complétement. Au bout de ce temps, la partie liquide est séparée du précipité. Ce dernier est lavé avec de l'alcool; il est composé d'une substance albumineuse qui se redissout dans l'eau. C'est de l'albumine ordinaire, qui n'a pas été coagulée par la chaleur, et qui est précipitée par l'alcool. Cette propriété de se redissoudre dans l'eau après avoir été précipitée n'indique pas une albumine particulière. L'albumine du blanc d'œuf et du sérum se précipite par l'alcool sans se coaguler, et peut se redissoudre de nouveau dans l'eau. Si la solution d'albumine est très-concentrée et que l'on emploie de l'alcool absolu, il y aura coagulation, et cette albumine ne pourra plus se redissoudre dans l'eau.

» Ce précipité contient aussi des cristaux de chlorure de sodium et de phosphate de soude.

» Lorsqu'on redissout ce précipité dans l'eau et qu'on y ajoute de l'acétate de plomb, il se forme un volumineux précipité.

» La liqueur filtrée est encore précipitée par le sous-acétate de plomb. Ce précipité est un sel de plomb formé par un acide organique non azoté, et qui a de l'analogie avec les acides organiques provenant de l'oxydation du sucre. Nous n'avons pas pu en obtenir jusqu'à présent une quantité suffisante pour en faire l'analyse. Il forme avec l'oxyde de cuivre un sel cristallin, qui à 140° se décompose en laissant du cuivre métallique. Il brûle en répandant une odeur prononcée de caramel. Nous nous occupons maintenant à en obtenir une quantité suffisante pour en faire l'analyse.

» La solution alcoolique (c'est-à-dire la partie du sang soluble dans l'eau et qui n'a pas été précipitée par l'alcool) est distillée. Lorsque tout l'alcool a disparu, on ajoute à froid à la liqueur concentrée de l'acide sulfurique très-dilué; il se forme immédiatement une substance insoluble qui vient nager à la surface du liquide.

» La liqueur répand alors une odeur très-fétide et piquante, analogue à celle que répandent les acides gras volatils qui se trouvent dans le beurre. Si l'on examine au microscope la graisse qui surnage, on la trouve composée de globules graisseux, polarisant faiblement la lumière. Il se rencontre aussi quelques masses opaques rouge foncé, ayant la forme des cristaux, que Virchow a désignées sous le nom d'hématine; seulement ils sont moins transparents. La majeure partie de cette graisse est de l'acide oleique, qui était combiné dans le sang avec de la soude. On sépare par filtration la masse graisseuse du liquide. Comme l'excès d'acide sulfurique pourrait altérer les substances que nous nous proposons de rechercher, nous neutralisons cet acide par du carbonate de chaux; puis nous évaporons au bain-marie jusqu'à siccité, et enlevons les dernières traces d'eau en plaçant le résidu dans le vide sur l'acide sulfurique. Lorsque la masse est parfaitement sèche, on l'extrait par de l'alcool absolu froid. Ce véhicule dissout alors presque uniquement de l'urée, qui cristallise de la solution.

» Nous avons présenté à la Société de l'urée cristallisée directement de la solution alcoolique. Si l'on n'a pas soin de sécher parfaitement le résidu et d'employer de l'alcool absolu froid, on obtient en solution un mélange qui ne peut pas cristalliser, et qui ne donne aucune réaction nette de l'urée sous le microscope, avec l'acide nitrique et l'acide oxalique.

» L'analyse élémentaire nous a démontré que cette substance était bien de l'urée.

» Lorsqu'on a extrait de cette manière l'urée, on traite de nouveau le résidu avec de l'alcool chaud, mélangé d'un peu d'éther. Il se dissout beaucoup d'hippurate de chaux, qui cristallise, lorsqu'on évapore la solution, en aiguilles groupées autour d'un centre. Cet hyppurate de chaux est décomposé par un acide; il se forme un sel de chaux et l'acide hippurique cristallisé. On purifie cet acide par plusieurs cristallisations.

» Nous avons eu l'honneur de présenter à la Société de l'acide hippurique provenant du sang. L'analyse élémentaire des cristaux que nous avons obtenus nous a démontré que c'était bien de l'acide hippurique que nous avions découvert dans le sang.

» Il se dissout toujours dans l'alcool chaud des sels à acides volatils, qu'on peut constater par leur odeur particulière lorsqu'on les décompose par un acide.

» Dans un prochain mémoire, nous présenterons l'analyse anatomique de ces acides volatils, et nous continuerons l'examen des différentes substances dont le sang normal est composé. » (Séance du 6 avril.)

2° SUR UN PROCÉDÉ D'ANALYSE DES URINES DIABÉTIQUES; par M. HIFFELSHEIM.

M. Maumené (de Reims) a annoncé, il y a quelque temps, que l'on pouvait facilement décider la présence du sucre en solution à l'aide du chlorure stannique.

A cet effet, il prend une bandelette de laine qu'il trempe dans une solution concentrée de chlorure stannique; après l'avoir fait sécher au bain-marie, il suffit de l'imprégner de quelques gouttes d'urine diabétique, par exemple, et de l'exposer a une température de 130 à 150 degrés sur un charbon rougi pour obtenir une tache noire sur le tissu.

M. Hiffelsheim, en confirmant l'assertion de M. Maumené, fait observer que cette tache devient noire sans avoir passé préalablement par une autre coloration, ce qui ne permet pas à l'expérimentateur d'attribuer la coloration à l'action unique du feu.

Par sa découverte, M. Maumené a enrichi la science d'un nouveau procédé aisément praticable par tout le monde.

BIBLIOGRAPHIE.

RAPPORT DE LA COMMISSION CRÉÉE PAR LE ROI DE SARDAIGNE POUR ÉTUDIER LE CRÉTINISME. — Un volume in-4° accompagné d'une très-belle carte. — Compte rendu analytique et critique, par le docteur MARC D'ESPINE (de Genève).

(Suite et fin. — Voir les numéros 27 et 28.)

INFLUENCES EXTÉRIEURES AMOVIBLES. — La commission a réuni sous ce titre les lieux choisis pour la construction et le mode même de construction des villages, des habitations, l'alimentation, les vêtements, le degré d'aisance, le genre d'occupations, les mœurs et divertissements, l'instruction et l'éducation, les maladies prédominantes et les cachexies. Disons quelques mots sur tous ces points.

J'ai déjà indiqué, à propos des diverses influences naturelles, ce qui touche à la situation des villages; il faut ajouter qu'ils sont non-seulement ensevelis sous des touffes d'arbres qui gênent la circulation de l'air, mais encore qu'en beaucoup de lieux des treilles de vigne sont suspendues tout

autour des maisons. Les villages principalement ciléś sous ces divers rapports par la commission sont : Millières (haute Savoie); Landry en Tarentaise, Valpeline, duché d'Aoste; Bisdomio et Lagnasco, au val d'Arco; Saint-Julien en Maurienne. Les villages voisins de rivières non indiquées ci se répandant en marécages sont principalement : Castellato, Scarnafiggi, Monasterolo sur la Varaïta. Parmi les sites d'exposition au nord avec privation d'insolation, on cite ceux de la Tarentaise, du val d'Arco, de la Doire Baltée. L'influence combinée de l'humidité et de la situation au confluent de deux vallées dans des coins où le vent tourbillonne se montre principalement à Valpeline, à Suze et Villard-le-Goitreux. Aiguebelle, qui est assez infecté, est, il est vrai, placé dans une vallée assez spacieuse, mais il est voisin de marais étendus, formés par les expansions de l'Arco. Cependant diverses situations qui sortent des conditions précédemment indiquées n'en sont pas moins infectées pour cela; tels sont les villages de la rive gauche de la Doire de Saint-Vincent à Aoste, la Chambre et Montaimont en Tarentaise.

Mais ces villages ont ceci de commun avec la plupart des autres, c'est que les habitations y sont petites, malsaines, composées de deux chambres de rez-de chaussée non pavées, l'une pour le bétail, l'autre où est entassée la famille. Le premier étage est consacré aux provisions. Les fenêtres y sont de simples trous dans les murs qu'on bouche avec soin l'hiver, de sorte que l'air ne se renouvelle pas, et que la température qui est au-dessous de 0 dehors s'élève jusqu'à 20° Réaumur dans ces réduits en hiver; tout y est horriblement sale, et le dehors de ces réduits est ordinairement garni de fumiers. L'alimentation des misérables populations où pullule le crétinisme est insuffisante et peu variée. La viande leur est en quelque sorte inconnue; le maïs, les châtaignes, les pommes de terre, selon les lieux, forment la base unique de l'alimentation; et comme l'appétit de ces malheureux est considérable, cette alimentation unique et très-abondante a pour résultat un développement considérable de l'abdomen. Enfin les vêtements de ces malheureux sont sales, se portent de jour et de nuit et jusqu'à ce qu'ils soient en guenilles. On objecte il est vrai que là où le crétinisme est endémique, les riches n'en sont pas exempts; mais il est bien de faire remarquer que plusieurs riches ou gens aisés de ces pays vivent et quant au logement et quant à la nourriture un peu à la manière des pauvres. C'est ainsi qu'on peut jusqu'à un certain point s'expliquer comment sur les 7,000 crétins recensés par la commission on en compte un cinquième qui appartiennent à des familles riches, un cinquième qui jouissent d'une aisance médiocre, et seulement 3 cinquièmes qui sont réellement pauvres et mendiants.

L'inertie et le penchant à l'oisiveté sont l'apanage des crétins, et jusqu'à un certain point la tendance naturelle des populations entières qui sont soumises aux influences crétinisantes ; aussi ne voit on guère dans ces contrées de mouvement d'industrie, les travaux agricoles y sont même menés avec mollesse ; le soleil se lève presque toujours avant les habitants de ces villages, et le goût des plaisirs actifs, de la danse, des exercices, n'y est pas plus développé que celui du travail ; toute la jouissance de ces malheureux est concentrée dans l'ingestion considérable d'aliments grossiers et la boisson de l'eau-de-vie. Les ivrognes d'eau-de-vie sont nombreux dans les contrées crétinisantes. On n'entendrait jamais dans ces lieux les airs retentir de chants et de cris d'allégresse; les enfants, au lieu de jouer et de courir, y sont accroupis immobiles et comme éteints.

Toutefois ces dispositions peuvent être modifiées par la civilisation; on remarque surtout que la construction des grandes routes à travers les vallées crétineuses, en les mettant en rapport avec le mouvement commercial du reste du monde, a une influence marquée sur elles; c'est ainsi que les villages de la Maurienne parcourus par la nouvelle route de France se sont beaucoup améliorés, renferment beaucoup moins de crétins, tandis que ceux qui en étaient autrefois traversés et sont rentrés dans l'isolement offrent une population qui se dégrade : ainsi Saint-Julien en Maurienne, Aveilliano dans la province de Suze.

Les maladies prédominantes dans les vallées infectées sont toutes les fièvres intermittentes et la fièvre typhoïde; les cachexies qui impriment leur cachet spécial sur les populations de ces vallées sont surtout les scrofules, le rachitisme, et enfin le crétinisme. La taille de ces populations est petite, rabougrie, leur teint est jaunâtre ou blafard, le cou est généralement gros, la figure aplatie, les éminences zygomatiques très-saillantes, la charpente osseuse très-forte et ramassée.

Influences physiologiques et individuelles. — Les deux sexes semblent à peu près également sujets au crétinisme, car sur 5,923 crétins dont les sexes sont indiqués, 3,073 sont masculins, 2,850 sont féminins. Or on sait par le recensement de 1838 qu'à l'inverse de ce qu'on observe en France et dans beaucoup d'autres pays, les États sardes de terre ferme renferment une population masculine supérieure à la féminine. Il en serait différemment pour les goitreux ; car les 21,000 simples goitreux qui figurent sur les tableaux de la commission se répartissent dans le rapport de quatre hommes pour cinq femmes, et si parmi les crétins on sépare les crétins sans goître, pour ne considérer que ceux qui ont des goîtres, on trouve sur une population où, comme nous l'avons dit, l'élément masculin prédomine, 1,953 crétins goitreux hommes pour 1,959 femmes crétines et goitreuses.

Les saisons n'ont pas non plus d'influence appréciable sur le crétinisme, dans ce sens du moins qu'il naît, dans tous les mois de l'année, des enfants destinés à être crétins en proportion analogue à la loi mensuelle générale des naissances. La chaleur et le froid n'ont même aucune influence sensible; car, si l'on divise l'année en deux semestres, l'un contenant les six mois froids, l'autre les six mois chauds, on trouve que les naissances des crétins sont dans le rapport de vingt-quatre naissances d'octobre en mars à vingt-deux naissances de mars en octobre, et en prenant l'ensemble des naissances des États, on trouve, pour ces deux semestres, également le rapport très analogue de soixante-et-un à cinquante-huit.

L'influence des mariages exclusivement entre habitants du même village, dans les pays infectés de crétinisme, a été considérée comme cause prédisposante de cette infirmité. Le fait est que les choses se passent ainsi parce que les habitants des villages infectés ne trouvent pas à se marier au dehors. Les documents sur l'origine des pères et mères de crétins montrent que presque aucun des parents de ces crétins ne sont étrangers à la localité. Quant à la disposition au crétinisme des conjoints, elle est rare, par la raison que les crétins sont en général inaptes à la reproduction de l'espèce. Les crétins complets sont mis en dehors du mariage par les institutions elles-mêmes, les prêtres refusant de les marier, et les crétins moins avancés, lorsqu'ils se marient, ne procréent quelquefois des enfants que lorsqu'un des deux conjoints n'est pas crétin. Le rapport dit que c'est lorsque la femme est crétine que l'influence sur la progéniture est la plus fâcheuse. Toutefois, sur environ quatre mille pères et autant de mères de crétins dont les circonstances diverses ont pu être recueillies, cent dix mères et cent cinquante pères étaient affectés de crétinisme. Quant à l'âge avancé des conjoints, qu'on a quelquefois considéré comme cause de crétinisme, il ne semble pas qu'il joue le rôle qu'on a supposé, car de jeunes époux ont souvent des enfants crétins, et on a vu des enfants du premier lit être crétins, tandis que des enfants du deuxième lit, venus par conséquent dans un âge plus avancé des parents, ont été intelligents. L'état sanitaire des parents a une influence réelle sur la chance de leur procréation crétinique, surtout celui des mères. Ainsi, sur les quatre mille pères et mères des crétins, un quart des pères et un tiers des mères étaient très-goitreux. Les documents de la commission ne confirment point l'opinion qui a été émise que les bègues engendrent des crétins. L'état sanitaire des parents au moment de la conception et les accidents survenant dans le cours de la grossesse ne peuvent être pris en considération, attendu que les mêmes causes s'observent dans des pays où le crétinisme ne règne pas. La mauvaise hygiène et l'éducation des enfants en bas âge ne sauraient non plus être considérées comme une cause importante ; elle ne peut que confirmer la prédisposition lorsqu'elle existe, comme une bonne hygiène et une éducation bien entendue peuvent l'atténuer.

La commission conclut de tout ce qui précède que le crétinisme est bien héréditaire et congénial, qu'il résulte de l'action des diverses causes extérieures précitées sur les parents d'abord, chez lesquels elles produisent diverses cachexies telles que les scrofules, le rachitisme, le goître, etc, et ensuite chez les enfants ainsi héréditairement prédisposés qui deviennent crétins par l'addition de ces mêmes influences dès leur premier âge. Mais il faut se rappeler que le concours des causes topographiques, météorologiques, hygiéniques, personnelles et de famille est nécessaire pour expliquer tous les résultats, car deux vallées du duché d'Aoste parfaitement semblables quant à leur topographie, leur météorologie, les vallées de Challant et de Gressonnet, renferment, la première beaucoup de goitreux et de crétins, tandis que la seconde en est exempte, parce que les habitants de la première sont pauvres, ont des habitudes sales, n'ont aucune activité industrielle et commerciale, tandis qu'on trouve des conditions diamétralement opposées dans la vallée du Gressonnet. Toutefois, il faut le dire, les causes les plus influentes sont l'air humide, vicié, peu renouvelé par suite de l'enclavement de certaines vallées dans les hautes montagnes alpines, et la mauvaise qualité des eaux potables que M. Cantu a trouvées dépourvues d'iode et de brôme, ainsi que la mauvaise alimentation.

Traitement et prophylaxie du crétinisme.—Quand il s'agit de médecine proprement dite, le chapitre de la prophylaxie se réduit ordinairement à une collection de lieux communs qui reparaissent à peu près les mêmes à propos de toutes les maladies, tandis que la thérapeutique proprement dite est traitée avec un certain relief. L'inverse s'observe à propos du crétinisme, tout au moins le chapitre du traitement des crétins est encore à faire, et tout ce que la commission a pu fournir là-dessus se réduit aux essais du docteur Guggenbühl, tandis que celui de la prophylaxie se déduisant de l'étude des causes précédemment étudiées, renferme une série de préceptes qui méritent quelques considérations.

Le docteur Guggenbühl, qui peut être considéré comme le créateur de la thérapeutique des crétins, a fondé ses espérances sur la pensée suivante : Remarquons que l'idiotie crétinique n'est point essentielle, mais qu'elle résulte d'un ensemble de circonstances extérieures dont l'action s'exerce en atrophiant les organes, rompant leur harmonie, et par là altérant toutes les fonctions physiologiques, en particulier celles de la vie de relation, il s'est dit : Si je soustrais l'individu qui vient de naître sous les conditions qui prédisposent au développement du crétinisme, aux influences qui favorisent ce développement, en le transportant de la vallée profonde où il est né sur une montagne, en lui donnant une nourriture réparatrice, en le soumettant à une hygiène convenable, en lui administrant certaines substances propres à stimuler les fonctions, telles que l'extrait de feuilles de noyer, les hydriodates, particulièrement celui de fer, en le plaçant dans des bains aromatiques et le soumettant au milieu du bain à l'excitation de l'électricité, si en même temps je travaille à éveiller et développer ses facultés intellectuelles et morales par une discipline pédagogique appropriée, je puis espérer d'arriver par des efforts soutenus et persévérants répétés pendant quelques années, à ramener le développement de l'être dans sa ligne normale, et à éviter la dégénérescence crétinique qui surviendrait immanquablement en laissant cet individu soumis aux conditions où il est né.

Cette pensée du docteur Guggenbühl une fois connue, on comprendra comment un homme qui recherche la solution thérapeutique de l'idiotie liée à une dégénérescence organique générale, quels que soient la nature et le nombre des causes générales qui l'ont produite, ait été tenté de confondre le crétinisme des vallées alpestres avec l'idiotie des scrofuleux et des rachitiques des grandes villes, puisque dans les deux cas l'idée thérapeutique est la même, et n'ait pas été, comme la commission d'enquête frappé de l'idée étiologique pure qui conduit à faire deux espèces distinctes lorsque les deux ordres de causes diffèrent assez essentiellement. Il est clair que dans les grandes villes l'idiotie scrofuleuse et rachitique est confinée dans des classes qui seules sont exposées à l'action des causes morbifiques, qu'on ne la trouve que chez les pauvres qui habitent des quartiers malsains, etc., tandis que le crétinisme des vallées alpestres se développe là où les causes génératrices ont une action suffisante sur toutes les classes de la société. Il est évident aussi que l'idiotie rachitique des grandes villes n'offre pas la même physionomie que le crétinisme, et qu'il vaut ici la peine de distinguer les espèces ; mais au point de vue thérapeutique, la distinction s'atténue beaucoup attendu que le principe de son action est le même des deux parts.

Quoi qu'il en soit, on ne peut dire que la pensée du docteur Guggenbühl n'offre rien en elle-même de trop exorbitant, et que certainement bien des recherches scientifiques conçues sur des données moins vraisemblables ont conduit quelquefois à des résultats positifs et légitimement acquis. Mais entrer courageusement, après avoir conçu cette idée dans la mise à exécution, vouer sa vie à la poursuite de ce résultat philanthropique quelque restreint qu'il puisse être, solliciter avec persévérance l'attention des amis de l'humanité en faveur d'une pareille entreprise, en surmonter et en supporter patiemment tous les dégoûts, c'est par cela seul mériter le respect des hommes de bien. Voilà ce que je désire mettre bien en relief avant d'examiner la valeur des résultats obtenus ou de ceux qu'on est en droit d'attendre.

Il faut dire que jusqu'ici aucune enquête satisfaisante n'a été faite sur les résultats de cures entreprises à l'Abendberg. Depuis une dizaine d'années que l'établissement est fondé, sur plus de 100 enfants qui y sont soignés, M. Guggenbühl dit qu'il a rétabli entièrement le tiers des sujets. Mais dira-t-on, ces sujets guéris étaient-ils tous de vrais crétins ou des enfants venus très-jeunes avec un assez grand nombre de symptômes précurseurs du crétinisme pour qu'il soit permis d'affirmer que, laissés dans leurs chaumières, ils fussent devenus crétins ? Sur ces questions, on n'a pas jusqu'ici, d'enquête qui ait prononcé après un examen suffisant, et l'auteur n'a point publié l'observation détaillée de chaque cas, de façon à mettre le lecteur à même de juger. M. Guggenbühl ne nous a point dit qu'il ait pris le soin, dans son calcul, d'élaguer tout individu dont une affection purement scrofuleuse ou rachitique aurait momentanément enrayé le développement intellectuel. Sans prétendre contester les résultats, nous disons cependant, il faut une enquête, et peut-être se fera-t-elle, d'autant plus que M. Guggenbühl la sollicite sincèrement et vivement. Et ici je dois signaler une erreur très-involontaire, dans laquelle la commission est tombée en citant en note, page 214, l'article d'un journal politique du canton de Vaud, où se trouve l'affirmation suivante : « Il résulte d'une enquête officielle, que l'institut » de l'Abendberg laisse maintenant beaucoup à désirer quant à la manière » dont il est administré. La plupart des enfants ne sont pas des crétins, mais » des scrofuleux facilement guérissables. »

M. Guggenbühl proteste contre cette assertion, et déclare qu'aucune enquête ni officielle ni scientifique n'a été faite encore sur son établissement ; il attribue cet article à une malveillance mensongère. C'est de lui-même que je tiens la chose. Tout ce qu'il y a en qui puisse ressembler à une enquête sans en être une, c'est l'examen fait par la commission sanitaire de Berne de deux enfants qui avaient été placés à l'Abendberg par leur commune, et que cette commission a déclarés être revenus assez bien guéris pour pouvoir être placés dans un établissement quelconque d'éducation. J'ai eu le certificat en main. Si on voulait absolument appeler cela une enquête officielle, il faudrait ajouter qu'elle ne légitimerait en aucune façon les inductions qu'en tire le NOUVELLISTE VAUDOIS.

D'autre part, supposons, ce qui mériterait d'être démontré, que 30 ou 40 enfants destinés à devenir crétins aient été préservés ou guéris en dix ans, dans un établissement dont le budget n'est pas connu, mais qui, probablement, aura coûté pendant ces dix ans au moins 30 ou 40,000 fr., et demandons-nous si cette même somme, appliquée à l'assainissement de 3 ou 4 villages infectés de crétinisme, n'aurait pas empêché la venue au monde d'un bien plus grand nombre de crétins. Ceci nous amène à considérer les indications prophylactiques fournies par la commission.

Le rapport se termine, en effet, en recommandant à l'attention du gouvernement les mesures suivantes à prendre dans toutes les contrées du royaume qui sont infectées de crétinisme :

1° Diguer les rivières et dessécher les marais formés le long de la Doire-Baltée, de l'Isère, de l'Arc et de l'Arve ; convertir en champs labourables les terrains gagnés sur ces marais et ces rivières.

2° Abattre les arbres de haute futaie qui se trouvent à moins de 50 mètres des habitations, et dériver une source de bonne eau potable pour la conduire dans tout village dont les eaux sont chimiquement reconnues malsaines.

3° Empêcher l'érection de nouveaux villages ou maisons dans les localités tenues pour malsaines, obliger les propriétaires qui bâtissent à ouvrir de larges fenêtres et à élever le rez-de-chaussée au-dessus du sol ; fixer le lieu d'érection pour l'édification de nouveaux villages en tenant compte des conditions reconnues favorables, telles qu'élévation au-dessus de la vallée, exposition au soleil et au vent ; exiger que les rues des villages soient pavées et que les tas de fumier soient éloignés des habitations ; enfin, soumettre les habitants à des règles de propreté.

4° Établir une taxe forte sur les spiritueux et abaisser le prix du sel ; favoriser la vente à bon marché de la viande et des denrées alimentaires suffisamment réparatrices.

5° Favoriser le commerce et l'industrie dans les vallées infectées, y ouvrir de larges voies de communication de manière à accroître les occasions de croisements de races entre les habitants des plaines et ceux des vallées infectées.

6° Empêcher les mariages non-seulement entre les familles qui produisent les crétins, mais aussi entre les sujets rachitiques et scrofuleux d'une même vallée ; encourager les mères à aller pour le temps de leur grossesse et faire leurs couches au-dessus de la vallée, et instituer des primes d'encouragement pour les mères les plus soigneuses de leur progéniture ; enfin introduire l'usage des exercices corporels parmi les enfants et même les adultes.

7° Dans le but de surveiller l'exécution de ces diverses mesures créées dans chaque province, mandement ou commune, une junte ou commission chargée d'appliquer les divers règlements hygiéniques précédents, et peut-être de fonder et diriger un établissement provincial pour le traitement des enfants prédisposés au crétinisme à l'instar de celui de l'Abendberg.

Il est fort probable qu'en réalisant dans chaque vallée infectée une partie seulement des mesures qui viennent d'être indiquées, et veillant avec persévérance à leur bonne exécution pendant une série suffisante d'années, on arriverait à y éteindre le crétinisme et peut-être même la formation des gros goîtres ; car il paraît ressortir assez nettement de l'enquête qu'il faut la réunion d'un certain nombre de causes pour que le crétinisme s'établisse. Sous ce rapport, la comparaison entre la vallée de Challant, qui est très-infectée de goîtreux et de crétins, et la vallée de Gressonnet, où ces deux infirmités sont inconnues, est précieuse. Les deux vallées descendent toutes deux du Mont-Rose, dans la même direction, ont la même forme, la même végétation, la même eau potable, la même profondeur et largeur, la même nature de sol ; mais les conditions hygiéniques diffèrent entièrement. Dans la vallée de Gressonnet la population est industrieuse, soigneuse de sa progéniture ; les maisons sont propres, parquetées de bois au rez-de-chaussée, éclairées par de larges fenêtres ; les habitants sont aisés, se nourrissent bien tout en étant tempérants, etc., tandis que dans la vallée de Challant tout s'y passe inversement.

Pour juger équitablement le rapport dont je viens de tracer une esquisse substantielle, il faut tenir compte des matériaux sur lesquels il repose.

On trouvera peut-être que sur plusieurs points les résultats n'en sont pas assez clairs et précis ; là où on aurait désiré les proportions exprimées en

chiffres, on ne trouve souvent que des impressions générales. La faute en est, non à la commission, mais à l'imperfection des documents sur lesquels elle a travaillé, et surtout à leur non-identité de forme. Comme on l'a vu, la plupart des médecins du royaume, au lieu de se borner à répondre strictement, et pour leur seule localité, aux questions de l'enquête, ont cru faire merveille en déduisant de leurs impressions ou de leur expérience locale, des mémoires complets sur la matière. Il est résulté pour la commission ce même embarras où se trouverait un architecte qui, après avoir conçu son plan et commandé aux ouvriers de tailler les différentes pierres nécessaires pour l'édification de son monument, recevrait, au lieu de ses pierres fidèlement taillées sur ses directions, une collection de petits monuments chacun conçu d'après un plan particulier. Je ne vous reproche pas de m'envoyer vos monuments dès que vous y tenez, je les garde, et peut-être me fourniront-ils des données utiles, dira l'architecte, mais, avant tout, donnez-moi donc mes pierres sans lesquelles ma construction ne peut pas s'exécuter. Sous ce rapport, MM. les curés, consultés sur les points plus élémentaires qui étaient de leur compétence, se sont mieux renfermés dans les limites des questions qui leur étaient posées, et ont par cela même fourni des matériaux plus comparables; aussi est-ce à eux et aux employés de l'administration que la commission est redevable de la plupart des données statistiques qu'elle a pu déduire.

Quoi qu'il en soit de ces imperfections qu'on retrouverait en tout pays avec beaucoup d'autres, en y faisant une enquête de ce genre, et que l'habitude d'un prêtre, toujours mieux dirigée, atténuera de plus en plus, il faut reconnaître que le travail dont je viens de rendre compte est un monument qui fait un grand honneur au gouvernement sarde, qui en a conçu la pensée, et en a voulu et libéralement soutenu l'exécution ; aux membres de la commission qui ont dirigé et résumé cette enquête avec science, labeur, et un grand discernement ; enfin au corps médical des États sardes et aux divers employés civils et religieux, qui ont rivalisé de zèle et de bon vouloir pour fournir leur part à cette œuvre à la fois scientifique et philanthropique.

Depuis moins de dix ans, les hommes éminents qui composent la commission supérieure de statistique du royaume de Sardaigne (hommes parmi lesquels je crois devoir citer particulièrement : l'infatigable chevalier Boviano, médecin en chef de l'armée, statisticien dont le nom est connu par ses nombreux et excellents travaux ; le professeur Giulio ; le chevalier Despine, inspecteur des mines ; le laborieux docteur Teissier, dont la vie a succombé naguère aux travaux excessifs que son amour des recherches statistiques lui avait fait entreprendre, et quelques autres que je ne cite pas faute de place), depuis moins de dix ans, dis-je, cette commission a publié un travail considérable sur le recensement du royaume, puis un gros volume sur le mouvement de la population sarde, puis (quelques-uns de ses membres érigés en commission spéciale) l'enquête dont je viens de rendre compte; enfin tout dernièrement une statistique médicale des États sardes en deux gros volumes in-4°, dont un seul a paru et l'autre est sous presse.

Il faut avouer que pour un petit royaume aussi agité par les crises politiques, et douloureusement éprouvé par la guerre que vient de l'être la Sardaigne, une pareille activité statistique est prodigieuse. Ce serait déjà beaucoup d'avoir mené à bonne fin de pareils travaux en des temps prospères. Qu'il soit permis à un Genevois qui aime la France comme on aime sa patrie d'origine, de dire ici, non dans un esprit de dénigrement, mais avec le désir de provoquer une noble émulation, que la France, quoique mieux placée que le Piémont par ses ressources de toute espèce et ses lumières de tout genre, n'en a pas fait autant durant les longues années de la dynastie de juillet! Les enquêtes de statistique médicale faites sur l'ensemble du territoire sont inconnues en France; la nation qui, d'ordinaire, a l'initiative du progrès et de la civilisation, s'est laissé précéder sur ce point par l'Angleterre, qui, depuis douze ans, s'est mise en mesure de signaler l'accident ou la maladie qui cause chacun de ses décès; par certains cantons de la Suisse, et en particulier celui de Genève, où l'enregistrement des décès s'accompagne, depuis quatorze ans, de notes nosologiques fournies par tous les praticiens du pays ; par le Piémont, qui se met de plus en plus au niveau de ce genre de progrès. La République fera-t-elle plus et mieux que la monarchie? c'est à désirer. Il semble même qu'il y ait eu quelque bonne intention à cet égard, du moins l'organisation de conseils médicaux départementaux se rattachant à une organisation médico-hygiénique centrale, qui a été promulguée il y a bientôt deux ans dans le MONITEUR, par le ministre de l'agriculture, en serait un indice. Mais il ne suffit pas d'une organisation sur le papier pour que les choses marchent, il faut la réaliser. Or, si je suis bien renseigné, rien n'est fait sous ce rapport, et les conseils départementaux ne se rassembleraient pas et ne seraient même pas encore installés. Et cependant une pareille organisation se rattachant au corps médical entier de chaque département, lequel serait appelé à fournir des renseignements sur les maladies et les causes des décès, pourrait seule concourir à la solution d'une foule de questions qui touchent à l'étiologie des maladies mortelles, et que des observations médicales recueillies dans l'enceinte limitée d'un hôpital sont inhabiles à fournir. Les lois sur la mortalité des peuples, l'appréciation des causes morbides qui déciment aux différents âges les populations, qui sévissent à certaines saisons sur l'un ou l'autre sexe, l'action et réaction de ces causes et de ces conditions les unes sur les autres, voilà ce que le bilan nosologique complet des décès d'une population entière peut seul fixer. Le gouvernement sarde, convaincu de l'importance de ces recherches, les a confiées à une commission centrale de statistique vers laquelle viennent aboutir des commissions provinciales, et appuyé cette organisation du concours de son administration et de l'assistance de son budget; je souhaite que la République française en fasse autant.

— DE LA MORTALITÉ DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE CHARITÉ A LONDRES. — Ces établissements contenaient, le 31 mars 1850, 40,783 personnes, ainsi réparties : 3,579 dans les hospices militaires; 670 dans les hôpitaux militaires; 23,972 dans les maisons communes de travail et dans les asiles des pauvres ; 3,067 dans les hôpitaux ordinaires ; 3,849 dans les hospices affectés aux maladies mentales ; 3,435 dans les prisons, ce qui donne la proportion suivante relativement à la population totale de Londres : un trente-troisième de la population dans les *maisons de travail* (*work-houses*), un neuf-cent-vingt-sixième dans les hôpitaux, un cinq-cent-soixante-dix-huitième atteint de maladie mentale, un quatre-cent-dixième dans les prisons.

La mortalité est loin de suivre une proportion correspondante dans les différents groupes de population. Sur 13,219 morts enregistrées à Londres dans le premier trimestre 1850, 2,363 décès ont eu lieu dans les institutions publiques et établissements de charité que nous venons de citer, ce qui fait la dix-huitième partie du chiffre total de la mortalité. Si ces proportions se maintiennent, il s'ensuivra que la cinquième ou la sixième partie de la population succombe dans des établissements publics : le dixième dans les maisons de travail, le vingt et unième dans les hôpitaux, le cent-deuxième dans les hospices d'aliénés.

Après avoir longtemps lutté contre la misère, la faiblesse, la maladie, un grand nombre de pauvres se décident à entrer dans les hôpitaux et dans les maisons de travail. Il en résulte une élévation considérable du chiffre de la mortalité dans ces établissements. Il y a des districts en Angleterre dans lesquels la mortalité ne s'élève pas annuellement au delà de 17 sur 1,000.

Le chiffre moyen de la mortalité annuelle, pour toute l'Angleterre, est de 22 sur 1,000; à Londres il est de 24 ou 25 sur 1,000; dans les établissements publics, il est de 230 sur 1,000.

FLORENCE. — Le ministre de la guerre, comte de Langier, vient d'ordonner la création d'une infirmerie militaire toscane dans l'hôpital autrichien de Cestello. Cette infirmerie sera affectée au traitement des malades atteints d'ophthalmie. Tous les chirurgiens italiens de la garnison seront appelés alternativement à traiter les ophthalmies, sous la direction des chirurgiens allemands attachés à l'armée autrichienne.

L'ordre du jour du ministre à ce sujet contient, en termes explicites, un blâme sévère pour la manière dont ces affections sont traitées dans l'armée toscane. Nous n'avons pas besoin d'ajouter de commentaires. La GAZETTE TOSCANE DES SCIENCES MÉDICO-PHYSIQUES, qui blâme courageusement cette mesure, contient un article sous le titre suivant : « Injonction faite par le ministre de la » guerre, aux chirurgiens militaires toscans, d'aller pratiquer, à l'hôpital de » Cestello, pour y apprendre à traiter les ophthalmies par le nitrate d'argent. »

Ce fait est un exemple de plus à ajouter à tous ceux que nous connaissons sur les égards, les ménagements et les vues élevées avec lesquels notre profession est traitée dans certaines régions du pouvoir.

— MORT CAUSÉE PAR LE CHLOROFORME. — Un exemple de mort occasionnée par l'usage imprudent du chloroforme nous est rapporté par les journaux anglais. La victime est un jeune homme, J. Smidt, âgé de 22 ans, qu'on a trouvé mort dans sa chambre, à Sheffield, il y a quelques jours. Le cadavre était étendu sur le lit; l'une des mains tenait encore, pressé contre la bouche et le nez, un mouchoir imprégné de chloroforme. Il paraît que ce jeune homme avait l'habitude de faire souvent usage de cet agent pour une névralgie dont il était atteint. L'examen du corps démontra une fluidité et une couleur noire anormale du sang ; les cavités droites du cœur se trouvaient distendues ; le foie et les reins fortement congestionnés.

Le MEDICAL GAZETTE, auquel nous empruntons ce fait, annonce, mais sans donner aucun détail, et même sous forme de *on dit*, que l'hôpital de Guy venait d'être signalé par un autre cas de mort causé par l'agent anesthésique.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — CONTAGION DU CHOLÉRA. — APPAREILS EN CAOUTCHOUC VULCANISÉ.

Le premier jour où la question de la contagionabilité du choléra est venue devant l'Académie de médecine, nous n'avons pas craint d'affirmer que, du moment où l'on voudrait bien y regarder de près et sans prévention, où l'on observerait au lieu de discourir, les faits finiraient par forcer la conviction des plus incrédules. Nous l'espérons aujourd'hui plus que jamais, si le bon sens et la bonne foi sont de ce monde, comme nous nous garderions d'en douter. L'observation s'étend de jour en jour, la démonstration se complète, et l'on peut déjà s'assurer que la majorité des esprits, surtout parmi les médecins des campagnes, si favorablement placés pour l'étude des épidémies, que la majorité des esprits, naguère si rebelles, se plie maintenant à l'idée de la contagion.

Parmi les médecins qui auront le plus contribué à retourner sur ce point l'opinion commune, il faudra compter M. Pellarin. Nos lecteurs savent que, dans une série de communications à l'Académie des sciences et à l'Académie de médecine, il s'est spécialement appliqué à mettre en lumière le mode d'origine, l'origine infectieuse, et le mode de propagation, la propagation contagieuse, du choléra; deux modes qui, supposant également un miasme morbifère et l'air pour véhicule, se résolvent conséquemment, comme il le montre très-bien, en un seul, qui est l'infection, avec cette différence que le miasme générateur du choléra, le miasme épidémique, émane de détritus végétaux et animaux, et que le miasme de la contagion, le contage proprement dit, émane du corps des individus atteints de choléra. Or ces communications renferment des documents précieux à l'appui de la contagion; et c'est encore à cette question qu'était particulièrement consacré le travail lu mardi dernier à l'Académie de médecine.

Les anticontagionistes font à leurs adversaires la partie assez difficile. Ils exigent des observations qu'on leur oppose des conditions si rares qu'il faut quelque bonheur pour les rencontrer. Nous sommes loin de nous en plaindre. Plus ils y mettront d'exigences, et plus, ces exigences satisfaites, la démonstration sera péremptoire. Le choléra pénètre dans un pays par des ports de mer qui reçoivent journellement des navires venus de pays infectés. Montrez-nous, dit-on, la filière de la transmission; quel individu a donné le mal, quel l'a reçu? Si vous ne pouvez le dire, nous nions la contagion. Un sujet bien portant, habitant une localité saine, se transporte à quelques kilomètres, auprès d'un parent ou d'un ami atteint du choléra. Il est frappé à son tour, dans la chambre même du malade. Ce n'est pas encore une preuve de contagion; car l'individu sain est venu se soumettre à l'influence épidémique, qui a pu agir sur lui comme sur son parent. Et ainsi, on accumule les difficultés, espérant y abriter une opinion battue en brèche. Soit. Ne tenons pour le moment aucun compte de ces faits, dont M. Pellarin cite un assez grand nombre. Mais voici un ensemble de conditions qui, s'il pouvait se rencontrer, serait de force à défier toutes les arguties. Supposons que, au lieu que ce soit, comme tout à l'heure, l'individu bien portant qui aille trouver le malade, ce soit au contraire le malade qui aille, dans une localité saine, se mettre en communication avec un individu sain, et que celui-ci soit pris de la même maladie. Que répondre à cela? Il n'y a pas ici d'influence épidémique à invoquer. Le sujet infecté n'a pu transporter que ce qu'il avait avec lui, en lui, à savoir une maladie isolée; et si l'autre l'a prise aussitôt, c'est qu'on la lui a transmise. Arrivée à ce point, la question, nous le répétons, serait jugée. Mais non, on tient encore une objection en réserve. C'est le hasard qui a fait coïncider la rencontre de l'homme malade et de l'homme sain avec le développement du mal chez le second; l'influence épidémique a envahi la localité jusque-là exceptée, juste au moment où le cholérique y est venu. Très-bien pour une fois; pour une seconde, ce serait déjà difficile à admettre; pour une troisième, une dixième, une vingtième, c'est absolument impossible. Et puis, la singulière influence épidémique, celle qui, le plus souvent, s'étend à un, deux ou trois individus, et uniquement à ceux qui ont vécu dans une atmosphère cholérique!

Or, ce que nous venons de présenter comme une supposition s'est réalisé de la manière la plus positive, et le mémoire de M. Pellarin en offre cinq ou six exemples. L'espace nous manquerait pour les raconter avec détails; mais voici du moins les principales circonstances de quelques-uns d'entre eux. Depuis la seconde quinzaine de mai jusqu'à la mi-septembre, il n'y avait pas eu de traces de choléra dans la petite ville de Pontrieux (Côtes-du-Nord); le 18 de ce dernier mois, le sloop *l'Isidore*, venant de Saint-Malo, débarque au quai de Pontrieux un matelot atteint de choléra, et qui meurt presque immédiatement; peu de jours après, un ouvrier travaillant au port, *qui avait transporté le matelot dans ses bras*, est attaqué de la même maladie, à laquelle il succombe. Un peu plus tard, c'est le tour d'une femme récemment accouchée, et enfin le choléra s'établit à l'état épidémique dans Pontrieux, mais en sévissant surtout aux environs du port. Autre exemple. Dans les premiers jours de novembre, un cultivateur de la commune de Plouisy, près Guingamp, demeurant au village de Bois-Geffroy, est pris de choléra à son retour de la ville de Pontrieux, alors en proie à l'épidémie: il succombe dans les vingt-quatre heures. Sa femme le suit presque aussitôt dans la tombe. Une voisine qui les a visités est frappée à son tour, puis son frère, puis la femme de celui-ci, puis une journalière qui avait veillé l'un d'eux et lavé les hardes, puis la sœur de cette journalière, qui l'avait soignée et avait partagé son linge avec les héritiers. Et chose remarquable, à côté de ce foyer si actif, aucun cas parmi les habitants qui n'avaient pas approché les malades, non plus que dans la commune de Plouisy. M. Pellarin rapporte encore un exemple du même genre, observé dans le Finistère. L'importation n'a pas été moins évidente; six cas se sont déclarés, tous chez des individus qui avaient eu des communications prolongées avec de précédents malades; pas un seul cas hors de cette condition.

Des faits de ce genre, recueillis avec cette précision, peuvent se passer de tout commentaire.

— Une autre communication, non moins intéressante, a eu lieu dans la même séance. M. le docteur Gariel a montré à l'Académie les principales applications qu'il est parvenu à faire jusqu'ici du caoutchouc vulcanisé à la pratique chirurgicale. Nous connaissons personnellement l'ingénieuse habileté avec laquelle M. Gariel a su manier ce nouveau produit, et l'expérience, assez étendue déjà, que nous avons de ses appareils et instruments nous permet de croire qu'ils s'adaptent convenablement au but qu'ils sont destinés à remplir. Ceux qu'il a présentés mardi à l'Académie sont spécialement affectés au traitement des maladies des voies génito-urinaires chez la

---

Feuilleton.

CHRONIQUE MÉDICALE.

La loi sur la presse. Mauvais calculs, mauvais résultats. — Signerons-nous ou ne signerons-nous pas? — Tranquillité de la GAZETTE. — Le conseil de l'instruction publique et le conseil d'État. — Vacance de M. de Blainville à la Sorbonne. Intervention de M. le doyen de la Faculté de médecine. — Nomination de M. Larrey à l'Académie de médecine. — Un *à-propos*. — Congratulation. — La médecine en Californie. — Une histoire lugubre.

Ainsi le ministère se gaussait de nous! Ainsi, sous prétexte de réprimer les envahissements du socialisme et de la démagogie, il poursuivait un but étroit, mesquin, sournois, de fiscalité! Ainsi, en même temps qu'il s'efforçait de chasser du temple politique les marchands d'idées et de périodes — de périodes plus que d'idées — il s'appliquait à encombrer d'obstacles les abords du seul sanctuaire qui pût offrir un refuge à leur activité aussi bien qu'à leur profession, le sanctuaire des idées spéculatives, du culte intellectuel, du beau, du bon et de l'utile; le sanctuaire des saines régions, où pénètre à peine l'écho affaibli des rumeurs populaires, où le sage s'enferme et médite tranquillement, au sein même de la ville assiégée, jusqu'à ce qu'un quartier de roche ou le poignard d'un barbare vienne l'avertir du danger; le sanctuaire enfin de la science et des beaux-arts. Suivant un document émané de la Société des gens de lettres, il s'imprime, à Paris seulement, près de trois cents journaux ou écrits périodiques, étrangers aux matières politiques ou sociales, et qui forment plus de vingt mille feuilles par an. Or un grand nombre de ces publications, sur la foi du décret du 4 mars 1848, se sont formées dans des conditions telles que le rétablissement du timbre ne leur permettra plus de subsister; d'autres, plus anciennes, après avoir cru pouvoir abaisser leur prix d'abonnement, seront obligées de le relever, circonstance souvent préjudiciable aux entreprises de cette nature. Que ces inconvénients, quelque graves qu'ils soient, n'arrêtent pas dans les mesures qui concernent la presse politique, on le conçoit; on veut couper à la racine ce qu'on croit un mal; il faut vouloir le moyen. Mais personne apparemment ne hait la science et la littérature non politique; nous parlons de la littérature honnête; et quant à celle qui ne l'est pas, la loi est armée ou peut s'armer contre elle. Dès lors, quelle plus criante injustice que de ruiner des entreprises inoffensives auxquelles le gouvernement a lui-même donné l'essor? Et, pour revenir à notre point, quel danger dans une pareille perturbation? L'épée d'Achille s'ennuyait parfois, dit-on, dans son fourreau. Savez-vous quelque chose de plus disposé à s'ennuyer et de plus mal inspiré dans ces moments-là? C'est une plume oisive. Si elle ne trouve pas facilement, dans une littérature courante, le moyen de s'escrimer contre Minerve, Clio, Melpomène ou n'importe quelle déesse de la même famille, soyez sûr qu'elle saura toujours bien, à tra-

femme. Ce sont, suivant les expressions mêmes du mémoire, des appareils à contention, à dilatation, hémostatiques, enfin un instrument destiné à projeter des poudres médicamenteuses et auquel l'auteur a donné le nom de *pyxide*, par analogie de forme avec le fruit de certains solanées, particulièrement de la jusquiame. Ces divers appareils n'eussent pu être réalisés avec le caoutchouc ordinaire, car leur principe est tout entier fondé et ils tirent tous leurs avantages de l'élasticité extrême et de la grande solidité du tissu. Ainsi le caoutchouc vulcanisé a permis de confectionner des pessaires, analogues à des pelotes à air, qui s'introduisent vides et pliés dans le vagin, qu'on enfle sur place au moyen d'un tube muni d'un bouchon à vis, et qu'on désenfle à volonté. Une femme peut ainsi introduire et ôter elle-même son pessaire : l'enlever, par exemple, le soir et le remettre en se levant. Ajoutez que les pessaires en caoutchouc vulcanisé présentent un plan mollet qui les rend très-faciles à supporter. Que si l'on préfère un suspensoir périnéal, rien n'est plus simple et plus facile. Une bande de caoutchouc munie à chaque extrémité de deux boutonnières destinées à la fixer en avant et en arrière, soit au corset, soit à une ceinture, porte vers la partie correspondante au périnée, au lieu de la pelote ordinaire, une poche oblongue qu'on remplit d'air ou qu'on vide par le même mécanisme que pour les pessaires. Le seul instrument de dilatation présenté par M. Gariel consiste en une sonde à renflement dont le sac terminal s'introduit vide dans les cavités qu'il s'agit d'agrandir et est ensuite dilaté par insufflation jusqu'au degré convenable. Imaginée pour les cas de rétrécissement du vagin, on comprend que cette sonde pourrait trouver beaucoup d'autres applications. Signalons encore la pelote à tamponnement, destinée à arrêter les hémorrhagies utérines. Elle est formée d'une poche assez mince, très-élastique par conséquent et susceptible d'une grande dilatation, laquelle, insufflée dans le vagin par l'intermédiaire d'un tube qu'elle porte, se dilate, se moule sur la cavité vaginale et met obstacle à la sortie du sang. Quant à la pyxide, qu'on se figure un petit sac, de forme ovalaire allongée, monté sur un tube un peu rigide, par exemple, sur une sonde ordinaire. L'extrémité libre du sac est repliée sur elle-même, invaginée à la manière d'un doigt de gant, de manière à former une cavité qu'on remplit d'une poudre médicamenteuse. En soufflant alors dans le tube, on repousse la portion invaginée, le sac se déplie brusquement et projette la poudre avec une certaine force.

N'oublions pas d'ajouter que, pour introduire l'air dans ces différents instruments, M. Gariel a imaginé, pour remplacer la bouche, un appareil dit *insufflateur* et qui n'est autre qu'une poche dont le goulot est muni d'un robinet.

Ces exemples sont suffisants pour faire pressentir les variétés d'applications auxquelles les besoins de l'art condniront nécessairement. Nous ne doutons pas que M. Gariel ne soit à même d'y satisfaire à mesure qu'ils se présenteront. Il y a là, si nous ne nous trompons, une mine susceptible d'offrir de très-utiles ressources à la pratique chirurgicale.

MALADIES DES NOUVEAU-NÉS.

RÉFLEXIONS SUR LA FIÈVRE INTERMITTENTE SIMPLE, CHEZ LES ENFANTS NOUVEAU-NÉS ET A LA MAMELLE; par M. le docteur GUIET, ancien interne des hôpitaux de Paris, membre de la Société anatomique et de la Société médicale de la Sarthe.

Il semble que tout ait été dit sur la fièvre intermittente. C'est une de ces maladies que le praticien aime à rencontrer sur sa route; car, quand il s'est bien assuré de sa nature, il a tout près une panacée infaillible à lui opposer. Il promet d'avance à son malade la curation de sa fièvre, et le fébricitant est tout étonné de voir se réaliser si juste les promesses de la médecine. Plût à Dieu qu'il en fût ainsi dans toutes les maladies ! la médecine serait plus honorée qu'elle ne l'est.

Dans certaines localités, ou bien à maintes époques, par suite de constitutions atmosphériques encore mal déterminées, le principe intermittent semble apposer son cachet caractéristique sur tous les états morbides. Alors la thérapeutique est bien simple, bien empirique : le quinquina sort de toutes les officines. Cependant, malgré ces occasions si fréquentes d'observer la fièvre intermittente, la seule dont l'étude approfondie puisse nous donner une théorie satisfaisante des fièvres, peu de travaux sérieux et véritablement pratiques se produisent sur cette maladie.

On se croit obligé, par exemple, d'éclairer la science sur la *fièvre typhoïde*, cette entité morbide, sur laquelle on disputera longtemps sans pouvoir s'entendre, parce que personne ne la comprend de la même manière, et qu'on s'obstine à faire rentrer dans un même type des états pathologiques essentiellement différents, qui devraient être séparés en théorie. C'est ce qu'on ne veut pas faire encore ; car après avoir tant ridiculisé la nosologie de Pinel, il serait dérisoire de reconnaître, quoiqu'un peu tard, que si, dans les fièvres, ce grand maître avait exagéré les divisions, il était cependant dans le vrai en en admettant de différentes espèces.

L'esprit de l'homme ne procède jamais autrement. Au lieu de tenir un compte sage de l'expérience du passé, il le secoue trop souvent comme un linceul. Il s'adresse, en enthousiaste, à une idée nouvelle, qu'il croit la seule vraie, la seule capable de le diriger dans ces inexplicables phénomènes dont l'organisation humaine nous offre de trop fréquents exemples. L'attrait du génie et la puissance du style entraînent presque malgré elle toute une génération ardente. Bientôt une *réaction* indispensable s'établit, et l'on s'aperçoit que ce ne sont pas les révolutions qui avancent le plus la science, mais que c'est par une action lente et réfléchie que l'on obéit à cette loi du progrès, qui est la plus belle prérogative de l'humanité.

J'en appelle aux praticiens, et surtout aux praticiens de province. Ceux-là savent mieux que personne combien ils rencontrent tous les jours d'états fébriles qu'on peut appeler essentiels (j'en demande bien pardon à l'école anatomique), en ce sens du moins qu'ils ne se rattachent à aucune lésion locale appréciable, et combien ils sont inhabiles, malgré la meilleure volonté du monde, à les faire rentrer sous le joug de la dothinentérie. Disons-le franchement : il n'est pas un jeune médecin qui, appelé sur le terrain de

---

vers les entraves les mieux combinées, se retourner contre le gouvernement et la société. Et quand, au pis-aller, on parviendrait à lui enlever tout exercice, on n'aurait pas gagné grand'chose, on aurait même perdu. De la plume impuissante, la révolte remonterait à la tête pour se déchaîner ensuite d'autre manière et par d'autres voies.

Après tout, ce ne sont guère là nos affaires, et vraiment la CHRONIQUE s'admire de prétendre à des visées si hautes. Bien que la médecine fournisse de temps à autre d'intrépides recrues à l'armée socialiste, ce n'est pas elle qui donne généralement asile aux soldats congédiés. Nous ne savons d'ailleurs si l'obligation du timbre pèsera, jusqu'à la ruine, sur beaucoup de journaux de médecine; mais, en ce qui touche la presse médicale, et, plus généralement, la presse scientifique, la question est plus élevée. Ici, pas le plus léger prétexte de dommage public. Qu'on dénonce la littérature ou les arts comme des instruments perfides, mobiles, malléables, habiles à se transformer, afin de pouvoir porter, sans péril pour elle, des coups détournés à la morale ou à la religion ; c'est à la littérature et aux arts à s'en défendre. Mais la médecine! Est-ce que la médecine est ennemie de quelqu'un ou de quelque chose? Ne peut-elle percuter la poitrine d'un phthisique sans ébranler l'ordre social, et l'accusera-t-on d'être sanguinaire, parce qu'elle invente des sangsues mécaniques? Les autres sciences ne sont pas plus coupables. Ce n'est certes pas dans la lune, quoi qu'on en ait dit, que l'astronomie a pris les idées démocratiques que nous avons vues briller au gouvernement provisoire ; le TRAITÉ DE PHYSIQUE de l'ex-directeur du Conservatoire ne contient aucune théorie sur la manière d'accueillir les représentants insurgés ; et le ministre actuel de l'agriculture et du commerce est là pour dire qu'il n'y a aucune analogie entre l'alchimie des doctrines démagogiques et celle de la Sorbonne. Que fait donc la loi en frappant du timbre les journaux scientifiques? Elle impose la pensée, la pensée dans ce qu'elle a de plus inoffensif, bien plus, dans ce qu'elle a de plus utile, de plus élevé et de plus respectable ; elle attache un plomb au progrès comme à une marchandise prohibée, afin que personne ne puisse en jouir que sous les conditions du tarif. Elle affame pour ainsi dire l'intelligence de tous, en empêchant de circuler en franchise le produit des intelligences particulières. Ceux qui savent l'influence qu'exerce sur la quantité des abonnements une légère différence de prix ne trouveront rien d'exagéré dans ces remarques. Oui, la loi est de nature à enrayer le progrès ; mais elle grossira le trésor. A la bonne heure! Voilà le fin mot de la question. Le trésor en est réduit à frapper monnaie avec tout ce qui lui tombe sous la main, avec la pensée impalpable comme avec le bétail ; soit, mais pourquoi ne l'avoir pas dit tout de suite, et avoir laissé croire, même aux savants, même aux littérateurs, même aux artistes, qu'il ne s'agissait que d'une mesure de salut public? Or, si l'on a dit vrai, le salut de l'État était donc attaché au timbre de nos journaux? C'est une importance que nous ne leur croyions pas.

Il est encore un point sur lequel nous serions bien aises d'être renseignés. Les journaux de médecine seront-ils astreints à la signature des articles où seront appréciés les opinions scientifiques d'écrivains nommés ou désignés et les actes administratifs intéressant la médecine. Par exemple, l'auteur d'une analyse bibliographique ou d'une revue des journaux sera-t-il tenu, sous peine d'amende, de signer qu'il n'attribue pas au bruit de frottement entendu le jour de la Saint-Sylvestre, à huit heures du matin, dans la poitrine du nommé Pierre, couché au

la pratique commune, ne soit obligé de modifier les idées qu'il a puisées dans la pratique des hôpitaux de Paris. Là, en effet, on ne voit que la fièvre typboïde; on a la ressource de la fièvre légère, grave, muqueuse, bilieuse ou inflammatoire, ataxique ou dynamique, etc. Avec tout cet attirail, on serait bien maladroit si l'on ne faisait pas rentrer toutes les pyrexies dans la fièvre entéro-mésentérique, qui est la gangue commune de toutes les autres. Rien de si beau que l'unité pour l'esprit systématique!...

Mais si peu qu'on veuille ouvrir les yeux à la lumière, on ne tarde pas à reconnaître qu'il est parfois nécessaire de se débarrasser du lourd bagage scientifique dont on a fait ample provision dans ses études. Tout d'abord on accuse son incapacité naturelle, son défaut d'aptitude; puis plus tard on voit que la nature sait varier à l'infini ses types pathologiques en fièvre comme partout ailleurs. La question des fièvres est, à mon avis, tout entière à refaire au point de vue pratique, et il serait temps enfin que de véritables observateurs songeassent à secouer le joug de cette fièvre typhoïde, qui prétend à elle seule envahir tout le domaine pyrétologique.

J'ai dû faire ces réflexions, car moi, dans ma pratique, je rencontre tous les jours des états fébriles que je ne sais comment caractériser, parce que, dans mes études, on m'a borné la vue avec la fièvre typhoïde. Je me trouve continuellement *dans l'humiliante obligation, pour un moderne*, de recourir aux anciens nosologistes pour avoir une idée satisfaisante de certaines fièvres, qui sont muqueuses, bilieuses, nerveuses, ataxiques, cérébrales, biosiques même, etc., etc., sans avoir le moindre génie typhoïde. Je ne comprends pas comment on ne proteste pas tous les jours contre un pareil monopole, aussi nuisible à la santé qu'à l'humanité.

Ceci dit, je reviens à la fièvre intermittente, et je m'étonne de l'espèce d'indifférence qui s'est emparée des médecins à propos de cette fièvre. Que si par hasard quelques travaux éclosent sur cette maladie, c'est presque toujours sur la thérapeutique, c'est-à-dire sur la partie la mieux connue, qu'ils roulent.

Désolés des récidives si fréquentes que présente cette affection et de son opiniâtre ténacité dans quelques circonstances, la plupart des médecins ont essayé de trouver au quinquina un succédané qui pût lutter avec avantage contre ces récidives. C'est ainsi que la salicine, l'acide arsénieux, le liniment térébenthiné, etc., ont été tour à tour préconisés. Je ne blâme en aucune façon ces tendances, d'autant mieux que le quinquina, dans ces derniers temps, est arrivé à un prix exorbitant; mais pour moi, qui crois à l'efficacité complète du quinquina, quand il est bien administré et que la fièvre ne vient point compliquer un état organique latent, je pense que, pour juger en dernier ressort la question des récidives, question si importante, il faut, avant tout, étudier avec le plus grand soin les conditions étiologiques dans lesquelles naît cette fièvre, soit qu'elle soit sporadique, soit, au contraire, qu'elle règne épidémiquement.

Cette étude est sans contredit la seule qui puisse mener à la solution du problème. Le quinquina guérit à coup sûr; mais si les causes qui ont produit la fièvre une première fois continuent d'agir sur un organisme déjà frappé, et par conséquent prédisposé, la récidive est inévitable, fatale. — Qui en accusera-t-on? Le quinquina, comme on le fait trop souvent. Accusez-en plutôt l'insuffisance des connaissances médicales, et travaillez à combler une lacune qui nous fera toujours échouer dans le traitement de ces récidives. N'avais-je pas raison de dire, en tête de ce travail, que l'histoire de la fièvre intermittente laissait encore beaucoup à désirer?

Malheureusement une des parties les plus importantes de la pathologie est encore à créer; c'est le mot : je veux parler de l'étiologie. Il faudrait une main puissante et énergique pour porter la lumière dans ce chaos. Honneur donc à la GAZETTE MÉDICALE, qui la première a jeté le cri de réforme, en inscrivant sur sa bannière ces mots significatifs : « Médecine étiologique. » Cette voie féconde fera germer bien des vérités; car sous ce drapeau doivent se ranger toutes les intelligences qui n'ont en vue que les progrès et l'honneur de la médecine.

Ce mémoire a des vues moins ambitieuses : il est basé sur des faits pratiques, simples et observés sans prétention. Plus on se renferme dans l'observation patiente et attentive de la maladie, et plus on a de chances de résoudre le problème le plus difficile à nos yeux, celui de la guérir.

Sous le point de vue de la symptomatologie des maladies de l'enfance, il existe une différence immense dans la manière dont elles se manifestent, soit qu'on observe l'enfant au moment de sa naissance, soit, au contraire, qu'on l'étudie à un âge plus avancé.

« L'enfant nouveau-né, dit M. Gnersant, est si différent de celui qui a atteint 10 à 12 ans qu'il n'y a plus rien de comparable entre eux. Il n'est plus du tout semblable à lui-même : ce sont deux êtres entièrement distincts sous le rapport de l'organisation physique et du développement des facultés intellectuelles. Quand on rapproche ces deux extrêmes de l'enfance, on est admirablement surpris des changements extraordinaires qui s'opèrent si rapidement dans l'intervalle. »

Consultons Hufeland; il nous dit : « On peut appeler le temps qui s'écoule pendant la première année la suite d'une création dont la moitié s'opère dans l'intérieur et l'autre moitié en dehors du sein de la mère. »

Enfin, dans ces derniers temps, un de nos amis, le docteur Bouchut, qui a fait un bon traité des maladies des nouveau-nés, exprime la même idée en ces termes : « L'enfant qui ouvre les yeux à la lumière est un être incomplet, dont l'organisme encore inactif demande à se développer. »

Comme on le voit, ces différents auteurs ont tous été frappés de ce fait physiologique remarquable; c'est que l'organisme de l'enfant, pendant la première année de son existence, diffère essentiellement de celui d'un enfant plus avancé, et à plus forte raison de celui de l'adulte. Cette différence doit nécessairement entraîner des modifications dans la manière dont cet organisme réagit contre les différentes causes de perturbations, et par conséquent dans les manifestations symptomatologiques qui en résultent.

Nous verrons plus tard, à propos de la fièvre intermittente, si l'expérience vient confirmer les données fournies par le raisonnement.

En effet, les causes des maladies sont et doivent être les mêmes pour tous les âges. Si ces maladies diffèrent dans leur symptomatologie, cela tient évidemment à la réaction que l'organisme oppose à ces différentes causes. Ceci explique pourquoi les mêmes causes agissent différemment sur des individus en apparence placés dans les mêmes conditions : c'est que chaque individu réagit à sa manière, et qu'il existe de plus, dans chaque machine, une inconnue que, dans notre ignorance, nous avons pompeusement décorée du nom de prédisposition, et qui fait varier à l'infini le mode de manifestation des maladies.

Cependant les éléments qui doivent constituer plus tard l'homme fait se trouvent chez l'enfant né à l'état rudimentaire, et c'est une étude bien curieuse que de suivre avec attention ces transformations organiques que le nouveau-né subit pour arriver à son développement complet. C'est une étude bien sympathique au médecin surtout pour qui tous ces phénomènes organiques doivent avoir un intérêt réel, car c'est l'étude de l'enfant qui le

---

n° 1 de la salle Saint-Nicolas, la même cause que son confrère M. X.; ou bien qu'il ne partage pas toutes les idées soutennes par M. Z dans son livre sur la duodenite; ou encore qu'il désapprouve la mesure prise par M. le directeur de l'assistance publique au sujet de la nourriture des élèves internes? Cela va vous paraître d'un grotesque monstrueux et impossible. Prenez garde, cependant. Nous vivons dans un temps où rien n'est plus vrai que l'invraisemblable, où c'est surtout l'impossible qui se réalise. Dans cette loi si pleine de conséquences, le titre Ier relatif au cautionnement, et partant dirigé contre les seules publications politiques, contient néanmoins une disposition passablement menaçante pour la presse scientifique, médicale ou autre. Après avoir imposé à tout article de discussion *politique*, *philosophique* ou *religieuse*, l'obligation de la signature, sous peine d'une amende de 500 fr. pour la première contravention et de 1,000 en cas de récidive, la loi ajoute : « Les mêmes dispositions seront applicables à *tous les articles*, quelle que soit leur étendue, publiés dans des feuilles *politiques* ou *non politiques*, dans lesquels seront discutés des *actes* ou *opinions* des citoyens, etc. » Qu'on prenne la chose à la lettre, comme le font assez ordinairement messieurs du parquet, et notre affaire est claire comme de l'eau distillée. Tout au plus pourrions-nous chicaner sur la signification du mot *opinions* qui, lié à celui de *citoyens*, semble indiquer des opinions politiques et exclure les opinions scientifiques. Mais quant à ce qui concerne les *actes* administratifs, nous aurions beau nous débattre, il faudrait signer et parafer.

Que les lecteurs de la GAZETTE MÉDICALE ne s'en inquiètent pas. Avec l'aide de sa troupe vieillie au métier et qui, semblable à un peloton de vétérans, marche comme un seul homme, la GAZETTE se flatte de conserver l'unité de ses doctrines, de son esprit scientifique et de ses vues d'organisation. Si l'innovation redoutée se réalise, ce sera l'avantage des publications sérieuses, mises au service d'idées bien déterminées, de conserver, contre toute tentative de dissolution, l'autorité qui fait leur force et en même temps la force des croyances qu'elles défendent. Nous avons la confiance de n'avoir rien à craindre de ce côté; la discipline des idées a fait la discipline de la rédaction; nous vivons chez nous en association régulière et paisible, *quoique* fraternelle, et s'il ne fallait plus qu'un bout de chanson pour maintenir la troupe au complet, nous leur chanterions celui-ci :

Vous qui vivez dans ces demeures,
Êtes-vous bien? Tenez-vous-y;
Et n'allez pas chercher midi
A quatorze heures.

— Nous venons de nous occuper d'une loi dont le principal mérite ne paraît pas être une parfaite sincérité. En voici une autre, mais en projet et sortie seulement des mains du conseil d'État, qu'on pourrait croire n'avoir pas été inspirée par un ardent amour de la légalité. La nouvelle loi sur l'enseignement range les professeurs de Faculté dans la catégorie des fonctionnaires parmi lesquels devra se recruter la section permanente du conseil de l'instruction publique. Conséquence vulgaire : les fonctions de professeur sont compatibles avec celles de conseiller permanent de l'Université. Conséquence suivant le conseil d'État : les deux ordres de fonctions sont incompatibles. Les interprètes de la loi ont supposé

méoe à la connaissance de l'homme fait; c'est aussi à cette période de la vie qu'il a le plus de chances de combattre ces prédispositions si obscures qu'une observation attentive du sujet peut seule lui faire deviner.

Des considérations qui précèdent, il résulte *à priori* que la cause, quelle qu'elle soit, qui produit la fièvre intermittente, cette maladie si singulière, qui seule possède un spécifique, ne doit pas trouver dans l'organisme de l'enfant le même échn symptomatologique que dans l'organisme de l'adulte, et ce en vertu de cet aphorisme hippocratique :

« *Quæ faciunt in sano actiones sanas, eadem in ægro morbosas.* »

Chez l'adulte, la fièvre intermittente simple se caractérise par trois slades distincts :

1° Le stade de frissou ; celui-ci est caractéristique ;
2° Le stade de chaleur ;
3° Enfin, le stade de sneur.

La fièvre cesse à la suite de ces stades, et cette période constitue l'apyrexie.

Cette apyrexie établit le type de la fièvre. Ainsi une fièvre est quotidienne quand elle reste tous les jours chez l'adulte, c'est la variété la plus rare, et presque toujours sur deux jours il en est un où la fièvre faiblit.

La fièvre tierce est la plus fréquente de toutes ; puis la fièvre quarte.

Ces trois sortes de fièvres présentent des variétés infinies, sur lesquelles il est inutile d'insister : je dirai seulement que dans certaines épidémies ces types se confondent avec la fièvre continue d'une manière toute particulière ; ainsi en 1847 nous avions des hameaux entiers en proie à la fièvre continue. Vnici, entre antres, un fait remarquable et dont j'ai tenu compte dans mes notes.

Sur cinq individus pris les uns après les autres de la fièvre, les deux premiers présentèrent les caractères de la fièvre typhoïde grave. L'un succomba après quinze jours de maladie, l'autre resta malade six semaines; la convalescence s'établit lentement; il guérit en conservant une faiblesse radicale. Le troisième eut une fièvre muqueuse légère. Les deux autres enfin furent pris de fièvre tierce facilement curable par le quinquina.

Y aurait-il, dans certains cas, analogie entre le principe qui produit la fièvre continue et celui d'où émane la fièvre intermittente?

Je n'ai rappelé ces notions vulgaires de la fièvre intermittente simple chez l'adulte que pour l'opposer à ce qu'on sait de la même affection chez l'enfant nouveau-né.

Ce qu'on sait, du reste, de cette maladie au premier âge se réduit à bien peu de chose, et, à l'exception du chapitre que lui a consacré M. Bouchut dans son ouvrage, les auteurs qui ont traité des maladies de l'enfance se sont pour ainsi dire copiés les uns les autres, enregistrant ainsi les observations de leurs devanciers, sans se donner la peine de les soumettre au creuset de l'observation clinique. C'est à peine si l'on a songé à la fièvre intermittente pernicieuse, *qui, peut-être*, enlève beaucoup d'enfants sans qu'on s'en doute. Je dis peut-être, car une seule fois, dans ma pratique, j'ai vu un jeune enfant de deux mois enlevé en douze heures au milieu de la plus florissante santé. Le veille il avait eu un léger mouvement fébrile. La nuit fut bonne. Le lendemain l'enfant s'éveilla gai et bien portant; il prit le sein avec avidité. A midi la fièvre s'empara de lui. Douze heures après, il avait cessé d'exister. *La fièvre seule* (1) l'avait emporté. La quinine administrée le matin eût sans doute empêché une terminaison si funeste.

Chez l'enfant nouveau-né et à la mamelle, ce qui comporte une période de quinze mois environ, la fièvre intermittente varie dans sa symptomatologie, par rapport aux stades et par rapport au type.

Ainsi point de stade de *froid*. C'est à peine si quelques frissons vagues et erratiques traversent le corps de l'enfant; c'est une sorte de concentration. Peut-être est-il moins apte à ressentir cette impression. La physiologie pourrait-elle nous donner la raison de cette différence ?

La période de chaleur est absolue ; elle est même la seule appréciable.

Le stade de sueur, comme celui du froid, est avorté chez le tout jeune enfant; c'est à peine si la peau se revêt d'une très-légère moiteur.

Le type quotidien est le seul qu'on observe à cet âge, tandis que chez l'adulte des rémittences quotidiennes indiquent presque toujours une lésion organique cachée.

De plus, la régularité des accès si remarquable chez l'adulte manque toujours chez l'enfant.

Pour nous résumer, la fièvre intermittente simple se caractérise ainsi chez les jeunes enfants :

Invasion subite;
Type quotidien ;
Irrégularité des accès ;
Absence presque complète des stades de froid et de sueur;
Stade de chaleur exagéré ;
Apyrexie bien manifeste.

Presque toujours voici ce qui se passe. L'enfant qui était fort gai devient tout à coup triste et maussade ; il s'impressionne facilement et la moindre cause attire des larmes; il refuse le sein ou le biberon. Une certaine pâleur se répand sur son visage; ses mains et ses pieds froidissent. Il survient de fréquents bâillements.

Quelquefois au début ce sont des vomissements de matières glaireuses ou bilieuses.

Chez d'autres, c'est un mal de tête violent, et la main du pauvre enfant se porte fréquemment à cette partie.

Parfois c'est un poumon qui se congestionne, et une toux sèche et fatigante, parfois accompagnée de vomissements, marque le début de l'accès.

Dans un cas que nous avons observé, une forte diarrhée survint; bientôt la peau devient brûlante et sèche. Cette chaleur et cette tension se répandent aux muqueuses. La femme du peuple vous décrit cet état en vous disant : *Mon enfant brûle*. L'enfant est abattu, somnolent parfois, agité et pris de convulsions. Cet état dure plus ou moins longtemps ; puis enfin cette tension disparaît, la peau s'assouplit, une légère moiteur y apparaît. Tout rentre dans l'ordre ; l'enfant se calme, il sourit, reprend le sein jusqu'à ce qu'un nouvel accès vienne reproduire de semblables phénomènes.

Voilà en peu de mots la description d'un accès de fièvre intermittente

(1) Je me sers du mot fièvre exprès : les bons praticiens me comprendront. Le grand écueil des médecins de province (aux yeux des organiciens de Paris), c'est de ne pouvoir faire d'autopsie ; presque toujours les lésions locales leur échappent. Est-ce un mal ? et n'arrivent-ils pas par cette ignorance même à une idée plus philosophique de la maladie?

---

qu'elle n'avait entendu qu'autoriser la substitution d'une fonction à une autre et non le cumul de deux fonctions, comme s'il était admissible que dans une loi si longtemps, si âprement débattue, que les parties s'arrachaient pour ainsi dire pièce à pièce, si le principe de l'incompatibilité eût paru bon, on ne l'eût pas consacré par un texte formel.

La mesure projetée est donc d'une légalité plus que douteuse. Nous ajoutons qu'elle aurait de fâcheux résultats, en éloignant du conseil presque toutes les forces vives de la science et de l'enseignement. C'est imposer aux professeurs de Faculté une dure alternative que de leur donner le choix, ou d'un adieu à leur cours, au théâtre de leur gloire et de leurs succès, à ce qui perpétue le retentissement de leur nom, à ce qui entretient en eux, *in præcordiis*, l'ardeur du travail, la passion de la découverte, ou d'une muette expédition des affaires dans la salle ignorée d'un conseil. Il nous semble que peu de professeurs hésiteront ; et s'ils restent fidèles à leurs facultés le conseil se trouvera, du même coup, privé des plus hautes lumières de la science ; car ce sont eux, ce sont les professeurs qui peuplent en grande partie ces corps savants où le conseil espérait se recruter. Il faudra donc s'adresser surtout aux recteurs et aux inspecteurs généraux. Et ainsi ce sont les fonctionnaires de second ordre qui auront la haute main dans les questions les plus ardues de l'enseignement ; ce sont les fonctionnaires que la faveur ministérielle peut encore tenter qui auront le devoir de défendre l'enseignement contre les empiètements ou les vicieuses tendances du pouvoir. Tout cela en l'honneur de mots sonores, *verba et voces*, l'égalité, la fraternité, et d'autres mots en *té* dont nous sommes, pour le moment, fort entêtés.

Le projet a, il est vrai, l'attention de sauvegarder le principe de non-rétroactivité, mais, *nota benè*, seulement en ce qui concerne les fonctions et non quant au traitement. En termes clairs, les professeurs de Faculté, actuellement membres de la section permanente, pourront continuer à occuper leurs chaires, mais sans palper les émoluments y attachés. C'est traiter un peu durement d'anciens services, rendus libéralement, il est vrai, et sans compter, mais enfin rendus et acceptés à des conditions déterminées, qui ont pu attirer le fonctionnaire et le détourner de directions plus profitables. Que l'État ait le droit strict de rompre le contrat, nous ne le nions pas, mais nous regretterions qu'il en usât. Au surplus, si le projet aboutit, les professeurs, privés de leur traitement, mais laissés en possession de leurs chaires, auront encore conservé la meilleure part de leur position. Ce sera un sujet de consolation qui suffira, nous le croyons, à beaucoup d'entre eux.

— A propos du conseil de l'instruction publique, on parle d'un succès obtenu, dans l'une des dernières séances, par le doyen actuel de la Faculté de médecine qui, provisoirement, à la barbe du conseil d'État, prend part aux délibérations. On sait qu'une chaire d'anatomie comparée est vacante à la Sorbonne par le décès de M. de Blainville. La Sorbonne a présenté deux candidats parmi lesquels, mais en seconde ligne seulement, l'honorable M. Geoffroy Saint-Hilaire. Cette affaire étant venue devant le conseil, M. le doyen aurait plaidé si chaleureusement et si dextrement la cause de l'auteur du TRAITÉ DE TÉRATOLOGIE qu'il aurait entièrement retourné la chance en sa faveur, à ce point qu'il lui aurait gagné les trois quarts des voix. L'insinuant doyen est bien capable de ce tour; nous concevons d'ailleurs aisément le parti qu'a pu tirer une bouche aussi habile que la sienne des titres éclatants du candidat. Nous souhaitons bien vive-

simple chez un jeune enfant. Cette description est pour ainsi dire copiée sur la nature, car elle est l'expression même de faits que j'ai observés. Il est une phrase que j'ai soulignée à dessein, car elle m'a frappé en ce sens qu'elle montre que l'observation hippocratique est l'étude de la nature même.

Dans ces grands accès de fièvre qui semblent menacer la frêle machine de l'enfant, quel est le symptôme le plus saillant, celui qui saute pour ainsi dire aux yeux de la mère, ce médecin intelligent qui observe avec son cœur? C'est la chaleur animale augmentée; aussi vous dit-elle: *Mon enfant brûle*. Ce phénomène résume pour elle toute la maladie, et nous voyons avec plaisir qu'il a été signalé par M. Bonchut.

Cette observation puisée dans la nature elle-même avait frappé le père de la médecine:

« *Hippocrates quidem febrem appellat ignem, et febricitantes igne correptos.* »

RIOLAN.

Ainsi, pour Hippocrate, notre maître à tous, quoi qu'on dise et quoi qu'on fasse, la fièvre, c'est le feu, c'est-à-dire une lésion de cette faculté première que possède l'organisme de fournir une somme de chaleur inhérente à la vie, car là où il n'y a plus de chaleur, il y a mort; par conséquent, pour le père de la médecine, la fièvre était une lésion de la calorification, ou mieux, *une lésion vitale*. Eh bien! je ne crains pas de le dire, n'en déplaise aux organiciens de nos jours, il faudra en revenir à ces idées primitives, si l'on veut avoir une idée satisfaisante de la fièvre, car, ne l'oublions pas:

« *Medicus est interpres naturæ*. »

Le diagnostic de la fièvre intermittente simple, si facile chez l'adulte, où cette maladie affecte des allures si caractéristiques, présente au contraire, chez l'enfant, la plus grande difficulté. On le comprendra sans peine, si l'on veut bien lire les considérations qui suivent.

Chez les tout jeunes enfants, en effet, charmantes sensitives, que le moindre irritant fait crisper, le plus léger trouble fait surgir une réaction fébrile, qui est tout l'analogue de la fièvre intermittente. Aussi est-il fort difficile à cet âge d'apprécier au juste la fréquence de cette maladie, et de savoir si l'appareil fébrile dont on est appelé à juger, reconnaît pour cause le principe, quel qu'il soit, qui produit la fièvre intermittente, ou bien s'il ne tient pas à quelque perturbation intérieure, qui, chez l'enfant, n'agit pas d'une manière continue, et par cela même échappe presque toujours.

Ainsi j'ai donné mes soins à une très-jeune enfant, à laquelle la constipation donnait plusieurs accès fébriles, qui suivaient en tous points la marche que j'ai assignée plus haut à la fièvre intermittente. Une selle copieuse faisait disparaître tous les accidents. Cet enfant a 3 ans aujourd'hui, les mêmes phénomènes se reproduisent, et le calomel, administré convenablement, produit les meilleurs résultats.

Un enfant de 3 mois et demi, nourri au biberon, me présenta les phénomènes suivants: dans la soirée, de trois à huit heures, cet enfant devenait triste, de gai qu'il était auparavant; il bâillait fréquemment; le pouls faiblissait; les extrémités se refroidissaient. Une sorte de concentration générale existait. Bientôt une chaleur vive se manifestait, la peau se tendait et présentait le caractère d'âcreté si remarquable et bien connu des praticiens; les joues étaient d'un rouge violet, et mon petit malade tombait dans une somnolence interrompue par des plaintes et un peu d'agitation. Au bout de deux heures environ, la peau se distendait, se relâchait, si je puis m'exprimer ainsi: elle se couvrait d'une très-légère moiteur, et l'enfant s'endormait. Il bavait beaucoup.

Le matin, il avait recouvré toute sa gaieté et son appétit. On n'eût pas dit qu'il eût souffert la veille. Ces accidents se renouvelèrent pendant quatre jours tous les soirs. Je crus voir dans ces symptômes quelque chose qui se rapprochait de la fièvre intermittente. En effet, accès quotidiens, irrégularité des accès, absence de frissons caractéristiques, apyrexie bien manifeste. J'étais donc bien fondé à poser un tel diagnostic. Je prescrivis le sulfate de quinine dans les moments d'apyrexie. Les accidents diminuèrent sensiblement d'intensité. Cependant il restait un léger malaise, qui n'avait rien de comparable aux premiers accidents. Cette persistance m'étonnait, et je commençais à faire des théories plus ou moins raisonnables sur la non-efficacité du quinquina, lorsque le huitième jour, l'éruption d'une première dent vint lever tous les doutes. Ma fièvre intermittente disparut comme par enchantement, et mon petit malade se porta mieux que jamais.

Chez les jeunes enfants, des milliers de causes peuvent déterminer de semblables réactions fébriles. Ainsi tous les jours on voit l'éruption des dents, la présence de vers intestinaux dans le tube digestif, et surtout la prédisposition aux affections scrofuleuses, causer, dans l'organisme si irritable des jeunes enfants, des accidents quotidiens qui présentent une périodicité bien remarquable et qu'il faut bien se garder de confondre avec la fièvre intermittente.

Pour ma part, je crois que la fièvre intermittente, c'est-à-dire une affection se liant à un principe qui reconnaît pour spécifique le quinquina, sans se lier à aucune modification organique appréciable, est plus rare chez les jeunes enfants qu'on ne le croit généralement.

Ce qui me confirme dans cette opinion, c'est qu'en 1847, dans les mois de juin, juillet, août et septembre, mois dans lesquels la constitution épidémique nous donna, dans la Sarthe, des *fièvres à quinquina* par centaines, et sans caractères pernicieux, je fus appelé deux fois, entre autres, à la campagne, dans des localités décimées par la fièvre.

Dans une famille de 7 individus, 6 furent tributaires de la maladie, qui céda facilement au quinquina, après l'emploi des purgatifs. Un enfant de trois mois seul en fut exempt; il était nourri au biberon. Cependant il était au foyer même de l'intoxication épidémique.

Dans une autre localité, habitée par cinq personnes, tout le monde paya son tribut à l'épidémie. Un enfant de deux mois ne fut pas atteint, pourtant la mère qui nourrissait fut prise de la fièvre tierce; elle eut quatre accès sans cesser de nourrir, par mon ordre. Au cinquième accès, la fièvre fut enlevée par le sulfate de quinine; l'enfant resta sain et traversa l'épidémie sans rien éprouver.

Que conclure de ces deux faits? — Rien, je le sais bien. Je me suis demandé pourtant si la première enfance ne possédait pas une immunité particulière pour l'intoxication intermittente. Les deux faits sur lesquels mon attention s'est portée ne sont pas suffisants (je ne l'ignore pas) pour ériger en loi ce qui n'est, peut-être, qu'une exception. Mais il doit m'être permis d'exposer mes doutes; que la pratique plus étendue des autres réponde.

---

ment que cette impression ne s'efface pas. Voilà bien près d'une vingtaine d'années que la GAZETTE MÉDICALE défendait *unguibus et rostro* la candidature de M. Isidore Geoffroy à l'Académie des sciences, et la soutenait, si nous ne nous trompons, contre le même compétiteur. Le scrutin, renouvelé deux ou trois fois, amenant invariablement un partage égal des voix, la nomination fut remise à huitaine. La GAZETTE en profita pour faire rage et l'élection vint justifier l'obstination de sa préférence. Puissent les mêmes dieux lui être encore propices!

— L'élection qui vient d'avoir lieu à l'Académie de médecine n'a pas trompé les prévisions. Un seul scrutin a donné à M. Larrey la presque unanimité des suffrages. Ce triomphe, l'un des plus beaux dont nous ayons souvenir, M. Larrey le doit surtout à ses services scientifiques, mais aussi, en quelque degré, à son caractère dont tout le monde apprécie la droiture et l'aménité. Cette remarque est toute à sa louange. La réunion de ces deux ordres de mérite étant chose rare et d'un prix inestimable. L'Académie trouvera en M. Larrey un esprit d'une grande rectitude, une modération dans le jugement qui n'exclut pas la fermeté, l'amour du travail et un commerce facile. Que pouvait-on espérer de mieux?

On remarquera l'à-propos de cette nomination au moment où la reconnaissance nationale s'apprête à élever un monument au baron Larrey. La cérémonie d'inauguration y puisera un intérêt particulier. Le nouveau succès du fils le rapprochera davantage de l'illustration du père. Quand l'*honnête*, l'infatigable chirurgien des armées impériales, se dressera sur son piédestal, il reconnaîtra mieux celui qui, déjà haut placé dans la chirurgie militaire, vient de prendre place au fauteuil où lui-même s'est assis pendant longtemps, et de toutes les façons d'honorer sa mémoire, celle sans doute qui lui plaira le mieux, sera la transmission de l'estime dont il a joui à celui qui porte son nom.

Nos congratulations également à un autre ami, M. Alphonse Guérin, qui vient d'enlever une place de chirurgien des hôpitaux contre une douzaine de compétiteurs. Quel Hector que ce Wurtz!

Nous aimons à voir le signe de l'honneur sur la poitrine de ceux qui possèdent la chose au dedans, surtout quand ils ont avec cela quelques autres menues qualités, telles que du talent, de la science, de l'activité et de l'esprit. Nos compliments donc à notre excellent ami M. Desmarres, un chevalier de fraîche date.

— On demande à San-Francisco quelques artistes femmes, un ou deux bons lampistes, des cordonniers, des couturières, des charbonniers, etc., etc., etc. On ne demande pas de médecins. « Il n'y a ici que les médecins qui ne fassent rien, dit une lettre arrivée de Californie, parce qu'ils s'obstinent à rester tous dans la capitale. » Cela prouve au moins une chose, c'est qu'ils ont fourni à l'émigration un contingent proportionnellement plus fort que celui des autres professions. Un peu du trop-plein de la population médicale d'Europe a déjà suffi pour encombrer San-Francisco. Le trop-plein entier encombrerait tout le Mexique. Même en Californie, on peut donc dire que *tout ce qui reluit n'est pas or!*

— Nous aurions bien voulu terminer par quelque anecdote récréative une CHRONIQUE d'un sérieux tout à fait blâmable. Et voilà que nous n'avons plus dans notre sac qu'une histoire lugubre. Aurons-nous le cœur d'en parler? Devons-nous exhiber, étaler ici cette tache de sang, si large et si hideuse, imprimée de l'autre côté des mers sur la robe professionnelle? De l'autre côté des

Qu'on ne se méprenne pas, cependant, sur ce que j'avance. Je ne veux pas prétendre que le cachet intermittent ne puisse s'apposer sur les actes pathologiques de la première enfance; je tiens seulement à établir que *la fièvre intermittente* ou *à quinquina* est rare dans la première année de l'existence, et qu'il est bien difficile de poser à cet égard un diagnostic certain.

Chez les tout jeunes enfants, je le répète, pour bien faire comprendre ma pensée, la plus légère souffrance trouve un écho symptomatologique dans l'excitabilité de leur système nerveux; et comme cette souffrance n'agit pas d'une manière continue, l'économie réagit absolument comme dans le cas de fièvre intermittente.

Les petits enfants, ensuite, ne peuvent rendre aucun compte de leurs impressions et le praticien est trop souvent réduit à deviner. De plus, la médication elle-même n'est pas toujours suffisante pour faire préjuger de la nature de la maladie (*naturam morborum curationes ostendunt*). Tout le monde accepte que la fièvre intermittente modifie profondément le système nerveux. Le quinquina modifie aussi ce système, et c'est ainsi qu'on explique sa spécificité dans cette maladie. Ce qui le prouve, c'est que toutes les fois que le système nerveux se surexcite sympathiquement, le quinquina est appelé à rendre d'éminents services.

La présence des vers, par exemple, dans le canal intestinal donne lieu, chez quelques enfants éminemment irritables, à des manifestations fébriles quotidiennes que le praticien le plus exercé ne saurait distinguer d'accès de fièvre intermittente. Ici le système nerveux est surexcité sympathiquement. L'appareil circulatoire répond à cette surexcitation; donnez quelques grains de quinine, vous modifiez l'excitabilité nerveuse et par suite la fièvre. Avez vous guéri une fièvre intermittente dans l'acception vraie du mot? Non, je le conteste.

Cette tendance qu'a l'organisme des jeunes enfants à soulever des réactions fébriles pour la moindre souffrance, fait qu'on s'endort quelquefois sur leur véritable signification. Dans quelques affections constitutionnelles, affections si lentes, si insidieuses et si fréquentes dans le bas âge, l'organisme, parfois, témoigne de la souffrance, jusqu'alors ignorée, par de petits mouvements fébriles qui reviennent par intervalles et disparaissent, ou, du moins, semblent disparaître sous l'influence des moyens les plus simples, des lavements de valériane et de quinquina, par exemple. Sans tenir assez compte de la constitution du sujet et de son hérédité, on se laisse abuser par l'idée d'une fièvre à quinquina; on bataille contre cette prétendue fièvre avec les préparations de quinine; puis après un an de symptômes équivoques, la maladie prend un caractère plus tranché, et la mort vient avertir les médecins qu'on ne saurait trop se tenir en garde contre ces affections à caractère douteux qui affectent une allure intermittente, mais, qui, trop souvent, tiennent à autre chose qu'à une modification simple du système nerveux. Je n'ai fait que résumer une de mes observations.

Tout ceci prouve que la médecine du jeune âge est, sans contredit, la plus difficile à faire; car trop souvent le praticien manque des éléments nécessaires pour établir un diagnostic préalable, sans lequel il n'y a guère de thérapeutique possible. Que faut-il faire en pareil cas? — Il faut, avant tout, étudier avec le plus grand soin la constitution du sujet, puiser dans sa vie pathologique tous les éléments diagnostiques nécessaires pour ne pas faire fausse route, s'éclairer de toutes les lumières que peut donner l'hérédité, et avec cette somme de probabilités, marcher aussi sûrement que possible dans la voie des indications thérapeutiques.

Plus on avance dans la voie médicale et plus on apprend *à douter*. Je ne veux pas parler de ce pyrrhonisme grossier qui ne croit à rien, mais bien de ce scepticisme éclairé, qui est le complément indispensable du talent. Il faut bien se garder de conclure trop vite, et comprendre que l'hippocratisme, fortifié par les conquêtes de la médecine moderne, est le guide le plus sûr qui puisse nous conduire dans les voies si ténébreuses de la pratique.

PHYSIOLOGIE THÉRAPEUTIQUE.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LES PROPRIÉTÉS PHYSIOLOGIQUES DE L'ÉTHER IODHYDRIQUE; INDUCTION THÉRAPEUTIQUE; mémoire lu à la Société de biologie par M. le docteur CH. HUETTE.

Parmi les composés iodiques, l'éther iodhydrique (1), en raison de sa forme de liquide volatil et de sa richesse en iode, méritait une attention toute spéciale; cependant, depuis vingt-cinq ans que ce corps est découvert, il est resté sans application en médecine. La crainte des dangers que pouvait entraîner son inhalation a peut-être empêché les praticiens de le soumettre aux expériences nécessaires pour en constater les propriétés thérapeutiques.

C'est dans le but de combler une lacune à la fois préjudiciable aux inté-

(1) L'éther iodhydrique a été découvert par M. Gay-Lussac, qui l'a obtenu en faisant un mélange de deux parties d'un volume d'alcool et d'une d'acide iodhydrique coloré.

Cet éther n'a point de réaction acide. Son odeur est éthérée; sa saveur est piquante, légèrement douceâtre et moins âcre que celle de l'éther sulfurique. Sa densité est de 1,9206 à 22°,3; il bout à 64°,8. Il n'est pas inflammable. Versé goutte à goutte sur des charbons ardents, il répand des vapeurs pourprées.

Il n'est pas immédiatement décomposé par la potasse et les acides nitrique et sulfureux; mais l'acide sulfurique l'attaque plus vivement et met à nu une partie de son iode.

Sous l'influence de l'air, il brunit un peu, ce qui tient à une partie d'iode mise à nu; mais il est rapidement décoloré par les alcalis et le mercure qui s'emparent de l'iode libre. Dans les inhalations que nous conseillons, il sera nécessaire de l'avoir aussi pur que possible, afin d'éviter le contact des vapeurs de l'iode métalloïde avec le poumon.

Une goutte de mercure, versée dans le flacon que contient l'éther, suffit pour tenir ce dernier dans un état de pureté convenable. La densité considérable de l'éther iodhydrique permet de le conserver sous l'eau, dans laquelle il est insoluble.

Pour le préparer, il faut mêler quatre parties d'iode avec dix parties d'alcool à 38°, puis ajouter peu à peu une partie de phosphore et soumettre le tout à la distillation. Quand la majeure partie de l'alcool a distillé, on verse encore environ trois parties d'alcool dans la cornue, et on distille jusqu'à siccité. On mêle le produit de la distillation avec de l'eau pour séparer l'éther de l'alcool, et on rectifie l'éther en le distillant sur du chlorure de calcium.

---

mers! Eh qu'importe la distance? La famille médicale, comme celle des enfants de Judée, fait lever sous ses pas la poussière de tous les pays; elle vit dans une étroite solidarité de mœurs, d'intérêt, d'honneur qui se mêle, sans s'y confondre, à la grande solidarité du genre humain; elle a une âme commune où viennent retentir les douleurs du corps entier. Donc c'est un triste sujet d'entretien que ce drame des États-Unis qui s'est dénoué par la condamnation capitale du docteur Webster. Mais à quoi bon taire ce que toutes les feuilles racontent? Une confession dite d'abord à l'oreille d'un ministre, puis écrite pour le comité de recours en grâce, a été si bien gardée que les vents de l'Atlantique l'ont apportée jusqu'ici. Plus de doute maintenant. Le docteur Parkmann, créancier rigide de son collègue, a été assommé par celui-ci dans l'amphithéâtre de l'école; il a été dépecé; ses entrailles, une partie du corps, ont été brûlées dans les fourneaux du laboratoire, le reste caché dans des boîtes ou jeté dans les fosses d'aisances. Des aveux aussi complets où rien ne vient atténuer l'horreur du crime, si ce n'est la déclaration itérative qu'il n'a pas été prémédité, toucheront-ils les membres du conseil? Leur donneront-ils la force de refuser satisfaction à l'opinion publique qui, si l'on en croit le COURRIER DES ÉTATS-UNIS, se montre fort exigeante? Il le faut souhaiter à un condamné qui demande à vivre encore. Mais quel goût, grand Dieu! Un boulet à la jambe et la honte au front jusqu'à la fin de ses jours ou un coup de hache sur la nuque, après repentir, c'est une alternative où l'avantage est tout d'un côté. Et pourtant les condamnés s'y trompent presque tous. Infirmité et misère de la race d'Adam!

— VENTE DES POISONS. L'association provinciale des médecins et chirurgiens de l'Angleterre a adressé au parlement une pétition collective pour demander une loi régularisatrice de la vente des poisons; mais, en attendant, elle propose qu'on règle la vente de l'arsenic en en défendant la vente à d'autres qu'aux chimistes, droguistes ou apothicaires, en limitant la vente aux personnes adultes notoirement connues, ou ayant des répondants, et en obligeant l'acheteur à inscrire son nom et son adresse sur un registre spécial. Bref, on demande en Angleterre ce qui existe chez nous depuis longtemps.

— HÔPITAUX. Un hôpital de Londres, King's college hopital, se trouvant trop petit pour les élèves et les malades, on a décidé de le reconstruire ailleurs, et une personne anonyme a fait don d'une somme de 5,000 liv. (125,000 fr.), à condition que le conseil voterait dans le même but une somme égale; ce qui a eu lieu. Les dépenses de cet hôpital s'élèvent chaque année à 35,000 liv. (875,000 fr.)

— NOMINATION. M. le docteur Hitchmann vient de passer de l'hospice des aliénés de Hanwell, où il était médecin, à l'asile des aliénés du comté de Derby, en qualité de médecin en chef.

— Il a régné dernièrement dans la commune de Rora, près de Nice, une épidémie de variole qui a fait beaucoup de victimes. Il y a un village dans lequel, sur 85 habitants, il y en a plus de 20 qui ont été affectés de la maladie.

rêts de l'humanité et aux progrès de la science que nous avons entrepris quelques recherches dont le résultat confirma nos prévisions sur la possibilité d'introduire l'iode par les voies pulmonaires. Plus tard nous eûmes l'occasion d'assister un de nos amis que la crainte de la phthisie détermina à se soumettre pendant trois mois aux inhalations de l'éther iodhydrique. Nous ne pensons pas que ses craintes fussent bien fondées; mais nous mentionnons ici l'expérience dont il prit la responsabilité, uniquement parce qu'elle prouve que nous nous étions trompé sur le point si essentiel de l'innocuité. Il en résulte que l'éther iodhydrique est accessible à une voie d'absorption plus vaste et plus sûre que la muqueuse gastro-intestinale; il est le seul composé iodique qui possède ce privilége. En effet, l'iode luimême est volatil; mais les expériences tentées jusqu'à ce jour n'ont servi qu'à démontrer les dangers des vapeurs corrosives de ce métalloïde. Quant à l'acide iodhydrique qui existe à l'état gazeux, il est suffocant et tout à fait inapplicable.

Reste à démontrer que cet éther jouit des mêmes propriétés que les autres préparations d'iode, et qu'il est également un puissant modificateur de l'économie. Il n'y a aucune raison *à priori* qui autorise à supposer que ce corps fasse exception dans la classe des composés iodiques. Sa forme de liquide diffusible nous le présente dans les conditions les plus favorables au maximum d'action de l'iode qu'il contient : *Corpora non agunt nisi soluta;* de plus, il est probable qu'il est promptement transformé en iodures alcalins, dont l'effet subséquent est assuré.

Avant de décrire l'action de l'éther iodhydrique sur l'économie, nous indiquerons le procédé d'inhalation que nous avons suivi dans nos expériences, afin de réaliser les conditions d'innocuité, tout en favorisant l'absorption rapide de ce médicament.

On peut se servir d'un petit flacon bouchant à l'émeri, haut de 3 à 4 centimètres, dans lequel on porte avec une pipette graduée 1 gramme ou 2 d'éther; on recouvre ensuite cet éther d'une couche d'eau épaisse de 2 à 3 millimètres, qui forme un obturateur mobile, destiné à modérer l'évaporation; puis on porte le flacon à l'une des narines, afin d'enlever par inspiration l'air superposé au liquide. Les vapeurs éthérées arrivent au poumon convenablement mélangées à l'air venant du dehors. Pour accélérer l'évaporation, il suffit d'aminclr l'obturateur liquide en inclinant un peu le flacon; toute l'eau se rassemble alors en une grosse goutte qui laisse à nu la majeure partie de la couche d'éther. On peut également utiliser la chaleur de la main dans le même but. Quinze ou vingt inhalations, pratiquées comme il vient d'être dit, imprègnent l'économie de l'iode. L'absorption est si rapide qu'un quart d'heure après la cessation des inhalations, les réactifs indiquent le passage de l'iode dans les urines. Bien que cette substance soit promptement éliminée, nous en avons plusieurs fois constaté la présence de cinquante à soixante heures après les inhalations. J'indiquerai plus loin, en traitant des applications thérapeutiques de l'éther iodhydrique, les conditions qu'il sera convenable de remplir quand les inhalations seront prescrites dans un but curatif.

Décrivons les effets qu'il produit.

Après quelques inspirations, une impression de calme et de bien-être annonce que l'éther iodhydrique agit d'abord conformément aux propriétés sédatives des autres éthers employés en médecine. Les mouvements respiratoires s'exécutent aussi avec une facilité et une ampleur immédiates qui tournent au profit de l'hématose; mais à l'action antispasmodique de la vapeur éthérée qui favorise l'administration du remède, succède bientôt l'action ultérieure de l'iode absorbé. Le surcroît de vigueur cesse d'être borné aux muscles thoraciques pour s'étendre à l'ensemble du système musculaire. L'appétit se développe, les sécrétions sont activées, le sens génital devient plus exigeant, le pouls acquiert de la plénitude, et la vivacité des sensations, l'activité de l'intelligence, annoncent que l'impulsion donnée aux autres organes s'étend jusqu'au cerveau. Tels sont les effets que quatre séances d'inhalations quotidiennes, et de dix minutes chacune, avaient produites sur nous au bout de quelques jours. Quant aux accidents, nous n'avons jamais éprouvé qu'un peu de coryza, et plus souvent, lorsque la vapeur n'arrivait pas trop concentrée, un sentiment fugace de pression aux tempes.

L'ensemble de ces phénomènes démontre que l'éther iodhydrique participe au plus haut degré des propriétés communes aux autres préparations d'iode. Si nous considérons maintenant qu'il offre un mode d'administration tout spécial, qu'en ralentissant l'évaporation, on peut à son gré modérer les effets qu'il produit, nous ne pouvons refuser à ce composé, dans bien des cas, une certaine supériorité sur les autres iodiques.

L'inhalation de l'iode permet donc d'en fractionner les doses à l'infini, et de le faire absorber par des voies plus étendues, plus simultanément accessibles dans toutes leurs profondeurs, et mieux appropriées pour l'absorption des moindres atomes médicamenteux, que ne le sont les organes digestifs. Comme chaque prise ne reste en contact avec le poumon que la durée d'une inspiration, on pourra prolonger les traitements tout en ménageant la susceptibilité des organes. De plus, il est à remarquer que les substances ainsi absorbées ne sont expulsées qu'après avoir parcouru le cercle entier de la circulation, et agi soit chimiquement, soit dynamiquement, sur toute l'économie.

Les avantages généraux des voies respiratoires sur les voies digestives, au point de vue de l'absorption, étant manifestes, passons à la recherche des cas pathologiques spéciaux dans lesquels l'inhalation de l'éther iodhydrique trouverait une indication motivée à la fois par les propriétés chimiques et physiques de ce corps.

On sait que, dans certains empoisonnements, les iodures métalliques sont prescrits comme antidotes, parce qu'ils décomposent au sein de nos tissus, et qu'ils en éliminent les produits accidentels de l'intoxication; l'éther iodhydrique serait surtout avantageux dans les cas où la substance toxique aurait irrité l'estomac ou altéré les organes de l'absorption gastro-intestinale; il serait également utile dans les empoisonnements par la morphine, la strychnine, et les autres alcalis végétaux, quand les vomissements s'opposent à l'introduction de l'iode par les voies digestives.

Tout récemment, dans un excellent travail sur l'action des iodiques (1) (travail où l'oubli de l'éther iodhydrique offre pourtant une lacune regrettable), M. Dorvault propose les iodures à haute dose contre le choléra asiatique, afin d'en combattre le phénomène le plus grave, qui est peut-être la coagulation du sang; si la nature de cette maladie et le mode d'action des iodures étaient ce que M. Dorvault suppose, les inhalations seraient alors le seul moyen applicable. On sait en effet que, dans le choléra, l'estomac et les intestins ne fonctionnent plus; les voies pulmonaires sont donc les seules par lesquelles on pourrait faire absorber l'iode rapidement.

La glucosurie, si souvent liée à la tuberculisation du poumon, a été, dans quelques cas, traitée avec succès par les iodiques : ici l'emploi de l'éther iodhydrique serait à la fois justifié par l'affection générale et par l'altération locale. J'ai constaté l'efficacité de cet éther dans quelques affections chroniques du poumon.

L'induction nous conduit directement à employer les inhalations d'éther iodhydrique dans les cas nombreux où l'hérédité, autant que la constitution acquise, fait redouter ces tuberculisations latentes dont les ravages se manifestent souvent avec une rapidité qui enlève tout espoir de guérison.

L'action générale du médicament sur la diathèse, l'action locale et résolutive qui dissipe les premières manifestations du mal, enfin l'efficacité évidente contre les scrofules, qui offrent tant d'analogie avec l'affection tuberculeuse, établissent ici une présomption tout à fait favorable à l'appui de laquelle nous allons invoquer plus d'une autorité.

On sait que Laënnec, Scudamore, Berton, Murray, etc., préconisant les inhalations d'iode contre la phthisie, firent quelques essais, afin de porter directement cette substance dans les voies pulmonaires. Ils n'avaient point alors l'idée d'une nouvelle méthode de traitement général; ces médecins n'étaient inspirés que par le désir de mettre le résolutif par excellence, l'iode, en contact avec le parenchyme pulmonaire, pour y produire les effets salutaires que l'application topique de ce médicament produit partout ailleurs. L'induction, sans doute, était saine; mais un choix vicieux des substances employées amena des résultats négatifs et quelquefois désastreux.

Laënnec garnissait de varecs les appartements des phthisiques, pensant que des émanations iodées agiraient directement sur le poumon. L'expérience a démontré l'inefficacité de ce moyen.

Scudamore conseillait des inhalations dont voici la formule :

Iode. :	0,25
Iodure de potassium.	0,15
Eau distillée	150
Alcool.	4
Teinture de ciguë	75

On voit que ce médecin, redoutant pour le poumon l'action irritante de l'iode, cherchait à la tempérer par la teinture de ciguë. Baudelocque répéta depuis ces expériences à l'hôpital des Enfants, mais sans succès.

Engelmann prétend que les enfants scrofuleux et présentant toutes les prédispositions héréditaires à la phthisie obtiennent une amélioration rapide de leur état en respirant l'air des salines de Kreusnack; il explique ces cures merveilleuses par le contact longtemps prolongé du poumon avec l'air chargé des principes efficaces qui se trouvent dans les sources de Kreusnack (chlorures, bromures et iodures alcalins.)

Murray conseillait de tenir, dans la chambre des phthisiques, des soucoupes contenant de l'iode humecté d'eau.

L'évaporation lente de l'iode aurait produit de bons résultats, tels que

(1) Voy. Gaz. Méd., 1849 et 1850.

la cessation de la toux, plus de facilité dans l'expectoration, plus de calme dans le sommeil, etc. Il est regrettable que Murray n'ait rapporté aucune observation détaillée à l'appui de ses assertions. L'expérience a depuis longtemps appris que l'iode non combiné produit sur les organes respiratoires des effets entièrement opposés à ceux décrits par cet auteur.

Nous ne rappellerons point ici les traitements variés ni les opinions des médecins qui proposèrent contre la phthisie l'administration des iodiques par les voies digestives. Ce qui précède suffit pour ne laisser aucun doute sur la confiance généralement accordée à l'iode, et sur la préoccupation qui inspira les tentatives que nous venons de rapporter. Or nous croyons avoir suffisamment prouvé que les vapeurs d'éther iodhydrique, appliquées directement aux bronches et aux cellules pulmonaires, n'entraînent point les dangers qui firent échouer les essais tentés jusqu'à ce jour.

Un état avancé de la tuberculisation, des cavernes nombreuses, l'intensité de la fièvre, la prédisposition inflammatoire, nous semblent contre-indiquer l'emploi de l'éther iodhydrique, à cause de son action ultérieure, qui est stimulante. Peut-être, dans ces cas graves, pourrait-on, à l'aide de précautions convenables et par inhalation sagement ménagée, atténuer les dangers résultant de l'action excitante du médicament, sans diminuer les chances de salut offertes par son action altérante.

On comprendra sans peine que, même dans les cas les plus favorables, l'inhalation doit être faite de manière à ne point fatiguer le poumon de prime abord, afin de pouvoir, en multipliant les séances, donner au traitement une durée proportionnée aux effets qu'on veut obtenir. Lorsque l'inhalation de cet éther sera prescrite dans le but de faire agir localement l'iode sur le parenchyme pulmonaire, on ne devra point perdre de vue que le contact du remède avec la membrane pulmonaire n'est que momentané, et que la vapeur absorbée ne peut imprégner d'une manière permanente un tissu spongieux, sans doute, mais qui est le siége de mouvements continuels et d'une absorption incessante.

Cette condition essentielle n'est réalisable qu'avec un air chargé de quantités faibles et déterminées de vapeur, et à l'aide de procédés d'administration qui soient commodes pour les malades. Le traitement interne le plus court a toujours une durée de quelques semaines. Or pour que l'économie générale n'ait pas à en souffrir et que les membranes délicates chargées de l'absorption souvent répétée de l'éther puissent le supporter, il faut déterminer la dose du médicament qu'on prendra dans les vingt-quatre heures. On le fractionnera ensuite en multipliant les séances de l'inhalation.

Nous pensons qu'il sera convenable de régler l'évaporation de manière à connaître le temps qu'elle exige, parce que le temps donnera d'une manière approximative le nombre d'inspirations que le malade a dû faire pour épuiser la quantité donnée d'éther. Ce nombre, placé sous le poids représentant la dose quotidienne, produit une fraction qui exprime la valeur moyenne de chaque prise de vapeur éthérée.

Supposons, par exemple, que la dose soit d'un gramme et que le malade la prenne en quatre séances égales de cinq minutes, on pourra évaluer le nombre des inspirations à 500, et la quantité d'éther que chacune d'elles fait pénétrer par le poumon à 1/500, c'est-à-dire à 0 gr. 002. Dans cette expérience, 2 milligr. d'éther se trouvent donc disséminés sur la plus grande surface absorbante du corps humain. Il sera toujours bon de s'astreindre aux précautions que nous avons prises nous-même (voir plus haut), lesquelles nous ont permis de poursuivre nos expériences avec sécurité. Qu'on ne croie pas cependant que ces précautions soient d'une grande difficulté pratique, ni d'une nécessité tellement impérieuse que la moindre négligence soit un danger; mais on pressentira sans doute que ces conseils nous sont inspirés par la crainte de voir des manœuvres peu méthodiques ou téméraires compromettre les résultats que nous osons espérer.

L'avenir apprendra si la possibilité, désormais constatée, d'appliquer directement et localement l'iode aux organes respiratoires, apporte enfin des chances de salut aux phthisiques, dont les progrès récents de la science nous révèlent l'irrévocable arrêt, sans nous donner le pouvoir de le casser. Ne suffit-il pas d'une possibilité de ce genre pour éveiller l'attention des praticiens et encourager de nouveaux efforts?

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

II. REVUE MÉDICALE.

Les numéros de janvier, février et mars 1850 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Coup d'œil hippocratique sur les maladies de la matrice*; par M. Cayol. (Critique des principales opinions émises dans la discussion récente sur les engorgements de l'utérus. L'auteur, ce nous semble, présente à tort les médecins de l'époque actuelle comme exclusivement voués au diagnostic anatomique et à la thérapeutique locale. Méconnaît-il, ou, pour donner plus de force à sa critique, veut-il paraître ignorer les remarquables efforts accomplis dans ces derniers temps pour modifier la vitalité et les fonctions perverties de la matrice par l'intermédiaire des moyens adressés à tout l'organisme?) 2° *Observations sur l'usage du chloroforme; signe propre à faire connaître le degré d'action anesthésique de ce médicament*; par M. Bourdin. 3° *Opération de hernie ombilicale étranglée*; par M. Lucien Boyer. 4° *De l'application de la galvano-puncture au traitement des anévrismes*; par M. Pétrequin. 5° *Essai d'une classification des maladies de la peau, suivi d'observations sur l'emploi du caustique doré dans le traitement local de l'esthiomène et des ulcères scrofuleux*; par M. Foltz. 6° *Lettre sur le typhus*; par M. Gérard; *réflexions* par M. Cayol. 7° *Recherches sur l'existence de la cataracte noire*; par M. Pétrequin. 8° *Examen comparatif des effets produits par l'hémospasie avec ceux des stimulants les plus énergiques*; par M. Junod. 9° *De la nature intime de la fièvre typhoïde et de la place qu'elle doit occuper dans la nosologie*; par M. Rambaud; *réflexions* par M. Cayol. 10° *Luxation de l'humérus* par M. Desclaux. 11° *Compte rendu du service médical de l'arrondissement de Châteaubriant*, par M. Verger. 12° *Observations sur un cas d'hydrocèle opéré et guéri*; par M. Fénin.

OBSERVATIONS SUR L'USAGE DU CHLOROFORME; SIGNE PROPRE A FAIRE CONNAITRE LE DEGRÉ D'ACTION ANESTHÉSIQUE DE CE MÉDICAMENT; par M. BOURDIN.

Voici un travail parfaitement raisonné, mais dont les conclusions, toutes très-logiquement déduites, engendrent un résultat tout à fait opposé à celui que contenaient les prémisses. L'auteur est partisan du chloroforme; il l'approuve, il l'emploie, mais sans en méconnaître les dangers.

Voulant trouver un signe qui permît d'arrêter la chloroformisation au moment où elle risque de devenir mortelle, il a cherché ce critérium dans l'état apparent du système musculaire. D'après lui, il faut craindre des accidents et par conséquent suspendre l'administration des vapeurs *au moment où la tête tombe sur le tronc* n'étant plus soutenue par les muscles qui la tiennent d'ordinaire dans la position verticale.

Une objection se présente, et M. Bourdin est le premier à l'admettre. En opérant à ce moment le malade éprouvera de la douleur. Cela est vrai, mais dit-il : « Vouloir éteindre complétement la sensibilité pour opérer, littéralement sans douleur, cela me paraît monstrueux. Un pareil résultat ne peut s'obtenir (avec le chloroforme, je pense), sans péril sérieux pour la vie du malade, puisque l'agent médicamenteux frappe l'un des principes radicaux de la vie, le plus important peut-être. Or, je le demande, comment oser faire courir des chances si graves à un malade pour lui épargner une sensation pénible sans doute, mais tellement mitigée qu'elle est, pour ainsi dire, insignifiante. Le patient a-t-il le droit de demander davantage? Quant à moi, je regarde cette pratique comme contraire à la prudence, et je dirai presque au sens commun. Il me semble que le chirurgien doit être satisfait, quand il est parvenu à faire perdre à son opération le caractère effrayant que lui donne le développement excessif de la douleur. Il est, en effet, fort rare de recontrer des personnes assez pusillanimes pour reculer devant une opération à peine douloureuse. Et du reste, il n'y a pas d'inconvénients à promettre au malade qu'il ne souffrira pas quand on a la certitude qu'il souffrira très-peu. C'est le cas de profiter de la permission de mentir, accordée aux médecins, par le sévère Platon. »

Qu'on lise ces lignes, qu'on les relise attentivement. C'est le premier et précieux aveu d'un chloroformisateur en voie de résipiscence. Pour rendre le chloroforme sans danger il consent à le rendre inefficace. La concession part d'un esprit consciencieux et logique. Mais ne vaudrait-il pas mieux adopter franchement l'éther qui remplit le double but d'une action anesthésique complète et d'une influence toxique capable, avec do simples précautions, d'être sûrement conjurée.

Quant à la valeur du signe que M. Bourdin mentionne, nous croyons ce critérium bon, bien qu'un peu prématuré pour les conséquences qu'on en tire; mais il n'est applicable que dans la station assise. Il serait, par conséquent, contre-indiqué si, comme certains chirurgiens le pensent, le meilleur moyen de prévenir les funestes effets du chloroforme consiste à ne jamais opérer le patient que couché, en décubitus horizontal.

ESSAI D'UNE CLASSIFICATION DES MALADIES DE LA PEAU; SUIVI D'OBSERVATIONS SUR L'EMPLOI DU CAUSTIQUE DORÉ DANS LE TRAITEMENT LOCAL DE L'ESTHIOMÈNE ET DES ULCÈRES SCROFULEUX; par le docteur FOLTZ.

On peut voir par ce titre que le travail de M. Foltz comprend deux parties bien distinctes: la première relative à une question très-générale, puisqu'elle n'est pas moins que celle de la classification des maladies cutanées; la seconde très-circonscrite et concernant seulement le traitement local de deux de ces maladies.

Le principe de la classification de M. Foltz est celui qui a déjà dirigé beaucoup d'autres dermatologues, et Alibert lui-même dans le dernier classement auquel il s'est arrêté. Il a sa source dans la nature supposée des affections, en d'autres termes, suivant l'expression de M. Foltz, dans leur cause primordiale. Exemples : La syphilis ne peut exister sans virus syphilitique ; il y a une alliance si intime entre ces deux termes qu'ils ne peuvent exister pour ainsi dire l'un sans l'autre. De même, un miasme spécifique est le principe, la cause essentielle de la rougeole et de la variole; le virus cancéreux, le principe du cancer; le virus scrofuleux, le principe des scrofules, et ainsi de suite. Dès lors le mécanisme général d'une classification doit consister à réunir dans un même groupe les affections qui procèdent de causes primordiales semblables ou très-analogues. Mais nous ne connaissons pas les causes de toutes les affections cutanées. Que faire de celles-là ? M. Foltz les réunit en une catégorie en quelque sorte provisoire, destinée à se réduire graduellement à mesure que la science étiologique fera sur elle de nouvelles conquêtes; et cette catégorie se divise elle-même en deux groupes, suivant que les maladies ont entre elles des rapports de siége ou des rapports de caractères extérieurs. Vient enfin un dernier groupe consacré aux maladies hétéromorphes.

Voici maintenant, dans tous ses détails, la classification à laquelle l'auteur a été conduit par l'application de ces idées :

PREMIER GROUPE. — *Congestions simples et hémorrhagies.* Erythème, purpura.

DEUXIÈME GROUPE. — *Maladies miasmatiques.* Roséole, rougeole, scarlatine, milieire, variole, varioloïde, varicelle.

TROISIÈME GROUPE. — *Maladies cutanées virulentes.* Vaccine, syphilis, morve, charbon, pustule maligne.

QUATRIÈME GROUPE. — *Maladies cutanées par vice du sang.* Scrofule, esthiomène, cancer.

CINQUIÈME GROUPE. — *Épizoaires et épiphytes ou maladies cutanées par implantation d'un animal ou d'un végétal sur les téguments.* Gale, maladie pédiculaire, favus, muguet.

SIXIÈME GROUPE. — *Maladies cutanées critiques d'un état particulier, inconnu, de l'économie.* Erysipèle, herpes, furoncle, anthrax.

SEPTIÈME GROUPE. — *Maladies cutanées cachectiques.* Ecthyma, rupia, pemphygus.

HUITIÈME GROUPE. — *Maladies cutanées dépuratoires.* Impétigo, eczéma, fausses teignes.

NEUVIÈME GROUPE. — 1° *Maladies classées d'après leur siége (follicules sébacés).* Acné, couperose, mentagre. 2° *Maladies classées d'après la forme morbide.* A. *Forme papuleuse.* Urticaire, lichen, prurigo. B. *Forme squammeuse.* Pityriasis, psoriasis, ichthyosis, pellagre.

DIXIÈME GROUPE. — *Maladies hétéromorphes.* Kéloïde, molluscum, éléphantiasis des Grecs et des Arabes, vitiligo.

Cette manière d'envisager la pathologie cutanée conduit à y faire entrer un certain nombre d'affections que plusieurs auteurs recommandables en ont distraites depuis quelques années: ainsi la rougeole, la variole, la scarlatine, la miliaire, la pellagre, le lupus, etc. Ceux qui suivent, dans l'étude des affections de la peau la méthode purement anatomique, s'attachant tantôt au siége du mal, tantôt à ses caractères extérieurs, et qui en même temps ne peuvent se dispenser de voir dans les exanthèmes aigus, aussi bien que dans la pellagre, une affection générale dont la lésion cutanée n'est qu'une détermination particulière, ceux-là peuvent logiquement refuser à la pellagre et aux exanthèmes une place dans la pathologie cutanée. C'est ce qui est arrivé à plusieurs d'entre eux, notamment aux auteurs du COMPENDIUM. Néanmoins, par un contraste assez singulier, on voit, d'un côté, certains dermatologues, partisans de la méthode anatomique, comme Biett, MM. Cazenave et Schedel, accueillir néanmoins les exanthèmes aigus dans la pathologie cutanée; et, d'un autre côté, des dermatologues imbus de la doctrine des *prédispositions*, des *vices internes*, des *diathèses*, rejeter de leur cadre ces mêmes exanthèmes; M. Gibert est de ce nombre. Or ce procédé est-il logique? Nous en doutons. Si toutes les affections de la peau, autres que les exanthèmes aigus, la pellagre et quelques autres, sont purement locales, on a raison de ne faire entrer que celles-là dans la pathologie cutanée. Mais si la plupart des maladies de la peau ne sont que l'expression restreinte d'un état morbide plus général, pourquoi en séparer les exanthèmes? pourquoi en séparer la pellagre ou le lupus? La variole, c'est la détermination du virus variolique vers la peau, comme la dartre est la détermination du principe morbide, quel qu'il soit, qui infecte l'économie.

Maintenant, la science est-elle assez avancée pour permettre, dès à présent, une classification étiologique des maladies de la peau? Voilà où nous pensons que M. Foltz est allé un peu loin. Nous croyons bien, comme lui, qu'il y a des maladies *virulentes* de la peau, des maladies par *vice du sang*, des maladies *critiques*, des maladies *dépuratoires*; mais il n'est pas du tout démontré, et il n'est même pas probable, que ces différents ordres se traduisent constamment par des localisations différentes; que, par exemple, l'érysipèle, l'herpès, le furoncle, l'anthrax soient toujours des affections critiques et jamais des affections dépuratoires, ou cachectiques; que l'ecthyma, le rupia, le pemphygus soient toujours de nature cachectique et jamais dépuratoire ou critique, et ainsi du reste. C'est pourtant ce que suppose la classification de l'auteur. Nous ajouterons que, avant d'être autorisé à distinguer les maladies *cachectiques* et les maladies par *vice du sang*, il faudrait avoir montré en quoi la *cachexie* diffère de la *viciation du sang*, ou plutôt (car on se tirerait encore d'embarras en attribuant à la cachexie une détérioration de tout le solide humain) il faudrait prouver que le vice interne qui produit le cancer, la scrofule et l'esthiomène, est dans le sang, tandis que celui qui produit l'ecthyma, le rupia, le pemphygus est ailleurs. Enfin, il est clair qu'une affection provenant d'un vice interne peut donner lieu à des phénomènes dépuratoires, puisque la dépuration n'est que le travail en vertu duquel s'opère le départ d'éléments hétérogènes. Conséquemment une classification qui sépare absolument les affections cachectiques et par vice du sang des affections dépuratoires est nécessairement arbitraire.

Telles sont les objections les plus générales qu'on peut adresser à la méthode de classification de l'auteur, sans préjudice des remarques auxquelles pourraient donner lieu les détails mêmes de la classification. Mais nous ne devons pas oublier qu'il ne s'agit ici que d'une tentative, et que cette tentative, dans son imperfection, est néanmoins empreinte d'un esprit philosophique dont nous ne pouvons qu'approuver les tendances.

Quant à la seconde partie du travail de M. Foltz, relative au traitement de l'esthiomène et des ulcères scrofuleux, par le muriate d'or, elle est destinée à appuyer de nouvelles observations les assertions de M. Pétrequin sur les avantages de ce caustique, auquel il donne le nom de *caustique doré*. M. Récamier vanta ce moyen contre les boutons cancéreux de la face et les ulcères du col utérin; M. Legrand d't en avoir tiré bon parti contre différentes espèces d'ulcères, notamment contre l'ulcère scrofuleux; mais il se loue peu de son emploi dans les affections scrofuleuses. Enfin, M. Pétrequin reste convaincu, après de nombreuses expériences, que le muriate d'or est au moins aussi efficace dans les ulcères scrofuleux que dans les ulcères cancéreux. Le présent travail contient quatre observations nouvelles, dont trois sont relatives à l'esthiomène et une à l'ulcère scrofuleux, et dans toutes les quatre, la guérison a été rapide et complète.

RECHERCHES SUR L'EXISTENCE DE LA CATARACTE NOIRE ET SUR SON DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL; par M. PÉTREQUIN.

Nous nous bornerons ici à reproduire les trois intéressantes observations de M. Pétrequin, dont nous avons déjà eu occasion de faire ressortir ailleurs l'importance au point de vue séméiologique et diagnostique.

OBS. I. — Madame Brutin, 66 ans, avait senti sa vue s'affaiblir sans cause connue, sans maux de tête. Elle entra à l'Hôtel-Dieu de Lyon le 24 septembre 1847. L'œil gauche était troublé depuis douze à treize ans; et depuis six ans l'état de cécité était stationnaire. Elle ne voyait pas à se conduire, et la perception des couleurs était très-altérée.

On reconnaît une cataracte noire capsulo-lenticulaire. Le fond de l'œil ne laisse pas voir, à travers la pupille, le reflet chatoyant normal. Au lieu d'être d'un noir brillant comme dans l'état naturel, l'ouverture pupillaire offre un noir mat et sale qui ne réfléchit point la lumière vers l'œil de l'observateur. La malade, trop peu intelligente, ne peut dire si elle y voit mieux le matin ou le soir que dans le milieu du jour. Pupille régulière et mobile.

La cataracte n'est pas d'un noir d'encre; mais vue à la loupe elle paraît comme un corps sombre et opaque qu'on aurait recouvert de suie, ou qu'on aurait fait macérer dans une solution de cette substance. On parvient, en outre, à distinguer un segment de la capsule assez considérable, triangulaire, dont le sommet aboutit au centre de la pupille, segment opaque, parsemé de stries nol-

râtres et distinctes du reste de la cataracte par le léger relief qu'elles forment de profil; cette circonstance explique la perte avancée de la vue. L'expérience des trois images ne produit que la première d'entre elles.

Le 30 septembre, M. Pétrequin pratique l'opération par extraction. Le cristallin, très volumineux, sortit sous l'influence de pressions exercées sur le globe oculaire.—La cataracte extraite est noire, d'une teinte terne, grosse, dure, également enveloppée de sa capsule noirâtre et opaque, comme si le système cristallinien avait été plongé dans une solution étendue d'encre de Chine.

Obs. II. (même malade que dans l'obs. précédente).—Madame Brutin avait aussi une cataracte noire de l'œil droit; mais la capsule ne paraissait pas prise. Le mal était moins ancien, la teinte brune plus uniforme; la pupille ne laissait pas voir dans le fond de l'œil le noir vif qu'on y distingue d'ordinaire. La pupille était régulière et mobile. Une convexité pouvait être reconnue à cette opacité noirâtre qui, vue de profil, de manière à tasser pour ainsi dire l'aire de sa surface, prenait une couleur moins foncée et plus grisâtre, sans qu'on pût trouver aucun point opaque sur la cristalloïde tant à l'œil nu qu'à la loupe. L'opacité noire était plus homogène que dans l'œil gauche, et la perte de la vue moins avancée; elle distinguait le jour et les nuances de lumières. L'expérience de la bougie donna naissance à deux images.

Elle ne fut point opérée de ce côté, la malade demandant que l'opération fût faite sur l'œil qui y voyait le moins.

Les suites de cette opération sont consignées dans l'observation précédente. Mais des mouvements désordonnés occasionnèrent un staphylome de l'iris, dont on avait d'abord heureusement triomphé, lorsqu'une nouvelle imprudence amena une inflammation opiniâtre qui compromit le succès de l'opération.

Obs. III.— Trépier (Jacques), 60 ans, entra à l'Hôtel-Dieu pour une cataracte double. A droite, elle était lenticulaire, grisâtre, avec un noyau ambré, demi-molle et volumineuse. Confirmée depuis six mois, la cataracte droite trouble plus la vue que la gauche, où la maladie est cependant plus ancienne. — A gauche, où elle remonte à 8 ans, la cataracte est noire; toutefois, le cristallin n'en est pas si parfaitement noir que, à la loupe, on ne puisse y distinguer, en y mettant beaucoup d'attention, quelques nuances différentes : le centre est plus foncé que la périphérie, la pupille est immobile et régulière. L'opacité n'est plus très-profonde, et paraît, vue de profil, être au niveau de la pupille. En examinant attentivement, on peut, se plaçant de côté, lui reconnaître une certaine convexité, mais sans ombre portée de l'iris. La teinte de la cataracte est analogue à celle de la suie, c'est-à-dire d'un noir terne. Elle est assez homogène, mais cependant quelques points isolés paraissent plus opaques, surtout au centre, ce qui porte M. Pétrequin à croire que la cristalloïde y est altérée. Et en effet, en la regardant de profil, elle passe à une nuance plus roussâtre et même grisâtre. L'expérience de la bougie donne naissance à deux images, dont la seconde, d'ailleurs assez confuse, disparaît en plusieurs endroits.

Ce qui était, chez le malade, digne de remarque, c'est que la vue de cet œil était moins affaiblie qu'à droite : c'était cet œil qui lui servait à se conduire; il distinguait les formes des objets et leur couleur; il prétendait même que depuis quatre ou cinq mois la vue s'était un peu améliorée de ce côté, et qu'elle était moins trouble que dans les premières années de la maladie. Du reste, il voyait mieux certains jours et à certains moments de la journée, sans qu'il ait pu rien préciser à cet égard. La cataracte paraissait dure, mais moins volumineuse que celle de l'observation première.

Luxation de l'humérus en arrière et en dehors; par M. Desclaux.

Par le fait seul de la rareté d'observations semblables, exactement recueillies, celle-ci mérite d'être portée à la connaissance des praticiens.

Obs. — Delaux, âgé de 30 ans, fortement constitué, versa et fut lancé du haut d'une charretée de foin. Quand il reprit ses sens, on s'aperçut que son bras droit était placé horizontalement, au devant de la partie supérieure et antérieure de la poitrine, sans qu'on pût changer cette position. Le blessé souffrait beaucoup, surtout quand il voulait ramener son membre à l'attitude normal.

Au bout de quelques heures, on appela M. Desclaux, qui remarqua un creux sous la clavicule. Le bord de l'acromion était saillant. A la place de la tête humérale, on ne trouvait rien dans la cavité de l'aisselle; mais une grosse tumeur qu'il aperçut dans la fosse sous-épineuse de l'omoplate le convainquit qu'il existait une luxation de l'humérus en arrière et en dehors.

La réduction fut immédiatement tentée, en faisant la contre-extension au moyen d'une longue serviette pliée sous laisselle, dont les deux bouts furent ramenés devant et derrière la poitrine. M. Desclaux se chargea lui-même de l'extension en saisissant la partie inférieure du bras, pendant qu'un autre aide soutenait l'avant-bras et lui faisait suivre les mouvements imprimés au reste du membre (Il n'est pas dit dans quel sens se firent les efforts de traction).

Par ce procédé, on obtint facilement la réduction. Le membre ayant été placé le long du corps, les douleurs se calmèrent presque entièrement, et l'épaule reprit sa forme normale. Le sujet était complétement guéri après plus d'un mois de repos absolu, temps qu'exige ce genre de luxation, à cause des plus grands déchirements que l'appareil articulaire éprouve.

(*La suite au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 22 juillet.

Ablation des loupes sans opération sanglante; composition de ces tumeurs.

M. A. Legrand lit un mémoire ayant pour titre : De l'ablation ou de la destruction des loupes et tumeurs analogues sans opération sanglante.

Deux faits que l'auteur a eu l'occasion d'observer lui ont inspiré ce mémoire. Le premier remonte au mois d'octobre 1839, et lui a été fourni par une personne qui le mit en demeure d'enlever plusieurs loupes qu'elle avait sur la tête, sans avoir recours à aucune opération sanglante; le second est relatif à une dame de 42 ans dont il eut à constater le décès, et qui venait d'être enlevée par un érysipèle de la face et du cuir chevelu, développé à la suite de l'ablation de deux loupes, pratiquée à l'aide du bistouri. Ce cruel événement lui ayant remis en mémoire ce qu'il avait fait en 1839, M. Legrand crut dès lors qu'il était de son devoir de rechercher les occasions de faire de nouvelles applications de la méthode qu'il avait instituée. Voici quelle est cette méthode.

Elle consiste à diviser la peau dans toute son épaisseur, comme on le ferait avec un bistouri, par l'application linéaire et plusieurs fois répétée d'une solution assez concentrée que possible de potasse pure, agent qui détruit toute vitalité dans les tissus qu'il atteint. En répétant la cautérisation, toujours sur les mêmes points, l'escarre linéaire qu'on obtient gagne en profondeur, et il arrive un moment où l'on peut saisir la loupe avec une pince et l'enlever. La solution de continuité se referme comme celle faite par l'instrument tranchant, et l'on obtient une cicatrice qui ne diffère en rien de celle qui succède à la plaie produite par le bistouri. Si le kyste est trop fortement adhérent, s'il est multiple, si la tumeur n'est pas renfermée dans un kyste, on détruit les produits morbides par des cautérisations successives et pratiquées sous la peau. Dans ce procédé comme dans l'ancien, il faut complétement enlever ou entièrement détruire la membrane propre de ces tumeurs, ou autrement on s'expose à une rechute (1).

M. Legrand a déjà eu l'occasion d'appliquer trente-deux fois cette méthode, qui offre un certain caractère de nouveauté, et il ne s'est jamais produit aucun phénomène qui pût faire craindre la venue de l'érysipèle, si facilement mortel quand il se développe sur le cuir chevelu, à la face, ou dans leur voisinage.

L'auteur a complété sa tâche en se livrant à quelques recherches sur la nature intime de ces tumeurs.

Voici le résultat de l'examen microscopique fait avec M. Mandl, de deux loupes provenant, l'une du cuir chevelu, et la seconde siégeant sur le front. Celle-ci présentait une enveloppe dure, d'une transparence cornée, dans laquelle on apercevait de petits points blanchâtres disséminés par groupes. En examinant sous le microscope de petites tranches de cette enveloppe, MM. Legrand et Mandl ont reconnu qu'elle était formée par des lamelles d'épithélium. Quant aux petits points blanchâtres, ils ont présenté l'aspect de corps granuleux, obscurs et paraissant formés de graisse.

L'intérieur de cette loupe était rempli d'une matière ayant la consistance du miel, et qui, examinée au microscope, a présenté les éléments suivants : 1° des cristaux de cholestérine en abondance; 2° de petites gouttelettes et des granules de nature graisseuse; 3° des corps irréguliers granuleux, jaunâtres ou noirâtres, de nature aussi probablement graisseuse; 4° des lamelles épithéliales, dont quelques-unes seulement étaient pourvues de noyaux, mais la plupart en étaient privées; 5° des globules à divers degrés de développement, depuis le globule allongé et terminé en pointe; 6° des membranes pourvues de noyaux de globules et de fibres. La masse remplissant le kyste présentait dans quelques endroits de petits corps de consistance plus solide, mais dont les éléments étaient indicatives aux précédents.

De l'ensemble de ces faits, l'auteur a cru pouvoir conclure que la tumeur située sur le front provenait de la transformation pathologique d'une glande sébacée, et que la présence de tous les éléments de développement qui viennent d'être énumérés indiquait qu'on avait affaire à un tissu en voie d'accroissement, opinion qui coïncide avec le fait observé, puisque depuis quelques mois la loupe faisait des progrès, sinon rapides, du moins appréciables.

La loupe précédemment examinée avait au contraire paru provenir de la transformation pathologique d'un follicule pileux. On y trouvait aussi tous les éléments qu'on vient de signaler pour la loupe située sur le front, moins la cholestérine. L'enveloppe ne renfermait pas ces points blanchâtres signalés plus

(1) Pour prendre date, et simplement pour prendre date, nous mentionnons ici que depuis sept ans environ nous employons, pour la destruction des loupes et autres tumeurs analogues, une méthode qui a quelques rapports éloignés avec celle que vient de faire connaître M. Legrand. Cette méthode consiste dans la mortification *complète* et extemporanée de *toute* la portion de peau qui recouvre la tumeur. Celle-ci, abandonnée à elle-même, tombe au bout de quelque temps avec l'escarre; le kyste est entraîné en totalité, et ne laisse après sa chute qu'une surface indolente qui ne tarde pas à se cicatriser. (Note du rédact. en chef.)

bant, mais elle était pourvue d'un derme solide, et au fond du sac on retrouvait encore les traces du germe pileux.

M. Legrand pense que ce genre de produit pathologique reconnaît pour cause la plus directe une oblitération accidentelle du col de la glande sébacée ou du follicule pileux, ou bien il est la conséquence d'une altération des humeurs sécrétées par la membrane interne de ces organes; mais, chose assez singulière, cette altération peut dépendre d'une influence congénitale, de sorte que les loupes constitueraient dans certains cas une maladie héréditaire.

M. Dumas ayant bien voulu se charger de l'analyse chimique, M. Legrand en expose les résultats en ces termes:

La loupe humide pesait	gram.	7 030
Après avoir été desséchée au bain-marie à une température de 100°, elle ne pesait plus que		3 170
La perte en eau a donc été de		3 860
Ou bien en décimales: matière solide		45 10
Eau		54 90
Poids total de la loupe		100 00

Les 3,170 grammes de la matière desséchée ont été épuisés par l'alcool absolu, auquel ils ont cédé 0,125 (soit 39 p. 100) de matière grasse, jaunâtre, solide à la température ordinaire, mais facilement fusible.

La loupe, épuisée par l'alcool, n'a cédé qu'une trace à peine perceptible de matière à l'éther bouillant.

Dans le résidu des opérations qui viennent d'être indiquées, il ne se trouvait pas de matières grasses à l'état de savon.

Il résulte de cette analyse qu'on doit considérer cette loupe comme étant composée essentiellement de fibrine souillée par 4 p. 100 de son poids de matière grasse.

EMPLOI DE L'ÉCORCE DE L'ADANSONIA DIGITATA DANS LA FIÈVRE INTERMITTENTE.

M. Simon Pierre, interne des hôpitaux, lit une note intitulée: De l'utilité de l'écorce de l'adansonia digitata dans les fièvres intermittentes.

L'auteur rend compte des expériences qu'il a faites depuis deux ans, tant en Bourgogne, dans une localité où la fièvre est endémique, qu'à l'Hôtel-Dieu de Paris, avec les échantillons d'adansonia digitata qui lui furent confiés par M. Natalis Guillot.

Le nombre des observations recueillies par M. Simon Pierre, est de sept. Dans tous ces cas, les accès de fièvre étaient parfaitement caractérisés et de types divers. Parmi les malades, les uns vivaient en Bourgogne, les autres venaient d'Afrique, un dernier venait de la Rochelle, l'un d'eux enfin était un médecin, dont l'affection remontait à plusieurs mois. Aucun des individus atteints ne présentait de ces fièvres légères susceptibles de guérir par le repos au lit.

L'écorce d'adansonia leur fut administrée à la dose de 30 grammes en décoction dans un litre d'eau, trois doses semblables ont suffi dans la plupart des cas pour faire disparaître la maladie.

OPHTHALMIE GRANULEUSE.

M. Velpeau présente, au nom de M. Heinricht, médecin militaire autrichien, un mémoire sur la maladie de la conjonctive connue sous le nom d'ophthalmie égyptienne, qui règne depuis plusieurs années endémiquement dans le grand-duché de Toscane et dans les États romains, et qui s'est déclarée épidémiquement vers la fin de l'année dernière parmi les troupes autrichiennes occupant Florence. D'après la description de M. Heinricht, cette ophthalmie parait avoir une grande analogie avec l'ophthalmie granuleuse belge. L'auteur préconise comme moyen de traitement la cautérisation avec le nitrate d'argent, avec la précaution toutefois de décomposer l'excès de caustique à l'aide d'une dissolution de sel marin.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 23 JUILLET. — PRÉSIDENCE DE M. BRICHETEAU

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend:

1° Trois lettres du ministre du commerce: la première avec envoi d'un certificat de puisement et analyse d'une eau minérale puisée à une source située sur le territoire de la commune du Lac ou Villers (Doubs). (Commission des eaux minérales.) Le ministre envoie pour être remis à la commission de l'Annuaire des eaux de France une lettre par laquelle M. de Chasseuay signale une source d'eau minérale aux environs de Deeize (Nièvre). (Commission de l'Annuaire.) Demande d'avis sur des remèdes nouveaux. (Commission des remèdes.)

2° Une lettre du ministre des affaires étrangères transmettant de nouveaux détails, qui lui sont parvenus par l'intermédiaire du consul français à Panama, sur la plante qui produit les fèves appelées cédrons et sur le mode d'administration de ce produit végétal comme médicament, avec un nouveau mémoire de M. Duchassaing sur le même sujet. (Commis., MM. Mérat, Honoré et Duméril.)

M. le docteur Alex. Guérin du Grandlaunay, directeur médecin de l'asile des aliénés de Pontorson (Manche), adresse la relation d'une épidémie de choléra qui a régné dans cet asile pendant les mois de mai et juin 1849.

M. Gendron, de Château-du-Loir (Sarthe), envoie une nouvelle communication sur les propriétés fébrifuges de l'alkekenge ou coqueret.

M. Mondezert, de Carentan (Manche), adresse, par l'intermédiaire de M. Piorry, trois mémoires: le premier sur le traitement des fièvres intermittentes; le second sur l'état couenneux du sang dans les inflammations et les rapports de cet état avec la proportion de fibrine contenue dans le sang; le troisième sur l'emploi du calomélas dans le traitement des gonflements inflammatoires des amygdales. (Comm., MM. Piorry, Velpeau et Lecanu.)

M. Duverger, étudiant en médecine à Montpellier, revendique la priorité de l'invention de l'instrument destiné à l'extraction de certains corps étrangers de la vessie, que M. Courty a soumis recemment à l'examen de l'Académie. (Comm., M. Ségalas.)

M. Leroy d'Étiolles soumet en son nom et au nom de M. Mathieu un instrument de leur invention destiné à faciliter la section des os; c'est une scie double agissant simultanément au-dessus et au-dessous de l'os. Elle a, suivant ces messieurs, l'avantage d'agir plus rapidement et de moins exposer à faire des esquilles que les scies actuellement usitées.

M. Blondeau, professeur de physique au lycée de Rodez, communique, par l'intermédiaire de M. Orfila, un mémoire sur les eaux minérales toxiques. (Comm. des eaux minérales.)

— L'ordre du jour appelle l'élection d'un membre dans la section de pathologie chirurgicale.

La liste de présentation porte: en première ligne, M. H. Larrey; en seconde ligne et *ex æquo* MM. Gosselin et Nélaton; en troisième ligne, M. Cullerier; en quatrième ligne, M. Morel-Lavallée; en cinquième ligne, M. Hutin.

Le nombre de votants est de 81, majorité 41.

M. H. Larrey obtient.	64 voix.
M. Nélaton	11
M. Gosselin	5
M. Chassaignac	1

M. Larrey ayant réuni la majorité des suffrages est proclamé membre de l'Académie, sauf l'approbation du président de la République.

CHOLÉRA.

M. Gerardin lit au nom de M. Renault, médecin sanitaire du paquebot-poste de l'État *le Lougsor*, une note sur un commencement d'épidémie de choléra survenu en octobre et novembre 1849, à bord de ce bâtiment.

Le Lougsor, après avoir séjourné trente-cinq jours à Marseille où règne le choléra, part de ce port avec un équipage et des passagers dont l'état sanitaire est excellent. Pendant les premiers jours de la traversée, quelques hommes sont pris d'indisposition cholérique.

Le septième jour, un matelot est atteint de choléra très-grave.

A partir de ce moment un foyer épidémique se forme peu à peu sous l'influence des prédispositions individuelles, de l'humidité, de la stagnation de l'air, de la fatigue, de l'encombrement, etc. Les cas de choléra faible, de cholérine, de diarrhée, se multiplient.

Le onzième jour, un matelot est saisi tout à coup des symptômes les plus violents de choléra.

Le bâtiment s'arrête alors et séjourne à Smyrne. Les passagers et le matériel qui encombraient le navire sont debarqués; l'équipage est disséminé: toutes les mesures hygiéniques possibles sont prises. Deux hommes sont encore indisposés; mais à ce point cesse l'influence morbifique. Aucun nouveau malade ne se présente. Le foyer est détruit.

Les passagers, qui n'ont pas eu le temps de s'imprégner à Marseille de la constitution régnante et qui ont quitté le bord peu de temps après la formation du foyer épidémique, restent exempts de maladie à bord et après leur débarquement.

Il semble résulter de ces faits, dit l'auteur, qu'à bord d'un bâtiment un foyer épidémique du choléra peut se former facilement de toute pièce; mais que ce foyer, pour ainsi dire artificiel, est facilement détruit par la cessation d'une partie des causes qui l'ont formé, si elle a lieu à une époque peu éloignée de l'origine de l'épidémie. Il semble en résulter aussi qu'à moins d'un état maladif antérieur, il faut avoir séjourné assez longtemps au siége d'une épidémie de choléra pour en sortir sinon malade, du moins modifié jusqu'à une prédisposition indépendante de la santé habituelle. (Comm. du choléra.)

EXTRACTION D'UN CROCHET A BRODER INTRODUIT DANS LA MAIN.

M. Gerdy expose en quelques mots un procédé qu'il a employé tout récemment pour extraire un crochet à broder qui avait pénétré profondément dans la main d'une jeune personne. Le corps étranger étant retenu dans les chairs par son crochet terminal, et ne pouvant en être retiré sans dilacérer les parties,

M. Gerdy en a opéré l'extraction à l'aide d'une sonde cannelée introduite par la plaie de pénétration et qui a servi à recouvrir le crochet.

EAU MINÉRALE FERRUGINEUSE DE BAGNÈRES DE BIGORRE.

M. O. HENRY lit au nom de la commission des eaux minérales un rapport sur une demande en autorisation pour l'exploitation d'une nouvelle source d'eau minérale ferrugineuse naturelle à Bagnères de Bigorre (Hautes-Pyrénées).

Voici quelle est la composition de cette eau, d'après l'analyse qui en a été faite dans le laboratoire de l'Academie :

1,000 grammes (1 litre).

Acide carbonique libre.	très-petite quantité.
Bicarbonate de chaux. . . . . de magnésie. . . . de soude (anhydre).	0,0190
Sulfate de soude et de chaux. . Chlorure de sodium. . . . . . . Un sel de potasse	0,0375
Silice et albumine (silicate sans doute)	0,0200
Crénate apocrénate et carbonate de fer.	0,0200
Principe arsenical de la soude. .	traces légères.
Matières organiques de l'humus accompagnant tous les produits.	indéterminé.
	0,0975
Eau pure	999,9025
	1,000,0000

D'après la composition de cette eau et son analogie avec les eaux des sources dites Angoulémé à Bagnères de Bigorre et de M. Rousse dans la même localité, M. le rapporteur propose de répondre au ministre qu'il y a lieu d'accorder l'autorisation demandée. (Adopté.)

APPAREILS ET INSTRUMENTS EN CAOUTCHOUC VULCANISÉ POUR LES MALADIES DES VOIES GÉNITO-URINAIRES DE LA FEMME.

M. GARIEL lit une note sur quelques appareils et instruments en caoutchouc vulcanisé propres au traitement des maladies des voies génito-urinaires chez la femme.

Les appareils dont M. Gariel fait la description en même temps qu'il en dépose les modèles sous les yeux de l'Académie, sont : des pessaires, des ceintures périnéales, des appareils à dilatation, des appareils hémostatiques, et en dernier lieu un pyxide, instrument qui a pour but l'insufflation des poudres médicamenteuses sur les organes que jusqu'ici l'on n'atteignait qu'imparfaitement. (Comm., MM. Thillaye, Poiseuille et Danyau.)

CHOLÉRA ÉPIDÉMIQUE.

M. PELLARIN lit des recherches sur le choléra épidémique.

L'auteur a donné lecture à l'Académie de la partie de son travail qui a pour objet de prouver la contagion. Après avoir rappelé que l'idée fondamentale de ses travaux sur la question, c'est que le choléra, engendré par infection, est propagé principalement par voie de contagion, M. Pellarin s'attache à expliquer le sens de ces deux mots, qui ont donné lieu à tant de controverses.

L'*infection*, dit-il, c'est l'introduction de principes malfaisants et délétères dans l'économie par quelqu'une des voies de l'absorption. Il suit de là que la contagion s'opère toujours comme l'avait indiqué Fracastor lui-même, par un genre d'infection quelconque. Et en effet, on dit journellement des individus qui ont contracté une maladie contagieuse par quelqu'un des points de la surface cutanée ou muqueuse, qu'ils ont été infectés (infection purulente). Quand on veut établir une distinction, un contraste entre ces deux termes, *infection* et *contagion*, le premier doit s'appliquer exclusivement aux influences septiques qui ne proviennent pas plus ou moins immédiatement de sujets malades avec la propriété de développer une maladie de la même nature que celle de ces derniers. Par exemple, on prend le germe d'une affection morbide en respirant l'air d'un marais, les exhalaisons d'un cimetière, d'un égout, etc. ; c'est ici de l'infection, rien que de l'infection.

Mais que l'on ait contracté la maladie auprès d'une ou de plusieurs personnes qui en étaient elles-mêmes atteintes, et par l'effet d'influences provenant de ces personnes ; dans ce cas, et de quelque manière que la transmission ait lieu, il y a *contagion*, et non plus seulement infection, ou bien ce sera une *infection contagieuse*, le *contage volatil* des Allemands.

L'auteur appuie sa manière de voir sur les définitions qui ont été données des mots *Contagion* et *Infection*, par M. Rochoux, dans le DICTIONNAIRE DE MÉDECINE ; par M. Bouillaud, dans le DICTIONNAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES.

M. Pellarin rapporte ensuite un grand nombre de faits de transmission du choléra, observés dans les départements du Finistère et des Côtes-du-Nord pendant la dernière épidémie.

Il conclut que les faits ne laissent aucun doute sur la transmissibilité ou contagiosité du choléra épidémique.

« Comme d'autre part, ajoute-t-il, j'ai constaté que le mal était né quelquefois en dehors de toutes les conditions admissibles de contagion, là où se rencontraient certains foyers d'infection, je me suis cru autorisé à établir la proposition suivante : Le choléra épidémique reconnait deux modes d'origine : 1° l'importation ; 2° la génération sur place par des exhalaisons délétères. Le premier mode se rapporte à la contagion ; le deuxième à l'infection proprement dite.

» Bien que la contagion et l'infection soient parfois réunies et qu'elles concourent ensemble au développement des épidémies de choléra, dans les grandes villes surtout, il est souvent possible de discerner ce qui appartient soit à l'une, soit à l'autre.

» Quant tout à coup, dans une maison particulière ou dans un établissement public, il se produit presque simultanément un grand nombre de cas de choléra, comme dans le pénitencier de Tours en 1849, où la presque totalité des détenus fut moissonnée en trois jours, comme dans la petite caserne de Givet, où deux compagnies qui l'occupaient fournirent, en moins de ving-quatre heures, 19 cas de choléra et 6 décès, on doit présumer qu'il existe quelque foyer local d'infection ; la contagion, si elle agissait seule, ne marcherait pas avec cette rapidité. »

En concluant que le choléra est contagieux, l'auteur n'examine pas pour le moment les conséquences de cette proposition, qui n'ont rien, d'ailleurs, suivant lui, d'aussi effrayant, d'aussi antisocial que le craignent quelques personnes. A l'égard de la question de contagion comme de toute autre, le premier point, abstraction faite des conséquences, est de savoir ce qui est ou non conforme à la réalité. La connaissance du vrai, dit en terminant M. Pellarin, ne peut jamais qu'être utile aux hommes ; l'erreur seule leur est préjudiciable.

DÉSARTICULATION HUMÉRO-CUBITALE.

M. MICHALSKI, médecin à Vierzon, présente un malade auquel il a pratiqué la désarticulation humero-cubitale et celle de l'extrémité externe de la clavicole et de la première côte, ainsi que la resection de l'extrémité externe de la première côte, de l'extrémite de l'apophyse coracoide, etc., pour remédier à de vastes désordres produits sur un poseur au chemin de fer du Centre, par le choc d'une locomotive qui lui avait passé sur le corps. Ce même sujet présentait en outre des plaies extrêmement graves et compliquées de l'épaule, de la moitié gauche du thorax et de l'abdomen.

M. Michalski dépose en même temps un mémoire contenant la relation détaillée de ce fait. (Comm. : M. Gerdy.)

Il est cinq heures, la séances est levée.

BIBLIOGRAPHIE.

DES AMPUTATIONS PARTIELLES ET DE LA DÉSARTICULATION DU PIED ; thèse de concours ; par M. ROBERT. — Un vol. in-8. — Chez Germer-Baillière, rue de l'École-de-Médecine. — 1850.

L'examen analytique de ce travail, au point de vue de la méthode d'exposition, soulève d'abord cette question : M. Robert devait-il, prenant l'énoncé dans son acception rigoureuse et grammaticale, décrire toutes les amputations qui se pratiquent sur le pied, composé des orteils, du métatarse et du tarse ? Pouvait-il ; se conformant à l'usage établi dans l'enseignement et sanctionné par l'imposante autorité de Boyer, se borner aux seules amputations du tarse ? Ou bien a-t-il mieux fait de garder un milieu entre ces deux extrêmes, et de considérer comme amputations partielles du pied celles qu'on exécute sur le métatarse et le tarse ? Ce n'est point à nous de le décider ; mais, à ne consulter que l'intérêt que nous avons pris à la lecture de sa thèse, nous avons seulement senti le regret bien sincère que, des trois manières d'envisager le problème, il n'ait pas adopté, selon l'usage des concurrents, la première, c'est-à-dire la plus large et la plus complète.

M. Robert a divisé son sujet en quatre chapitres, où il traite successivement : de l'anatomie chirurgicale du pied ; des procédés opératoires usités dans les amputations partielles et la désarticulation du pied ; du parallèle entre ces différentes amputations ; de leurs indications et de leurs contre-indications.

L'anatomie chirurgicale du pied a été étudiée de nos jours avec tout le soin que les conquêtes récentes de l'art devaient appeler sur cette région intéressante. La présence de certaines saillies osseuses autour des articulations dont elles servent à marquer le siége précis ; la situation exacte des ligaments qui unissent les os entre eux ; la direction des surfaces articulaires, et la largeur de leur interligne, ont été décrites, précisées avec une exactitude qui permet de promener sûrement le couteau au milieu de l'articulation la moins apparente, la plus serrée et la plus anfractueuse. L'é-

téodue, mathématiquement déterminée, des surfaces articulaires et des synoviales qui les recouvrent; l'isolement de quelques-unes de ces synoviales; la communication des autres, soit entre elles, soit avec les bourses tendineuses voisines, ont permis d'apprécier la gravité relative des différentes désarticulations. L'épaisseur et la structure des parties molles ont été calculées à toutes les régions du pied, dans le but de découvrir celles qui pourraient fournir les meilleurs lambeaux. Enfin, la forme générale et le mécanisme physiologique du pied ont apporté d'utiles données pour expliquer les résultats de ces diverses mutilations, et pour construire les appareils les plus propres à corriger les difformités consécutives. Tous ces détails d'anatomie appliquée à la médecine opératoire ne pouvaient trouver un meilleur interprète que M. Robert. Nous signalerons surtout un passage sur les variétés anatomiques des os et des articulations du pied, presque entièrement neuf et plein d'intérêt.

Les amputations partielles du pied n'ont pas une origine bien ancienne, puisque, au XVII[e] siècle, les plus grands chirurgiens, Fabrice de Hilden, entre autres, prescrivaient encore l'amputation de la jambe au lieu d'élection, dans tous les cas de maladies graves du pied. C'est Garengeot qui le premier, en 1720, s'éleva contre celle doctrine, et fit un précepte de conserver une partie du pied toutes les fois qu'on le pouvait. A peu près à la même époque, Sharp, en Angleterre, et Heister, en Allemagne, émettaient les mêmes idées que l'invention de procédés opératoires méthodiques devaient bientôt populariser.

En effet, Brasdor ne tarda pas à proposer la désarticulation tibio-tarsienne, opération qui, après avoir perdu la faveur qu'elle s'était d'abord attirée, semble vouloir la reconquérir de nos jours. En 1791 Chopart entre dans la jonction médio-tarsienne, suivant le procédé qui porte son nom. En 1815, Lisfranc et Villermé imaginent l'amputation tarso-métatarsienne. Un peu plus tard, la désarticulation calcanéo-astragalienne a pris dans la science son droit de domicile. Ainsi naquirent les quatre grandes amputations du pied. Les autres, moins importantes, se sont successivement groupées autour d'elles, à mesure que les besoins de la pratique en faisaient naître l'idée. Tous les métatarsiens ont été amputés, soit dans la continuité, soit dans la contiguïté, tantôt isolément, tantôt deux ou trois ensemble. Quant aux os du tarse, ils ont subi des désarticulations très-variées. Mais c'est en vain que M. Mayor a essayé d'en faire adopter l'amputation dans la continuité; les chirurgiens aiment mieux dénouer que couper le nœud gordien, et la scie ne s'est portée sur ces os que dans des cas tout à fait exceptionnels.

Comme on l'imagine bien, M. Robert avait à décrire un très-grand nombre de procédés opératoires tant anciens que modernes. Pour bien remplir cette partie de sa tâche, il avait nécessairement besoin d'une classification méthodique. Il ne l'a pas cherchée en vain : ses descriptions sont nettes et faciles à suivre; il ne manque ni une sage appréciation des divers procédés d'une même opération, ni le judicieux esprit d'analyse qui ne laisse sans les utiliser aucune des conquêtes du passé ou du présent, ni cette érudition qui, dans un édifice où beaucoup ont travaillé, sait attribuer à chacun ce qui lui appartient. Sous ces divers rapports, peu de traités de médecine opératoire approchent de la thèse de M. Robert.

Le parallèle des amputations partielles et de la désarticulation du pied est sans contredit la partie la plus neuve et la plus originale de ce livre. M. Robert compare ensemble ces diverses opérations, d'abord au point de vue de leur gravité relative, ensuite au point de vue de leur influence consécutive sur la station et la marche. La léthalité comparative des amputations du pied dépend, toutes choses égales d'ailleurs, de l'étendue et de la forme de la plaie qui en résulte, et de la nature des tissus divisés.

L'étendue de la plaie est à peu près la même dans les quatre grandes amputations du pied; elle est moindre dans l'amputation de la jambe au tiers inférieur, par le procédé de M. Lenoir.

La forme de la plaie est irrégulière, anfractueuse dans presque toutes les désarticulations du pied, et surtout dans celles de Lisfranc. Les chairs ne s'y appliquent pas toujours exactement; le pus a une grande tendance à y séjourner, et les lambeaux, taillés le plus souvent aux dépens de la plante du pied, contribuent encore à le retenir. Ce sont des inconvénients qu'il est difficile d'éviter, quel que soit le procédé opératoire qu'on mette en usage.

De tous les tissus divisés, les plus importants, au point de vue qui nous occupe, sont les os et les membranes séreuses des articulations et des tendons. Le pied étant surtout composé d'os courts, les amputations qu'on y pratique dans la continuité mettent à nu du tissu spongieux, et exposent beaucoup plus à la phlébite que les désarticulations. C'est là une excellente raison pour préférer les amputations du pied dans la contiguïté, aux amputations dans la continuité. Toutefois, dans les désarticulations, les surfaces osseuses ne sont pas toujours limitées à la partie apparente de la plaie; dans quelques régions, elles se prolongent entre deux ou plusieurs os contigus, de telle sorte que si, après l'opération, la plaie s'enflamme et suppure, la phlegmasie peut se transmettre à toute la surface synoviale commune à ces articulations, et se développer ainsi dans une étendue considérable.

Mais c'est surtout le long des bourses synoviales intéressées dans l'opération qu'on voit la phlegmasie se propager de proche en proche. Ainsi, lorsqu'on désarticule le premier métatarsien, on ouvre nécessairement la gaine du grand péronier latéral; et comme celle-ci se trouve en contact immédiat en haut avec la synoviale des articulations tarso-métatarsiennes, il y a des chances pour que de graves désordres accompagnent cette opération.

Enlève-t-on le cinquième métatarsien? on coupe le tendon du court péronier latéral, et l'on expose ainsi l'amputé à l'inflammation de la gaine de ce muscle.

Dans la désarticulation tarso-métatarsienne, on n'ouvre que les deux gaines précédentes et celle du jambier antérieur : cette opération fait donc courir moins de risques d'inflammation des synoviales qu'on pourrait le croire au premier abord.

L'amputation médio-tarsienne entre les gaines, dont nous venons de parler, ouvre celle du jambier postérieur : ainsi, peut-on expliquer les fusées purulentes qui se forment assez souvent dans la gaine de ce muscle jusqu'en arrière et au-dessous de la malléole interne, après cette désarticulation, et qui, jointes à celles de la gaine des muscles péroniers latéraux, en constituent assurément un des plus sérieux accidents.

Enfin, dans l'amputation sous-astragalienne et dans la désarticulation du pied, il faut ajouter à la lésion des gaines déjà mentionnées celle du long fléchisseur propre du gros orteil, celle du fléchisseur commun, celle enfin du cul-de-sac séreux inférieur des muscles dorsaux du pied.

Toutes ces données anatomiques, dont nous n'avons exposé qu'une courte analyse, ne suffisent pas à M. Robert pour résoudre le problème de la gravité relative des amputations du pied. Il fait un appel à la statistique, et ce n'est pas sans un vif intérêt qu'on prendra connaissance du tableau qu'il a dressé de toutes les opérations, tableau qui ne manquera pas de recevoir du temps, avec un plus grand nombre de faits, une valeur scientifique plus décisive.

Le parallèle des amputations du pied, considérées quant aux modifications qu'elles apportent à la station et à la marche, est digne au plus haut degré de fixer l'attention des chirurgiens.

Sous ce rapport, M. Robert divise toutes les amputations en *longitudinales* et *transversales*, suivant qu'elles mutilent le pied parallèlement ou perpendiculairement à son axe. Il compare le pied à une voûte à trois piliers : le talon forme le pilier postérieur, la tête du premier métatarsien et celle du cinquième constituent les piliers antérieurs, externe et interne.

Les amputations longitudinales moyennes, ne détruisant aucun de ces piliers, n'entraînent d'autres modifications dans le pied que le rapprochement de ses bords et la diminution de sa largeur.

Les amputations longitudinales externes, en détruisant le pilier externe, enlèvent au pied un point d'appui qu'il est forcé de chercher ailleurs : le bord sur lequel la mutilation a porté s'abaisse, l'autre se relève.

Dans les amputations longitudinales internes, c'est le pilier interne qui est retranché; c'est, par conséquent, le bord externe qui se relève et le bord opposé qui s'abaisse.

Dans les amputations transversales, la voûte plantaire étant privée de ses deux piliers antérieurs, l'extrémité du moignon se porte en bas pour trouver une base de sustentation, base qui, du reste, ne suffit plus à l'exercice normal de la locomotion. En effet, comme l'ont établi les frères Weber, le pied dans la marche ordinaire s'élève d'avant en arrière, en roulant par son extrémité dans les charnières métatarso-phalangiennes. Or, quand on l'a privé de ces charnières, il cesse de se mouvoir par ce mécanisme; il conserve l'attitude qu'il a dans la station; les opérés le posent à plat, en fauchant un peu; ils marchent comme s'ils étaient chaussés de bottes à semelle inflexible, ou montés sur des échasses; la jointure tibio-tarsienne reste immobile. En sorte que, toutes ces opérations, depuis l'amputation tarso-métatarsienne jusqu'à la désarticulation tibio-tarsienne, ont, sous le rapport de la progression, la même espèce d'inconvénients. Si celles qui s'éloignent le plus du tronc ont un avantage sur les autres, il consiste uniquement en ce qu'elles fournissent au membre un point d'appui plus large.

M. Robert ne s'est pas borné à décrire les déformations du pied consécutives aux amputations de cet organe. Il a posé les principes qui doivent guider le praticien dans la confection des appareils prothétiques les plus propres à y remédier. De toutes ces déformations celle qui survient après l'amputation de Chopart a été l'objet des plus longs développements. M. Robert en a fait l'historique, l'anatomie pathologique et la symptomatologie détaillées; il a indiqué ses causes et formulé son traitement avec un soin tout particulier. Voici ces conclusions à cet égard : 1° Le renversement du talon après l'amputation de Chopart est un accident grave et dont la fréquence ne saurait encore être déterminée; 2° presque toujours on

peut le prévenir par un traitement bien dirigé, soit pendant, soit après l'opération, et surtout par une application méthodique des appareils de prothèse, après la cicatrisation de la plaie; 3° si ce renversement se manifeste, on peut y remédier par les appareils orthopédiques ou par la ténotomie; 4° l'orthopédie seule est applicable aux cas où le renversement est récent ou peu considérable; 5° la ténotomie ne suffit pas pour faire disparaître ce renversement, il faut y joindre l'emploi des appareils orthopédiques: 6° malgré la possibilité de cet accident, l'amputation médio-tarsienne doit être conservée dans le domaine de la pratique; et, dans les cas où elle est possible, elle doit être préférée aux amputations plus rapprochées du tronc. »

Certainement lorsque la mutilation du pied ne dépasse pas la jointure médio-tarsienne, il reste au membre inférieur un moignon assez large, un point d'appui assez solide pour supporter le poids du corps. En est-il de même après les amputations sous-astragalienne et tibio-tarsienne? C'est ce qui n'est pas encore établi d'une manière définitive. A ne juger la désarticulation calcanéo-astragalienne que sur les trois observations publiées jusqu'ici, il est permis de fonder sur elle certaines espérances. Quant à la désarticulation du pied, elle a donné à MM. Syme, J. Roux, Jobert, Sédillot les résultats les plus heureux, puisque leurs malades ont pu ensuite marcher avec une simple bottine. Mais ces faits sont peu nombreux; d'autres paraissent moins satisfaisants.

Tout l'avenir de ces deux opérations dépend de la réponse qui, de par l'expérience, sera faite à cette question: L'extrémité inférieure du moignon pourra-t-elle, oui ou non, supporter le poids du corps? Si la réponse est négative, si, pour que les opérés marchent, ils sont obligés de porter l'un des appareils de Mille ou de F. Martin, évidemment l'amputation sus-malléolaire, moins grave que ces deux désarticulations, devra leur être préférée.

Et même, dans bien des cas, l'amputation sus-malléolaire (à plus forte raison ces deux désarticulations) ne devra-t-elle pas céder la place à l'amputation au lieu d'élection? Si, sous le rapport de la mortalité qu'elle occasionne, l'amputation sus-malléolaire est bien préférable à l'autre, il n'en est plus de même au point de vue de la prothèse.

Pour fabriquer les appareils Mille ou F. Martin, il faut des mécaniciens habiles; leur entretien est dispendieux, ils conviennent surtout aux individus jouissant de l'aisance et d'une vie paisible. Au contraire, les hommes voués à des travaux pénibles ne peuvent pas toujours en supporter l'usage. On en a vu plusieurs venir dans les hôpitaux rendre leur appareil, préférant le simple *pilon*. Quelques-uns même, dans ces circonstances, ont réclamé l'amputation au-dessous du genou!

Ce dernier argument a l'habitude de passer pour décisif; mais ce qu'on oublie trop, c'est que ceux qui, munis du pilon, en sont aux regrets de n'avoir pas un moignon capable de supporter la jambe artificielle, ceux-là, dis-je, ne peuvent pas se compter; en effet, ils connaissent l'inutilité de leurs plaintes, et se dispensent en général de venir en importuner les chirurgiens. Mais quand on prend l'initiative, quand, comme M. Lawrie (V. GAZ. MÉD., 1846, p. 901), on se donne la peine d'aller interroger, sous ce rapport spécial, les amputés de la jambe à diverses hauteurs, alors l'expérience vous donne la contre-partie du plaidoyer de M. Robert, et l'on reste convaincu que, à part les professions qui exigent des efforts fréquents pour soulever des corps lourds, tous les malades se trouvent mieux d'une jambe artificielle bien faite que du pilon prétendu si commode. Par coquetterie, la plupart des femmes préfèrent au pilon l'usage d'une béquille.

Revenons à la thèse de M. Robert, que le désir de rétablir sous son véritable jour cette importante question nous a fait un instant perdre de vue. Le chapitre des indications et des contre-indications des amputations partielles et de la désarticulation du pied s'est ressenti des développements que l'auteur avait donnés à celui qui précède. Avoir apprécié à leur juste valeur toutes ces opérations, n'était-ce pas, en effet, avoir implicitement spécifié, dans les cas qui les réclament, celles qui doivent obtenir la préférence?

Aussi M. Robert s'est-il borné à des généralités sur les différentes lésions traumatiques ou organiques du pied qui ne laissent d'autre ressource que l'opération. Toutefois l'intérêt ne manque pas plus à cette partie de son travail qu'à aucune autre: si, au début, c'est surtout l'anatomiste et l'opérateur que nous avons vu s'y révéler, à la fin c'est le praticien consommé.

VARIÉTÉS.

— CONCOURS. — Les épreuves du concours pour une place de chirurgien du bureau central sont terminées depuis le 19. M. Guérin a été nommé par 5 voix contre 2 données à M. Depaul et 2 à M. Deville. Le concours a été très-brillant.

— Un conflit vient d'éclater entre le ministre du commerce et l'intendance sanitaire de Marseille. Le choléra ayant éclaté à Malte, l'intendance avait soumis à une quarantaine de cinq jours les arrivages de cette île. Ordre télégraphique du ministre de supprimer la quarantaine et de rétablir la libre pratique. Protestations de l'intendance et de la municipalité contre l'ordre ministériel. Le conseil de préfecture délibérait au départ du courrier.

— Par décision administrative, le service des aliénés des hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière vient d'être également réparti parmi les médecins de ces établissements. A l'avenir, il n'y aura plus de médecin en chef. Cette mesure a déjà été appliquée à d'autres établissements, et, entre autres, à la maison nationale de Charenton et à l'asile de Saint-Yon.

— CHOLÉRA. Les documents officiels portent le nombre des personnes affectées du choléra, et traitées par les soins de la charité en Irlande, à 55,141, du 29 septembre 1848 au 25 mars 1850. On ignore le nombre des décès.

— ITALIE. — FÉDÉRATION DU JOURNALISME MÉDICAL EN ITALIE. — La GAZETTE MÉDICALE des États sardes, imprimée à Turin, sera dorénavant publiée à Gênes, sous la direction du docteur A. Bertani.

Les trois GAZETTE MÉDICALES des États sardes, de la Lombardie et de la Toscane, promettent de donner au journalisme médical l'exemple profitable d'une association scientifique.

OPHTHALMIE DES ARMÉES. — Dans la Valteline, l'ophthalmie égyptienne règne sur les miliaires de la garnison. Cette affection, quoique d'une intensité moindre est de même nature que celle qui règne à Florence. La même maladie règne à Lemberg.

HÔPITAL DE CESTELLA A FLORENCE, POUR LE TRAITEMENT DES OPHTHALMIES CONTAGIEUSES. — Du 27 mai 1849 au 16 janvier 1850, on a traité, dans cet établissement, 1,061 malades atteints d'ophthalmies, y compris les cas légers. Sur ce chiffre, il y a en 35 insuccès, dont 6 avec abolition totale de la vision des deux côtés; 12 avec perte d'un seul œil; 17 avec des altérations prononcées du globe oculaire, sans cécité.

— ANGLETERRE. — ÉTAT SANITAIRE DE LONDRES PENDANT LA SEMAINE. — Le nombre des morts enregistrés le 13 juillet était de 781. La moyenne de la mortalité dans la 28e semaine de toutes les années de 1840 à 1849, est de 967, ce qui donne une diminution notable dans le chiffre de la mortalité pour l'année présente. Les maladies éruptives ou épidémiques n'ont donné que 168 décès, dont 9 de variole, 16 de rougeole, 23 de scarlatine, 23 de coqueluche, 30 de typhus, 37 de dyssenterie; 7 décès, dont 3 survenus chez des enfants sont attribués au choléra. Il ne paraît point que ces cas aient aucunement les allures du choléra épidémique.

— STATISTIQUE DE LA MORTALITÉ A DURHAM. De 1843 à 1848, on a compté, dans cette ville, 1,530 décès ainsi répartis: sexe masculin, 818; sexe féminin, 812; phthisie, 242, dont 139 sur les hommes et 103 sur les femmes. La moyenne de la durée de la vie a été de 31 ans. La plus grande mortalité au-dessus de 21 ans est à l'âge de 53 ans. La proportion des morts par phthisie est de 14,76. Vieillesse, 12,56; convulsions, 7,32; scarlatine, 2,74; hydrocéphale aigu, 3,73.

— L'Université de Londres coûte à peu près à l'État 4,000 liv. sterl. par an. Les Universités d'Écosse coûtent 8,000 liv. Ces établissements ne sont point publics comme les institutions analogues en France.

— HÔPITAUX D'IRLANDE. — Il existe en ce moment en Irlande 60 hôpitaux pour le traitement des fièvres. Le nombre des malades traités dans chacun d'eux en 1849 a varié de 40 à 2,948. Le nombre total des dispensaires et des infirmeries s'est élevé en 1849 à 764.

— LA VACCINE A BON MARCHÉ. Le journal THE WEST BRITON, du 14 juin, contient les détails suivants: « La petite vérole qui a régné dernièrement parmi nous a permis de voir à quel point la vaccine avait été négligée. — Immédiatement l'administration chargée de la distribution des secours médicaux aux pauvres a fait des offres aux plus bas enchérisseurs.

M. Philippe-Vincent de Cambonne offrit de vacciner à 18 sous par sujet.

M. Henry Harris de Hedruth a été aussi nommé au même prix. Enfin M. Vincent Mitchell offrit de vacciner dans certains districts pour 2 sous par cas et il a été nommé à ces conditions.

— ESPAGNE. Une ordonnance du 4 juin prescrit la création de médecins, inspecteurs et directeurs des eaux minérales. Les sources minérales d'Espagne sont très-abondantes, et elles sont à peine connues.

— SOCIÉTÉ MÉDICALE GÉNÉRALE DES SECOURS MUTUELS. Dans la séance du 12 juin ont été nommés membres de la commission centrale: Figuer, président; Mendez Alvara, vice-président.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

A MM. LES ABONNÉS DE LA GAZETTE MÉDICALE.

La nouvelle loi sur le timbre des journaux atteint la GAZETTE MÉDICALE plus qu'aucun autre recueil. Elle assujettit au timbre, non-seulement sa feuille principale, mais encore ses suppléments; elle la frappe donc d'une exception dont elle affranchit les journaux politiques. Dans cette conjoncture, la GAZETTE MÉDICALE se trouverait, comme les autres journaux, obligée d'en revenir à ses anciens prix d'abonnements, les motifs qui les avaient fait réduire (l'abolition du timbre) n'existant plus. Cependant, pour concilier autant que possible les intérêts de ses souscripteurs avec les exigences de la science, elle a pris un moyen terme qui lui permettra de ne point augmenter son prix d'abonnement. Elle se bornera à réduire le nombre des suppléments qu'elle avait pris l'habitude toute bénévole de donner à ses abonnés. Elle n'en donnera plus désormais qu'un seul à la fin de chaque mois, lequel sera destiné principalement aux comptes rendus mensuels des Sociétés savantes dont la GAZETTE MÉDICALE a l'habitude d'enregistrer les actes.

REVUE HEBDOMADAIRE.

DES QUARANTAINES CONTRE L'INVASION DU CHOLÉRA ÉPIDÉMIQUE. — DISSOLUTION DE L'INTENDANCE SANITAIRE DE MARSEILLE.

Une affaire assez orageuse charge en ce moment l'atmosphère médicale. L'intendance sanitaire de Marseille — une puissance séculaire qui avait résisté aux attaques les plus vigoureuses et les plus persistantes — vient d'être brusquement dissoute. Tous ses pouvoirs sont transférés à un commissaire extraordinaire, M. le docteur Mélier, membre du comité consultatif d'hygiène. Enfin le gouvernement a pris parti dans la question des quarantaines, en tant qu'applicables au choléra épidémique. Arrêtons-nous d'abord à ce dernier point, qui est le plus important.

On sait que le choléra-morbus s'est montré de nouveau à Tunis et à Malte : de là grand émoi des populations du littoral de la Méditerranée; vives instances auprès de l'autorité pour faire interdire les communications directes entre nos ports et les pays infestés. C'est ce qui a donné à M. le ministre de l'agriculture et du commerce l'occasion de se prononcer catégoriquement contre le système des quarantaines. « On ne saurait le proclamer trop haut, dit-il dans son rapport à M. le président de la république, l'expérience acquise, tant en France que dans les autres pays de l'Europe, a démontré depuis longtemps l'impuissance des quarantaines et des cordons sanitaires pour arrêter la marche de l'épidémie. » Et M. le ministre énumère, en appuyant sur leur inefficacité, toutes les précautions prises en 1831 et 1832. Néanmoins, pour ménager les susceptibilités des populations maritimes, et surtout pour lever les difficultés qui, en l'absence de toute mesure préservatrice, accueilleraient nos navires dans les ports d'Espagne et d'Italie, il propose : 1° de soumettre, dans les ports de la Méditerranée, à une quarantaine d'observation de trois jours au moins et de cinq jours au plus, les provenances de pays envahis par le choléra; 2° dans le cas où le choléra se déclarerait pendant la durée de la quarantaine, de prolonger celle-ci de cinq jours, à partir de l'invasion du choléra chez le dernier malade. Ces mesures, aussitôt décrétées par M. le président de la république, aggravent, comme on peut voir, les dispositions du système quarantainaire suivi depuis 1848. Le gouvernement d'alors n'imposait une quarantaine de trois à cinq jours qu'aux navires sur lesquels le choléra se serait déclaré pendant la traversée; le décret actuel étend la quarantaine à tous les navires provenant de pays infestés, alors même qu'ils n'auraient eu à bord ni morts ni malades. Ce supplément de précautions mérite d'être remarqué de la part d'un gouvernement qui affirme positivement l'inefficacité des quarantaines.

Cette inefficacité est-elle aussi absolue qu'on veut bien le dire? Sans doute on aurait raison de soutenir qu'une épidémie peut se propager en dépit des quarantaines La raison en est que la contagion n'est pas le seul mode de propagation des épidémies, et il n'est personne, par exemple, qui s'avise de dire que le choléra s'est transmis d'individu à individu et, pour ainsi dire, de main en main, depuis le Gange jusqu'à Paris. Non; nous accordons même qu'un lazaret ou un cordon sanitaire qui se trouverait sur le passage d'une épidémie serait facilement traversé par le miasme morbifère. Mais il ne s'agit pas de cela : il s'agit d'individus infectés abordant dans une localité exempte d'influence épidémique. Or, dans cette condition, n'est-il jamais arrivé que des précautions quarantainaires aient enfermé dans l'enceinte d'un lazaret la propagation d'un choléra se transmettant d'individu à individu? On a cité des faits qui semblent démontrer le contraire. M. Pellarin, qui a étudié avec tant de soin et de persévérance la question de la contagion; M. Reynaud, premier chirurgien en chef de la marine, président du conseil de santé, qui a publié un remarquable travail sur le choléra de Toulon en 1835, rapportent le fait suivant. En 1833, la frégate *la Melpomène* partit de Lisbonne, alors en proie au choléra, pour Toulon, ayant perdu treize hommes et en ayant laissé quarante-cinq à l'hôpital au moment de mettre à la voile. En mer, plus de la moitié de l'équipage fut atteint. La frégate entre en quarantaine à Toulon, qui n'avait pas un seul cas de choléra. Elle reçoit à bord quatre gardes de santé et débarque les malades au lazaret, où sont envoyés quatre infirmiers forçats avec un garde-chiourme. Dès le soir de l'arrivée des gardes de santé à bord, un d'eux est pris de choléra et succombe en huit heures. Le lendemain, deux autres sont atteints et meurent. Le quatrième fut aussi frappé, mais il survécut. Des quatre forçats du lazaret, deux tombèrent malades le premier jour et expirèrent le lendemain. Un troisième les suivit bientôt après; enfin le garde-chiourme succomba le cinquième jour. Voilà certes une invasion rapide, effrayante, manifestement contagieuse. Si le quarantaine est inutile, la ville ne peut manquer d'être envahie. Eh bien! non. Le choléra ne franchit pas l'enceinte du lazaret, et Toulon n'eut de cholériques que deux ans plus tard.

M. Raynaud cite un autre fait du même genre. « La corvette américaine le *John-Adams* mouilla au milieu de la rade de Toulon, le 31 octobre

Feuilleton.

FRAGMENT D'UN DICTIONNAIRE DE MÉDECINE ET DE PHILOSOPHIE.

(Suite et fin.)

M

MALADIES, objet d'études sérieuses pour quelques hommes, objet de commerce et de spéculation pour d'autres. Ces derniers passent pour les plus habiles et les mieux avisés.

MANUSCRITS (scientifiques) Ils prennent très-vite des rides dans le portefeuille, car la science change souvent d'aspect; ni trop tôt ni trop tard, voilà le point essentiel de leur publication; mais l'à-propos n'est pas toujours facile à saisir.

MÉDECINE, science du bien et du mal, de l'utile et du pernicieux, de la grandeur et de la bassesse de l'esprit humain, la plus noble profession, le plus vil des métiers; son honneur n'est que trop souvent étranglé par le lacet du charlatanisme.

MÉDECINE (philosophique), l'intelligence générale de la science, qui n'attend que les applications comme le lingot d'or attend le module et l'effigie.

MÉDECIN, celui qui ose aspirer à ce but sublime, *guérir* ou *soulager* les hommes, c'est-à-dire participer au bien que Dieu fait aux hommes; mais aussi il a son *calvaire* dans l'oubli, dans l'ingratitude, dans la raillerie, dans l'insulte, conformité de plus avec son divin modèle.

MÉMOIRE, faculté qui fait quelquefois à l'esprit le tour que de prétendus chimistes ont joué à des gens crédules, ceux-ci pensaient avoir fait l'or que les autres avaient glissé dans le creuset.

MESURE, règle qui convient à tout, règle par excellence; elle suppose le calcul, la prudence, la modération, le jugement, la prévoyance. Sans la mesure, le diplôme de médecin n'est qu'un brevet très-propre à flatter la vanité, ou bien à exhausser le charlatanisme.

MODESTE. Un savant modeste est un saint très-rare dans le calendrier des auteurs.

MOI (le), l'être humain dans son essence et sa réalité primitive; ange inspirateur ou démon, selon les impulsions de la conscience.

MOI. Le grand art de l'homme habile est de faire de son *moi* un centre dont les autres sont la circonférence.

MONDE. Tout en nous, autour de nous, est d'un ordre mixte, c'est la loi du *monde des substances*, au delà duquel, séparé par l'abîme d'un mystère insondable, réside le *monde des essences*, puis l'unité première, la cause éternelle, nécessaire, absolue de toutes les existences.

MOYEN (de parvenir). Ménager les sots, ce qui revient à dire : pactiser avec les forts, les puissants, les habiles, dont on a tout à craindre.

1834, infestée par le choléra qu'elle avait contracté à Mabon; on lui interdit toute communication. Un garde de santé, envoyé pour la surveiller, fut bientôt enlevé par la maladie; d'autres malades succombèrent, et le mal indien ne se communiqua à aucun des vaisseaux placés près d'elle. »

Pourquoi, dans ces deux circonstances, la maladie est-elle restée confinée dans l'enceinte privée de communications avec le dehors? Nous l'avons dit tout à l'heure, parce qu'elle était importée dans un pays sain, où le miasme épidémique n'avait pas pénétré, et que dès lors une seule voie de propagation lui était ouverte, à savoir la contagion. Et c'est là, en effet, qu'est le nœud de la question. La contagionibilité du choléra est-elle prouvée par des faits? Si non, qu'on supprime les quarantaines; si oui, il est impossible que l'hygiène publique descende à cet aveu d'impuissance qu'elle connaît une des causes de la propagation du fléau, et qu'elle ne peut rien contre elle. Si le choléra est contagieux, les quarantaines, quelque discrédit qui s'attache à ce mot, quelque air de vétusté qu'on lui trouve, les quarantaines sont indispensables. Nous ne parlons pas des quarantaines passées ou présentes; nous sommes loin de dire qu'elles suffisent à tout: notre seule prétention est de soutenir qu'y a utilité, qu'il y a urgence à maintenir un système de précautions propre à empêcher la propagation contagieuse. Il ne serait pas juste d'arguer de l'insuffisance du système actuel pour conclure contre le principe.

M. le ministre, nous l'avons dit, admet ce principe, non pas par les mêmes motifs que nous, non pas par déduction scientifique et dans l'intérêt de la santé publique, mais uniquement par des considérations d'intérêt commercial. Ce dernier point de vue n'est pas de notre compétence. Nous remarquons seulement que si l'établissement d'une quarantaine doit ouvrir à nos vaisseaux les ports d'Italie et d'Espagne, rassurés contre nos provenances, il pourra bien aussi détourner de Marseille toutes les provenances de l'Inde et du Levant, et les faire refluer vers Trieste, que ne défend aucune mesure de ce genre. Mais enfin, quoi qu'il en puisse arriver, du moment où l'on institue une quarantaine, encore faut-il qu'elle offre des garanties sérieuses. Sans quoi ce serait une puérilité, et une puérilité gratuite, parce qu'elle ne satisferait pas les susceptibilités devant lesquelles on juge utile de céder. Or nous ne trouvons pas ces garanties dans le décret, spécialement dans la disposition applicable aux cas où le choléra se sera montré pendant la durée de la quarantaine. Alors celle-ci pourra être prolongée de cinq jours, *à partir de l'invasion du choléra chez le dernier malade*. Mais c'est décréter que la libre pratique sera accordée presque aussitôt après le début de la convalescence ou la mort du dernier malade. Il y a des choléras dont la période grave se prolonge deux, trois, quatre jours et plus. MM. Briquet et Mignot, par exemple, dans leur traité du choléra-morbus de 1849, établissent que les malades qui ont guéri sont entrés dans la période de réaction après une durée moyenne de quarante heures, en n'y comprenant pas la période de diarrhée prodromique. Joignez à cela la durée des phénomènes de réaction encore si fortement et quelquefois si longtemps empreints du cachet spécial de la maladie, et vous arriverez à trois ou quatre jours. Et il ne s'agit que d'une moyenne! Ainsi, aux termes du décret, la libre pratique suivra presque immédiatement ou même précédera quelquefois la mort du dernier malade, et il pourra, sur les cinq jours d'observation, ne pas rester une minute pour la période d'incubation. C'est une quarantaine qui paraîtra sans doute très-suffisante à ceux qui regardent la contagion comme une chimère; mais on n'en est pas moins autorisé à la leur reprocher comme illogique, du moment où ils ont consenti, n'importe dans quelles vues, à prendre l'hypothèse de la contagion comme base de l'institution.

Que dirons-nous maintenant de la dissolution de l'intendance sanitaire? En somme, cette intendance avait fait ce que le décret actuel autorise à faire; mais elle s'y était prise trop tôt. Elle avait refusé la libre pratique à des navires qui ne portaient ni malades ni morts. En ce, elle avait contrevenu à l'arrêté du pouvoir exécutif rendu en 1848, et que nous rappelions plus haut. De plus, il paraît qu'elle avait formellement refusé de se conformer à cet arrêté. M. le ministre de l'agriculture et du commerce a cru devoir la frapper sans rémission. S'il n'y a en aucun autre moyen de terminer ce conflit; si l'on s'est trouvé dans la nécessité de briser un corps composé d'hommes honorables, et entouré, en cette circonstance particulièrement, des sympathies de la population; si, au lieu d'un parlementaire officiel, un *commissaire extraordinaire* est devenu indispensable, il faut le regretter. Il faut regretter qu'on n'ait pu s'entendre sur une question où le gouvernement lui-même, par son décret, devait finir par donner raison, en fait, à l'intendance. Du reste, le caractère conciliant du commissaire choisi laisse une porte ouverte à un arrangement amiable; espérons qu'on en profitera.

LITHOTRITIE.

MÉMOIRE SUR LES PRINCIPAUX ACCIDENTS QUI PEUVENT COMPLIQUER LES OPÉRATIONS DE TAILLE ET DE LITHOTRITIE, ET SUR LES MOYENS DE LES PRÉVENIR OU D'Y REMÉDIER; par J.-E. PÉTREQUIN, professeur à l'École de médecine de Lyon.

(Suite. — Voir le numéro 29.)

CALCULS MULTIPLES, DE 9 ET 10 LIGNES DE DIAMÈTRE, AVEC COMPLICATION DE DYSURIE ET D'UN CATARRHE CHRONIQUE DE LA VESSIE; DIATHÈSE CALCULEUSE; SEPT SÉANCES.

OBS. VIII. — Claude-François Villet, âgé de 72 ans, ouvrier en soie à la Croix-Rousse (Rhône), souffre depuis longtemps de douleurs urineuses qui ont empiré surtout depuis quatre mois. Après divers traitements infructueux, il consulte le docteur Levrat aîné, qui reconnaît l'existence de la pierre, et l'envoie à l'hôpital, où il l'adresse à M. Pétrequin. On constate la présence de deux calculs, et après les préparations convenables, on procède, le 15 juin 1847, à une première séance de lithotritie. La vessie est très-sensible, les besoins d'uriner fréquents; les urines troubles, sortant avec douleur; l'état général affaibli par l'âge et la maladie. (Cet homme avait fait les campagnes militaires d'Italie où il avait souffert de grandes fatigues, etc.) M. Pétrequin saisit quatre fois les calculs, sous les diamètres successivement de 10 lignes, de 9, de 8 et de 7 lignes. Il se sert d'un lithotriteur à cuillers. La pierre est dure et nécessite l'emploi du marteau (1). Les suites sont heureuses. Beaucoup de débris sont rendus, et le 19 juin on peut faire une deuxième séance.

(1) A l'analyse chimique, MM. Pétrequin et Buisson constatent que l'acide urique forme la base presque exclusive de ce calcul.

N

NATURE (humaine), composée, selon quelques-uns, de molécules, d'agrégations chimiques et de quelques gaz; ils ne vont pas plus loin, et on appelle cela de la science.

NERVEUX, mot singulièrement heureux pour abriter l'ignorance du médecin, *cette affection est nerveuse*; tâchez maintenant de tirer une étincelle de vérité de cette magistrale sentence.

NOMENCLATEUR, espèce de savant qui s'attache aux mots; il les raccourcit, il les amplifie, il les retourne, les compose, les décompose et leur donne une importance extrême; aussi dit-on de ses ouvrages: *verba et voces, prætereà nihil.*

NOTABILITÉS (médicales)........

NOMINATIVE (médecine), celle dont se servent quelques hommes dont la tête est parfois si remplie de chiffres qu'aucune idée n'y peut entrer.

O

OBSERVATION, exposition graphique de la marche d'une maladie, c'est-à-dire ce qu'il y a de plus aisé ou de plus facile à faire, de plus insipide ou de plus instructif, selon l'esprit, le talent, le point de vue de l'observateur.

OCCASION, selon Hippocrate et l'expérience, le point le plus fugitif comme le plus important, mais le moins saisissable dans le traitement d'une maladie; elle exige deux conditions fort rares: une grande pénétration et une profonde attention.

OPÉRATION, preuve sanglante et douloureuse du peu de progrès de la science qui guérit et de l'insuffisance de nos moyens thérapeutiques.

OR. « Infiniment plus utile du malade au médecin que du médecin au malade » (Desgenettes), plaisanterie qui n'ôte rien à l'action réelle et incontestable de ce métal dans plusieurs maladies.

ORDRE, la loi essentielle des êtres et des sociétés qui veulent vivre.

ORGANISATION (médicale), vieille comédie, datant de plusieurs années, toujours mise au répertoire et jamais sur la scène.

P

PANACÉE; la plus efficace, la plus universelle, la plus désirée, est celle de l'argent; étrange et capitale aberration des hommes; mais l'illusion est complète, l'expérience n'y fait rien, et ils ont à cet égard un triple bandeau sur les yeux.

PASSION, souffle violent, parfois emporté, qui longtemps ébranle et obscurcit la vérité.

PATIENCE, la clef de toute puissance. (Dicton arabe.)

PENSÉES (philosophiques), étude et contemplation de la nature et de l'art où s'absorbe l'âme pour vivre dans un autre ordre d'idées que celui qui nous entoure, qui nous importune, qui nous persécute.

PERSONNAGE (un). Avec un peu d'observation physiologique et philosophique, on a bientôt connu le *dedans* d'un personnage; or ce dedans gâte presque toujours le *dehors*, toujours recouvert des plus belles apparences. Véritable fruit des bords de la mer morte.

On brise plusieurs fragments de 4 et de 5 lignes. (Bain ; tisane et potions calmantes.)

Troisième séance le 24 juin. La pierre est saisie trois fois sous les diamètres de 5 et de 4 lignes. Le malade rend encore beaucoup de graviers, mais la sensibilité morbide de la vessie s'exaspère. Il y a recrudescence du catarrhe vésical. Les mucosités embarrassent les fragments et retardent leur sortie. Cette complication ajourne une nouvelle application des instruments ; elle est combattue par les bains, les injections, le quina, l'opium, etc.

Le 27 juillet, M. Pétrequin peut procéder à une quatrième séance. On dirait que cet homme parait en proie à une diathèse calculeuse, car les pierres paraissent avoir grossi. On saisit un fragment de 9 lignes et un de 8 lignes. Le lithotriteur est retiré ensuite, garni de poussière tassée dans ses cuillers. Il n'y a pas d'accidents. On presse les séances pour ne pas donner lieu à de nouveaux dépôts.

Le 29 juillet, M. Pétrequin fait une cinquième séance. Il saisit plusieurs fois le calcul sous les diamètres de 4, 3, 5 et de 2 lignes.

Une sixième séance a lieu le 7 août. On ne saisit plus que des débris d'un petit volume de 2 à 3 lignes.

Une dernière séance a lieu quelques jours après. Le malade se trouve de mieux en mieux. Les malaises des voies urinaires se sont dissipés successivement, et après deux explorations minutieuses qui ne font plus rien découvrir.

Le sieur Villet part en très-bon état à la fin du mois. On le revit quelque temps après, la cure ne s'était pas démentie. (Recueillie par M. Bourland.)

Le grand âge de l'opéré, la coexistence de plusieurs pierres, la recrudescence du catarrhe vésical, et les accidents provoqués par l'arrêt des débris et l'encombrement du col qui retardèrent de plus d'un mois la quatrième séance, sont autant de circonstances défavorables qui devaient faire porter le plus fâcheux pronostic dont la gravité s'augmentait encore par la diathèse calculeuse du malade; néanmoins aucun accès de fièvre pernicieuse n'étant venu compliquer son état, la terminaison a été heureuse, et avec un traitement convenable, nous avons pu mener à bonne fin cette opération, qui était loin de s'annoncer sous d'heureux auspices.

Nous reviendrons plus loin sur ce fait. L'extrême sensibilité morbide de la vessie et de son col, qu'on avait à combattre dans le cas qui suit, devait inspirer de sérieuses inquiétudes sur les accidents opératoires ; on les conjura heureusement par une médication prophylactique.

CALCUL TRÈS-DUR, DE 24 MILLIMÈTRES, AVEC HYPERSENSIBILITÉ DE LA VESSIE ; SUBIRRITATION DU COL TRÈS-ANCIENNE, ETC. ; TRAITEMENT PRÉPARATOIRE ; GUÉRISON EN CINQ SÉANCES DE LITHOTRITIE.

OBS. IX.—M. B..., de Roanne (Loire), âgé de 56 ans, grand, fort, bien constitué, d'un tempérament sanguin, n'a jamais pu supporter le moindre retard dans l'émission de ses urines ; il a toujours été obligé de satisfaire immédiatement au premier besoin qui se faisait sentir. Depuis trois ans, cette infirmité s'est accrue, les besoins d'uriner sont devenus plus fréquents, et le moindre retard à les satisfaire détermine la sortie involontaire des urines. Vers cette même époque, la miction a commencé à devenir douloureuse. Les douleurs dans le gland sont devenues assez fréquentes, soit pendant les excrétions des urines, soit en dehors des moments de cette fonction. Un premier médecin, consulté à Roanne, sonde le malade et annonce que la vessie est encombrée d'un ou de plusieurs calculs. M. Brachet, consulté à Lyon au commencement de juillet 1848, constate la présence d'une pierre assez volumineuse. M. Pétrequin, appelé alors pour opérer le malade, diagnostique également l'existence d'un calcul, ou reconnaît en même temps que la vessie est très-susceptible, très-contractile, et qu'elle supporte difficilement même quelques onces d'injections.

Aussi il s'occupe de faire subir un traitement préparatoire, du 12 juillet au 26, en s'efforçant de diminuer cette sensibilité morbide par des bains et des injections calmantes, à l'aide du cathétérisme, des lavements, une purgation, etc.

27 juillet. Le malade paraissant suffisamment préparé, M. Pétrequin fait une première séance de lithotritie, assisté des docteurs Brachet, Ramhaud, Fenin et C. Perrin. On reconnait avec plaisir que la vessie reçoit sans peine 6 à 8 onces de liquide, pourvu qu'on le pousse avec précaution. Le calcul est saisi sous un diamètre de 24 millimètres. Les premiers coups de marteau font marcher rapidement la branche mâle de l'instrument ; mais arrivé à 6 ou 7 millimètres de la fin de la course, il est impossible de la faire avancer davantage, malgré 150 à 200 coups de marteau vigoureusement appuyé. Dans la crainte de fausser l'instrument sans lâcher complétement le calcul, M. Pétrequin tâche de le déplacer un peu en secouant le lithotriteur, puis serrant de nouveau, il parvient cette fois à briser ce noyau si dur.

La pierre est ensuite saisie et brisée trois fois sous des diamètres de 22 millim., 20 millim., et 18 millim., sans grands efforts. On retire alors l'instrument, et on fait quelques injections. Les premiers jets reviennent un peu colorés par le sang; on introduit un nouvel instrument à cuillers plus larges et plus fortes. Le calcul est saisi deux fois sous 22 millim., et une fois sous 18 millim. Cette seconde fois, il cède plus facilement sous les coups du marteau. On fait de nouvelles injections qui ressortent un peu colorées, d'abord pour reprendre presque aussitôt leur coloration naturelle. L'opération est bien supportée. Le malade prend aussitôt un bain tiède de deux heures. (Tisane de mauve et violettes ; lavement de mauve et pavots.)

28 juillet. Le malade a passé une bonne nuit, et n'a éprouvé aucun accident Il a peu rendu de graviers (1).

3 août. Deuxième séance. En présence des docteurs Brachet, Ramhaud et Cambay, l'injection et l'introduction de l'instrument s'exécutent avec assez de facilité. On saisit six fois des fragments, une fois sous 8 lignes, une fois sous 6 lignes, deux fois sous 5 lignes, et deux fois sous 3 lignes. On les brise tous avec le marteau, mais assez facilement et sans douleurs vives. Seulement, dans le cours de la manœuvre, on est obligé de retirer l'instrument pour nettoyer ses cuillers encombrées par un détritus solidement tassé. On sent dans le bas-fond de la vessie de nombreux fragments qui semblent de petit volume, on pense avoir suffisamment brisé les plus gros, comme la suite le prouva. Du reste, le malade n'a accusé aucune douleur et se trouve parfaitement bien. Injections réitérées. Elles reviennent avec leur couleur normale. (Bain ; lavement ; potion calmante.)

Les jours suivants, l'opéré rend une grande quantité de graviers, dont quelques-uns assez gros, sans aucune douleur, et avec une facilité remarquable. Il n'a pas de fièvre et se trouve très-bien.

9 août. Troisième séance. Depuis le 6, le malade ne rend plus de débris. L'injection et l'introduction de l'instrument se font, comme toujours, facilement. On saisit huit fois et on brise sans peine avec le marteau des fragments de différents diamètres : deux de 4 lignes, deux de 3 lignes, deux de 6 lignes, un de 8 lignes, et un de 5 lignes. Plusieurs fois, dans cette séance, on est obligé d'aller rechercher des fragments dans le bas-fond de la vessie et au-dessous du col. La manœuvre en est un peu compliquée, et une seule fois le malade en éprouve une légère douleur. (Injections qui reviennent avec leur couleur.) Le malade se trouve très-bien et se met au bain après la séance. (Lavement ; tisane et potion calmante.)

Le lendemain et les jours suivants, M. B... n'éprouve ni fièvre ni accident, et pisse d'abondants débris.

17 août. Quatrième séance. Depuis quatre jours, il ne sort plus de graviers ; ou

(1) L'analyse chimique, que M. Pétrequin a faite avec M. Buisson, a montré que ce calcul était composé d'acide urique.

PHILOSOPHIE. Voir le bien, aimer le bien, faire le bien, n'est-ce pas être vraiment philosophe ?

PRÉJUGÉS. Il faut être un grand homme ou un grand fou pour entreprendre de détruire des préjugés. Le grand homme ne veut détruire que les préjugés dangereux, l'insensé veut les ruiner tous.

PRINCIPE (vital), être ou chimère qui sert à expliquer ce qui est inexplicable. Savoir s'il est et ce qu'il est, est le plus grand problème qu'il soit jamais donné aux hommes de résoudre.

PROBABILITÉ, cercle d'airain dans lequel la médecine semble éternellement renfermée.

PROGRÈS (vrai), passer du connu à l'inconnu sans jamais dévier ni rétrograder. « Rien n'est si commun que le mot, rien n'est si rare que la chose. »

PROGRÈS (faux), mouvement de rotation dans un cercle d'erreurs.

PRONOSTIC; *peut-être* en est le synonyme le plus vrai, le plus juste, le plus complet.

PURGON (le médecin) ; il avait complétement raison de purger et de repurger Orgon atteint de manie, et de *lubréfier* ses entrailles. Molière eut complétement tort à cet égard, malgré son immense génie d'observation.

PLUTOCRATIE, au fond, la seule religion de notre époque.

Q

QUARANTAINE, mesure sanitaire contre la peste; n'y a-t-il donc pas de quarantaine possible contre la peste morale, mille fois plus dangereuse que l'autre ?

QUESTIONS (scientifiques). Il en est un grand nombre complétement usées, sur lesquelles il reste quelque chose de neuf à dire, la vérité.

QUINTESSENCE, mot qui a vieilli comme la chose elle-même, car il signifie ce qu'il y a en tout de plus pur et de plus parfait; il n'y a donc plus de quintessence.

R

RAISON, se dit d'une puissante verve de logique, tempérée par le bon sens et le bon goût.

RARE, un bon ouvrage de médecine, fait sans livres, sans prévention, sans trop de suffisance.

REPTILE, qui rampe, nom donné à une classe d'êtres et d'individus qui s'avancent, qui s'élèvent, qui parviennent et rampent.

RÉPUTATION, espèce de loterie où le mérite n'a pas toujours les bons numéros ; la réputation de certains hommes semble une insolente bouffonnerie de la fortune.

RESPONSABILITÉ, ce qui pèse le plus sur la conscience du médecin honnête et le moins sur celle du jongleur charlatan.

RÊVE, association d'idées bizarres, incohérentes, maintenant très-commune parmi ceux qui veillent.

RIRE, mouvement des muscles de la face à la vue d'un objet ridicule. Il y a aussi le *rire intérieur*, celui de l'esprit, infaillible devant les prétentions de la sottise et de l'ignorance.

saisit et on brise avec le marteau sept fragments : un de 6 lignes, un de 3, deux de 4, un de 4 lignes et demie, un de 2 lignes et demie, et un tout petit. Tous ces fragments ont été chargés en arrière et au niveau du col, un seul à droite. Deux fois la vessie s'est contractée et a chassé du liquide de l'injection le long de l'instrument sur lequel on serre modérément la verge. On met le malade au bain dans l'état le plus satisfaisant.

Les jours suivants, l'opéré rejette des graviers sans que rien ne soit changé à sa bonne santé habituelle.

22 août. Cinquième séance. Depuis deux jours, l'émission des débris de pierre a cessé. On saisit huit ou dix petits fragments; les plus gros sont de 3 lignes; on en cherche vainement de plus volumineux. M. Pétrequin cède au docteur Brachet l'instrument pour contrôler son exploration, mais il ne peut non plus trouver un seul fragment.

Le lendemain et les jours suivants, les choses se passent bien. Le malade rend des débris de calculs et n'est aucunement incommodé.

30 août. Séance d'exploration. Le malade accusant encore un certain embarras dans l'émission des urines, on explore attentivement tous les recoins de la vessie, et comme on ne rencontre rien, on est convaincu que cette gêne n'existe que depuis la dernière séance et est le résultat d'un peu d'irritation du col, et non point de la présence de débris dans la vessie. Les urines sont belles, et le malade a pu faire impunément, ces jours passés, une promenade de 28 kilomètres en voiture. On le considère comme guéri, et si on le garde encore quelques jours à Lyon, c'est par pure précaution et par excès de prudence. (Recueillie par le docteur M. Ramband.)

L'hypersensibilité pathologique de la vessie, qui ne pouvait supporter d'abord aucune injection, et l'ancienne irritabilité de son col, qui forçait le malade à obéir immédiatement au premier besoin d'uriner, constituaient sinon des contre-indications absolues, du moins des circonstances très-défavorables. J'ai pris soin de faire subir un traitement préparatoire qui a exercé la plus heureuse influence. J'ai amorti l'irritabilité morbide du col par le cathétérisme et la dilatation lente et progressive du méat urinaire. J'ai pris soin en même temps d'habituer la vessie à des injections émollientes (décoction de mauves et de têtes de pavots); un régime approprié, des lavements, des tisanes délayantes concouraient au même but. Aussi, après quatorze jours d'un traitement préparatoire, cette opération, qui devait encore faire craindre des orages, s'est passée avec une remarquable simplicité. J'avais soin, comme toujours, avant de procéder à une nouvelle séance, d'attendre que l'irritation traumatique de la précédente fût dissipée : de sorte que l'opéré a pu se considérer, pendant tout le cours de cette lithotritie, pour ainsi dire comme en état de parfaite santé, et à part quelques remèdes pris dans l'intervalle des séances, il s'est trouvé guéri et débarrassé de son calcul sans en souffrir et presque sans s'en apercevoir. Je l'ai ensuite assujetti à un régime de vie antilithique, et pour modifier radicalement l'état des voies urinaires, dont il souffrait d'ancienne date, je l'ai engagé à passer une saison aux eaux minérales de Vichy; il s'en est très-bien trouvé, et j'ai récemment appris de son gendre, négociant à Lyon, qu'il continue à jouir du bénéfice complet de l'opération.

A mesure que nous avançons, nous allons trouver des complications qui diffèrent pour leur degré, pour leur forme ou leur point de départ. Désireux de prémunir les praticiens contre les principaux accidents qu'on a à redouter, je cherche à en dérouler successivement les phases suivant un ordre méthodique. En voici de nouveaux exemples.

CALCULS MULTIPLES, DE 24 ET DE 35 MILLIMÈTRES, TRÈS-DURS, AVEC HYPERSENSIBILITÉ DE LA VESSIE ET DE SON COL; RÉTRÉCISSEMENT DU MÉAT ET DE LA FOSSE NAVICULAIRE, ETC. — ACCIDENTS DIVERS : FIÈVRE URÉTRALE, DIATHÈSE CALCULEUSE, ENCOMBREMENT DU COL VÉSICAL, ENCLAVEMENT SUCCESSIF DE QUATRE GROS FRAGMENTS DANS L'URÈTRE ET LA FOSSE NAVICULAIRE; GUÉRISON COMPLÈTE.

OBS. X. — Hercule Thézèle, né à la Fère, âgé de 48 ans, commis voyageur, est adressé à M. Pétrequin pour une grave maladie des voies urinaires, et entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon dans son service de la salle des opérés le 4 décembre 1847. D'une constitution sanguine et forte, et habitué comme tous ceux de sa profession à une vie active et à quelques petits excès, il raconte qu'il s'est toujours bien porté et n'a jamais ressenti d'incommodité d'aucune espèce jusqu'au mois d'août 1845. A cette époque et pour la première fois, il fut tout à coup pris de violentes coliques qui cessèrent brusquement après quelques heures, et furent remplacées par de vives douleurs ayant leur siége au niveau de la vessie. Ces douleurs, qui s'accompagnaient d'envies fréquentes d'uriner, de sueurs abondantes et de frissons, revinrent à des époques indéterminées dans la suite, et surtout chaque fois que le malade se livrait à quelques écarts de régime. Néanmoins il put continuer ses affaires et ses voyages jusqu'au mois de septembre 1847. A ce moment les douleurs devinrent plus vives et plus fréquentes. L'émission des urines s'embarrassa de plus en plus ; il commença à éprouver la sensation d'un poids dans le petit bassin et comme des piqûres d'épingle dans le bas-ventre; le sommeil et l'appétit sont troublés; il ne peut plus continuer ses voyages; la moindre fatigue exaspère ses souffrances. C'est dans cet état qu'il entre à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Pétrequin.

Le 10 décembre, la vessie préalablement remplie d'eau tiède, on sonde le malade, et l'on constate la présence de calculs volumineux. Cette première et généralement inoffensive exploration, faite avec tous les ménagements possibles, fut suivie pourtant d'une fièvre violente qui persista plusieurs jours malgré un traitement approprié.

Le 23 décembre, seconde exploration, suivie des mêmes accidents, ce qui oblige de nouveau d'ajourner la lithotritie et d'entreprendre un traitement préparatoire.

Le 3 janvier 1848, tous les accidents calmés, M. Pétrequin procède à l'opération, pousse une injection tiède et introduit le lithotriteur. Après plusieurs tentatives, on saisit un calcul sous un diamètre de 24 millim. L'opérateur pense l'avoir chargé suivant son plus grand diamètre (1).

4 janvier. Léger accès de fièvre. On trouve dans les urines quelques petits fragments. (Grand bain; tisane de violette et tilleul; pot. calmante; lavement avec quina, valériane et pavot.)

Le 11 janvier, seconde séance. On saisit et on brise à l'aide du marteau un fragment de 10 millim. Pour retirer l'instrument dont la cuiller est engorgée par les débris, on est obligé de débrider le méat urinaire. Le malade a supporté sans fatigue cette seconde épreuve. Tout se passe bien les jours suivants : l'opéré rend plusieurs fragments et trouve que l'émission des urines est moins souvent douloureuse.

19 janvier. Un fragment triangulaire arrêté dans la fosse naviculaire et engagé dans le méat est extrait à l'aide de la curette articulée de M. Leroy-d'Étiolles, après avoir débridé le méat. Le malade déclare qu'il avait depuis deux jours de la peine à uriner, et que ce fragment devait avoir séjourné tout ce temps dans le canal de l'urètre.

Le 20 janvier, douleur, fièvre intense depuis hier, pouls fréquent, face injectée. (Diète, repos; tisane de violette et tilleul, potion calmante, lavement avec quina, valériane et pavot.)

(1) L'analyse chimique nous a fait voir que ce calcul était entièrement composé d'acide urique.

S

SAIGNÉE, moyen thérapeutique énergique ; c'est le plus discuté, le plus exposé à toutes les opinions systématiques : pour les uns, il est *héroïque*; pour les autres, c'est un *commencement d'assassinat;* cette discussion remonte à l'origine de la science, et elle dure encore. A quand le *criterium* positif?

SANG, fluide réparateur et universel de l'organisme, à peu près inconnu dans ses éléments après les *trois cent soixante et une* analyses qui en ont été faites.

SANTÉ, trésor d'une valeur inestimable, trop souvent livré à ces harpies qu'on nomme passions ou folies.

SAVOIR (faire), l'art de plaire aux femmes et de tromper les hommes, le tout recouvert d'une *mousse* de politesse affectée.

SCIENCE. En ce qui concerne la bonne, la vraie, il y a autant à désapprendre qu'à apprendre.

SCIENCE (appliquée), science bien comprise du calcul des intérêts et de l'intérêt des intérêts.

SENS. On en compte cinq pour donner à l'homme des idées, des impressions, le plaisir, la douleur, et pas un seul pour indiquer le faux et le vrai.

SIGNES, caractères hiéroglyphiques tracés par la nature, mais dont le sens nous échappe neuf fois sur dix. S'il en était autrement, la médecine passerait de la *probabilité* à la *certitude*, ce qui en ferait une science presque divine.

SOBRIÉTÉ. Timothée, fils de Conon, disait que les soupers de Platon ne valaient pas grand'chose le soir même, mais qu'on les trouvait excellents le lendemain.

SOPHISTICATION, filouterie mercantile qui prouve que les consciences sont aussi sophistiquées que les drogues.

SOTTISE, faiblesse intellectuelle, infirmité morale, mais qui n'exclut ni les succès, ni le pouvoir, ni la fortune, au contraire. Voltaire disait *nossseigneurs* les sots.

SUBSTANCE, ce qui est *dessous;* mais ce dessous est éternellement voilé pour nous.

SUCCÈS, but souverain vers lequel tendent tous les vœux, tous les efforts, tous les travaux, à notre époque. Il exige trois conditions : du temps à perdre, une patience à toute épreuve et des jambes infatigables.

SYNTHÈSE, la base, l'essence, la nature même de toute science, ce que les esprits superficiels ne comprennent pas ou comprennent mal.

SYSTÈME, véritable *fagot d'idées*, réunies avec plus ou moins d'art et d'adresse, et que le temps consume rapidement. Des assertions, des phrases, des mots, en voilà les cendres.

T

TEMPÉRAMENT. Celui de l'esprit est bien plus important à connaître que celui du corps; mais il se déguise, il se cache, il se transforme, et par cela même il devient très-difficilement saisissable.

TEMPS, juge incorruptible et inamovible.

22 janvier. La fièvre est tombée; l'état général est bon; mais le canal de l'urètre paraît enflammé; l'émission des urines est douloureuse.

Le 31 janvier, après quelques jours d'un calme parfait, on essaye une nouvelle tentative; l'injection passe très-bien, mais le lithotriteur cause de si violentes douleurs quand on tente de l'introduire qu'on remet l'opération à un autre jour.

Le 3 février, on reprend l'opération sur l'invitation pressante du malade qui dit se trouver très-bien. L'injection passe facilement, mais le lithotriteur cause de très-vives douleurs surtout aux approches du col de la vessie où se sont amassés une grande quantité de fragments qui gênent singulièrement la marche de l'instrument. On saisit dans la vessie deux fragments, un de 3 et un de 10 mill., que l'on brise assez facilement.

4 février. Le malade n'a pas été trop fatigué, mais il souffre néanmoins et a peu rendu de calculs.

15 février. Nouvelle tentative qui ne peut être achevée parce que le lithotriteur est arrêté par un fragment qui est solidement engagé dans le canal de l'urètre et qu'on ne veut pas repousser dans la vessie.

Le 17 février, ce fragment, du volume d'une grosse noisette et de la forme d'une tuile, arrivé dans la fosse naviculaire, est extrait à l'aide de la curette articulée.

29 février, En l'absence de M. Pétrequin, le chirurgien qui le remplace pratique une séance et brise plusieurs fragments de petits volumes.

1er mars. Le malade n'a pas été fatigué et a rendu une notable quantité de débris.

4 mars. On saisit et brise deux petits fragments. (Grand bain.)

7 mars. On charge un fragment de 35 millim. et un autre de 10; on les brise tous les deux avec le marteau.

9 mars. Un nouveau fragment très-considérable occupe la fosse naviculaire; M. Pétrequin l'extrait à l'aide de la curette et d'une sonde canelée dont il se sert pour le faire basculer afin de glisser la curette en arrière, ce qui réussit.

16 mars. On saisit trois fragments de 5 millim. à droite et en avant, un de 4 au fond et un de 3; on les brise tous trois avec le marteau.

21 mars. On saisit quatre fragments, un de 11 millim., un de 5, un de 4 qui sont brisés avec le pignon, et un de 8 millim. qu'on ne peut réduire qu'avec le marteau. L'opération est bien supportée. Les fragments sortent facilement et en abondance.

27 mars, On saisit trois fragments, un de 10 millim., un de 4 et un de 3. Deux sont brisés avec le pignon; le troisième avec le marteau.

30 mars. On charge et on brise avec le marteau trois fragments, un de 9 mill. et deux de 3.

3 avril. Il faut encore extraire de la fosse naviculaire un fragment de 7 millim. sur 4.

5 avril. Trois fragments de 7 millim., de 5 et de 7 sont broyés.

8 avril. Trois autres de 9, 8 et 4 millim. sont aussi lithotritiés.

12 avril. On extrait encore un fragment arrêté dans la fosse naviculaire.

17 avril. On brise un fragment de 7 millim.

25 avril. Broiement de deux autres calculs de 4 et 3 millim. L'opéré est atteint d'une véritable diathèse calculeuse qui semble reproduire de nouvelles pierres à mesure qu'on se débarrasse des premières. En conséquence M. Pétrequin depuis quelque temps presse les séances autant que possible.

27 avril. Broiement de deux autres fragments de 8 et 2 millim.

3 mai. Le lithotriteur rencontre dans le canal et repousse dans la vessie un fragment que l'on parvient à saisir sous le diamètre de 6 millim.

Pendant ces dernières tentatives qu'aucun accident n'est venu contrarier, les fragments sont sortis en abondance et facilement. Le malade se trouve très-bien depuis quelque temps, il se dit guéri, et une dernière exploration qui permet de constater que la vessie est parfaitement libre, décide M. Pétrequin à laisser partir son opéré qui demande son exeat. (Recueillie par M. Hémy.)

Nous trouvons ici des complications variées et des plus embarrassantes. L'excessive susceptibilité des voies génito-urinaires, qui développa dès l'abord une fièvre intense que nous nommerons fièvre urétrale, devait inspirer de sérieuses craintes sur l'issue de l'opération. Le volume, la dureté et la multiplicité des pierres, l'âge déjà avancé du sujet et la véritable diathèse calculeuse dont il était atteint, me firent un instant hésiter sur l'opportunité de la lithotritie. Néanmoins le malade ayant l'intelligence de sa position et du courage, et le traitement préparatoire ayant produit le meilleur effet, je persistai et j'eus raison. Deux fois je fus contraint de débrider le méat urinaire. Quatre fois il me fallut aller à la recherche de fragments volumineux enclavés dans l'urètre, etc. Nous eûmes ainsi à combattre des accidents multipliés de la plus haute gravité. Toutefois, malgré ces complications et ces accidents, malgré le séjour prolongé du malade dans l'hôpital, l'opération, après seize séances de broiement, fut couronnée de plein succès, ce que j'attribue principalement à la lenteur méthodique qu'on apporta dans les premières tentatives, à la réserve et aux ménagements qu'on mit dans chaque séance et au traitement spécial qui vint promptement combattre chacun des accidents.

Après ce tableau déjà si varié, si étendu, il semble que la liste des accidents et complications à redouter et à combattre devrait se trouver épuisée; il n'en est rien cependant, comme on va le voir.

CALCULS MULTIPLES, DE 8 ET 14 LIGNES, AVEC HYPERSENSIBILITÉ DE LA VESSIE ET DU COL; RÉTRÉCISSEMENT DE L'URÈTRE; CATARRHE VÉSICAL, ETC. — ACCIDENTS: INDIGESTION, ENCOMBREMENT DU COL, ENCLAVEMENT SUCCESSIF DE PLUSIEURS FRAGMENTS DANS LE CANAL, URÉTRITE, ORCHITE A GAUCHE, BRONCHITE AIGUE, ETC.; GUÉRISON COMPLÈTE.

Obs. XI. — Léonard Borie, âgé de 50 ans, né à Tulle (Corrèze), employé au bureau de navigation, d'un tempérament bilioso-nerveux, grand, sec et maigre, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon, salle des opérés, n° 10, service de M. Pétrequin, le 26 janvier 1848. Cet homme a eu dans sa jeunesse plusieurs blennorrhagies toutes parfaitement et convenablement guéries; la dernière date de douze ans. Astreint à faire un service à cheval assez pénible, il s'est toujours bien porté jusqu'au mois de mai 1847. A cette époque survinrent quelques douleurs sourdes dans l'hypogastre et de la difficulté pour uriner. Il rendit sept ou huit calculs; quelques-uns gros comme un haricot. Il prit alors sa retraite, se condamna au repos sans voir diminuer ses souffrances; le moindre excès, le plus léger exercice, la voiture, déterminaient de très-vives douleurs et des embarras extrêmes dans la miction. Le jet d'urine devint de plus en plus irrégulier. Le malade consulta à Mâcon plusieurs médecins qui tous constatèrent la présence d'un calcul, mais ils ne furent pas également d'accord sur l'opportunité de l'opération. Il vint à Lyon en décembre et se confia d'abord à un docteur qui lui cautérisa le canal pour guérir un rétrécissement. N'ayant pu s'entendre avec ce praticien sur les conditions d'une opération, il se décida, sur l'avis de M. Levrat aîné, à entrer à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Pétrequin, qui nous fit constater ce qui suit:

Douleurs cuisantes dans tout le canal pendant l'émission des urines; besoins fréquents de miction; urines rouges, chargées, fétides, laissant déposer par le repos un résidu assez abondant, mêlé de petits graviers. Bronchite légère, sommeil rare et agité, du reste bon appétit et pas de fièvre.

Le 29 janvier, M. Pétrequin constate et nous fait constater l'existence d'un calcul. Le cathétérisme cause assez de douleurs, mais ne révèle aucune altération appréciable des voies urinaires.

Le 8 février, on tâte la sensibilité de l'urètre par l'introduction du lithotriteur. On saisit un petit fragment, à droite et en avant, puis on refait des injections émollientes pour réitérer la manœuvre du cathétérisme dans la journée. Le malade fut un peu fatigué et trouva qu'il souffrait davantage en urinant. On

---

Trafiquer, s'entend d'un médecin qui, monté sur le tréteau d'un journal, vend sa drogue et sa conscience pour attirer les chalands.

U

Univers, magnifique expression peignant l'ensemble des œuvres de Dieu. Nous n'avons qu'une perception très-limitée de cet univers; il ne nous sera jamais donné de mesurer ses espaces sans fin, ses abîmes sans fond, son immense unité et son incompréhensible variété.

Utopies, très-souvent des vérités prématurées.

V

Vénérien (sens), redoutable pouvoir qui change en Nabuchodonosor les fous, les imprudents, les téméraires, incapables de réprimer ce désir de volupté perfide qui réside dans l'instinct, ou de le régler d'après les possibilités organiques.

Vérité (médicale), inconnue qu'il n'a pas été possible de dégager des phénomènes sensibles. Nous défier de nos lumières est le premier pas vers la *vérité*.

Vie (physiologique), cause inconnue d'un fait évident.

Vie (individuelle), bien incertain qu'il faut jouer à toute heure.

Vie (morale). Les anciens philosophes regardaient la vie comme une table à laquelle chacun venait s'asseoir successivement, sans pouvoir ni choisir ni garder sa place.

Vie (esthétique ou harmonique). Elle s'étend à tout, anime tout, échauffe tout; il n'est pas de beauté sans elle ou sans sa représentation. Galatée est debout sur son piédestal, déjà puissante, idéale et belle; elle n'est pas femme encore. Qu'attend-elle? La *vie* qui s'appelle aussi l'amour.

Vie (sociale). Afin de supporter celle qu'on nous a faite, il faut s'attendre à tout pour ne s'étonner de rien.

Vieillesse, époque de la vie que l'on désire toujours atteindre, et que l'on regrette toujours d'avoir atteinte.

Virus, mot très-commode pour déguiser notre ignorance sur une infinité de causes de maladies. Être réel ou fantastique, soulage le praticien en persuadant le malade.

Vivre, dans le sens physique, c'est l'exercice des organes; dans le sens physiologique, c'est sentir; dans le sens moral, c'est penser, réfléchir, juger. Il y a d'énormes inégalités parmi les hommes dans les trois termes de cette magnifique unité, *vivre*.

Volonté, force la plus puissante de l'homme, et celle dont il use le moins.

Vraisemblable, le plus dangereux écueil de la médecine, parce qu'il flatte l'amour-propre et qu'il est recouvert des livrées de la vérité.

Z

Zèle, ce qui est indispensable pour le progrès, pour l'honneur de la science, le contraire du détestable mot de Talleyrand. Oui, du zèle, encore du zèle, toujours du zèle, de l'élan, de l'enthousiasme et de la constance.

R.-P.

avait saisi deux fois le calcul, une fois sous un diamètre de 6 lignes, on le brisa avec le pignon. En retirant l'instrument, on cause d'assez vives douleurs (1).

12 février. La sonde d'abord, et le lithotriteur ensuite, passent assez difficilement, surtout au niveau du col vésical, et causent toujours des douleurs. L'injection est mieux tolérée. Le calcul est saisi et broyé trois fois : deux fois sous 8 lignes et une fois sous 14 lignes. La contractilité de la vessie le chassait en avant vers le col.

15. La vessie étant plus sensible qu'à l'ordinaire, on pratique des injections émollientes.

17. Le canal est toujours très-sensible; écoulement blanc et muqueux; engorgement du testicule gauche; recrudescence de la bronchite. (Injections émollientes; tisane de dattes et de jujubes; looch blanc avec kermès, 0,05.)

18. Le canal est toujours très-sensible. Injections émollientes et narcotiques.

19. Même état. Deux injections successives; grand bain. Un fragment de calcul est engagé dans le canal, d'où on le fait sortir.

9 mars. L'engorgement du testicule a augmenté. Il s'y est formé un abcès superficiel qu'on a ouvert.

16. Le canal est toujours d'une grande sensibilité. Deux injections émollientes; l'introduction du brise-pierres détermine un tremblement nerveux qui gêne la manœuvre. Néanmoins M. Petrequin saisit et brise à droite et en avant un fragment de 8 lignes de diamètre et un autre de 6.

19. Accès de fièvre violent. Injection émolliente; lavement avec valériane, quina, pavot et laudanum. Un fragment est engagé dans le canal.

20. On pratique une injection avec une sonde ouverte à son extrémité, et qui réussit à déplacer le calcul engagé. L'introduction des instruments excite la douleur et ramène le tremblement nerveux. Quoi qu'il en soit, on saisit et on brise trois fragments, dont un de 6 et un de 5 lignes. (Bain; potion calmante.)

25. Lavement avec valériane et pavot.

26. La surexcitation de la vessie persiste. Le canal est obstrué de débris. (Injections émollientes; lavement avec quina et pavot.) Les calculs rendus sont d'une extrême dureté, ils semblent constitués par un silicate de chaux.

27. Le passage de la sonde est toujours très-douloureux. Le canal est toujours rempli de graviers. L'urine est fétide. (Injections émollientes.)

28. Malgré la persistance des mêmes accidents, on fait une nouvelle tentative. Deux fragments, un de 8 lignes et un 3 lignes sont saisis et brisés. (Pot. calm.; lavement de valériane, quina et pavot.)

1 et 2 avril. Les accidents n'ont pas augmenté. Le col est encombré de graviers. (Deux injections émollientes.)

5. Il semble que les douleurs sont moins vives. L'urine est muqueuse, glaireuse. (Deux injections émollientes.)

6, 7, 8 et 9. Les douleurs sont les mêmes. (Mêmes injections.)

10. L'introduction du lithotriteur est toujours douloureuse. On saisit et on brise deux fragments, un de 6 et un de 5 lignes.

Les jours suivants, injections émollientes.

14. Le malade désire et appréhende l'opération. L'introduction des instruments lui arrache des cris, autant de peur que de douleur. On saisit et on brise deux fragments, un de 7 et un de 3 lignes.

Jusqu'au 22, la sensibilité des voies urinaires se maintient, malgré de fréquentes injections. Le canal est toujours encombré de débris.

Le 22, nonobstant la douleur et l'encombrement du canal, on introduit le brise-pierre pour déblayer l'entrée de la vessie ; on saisit et l'on brise quatre fragments, un de 3, un de 5 et 2 de 4 lignes. L'instrument rapporte une assez grande quantité de débris. La malade urine immédiatement, mais avec douleur. Les urines contiennent quelques débris.

24. Même état. Injections émollientes.

25. Pas de fièvre, moins d'abattement. Les urines sont meilleures. (Grand bain.)

26. Premier lavement laxatif avec miel et manne ; deuxième lavement sédatif avec valériane, pavot et laudanum.

27. Le passage des instruments est toujours douloureux; on ne saisit qu'un fragment de 5 millimètres, qu'on brise avec le marteau.

28, 29. Grand bain.

2 mai. Le canal est toujours encombré, et la sensibilité plus exaltée que jamais; on renonce pour le moment à toute tentative de broiement.

Sur sa demande, on éthérise le malade. On saisit et on brise huit fragments, deux de 8 millim., deux de 3, et les autres de 4, 5, 6 et 7 millim. Malgré l'état anesthésique, le malade s'est beaucoup agité et a poussé de grands cris. (Potion calmante; grand bain; deux lavements avec quina, valériane et pavot.)

9 et 10 mai. Ces deux nuits, le malade a peu dormi, à cause des envies d'uriner qui survenaient toutes les quinze minutes; elles commencent à se calmer, il peut rester une heure sans uriner; du reste, pas de fièvre; état général assez bon.

11. Urines troubles laissant un dépôt muoso-puriforme; fréquentes envies d'uriner; miction douloureuse; insomnie. (Eau gazeuse; potion calmante laudanisée.)

12. Un peu de sommeil. Urines moins troubles. La sonde, et après la sonde, l'injection, pénètrent difficilement, à cause de l'accumulation des graviers au niveau du col. Sensibilité excessive.

13. Le malade a rendu des graviers, dont trois assez gros. Il a souffert et a eu des accès de fièvre. Le dépôt est toujours abondant. Les urines présentent trois étages, dont le plus élevé est comme floconneux, et l'inférieur granuleux.

14. Mieux sensible. Le malade a dormi : les envies d'uriner sont plus rares, et le dépôt des urines moindre. Le malade ne rend plus de graviers. Il est éthérisé; pendant son sommeil, on saisit cinq fragments qui sont brisés avec le marteau, et une seule fois avec le pignon : un de 6 millim., un de 7, de 3, de 5, et un de 8 millim. (Grand bain; lavem.; pot. calm.)

15. Le malade n'a pas dormi et n'a que peu uriné, mais il a rendu une bonne quantité de graviers. Les urines n'ont pas plus déposé que d'habitude, et le sujet se trouve assez bien.

17. Catarrhe pulmonaire aigu, avec toux fréquente. (Tisane béchique et potion.)

18 et 19. Le catarrhe s'amende, les urines deviennent plus claires; mais la fièvre persiste. Les débris de calculs continuent à sortir.

20. L'amélioration continue; quelques coliques cette nuit. (Lavement avec lin, pavot et laudanum.)

21 mai. Éthérisation. Deux injections émollientes. On saisit et on brise avec le marteau cinq fragments, deux de 3 lignes, un de 6, de 5 et de 7 lignes; puis on retire l'instrument pour nettoyer les cuillers encombrées de poussière agglutinée par du muco-pus. Dans une seconde tentative immédiatement pratiquée, on saisit encore cinq fragments, trois de 3 lignes, un de 8 et un de 6 lignes qui nécessitent également l'emploi du marteau.

22 mai. Point de fièvre, marche facile; urines encore un peu troubles, mais moins que ces jours passés. Elles sortent facilement et à des intervalles plus éloignés. Le malade a bien dormi et a rendu une grande quantité de débris, dont trois assez gros.

Jusqu'au 27 mai, le malade se trouve bien; il peut se promener et sortir; ses urines s'éclaircissent, mais ne contiennent plus de graviers depuis le 23.

28. Le malade annonce qu'il a depuis plusieurs jours des coliques et la diarrhée. Néanmoins on pense pouvoir tenter le broiement. Éthérisation. On charge et on brise avec le marteau quatre fragments, deux de 5 lignes, un de 6 et un de 3 lignes. L'instrument retiré et nettoyé, on le replace et on broie toujours avec le marteau trois fragments, deux de 2 lignes et un de 5. Cette éthérisation, comme les précédentes, est suivie d'une longue prostration.

29. État général satisfaisant; pas de fièvre; le malade n'a uriné qu'environ dix fois; il a rendu beaucoup de graviers. Ses urines ne sont pas plus troubles. (Grand bain.)

30. Même état. Les coliques persistent. (Lavement calmant.)

Jusqu'au 3 juin, cet état persiste; les urines ne contiennent qu'un médiocre dépôt qui se partage toujours en deux couches; elles passent assez facilement.

4 juin. Éthérisation et injections émollientes : on saisit et on brise cinq fragments, deux de 3 lignes, deux de 4, et un de 6 lignes. L'instrument, comme toujours, revient chargé de poussière et de mucus.

5. Le malade est bien; il a seulement craché un peu de sang, ce qu'on attribue à l'éthérisation, qui a été forte et prolongée hier. Il a peu rendu de graviers.

Le 6, le malade éprouve en sortant du bain une sorte de rétention d'urine; ses efforts réitérés chassent tout à coup comme un bouchon, et les urines coulent à flots, n'ayant point trouvé de calculs, il pense que c'est du mucus qui s'était concrété dans le canal. Les coliques sont moins fortes.

7. Sortie d'un très-gros calcul.

Jusqu'au 10 juin, l'état général va s'améliorant de plus en plus; les urines sont de moins en moins troubles; les voies urinaires, sauf un peu d'irritation au col, semblent revenues à l'état normal.

11. On saisit sept petits fragments, le plus gros de 4 lignes. On les brise pendant le sommeil éthérique. Un débris du calcul reste plusieurs jours engagé dans le canal.

18. Le malade éthérisé, on tente vainement de saisir des fragments; il crie et s'agite si fort, qu'on est forcé de renoncer à toute tentative.

Jusqu'au 26 juin, tout se passe à merveille. Ce jour-là, le malade est éthérisé; on peut saisir et briser un fragment de 3 lignes.

2 juillet. Sortie de quelques débris à la suite de la dernière séance. Éthérisation; on brise deux fragments, un de 5 et un de 1 ligne et demie.

7. Indigestion qui n'a pas de suite.

9. Le malade se sent bien, mais les urines sont toujours un peu chargées. (Eau de goudron, un verre; eau gazeuse.)

13. Le malade sort.

Depuis quelques jours, le malade reprend à vue d'œil sa vigueur et sa santé première; ses urines sont presque claires et déposent à peine.

Le périnée, le col vésical sont encore un peu endoloris. Le jet d'urines est gros et fort. L'état général est des plus satisfaisants. (Recueillie par MM. Dublef et Gauthier.)

Cette observation est un exemple frappant des heureux résultats que peut donner la lithotritie quand on l'emploie avec prudence et ménagement. Il serait certainement malaisé de trouver un cas hérissé de plus grandes et de plus formidables difficultés, qui toutes heureusement ont été complétement surmontées. J'ai eu peu de malades qui m'aient donné autant d'embarras, tant à cause des complications et des accidents, que de son extrême appréhension pour les manœuvres opératoires, au point que

(1) MM. Pétrequin et Buisson ont trouvé, par l'analyse chimique, que ce calcul était entièrement formé d'acide urique mêlé, selon l'habitude, à un peu de matières animales.

j'ai été obligé à chaque séance de procéder à l'éthérisation, ce que je regarde comme une indication tout à fait exceptionnelle en fait de lithotritie. Le lecteur reconnaîtra avec moi, qu'après l'issue heureuse d'une opération de ce genre, aussi compliquée, on a lieu de se demander s'il n'y a rien d'absolu dans la préférence scientifique qu'il faut accorder exclusivement à la lithotritie ou à la lithotomie. Nous reviendrons encore sur cette question. Pour le moment, il suffira de faire remarquer que des médications appropriées ont heureusement triomphé de toutes les complications intercurrentes, et que la cure ne s'est pas démentie, car mes élèves ont revu de temps à autre le malade dans un état parfait de santé jusqu'à la fin de 1849.

J'indiquerai plus loin les formules de quelques remèdes efficaces, qui m'ont rendu des services réels pendant et après les manœuvres de la lithotritie. Je passe à une observation qui nous offrira, elle aussi, une série particulière d'accidents, car, fidèle à mon titre, je choisis, non des cas simples qui n'apprendraient que les succès que j'ai pu obtenir, mais des cas compliqués propres à élucider la thèse que j'ai soulevée.

(*La fin à un prochain numéro.*)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

III. REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE.

Les numéros de janvier, février et mars comprennent les mémoires originaux suivants : 1° *De l'hydropisie de l'amnios*; par M. Oulmont. (Résumé de l'état de la science sur ce point.) 2° *Essai sur le diagnostic différentiel de la hernie étranglée et des tumeurs périabdominales qui la simulent*; par MM. Battemberg et Guyton. 3° *Considérations pratiques sur les propriétés thérapeutiques de l'acide hydrochlorique administré à l'intérieur dans diverses affections gastro-intestinales*; par M. Caron. 4° *Note sur le traitement de la fièvre typhoïde au dernier degré par les affusions et les enveloppes froides*; par M. Stackler. (Quelques lignes pour préconiser l'emploi des affusions et enveloppes froides.) 5° *Examen de la doctrine de M. Velpeau sur les engorgements de l'utérus*; par M. Huguier. (Discours lu à l'Académie de médecine.) 6° *Études sur les bruits cardiaques et vasculaires dans l'état physiologique*; par M. Monneret. 7° *Nouvelles observations sur l'inflammation de la veine porte*; par M. Marrotte. (Observations favorables à l'hypothèse du transport du pus dans les vaisseaux.) 8° *Observation de quatre fractures dont trois compliquées, aux deux cuisses et aux deux jambes du même sujet, suivies de guérison, et remarques sur le traitement des fractures compliquées des membres inférieurs*; par M. Foucard. (Il s'agit d'un enfant de 8 ans qui, accroché par sa blouse, avait fait plusieurs tours autour de *l'arbre* vertical d'un moulin.) 9° *Nouvelle méthode d'autoplastie sus-hyoïdienne à double plan de lambeaux*; par M. Roux (de Brignolles). 10° *Sur les déviations de l'utérus et la possibilité de les guérir*; par M. Hervez de Chégoin. (Discours lu à l'Académie de médecine.)

ESSAI SUR LE DIAGNOSTIC DE LA HERNIE ÉTRANGLÉE ET DES TUMEURS PÉRIABDOMINALES QUI LA SIMULENT; par MM. BATTEMBERG et GUYTON.

C'est là une tentative extrêmement méritoire et dont nous félicitons avec empressement les auteurs. On s'habitue trop à considérer chaque cas de hernie comme présentant des difficultés et des causes d'erreur particulières, presque insurmontables; encourageons au contraire ceux qui, plus confiants dans l'efficacité des principes, essayent de faire fléchir sous des règles générales le diagnostic différentiel réputé si embarrassant et parfois impossible. MM. Battemberg et Guyton se sont ouvert ainsi une voie fructueuse; et nous ne pouvons leur donner un gage plus sincère de notre sympathie pour leur entreprise qu'en nous efforçant d'analyser les données principales que contient cette première et importante ébauche.

Dans le cas de tumeur périabdominale, la maladie est assez souvent prise pour une hernie. Cela tient à l'une ou à l'autre des circonstances suivantes :

1° La situation de la tumeur dans l'un des points où se font le plus ordinairement les hernies;

2° Les renseignements fournis par le malade, et si fréquemment fautifs, sur l'invasion, l'endolorissement subit, la réductibilité antérieure, de la tumeur;

3° L'existence simultanée de plusieurs tumeurs, les unes herniaires, les autres indépendantes des viscères de la cavité abdominale, soit sur un même point, soit sur des points différents de l'abdomen;

4° La présence antérieure d'une hernie dans le lieu où apparaît une tumeur irréductible, dure, douloureuse, etc.;

5° La coexistence d'une tumeur située au devant d'une ouverture herniaire, et d'une péritonite ou d'un étranglement interne.

En examinant toutes les observations de ce genre qui sont connues, on peut en faire deux catégories : celles où les accidents se sont rapprochés de ceux de la péritonite; celles où ils ont été plutôt semblables à ceux de l'étranglement; mais il n'y a jamais identité parfaite. Ainsi, dans celles de la première classe, on note l'absence de signes importants, tels que le ballonnement du ventre, la face grippée, le pouls petit et serré. Quant aux faits où les symptômes se rapprochent davantage de ceux de l'étranglement, on y trouve bien en général les signes de cet état, vomissements, constipation, tension du ventre; mais pour que ces symptômes signifient la hernie étranglée, il faut qu'il y ait un certain rapport de succession et de développement entre les phénomènes fonctionnels et ceux qui se passent du côté de la tumeur; ce qui n'existe pas dans les cas publiés jusqu'ici.

(Cette dernière phrase, qui témoigne de l'excellent esprit d'analyse des auteurs, nous rappelle une distinction établie, il y a près de dix ans, par nous-même. Décomposant les symptômes qui accompagnent une hernie étranglée, nous avions trouvé qu'ils peuvent être rapportés à deux causes très-différentes, savoir : la constipation et les vomissements à l'interception du cours des matières, et l'expression des forces, du pouls, de la face, de la sensibilité abdominale, à la péritonite; si bien que l'état appelé *étranglement* n'aurait point de manifestation phénoménale pathognomonique, mais emprunterait ses moyens d'être reconnus à l'une et à l'autre de ces deux sources, inflammation du péritoine et obstruction de la cavité intestinale. A ce point de vue le diagnostic serait visiblement simplifié; car selon que l'une ou l'autre classe de symptômes viendrait à manquer, le praticien demeurerait par cela seul dûment averti qu'il faut chercher la cause morbide ailleurs que dans la constriction d'une anse herniée. Nous croyons que l'observation ultérieure ne fera que confirmer la justesse de ces idées, dont on trouvera le développement complet dans la GAZETTE MÉDICALE, 1839, p. 676.)

Revenons à l'œuvre de MM. Battemberg et Guyton. Après avoir désigné les sources d'erreur, ils devaient aviser à fournir le moyen de les éviter. Ils recommandent dans ce but les indications suivantes :

La hernie ne s'étrangle pas à sa première manifestation; elle doit se former un sac dans lequel elle puisse se distendre au-dessous d'un collet. (Cette règle, quant à nous, nous semble beaucoup trop générale. Des faits authentiques, recueillis par des hommes, tels que Pelletan, Leblanc, Godin, MM. Jules Cloquet, etc., mentionnent expressément la circonstance d'une hernie étranglée dès sa première apparition.)

En second lieu, la hernie étranglée est immédiatement douloureuse.

Souvent le palper et la percussion font reconnaître dans la tumeur une rénitence et une sonorité qui en accusent clairement la nature.

Enfin la hernie a paru subitement : c'est un point hors de doute.

La différence la plus saillante consiste surtout dans la marche des symptômes, notamment dans le degré de rapidité avec laquelle l'inflammation se propage aux tissus les plus superficiels. Une tumeur née au milieu de la trame celluleuse d'une partie, si elle s'enflamme, transmet bien vite, par voie de continuité, la phlogose à la couche sous-cutanée. Mais il en est tout autrement s'il s'agit d'une hernie. L'intestin, séparé des parties extérieures par le sac, a beau s'enflammer, se ramollir, s'ulcérer même, les tissus périphériques ne participent que tardivement à ces désordres. La raison en est bien simple : la séreuse du sac sert de barrière contre cette transmission. On sait, en effet, que les membranes de cet ordre, tout en recevant facilement l'influence d'un travail inflammatoire qui se passe à leur voisinage, sont presque tout à fait incapables de le propager elles-mêmes. Aussi trouve-t-on fréquemment aux troisième et quatrième jours d'étranglement, la peau et les couches sous-cutanées exemptes de traces phlegmasiques.

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR LES PROPRIÉTÉS THÉRAPEUTIQUES DE L'ACIDE HYDROCHLORIQUE ADMINISTRÉ A L'INTÉRIEUR, DANS DIVERSES AFFECTIONS GASTRO-INTESTINALES; par le docteur C.-A. CARON.

Ce travail est basé sur six cas d'affections, non pas seulement gastro-intestinales, comme l'annonce le titre, mais de siége et de forme variés, traités avec succès par l'acide muriatique pris à l'intérieur. Nous analyserons d'abord ces faits que M. Caron laisse d'ailleurs à l'appréciation du lecteur et ne fait suivre d'aucunes considérations. Nous chercherons à apprécier ensuite le degré d'originalité aussi bien que les résultats de ces recherches thérapeutiques.

Une femme de 27 ans était tourmentée de vomissements fréquents et

journaliers liés à un état de grossesse. Les antispasmodiques, les potions antivomitives, les limonades, la glace, l'opium, la magnésie associée au sous-nitrate de bismuth, avaient échoué ; les vomissements allaient même en augmentant. C'est alors que M. Caron prescrivit une potion dans laquelle entrait 1 gramme 50 centigrammes d'acide hydrochlorique fumant, associé à 20 grammes de teinture de colombo, à 10 grammes de teinture de quinquina et à 4 grammes de teinture d'écorce d'orange dans 100 grammes d'eau distillée alcoolisée. Une cuillerée à bouche de cette potion, matin et soir, arrêta immédiatement les vomissements; la potion fut continuée pendant huit jours, et les vomissements ne se reproduisirent plus.

Un enfant de 7 ans étant un jour à jouer avec des ouvriers, fut pris par les épaules, renversé et enlevé à une grande hauteur, Il y eut fracture de quelques apophyses épineuses dorsales. (C'est du moins ce que dit l'observation; mais M. Caron ne vit pas le malade à cette époque.) Les fonctions digestives se dérangèrent, et l'enfant dépérit. Après quelques mois, M. Caron constata, au niveau de la deuxième vertèbre dorsale, un vaste épanchement; il y avait de la toux et une fièvre continue. L'acide hydrochlorique, à la dose de 2 gram. (on ne dit pas en combien de temps), fut donné dans du vin de quinquina. Les jours suivants, la fièvre diminua ; l'expectoration devint plus facile ; l'appétit se ranima. Au bout de quinze jours, la collection de la région dorsale était en partie résorbée. L'enfant put bientôt se lever et sortir. Il est aujourd'hui parfaitement guéri.

Une femme de 30 ans offrait les signes rationnels de la phthisie pulmonaire : toux sèche, sifflante, continuelle; expectoration de mucosités striées de sang; violentes douleurs de dos et de poitrine; sueur abondante la nuit; émaciation considérable; pommettes saillantes, rouges. Les phénomènes de l'auscultation sont résumés d'une manière un peu ambiguë par cette seule phrase : « La respiration, sèche par endroits, était muqueuse dans d'autres, caverneuse même. » M. Caron prescrivit : tisane de lichen, sirop de gomme, et, matin et soir, une cuillerée de la préparation suivante : vin de quinquina, 100 grammes; sirop diacode, 30 grammes; acide muriatique, 1 gramme. Le soir, une pilule de cynoglosse. Ce traitement fut continué pendant huit jours. A ce moment, la malade entrait déjà en convalescence ; les sueurs avaient disparu ; le sommeil était revenu. Rétablissement complet au bout de trois semaines.

La quatrième observation est relative à un homme de 46 ans, malade depuis deux ans, sorti récemment de l'hôpital de la Pitié, dans l'état suivant : expectoration nummulaire, sanguinolente ; amaigrissement cadavérique; peau terreuse; langue sèche et très-chargée d'un enduit pultacé ; sueurs nocturnes abondantes; affaiblissement considérable. Même traitement que dans le cas précédent. Au bout de cinq semaines, le sujet se levait, mangeait, dormait bien et se disposait à reprendre ses travaux.

Dans la cinquième observation, il s'agit d'un enfant de 4 ans, affecté d'une gibbosité de la région lombaire et offrant tous les caractères du tempérament scrofuleux. Cet enfant se tenait difficilement sur ses jambes, ne mangeait presque plus et vomissait souvent. M. Caron ordonna une bonne nourriture, un bain salé par semaine, et, matin et soir, une cuillerée de vin de quinquina additionné de sirop de gomme et de 1 gramme 50 centigrammes d'acide hydrochlorique (sans doute par 100 grammes de vin). M. Caron ne revit l'enfant que plus tard; l'activité s'était développée, les fonctions digestives s'étaient ranimées, et la gibbosité avait à peu près disparu. Depuis, il a appris que cet enfant allait très-bien.

Quant à la sixième observation, comme elle est présentée par l'auteur pour *la plus curieuse et la plus probante* de toutes, nous croyons devoir la rapporter avec plus de détails.

Obs. — Une jeune fille de 19 ans fut atteinte, il y a deux ans, d'une bronchite aiguë qui donna les plus sérieuses inquiétudes. Elle est en apparence bien portante, grasse, fraîche, rose, mais mal réglée et éprouvant de temps à autre diverses indispositions. Au mois de mai dernier, elle fut prise d'ictère : coloration jaune de tout le corps; mains noires, encroûtées de dépôts terreux sur les articulations; lèvres noires ; cou et épaules d'une véritable créole ; langue excessivement épaisse et jaune; sensibilité excessive de la région du foie, avec irradiation douloureuse vers l'épaule droite; nausées continuelles; garde-robes nulles; urines rares et d'un jaune safran ; insomnie ; anorexie complète. La région du foie était bossuée, dure, rénitente. La médication fut d'abord rafraîchissante, délayante et dérivative ; mais bien que les accidents diminuassent d'intensité, les fonctions digestives ne se rétablirent pas, et la malade parut s'affaiblir. Ce fut alors que, tout en continuant le régime délayant, M. Caron prescrivit la potion indiquée dans la première observation (1 gramme 50 centigrammes d'acide, uni aux teintures de Colombo, de quinquina et d'écorce d'oranges, dans 100 grammes de véhicule), à la dose de trois cuillerées par jour. Bientôt on vit les fonctions digestives reprendre leur activité, les garde-robes se rétablir, le foie diminuer graduellement et la teinte ictérique disparaître. Cette médication fut suivie pendant quatre mois consécutifs, pendant lesquels la malade allait et venait, se livrant à ses occupations habituelles. Cependant, comme à cette époque la coloration jaune de la face et des conjonctives n'était pas complètement dissipée, elle alla consulter madame Hahnemann. Après six semaines de traitement homœopathique, tous les anciens accidents reparurent. M. Caron, rappelé, constata que le foie n'avait pas de nouveau augmenté de volume et était peu sensible à la palpation. Il conseilla d'abord quelques minoratifs, la limonade à la crème de tartre émétisée, le bouillon de veau, puis la potion acidulée. Cette potion avait été reprise depuis quelques jours au moment où l'observation était rédigée. Une amélioration prononcée s'était déjà manifestée.

On peut voir par ce résumé que les deux tiers des observations rapportées dans le mémoire sont relatifs ou à la phthisie pulmonaire ou à d'autres affections tuberculeuses ou scrofuleuses, et nous rangeons parmi ces derniers l'abcès lombaire observé chez cet enfant qu'on avait soulevé par les épaules et renversé brusquement en arrière, parce que rien, dans la narration, ne démontre l'existence d'une fracture des apophyses épineuses, et qu'il est d'expérience que ces sortes d'abcès, alors même qu'une violence extérieure a été *l'occasion* de leur développement, se rattachent presque toujours à une cause interne, de nature scrofuleuse. Or M. Caron paraît ignorer que les acides minéraux, spécialement l'acide hydrochlorique (*esprit de sel, acide marin*), étaient vantés autrefois contre les affections scrofuleuses en général, et contre la phthisie pulmonaire en particulier. Il est très-vrai qu'on ne croit plus guère aujourd'hui à une pareille efficacité, et que la faveur a même tourné du côté des *alcalis*; mais il est encore des praticiens, M. Gendrin entre autres, qui combattent par l'acide hydrochlorique, non pas la sueur ou les hémoptysies des phthisiques, mais la phthisie elle-même, surtout quand elle affecte une marche aiguë et rapide.

Quant aux deux cas relatifs, l'un à des vomissements répétés, suite de grossesse, l'autre à un ictère chronique, le premier seul nous paraît se distinguer de la pratique commune; car les acides minéraux à faible dose ont été bien souvent employés contre les affections chroniques du tube digestif et du foie.

Maintenant quelle est la valeur des observations relativement à l'efficacité de l'acide muriatique dans les affections où M. Caron l'a employé ? A cet égard, tout le monde ne partagera pas, croyons-nous, sa préférence pour la dernière observation. Les symptômes étaient déjà amendés quand l'acide a été mis en usage, et l'on ne dit pas combien de temps la méthode délayante avait été employée. Cela eût été pourtant nécessaire avant de déclarer l'insuffisance de cette méthode. Ajoutons que les bons effets de l'acide ne se sont pas fait sentir bien promptement, puisque, *au bout de quatre mois*, on jugeait à propos de continuer la médication, et que la face et les conjonctives étaient encore jaunes. Nous regardons, quant à nous, les autres observations comme *plus curieuses* que celle-là, pour nous servir de l'expression de l'auteur. Nous sommes même, pour tout dire, quelque peu étonnés de voir en peu de jours des symptômes de phthisie diminuer considérablement pour disparaître ensuite définitivement, un abcès de la région lombaire se résorber en grande partie, surtout un abcès qu'on dit avoir en sa source dans la colonne vertébrale ou ses annexes. Ces résultats que nous sommes loin d'ailleurs de contester sont à coup sûr de nature à provoquer de nouvelles investigations, et nous sommes des premiers à les solliciter.

Nouvelle méthode d'autoplastie sus-hyoïdienne a double plan de lambeaux; par M. Roux (de Brignolles).

Cette opération est une création aussi nouvelle qu'utile dont l'honneur appartient tout entier au savant professeur qui a déjà enrichi l'autoplastie de ses ressources les plus ingénieuses et les plus fécondes. C'est pour nous un motif de plus de faire tous nos efforts pour rendre intelligible, malgré l'absence de planches, la méthode qu'il a mise en usage.

Il s'agissait d'un ancien militaire, portant dans la région sus-hyoïdienne une large ouverture, suite d'un coup de feu. Cette perte de substance empêchait le malade de boire, de manger et de retirer la salive. Trois cautérisations avec le fer rouge avaient été déjà infructueusement essayées.

Pour bien saisir le plan opératoire que M. Roux exécuta, il faut se figurer qu'il forma, au moyen de deux incisions courbes, une ellipse très-alongée dans le sens vertical, à extrémités aiguës, circonscrivant non-seulement l'ouverture fistuleuse, mais une certaine quantité de téguments sains, au-dessus, au-dessous et de chaque côté d'elle, mais principalement au-dessous.

Le segment inférieur, ou demi-ellipse située au-dessous de la fistule, fut disséqué de manière à constituer un lambeau qu'on détacha de bas en haut, en le laissant adhérent par sa base située en haut (un peu au-dessous du bord inférieur de la fistule).

Quant à la moitié supérieure de l'ellipse (où la fistule se trouvait comprise), on détacha les téguments qui la constituaient, et on en fit l'ablation ; puis on disséqua de chaque côté, et un peu loin, les bords contigus, de manière à pouvoir aisément les amener à un contact réciproque sur la ligne médiane.

Tout étant ainsi préparé, on retourna du bas en haut le lambeau inférieur, de manière à rendre antérieure sa surface saignante, sa face cutanée répondant à l'intérieur de la cavité buccale, et devant par la suite remplir les fonctions de muqueuse.

Enfin on rapprocha les deux lambeaux latéraux (leur face saignante se trouvant alors en rapport avec la face saignante du lambeau inférieur retourné), et on les réunit l'une à l'autre à l'aide de sept ou huit épingles.

Dès le huitième jour, les épingles furent enlevées; il y avait une cicatrice linéaire, et le malade, définitivement et solidement guéri, recouvra la liberté entière de toutes les fonctions dont il était depuis si longtemps privé.

Le lambeau relevé a, dans cette circonstance, servi : 1° à former une doublure rendant plus épais le plancher buccal; 2° à donner plus de promptitude et de solidité au rapprochement des deux lambeaux latéraux; 3° à s'opposer à la formation d'un cul-de-sac profond derriere la peau du cou, cavité qui aurait existé et dans laquelle les aliments auraient certainement été entraînés en partie si l'opération eût été faite par un seul plan de lambeaux.

(*La fin au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 29 JUILLET.

GRAINES DE CÉDRON ; ANTIDOTE CONTRE LES MORSURES DE SERPENTS, ETC.

M. Jomard dépose sur le bureau, de la part de M. Herran, chargé d'affaires de la république de Costa-Rica, en France, un certain nombre de graines provenant d'un arbre nommé dans le pays *cédron*, et qui habite sur les plateaux de la Cordillère des Andes. La propriété qu'on attribue à cette graine comme puissant antidote contre la morsure des serpents les plus dangereux, lui paraît de nature à appeler l'attention. M. Herran désire que ces graines soient soumises aux expériences nécessaires pour s'assurer de leur efficacité.

M. Herran indique en ces termes la manière dont on emploie cette graine. Cinq à six grains de cette graine étaient râpés ; cette poudre, délayée dans une cuillerée d'eau-de-vie, on la fait avaler au malade; puis on saupoudre un morceau de linge imbibé d'eau-de-vie que l'on applique sur la morsure. Cela fait, on laisse le malade reposer, et rarement a-t-on besoin de répéter la dose pour le guérir radicalement.

M. Herran ajoute qu'il a employé ce médicament avec succès dans des cas de fièvre intermittente qui avaient résisté à l'emploi du sulfate de quinine.

NOUVEAU PROCÉDÉ OPÉRATOIRE POUR LA CASTRATION DES VACHES.

M. Rayer remet, de la part de M. Charlier, médecin vétérinaire à Reims, un travail relatif à un nouveau procédé opératoire employé depuis quelque temps par ce médecin, pour pratiquer la castration des vaches.

Dans ce procédé, l'opérateur pénètre dans la cavité du bassin à l'aide d'une incision pratiquée à la partie supérieure du vagin; l'opérateur saisit ensuite les ovaires avec des pinces, tord ces organes et les arrache.

M. Charlier a opéré neuf vaches à l'aide de ce procédé; plusieurs de ces opérations ont été faites en présence de M. Landouzy, professeur à l'École de médecine de Reims.

Ces neuf opérations ont complétement réussi, résultat d'autant plus remarquable que, dans des expériences récentes, la castration des vaches pratiquée à l'aide d'un autre procédé a souvent donné lieu à une péritonite mortelle.

CONSTITUTION MÉDICALE DU CANTON DE DIEUZE.

M. Ancelon, médecin en chef de l'hôpital de Dieuze, envoie une note sur une modification survenue dans la constitution médicale du canton de Dieuze (Meurthe), à la suite d'un changement opéré dans le mode d'exploitation de l'étang de Lindre-Basse.

Dans une note précédente, M. Ancelon avait énoncé ce fait, à savoir : que les opérations successives du dessèchement et d'exploration de Lindre-Basse donnaient lieu à des endémies de fièvres intermittentes, de fièvres typhoïdes et d'affections charbonneuses se succédant presque sans interruption. Le mode d'exploration ayant été modifié pour la première fois en 1848 et 1849, et contrairement à ce qui se pratiquait jusqu'en ces derniers temps, toutes les surfaces impropres à l'agriculture ayant été couvertes de minces nappes d'eau, il est résulté de ce changement une modification de la constitution médicale du pays :

1° Les affections charbonneuses n'ont pas reparu, comme d'habitude, en 1849;

2° A partir de l'époque de l'inondation (0 mai), toute la contrée a été envahie par une véritable épidémie de fièvre intermittente, épidémie dont la marche s'est calquée d'ailleurs sur les endémies circonscrites dont Lindre-Basse et Assenon étaient le foyer habituel. Ainsi, malgré leur apparition insolite et prématurée, les fièvres intermittentes ont affecté, à leur début, le type quotidien, qui bientôt s'est effacé pour faire place au type tierce; elles ont été comme suspendues pendant la chaude et sèche température d'août, pour reparaître avec les brumes de l'automne, sous la forme de quartes rebelles.

Depuis le 11 mai, l'état sanitaire de la ville de Dieuze, qui était satisfaisant jusqu'alors, s'est notablement modifié sous l'influence de la constitution dont il s'agit. Les fièvres se sont répandues dans la ville en grand nombre, à l'exclusion de toutes les autres maladies.

L'étang, qui se trouve ainsi rempli pour la première année, fournit des émanations qui se rapprochent pour leur mode d'action de celles qui s'exhalent habituellement dans le cours de la seconde année. Les fièvres actuelles se montrent rarement avec le type tierce; elles sont fort irrégulières. Les plus communes sont quotidiennes et passent fréquemment à l'état continu et typhoïde. Rarement on a observé autant de pernicieuses, quotidiennes cardiaques et tierces céphaliques. Quels que soient les doses et le mode d'administration des fébrifuges employés, les récidives sont fréquentes et se reproduisent régulièrement chaque quinze jours. Il est rare qu'il ne faille pas revenir au moins deux fois aux antiperiodiques ; souvent il faut remplacer l'un par l'autre.

Les typhoïdes cèdent assez bien au quinquina (extrait de quinquina rouge et sulfate de quinine associés.)

L'auteur se demande si c'est à ce surcroît d'émanations paludéennes qu'est due l'immunité du choléra asiatique, qui, après avoir pénétré dans l'arrondissement de Château-Salins, dès le 28 juillet, s'arrêta sur le bord des marais de la haute Seille. La prédilection qu'il a paru affecter pour les points les plus élevés, les plus secs et les moins boueux, l'engage à admettre cette hypothèse.

M. Ancelon ajoute que jamais le nombre de phthisies pulmonaires n'a été plus considérable que cette année. Il pense qu'on peut attribuer cette particularité à l'existence de la grippe qui a suivi le choléra, et qui a pu déterminer la suppuration de tubercules restés jusque-là à l'état latent.

GRIPPE CHEZ LE CHEVAL.

M. Liéger (de Rambervillers) informe l'Académie que depuis quelques années il existe, dans la contrée, une analogie remarquable entre certaines maladies de l'homme et certaines affections de la race chevaline. Il a observé depuis quelque temps chez le cheval un ensemble de symptômes consistant en toux sèche et fréquente, accompagnée d'une respiration convulsive, de flux nasal, d'un mouvement fébrile manifeste, d'inappétence pour les substances solides et d'amaigrissement rapide. Cet état, inquiétant en apparence, se termine par le retour à la santé dans un septénaire sans le secours d'aucun traitement actif.

On observe aussi que cet ensemble de symptômes règne d'une manière épidémique. En effet, dans plusieurs communes du canton qu'il habite, il n'est pas rare, dit M. Liéger, de voir plusieurs chevaux, tous les chevaux d'une même écurie pris de cette affection, soit successivement, soit simultanément.

L'analogie entre cette maladie et la grippe de l'homme dans cette contrée peut être poursuivie jusque dans les phénomènes critiques, c'est-à-dire un flux salivaire plus ou moins abondant, des engorgements, des abcès glanduleux, etc.

RÔLE DU CÉRUMEN DANS LES MALADIES DE L'OREILLE.

M. Mène (Maurice) adresse un deuxième mémoire sur les maladies de l'oreille. Ce travail est consacré à l'étude du cérumen.

L'auteur cherche à établir que les engorgements du conduit auditif qui produisent la surdité ne sont pas dus, comme on le pense généralement, au durcissement du cérumen, lequel se sécrétant normalement, dit-il, ne peut pas se durcir. Le dessèchement du cérumen ne serait, au contraire, que le résultat de l'engorgement.

ADDITION A LA SÉANCE DU 15 JUILLET.

RAPPORT SUR LES EXPÉRIENCES ÉLECTRO-PHYSIOLOGIQUES DE M. DU BOIS-REYMOND ; par M. Pouillet.

(Commissaires : MM. Magendie, Becquerel, Despretz, Rayer, et Pouillet, rapporteur.)

Les recherches de M. M. du Bois-Reymond commencent au mois de janvier 1843 (Annales de Poggendorff), et se sont continuées avec succès jusqu'aux dernières communications qu'il vient de faire à l'Académie.

Nous essayerons de résumer les principales propositions auxquelles il est parvenu par diverses séries d'expériences qui, si nous en jugeons par celles qui ont été faites sous nos yeux, portent au plus haut degré le caractère de précision que peut leur donner l'habileté du physicien, jointe à l'habileté du physiologiste.

Nous espérons n'avoir rien négligé d'essentiel en présentant sous la forme suivante les lois établies par M. du Bois-Reymond :

1° Les nerfs, après leur section et pendant leur vitalité, c'est-à-dire pendant tout le temps qu'ils sont aptes à exciter des contractions musculaires ou à transmettre des impressions, donnent naissance à un courant qui est sensible au galvanomètre, et qui, hors du nerf, est dirigé de la surface ou de la *section longitudinale* à la *section transversale*.

L'intensité de ce courant est dépendante de la position et de la distance des points par lesquels le nerf est introduit dans le circuit du galvanomètre : elle est *nulle* quand ces points sont symétriques par rapport à l'*équateur* du tronçon nerveux, considéré comme cylindrique; elle est *maximum*, au contraire, quand l'un des points de contact étant sur l'équateur, l'autre se trouve au

centre de l'une des bases du cylindre, c'est-à-dire au centre des sections transversales.

2° Les muscles de tous les animaux, pendant tout le temps qu'ils sont aptes à se contracter sous des influences quelconques, manifestent un courant analogue à celui des nerfs et soumis aux mêmes lois, tant pour la direction que pour l'intensité.

Sur quoi il faut remarquer que certains muscles, tels, par exemple, que le gastrocnémien et le triceps de la grenouille, offrent des sections *transversales naturelles*, là où les faisceaux musculaires vont aboutir au tendon, les aponévroses musculaires n'étant alors que des revêtements de ces sections transversales naturelles.

3° En comparant les divers muscles entre eux, on observe que le courant est d'autant plus intense que le muscle est destiné à exercer une action mécanique plus grande, soit que cette action doive être volontaire ou involontaire : ainsi les faisceaux du cœur, qui ne sont pas soumis à l'empire de la volonté, manifestent un courant énergique comme les muscles destinés à la vie de relation, qui tous sont faits pour obéir à la volonté, tandis que les faisceaux musculaires des intestins montrent un courant très faible comme n'ayant à exercer que de faibles actions mécaniques.

4° Lorsqu'un observe au galvanomètre le courant produit par le muscle gastrocnémien d'une grenouille, et que, par un moyen extérieur quelconque, électrique ou non électrique, on détermine dans le muscle des contractions répétées, on voit qu'à l'instant l'intensité du courant ordinaire et naturel auquel il avait donné naissance éprouve une diminution d'intensité des plus remarquables.

Il en résulte que la contraction musculaire, quelle qu'en puisse être la cause, ne s'accomplit pas sans qu'il survienne un changement considérable dans la circulation électrique intérieure.

La grenouille rhéoscopique, mise en contact par son nerf et sous les conditions requises, avec ce muscle tétanisé, éprouve elle-même des contractions correspondantes qui résultent de ces diminutions d'intensité ; on la voit s'agiter convulsivement si le muscle avec lequel son nerf est mis en contact est lui-même dans un état de convulsion, et si, au contraire, les contractions de ce muscle sont espacées et successives, la grenouille rhéoscopique les compte en quelque sorte et les mesure par ses mouvements espacés et successifs, toujours correspondants.

Ce fait fondamental donne une explication directe de la contraction induite de M. Matteucci.

La grenouille rhéoscopique, qui a seulement son nerf introduit dans le circuit, présente les mêmes phénomènes.

5° Lorsqu'on observe au galvanomètre le courant produit par un tronçon nerveux qui n'entre, par exemple, dans le circuit que par la moitié de sa longueur, touchant d'un côté par sa section transversale, et de l'autre par les points de son équateur, et que l'on vient exercer des actions diverses sur l'extrémité de la moitié libre qui est en dehors du circuit, on voit qu'à l'instant le courant ordinaire et naturel auquel il avait donné naissance éprouve une diminution d'intensité, analogue à celle qui se montre dans le muscle à l'instant de la contraction.

Les actions que l'on exerce sur l'extrémité libre du tronçon nerveux peuvent être, soit un courant direct ou inverse, soit une cautérisation, soit une intoxication, soit un froissement mécanique.

Il en résulte que les actions locales qui se transmettraient, soit au muscle, soit au centre nerveux, si le nerf n'était pas détaché de l'un et de l'autre, semblent efficaces pour modifier l'état électrique du nerf dans les portions mêmes qui n'en sont pas directement affectées.

6° Après avoir coupé, à la hauteur du bassin, l'un des nerfs sciatiques d'une grenouille entière et vivante, on la dispose de telle sorte que, par chacune de ses extrémités inférieures, elle entre dans le circuit du galvanomètre et le ferme, aucun phénomène électrique n'apparaît. On fait absorber en haut l'azotate de strychnine, le tétanos se manifeste, et se manifeste seulement dans le membre inférieur dont le nerf n'a pas été coupé ; à l'instant l'aiguille du galvanomètre accuse un courant qui est, en dehors, dirigé du membre contracté à celui qui ne l'est pas, et qui est par conséquent un courant *direct* dans le membre contracté.

Tel est l'aperçu que nous pouvons donner ici des principaux résultats de M. du Bois-Reymond.

Chacune de ces propositions n'est, comme nous l'avons dit, que l'énoncé général d'un grand nombre d'expériences comparatives exécutées et coordonnées avec soin. M. du Bois-Reymond a répété devant nous toutes celles de ces expériences qui nous ont paru les plus capitales, et il s'est empressé d'y introduire, selon nos désirs, toutes les modifications qui nous sont venues à l'esprit.

On comprendra sans peine tout ce qu'il a fallu de zèle, de sagacité, de profondes méditations pour pénétrer aussi avant dans un sujet presque neuf, où il fallait en quelque sorte créer les moyens d'actions, les procédés d'expériences et les expériences elles-mêmes.

M. du Bois-Reymond avait pour point de départ les résultats de Nobili et ceux de M. Matteucci, antérieurs à 1843, et que nous avons rapportés plus haut. D'après cela, on peut se faire une idée des progrès considérables qu'il a fait faire à cette partie naissante de l'électrophysiologie et en même temps de l'excellente direction expérimentale qu'il lui a imprimée.

Jusqu'ici nous avons restreint les travaux de M. du Bois-Reymond exclusivement aux expériences qu'il a faites sur les animaux et aux lois qu'il en a déduites ; mais nous avons à parler encore d'une autre observation qui mérite une attention particulière.

Tout le monde comprend que nous voulons parler du courant qui semble se manifester dans le corps humain, doué de toute la plénitude de la vie, au moment où l'on contracte les muscles du bras par la puissance de la volonté.

Ce fait nouveau, découvert par M. du Bois-Reymond, n'est ni moins positif, ni moins bien constaté que les précédents ; ajoutons, de plus, qu'il n'est pas moins général, en ce sens, que la première personne venue, quand on lui aura expliqué comment elle doit s'y prendre, produira sans aucun doute une déviation plus ou moins marquée sur l'aiguille du galvanomètre : toutefois l'intensité de l'effet paraît dépendre, sinon de la puissance de la volonté, du moins de l'intensité de la contraction (1).

Nous donnons à ce fait une place à part pour deux motifs : parce qu'il soulève une grande question, et parce qu'il a été l'objet principal des communications que M. du Bois-Reymond a faites à l'Académie. Dans sa première note, on lit en effet ces paroles :

« L'objet de cette note est de faire connaître à l'Académie la série des expériences qui a fini par me conduire à la découverte du développement d'un courant électrique dans les muscles d'un homme vivant à l'instant de la contraction. »

La grande section que le fait soulève est donc celle-ci : Dans l'homme vivant se développe-t-il, en effet, un courant électrique dans les muscles à l'instant de la contraction ?

Nous venons de dire que la production d'un courant n'est plus contestable, que ce courant est démontré par le galvanomètre avec tout moins d'évidence que ceux qui se manifestent quand, sous les conditions requises, on introduit des muscles ou des nerfs dans le circuit. C'est déjà un point fondamental, mais ce n'est pas tout ; il reste à savoir si ce courant, dont le galvanomètre accuse la présence, est en effet développé dans les muscles, et s'il est le résultat nécessaire de leur contraction.

Or il y a là ample matière à controverse ; nous n'avons pas l'espérance de trancher la question, nous essayerons seulement de la discuter et d'en marquer les éléments douteux.

Pour simplifier cet examen, pour marcher par degré des phénomènes les plus simples aux phénomènes les plus compliqués, nous devons commencer par jeter un coup d'œil sur les courants organiques en général, afin de démêler, autant que nous le pourrons, ce qu'il y a de connu et d'inconnu dans leur origine et dans leur cause.

Nous avons rappelé que le courant propre de la grenouille avait été soutenu par Galvani et combattu par Volta. On était d'accord sur le fait, on admettait de part et d'autre la *contraction simple* de la grenouille, c'est-à-dire celle qui se produit au contact du nerf et de certains points du muscle ; mais, tandis que Galvani donnait ce fait comme une preuve du courant propre, Volta l'expliquait par l'hétérogénéité des éléments mis en contact, et par la *force électromotrice* qui, dans sa théorie, devait en être la conséquence.

Cependant les progrès de la science, surtout depuis la découverte de l'électromagnétisme, ont peu à peu mis en lumière une force nouvelle, soupçonnée autrefois par Fabroni et par d'autres physiciens, qui est capable aussi de développer de l'électricité et de faire naître des courants ; cette force est l'*action chimique*. Aussitôt que son efficacité a été bien reconnue, il est arrivé qu'elle a fait invasion dans le vaste domaine que le génie de Volta avait attribué à la force électromotrice, et que, de proche en proche, elle en a pris possession en véritable souveraine.

La force électromotrice, telle du moins qu'on l'admettait d'abord, a donc disparu à peu près complètement, et avec elle a disparu aussi l'explication que Volta avait donnée de la contraction simple de Galvani.

Mais en scrutant à son tour l'action chimique elle-même, arrive-t-on à cette conclusion : Qu'elle est la seule cause capable de produire des courants électriques ? Cette question est depuis longtemps résolue, et résolue négativement. En laissant de côté l'électricité ordinaire développée par le frottement et la pression, il y a deux grandes classes de phénomènes qui échappent évidemment à l'action chimique, savoir : les phénomènes électriques que présentent les cristaux analogues à la tourmaline, et les phénomènes thermo-électriques.

La science, au point où elle est arrivée, pourrait-elle affirmer qu'elle a fait le dénombrement rigoureux et sans appel de toutes les causes diverses qui donnent naissance à un développement d'électricité ? pourrait-elle affirmer que tout courant électrique procède essentiellement de l'une des origines qui sont aujourd'hui connues et constatées ? Nous ne le pensons pas. Sur quoi porterait en effet un tel jugement ? Les causes actuelles sont diverses et restent sans explications ; nous savons qu'elles sont efficaces, mais nous ne savons pas pourquoi elles sont efficaces ; nous présumons qu'il y a entre elles une certaine dépendance, mais nous ne savons ni en quoi elle consiste, ni même en quoi elle peut consister ; nous sommes frappés de leur diversité, mais nous ignorons jusqu'au principe qui doit sans doute les enchaîner l'une à l'autre. Or, dans cette ignorance presque absolue, comment pourrions-nous affirmer que ce principe

(1) Dans une de nos séances, l'un des commissaires (M. Becquerel) a désiré que l'expérience fût tentée de la manière suivante, savoir : que le bras fût contracté hors du circuit, et que, vingt ou trente secondes après la fin de la contraction, les deux bras fussent introduits dans le circuit, sans contraction nouvelle. Alors l'aiguille du galvanomètre a encore éprouvé une déviation dans le sens ordinaire, mais moins grande que si le bras eût été actuellement contracté. Ce fait semble indiquer que si le courant se manifeste au moment où la contraction commence, il ne cesse pas cependant au moment où la contraction cesse.

primitif ne se manifestera jamais sons des formes nouvelles et avec des apparences qui nous auraient échappé jusqu'à ce jour.

Nos efforts doivent donc avoir un double but : distinguer les phénomènes analogues et rechercher leurs lois pour marquer, autant que nous le pourrons, le caractère de la cause qui les produit ; chercher des phénomènes nouveaux pour découvrir des causes nouvelles ou pour pénétrer plus profondément dans la connaissance des causes connues.

Le phénomène que nous avons rapporté plus haut, si habilement observé par Nobili, bien qu'il ne soit pas nouveau à tous égards, n'en constitue pas moins, sous ce rapport, une découverte des plus importantes.

Premièrement, parce qu'il fait connaître, pour la première fois, ce fait fondamental, que la grenouille galvanique donne un courant capable de dévier l'aiguille aimantée, courant régulier, d'une direction constante et dépendant de la sensibilité organique, dans ce sens du moins qu'il en suit on qu'il en montre toutes les phases, s'accroissant quand elle s'accroît, et s'éteignant quand elle s'éteint.

Secondement, parce que la cause d'un tel courant, au lieu de ressortir avec évidence du mode d'expérimentation, semble se cacher dans les profondeurs de la nature organique elle-même.

En effet, Nobili a indiqué en passant que le courant propre pourrait bien avoir une origine thermo-électrique, mais il ne l'a pas démontré, et, il faut le dire, aucun physicien n'a essayé de le démontrer, tant les analogies semblent peu favorables à cette opinion.

Après Nobili, on a pensé que le courant propre devait son origine à des actions chimiques ; mais jusqu'à présent cette opinion ne paraît pas avoir reçu une justification complète. L'action chimique a son critérium infaillible ; quand on l'invoque, on est tenu de montrer sur quoi elle s'exerce et ce qu'elle fait. Or, dans le sujet qui nous occupe, personne n'a signalé ni les éléments qui se combinent, ni les produits qui se forment.

Il y a même sur ce point une distinction nécessaire : si le courant propre est le résultat d'une action chimique, n'est-il pas important de savoir si c'est une action chimique intérieure ou extérieure, c'est-à-dire si c'est une simple réaction des éléments organiques constitutifs les uns sur les autres, sans influence ni concours d'aucun agent pondérable étranger, ou si c'est une action exercée sur le corps organique par les milieux extérieurs qui sont en contact avec lui ?

Dans ce dernier cas, la grenouille galvanique, ou le corps organisé en général, serait simplement analogue à un couple zinc et cuivre qui ne possède pas en lui-même la puissance de développer de l'électricité, et qui doit, pour recevoir cette puissance, être mis en contact avec un acide ou un autre milieu conducteur capable de se combiner avec lui.

Dans le premier cas, au contraire, le corps organisé posséderait par lui-même la puissance de faire naître des courants ; il la posséderait soit par sa nature, soit par sa structure, soit par la réaction chimique de ses éléments propres et constitutifs.

C'est ainsi que nous sommes forcément ramenés au débat primitif qui eut lieu entre Galvani et Volta. Le terrain n'est plus le même, les arguments et les preuves ont changé de caractère ; mais au fond c'est la même pensée.

Il faut remarquer de plus que cette distinction ne s'applique pas seulement aux phénomènes qui nous occupent ici, mais qu'elle s'applique encore aux poissons électriques eux-mêmes, c'est-à-dire en général à tous les phénomènes électro-physiologiques qui ne sont pas le résultat évident d'une électricité dont la source est au dehors, et que l'on fait artificiellement passer dans les corps organisés.

L'électrophysiologie est à peine naissante ; elle touche à des phénomènes infiniment complexes qui semblent être l'un des liens qui unissent la nature inorganique avec la nature organique ; elle ne peut pas avoir moins que les autres sciences expérimentales l'obligation impérieuse d'explorer, avec les soins les plus méthodiques et les plus réfléchis, le terrain sur lequel elle se propose d'édifier.

C'est pour cela que nous insistons sur cette première et vieille question : Les courants qui se manifestent dans les tissus à l'état de vie ou de *survie* ont-ils une cause extérieure ou intérieure, une cause connue ou inconnue ?

Il est à regretter que cette question n'ait pas été abordée d'une manière explicite par les expérimentateurs dont nous avons rapporté les résultats ; ils auraient sans doute imaginé des expériences allant droit au but et propres à lever tous les doutes.

Voici cependant ce que nous pouvons tirer de leurs expériences, bien qu'elles n'aient pas été faites à cette fin.

M. Matteucci, poursuivant l'idée de Nobili et la perfectionnant, a construit des piles par la simple juxtaposition des éléments organiques entre eux, sans aucun intermédiaire, les deux éléments extrêmes étant seuls en contact avec des liquides conducteurs ; or les déviations produites par ces piles semblent indiquer que si les courants étaient dus à une action chimique extérieure, il faudrait que, quand les éléments organiques se touchent entre eux, l'action chimique fût la même que quand ils touchent le liquide conducteur, qui est d'une nature si différente.

M. du Bois-Reymond ayant démontré que les nerfs donnent aussi naissance à des courants dont il a établi les lois, il faudrait que l'action du liquide conducteur avec lequel il les met en contact fût la même sur la substance des nerfs que sur la substance des muscles, et comme d'ailleurs on peut faire des piles avec les nerfs comme avec les muscles, il faudrait de plus que les sections transversales et longitudinales des nerfs eussent entre elles une action chimique pareille à celle qu'elles exercent sur le liquide conducteur.

Nous regrettons de n'avoir pas demandé à M. du Bois-Reymond de faire sous nos yeux l'expérience suivante, que probablement il a eu occasion de faire dans le cours de ses recherches : un nerf sur lequel on a fait une ligature conserve encore une conductibilité suffisante ; on peut l'introduire dans le circuit du galvanomètre de deux manières, soit en y comprenant la ligature elle-même, soit en la laissant en dehors, mais toujours en remplissant la condition qu'il touche d'un côté par sa section transversale et de l'autre par sa section longitudinale. Or s'il arrive que, dans le premier cas, il ne donne rien, et que, dans le second cas, il donne son courant ordinaire, il paraîtrait difficile d'attribuer le courant à une action chimique extérieure ; car l'on serait sans doute fort embarrassé d'expliquer alors pourquoi elle s'exerce dans le second cas et ne s'exerce pas dans le premier.

Beaucoup d'autres expériences peuvent être tentées dans la même voie.

Dans l'état actuel des choses, la commission n'a pas été unanime pour tirer une conclusion définitive ; elle se borne à dire seulement que l'ensemble des phénomènes porte à regarder comme extrêmement probable que ces courants organiques ne sont pas l'effet d'une action chimique extérieure ; mais il serait bon d'en donner des preuves plus incontestables que celles qui ont été produites jusqu'à ce jour.

En supposant cette première question résolue dans le sens où elle semble devoir l'être, il s'en présente une seconde qui n'est pas éventuelle pour tout le monde, et qui a déjà été l'objet de beaucoup de discussions ; c'est celle-ci : Les courants dont il s'agit tirent-ils leur origine d'une action chimique intérieure, ou de la nature même et de la structure des tissus soumis à des forces particulières ?

Rien n'est plus évident que la variété prodigieuse des phénomènes chimiques qui s'accomplissent dans un être organisé à chacun des instants de son existence. Parmi ces phénomènes, il y en a qui cessent immédiatement avec la vie ; il y en a d'autres qui persistent sous l'influence de forces dont nous sommes loin d'avoir une parfaite connaissance. Ceux-ci, considérés comme simples phénomènes chimiques, donnent-ils la raison pleine et entière soit de la contractilité qui reste aux muscles, soit de la sensibilité qui reste aux nerfs, soit des autres propriétés qui survivent encore pendant un temps plus ou moins long, suivant le rang que les animaux occupent dans l'échelle des êtres ?

Il nous semble qu'en répondant affirmativement et qu'en acceptant cette explication comme suffisante, on ferait descendre au rang des causes occultes et insaisissables l'action chimique qui est si nette et si précise ; on lui ferait perdre son caractère essentiel, qu'elle tient exclusivement de l'analyse positive de ses effets.

Mais si l'on ne veut pas dire aujourd'hui que les actions chimiques qui succèdent à la vie rendent compte de toutes les propriétés organiques persistantes, peut-on dire au moins qu'elles expliquent les phénomènes électriques qui se manifestent au galvanomètre, et qui vont en s'affaiblissant avec les restes de la vitalité ? Sur ce point les opinions sont partagées : personne sans doute ne conteste que les actions chimiques dont il s'agit ne doivent être accompagnées d'un dégagement d'électricité ; mais les uns, se contentant de cette appréciation générale, regardent comme très-probable, sinon comme certain, que cette électricité est la cause des courants organiques. Les autres y font plus de difficultés : ils restent en suspens ; ils attendent que ces actions chimiques aient été étudiées et analysées de plus près, et en attendant ils doutent plus ou moins que l'on parvienne par cette voie à expliquer complétement la direction, l'intensité et tous les autres caractères des courants organiques.

Il y a donc là une seconde question à résoudre, question générale dans laquelle il ne faut pas perdre de vue qu'il n'y a pas seulement à chercher la cause des courants que l'on observe dans les nerfs et dans les muscles, mais qu'il y a en outre deux phénomènes à expliquer, savoir l'affaiblissement intermittent qu'éprouve le courant musculaire pendant la contraction du muscle, et la modification qu'éprouve le courant nerveux pendant l'excitation du nerf.

Nous devons de plus faire une remarque d'une autre nature : les lois données par M. du Bois-Reymond se rapportent en général soit à des lambeaux de muscles et de nerfs adhérents à un être dont la vie est douloureuse, soit à des portions détachées dont la séparation est assez récente pour qu'elles conservent encore quelque chose de ce que l'on appelle la *sensibilité organique*. Mais les coups du scalpel sont-ils sans influence ? La mutilation elle-même n'entre-t-elle pour rien dans les phénomènes que l'on observe ? Les liquides exsudés, altérés, transportés par endosmose ou autrement, n'y prennent-ils aucune part ? Ces questions méritent un sérieux examen ; il faut les discuter et les résoudre avant de conclure du fragment à l'ensemble, de la partie au tout. Ici l'induction seule est impuissante ; il faut des preuves, des preuves positives, pour être autorisé à étendre au système musculaire entier, et surtout au système nerveux considéré dans toute son intégrité, ce qui se manifeste dans une portion de nerf prise à part, et qui vient de subir l'action des ciseaux.

Ainsi, en résumé, notre opinion sur la cause des courants organiques en général est la suivante : cette cause est inconnue.

1° Il est probable que ces courants ne résultent pas d'une action chimique extérieure.

2° Il n'est pas démontré qu'ils résultent d'une action chimique intérieure ; c'est là une question à résoudre, et suivant qu'elle recevra une solution positive ou négative, les conséquences ultérieures prendront des caractères très-différents.

Revenons maintenant au courant qui semble résulter de la contraction du bras.

Voici les éléments de la discussion :

1° Si, d'après les expériences mentionnées dans la sixième proposition (des faits observés par M. du Bois-Reymond), une grenouille ne donne pas de cou-

rant sensible, c'est que ses membres inférieurs tendent à produire des courants égaux et opposés.

2° Lorsque, ayant coupé l'un des nerfs sciatiques pour paralyser un des membres, on détermine dans l'autre des contractions tétaniques, l'intensité de son courant diminue conformément à la quatrième proposition; alors le courant du membre paralysé on condamné au repos devient prédominant, et le galvanomètre le rend visible avec la direction qu'en effet il doit avoir, c'est-à-dire qu'il est *direct* dans le membre tétanisé.

3° Lorsqu'on fait entrer les deux bras dans le circuit du galvanomètre, on n'observe d'abord que des effets accidentels, dépendant sans doute de l'état cutané des doigts qui touchent aux conducteurs; quand ces effets irréguliers sont apaisés, et que l'aiguille du galvanomètre est devenue immobile, on détermine la contraction volontaire de l'un des bras, alors l'aiguille du galvanomètre est à l'instant déviée, sa déviation accusant toujours un courant *inverse*, c'est-à-dire dirigé, dans le bras contracté, de la main vers l'épaule.

Or si l'on examine ces trois dernières propositions pour en saisir l'enchaînement, on éprouve d'abord une difficulté qui est celle-ci: entre la deuxième proposition et la troisième, il y a une certaine analogie; là c'est une jambe qui se contracte artificiellement, ici un bras qui se contracte volontairement; mais pourquoi le courant est-il *direct* dans le premier cas, et *inverse* dans le second? C'est là un point important; il est à regretter que M. du Bois-Reymond, qui a pris soin de signaler lui-même cette différence, cette inversion constante dans le sens du courant, n'ait pas senti la nécessité d'en expliquer la raison: tant que cette explication ne sera pas donnée, on pourra contester qu'il y ait une liaison nécessaire ou même une liaison quelconque entre la troisième expérience et la deuxième.

D'après les principes de M. du Bois-Reymond, l'effet d'une contraction soutenue n'est pas de faire naître un courant, mais d'affaiblir et de suspendre par intermittence un courant qui préexistait; il faut donc un courant préexistant, ou plutôt il en faut deux qui soient égaux et opposés, et qui se neutralisent, puisque l'aiguille du galvanomètre est au zéro; l'un doit se trouver essentiellement dans le bras qui va se contracter, et c'est lui que la contraction affaiblira; l'autre, par raison de symétrie, doit se trouver dans l'autre bras, et c'est lui que la contraction rendra prédominant. Ainsi le courant que l'on observe au moment de la contraction n'est pas développé dans le bras contracté; il est, au contraire, préexistant dans le bras au repos, et il se montre par cela seul qu'il cesse d'être complétement neutralisé.

Si la question doit, en effet, être posée en ces termes, il nous semble que, pour assimiler cette expérience aux précédentes, il ne reste plus qu'une condition à remplir, c'est de démontrer nettement que les muscles du bras de l'homme, sur lesquels s'exerce la contraction, si on les considère dans leur état naturel, sont disposés de telle sorte qu'ils donnent naissance à un courant *direct* continu, allant de l'épaule à la main, et qu'ils donnent ce courant d'après les lois des sections longitudinales et transversales. Cette condition est indispensable; tant qu'elle ne sera pas remplie, les expériences ne peuvent être assimilées, on ne peut pas et l'on ne doit pas regarder la troisième proposition comme étant une conséquence de la deuxième.

Mais admettons, pour un instant, que cette première difficulté soit levée, que la forme des muscles du bras qui entrent ici en jeu, que leur structure, leur enlacement, leur disposition absolue et relative conduisent à la conclusion voulue, c'est-à-dire qu'il suffise d'y appliquer les lois du courant musculaire, pour faire voir qu'en composant les directions et les intensités l'on obtient pour résultat final un courant continu dirigé de l'épaule à la main; toute la question serait-elle résolue? faudrait-il regarder comme certain que la troisième expérience est identique à la deuxième, et qu'elle s'explique rigoureusement par la même cause? Nous ne le pensons pas: il y aurait encore des doutes dépendant de la diversité des conditions et de la complication du problème; mais le moment n'est pas venu de les faire ressortir et d'en discuter la valeur.

En définitive, le courant qui semble appartenir à la contraction musculaire de l'homme vivant est un phénomène des plus curieux. Tout en applaudissant à cette découverte de M. du Bois-Reymond, tout en accordant qu'elle a peut-être des liaisons intimes avec les autres phénomènes électrophysiologiques dont il a si habilement étudié les lois, nous n'admettons pas que ces liaisons soient aujourd'hui démontrées d'une manière concluante.

Nous ne terminerons pas ce rapport sans faire une réflexion qui nous est inspirée par le désir d'encourager M. du Bois-Reymond à s'attacher de plus en plus aux méthodes rigoureuses qui l'ont conduit à constater tant de faits nouveaux, il nous a été impossible de ne pas remarquer quelques mots qui se trouvent au commencement de son premier mémoire, et par lesquels il annonce « que ses recherches aboutissent à une théorie positive de l'agent nerveux et de la puissance motrice des muscles. »

Cependant le texte de ses communications n'aborde la discussion d'aucune théorie, il ne contient que des faits dont nous avons essayé d'apprécier l'exactitude et l'importance.

La théorie annoncée par les paroles que nous venons de rappeler reste donc complétement en dehors de notre examen; nous ne pouvons la considérer que comme un point de vue particulier, une idée abstraite, une pensée d'avenir portée devant l'Académie.

Il paraît assez naturel que M. du Bois-Reymond conçoive en lui-même de grandes espérances sur la fécondité de la carrière nouvelle dans laquelle il est venu à son tour chercher la vérité, et dont il a déjà exploré les premiers abords avec des succès dignes d'éloges. Grâce aux moyens d'observation qu'il a imaginés, il a su y trouver des faits d'une certaine espèce qui ajoutent beaucoup à la richesse de la science; mais rien ne démontre jusqu'à présent que l'on doive y trouver des faits d'une autre espèce, c'est-à-dire des vérités qui expliquent *l'agent nerveux et la puissance motrice des muscles*. Si un jour, dans l'avenir, après de longues et laborieuses recherches, ces vérités plus complexes viennent à sortir en effet du creuset sévère de l'expérience, il sera permis de dire que la science a fait un grand pas de plus.

En attendant vos commissaires ont vu avec le plus vif intérêt les expériences de M. du Bois-Reymond, ils ont reconnu la parfaite exactitude de toutes celles qui ont été faites devant eux, ils ajoutent qu'ils espèrent beaucoup des recherches de plus en plus rigoureuses qui seront poursuivies dans cette voie.

Pour conclusion, ils proposent à l'Académie de remercier M. du Bois-Reymond, et de le féliciter des diverses séries de faits qu'il a démontrés par l'expérience.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 30 JUILLET. — PRÉSIDENCE DE M. BRICHETEAU

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle ne comprend que deux lettres ministérielles:

1° L'une par laquelle le ministre transmet un mémoire rédigé par M. le docteur Laffore, sur un moyen qu'il croit avoir trouvé pour guérir presque dans tous les cas la méningite tuberculeuse: ce moyen est l'emploi de l'iodure de potassium (commissaires: MM. Honoré, Boullay et Michel Levy);

2° La deuxième relative à une demande d'analyse d'une eau minérale provenant d'une source située dans la commune de Brucourt, arrondissement de Pont-l'Évêque (Calvados). (Comm. des eaux minerales.)

SPÉCULUM BUCCAL.

M. Mathieu met sous les yeux de l'Académie un nouveau spéculum buccal formant une pince dont les mors s'écartent par une vis de pression placée à l'extrémité du levier. Les dents du patient portent sur deux arcades pivotantes garnies d'étain.

Ce spéculum, dit l'auteur, a l'avantage de se placer sans qu'il soit nécessaire d'ouvrir préalablement largement la bouche; il l'écarte au gré de l'opérateur, et il ne masque aucune partie de la cavité buccale et ne peut gêner en aucune manière dans la manœuvre des opérations que l'on y pratique.

THORACENTÈSE.

M. Goulden adresse un mémoire écrit en anglais sur la pleurésie, l'empyème, l'hydrothorax et l'opération de la paracentèse thoracique. (Comm.: M. Louis.)

MALADIES NERVEUSES.

M. Baradec soumet à l'appréciation de l'Académie un mode de traitement qu'il dit avoir employé contre les maladies nerveuses chroniques. Ce traitement est basé sur l'action énergique de la ventouse sèche, qu'il désigne sous le nom de ventouse vésicante, à cause de son mode particulier d'action sur la peau.

SUR LES MESURES HYGIÉNIQUES RELATIVES AU CHOLÉRA.

M. Gaultier de Claubry, demandant la parole à l'occasion du procès-verbal, lit la note suivante:

Loin de moi la pensée de déverser le blâme sur M. le ministre de l'agriculture et du commerce, à l'occasion du rapport qu'il a fait à M. le président de la République relativement au choléra.

L'administration voit d'en haut, et sous des aspects qui peuvent nous échapper. Elle a tout à la fois à faire triompher la vérité scientifique, une fois que celle-ci lui est connue, et à ménager les susceptibilités des populations. Loin d'être blâmée, elle doit être louée pour les mesures qu'elle prend, quand ces mesures sont propres à calmer les esprits, à prévenir l'agitation et même des désordres graves, que des préjugés enracinés dans l'esprit de certaines populations pourraient faire éclater. J'applaudis donc à la mesure à la fois prudente et ferme que M. le ministre vient de faire décréter. L'administration sanitaire ne veut plus se conformer aux règlements promulgués par l'autorité; elle est dissoute; mais quelques concessions sont faites, jusqu'à plus ample informé, à l'inquiétude qui s'est emparée des esprits.

Mais les corps savants ne sont pas obligés à la même prudence temporisative; ils doivent rechercher la vérité et la publier immédiatement dès qu'ils l'ont mise en évidence; c'est là le moyen le plus efficace de venir en aide à l'administration supérieure, qui sera bien plus forte contre les préjugés quand elle pourra dire aux populations: Voilà le résultat incontestable des recherches des corps savants dans une question d'hygiène publique où ils sont complétement désintéressés.

Ce sont ces motifs qui me font demander à l'Académie nationale de médecine de mettre sa commission du choléra en demeure de lui faire, dans le plus bref délai possible, le rapport sur la contagion du choléra, auquel elle travaille depuis longtemps.

Un membre demande s'il n'y aurait pas lieu de prendre une décision sur la proposition de M. Gaultier de Claubry.

M. le Président: Il y a une commission qui est régulièrement investie de la question et qui s'en occupe; il n'y a pas de décision à prendre.

M. Joly : La commission n'a pas encore été convoquée.

M. Dubois (d'Amiens) : La commission n'a pas encore été convoquée, parce que le rapporteur ne possède pas encore les documents officiels nécessaires pour faire son rapport. On s'est adressé au ministre du commerce pour réclamer ces documents, et il a été répondu qu'on n'avait reçu encore de réponses que de quatre départements seulement.

M. Rochoux : On peut parfaitement se passer des documents officiels. Je répéterai ce que j'ai déjà dit plusieurs fois. Le rapport sur le choléra, si on le voulait bien, pourrait être fait immédiatement.

M. Cibert : Je suis de l'avis de M. Rochoux. Je crois que si l'on attend, pour faire le rapport, la communication officielle de toutes les pièces, on ne le fera jamais.

Cet incident n'a pas de suite ; on passe à l'ordre du jour, qui appelle M. Robert à la tribune pour un rapport.

INSTRUMENTS DE CHIRURGIE EN GUTTA PERCHA.

M. Robert lit, au nom de MM. Chevallier, Poiseuille et au sien, un rapport sur des instruments de chirurgie en gutta percha, présentés à l'Académie par M. Cabirol.

Les considérations dans lesquelles entre M. le rapporteur, et que nous ne pouvons suivre ici dans tous leurs détails, tendent à établir que la gutta percha peut fournir à la chirurgie de nombreuses et utiles applications.

En conséquence la commission propose, par l'organe de M. le rapporteur, les conclusions suivantes :

1° Remercier M. Cabirol de sa communication ;

2° L'engager à continuer ses travaux sur la gutta percha, de manière à en répandre et à en perfectionner l'usage.

M. Ricord : J'abonde dans le sens de M. le rapporteur. Je pense, comme lui, que c'est une très-bonne chose que la gutta percha, et que les appareils confectionnés avec cette substance méritent d'être encouragés. Je ne diffère avec lui que sur un seul point. Les sondes en gutta percha offrent cela de favorable qu'elles ne s'altèrent ni au contact de l'urine ni au contact des mucosités ; mais il n'est pas exact de dire qu'elles favorisent moins que les autres les dépôts calcaires ; elles ne les favorisent ni plus ni moins, les dépôts calcaires étant tout à fait indépendants de la nature du corps introduit dans l'urètre, mais subordonnés seulement à certaines conditions individuelles. J'ajouterai encore que ces sondes ont l'avantage de ne point s'écailler après un certain temps d'usage comme les sondes en gomme élastique. On sait que ces dernières sont hors d'usage au bout de cinq, six ou huit jours, tandis que j'ai pu me servir pendant plus de trois mois de la même sonde en gutta percha. Enfin ces sondes se moulent sur les parois du canal, s'adaptent parfaitement à ses courbures, mais elles n'ont pas en revanche la souplesse des sondes en caoutchouc. Le canal a plus de peine à les adapter à sa convenance, mais une fois qu'elles en ont acquis la forme, elles y persistent, ce qui est évidemment un avantage.

En ce qui concerne les bougies, il m'a paru que M. le rapporteur ne leur accordait pas tous les avantages qu'elles me semblent avoir. Je crois qu'on aura, dans la confection des bougies en gutta percha, une sorte de terme moyen entre les bougies en gomme élastique, qui sont trop rigides, et les bougies en cire, qui pèchent par un excès opposé.

En résumé, les appareils en gutta percha ont, à mon avis, de l'avenir, et je me joins à M. le rapporteur pour en encourager l'usage. Je vote pour les conclusions du rapport.

M. Velpeau : Je joindrais volontiers mes éloges à ceux de M. le rapporteur, s'il ne me paraissait avoir un peu exagéré les avantages de ces appareils, particulièrement en ce qui concerne les bougies. J'en ai fait l'essai aussi de mon côté, et voici quel a été le résultat de mes observations.

Les bougies en gutta percha m'ont paru, suivant les circonstances, être trop roides ou trop souples ; trop roides au moment où on les introduit, trop souples une fois qu'elles ont été échauffées par leur séjour dans le canal. Il résulte de leur ramollissement par la chaleur que, lorsqu'elles rencontrent un obstacle, elles cèdent au lieu de le franchir et se replient sur elles-mêmes. Cela tient à ce que la gutta percha n'est pas élastique. Il résulte encore de ce défaut d'élasticité, qu'une fois pliées ou infléchies dans tel ou tel sens, elles ne reprennent plus leur forme première.

Pour les sondes, c'est un avantage, sans doute, d'avoir une substance inaltérable et qui se moule facilement sur le canal ; mais elles ne me paraissent pas cependant avoir un avantage aussi grand qu'on l'a dit sur les sondes en gomme élastique. On a prétendu que celles-ci irritaient davantage le canal ; je crois qu'il n'y a à cet égard aucune différence entre les unes et les autres. J'ajouterai que les sondes en gutta percha ont un inconvénient dont on n'a pas parlé. Il m'est arrivé, dans une circonstance, d'avoir à maintenir une sonde dans un urètre dévié et aplati par une tumeur située dans le voisinage. Or la sonde n'étant point élastique, s'est laissé aplatir, et son calibre s'est resté oblitéré. Il y a toutefois à faire valoir, en faveur des sondes en gutta percha, un avantage dont M. le rapporteur n'a pas parlé, c'est la facilité et la promptitude avec lesquelles on les fabrique, tandis que la fabrication des sondes en gomme élastique est très-longue.

J'ai aussi fait usage des pessaires et des canules en gutta percha. Je dois dire que j'en étais d'abord émerveillé ; mais je n'ai pas tardé à revenir sur ma première impression ; voici ce qui est arrivé. Une fois échauffés par leur séjour dans le vagin ou dans le rectum, ces instruments se sont pliés, déformés, au point de s'opposer à l'écoulement des liquides et des matières, et dans quelques circonstances d'en rendre l'extraction difficile et douloureuse. Il y a donc beaucoup à dire encore, comme on voit, sur ces appareils, et je crois qu'il ne faut pas trop se hâter de se prononcer sur leur mérite.

M. Ricord : Je persiste à croire, malgré ce que vient de dire M. Velpeau, que les appareils en gutta percha constituent un véritable progrès et qu'on ne saurait trop les encourager, surtout en ce qui concerne les sondes. Quant à l'objection de M. Velpeau relative au défaut d'élasticité de ces sondes et aux conséquences qu'il en aurait observées, elle n'est pas fondée. L'explication qu'il a donnée du fait auquel il a fait allusion est fautive. Ce n'est pas par le fait du défaut d'élasticité, mais par défaut de résistance, que la sonde s'est laissé déprimer par la tumeur ; il en serait arrivé tout autant avec une sonde en gomme élastique.

M. Robert : J'aurais été hors de la vérité si j'avais voulu signaler les appareils en gutta percha comme préférables en tous points aux autres. Telle n'a pas été mon intention : ces appareils ont des inconvénients que M. Velpeau a justement signalés. Ainsi, en ce qui concerne les bougies, je maintiens ce que j'en ai dit ; qu'elles soient fines ou grosses, elles sont impropres à combattre les rétrécissements ; je ne pourrais mieux réfuter M. Ricord à cet égard qu'en lui opposant M. Velpeau. Mais il y a à l'égard des sondes un avantage qui paraît avoir été également méconnu par M. Velpeau et par M. Ricord, c'est de se mouler exactement sur tous les points du canal, sans presser davantage sur un point que sur un autre, de manière à prévenir les lésions qui résultent si souvent des pressions inégales exercées par les autres sondes.

M. Ségalas : Les essais que j'ai faits de ces instruments me les font considérer comme très-utiles ; je crois qu'en raison de la propriété qu'ont les sondes en gutta percha de se conserver longtemps, elles peuvent être d'une très-grande utilité dans les hôpitaux.

Sur l'invitation du président, M. le rapporteur donne une nouvelle lecture des conclusions.

M. Velpeau demande qu'on supprime de la deuxième conclusion ces mots : « à en répandre l'usage. »

Cette suppression est consentie par M. le rapporteur.

Les conclusions ainsi modifiées sont mises aux voix et adoptées.

— M. le Président annonce à l'Académie que M. Cnéneau de Mussy ayant donné sa démission de membre de la commission du choléra, le bureau a désigné pour le remplacer M. Michel Lévy.

DÉSARTICULATION COXO-FÉMORALE.

M. Bégin lit, en son nom et celui de MM. Blandin et Cimelle, un rapport sur un mémoire de M. le docteur Hénot, chirurgien principal d'armée, chirurgien en chef et premier professeur de l'ancien hôpital militaire d'instruction de Metz, sur la désarticulation coxo-fémorale, à l'occasion d'une opération de ce genre pratiquée avec succès à l'aide de l'éthérisation ; mémoire communiqué à l'Académie en 1847.

M. le rapporteur, après avoir rappelé les principales circonstances du fait et analysé le travail de M. Hénot dont nous avons déjà présenté dans le temps un resumé (voir Gaz. Méd., année 1847, p. 914), termine son rapport par les conclusions suivantes :

1° Adresser une lettre de remerciments à M. Hénot ;

2° Renvoyer son mémoire au comité de publication.

Après une courte observation de M. Velpeau sur la rareté du cas qui s'est présenté à M. Hénot et sur l'extrême difficulté de prévoir par un diagnostic assez précis les cas où l'on pourrait avoir à choisir entre la désarticulation et l'amputation au-dessus des trochanters, les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

GUÉRISON D'UN CANCER DE L'AVANT-BRAS PAR LA CAUTÉRISATION.

M. Rivaillé présente une dame qu'il a traitée avec succès d'un énorme cancer de l'avant-bras au moyen de la cautérisation à l'aide de l'acide nitrique monohydraté, incorporé dans de la charpie.

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

DE COLICA SCORTORUM DISQUISITIO ; autore Martino Hassing, doct. med. — Harniæ, 1848, in-8° de 100 pages.

L'auteur de ce travail, médecin en second de l'hôpital général de Copenhague, a eu, dans l'espace de neuf années, l'occasion d'observer 92 cas de cette affection, dont Parent-Duchâtelet, William Tait, Neumann, Jacobi et Lippert font à peine mention dans leurs écrits.

Ainsi souvent, sans cause connue, les femmes qui se livrent à la prostitution sont prises de douleurs, en général dans la région hypogastrique moyenne, parfois aussi dans la région iliaque, qui de là s'étendent aux parties voisines, et se concentrent enfin dans la partie inférieure du bas-ventre. La pression extérieure n'augmente pas ces douleurs ; l'abdomen n'est pas tendu, il est au contraire toujours mou, et la percussion donne un son normal. Parfois la diurèse est troublée et s'accompagne de strangurie ; le plus souvent, dans les premiers jours, l'émission de l'urine est difficile ; après l'apparition de la douleur, il survient quelques phénomènes fébriles,

tels que du frisson, de la chaleur, puis une sueur abondante; le pouls est assez fréquent (86-96); il est rare qu'il monte à 120-130; il peut aussi rester normal et n'être nullement influencé par la douleur. L'habitus extérieur des malades peut n'éprouver aucun changement.

Après une demi-journée, ou après deux jours de douleurs, se manifestent, comme phénomènes constants, des accidents gastriques ou bilieux; céphalalgie, surtout dans la région frontale; bouche mauvaise ou amère; malaise général; nausées; vomissements; langue blanche, quoique humide; cours de ventre paresseux; diarrhée, mais rarement; sommeil troublé: tels sont les traits les plus ordinaires qui se présentent à l'observation.

Après quelques jours d'un traitement convenable, les accidents diminuent, et au bout de six ou sept jours, ils ont en général complétement cessé. Le sang tiré de la veine, aux diverses périodes de l'affection, est en général normal; quelquefois il présente les caractères de l'inflammation.

Le rhumatisme et l'hystérie constituent les complications les plus fréquentes de la colique des prostituées.

Dans 24 cas, cette affection coïncidait avec des granulations ulcératives, des excoriations de l'orifice ou du col utérin, avec des affections blennorrhagiques de l'intérieur du col; dans 4 cas, avec une élythritis et des condylomes de l'entrée du vagin; dans 3 cas, avec des condylomes de la vulve et des grandes lèvres; dans 17 cas avec des tumeurs syphilitiques primaires de la vulve et des grandes lèvres; dans 43 cas, il n'existait aucun désordre du côté des parties génitales, et une seule malade était atteinte d'une tumeur des glandes inguinales.

Les femmes étaient âgées de 17-46 ans; elles avaient été réglées de 13-21 ans. 52 d'entre elles étaient régulièrement réglées. La ménostase se présenta chez 4 d'entre elles; une seule avait dépassé l'âge climatérique; une autre était au quatrième mois de sa grossesse. On n'a pu trouver aucun rapport entre la menstruation et la production de la maladie.

L'auteur regarde comme causes prédisposantes à cette affection les appétits vénériens immodérés et souvent non satisfaits de ces malheureuses, leur genre de vie, les veilles prolongées, les spiritueux dont elles abusent. Quant aux causes occasionnelles, on a pu constater des refroidissements, des émotions violentes, des écarts de régime, des injections dans le vagin, surtout avec des liquides froids, pendant la période menstruelle ou à tout autre moment, et le coït.

Le diagnostic indique une névrose de l'utérus. L'absence d'expansion de l'abdomen et la résonnance normale fournie par la percussion paraissent justifier cette manière de voir.

Les indications à remplir sont: dans les cas légers, la méthode expectante; on défendra tous rapports sexuels; on tiendra le bas-ventre chaudement; les malades garderont le lit. La méthode sédative sera employée lorsque les phénomènes d'éréthisme nerveux seront très-prononcés. A l'extérieur, l'auteur se loue beaucoup des sinapismes; il n'emploie les vésicatoires que lorsque l'action des premiers est insuffisante. A l'intérieur, il donne des lavements d'*assa fœtida*. Il n'a jamais eu besoin de recourir aux narcotiques proprement dits. Par contre, la méthode antiphlogistique a été très-souvent mise en usage (saignées générales, applications locales de sangsues). Dans 5 cas, les frictions avec l'onguent mercuriel, et dans six cas les applications de glace sur le bas-ventre n'ont pas donné des résultats satisfaisants.

Le calomel et la solution nitrée paraissent indiqués lorsque les accidents prennent un caractère inflammatoire bien tranché; en général cependant la méthode relâchante suffit: tels sont les cataplasmes émollients, les épithèmes huileux chauds, des fomentations avec un liniment volatil camphré, des lavements simples ou avec addition d'huile de ricin.

Contre les phénomènes gastriques, dans 46 cas l'auteur a employé la solution de sel ammoniaque, et dans 8 cas un julep salin.

Nous n'avons pas analysé ce travail, fait avec grand soin et qui indique un clinicien observateur; nous avons cherché à tracer le tableau de l'affection, que l'auteur a examinée sous toutes ses faces, avec la plus grande précision, laissant aux praticiens le soin de vérifier par eux-mêmes l'exactitude d'un ouvrage écrit de manière à inspirer la confiance et le désir de voir par soi-même la maladie dont il s'occupe.

VARIÉTÉS.

— Le MONITEUR contient les décrets suivants, contre-signés par M. J. Dumas:

Le président de la République,
Sur le rapport du ministre de l'agriculture et du commerce,
Vu la loi du 3 mars 1822 sur la police sanitaire;
Le comité d'hygiène entendu,
Décrète:

Art. 1er. Les provenances des pays où règne le choléra pourront être soumises, dans les ports de la Méditerranée, à une quarantaine d'observation de trois jours au moins et de cinq jours au plus.

Art. 2. Si, pendant la durée de la quarantaine, il ne s'est manifesté aucun cas de choléra, les provenances seront admises en libre pratique; dans le cas contraire, la quarantaine d'observation pourra, par décision de l'intendance sanitaire, être prolongée de cinq jours, à partir de l'invasion du choléra chez le dernier malade.

— Le président de la République,
Sur le rapport du ministre de l'agriculture et du commerce,
Vu l'art. 1er de la loi du 3 mars 1822;
Vu les art. 48 et 70 de l'ordonnance du 7 août suivant,
Décrète:

Art. 1er. Les attributions de l'intendance sanitaire de Marseille sont conférées à un commissaire spécial qui sera nommé par le ministre de l'agriculture et du commerce, et sera placé sous l'autorité immédiate du préfet des Bouches-du-Rhône.

— Suit un arrêté du ministre de l'agriculture et du commerce ainsi conçu:

Art. 1er. Les membres de l'intendance sanitaire de Marseille sont révoqués.

Art. 2. M. le docteur Mélier, membre de l'Académie nationale de médecine et du comité consultatif d'hygiène publique, est nommé commissaire extraordinaire du service sanitaire à Marseille.

Il remplira, sous l'autorité du préfet, les fonctions attribuées aux administrations sanitaires par l'ordonnance du 7 août 1822.

Il se concertera avec ce magistrat sur les dispositions à prendre pour assurer l'exécution des lois et règlements, et prescrire, suivant les circonstances, toutes les mesures qui pourront intéresser la santé publique.

Il est, en outre, chargé de préparer la mise à exécution du décret relatif au transfert du lazaret de Marseille au Frioul, et de rechercher les meilleures conditions pour l'organisation du service sanitaire et la réduction des dépenses qui s'y rattachent.

— LONDRES. — ÉLECTIONS DU COLLÉGE DES CHIRURGIENS. — Le docteur James Moncrieff Arnott F. R. S. a été nommé président du collége, le 11 juillet, en remplacement du professeur Joseph-Henry Green. Les vice-présidents élus dans la même séance sont: M. John Flint South, de l'hôpital Saint-Thomas, et M. Césard Henry Hawkins, de l'hôpital Saint-George.

— RAPPORT DE LA SOCIÉTÉ SANITAIRE POUR LA DISTRIBUTION DES EAUX. — La substitution des eaux pures et des eaux de source aux eaux de puits et aux eaux séléniteuses ou impures a été suivie d'une diminution notable dans le nombre des maladies des voies urinaires et spécialement de la gravelle. Les affections dyspepsiques ont aussi diminué de fréquence. On a noté concurremment une diminution dans le nombre et la gravité des affections fébriles.

— RAPPORTS STATISTIQUES SUR L'ÉTAT SANITAIRE DE LA FLOTTE, DE 1837 A 1843; par ALEXANDRE BRYSON. — L'auteur du RAPPORT SUR LES MALADIES DE LA CÔTE D'AFRIQUE vient de faire paraître le premier volume du rapport général comprenant les stations des deux Amériques et de la Méditerranée.

Les progrès de l'hygiène, une attention constante apportée à la ventilation et au choix des aliments, ont diminué d'une manière notable la gravité des maladies des gens de mer. Un grand nombre des affections qui ravagent encore aujourd'hui les équipages des stations d'Afrique et des Indes orientales et occidentales, dépendent des typhus ictérodes, dont les effets funestes pourraient être en partie évités par le départ des navires atteints et leur éloignement des foyers du mal. Il est à regretter que les règlements militaires s'opposent formellement à l'application de ces mesures sanitaires.

— IRLANDE. — Depuis le dernier rapport du parlement il y a en Irlande, 329 directeurs d'établissements d'aliénés. Pendant les trois années de 1846 à 1849, on a admis dans ces hôpitaux 674 malades; le nombre total des cas d'aliénation pendant cette période était de 7,320 dont 2,938 jugés curables et 4,382 incurables.

— Le MEDICAL TIMES du 20 juillet annonce que trois cas de choléra bien caractérisés ont été admis à l'hôpital de Saint-Bartholomée.

— Le duc de Cambridge, qui vient de mourir presque à la même époque que sir Robert Peel, patronait un grand nombre d'institutions médicales: il était *président* de plusieurs hôpitaux de Londres, *patron* des hôpitaux de Westminster et de Charing-Cross, membre de l'association instituée en faveur des veuves et des enfants des médecins, *vice-patron* de l'hôpital ophthalmique royal de Westminster et du dispensaire affecté aux maladies de l'oreille. Son immense fortune lui permettait de contribuer pécuniairement au maintien de toutes ces institutions.

— COURS DE PHYSIOLOGIE COMPARÉE. — M. Flourens, membre de l'Institut, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, ouvrira ce cours au muséum d'histoire naturelle (jardin des Plantes), le mardi 6 août 1850, à une heure, et le continuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à la même heure. Les leçons auront lieu dans l'amphithéâtre de géologie.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

A MM. LES ABONNÉS DE LA GAZETTE MÉDICALE.

La nouvelle loi sur le timbre des journaux atteint la GAZETTE MÉDICALE plus qu'aucun autre recueil. Elle assujettit au timbre, non-seulement sa feuille principale, mais encore ses suppléments; elle la frappe donc d'une exception dont elle affranchit les journaux politiques. Dans cette conjoncture, la GAZETTE MÉDICALE se trouverait, comme les autres journaux, obligée d'en revenir à ses anciens prix d'abonnements, les motifs qui les avaient fait réduire (l'abolition du timbre) n'existant plus. Cependant, pour concilier autant que possible les intérêts de ses souscripteurs avec les exigences de la science, elle a pris un moyen terme qui lui permettra de ne point augmenter son prix d'abonnement. Elle se bornera à réduire le nombre des suppléments qu'elle avait pris l'habitude toute bénévole de donner à ses abonnés. Elle n'en donnera plus désormais qu'un seul à la fin de chaque mois, lequel sera destiné principalement aux comptes rendus mensuels des Sociétés savantes dont la GAZETTE MÉDICALE a l'habitude d'enregistrer les actes.

REVUE HEBDOMADAIRE.

AFFAIRE DE L'INTENDANCE DE MARSEILLE. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — INCIDENT RELATIF AU RAPPORT SUR LE CHOLÉRA.

La grosse affaire du jour, l'affaire de la Santé de Marseille, s'est compliquée depuis notre dernier article. En regrettant que, par une mesure aussi sommaire que celle d'une destitution de l'intendance, on se soit exposé à soulever, dans la population marseillaise, de sérieuses émotions, nous ne portions pas encore nos craintes aussi loin que les faits sont allés depuis. La paix publique a été troublée; des démonstrations inquiétantes ont eu lieu, et ce n'a pas été trop de toute la prudence du maire, du conseil municipal et des membres de la Santé eux-mêmes, pour rétablir la tranquillité. Les journaux de la localité, tout en recommandant le calme aux citoyens, se sont emparés très-vivement de la question; ce sont des réclamations et des protestations unanimes. Bref, l'agitation est devenue telle, que M. le ministre de l'agriculture et du commerce a cru devoir faire immédiatement une concession importante, en autorisant le préfet à adjoindre, à titre *consultatif*, il est vrai, trois conseillers municipaux, au commissaire envoyé de Paris. Cette nouvelle mesure sera diversement appréciée. Ceux qui se réjouissaient du *décès* de l'intendance la blâmeront. Nous qui trouvions le décret de révocation un peu prompt, nous ne pouvons que l'approuver en elle-même, tout en regrettant qu'elle soit devenue nécessaire. L'autorité est, dans le gouvernement, un ressort essentiel qu'on ne saurait trop ménager; en le tendant outre mesure, on s'expose à le faire fléchir plus tard. Et quand nous tenons ce langage, nous désirons être bien compris Nous ne nions pas le droit, le devoir même qu'a l'autorité de se faire respecter partout, nous ne prétendons pas qu'elle eût dû se retirer devant l'intendance méconnaissant les dispositions de l'arrêté de 1848; nous disons simplement que si la mission de M. Mélier était, comme l'affirme M. le ministre dans sa dépêche télégraphique au préfet de Marseille, « toute de conciliation, » le titre de *commissaire extraordinaire* officiellement donné à l'envoyé ministériel, l'intendance dissoute, un rapport sévère au président de la République, pouvaient aisément donner le change; nous disons qu'il eût été plus convenable et plus digne de dépêcher sans bruit, à l'intendance, un membre du conseil d'hygiène muni d'instructions, que de la destituer avec éclat pour adjoindre ensuite au commissaire, avec l'apparence de céder à une pression extérieure, trois conseillers municipaux. Nous disons enfin que l'adresse par laquelle l'intendance s'excusait auprès du ministre de surseoir à ses ordres jusqu'à de nouvelles instructions de sa part, méritait d'autant plus d'égards que le ministre devait, en définitive, donner raison à l'intendance, en imposant, comme elle, une quarantaine même aux navires *qui n'auraient à bord ni morts ni malades*.

Mais une autre complication, un autre conflit, qui se rattache indirectement à la même affaire, s'est produit à l'Académie de médecine. On se rappelle que, dans la séance du 30 juillet, M. Gaultier de Claubry avait pris texte du rapport de M. le ministre de l'agriculture et du commerce au président de la République, pour demander à l'Académie de mettre la commission du choléra *en demeure* de faire, *dans le plus bref délai possible*, son rapport sur la contagion de cette maladie. Cette sorte d'injonction ne permettait pas à la commission de se taire; et au fond, nous croyons qu'elle ne demandait pas mieux que de s'expliquer. C'est ce qu'elle a fait dans la dernière séance, par l'organe de son rapporteur, M. J. Guérin. Les explications ont même été au delà de ce qu'attendaient vraisemblablement ceux qui les ont provoquées. La commission déclare tout net qu'elle est arrêtée dans son travail par le mauvais vouloir de l'administration, qui refuse de lui communiquer les documents directement envoyés au ministère et plus spécialement relatifs à la propagation du choléra. Et le ajoute que, suivant ses informations, le comité d'hygiène s'occuperait d'un rapport sur l'épidémie de 1849. Ce double fait lui ayant paru constituer une atteinte aux prérogatives de l'Académie, en même temps qu'elle met celle-ci dans l'impossibilité de remplir l'une des missions pour lesquelles elle a été instituée, la commission est venue demander que le conseil d'administration fût invité à se rendre auprès de M. le ministre de l'agriculture et du commerce, pour lui exprimer le désir que l'Académie soit mise en possession de tous les documents propres à éclairer la question du mode ou des modes de propagation du choléra. Vivement soutenue par MM. Moreau, H. Gaultier de Claubry, Robinet, Caventou, et même par M. Bussy, membre du comité d'hygiène, cette proposition a eu le bonheur de ne déplaire qu'à M. Rochoux. Ce savant académicien ne comprend pas l'utilité de nouveaux documents pour décider si le choléra est ou n'est pas contagieux. Pour son compte, il se chargerait de livrer le rapport dans les vingt-quatre heures; aussi est-il bien convaincu que les plaintes de la commission ne sont qu'une reculade déguisée. Cette confiance de M. Rochoux ne nous étonne pas; personne n'ignore que les questions les plus ardues ne sont qu'un jeu pour lui; il en a donné maintes preuves devant l'Académie. Mais tout le monde

Feuilleton.

LE PROFESSEUR PHILIPPE-FRANÇOIS DE WALTHER (DE MUNICH).

Le 29 décembre 1849, est mort à Munich, à l'âge de 68 ans et après quelques jours de maladie, le professeur Walther. Savant infatigable, chirurgien très-habile et d'une expérience consommée, publiciste distingué, professeur éloquent, il fut pendant près de trente années une des illustrations chirurgicales de l'Allemagne. Nous croyons que l'histoire d'une existence aussi bien remplie intéressera les médecins français.

Le professeur Walther naquit à Bursweilers, dans le Palatinat bavarois, le 3 janvier 1782. Son père était premier magistrat du district. En 1794, lors de l'invasion du pays par les armées françaises, sa mère se réfugia à Heidelberg, emmenant son fils avec elle; il y termina ses classes, et en 1797 il aborda l'étude des sciences naturelles et médicales. Les doctrines philosophiques de Fichte et de Kant trouvèrent dans le jeune Walther un disciple passionné. A 18 ans, il visita Vienne, dont l'école, alors au plus haut degré de sa splendeur, offrait un nouvel étudiant des sources d'instruction dignes de son zèle ardent. Sans fortune, il dut accepter une charge de précepteur qui lui permit de passer trois années dans la capitale de l'Autriche et de suivre les cours de Beer, de Beinl, de Bocking, de Pierre Frank, de Hurtl, de Procbaska, de Schmidt, etc. Les leçons et la pratique de Beer dans l'oculistique avaient frappé Walther par leur justesse et leur simplicité; il s'était approprié et pour ainsi dire assimilé les vues rationnelles du célèbre oculiste, qui l'accueillit dans sa maison comme un ami, en fit son aide, lui confia longtemps sa clientèle qu'il ne pouvait suivre, et lui donna le conseil de se fixer à Vienne. Mais l'enseignement de Pierre Frank avait fasciné Walther d'admiration et lui avait inspiré un avenir qui s'est réalisé; le maître aimait aussi l'élève, car celui-ci, atteint d'une fièvre nosocomiale qui mit ses jours en danger, dut la vie aux soins des deux Frank, père et fils.

Les deux premières publications de Walther furent faites à Vienne (1); elles prouvent son ardeur pour les nouveautés scientifiques, et montrent les premiers essais d'une vaste intelligence en train de se développer.

De retour en Bavière, il prit le grade de docteur à l'Université de Landshut, le 18 février 1803. Marens, qui venait d'être nommé directeur général des affaires médicales dans les deux principautés de Ramberg et de Wurzburg, récemment acquises à la Bavière, fit nommer le jeune docteur médecin en second à la direc-

(1) SUR L'INDICATION THÉRAPEUTIQUE ET LE TECHNICISME DE L'OPÉRATION GALVANIQUE (1801) ET LA DOCTRINE DE GALL (1802).

n'est pas de cette force. Et puis, qui sait? La commission a peut-être peur des objections de M. Rochoux.

Mais non; il faut dire la vérité. La commission n'a eu peur de M. Rochoux. Elle n'a eu peur de rien, si ce n'est d'aborder et de juger une des questions les plus controversées et les plus graves avec des documents incomplets, et de laisser affaiblir entre ses mains l'autorité et la dignité de l'Académie. M. le rapporteur, dans ses courtes explications, ne s'en est pris qu'à l'administration, aux bureaux ministériels; il a dû seulement ajouter, parce que c'est un fait, laissant du reste à chacun le soin d'en tirer telle induction qu'il jugerait convenable, il a dû ajouter que, en même temps qu'on demandait à l'Académie un rapport, tout en lui refusant les matériaux nécessaires, on chargeait d'un autre rapport sur le même sujet un comité placé sous la main de l'administration. Là-dessus, le comité se récrie; il assure, par l'intermédiaire d'un journal de médecine fort dévoué à ses intérêts, que c'est lui, comité, qu'on accuse indirectement de la détention des documents, et il proteste bien haut qu'il en est incapable. Eh bien! faut-il le dire? car, en définitive, nous ne sommes pas tenu ici à autant de réserve qu'en a dû montrer le rapporteur à la tribune de l'Académie, la tenue du journal en question est telle, il essaye de justifier l'administration par des assertions si peu exactes et des raisonnements si obliques, qu'il est difficile de ne pas croire qu'un refus des pièces à la commission académique, si le comité n'est pas capable de le conseiller, ne soit au moins une mesure propre à le charmer sensiblement.

L'organe du comité affirme que l'administration ne retient aucun document. Quoi! la commission, par l'un de ses membres, se présente plusieurs fois dans les bureaux; on lui répond un jour que la discussion sur la contagion serait inopportune, un autre jour que les pièces manquent de la *sévérité desirable*; on fait les mêmes réponses à M. le secrétaire perpétuel; et l'on vent faire croire aujourd'hui qu'il n'y a pas de pièces! Qu'est-ce c'est donc que des pièces dont la divulgation serait inopportune, des pièces peu sévères, si ce ne sont des pièces? Le journal parle de *mystification*. S'il y en avait une quelque part, voilà où il faudrait la chercher. Nous allons plus loin, et nous affirmons que des documents nombreux existent (1); que des rapports à l'autorité, émanés de médecins délégués par elle dans les départements envahis, sont restés dans ses cartons. Un des membres qui ont pris la parole en faveur de la proposition de la commission en sait là dessus plus qu'il n'a voulu en dire.

On prétend encore que le comité d'hygiène, en faisant un rapport sur le choléra, n'empiétera pas sur les prérogatives de l'Académie, par la raison que l'un et l'autre ne remplissent pas le même but, n'ont pas les mêmes attributions. A l'Académie, les questions de science; au comité, les questions d'application. A merveille. Mais raisonnons un peu. Une application scientifique présuppose un principe apparemment. Dans l'espèce, pour que le comité sache si et comment il est utile d'instituer un système quarantainaire, il faut que l'Académie décide si et jusqu'à quel point, et (autant que faire se peut) dans quelles conditions, le choléra est contagieux. C'est donc à l'Académie que revient la détermination du principe, et il faut, toujours d'après le journal que nous laissons raisonner pour nous, il faut que cette détermination ait lieu avant que le comité commence à régler ses mesures d'*application*. Or qu'on n'oille pas croire que le comité l'entend de cette manière, il étudie pour son propre compte la question de principe, la question de la contagion; il la discute en séance; il a la primeur, d'autres disent la jouissance exclusive, de documents où le principe seul est en cause et qui ne touchent pas directement l'application; il a déjà nommé son rapporteur, et même, dit-on, deux rapporteurs. Voilà comment le comité entend se reléguer dans sa sphère et ne pas envahir celle de l'Académie; de l'Académie qui, d'après l'art. 2 de son ordonnance de création rappelé par M. Gault er de Claubry: « est spécialement instituée pour répondre aux demandes du gouvernement sur tout ce qui intéresse la santé publique, et principalement sur les épidémies. » Ajoutez que le rapport sur le choléra sera précisément un rapport officiel, originairement demandé par le ministre à l'occasion des documents transmis par lui à l'Académie.

Quoi qu'on en puisse dire, nous croyons que la commission a bien fait de demander à l'Académie une démarche destinée à éclairer la nature de ses rapports avec l'administration, et que l'Académie a bien fait de s'y résoudre. Nous n'oserions dire que la commission se soit beaucoup préoccupée en ceci de l'attitude de la presse médicale; mais elle a fait la meilleure réponse possible aux admonestations du journal en question, dont le rédacteur en chef, secrétaire du comité d'hygiène, disposant de tous les documents, chargé, assure-t-on, d'une partie du rapport du comité, et connaissant par conséquent mieux que personne la cause des *lenteurs* de la commission académique, menace cependant cette commission d'*interpréter sévèrement* sa conduite si elle ne met un terme à ses *temporisations*.

(1) Le journal qui en nie l'existence a bien su où les trouver pour en extraire les détails statistiques qu'il n'a cessé de publier, durant l'épidémie, comme documents *officiels*, sur la marche du choléra dans les départements.

HYGIÈNE PUBLIQUE.

MÉMOIRE SUR QUELQUES OBSERVATIONS DE PELLAGRE RECUEILLIES DANS LA VALLÉE DE VERNET (PYRÉNÉES-ORIENTALES), SUIVIES DE RÉFLEXIONS SUR LA NATURE DE CETTE MALADIE ET LES CAUSES QUI PEUVENT LA PRODUIRE; par M. A. COURTY, agrégé de la Faculté de médecine de Montpellier.

(Suite. — Voir le numéro 28.)

RÉFLEXIONS SUR LES CAUSES, LES SYMPTÔMES, LA TERMINAISON ET LA NATURE DE LA PELLAGRE.

Parmi les causes d'une maladie endémique, on est porté à étudier en premiere ligne le climat, les airs, les eaux, les lieux. Mais, disons-le tout d'abord, les influences topographiques ne paraissent pas se rattacher au développement de la pellagre. M. Roussel (1), en mettant en regard les

(1) DE LA PELLAGRE, DE SON ORIGINE, DE SES PROGRÈS, DE SON EXISTENCE EN FRANCE, DE SES CAUSES ET DE SON TRAITEMENT CURATIF ET PRÉSERVATIF, Paris, 1845, p. 154.

tion de Ramberg; deux mois aprés, il le faisait entrer dans le conseil médical de cette ville; au mois de septembre, on lui donnait la place de chirurgien en chef à l'hôpital de Ramberg, et le 23 novembre de cette heureuse année 1803, il était nommé pour la chaire de chirurgie dans cette Faculté. Walther, qui de protégé était devenu l'ami de Marcus, et cette amitié est restée inaltérable, s'associa à ses travaux de constitution et d'organisation médicales; l'enseignement et la pratique médicale en Bavière conservent encore aujourd'hui beaucoup de ces institutions. Pendant les deux années qu'il resta à Ramberg, le jeune professeur fit un voyage à Paris pour se perfectionner dans le manuel opératoire et pour suivre les leçons des grands maîtres de la chirurgie française dont il fut toute sa vie un fervent admirateur.

En 1805 nous voyons le professeur Walther à l'Université de Landshut, où il avait été appelé aux chaires de physiologie et de chirurgie; il y trouva une réunion d'hommes éminents dans toutes les branches, parmi lesquels nous citerons Hufeland, Fuchs, Tiedemann, etc. Landshut lui dut bientôt la création d'une clinique de chirurgie et d'oculistique, où les malades de toute la Bavière, attirés par la renommée de ses guérisons, accouraient en foule. En même temps les nombreuses armées qui traversèrent le pays et les combats livrés en 1809 dans les environs lui fournirent des faits instructifs et des observations pathologiques nombreuses (1).

Dans son COURS DE PHYSIOLOGIE (1806-1808), qui d'ailleurs a été publié, tout en montrant l'insuffisance de l'école de Haller et en s'appuyant aussi sur la physiologie comparée, il ouvrit une voie nouvelle à la doctrine philosophique. Ces leçons lui acquirent une réputation méritée comme physiologiste, et durant toute sa vie il suivit avec amour les progrès de cette branche des sciences médicales

En 1808, l'Académie des sciences de Munich lui accorda le titre de membre correspondant; la même année il fut décoré un des premiers de l'ordre civil, nouvellement créé, de la couronne bavaroise.

Mais peu à peu le cercle des hommes distingués qui avaient brillé à Landshut s'était restreint: la mort avait enlevé les uns, les autres avaient été déplacés ou appelés dans d'autres Universités allemandes. Alors Walther, qui avait refusé la chaire de chirurgie à Halles et à Heidelberg, crut devoir accepter la chaire de chirurgie qu'on lui offrit à Bonn (1819). Il y fut reçu à bras ouverts, et favorisé comme il le fut toujours par le gouvernement prussien, fier de posséder cette illustration scientifique, il fonda dans cette école une clinique de chirurgie et d'oculistique, où toute la contrée des bords du Rhin, depuis Mayence jusqu'aux frontières de Hollande, venait chercher la santé, et fournir des cas variés et pleins d'intérêt.

Pendant son séjour à Landshut, Walther avait publié séparément plusieurs

(1) Dans le recueil intitulé: MEDICIN, CHIRURGISCH ZEITUNG (1812-1818), on trouve quantité d'observations tirées de la clinique chirurgicale de Landshut. Walther était un des collaborateurs les plus actifs de ce journal, ainsi que des JAHRBÜCHER DER MEDICIN ALS WISSENSCHAFT, par Marcus et Schillings, et d'une autre publication: DIE EPHEMERIDEN DER HEILKUNDE.

descriptions topographiques des diverses contrées où sévit cette affection, pour en mieux faire ressortir le contraste, a déjà reconnu, après les médecins italiens, que si l'air, les eaux, les lieux peuvent influencer la marche et les manifestations de la pellagre, ils ne peuvent faire naître directement la maladie.

Avant la fin du siècle dernier, les médecins italiens avaient reconnu que la pellagre s'observe indifféremment sur les terrains les plus différents par la composition géologique, par la nature des eaux, par l'exposition, par la configuration extérieure.

Si nous opposons la description topographique des Asturies que Casal (1) nous a laissée, à celle du bassin d'Arcachon et des landes de la Gironde, tracée par MM. Hameau et Léon Marchand (2), nous trouvons, là une humidité excessive, ici l'extrême sécheresse; et nous ne pouvons nous empêcher de repousser également l'opinion de Casal et celle de M. Marchand, qui ont cru pouvoir faire jouer un rôle important dans le développement de la pellagre, celui-ci à la sécheresse, celui-là à l'humidité.

Enfin, dans cette partie de la Haute-Garonne et de l'Aude, qui formait l'ancien comté de Lauraguais, on rencontre, d'après le témoignage de M. Calès et les autres documents réunis par M. Roussel (3), des régions salubres et bien ventilées, la plaine la plus fertile du Midi.

On s'attend bien, d'après cela, que je me dispenserai de donner une topographie médicale des vallées où j'ai moi-même observé la pellagre. Je ferai seulement observer que la vallée de Vernet est une des plus découvertes, des plus riches, des plus agréables, des plus hygiéniques de toutes celles des Pyrénées orientales. Protégée contre la sécheresse et les ardeurs brûlantes du soleil du midi par les ruisseaux qui la parcourent et la fertilisent, elle est également garantie par son peu d'élévation et les avantages de son exposition, des froids rigoureux et du séjour des neiges auxquels sont condamnés la plupart de nos climats pyrénéens. La température moyenne n'est pas de beaucoup inférieure à celle de Perpignan et de Montpellier; et, chose remarquable, cette vallée est dominée par le Canigou, sans éprouver le froid des neiges qui couvrent pendant six mois le sommet de ce pic, et résistent même dans ses gorges aux chaleurs de l'été. Cette immunité tient à la proximité même du village qui, adossé pour ainsi dire au pied de la montagne, se trouve par cette position à l'abri des intempéries. En effet, pendant que le vent souffle avec violence à Prades, à Perpignan et dans toute la plaine du Roussillon, où il refroidit l'atmosphère, la vallée de Vernet jouit d'une température douce et d'un calme parfait. Cette égalité de température, l'absence de transitions atmosphériques brusques, et surtout l'absence d'humidité, même par le refroidissement de l'air, sont les traits caractéristiques de ce beau climat. On y cultive le blé, le seigle, le sarrazin, le maïs; les coteaux sont couverts, par intervalles, de bosquets de châtaigniers; le raisin y mûrit surtout à Corneilla, mais à mesure qu'on s'élève vers le Canigou, la culture de la vigne s'efface pour cesser tout à fait au niveau du village de Casteil.

Assurément on ne trouve, dans cette égalité de température, cette pureté de l'air, cette beauté du climat, aucune cause de maladie endémique, et l'on doit dire, avec M. Hameau (1), que la pellagre peut se développer dans les conditions en apparence les plus hygiéniques. Cette conclusion était formulée par notre confrère, à l'occasion des cas nombreux de pellagre observés dans une commune des environs de la Teste, à Gujan. « Gujan, dit-il, une des plus belles communes du département, des mieux aérées, qui réunit le double avantage de la pêche et de l'agriculture, qu'on prendrait pour un beau jardin, tant elle est bien cultivée, et dont les habitants semblent respirer l'aisance et le bonheur! »

Enfin, comment attribuer une influence de causalité aux conditions climatériques, à la configuration du sol, à la nature des lieux, quand on songe qu'on trouve également la pellagre dans les montagnes, et jusque dans les grandes villes, chez des individus qui y résident depuis nombre d'années, comme l'ont prouvé les quelques cas observés à Paris? M. Calderini (2) a bien dit, il y a peu d'années, que la pellagre préfère en général les localités moyennement élevées, les petits villages; mais il ajoute aussi les agriculteurs, les pauvres cultivateurs. C'est en effet à l'indigence du peuple des campagnes, aux influences plus directes exercées sur eux par les agents extérieurs, plutôt qu'à la topographie même du lieu de son séjour, qu'il faut attribuer le développement plus considérable de la pellagre chez ce peuple. Mais nous reviendrons bientôt sur ce sujet. Disons un mot de la nature des eaux et du sol.

Les eaux des vallées situées sur le versant ouest du Canigou sont abondantes, vives, pures; elles viennent de la fonte des neiges et de nombreuses sources sortant des montagnes; dans le court trajet qu'elles parcourent, elles sont fortement battues par les rochers, et passent par tant de chutes ou de cascades qu'elles en sont suffisamment aérées. Ce ne sont pas là certainement les eaux bourbeuses auxquelles certains médecins des landes ont pu attribuer quelque part dans la production de l'endémie pellagreuse. Elles ne tiennent même probablement en dissolution aucune des substances auxquelles on a fait jouer un rôle dans la production du crétinisme; car, admettrait-on la réalité de cette dernière supposition, je ferai observer que le nombre des crétins est très-minime dans la vallée de Vernet.

Rien n'indique que l'on doive invoquer l'action de quelque autre boisson dans le développement de la pellagre; bien que M. Cipriani (3) ait paru y attacher quelque intérêt, en citant un cas de pellagre développé à la suite d'un accès de *delirium tremens*, chez un sujet adonné aux boissons spiritueuses.

J'en dirai autant du sol et de la poussière qui s'en élève pendant les cultures. M. Beyris (4), tout en admettant pour la pellagre deux causes prédisposantes : la nourriture de mauvaise qualité et la malpropreté, re-

(1) Historia natural y medica del principado de Asturias. Madrid, 1762, p. 74, 76, 81, etc.

(2) Documents pour servir à l'étude de la pellagre des Landes, avec atlas iconographique. Paris, 1847, p. 205, 206. « L'humidité de l'air et des lieux, dit M. Marchand, n'est pas favorable au développement de la pellagre. » Et plus loin : « Par suite de l'infertilité du sol, du manque d'eau, de la sécheresse et de l'acidité de l'air, les lois qui président à l'organisation des êtres se trouvent restreintes. Les végétaux y croissent à peine, les animaux domestiques restent secs et maigres..... Le système cutané acquiert un surcroît d'activité qui, chez l'homme, va dégénérer en maladie. »

(3) Ouv. cit., p. 318.

(1) Documents, etc., p. 35.

(2) Huitième session du congrès italien. Voy. Gaz. Méd. de Paris, 1846, p. 982.

(3) Gaz. Méd. de Paris, 1846, p. 982.

(4) Documents, etc., p. 144.

---

monographies (1); il avait même essayé de continuer, ou plutôt il avait recommencé le Chiron de Siebold, mais il n'avait pas réussi. En 1820, étant à Bonn, il fonda avec Graefe (de Berlin) un journal de chirurgie et d'oculistique, qui, pendant trente années, a su toujours se tenir au premier rang; les observations pratiques et les enseignements nouveaux de Walther ont tous été consignés par lui dans ce recueil, en immense réputation parmi tous les médecins de l'Allemagne.

Pendant ce temps, le roi Louis de Bavière avait transféré dans la capitale l'Université de Landshut; jaloux de lui donner un nouvel éclat, il y avait appelé des professeurs célèbres; il voulut aussi qu'une illustration nationale, telle que le professeur Walther, vînt compléter l'enseignement de l'art médical dans la nouvelle Faculté. Walther accepta : car ce vœu si honorable du roi Louis était encore rehaussé par cette circonstance que la reine Thérèse, affectée d'une maladie des yeux, réclamait pour elle-même les soins et la présence du célèbre chirurgien. Aussi, malgré les offres les plus brillantes du gouvernement prussien, malgré les efforts de l'Université et de toute la bourgeoisie de Bonn, pour le retenir, Walther quitta cette ville, où sa position était si brillante sous tous les rapports; le sentiment de la patrie, son attachement pour l'ancienne Faculté de Landshut qui allait renaître, le décidèrent à cette résolution. D'un autre côté, la santé de son épouse, prise d'une nostalgie profonde, exigeait aussi son retour en Bavière; car en 1814, en passant par Amberg, où il avait été pratiquer une opération importante, le jeune professeur avait appris à connaître celle qui, peu de temps après, devenait sa femme.

Avant de se rendre à son poste, Walther visita Londres; il a donné de ce voyage une description fort intéressante dans son journal.

Enfin il arriva à Munich; on ne parlait dans cette capitale que de l'arrivée du « célèbre chirurgien, » auquel la reconnaissance du gouvernement prussien avait conféré le titre de conseiller intime; le roi de Bavière l'avait nommé en même temps chirurgien ordinaire de S. M., professeur de chirurgie et d'oculistique, et chirurgien en chef du grand hôpital de Munich.

Aussi ses leçons de chirurgie, ses cliniques, eurent-elles bientôt une vogue méritée. Comme professeur, Walther avait un débit fleuri, élégant, mais clair et net; il savait présenter son idée sous des formes variées, faciles à comprendre pour les diverses intelligences de son nombreux auditoire. Au lit du malade, ce n'était plus cet homme disert et éloquent dont la parole était entraînante. « Le professeur de clinique, disait-il, doit surtout s'occuper de guérir, et devenir pour les jeunes gens un modèle vivant dans l'art qu'il leur enseigne. » Fidèle à ce précepte, son examen du malade était court; les questions qu'il posait sans fatiguer le patient faisaient connaître ce qu'il fallait savoir; mais ce qu'il disait, ce qu'il demandait, était exact et complet. Dans ses opérations régnait toujours le plus grand calme; tout chez lui était sacrifié au but qu'il se proposait, à la guérison de son opéré. Ennemi des opérations qu'on a, à juste titre, appelées d'*hôpital*, ennemi des méthodes opératoires combinées et des

(1) Sur l'ophthalmie purulente.—Sur l'opération de la pupille artificielle.—Sur les inflammations, spécialement dans l'œil.—Sur les tumeurs du tissu adipeux.—Sur la ligature de l'artère thyroïdienne supérieure comme moyen curatif du goître, etc.

garde comme la cause occasionnelle de son développement la poussière du sol des landes; cette poussière agirait, d'après lui, d'une manière spécifique, en s'incrustant dans l'épiderme des agriculteurs qui se courbent sur les sillons, et en irritant la peau d'une façon particulière. Mais, dans le même pays, les bergers, résiniers et autres qui ne cultivent point les céréales, deviennent aussi bien pellagreux. Cette poussière du sol ne peut guère passer que pour une cause nouvelle de malpropreté; encore cette cause n'existe-t-elle pas au Vernet.

Nous renvoyons un peu plus loin l'étude des habitations, parce qu'une série d'autres influences doivent s'y rattacher. Pour le moment, nous allons poursuivre cette revue étiologique, en examinant l'influence des aliments. C'est surtout à cette influence, et principalement à celle du maïs de mauvaise qualité ou mal préparé, qu'on s'est efforcé de rattacher le développement de la pellagre.

Sans doute, il est naturel de supposer qu'une maladie qui attaque si profondément l'organisme, qui a un caractère si spécial et toujours identique, est produite par une sorte d'intoxication lente, amenée, chez tous les sujets affectés, par l'usage du même aliment; et, lorsqu'on lit le livre de M. Roussel, il semble indubitable que l'usage du maïs produise la pellagre, comme l'usage de l'ergot de seigle produit l'ergotisme. Plusieurs des médecins qui ont étudié la pellagre ont adopté cette manière de voir. Tel est, entre autres, M. Assandri (1), qui, dans un article publié en 1846, dans la GAZZETTA MEDICA DI MILANO, et intitulé : ESSAI D'UN PLAN PROPRE A FAIRE DISPARAÎTRE LA PELLAGRE DE LA LOMBARDIE, est évidemment préoccupé de l'influence du maïs et de la nécessité d'éloigner cette cause. Tel est encore M. Cazaban (2), qui, ayant observé la pellagre à Saint-Sever, dans les landes, l'attribue à l'usage du maïs de mauvaise qualité. Quelques pathologistes se sont rangés aussi à cette opinion. Tel est M. Grisolle (3), qui, dans son traité de pathologie interne, place la pellagre à côté de l'ergotisme, dans le chapitre consacré à l'étude des empoisonnements produits par les poisons septiques contenus dans les matières alimentaires, et notamment dans les céréales de mauvaise qualité. Néanmoins la question est loin d'être résolue; je vais le prouver en exposant la conviction opposée de quelques médecins, les doutes de plusieurs autres, et le résultat auquel m'ont conduit mes investigations dans la vallée de Vernet.

Cazal avait signalé le premier, comme cause de la pellagre, l'affaiblissement produit par une mauvaise alimentation, notamment par le maïs; Mazari avait soutenu la même idée. Cette opinion n'est donc pas nouvelle; son ancienneté est un titre de plus à mériter de notre part un examen sérieux.

Dans la septième session du congrès des savants italiens, tenue à Naples en 1845, M. Calderini (4) a lu, au nom d'une commission nommée à Milan, lors du sixième congrès, un mémoire dans lequel, entre autres propositions regardées comme d'une exactitude reconnue, il avance la proposition suivante : « Un point de doctrine actuellement incontestable est l'influence sur le développement du mal, d'une alimentation pauvre en principes réparateurs, des boissons altérées ou peu spiritueuses, une nourriture composée de substances capables de se gâter, comme le maïs récolté avant sa maturité ou par un temps pluvieux. » Remarquons déjà ceci : la commission de Milan ne dit pas qu'on doive attribuer la pellagre exclusivement à l'usage du maïs.

L'année suivante, dans la huitième session, tenue à Gênes en 1846, la commission, par l'organe de son rapporteur M. Ampellio Calderini (1), a modifié ses premières convictions et reculé d'un pas relativement à l'influence du maïs. En effet, elle exclut de l'étiologie de la pellagre l'alimentation par le maïs, du moins en tant que l'on considérerait cette alimentation comme seule cause efficiente. Elle incline à penser seulement que la maladie dépend du défaut de principes assimilables et nutritifs, soit par un vice des organes assimilateurs, soit par un manque réel d'aliments.

Enfin, dans le rapport officiel à l'Académie de médecine (2), demandé par le ministre relativement à M. Roussel, qui voulait aller étudier la pellagre en Espagne, M. Jolly pose des questions qui prouvent que la conviction est loin d'exister dans tous les esprits sur l'influence du maïs; et, dans la discussion, M. Gibert déclare qu'il ne croit point que la pellagre soit due à cette influence; et M. Ferrus pense que cette opinion sur l'étiologie de la maladie n'est pas soutenable; il a vu des habitants des contrées où l'on fait un grand usage de cet aliment, jouissant de la plus belle santé; M. Morel lui a écrit encore que l'idée de l'influence du maïs est au moins très-exagérée.

Mais s'il était possible de résoudre la question, ce ne serait pas en trouvant des pays où l'on ferait usage du maïs et où néanmoins la pellagre ne se serait jamais montrée; car on répondrait à cela : si la pellagre n'a pas éclaté dans ce pays, c'est que le maïs n'y subit aucune altération. Il faut trouver plutôt des cas de pellagre dans des contrées, ou chez des individus qui n'ont point fait usage de cet aliment, qui n'en ont mangé qu'en très-petite quantité et l'ont employé dans les meilleures conditions de pureté, de maturité, de préparation, de cuisson, etc.

Or M. Rizzi (3) faisait remarquer, en 1845, dans la GAZETTE MÉDICALE DE MILAN, non-seulement que l'influence du maïs ne suffit pas toujours pour déterminer la maladie chez ceux qui s'y soumettent; mais encore que plusieurs individus deviennent bien certainement pellagreux, sans avoir fait du maïs gâté leur alimentation habituelle.

De son côté, M. Marchand déclare que, dans le canton de Captieux, image de tous ceux où l'on observe la pellagre, on mange rarement du maïs, car ce blé ne peut y être cultivé, et l'on y est trop pauvre pour en acheter. Il en est de même dans plusieurs autres parties des landes.

D'après M. Hameau (4), les habitants du pays basque et ceux de la Chalosse, près de Dax, qui vivent entièrement de maïs, n'ont pas la pellagre; à l'inverse, il n'y a pas de maïs dans les grandes Landes. Cette céréale ne peut pas y croître, et la pellagre règne dans tout le pays.

Parmi les malades rencontrés à Paris (5), un de ceux observés par M. De-

(1) GAZ. MÉD. DE PARIS, 1846, p. 531.
(2) Thèses de Paris, 1848.
(3) TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE ET PRATIQUE DE PATHOLOGIE INTERNE, t. II, p. 10. — 2e éd. Paris, 1846.
(4) GAZ. MÉD. DE PARIS, 1846, p. 14.

(1) Ibid., 1846, p. 982.
(2) Séance du 3 août 1847.
(3) GAZ. MÉD. DE PARIS, 1846, p. 50.
(4) DOCUMENTS, etc., lettre à M. Marchand, p. 166; 16 oct. 1846.
(5) Le premier cas de pellagre sporadique constaté à Paris fut observé en 1842

instruments compliqués, il traitait les opérés avec tous les soins imaginables; ses traitements consécutifs aux opérations resteront des modèles à suivre dans ce genre.

Walther, par une de ces faiblesses auxquelles n'échappent pas les hommes les plus distingués, n'aimait pas les sœurs de charité pour le service des hôpitaux; cet ordre occupait une partie de l'hôpital et diminuait le nombre des lits qu'il aurait pu avoir pour ses cliniques. Il parvint à obtenir, pour cette congrégation, un bâtiment spécial; mais il y était arrivé après bien des luttes et des déboires dans le conseil des hôpitaux. D'un autre côté, une certaine malveillance et les intrigues de ses collègues, envieux de son mérite et de sa vogue, l'amenèrent à se démettre, en 1837, de ses fonctions de professeur de clinique.

Toutefois, après sa retraite, il ne cessa jamais, comme il l'avait toujours fait auparavant, de chercher, par tous les moyens possibles, à introduire des améliorations dans le service des hôpitaux; toute sa vie, il plaida en faveur de la liberté de l'exercice médical, et il s'efforça durant toute sa carrière à établir, malgré une opposition systématique à ses vues, des réformes, des innovations dignes de son intelligence et de son dévouement à son art.

Walther avait un esprit d'une nature productive, et, suivant l'heureuse expression de son biographe, régénératrice; on connaît même de lui diverses poésies pleines de sel et de gaieté.

Dans ses rapports avec ses collègues, il sut se faire aimer; l'envie seule, qui poursuit le mérite, lui donna des ennemis; il fut toujours l'ami de ses malades.

Ami des arts, et surtout de la plastique, il rappelait, parmi les plus beaux souvenirs de sa vie, un voyage en Italie, où il avait accompagné, comme chirurgien, le roi de Bavière, ce Mécène des artistes.

Walther a écrit un grand ouvrage intitulé : SYSTÈME DE LA CHIRURGIE, qui n'est pas encore entièrement terminé; heureusement pour la science, les matériaux trouvés dans les papiers du célèbre chirurgien permettent de finir ce travail, où il a englobé le fruit de ses recherches, de ses observations et de son expérience; dans ce livre classique, comme dans tous ses écrits, se retrouve le praticien et le penseur profond; telle était aussi sa personne.

On peut dire des ouvrages de Walther, qu'ils ne sont que les commentaires écrits de sa parole éloquente, de son diagnostic, sans faste, mais exact, et de son traitement toujours simple et rationnel. Comme oculiste, il a tenu le premier rang en Allemagne, où cette branche a toujours été cultivée avec tant d'éclat. Appelé deux fois à Paris, dans le cours de sa vie, pour donner ses soins dans des affections de l'œil, il mit chaque fois son séjour dans la capitale de la France à profit, pour juger par lui-même des nombreux progrès de la chirurgie française; la lithotritie surtout attira son attention, et il engageait surtout ses élèves à se perfectionner dans tout ce qui a rapport à ces opérations, quand ils iraient à Paris.

Walther a succombé à une fièvre nerveuse. Son cerveau était remarquable, comme celui de Cuvier et de Dœllinger, par le développement considérable des circonvolutions cérébrales.

vergie, un autre par M. Rayer, deux par M. Willemin, n'avaient jamais mangé de maïs.

Ainsi il est évident que la pellagre a pu se développer chez un grand nombre de sujets qui n'avaient jamais fait usage de cet aliment, regardé par M. Roussel comme la cause unique de son origine. Nous discuterons bientôt à quelles causes on peut rapporter l'appauvrissement profond de tout l'organisme, qui paraissait se lier, chez tous ces sujets, à l'existence de leur maladie.

Je disais tout à l'heure que trouver des pays où l'on fait usage de maïs, et où néanmoins on n'a pu observer aucun cas de pellagre, ne serait pas suffisant pour résoudre le problème de l'influence étiologique de cet aliment. Toutefois les observations de ce genre ne sont pas sans valeur, surtout quand il s'agit de maïs altéré par quelque maladie. A ce titre, je crois devoir citer l'observation suivante :

D'après M. de Renzi (1), dans le plus grand nombre des provinces du royaume de Naples, les paysans se servent presque exclusivement de blé de Turquie pour aliment. Ce maïs, de toute qualité, offre souvent l'altération qu'on nomme en Lombardie vert-de-gris, et cependant on peut dire que la pellagre ne s'observe jamais dans cette contrée. Le même auteur fait remarquer que les individus du territoire de Trente et de Gênes, qui séjournent depuis plusieurs années dans la Lombardie, s'y maintiennent presque toujours exempts de cette affection, bien qu'ils fassent continuellement usage de polenta préparée avec la farine provenant des grains de la localité où ils vont travailler.

S'il faut en croire le fait inséré dans un mémoire qui fut adressé, il y a plus de trente ans, à l'Athénée de Paris par Gensanna, on aurait vu un mari et sa femme, affectés de pellagre à une époque où ils ne faisaient point usage du maïs comme aliment, dont la maladie guérit ou fut suspendue lorsqu'ils se nourrirent de maïs, pour reparaître plus tard lorsqu'ils abandonnèrent cette nourriture.

Pour terminer cette discussion, je donnerai enfin le résultat de mes propres recherches. Dans la vallée de Vernet et les vallées voisines, on cultive le maïs en assez grande abondance ; aussi un observateur superficiel ne manquerait pas d'attribuer à son influence l'origine de la faible endémie pellagreuse de cette contrée. Mais si l'on va au fond des choses, on ne tarde pas à se convaincre qu'il ne saurait en être ainsi ; car les habitants du pays n'en font jamais ou presque jamais usage, et ceux qui en mangent quelquefois n'en prennent qu'une trop faible quantité pour qu'on puisse lui attribuer l'origine de leur maladie. Je suis d'ailleurs certain que, parmi les pellagreux dont j'ai cité l'observation, quelques-uns, notamment Thérèse Dorandeu, n'en ont jamais mangé. Dans ce pays, le maïs est un objet de commerce : une petite quantité sert à la nourriture des bestiaux, principalement des mulets et des cochons; la plus grande partie est exportée à Olette et de là en Cerdagne.

D'ailleurs supposerait-on que ces villageois mangent assez de maïs pour en ressentir quelque influence, je ferai observer que le maïs mûrit très-bien dans ces vallons, et je tiens de M. Junquet, aussi savant botaniste qu'habile praticien, qu'on n'y a jamais observé de *verderame*. L'atmosphère n'y est pas assez humide pour favoriser le développement de ce parasite fongoïde.

Faut-il chercher la cause ou une des causes de la pellagre dans l'altération de quelque autre céréale, du seigle, du sarrasin, par exemple ? A ce sujet, je me contenterai de faire remarquer que, dans les environs de Vernet, il n'y a pas d'ergot de seigle ; et d'autre part, que le seigle est assez mélangé de graines malfaisantes : telles sont entre autres la nielle et une sorte de jesse (le *latirus bythinicus*). Je n'ai toutefois aucune certitude sur l'influence morbifique de ces mélanges. Paulihac (d'Arès (2)), avait déjà observé que, lorsque les paysans ont quelquefois fait usage du seigle ergoté, la pellagre n'a pas été pour cela plus commune dans le pays.

Quelques observateurs, obligés, comme nous, de renoncer à l'influence étiologique du maïs et souvent de toute autre alimentation dans le développement de la pellagre, ont attribué cette maladie à l'insalubrité des habitations. Ainsi Spezza (3) l'attribuait à l'habitation des étables. Quant à moi, toutes les demeures que j'ai visitées m'ont paru aussi hygiéniques et souvent plus hygiéniques que celles de bien d'autres contrées où l'affection pellagreuse n'a jamais été observée.

Quelques autres, plus nombreux, l'attribuent à des causes qui se rattachent aux habitations : je veux parler des vêtements : telle est, par exemple, la malpropreté des vêtements, et surtout l'usage de se vêtir de peaux de brebis non tannées et qu'on ne lave jamais. Ils ont même donné à cette opinion un certain développement. Ainsi, d'après le docteur Hameau (1), les peaux de brebis, qui ne sont pas seulement lavées, contiendraient souvent le germe de la maladie. Outre la clavelée, dit-il, et les hydatides, quelques brebis meurent dans l'été d'une maladie qu'on nomme la *pelle*, et qui consiste en une forte diarrhée, accompagnée d'une rongeur à la face interne des cuisses, de tournoiement de tête, de chute de la laine et de mouvements irréguliers. Cette maladie n'est-elle pas la pellagre? C'est une présomption que M. Guichenet (2), médecin vétérinaire des épizooties du département de la Gironde, partage avec M. Hameau. Il y aurait, dans ce cas, deux manières de concevoir la production de la pellagre chez l'homme, ou bien par la contagion du principe pellagreux de la dépouille des animaux à l'homme ; ou bien, si l'on n'admet pas la contagion par l'influence des mêmes causes, de l'air, du sol, des eaux, des aliments, chez les animaux et chez les hommes affaiblis.

A l'appui de son opinion, M. Hameau dit que la pellagre n'existe pas dans les communes où il n'y a pas de brebis; mais dans la commune de Preichac et quelques autres (3), où l'on n'élève pas de troupeaux de brebis, la pellagre se voit très-fréquemment à l'état endémique. M. Beyris (4) combat aussi cette opinion : sur 12 malades, il n'a compté qu'un berger; les autres ont même habité des maisons où il n'y avait pas de troupeaux. Je n'y attache aussi aucune importance, bien qu'un des malades dont j'ai rapporté l'observation fût cardeur de laine. Je n'ai pas trouvé au Vernet la maladie des brebis dont parle M. Hameau. D'ailleurs la pellagre ne se développe-t-elle pas chez les résiniers dans les Landes, chez les cultivateurs et même quelquefois chez des personnes aisées dans tous les pays où elle est endémique, enfin chez des sujets adonnés à diverses professions, dans les contrées où l'on a pu l'observer à l'état sporadique ?

Pour achever la revue des causes résidant en dehors de l'organisme, il me reste à parler de l'insolation. Nous ne sommes plus à l'époque où l'on pouvait dire, avec Albera, que la pellagre est aussi ancienne que le soleil, et croire à l'influence de l'ardeur de cet astre sur la production de cette maladie. On sait aujourd'hui que l'érythème pellagreux peut même se développer à l'abri des rayons solaires. Aussi me bornerai-je à ajouter quelques faits aux arguments que Gherardini, Strambio, Facheris et tant d'autres ont opposés à l'opinion d'Albera. Strambio dit formellement que l'insolation peut bien causer l'érythème, mais non la maladie elle-même; car celle-ci continue à suivre son cours même chez ceux qui évitent de s'exposer au soleil.

Néanmoins, que l'insolation ait sa part dans la production de la pellagre, je n'oserais le nier ; qu'elle ait même une influence directe sur la production de l'érythème cutané, comme le veut M. Calderini (5), j'admettrais volontiers qu'il en est ainsi primitivement et dans la majorité des cas. On ne peut s'empêcher de reconnaître que le siége habituel de cet érythème ne soit les parties du corps exposées à l'air et au soleil ; mais il est évident non-seulement que la pellagre peut se développer hors de l'influence des rayons solaires, mais que l'érythème lui même, que nous verrons bientôt n'être qu'un symptôme, peut apparaître chez plusieurs malades soustraits à l'insolation, ou sur quelque partie du corps également à l'abri de l'action de cette cause. Ainsi à Milan M. Morel (6) a vu, quoique rarement, des individus travaillant à l'ombre (menuisiers, tisserands, etc.), devenir pellagreux. On a vu l'érythème se manifester ou offrir des recrudescences chez des sujets habitant depuis quelque temps les salles d'un hôpital. Chez un des malades dont M. Willemin a rapporté l'observation, l'érythème s'est manifesté à la joue et pendant le séjour du malade à l'hôpital. D'autres malades, comme la fille Quès, dont j'ai parlé plus haut, sont atteints de prurit et même de l'éruption érythémateuse au cou-de-pied, quoiqu'ils aient toujours porté des bas.

En terminant cette revue des modificateurs externes de l'économie, du climat, du sol, des habitations, des vêtements, de l'air, des boissons, des aliments, nous sommes forcés de conclure qu'on n'a trouvé jusqu'ici dans aucun d'eux la cause patente de l'affection pellagreuse. Il est triste sans doute de se voir entouré de ruines, et l'on se prend souvent à croire accomplir une tâche ingrate, lorsque, par l'étude approfondie des faits, on

---

par M. Roussel, dans le service de M. Gibert, à l'hôpital Saint-Louis. Le second fut observé dans le même service en 1843. La même année, un troisième cas fut publié par M. Devergie. En 1845, un quatrième cas fut observé par M. Cahen, dans le service de M. Rayer. La même année, je pus en étudier un cinquième à l'hôpital Saint-Louis, chez M. Devergie. En 1846, M. Honoré avait un sixième pellagreux dans son service, à l'Hôtel-Dieu. La même année, quatre nouvelles observations furent recueillies par M. Willemin, dans le service de M. Rayer, à la Charité.

(1) GAZZETTA MEDICA DI MILANO, 1845.
(2) DOCUMENTS, etc., p. 110.
(3) ANNALI UNIVERSALI D'OMODEI, 1830.

(1) DOCUMENTS, etc., p. 35, 159, lettre à M. Pariset.
(2) Idem, p. 164.
(3) Idem, p. 209.
(4) Idem, p. 87.
(5) GAZ. MÉD. DE PARIS, p. 982, 1846.
(6) Séance de l'Ac. de méd. de Paris du 3 avril 1847.

arrive à nier l'influence antérieurement admise de tel ou tel agent dans la pathogénie d'une maladie. Toutefois je m'estimerais heureux si les considérations qui précèdent poussaient les esprits à s'engager avec une nouvelle ardeur à la recherche des véritables causes de la pellagre.

Ce n'est pas qu'il nous soit impossible d'assigner une étiologie à l'affaiblissement de l'organisme, à l'appauvrissement de l'économie, qui précèdent et caractérisent cette affection; mais cette étiologie est vague: c'est celle de toutes les maladies lentes, qui entraînent la désorganisation des êtres les plus faibles, des êtres incapables de résister aux causes morbides, et par leur faiblesse native, et par l'intensité d'action de ces causes sur leur organisme. Existe-t-il, comme il semble de prime abord que cela devrait être, une cause spécifique, s'emparant plus facilement des individus affaiblis par les causes générales de détérioration, et développant en eux toutes les manifestations d'un mal qui, par ses symptômes, sa marche, sa terminaison, offre un cachet de spécialité difficile à méconnaître? C'est là une question pour le moment insoluble, et pour laquelle on a épuisé déjà tant d'hypothèses qu'à l'avenir il ne sera plus permis de la poser que pour la résoudre.

Si nous cessons d'ailleurs de nous préoccuper de cette spécialité d'allures et de physionomie morbides, qui nous fait rechercher le même caractère dans l'étiologie, nous trouverons dans la réunion d'un grand nombre d'influences des motifs suffisants de comprendre la détérioration matérielle qui paraît causer ou du moins caractériser toujours la pellagre.

Ce n'est pas sans avoir bien observé que les médecins italiens lui ont donné le nom de *mal de misère*; et l'on doit regretter que, dans son excellent traité sur la pellagre, M. Roussel (1), préoccupé de l'idée de l'influence du maïs, ait fait si bon marché de l'action d'une cause aussi profonde, aussi continue, aussi générale que la misère, et pour ceux à qui elle s'applique et pour les éléments dont elle est en quelque sorte le résumé.

Les pellagreux sont toujours de pauvres agriculteurs, de pauvres bergers, de pauvres ouvriers, des individus de la classe indigente, victimes de la misère et de la malpropreté, et le plus souvent entourés de circonstances antihygiéniques, de fumiers, d'eaux croupissantes, etc. « Aussi il n'est plus douteux pour nous, dit M. Marchand (2), que la pellagre ne soit réellement un mal de misère qui amène par la suite des temps une véritable dégradation physiologique. » Du reste, M. Marchand est tellement convaincu de l'action de la misère qu'il ne craint pas d'y joindre l'influence de l'avarice. Les Landais, dit-il, ont généralement de l'argent en réserve pour acheter des terres, ils en manquent pour se nourrir; le synonyme d'avare est le mot *ladre*, on pourrait ajouter celui de *pellagreux*. L'intensité de la pellagre, dit M. Lalesque (3), est toujours en raison inverse de l'aisance.

Je sais bien qu'en Irlande, où la misère est proverbiale, la pellagre est inconnue ou du moins très-rare; mais aussi n'ai-je pas dit que la misère seule soit certainement la cause de la pellagre. Je prétends seulement que tous les pellagreux sont misérables, et je me rends compte de l'influence de cette misère par la détérioration qu'elle entraîne dans l'organisme.

Tous les pellagreux observés au Vernet appartenaient à la classe indigente, et étaient soumis à toutes les privations, à toutes les misères physiques engendrées par la pauvreté.

J'ai dit tous, et cependant une exception frappante se présente à l'esprit, celle de Thérèse Dorandeu, appartenant (je l'ai fait observer) à la classe aisée des villageois, et même aux rangs les plus élevés de cette classe. Mais ne se rappelle-t-on pas les chagrins cuisants auxquels cette malade a été soumise pendant quatre ans? Or ces peines morales, peu signalées par les auteurs relativement à l'étiologie de la pellagre, me paraissent avoir, dans ce cas, une certaine importance. On n'ignore pas que les maladies sont engendrées par la douleur et par l'influence générale des passions tristes. Chez la femme Dorandeu, aucune cause ne paraît avoir présidé au développement de la maladie, la misère physique moins que toutes les autres; mais les peines, les inquiétudes, les douleurs de tous les instants, ce que j'appellerai en un mot la misère morale, a exercé sur l'organisation une influence continue autant que profonde.

Cet exemple de l'influence du moral sur le développement de la pellagre n'est pas, du reste, le seul qu'on ait observé dans l'étude de cette maladie. Bien que les médecins n'en aient pas fait l'objet de leurs remarques et n'aient paru jamais y fixer leur attention, on retrouve des preuves de cette influence dans plusieurs de leurs observations. Une des malades de M. Willemin (4), une femme de 30 ans, n'accuse d'autre cause de son mal que des contrariétés assez vives à la suite desquelles son humeur s'était altérée. On ne peut méconnaître l'action de la même cause dans plusieurs des observations publiées par les médecins de la Gironde (1).

Peut-être faut-il rapporter à la même cause la pellagre de la femme Duret, dont le docteur Hameau (2) cite l'observation. Cette femme était propre, bien nourrie, d'une belle taille et d'une belle carnation; elle ne s'était jamais occupée des travaux de la terre; elle n'avait eu antérieurement aucune maladie de la peau, et même presque aucune autre maladie; et néanmoins la pellagre marcha chez elle avec tant de rapidité que la mort survint au bout d'un an.

Avant de parler des conditions individuelles, telles que l'âge, le sexe, le tempérament, etc., qui paraissent le plus favorables au développement de la pellagre, je dirai quelques mots d'une opinion émise primitivement en Italie et reproduite chez nous par M. Lalesque (3), relativement à l'origine de cette maladie. M. Lalesque pense que bien avant l'année 1730 où Casal l'observait en Espagne, et l'année 1771 où Frapoli l'observait en Italie, la pellagre sévissait dans ces pays et dans plusieurs autres. Il croit qu'elle portait en Italie le nom de *pellarella*, maladie dont il est question dès l'an 1578, et qu'elle existait par conséquent plusieurs siècles avant nous. Il suppose enfin que cette pellagre, cette pellarella, sont des diminutifs de la lèpre.

La question ne nous paraît pas résolue, peut-être même n'est-elle pas soluble. S'il faut en juger par la comparaison des symptômes anciens de la lèpre avec les symptômes actuels de la pellagre, on ne peut admettre l'identité. Mais si l'on suppose que la maladie se soit considérablement affaiblie, on ne peut pas s'assurer davantage que celle-ci ne provient pas de celle-là. Contentons-nous d'ajouter que l'opinion de Frapolli, Paul della Bona, Louis Selder, Zanetti, M. Lalesque, était aussi l'opinion de Hensler, de Sprengel, des deux Franck, qu'elle est peut-être même celle de M. L. Marchand (4). M. Ardusset (5) a émis une hypothèse qui touche à la précédente par quelques points. D'après ce médecin, il existe encore dans l'arrondissement de Bazas des familles de lépreux connus sous le nom de *gahets* ou *cagoths*. Ces individus n'ont plus la lèpre, mais ils sont restés chétifs et plus disposés que d'autres à avoir la pellagre. Ces gahets descendraient d'anciennes races de Maures ou de pèlerins du Saint-Sépulcre qui auraient apporté la véritable lèpre d'Orient. La pellagre serait née, au contraire, sur le sol même, mais à une époque très-reculée, et aurait pu être confondue anciennement avec la lèpre, d'autant qu'elle pouvait être alors plus intense.

Mais sortons enfin de ces incertitudes, et terminons l'étude pathogénique de la pellagre par quelques recherches sur les conditions individuelles propres à son développement, sur son hérédité, sa contagion, sa coexistence avec certaines maladies, son antagonisme à l'égard de quelques autres.

(La fin au prochain numéro.)

(1) Ouv. cité, p. 159.
(2) Documents, etc., p. 214.
(3) Idem, p. 51.
(4) Arch. gén. de méd., 4e série, t. XIII, p. 342.

(1) Documents publiés par L. Marchand.
(2) Documents, etc., p. 28, 30.
(3) Documents, etc., p. 42.
(4) Idem, p. 203.
(5) Idem, p. 140.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

IV. JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES.

Les numéros de janvier, février et mars 1850 contiennent les travaux originaux suivants: 1° *De la méthode amova-inamovible*; par M. Seutin. 2° *Observation de hernie crurale étranglée; kélotomie*; par M. Gatiot. 3° *Du soufre sublimé dans la période algide du choléra*; par M. Cabarel. 4° *De la décoction de café contre la fièvre intermittente*; par M. Danvin. 5° *De la belladone*; par M. Martin-Lauzer. 6° *Traitement de la chute des cheveux ou de l'alopécie*; par M. Cazenave. (Analyse bien faite des diverses causes de l'alopécie et des modes de traitement appropriés; mais rien de saillant.) 7° *Emploi extérieur de la belladone contre les constrictions spasmodiques du rectum et contre l'étranglement des hernies abdominales*; par M. Chrestien. (Revue des opinions de J.-A. Chrestien par l'éditeur de ses œuvres, M. Chrestien (de Montpellier.) 8° *Moyen d'extraire de nos tissus les crochets et les hameçons*; par M. Raynaud. 9° *Du chlorure de sodium contre les ulcérations de la cornée*; par M. Tavignot.

DU SOUFRE SUBLIMÉ DANS LA PÉRIODE ALGIDE DU CHOLÉRA ; par le docteur CABARET.

Une lettre de M. le docteur Lorié (de Pont-le-Voy), insérée dans la livraison d'octobre du JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES, a engagé l'auteur à tenter l'emploi du soufre sublimé dans la période algide du choléra épidémique. Plusieurs observations, dit-il, sont venues confirmer l'efficacité de ce médicament; néanmoins, il se borne à en rapporter une seule qu'il regarde comme concluante. Il s'agit d'un enfant de 6 ans et demi, qui, après deux jours de diarrhée, fut pris de choléra le 4 octobre 1849, à huit heures du matin. Malgré l'emploi de l'éther, de l'acétate d'ammoniaque, de l'infusion de menthe, des cataplasmes sinapisés, l'état de l'enfant était des plus inquiétants à cinq heures du soir, époque où il fut visité par M. Cabaret. Visage livide, bouche immobile et entr'ouverte, refroidissement tel qu'on croit toucher un cadavre, crampes atroces, ventre contracté. Vomissements et selles moins fréquentes que le matin, et composés d'une matière riziforme. Suppression complète de la sécrétion urinaire. Pouls presque insensible; respiration pénible, etc. On administre de quart d'heure en quart d'heure un gramme de fleur de soufre, mêlé à une petite quantité de petit-lait. A huit heures du soir, un peu d'amélioration; moins de refroidissement. Cataplasme laudanisé sur le ventre; 10 grammes de soufre sont donnés pendant la nuit. Le lendemain, l'amélioration a augmenté; une chaleur douce et halitueuse s'est établie. Cinq selles non précédées de coliques ont eu lieu. A partir de ce moment, le soufre n'est plus continué et l'enfant se rétablit graduellement.

Cette observation est-elle, suivant l'expression de l'auteur, *concluante?* Une seule observation dans une affection où tant de médicaments revendiquent la supériorité, peut-elle avoir ce caractère? C'est ce dont douteront beaucoup de praticiens. La fleur de soufre, comme minoratif, nous paraît devoir être employée avec avantage dans la thérapeutique du choléra; mais nous n'accordons pas qu'on soit en droit, quant à présent, de lui attribuer une efficacité spéciale.

DE LA DÉCOCTION DU CAFÉ NON TORRÉFIÉ DANS LE TRAITEMENT DE LA FIÈVRE INTERMITTENTE ; par le docteur DAUVIN.

Il s'agit d'une simple note où l'auteur assure avoir retiré *des résultats satisfaisants* de l'emploi de la décoction du café non torréfié. *Un tiers environ* des malades ont vu leur fièvre disparaître *en très-peu de jours.* La formule de M. Dauvin est la suivante :

Café non torréfié, en prendre 40 grammes
Eau . . . . 500 —
Réduisez par ébullition jusqu'à 150 grammes.
Filtrez et administrez en trois doses égales pendant l'apyrexie. Si les accès persistent, on augmente la proportion du café.

Ainsi qu'on le fait remarquer à la suite de la note de M. Dauvin, il y a longtemps que le café a été préconisé contre les fièvres d'accès ; et l'on a annoncé des résultats du son emploi très-supérieurs à ceux que produit aujourd'hui l'auteur, puisque M. Grindel qui a fait des expériences dans l'établissement clinique de Dorpat, en Russie, rapporte que, sur plus de 80 cas de fièvres intermittentes, un très-petit nombre a résisté à l'action du café. Pour parler franchement, nous croyons que l'auteur du mémoire actuel, en réduisant à *un tiers environ* la proportion des guérisons, exprime plus exactement la moyenne des résultats.

MOYEN D'EXTRAIRE DE NOS TISSUS LES CROCHETS ET LES HAMEÇONS ; par M. RAYNAUD.

Il ne s'agit ici que du procédé qui porte à si juste titre le nom de M. Bonnet; mais nous n'enregistrons pas avec moins de plaisir un nouveau succès dû à ce moyen, que tout praticien peut se trouver, dans un cas imprévu, trop heureux d'avoir à sa ressource.

OBS. — M. Raynaud fut appelé, le 20 décembre 1849, auprès de mademoiselle Julie C., âgée de 14 ans, qui, en courant, venait de s'enfoncer dans le doigt indicateur de la main gauche l'instrument nommé *crochet*, dont elle se servait pour broder, long de 11 millimètres. Il avait pénétré à la partie externe de la première phalange de l'indicateur, à 1 centimètre de son articulation avec la deuxième. Partant de ce point et suivant une ligne oblique de bas en haut et de dehors en dedans, il avait parcouru sous les téguments un trajet de 3 à 4 centimètres, et son extrémité crochue était fixée au niveau de l'articulation de la première phalange avec le métacarpien, engagée sous le bord externe du tendon extenseur de l'indicateur.

Plusieurs personnes avaient déjà essayé d'extraire ce crochet en tirant sur son extrémité restée au dehors; mais ces tentatives infructueuses n'avaient servi qu'à surexciter l'irritabilité extrême de la jeune malade. Sentant la nécessité d'en terminer promptement, M. Raynaud chercha d'abord à faire traverser la peau par l'extrémité pointue de l'instrument; mais il éprouva une résistance très-forte, qui tenait à la longueur du trajet parcouru. Il se décida en conséquence à pratiquer avec le bistouri une ponction. Le crochet sortit alors sans difficulté, et il fut aisé de le briser avec une pince.

Il restait encore à retirer l'instrument par la partie libre de sa tige. Ce dernier temps ne put être accompli qu'avec quelque peine, l'instrument étant fortement serré par la rétraction des tissus, qu'il avait traversés dans une assez grande étendue.

La douleur cessa immédiatement; il n'y eut pas d'hémorrhagie. Une compresse, imbibée d'eau froide, fut appliquée sur le doigt. Le lendemain, les deux ouvertures étaient entièrement cicatrisées.

DU CHLORURE DE SODIUM CONTRE LES ULCÉRATIONS DE LA CORNÉE ; par M. TAVIGNOT.

Il y a déjà plusieurs années que M. Tavignot a recommandé aux praticiens cette médication, et les succès nouveaux qu'elle lui a procurés n'ont fait qu'augmenter sa confiance en son efficacité. Il s'attache aujourd'hui à mieux préciser les cas où elle est applicable et les changements que son emploi fait éprouver aux tissus avec lesquels on met cet agent en contact.

On peut diviser, au point de vue du pronostic, les ulcérations de la cornée en *transparentes* et *non transparentes*. Les premières guérissent en général assez facilement et sans suites fâcheuses, tandis que les secondes risquent de produire, et parfois avec une grande rapidité, la perforation de la cornée.

Mais une singularité assez remarquable de leur expression symptomatique est que l'ulcération la moins grave quant à ses conséquences s'accompagne des phénomènes les plus pénibles : ainsi la photophobie est presque toujours très-prononcée dans les ulcérations transparentes, tandis qu'elle manque habituellement ou existe à peine dans les ulcérations opaques.

Du reste, cette classification sert plutôt à faire pressentir les effets locaux du chlorure de sodium qu'à établir ses indications; car M. Tavignot déclare qu'il convient également dans les diverses espèces d'ulcérations.

Dans les ulcérations transparentes, le premier effet qu'on observe après trente-six ou quarante-huit heures de l'usage du médicament est une diminution très-notable de la photophobie, quelquefois même sa disparition complète. Cette action remarquable et presque constante ne s'explique par aucun changement appréciable des tissus; elle tient probablement à une simple modification de vitalité.

Le premier effet qui résulte de l'emploi du chlorure de sodium est un brusque arrêt dans la marche envahissante de l'ulcération; puis, après cinq à six jours du même traitement, l'ulcère, qui était resté stationnaire, se déterge et se cicatrise dans un espace de temps qui varie de quinze jours à un mois.

On peut se demander pourquoi, dans les ulcères transparents de la cornée, la cicatrice est ordinairement diaphane; pourquoi, dans les ulcères opaques, elle est moins transparente. Cela vient sans doute de ce que la cornée tend toujours à réparer ses pertes de substance par l'exsudation d'un tissu nouveau doué de transparence; mais, dans les ulcérations opaques, il existe en outre une sécrétion plastique ou puriforme. Or, si on lui laisse le temps de se concréter, elle persiste à la surface cornéale et constitue un obstacle incurable au passage des rayons lumineux.

La conclusion de ceci est que le meilleur moyen de prévenir les cicatrices opaques, dans les ulcérations non transparentes, est de provoquer le plus tôt possible leur guérison, afin de rendre le travail de résorption qui s'opère sur les dépôts plastiques assez actif pour que l'ulcère soit redevenu transparent à l'époque où débutera le travail réparateur de cicatrisation.

Quant au mode d'application de ce topique, l'auteur l'emploie le plus ordinairement en collyre. Il prescrit une solution qui, selon les cas, varie de 4 à 10 grammes de chlorure de sodium pour 30 grammes d'eau distillée.

L'instillation de ce liquide entre les paupières doit être faite trois fois par jour.

Le traitement général, tel que purgatifs, vésicatoires, onctions mercurielles, antiscrofuleux, conserve toute son importance, et sera toujours associé avec avantage à cette médication locale, selon les conditions particulières que présente l'individualité morbide.

V. BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE.

(Numéros de janvier, février et mars 1850.)

DU TRAITEMENT DES FRACTURES DE L'EXTRÉMITÉ INFÉRIEURE DU RADIUS, D'APRÈS LA MÉTHODE DE M. BONNET (DE LYON); par M. PHILIPEAUX.

Cet article, destiné à faire connaître la doctrine et la pratique du professeur de Lyon sur ce point délicat de pathologie chirurgicale, peut se résumer en deux mots : pour réduire convenablement et maintenir réduites les fractures de l'extrémité inférieure du radius, il faut (ce qui a été négligé jusqu'ici) placer la main dans la flexion en avant.

Pour prouver l'importance de cette précaution dans la coaptation ou réduction, M. Bonnet s'appuie sur l'expérience suivante : si, après avoir fait sur le cadavre une fracture de l'extrémité inférieure du radius semblable à celles qui sont le plus ordinaires, c'est-à-dire oblique en arrière et en haut, avec une saillie du fragment supérieur en avant et de l'inférieur en arrière et en dehors, on veut essayer de réduire cette fracture en exerçant des tractions directes sur la main préalablement étendue, on voit alors que le fragment inférieur, loin de se porter en avant, tend, au contraire, davantage à saillir en arrière.

Ainsi, quand on veut réduire exactement une fracture de cette espèce, il faut, selon M. Bonnet, aux tractions et aux pressions exécutées en sens inverse des déplacements des surfaces osseuses, joindre la flexion forcée de la main en avant. On a ainsi l'avantage d'agir dans un sens tout à fait contraire de la cause qui a donné lieu à la solution de continuité. En effet, M. Bonnet, sans nier que ces fractures peuvent résulter d'une forte pression sur la paume de la main, admet que le plus souvent c'est le renversement de la main en arrière qui les occasionne. Ceci est démontré à ses yeux par ce fait qu'en renversant la main d'un cadavre fortement en arrière, on produit aussitôt une fracture de l'extrémité inférieure du radius avec les mêmes caractères que les auteurs lui assignent, c'est-à-dire une fracture oblique en arrière et en haut, avec saillie du fragment inférieur en arrière et en dehors et du fragment supérieur en avant. Si, au contraire, dans ces manœuvres cadavériques, on agit directement sur la paume de la main, on ne détermine la fracture dont il est question que très-difficilement.

L'indication de la position que M. Bonnet cherche à faire prévaloir ressort naturellement de cette notion, si l'on en admet la justesse; car il est évident que pour réduire la fracture, il convient de donner à la main une direction inverse à celle par l'effet de laquelle celle-ci s'est produite.

Abordant ensuite l'étude des moyens de contention, M. Bonnet critique ceux qui ont été employés avant lui, comme ne satisfaisant qu'incomplétement à la nécessité de tenir la main fléchie. Tout en reconnaissant leurs avantages sous quelques autres rapports, il propose le suivant, dont nous transcrivons textuellement la description un peu obscure :

« Après la réduction de la fracture, opérée en tirant sur la main fortement fléchie en avant, on place l'avant-bras dans une position intermédiaire entre la pronation et la supination; puis on applique sur sa face antérieure une attelle descendant jusqu'à la racine des doigts, et matelassée par un coussin disposé de telle sorte qu'elle décrive une courbe dans la partie la plus convexe, épaisse de 4 centimètres, qu'elle corresponde à l'extrémité du fragment supérieur et vienne se mouler sur la concavité que présente en avant la jonction de l'avant-bras avec la main fléchie. Dans ce dernier sens, à la fois on applique, s'il est nécessaire, un petit coussin sur la face postérieure du fragment inférieur, de manière à le porter davantage en avant. Le tout est maintenu par une bande roulée qui, partant des doigts, s'étend jusqu'à la partie supérieure de l'avant-bras. »

Parmi les faits nombreux dont l'heureuse terminaison milite en faveur de ce mode de traitement, M. Philipeaux a choisi de préférence ceux où une fracture vicieusement consolidée a pu, grâce à cet appareil, être guérie sans difformité, après toutefois qu'on eut préalablement opéré la rupture du cal. Deux cas de cet ordre témoignent en même temps de la puissance régularisatrice du bandage de M. Bonnet, et de la sagacité avec laquelle le professeur de Lyon a su utiliser les ressources qu'il fournit.

— Sans contredit l'indication que M. Bonnet rappelle ici méritait d'être fortement recommandée à l'attention des praticiens; mais tout cependant n'était pas à faire sous ce rapport. Dès 1836, M. Goyrand avait proposé et appliqué une attelle antérieure, finissant assez haut pour ne pas renverser le poignet en arrière, et une attelle postérieure matelassée d'un épais coussinet, et descendant, ainsi que celui-ci, jusqu'au milieu du métacarpe.

Dans cet appareil, ne reconnaissez-vous pas, quoique rempli d'une manière un peu différente, le but que M. Bonnet vient de signaler? Il y a, sous ce rapport, entre ces deux bandages la même analogie de principe et d'effet qu'entre celui de Boyer et celui de Dupuytren pour la fracture de l'extrémité inférieure du péroné. Le chirurgien de l'Hôtel-Dieu cherchait à porter le fragment inférieur du péroné en dedans, et il y parvenait en l'attirant par l'intermédiaire du pied tourné en dedans, et du ligament latéral externe. Le chirurgien de la Charité, au lieu d'*attirer* ce fragment, le *repoussait* en dedans par la simple précaution de prolonger un peu bas le coussinet de remplissage placé sous l'attelle externe. Eh bien! cette différence de mécanisme est aussi la seule qui nous paraisse séparer le bandage Goyrand de celui de M. Bonnet. Si le premier *repousse* en avant le fragment inférieur du radius avec son épais coussinet postérieur, le second *attire* ce même fragment dans le même sens par l'intermédiaire de la main fléchie. A part la supériorité du procédé, que nous reconnaissons bien volontiers à la pratique de M. Bonnet, il n'y a pas d'autre dissemblance ni d'autre avantage.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 5 AOUT.

STAPHYLORAPHIE.

M. SÉDILLOT (de Strasbourg) transmet une lettre contenant quelques réflexions à l'occasion de la communication de M. Roux et l'observation d'une nouvelle opération de staphyloraphie pratiquée avec succès sur une malade, dont la guérison, suivant lui, eût été impossible avant l'application de son procédé.

La malade dont il s'agit portait une perforation accidentelle du voile du palais de la grandeur d'une pièce de 1 fr., dont les bords étaient complétement cicatrisés. La perte de substance produite par ulcération avait d'abord été plus étendue, mais avait diminué pendant que la guérison s'en achevait. La luette ne tenait de chaque côté au voile que par un mince cordon de fibres musculaires et de membrane muqueuse. La voix était horriblement nasonnée, et la malade demandait instamment la disparition de son infirmité.

Après diverses tentatives de dédoublement du voile et de renversement de bas en haut, et d'arrière en avant de la luette pour combler la perte de substance, M. Sédillot se décida à pratiquer la staphyloraphie d'après sa méthode.

La luette fut enlevée, et la perte de substance convertie en une plaie triangulaire très-large, dont il paraissait douteux que l'on parvînt à rapprocher les bords. Les piliers furent séparés de la langue et des parois postérieure et latérale du pharynx.

L'opérateur divisa par une incision verticale toute l'épaisseur du voile, près de la jonction des os maxillaire supérieur palatin, et de l'apophyse ptérygoïde, perpendiculairement à l'arcade dentaire supérieure, au niveau de laquelle le voile paraissait remonté, et il devint possible après l'avivement d'en maintenir par deux points de suture les deux moitiés réunies.

La tension des parties molles était néanmoins assez considérable pour que le nœud simple et le nœud du chirurgien fussent insuffisants pour en prévenir l'écartement; pendant qu'on pratiquait un second nœud superposé, M. Sédillot fut obligé de recourir au nœud de M. Fergusson, qui lui reussit très-bien.

Les fils restèrent en place pendant trois jours, sans produire d'ulcérations très-profondes. Cependant M. Sédillot jugea convenable d'appliquer un troisième point de suture intermédiaire aux deux premiers pour en diminuer la striction. Le 11 juin, sixième jour de l'opération, les deux premières ligatures furent enlevées, et le lendemain le dernier fil placé fut également retiré.

La réunion de la plaie était alors achevée et paraissait jouir d'une suffisante solidité.

Les plaies accessoires s'étaient tuméfiées, rapprochées et en partie consolidées; pendant ce temps tout le voile était rougeâtre, épaissi, et circonscrivait entre son bord libre et la langue un espace quadrilatère plus large, plus élevé et moins mobile qu'à l'état normal.

Les premiers jours, la voix était nasonnante; mais avec un peu d'attention les mots dont la prononciation était la plus défectueuse pouvaient être exprimés naturellement.

L'amélioration fut si prompte qu'au 1er juillet la voix était redevenue nette, d'un timbre clair et sonore et sans aucune trace de nasonnement. Les liquides, qui avaient en de la tendance, immédiatement après l'opération, à revenir par le nez, suivaient la voie régulière, et l'opérée quitta Strasbourg parfaitement rétablie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 6 AOUT. — PRÉSIDENCE DE M. BRICHETEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend :

1° Une lettre du général Petit, commandant des Invalides, qui invite l'Académie à se faire représenter à la cérémonie d'inauguration de la statue de Larrey, qui doit avoir lieu le 8 courant au Val-de-Grâce. (Une députation composée de MM. Espiaud, Gerdy, Reveillé-Parise, Lagneau, Londe, Roche, Orfila, Devilliers et Nacquart, auxquels s'adjoindront les membres du bureau, assistera au nom de l'Académie à cette cérémonie.)

2° Une lettre du préfet de la Seine, qui rappelle la demande de rapport qu'il a faite à l'Académie, sur la question relative à l'emploi du seigle ergoté par les sages-femmes dans les accouchements, et qui demande en même temps à l'Académie son avis sur la question de savoir si une sage-femme est limitée dans la prescription des médicaments, et dans ce cas, quelle limite serait donnée à ses prescriptions en ce qui concerne les accouchements? (Renvoyé à la commission du seigle ergoté.)

3° Quatre lettres du ministre du commerce, avec envoi : 1° d'un rapport rédigé par M. le docteur Chabanon, médecin des épidémies de l'arrondissement d'Uzès, et contenant des renseignements sur une épidémie qui a sévi dans la commune de Sainte-Anastasie, depuis le commencement de juillet jusqu'à la fin d'août 1849 (comm. des épidémies); 2° d'une notice sur les eaux thermales et minérales d'Alet (Aude) (comm. de l'Annuaire des eaux de la France); 3° d'un tableau que la commune de Bagnères-de-Luchon vient de publier, et où sont indiquées les sources anciennes et modernes qui alimentent l'établissement dont elle est propriétaire (même commission); 4° enfin, d'une nouvelle note de M. Bayard (de Cirey-sur-Blaise), intitulée : OBSERVATIONS DE STATISTIQUE RELATIVES AU DERNIER RAPPORT SUR LA VACCINE (comm. de vaccine).

— M. H. GAULTIER DE CLAUBRY lit au nom de la commission des remèdes secrets une série de rapports défavorables sur des demandes de brevets. (Les conclusions sont adoptées.)

SUPPURATION DANS LE RHUMATISME ARTICULAIRE.

M. ANDRAL lit la note suivante, sur un cas de rhumatisme articulaire aigu terminé par la mort, huit jours après son invasion.

Peu de temps s'est écoulé après qu'une intéressante discussion sur la nature du rhumatisme articulaire aigu a été soulevée au sein de l'Académie, et parmi les questions restées douteuses aux yeux d'un certain nombre de membres qui ont pris part à cette discussion, se trouve en premier rang la question relative aux altérations qui peuvent exister au sein des articulations.

Un cas vient de se présenter à mon observation, à l'hôpital de la Charité, chez un sujet mort dans les premiers temps d'un rhumatisme aigu ; j'ai cru devoir communiquer ce fait à l'Académie.

Une femme âgée de 67 ans, pâle et faiblement constituée, entre à la Charité dans les premiers jours du mois de juillet dernier, atteinte d'une inflammation à l'état d'hépatisation du lobe inférieur du poumon gauche. Saignée une seule fois, elle est ensuite soumise à l'emploi du tartre stibié, dont elle prend chaque vingt-quatre heures, pendant cinq à six jours de suite, 30 centigrammes dans une potion appropriée. Elle guérit rapidement.

Cette femme était convalescente de sa pneumonie ; elle se nourrissait, et toutefois elle ne reprenait qu'assez lentement ses forces, lorsque sous l'influence vraisemblable d'un courant d'air, elle fut prise tout à coup d'une vive douleur aux deux épaules, avec gonflement et rougeur légère de la peau autour de l'une et de l'autre articulation scapulo-humérale. L'articulation huméro-cubitale droite était aussi douloureuse, mais à un faible degré, et sans tuméfaction ; en même temps, fièvre intense.

Cette femme était évidemment atteinte de rhumatisme articulaire aigu exempt de toute complication. Aucun symptôme ne se montrait en particulier vers l'appareil respiratoire, recemment débarrassé d'une grave altération. Une saignée fut immédiatement pratiquée, et le caillot de sang, petit et nettement séparé du sérum, ressemblait à une crême blanche et épaisse. Cependant je trouvai le lendemain la malade tellement affaissée, que je ne crus pas devoir réitérer l'émission de sang, et je tentai chez elle l'administration du sulfate de quinine, que je prescrivis quelques jours de suite à la dose de 60 centigrammes en vingt-quatre heures. La maladie, contre la loi ordinaire du rhumatisme, n'en marcha pas moins vers une terminaison fatale avec une effrayante rapidité, sans qu'aucune complication survînt, sans qu'aucun appareil présentât de phénomènes qui puissent expliquer la progression incessante de la maladie, sans qu'aucun bruit anormal se fît entendre au cœur, et sans que d'ailleurs le rhumatisme se fût étendu à d'autres articulations.

La malade succomba huit à neuf jours après l'invasion de ses douleurs, n'ayant présenté autre chose qu'une douleur des deux épaules, assez vive pour lui faire pousser des gémissements continuels, un pouls de plus en plus fréquent, un état général d'angoisse et d'affaissement rapide qui me rappelait celui qu'on observe ordinairement dans la péritonite aiguë.

L'autopsie allait-elle nous montrer, dans la lésion latente de quelque organe, la cause de cette terminaison si rare du rhumatisme articulaire aigu? Cette lésion fut vainement cherchée ; tous les organes crâniens, thoraciques et abdominaux étaient exempts d'altérations ; le sang renfermé dans le cœur et dans les vaisseaux avait ses qualités ordinaires ; nulle part il n'y avait ni traces de phlébite, ni rien qui pût faire croire à l'existence d'une infection purulente. Ce résultat négatif constaté avec soin, nous procédâmes à l'examen des articulations, et voici ce qu'elles nous présentèrent :

L'intérieur des deux articulations scapulo-humérales était rempli par un pus blanc, homogène, qui avait tous les caractères du pus phlegmoneux.

La membrane synoviale présentait, sur toute son étendue, une rougeur des plus intenses ; on y remarquait d'innombrables vaisseaux merveilleusement injectés et formant un lacis des plus serrés. Cette injection cessait brusquement sur le cartilage articulaire, qui avait conservé son aspect ordinaire.

Parmi les nombreuses bourses muqueuses qui entourent l'articulation scapulo-humérale, il y en avait de chaque côté deux ou trois qui étaient également remplies de pus ; elles communiquaient toutes avec la cavité articulaire, comme il arrive à plusieurs d'entre elles dans l'état physiologique, de telle sorte qu'en pressant sur elles on refoulait le pus qui les remplissait dans l'articulation, et réciproquement.

En dehors de ces cavités, tout était resté dans l'état ordinaire : les fibres musculaires, le périoste, le tissu cellulaire n'avaient subi aucune lésion ; celles que je viens de décrire étaient d'ailleurs parfaitement semblables par leur étendue et par leur intensité dans les deux articulations.

La cavité articulaire du coude droit contenait une certaine quantité d'un liquide un peu lactescent ; toutes les autres articulations furent examinées avec soin : on ne découvrit rien d'anormal.

Ce cas nous offre un exemple bien rare de rhumatisme articulaire aigu terminé par la mort au commencement du second septénaire et sans existence de complication qui puisse expliquer cette terminaison si promptement funeste. On peut s'en rendre compte par les circonstances au milieu desquelles survint cette maladie : c'était chez une femme âgée et convalescente d'une pneumonie grave. Déjà, pendant le cours de celle-ci, elle s'était si rapidement affaiblie que je n'osais pas recidiver la saignée. Dans de pareilles conditions de l'organisme, on comprendra facilement que cette femme ait été entraînée par la nouvelle maladie aiguë qui vint la frapper dans sa convalescence. Mais si j'ai cru devoir soumettre ce fait au jugement de l'Académie, c'est qu'il peut servir à la solution d'une question tout recemment agitee dans son sein, à savoir : la question du siége et de la valeur des altérations dont les articulations peuvent être atteintes dans le rhumatisme articulaire aigu. Dans ce cas, c'est dans la cavité articulaire même que ces articulations furent trouvées, et elles étaient constituées par une hypérémie intense des membranes synoviales et par la formation du pus.

La parole est à M. J. Guérin pour une communication au nom de la commission du choléra.

COMMISSION DU CHOLÉRA. — CAUSES DE RETARD DU RAPPORT.

M. J. GUÉRIN : Les interpellations pressantes qui ont été adressées, dans la dernière séance, à la commission du choléra, lui ont fait un devoir de se réunir immédiatement, et d'aviser à donner toutes satisfactions aux réclamations de l'Académie. La commission a cherché à se rendre un compte exact des difficultés de sa position ; et c'est après une discussion approfondie qu'elle m'a chargé, en ma qualité de rapporteur, de vous transmettre le résultat de ses délibérations.

La commission du choléra se trouve en présence de difficultés qu'elle n'avait pas prévues, et qui la placent dans une sorte d'impasse. M. le secrétaire perpétuel a déjà indiqué, dans la dernière séance, quelques-uns des obstacles qui paralysent les efforts de la commission ; mais il importe que l'Académie connaisse ces obstacles à fond, dans leurs détails comme dans leur caractere, car c'est à l'aide de cette connaissance parfaite que l'Académie appréciera l'opportunité de la mesure que nous venons lui proposer.

Et d'abord, il importe de rappeler le caractère qui devait être plus particulièrement imprimé au rapport sur le choléra de 1849.

On se souvient qu'instituée en vue de rédiger un rapport général sur l'épidémie, la commission, par suite de diverses communications et de discussions soulevées devant l'Académie, sur le mode de propagation du choléra, la commission, dis-je, fut mise en demeure de présenter, préalablement, et dans un bref délai, un rapport particulier sur la question de la contagion. Malgré son désir d'obtempérer au vœu de l'Académie, la commission s'est convaincue qu'elle ne pouvait scinder son rapport, et elle s'était réservée de présenter, en son lieu et place, dans l'ensemble de son travail, le résultat de ses délibérations sur le mode de propagation du choléra. Cependant elle n'a pas dû perdre de vue que tel devait être le caractère particulier de sa mission : de s'attacher surtout à élucider la question si controversée et encore si obscure de la contagion du choléra.

La commission a cherché d'abord à s'entourer de tous les documents propres à éclairer sa marche. Ces documents étaient de deux ordres : les uns émanant de l'autorité, les autres communiqués par les correspondants de l'Académie. Les premiers, en raison des données statistiques qu'ils renferment, et du caractère officiel des faits qu'ils relatent, étaient surtout propres à renseigner sur la marche et le mode de propagation du choléra. Les seconds, ayant trait principalement à des questions de pathologie et de thérapeutique, devaient surtout contribuer à éclairer les questions de science et de pratique. C'est donc avec les documents émanés de l'autorité que la question de la contagion pouvait être élucidée. Or, à l'époque où l'Académie avait demandé un rapport spécial sur cette question, la commission n'avait encore reçu de renseignements que sur trois ou quatre départements. Elle crut donc devoir attendre la suite des communications de l'autorité. Cependant, pour ne pas perdre de temps et résolue fermement de rechercher la vérité, elle avait conclu à ce que des membres le soin d'aller recueillir sur les lieux mêmes où avaient été observés les principaux cas de transmission du choléra communiqués jusque-là à l'Académie, tous les détails et vérifications propres à donner un caractère de certitude à ces observations. Plusieurs démarches furent faites en conséquence

près de l'administration pour obtenir son adhésion et l'allocation de fonds nécessaire à cette entreprise. Le projet de la commission n'a point été accueilli. On allégua d'abord le défaut de fonds, bien qu'un crédit de 500,000 francs eût été voté pour le choléra. La commission proposa de faire l'enquête à ses propres frais, se contentant d'être patronée par l'administration. On allégua l'inopportunité d'une telle démarche; on prétendit que toute recherche sur la contagion n'aurait d'autre résultat que de jeter l'alarme parmi les populations, et on refusa de nouveau, mais non sans exprimer ouvertement combien l'on voyait avec répugnance que l'Académie s'occupât de la contagion du choléra. Il convient d'ajouter que la commission n'avait pas cru devoir dissimuler sa résolution de rechercher la vérité dans quelque voie qu'elle se trouvât.

Sur ces entrefaites, les documents continuaient à être envoyés au ministère; mais l'Académie n'en recevait plus. Après avoir attendu assez longtemps, la commission ne put s'empêcher de s'apercevoir qu'il y avait un parti pris de ne pas seconder ses résolutions. Notre honorable secrétaire perpétuel, qui, dans cette circonstance, a fait preuve du plus grand zèle, s'est présenté lui-même au ministère pour demander des explications et réclamer de nouveau l'envoi de documents. Sa démarche n'a pas eu plus de succès. Il lui a été répondu que les documents que l'administration avait reçus n'étaient ni assez exacts ni assez sévères pour être communiqués à l'Académie; qu'on en demanderait d'autres. Cependant la commission crut savoir que les documents, qu'on ne trouvait pas assez orthodoxes pour lui être communiqués, étaient mis à la disposition d'un autre corps placé plus près du ministère, le comité d'hygiène, lequel était chargé, de son côté, de faire un rapport sur l'épidémie. La commission dès lors, ne pouvant méconnaître les causes qui avaient entravé sa marche, se demanda si elle accepterait la position qu'on lui faisait sans en référer à l'Académie, et s'occuperait de rédiger immédiatement un rapport avec les seuls documents mis à sa disposition, ou bien si elle proposerait à l'Académie de tenter une dernière démarche auprès de l'autorité, dans le but de maintenir les prérogatives de la compagnie, et d'obtenir les documents qui ont été retenus jusqu'ici dans les bureaux du ministère. Une très-faible minorité a été du premier avis; mais telle n'a pas été l'opinion de la très-grande majorité, laquelle m'a chargé de vous exposer les motifs de la résolution que je vais avoir l'honneur de vous soumettre en son nom.

Jusqu'ici l'Académie a toujours eu pour mission d'éclairer l'autorité sur toutes les questions qui intéressent la santé publique. Tel est le but de son institution, telles sont ses attributions. Sans vouloir méconnaître ni même discuter les droits d'un autre corps, dont le zèle, très-louable sans doute, doit lui faire rechercher les occasions de légitimer son existence, la commission n'a pu s'empêcher de craindre, de la part de ce corps, une sorte d'empiétement sur les attributions de l'Académie. Elle a donc vu, à côté de la question scientifique, une question de prérogatives. Quant à la question scientifique elle-même, il lui a paru qu'elle ne pouvait, qu'elle ne devait pas se résoudre, sans manquer à sa mission, à faire un rapport sans documents, un rapport tronqué et indigne d'elle et de l'Académie. On ne saurait le méconnaître, la question de la contagion a vivement préoccupé les esprits durant la dernière épidémie. Mais si les opinions ont fait un pas, les faits n'ont pas marché dans la même proportion. Il est donc indispensable, sous peine de laisser la question dans le vague théorique où elle erre depuis longtemps, de rechercher, de rassembler avec la plus scrupuleuse attention tous les faits qui peuvent concourir à donner une solution expérimentale à cette question. C'est dans ce double but que la commission du choléra a l'honneur de soumettre à l'Académie la proposition suivante :

« Le conseil d'administration de l'Académie et la commission du choléra se transporteront auprès de M. le ministre de l'agriculture et du commerce dans le but de réclamer de sa sollicitude pour les intérêts de la science et de l'Académie, la communication des documents relatifs au choléra, et d'appeler sa bienveillante attention sur les causes qui ont pu intercepter depuis quelque temps cette communication. »

La commission ne doute pas que M. le ministre, qui est lui-même un des membres éminents de la compagnie, n'accueille parfaitement cette démarche, et ne donne toute satisfaction aux réclamations motivées de l'Académie.

M. Moreau : J'appuie la proposition de la commission; entre autres raisons qui me la font appuyer, je ferai remarquer la nécessité d'éviter les conflits qui résulteraient nécessairement de rapports faits avec des documents de nature différente. Je crois qu'il y aurait sous ce point de vue avantage à amener une fusion entre les deux commissions. Je soumets cette idée au conseil d'administration.

M. Rochoux : Il faut commencer par rétablir la question. La commission dans le principe a été nommée pour faire un rapport général sur le choléra; mais la question de la contagion ayant été incidemment soulevée, la commission a été invitée à faire d'abord un rapport sur ce sujet. Je viens donc pour la quatrième fois lui rappeler son engagement. On nous parle de deux espèces de documents, les uns médicaux, les autres administratifs, que la commission n'aurait pas encore reçus. Ces documents administratifs ne sont autre chose que des *paperasses* avec lesquelles vous n'arriverez à rien. Les documents scientifiques doivent suffire et il y en a un tel nombre que la question peut dès aujourd'hui être résolue. Le fait est aujourd'hui tel qu'il était en 1832; et il n'est pas un médecin qui dès cette époque ne se soit formé une opinion. J'insiste donc pour que la commission se mette en mesure de faire incessamment son rapport.

M. Bussy : J'appuie la proposition, parce que du moment où l'Académie pourrait croire que ses prérogatives sont méconnues, il importe qu'elle soit fixée le plus tôt possible à cet égard. Pour moi, je ne crois pas qu'il y ait eu empiétement sur les attributions de l'Académie; le ministre a cru devoir s'entourer de quelques personnes instruites des choses de la santé publique, cela ne préjudicie en rien aux droits de l'Académie. Mais il suffit que le contraire ait été insinué pour que je me réunisse à la demande de M. Guérin.

M. H. Gaultier de Claubry : L'ordonnance royale constitutive de l'Académie définit nettement ses attributions. En première ligne se trouve tout ce qui a rapport aux épidémies. Il y a par conséquent lieu pour l'Académie de réclamer auprès du ministre relativement aux faits qui se sont passés et qui tendent à lui enlever une de ses prérogatives les plus importantes. (Très-bien.)

M. Caventou cite un autre fait d'empiétement par lequel une question relative aux eaux minérales aurait été détournée de son cours naturel pour être portée devant une commission étrangère à l'Académie.

M. Dubois donne des explications sur ce fait qui n'aurait été que le résultat d'une erreur promptement réparée.

M. Robinet signale aussi à cette occasion, comme un symptôme de cette tendance à l'empiétement sur les attributions de l'Académie, la nomination récente d'une commission, en dehors de l'Académie, pour un prix important de médecine vétérinaire, tandis que l'Académie renferme dans son sein une section qui eût naturellement dû fournir les juges de ce concours.

M. J. Guérin, pour répondre à quelques-unes des observations qui ont été faites sur les documents administratifs, fait remarquer que ces documents seuls renferment les données statistiques indispensables pour la solution de la question dont l'examen est confié à la commission. (De toutes parts : Aux voix, aux voix!)

La proposition de la commission est mise aux voix et adoptée à l'unanimité.

M. Gérardin demande que M. Guérin veuille bien rédiger sa communication pour qu'elle reste aux archives de l'Académie.

M. J. Guérin sera invité à faire cette rédaction.

ÉLECTRICITÉ ET DIAGNOSTIC.

M. Martinet lit, sur l'électricité appliquée au diagnostic, une note terminée par les conclusions suivantes :

1° L'exploration de la contractilité et de la sensibilité à l'aide de l'électricité est un moyen précieux d'éclairer le diagnostic des maladies dans lesquelles ces deux facultés sont compromises, et de formuler avec plus d'exactitude qu'on ne l'a fait jusqu'ici leur degré d'intensité.

2° C'est par la conservation, la diminution ou l'abolition de la contractilité, lors du passage du courant électrique, dans les paralysies du mouvement, que se fonde particulièrement le diagnostic, comme c'est sur le degré de la sensibilité que se mesure la paralysie du sentiment.

3° La conservation de la contractilité électrique est le caractère distinctif des paralysies cérébrales, hystériques et rhumatismales. La diminution ou l'abolition de cette contractilité est, au contraire, un indice des maladies organiques de la moelle épinière et des cordons nerveux, de la paralysie saturnine et de cet autre qui résulte d'une profonde atteinte des centres nerveux, sans cependant qu'il existe la moindre altération matérielle.

4° Aucun autre procédé d'exploration ne peut, sous le point de vue de l'exactitude et de la rapidité de son application, remplacer ce mode d'investigation, qui semble appelé à soumettre les actions vitales à une étude non moins rigoureuse que celle à laquelle ont été soumises les altérations matérielles. (Commission déjà nommée pour l'examen des travaux de M. Duchenne.)

La séance est levée à cinq heures moins un quart.

BULLETIN PHARMACO-CHIMIQUE.

SUR LE PRINCIPE ODORANT DES FEUILLES DE FAHAM; par M. Gobley.

Les feuilles de faham, fahon, ou fahum, nous arrivent des îles Maurice. Elles sont fournies par une orchidée que Dupetit-Thouars a décrite le premier, et qu'il a nommée *angræcum fragrans*. C'est une jolie plante parasite, très-odorante. Les feuilles sèches sont douées d'une odeur qui a beaucoup d'analogie avec le parfum de la vanille, qui appartient à la même famille de végétaux. L'alcool et l'éther en séparent le principe aromatique. Elles cèdent à l'eau bouillante, outre l'arome, un principe légèrement amer et une substance mucilagineuse. On en prépare un thé fort agréable, employé comme digestif et recommandé dans les maladies des voies respiratoires.

Pour séparer le principe odorant de cette plante, on traite les feuilles de faham, réduites en poudre grossière par de l'alcool à 85°; on distille le liquide; amené à la consistance sirupeuse, on l'agite avec de l'éther, à plusieurs reprises, et l'éther évaporé, on obtient une substance verdâtre, très-odorante, à laquelle l'eau bouillante enlève le principe aromatique. Cette eau filtrée, évaporée, donne des cristaux qui, redissous et décolorés au charbon animal, sèchent facilement au contact de l'air. Ce sont de petites aiguilles blanches et soyeuses, ou bien des prismes courts terminés en biseau, d'une odeur très-aromatique, d'abord d'une saveur légèrement amère et ensuite piquante, à peine solubles dans l'eau froide, mais qui se dissolvent facilement dans l'eau bouillante, dans l'alcool et dans l'éther.

M. Gobley a reconnu que cette matière cristalline avait la plus grande analogie avec la *coumarine*, d'abord découverte dans la fève tonka (*coumarouna odorata*), et retrouvée depuis dans le mélilot et l'aspérule odo-

raute, et plus récemment encore dans l'*anthoxanthum odoratum*. Les caractères chimiques et physiques sont les mêmes. Les cristaux de coumarine obtenus de l'une ou de l'autre de ces plantes se fondent à la même température de 120°; seulement leur odeur varie du plus au moins en se rapprochant de celle des feuilles de fabam, de la vanille ou de l'amande amère, ce qui tient vraisemblablement, ainsi que leur saveur, à une petite quantité de résine propre à chacun de ces végétaux qu'il est fort difficile d'en séparer. M. Gobley n'est pas éloigné de croire que le givre de la vanille, que l'on a longtemps regardé comme de l'acide benzoïque, mais qui n'est pas acide en réalité, doit également contenir beaucoup de coumarine, ce dont il ne tardera pas à s'assurer par des recherches directes.

PRÉPARATION DU CHARBON-BELLOC.

M. le docteur Belloc a préconisé, comme on sait, l'emploi du charbon dans certaines affections de l'estomac, et bien qu'il ait indiqué le mode de préparation qui lui a le mieux réussi, les pharmaciens ont dû s'appliquer à déterminer le procédé le plus convenable pour leur pratique. M. Belloc recommande l'emploi du peuplier, dont le bois est très-blanc et très-léger. On doit choisir des pousses de trois à quatre ans, très-vertes, qui n'aient jamais été émondées, et dont l'écorce n'ait pas souffert. Il faut rejeter le peuplier qui croît dans les lieux bas et humides, peu exposés au soleil, parce que le bois en est plus compacte et l'écorce couverte de mousse. Le moment le plus favorable pour la récolte est celui où la sève monte. Les branches étant coupées et dépouillées de leur écorce, on les place dans des vases en fonte, bien clos, que l'on fait chauffer jusqu'au rouge blanc. On retire un charbon léger et brillant, que l'on maintient pendant trois ou quatre jours dans des vases remplis d'eau que l'on renouvelle souvent. On le fait ensuite sécher et on le réduit en poudre, sans attendre toutefois qu'il soit arrivé à une sécheresse extrême.

Dans une des dernières séances de la Société de pharmacie de Paris, plusieurs membres ont fait connaître les modifications qu'ils ont apportées au procédé de Belloc. Ainsi M. Vuaflard se sert tout simplement d'un brûloir à café, dans lequel il chauffe des jeunes pousses de peuplier jusqu'à ce qu'il ne s'échappe plus de vapeurs. M. Boudet emploie un appareil qui se compose d'un cylindre en tôle fermé par un bout et ouvert à l'autre extrémité. Il introduit les jeunes branches de peuplier et place le cylindre dans le foyer d'un fourneau de laboratoire en activité, sa partie ouverte située au fond du fourneau. Au moyen de cette disposition, le charbon est non-seulement obtenu sans aucune dépense de combustible, mais encore on tire parti de la chaleur produite pendant sa préparation.

SUR LA PAPAVÉRINE.

Un chimiste allemand, M. Merck, a annoncé il y a quelque temps qu'il avait découvert dans l'extrait d'opium une base différente de celles qu'on a rencontrées jusqu'ici dans ce produit. Il a donné à ce nouvel alcaloïde le nom de *papavérine*. Voici le procédé à l'aide duquel il l'a obtenu.

Une infusion d'opium a été précipitée par la soude et le dépôt, principalement formé de morphine, a été épuisé par l'alcool ordinaire. On a obtenu ainsi une teinture brune qui a laissé à l'évaporation un résidu fortement coloré.

Ce résidu a été traité par un acide faible, et la solution obtenue, précipitée par l'ammoniaque, a laissé déposer une masse brune résineuse qui renfermait beaucoup de papavérine. Lorsqu'on dissout cette résine dans l'acide chlorhydrique et qu'on traite la liqueur par l'acétate de potasse, il se précipite un corps fortement coloré et résineux; ce corps, préalablement lavé à l'eau, a été traité par l'éther bouillant; par le refroidissement de la solution éthérée, la papavérine s'est séparée en cristaux.

Plus tard, M. Merck a obtenu cette base par un procédé plus simple. Après avoir séché au bain-marie la résine dont il vient d'être question, il l'a traitée par son poids d'alcool. Elle a formé ainsi une masse poisseuse qui, abandonnée à elle-même pendant plusieurs jours, à la température de 25° R., s'est prise en une masse cristalline. Celle-ci a été fortement exprimée et purifiée par un traitement au charbon animal et une cristallisation dans l'alcool.

La papavérine ainsi obtenue, est cependant mélangée avec de la narcotine. Pour la purifier complétement, on la traite avec de l'acide chlorhydrique et on fait cristalliser le chlorhydrate de papavérine. Comme il est peu soluble dans l'eau, il suffit de laver les cristaux avec de l'eau froide pour les dépouiller complétement de narcotine. La papavérine se dépose dans l'alcool sous forme de cristaux prismatiques irrégulièrement agglomérés et incolores. Elle est peu soluble dans l'alcool froid et dans l'éther. A chaud, elle se dissout plus facilement et cristallise par le refroidissement. Elle est insoluble dans l'eau. Ses dissolutions bleuissent le papier de tournesol faiblement rougi. Une réaction caractéristique de la papavérine, c'est de prendre une couleur bleu foncé, lorsqu'on l'humecte avec de l'acide sulfurique concentré.

La papavérine se dissout facilement dans l'acide chlorhydrique concentré, et est précipitée de nouveau de la solution, lorsqu'on ajoute un excès d'acide, sous la forme d'un liquide lourd et épais qui se rassemble au fond du vase. Lorsqu'on abandonne cette liqueur à elle-même, il s'y forme des cristaux, tant dans la partie aqueuse que dans le liquide huileux qui s'est précipité, et qui finit par se prendre en une masse de cristaux volumineux régulièrement formés. En dissolvant ces cristaux dans l'eau bouillante et en abandonnant la solution à elle-même pendant quelques jours, on obtient des cristaux volumineux très-purs de chlorhydrate de papavérine.

M. Merck a fait différents essais pour étudier l'action de la papavérine sur l'économie animale. Il a toujours trouvé que cette action n'est nullement comparable à celle qu'exercent la plupart des autres alcaloïdes. On peut avaler des quantités assez considérables de papavérine sans en ressentir des symptômes particuliers.

L'auteur termine son mémoire en décrivant l'action qu'exercent quelques réactifs oxydants sur la papavérine.

Lorsqu'on fait bouillir cette base avec un mélange de peroxyde de manganèse, d'acide sulfurique et d'eau, la liqueur se colore en brun, et au bout de quelques heures, il s'en sépare des flocons bruns, dont l'auteur n'a pas poursuivi l'étude. (JOURN. DE PHARM. ET DE CHIMIE.)

EXISTENCE DE L'IODE DANS LES PLANTES D'EAU DOUCE, DANS LA HOUILLE, ETC.

M. Lindley avait annoncé, d'après Muller, que le cresson contenait de l'iode. Cette observation peu connue avait frappé M. Chatin, qui, après l'avoir répétée, s'assura que l'iode ne se trouvait pas seulement dans la zone des eaux salées ou des sources minérales. Il soumit à l'analyse plusieurs plantes de la famille des crucifères. L'une d'elles, le raifort d'eau, lui donna seule des indices de la présence de ce corps; mais c'était assez pour démontrer : 1° que l'iode n'existe pas seulement dans le cresson, en dehors des eaux salées ou minérales; 2° qu'il n'est pas un attribut général des crucifères. Cependant, en considérant les conditions extérieures communes à ces deux espèces, M. Chatin imagina que l'iode pourrait se retrouver plus généralement dans les plantes qui habitent au milieu des eaux. Quelques essais pratiqués sur des plantes aquatiques le confirmèrent dans cette opinion; il les répéta sur un grand nombre d'autres, et il n'hésita pas à en conclure les données suivantes :

1° Que les plantes qui se développent dans les eaux courantes ou dans les nappes d'eau assez grandes pour être fortement agitées par les vents, contiennent plus d'iode que celles des eaux stagnantes;

2° Que l'iode se trouve encore, mais en quantité minime, dans les espèces qui ne sont baignées par ces eaux que très-imparfaitement ou seulement devant une partie de leur vie;

3° Que les mêmes plantes contiennent de l'iode lorsqu'elles croissent dans l'eau, et en sont privées quand elles se développent hors de celles-ci;

4° Que la proportion d'iode observée dans les plantes est indépendante de leur place dans l'ordre naturel, et en général de leur nature spécifique. Il reste toutefois à rechercher si cette loi n'offre pas d'exception chez les plantes d'eau douce comme chez les plantes marines.

M. Chatin explique cette remarque que les plantes des eaux courantes et agitées contiennent plus d'iode que celles des eaux croupissantes, par ce raisonnement que les premières puisent dans un réservoir indéfini où le liquide épuisé est aussitôt remplacé par d'autre qui a toute sa richesse initiale.

Relativement à la thérapeutique, M. Chatin tire de ses observations que la plupart des plantes aquatiques dans lesquelles il a constaté la présence de l'iode, le cresson, le phellandrium, le beccabunga, ont de temps immémorial été placées parmi les antiscorbutiques, les fondants, les dépuratifs, et que c'est probablement à l'iode qu'elles doivent ces propriétés. Une autre conséquence serait que l'usage habituel des plantes aquatiques devrait être recommandé aux habitants des pays où le goître est endémique.

Depuis la publication du mémoire de M. Chatin et celle qui a eu lieu, dans la GAZETTE MÉDICALE, de l'IODOGNOSIE de M. Dorvault, l'iode semble s'être multiplié sous la main de nos habiles chimistes. Ainsi M. Bussy l'a trouvé dans les produits de la distillation de la houille, MM. Filbos et Dermigny dans les eaux de la Garonne et de la Somme, M. Lamy dans les betteraves, M. Meyrac dans les oscillariées de certaines eaux thermales, M. Personne dans une plante agame des ruisseaux du Morvau roulant sur un terrain granitique; enfin on l'a reconnu jusque dans des plantes fossiles d'une origine antédiluvienne. Ce corps paraîtrait ainsi exister, comme les chlorures, dont il est en quelque sorte le satellite, sur tous les points de la surface du globe, et les efforts des savants à ce sujet sont hautement justifiés par l'importance dont l'iode jouit à juste titre dans ses applications thérapeutiques.

ACIDE FORMIQUE TROUVÉ DANS LES ORTIES.

M. Gorup-Besanez, ayant distillé une forte décoction de plante d'ortie, obtint un liquide possédant une réaction acide, et qu'il satura par quelques gouttes de carbonate de soude. Cette solution évaporée fournit une petite quantité d'un sel brunâtre, qui, distillé avec de l'acide sulfurique, laissa passer dans le récipient un liquide acide qu'il reconnut pour de l'acide formique. L'eau distillée sur les orties, sans addition d'acide sulfurique, donne un produit possédant les mêmes réactions.

LIQUÉFACTION DE L'ACIDE CARBONIQUE ET D'AUTRES GAZ; par M. BERTHELOT.

Afin de produire sans péril des pressions n'ayant d'autres limites que celles de la résistance des vases, M. Berthelot vient de faire connaître un procédé aussi simple qu'ingénieux, fondé sur l'emploi de la dilatation d'un liquide comme moyen de pression. On prend un tube barométrique très-épais, relativement à son diamètre intérieur; on le ferme par un bout, on l'effile par l'autre et on le remplit de mercure. On le place alors horizontalement dans un bain marie, et l'on engage le bout ouvert dans un flacon où se dégage le gaz qu'il s'agit de comprimer. Le mercure se dilatant, une partie ne tarde pas à sortir du tube. La température du bain marie parvenue à 50 degrés, on refroidit lentement le tube jusqu'à 0. Le mercure se contracte, et le gaz prend la place du mercure sorti par la dilatation. On retire alors la pointe du courant gazeux et on la ferme aussitôt en l'étirant à la lampe d'émailleur. Le tube ainsi chargé est replacé dans le bain dont on élève graduellement la température; le gaz comprimé par la dilatation du métal devient bientôt liquide, et reprend l'état gazeux dès qu'on refroidit l'appareil.

M. Berthelot a condensé par le même procédé le chlore et le gaz ammoniac. L'acide carbonique se liquéfie de 55 à 59 degrés. L'auteur a essayé d'appliquer sa méthode aux gaz qui n'ont pu encore être liquéfiés, comme le bioxyde d'azote, l'oxyde de carbone, l'oxygène; mais les expériences ont été jusqu'ici négatives. Un tube de 40 millim. d'épaisseur et de 3 millim. de diamètre intérieur dans lequel il a comprimé l'oxygène n'a pu résister à la pression, que l'on peut évaluer à environ 780 atmosphères.

FALSIFICATION DU CHLORHYDRATE DE MORPHINE PAR LE SUCRE.

M. Morson, pharmacien distingué de Londres, vient de signaler une fraude d'une audace inouïe. Plusieurs centaines d'onces de chlorhydrate de morphine ayant été vendues récemment en Angleterre, les échantillons analysés ont fait reconnaître que ce sel contenait la moitié de son poids de sucre.

M. Morson avait cru d'abord que la substance ajoutée était de la salicine, parce qu'à l'aide de l'acide sulfurique concentré il avait obtenu une coloration rouge. Cependant le prix élevé de la salicine le fit douter qu'on eût eu recours à cette substance pour la falsification du sel de morphine. En variant ses essais, il reconnut que le sucre donnait une coloration toute semblable; mais il était difficile de découvrir la saveur sucrée, parce que dans la solution traitée par l'ammoniaque, cette saveur était masquée par la petite quantité de chlorhydrate d'ammoniaque qui s'y était formée. C'est à l'aide de l'alcool obtenu par la fermentation du sel falsifié qu'il a pu reconnaître que la proportion du sucre ajouté devait être au moins égale à la moitié du poids total.

PRIX PROPOSÉ PAR LA SOCIÉTÉ DE PHARMACIE DE PARIS POUR LA PRÉPARATION DE LA QUININE.

La Société de pharmacie a mis, l'année dernière, au concours une question d'un haut intérêt scientifique et médical. Le problème était posé dans les termes suivants :

« Découvrir le moyen de préparer artificiellement la *quinine*, c'est-à-» dire sans employer à cette préparation, ni quinquina, ni aucune autre ma-» tière organique contenant de la quinine toute formée.

» Dans le cas où la question ne serait pas résolue, le prix sera décerné à » l'auteur du meilleur travail faisant connaître un produit organique nou-» veau, naturel ou artificiel, ayant des propriétés thérapeutiques équiva-» lentes à celles de la quinine et qu'il serait possible de mettre commercia-» lement en concurrence avec elle.

» Le prix sera de *quatre mille francs*. »

M. le ministre de la guerre, désirant associer son administration à une œuvre aussi éminemment nationale et philanthropique, vient d'écrire à M. le président de la Société de pharmacie qu'il avait décidé qu'une somme de *quatre mille francs*, prélevée sur le budget de la guerre, serait ajoutée aux 4,000 fr. offerts par la Société, mais à la condition que si cette compagnie donne un premier avis favorable, il décidera en dernier ressort, et après s'être complétement éclairé à ce sujet, s'il y a lieu à décerner le prix supplémentaire qu'il a l'intention d'y réunir.

P. A. CAP.

BIBLIOGRAPHIE.

DER NEBEN-EIERSTOCK DES WEIBES, DAS LANGST VERMINTE SEITENSTUCK DES NEBEN-HODEN DES MANNES, ENTDEKT. — LE PAROVARIUM DE LA FEMME, OU L'ANALOGUE DE L'ÉPIDIDYME CHEZ L'HOMME, MÉCONNU JUSQU'ICI ET DÉCOUVERT par G.-L. KOBELT, professeur d'anatomie à l'Université de Fribourg. — Heidelberg, 1847. — In-8° de 52 pages, avec 3 planches.

Dans ce travail, l'auteur auquel l'anatomie humaine et l'anatomie comparée doivent déjà de nombreuses recherches importantes, nous fournit de nouvelles données pour l'histoire du développement des parties génitales, et pour l'explication de l'hermaphrodisme dans l'homme et dans les mammifères.

Malgré les intéressantes découvertes de Meckel, de Rathke, de Weberch, malgré les travaux de Muller, tous les embryologistes jusqu'ici ne considéraient, au point de vue anatomique et physiologique, les corps de Wolf que comme des organes appartenant à la vie fœtale et devant concourir à la formation de l'appareil génital et urinaire, sans s'inquiéter de ce qu'ils devenaient ultérieurement. Des hypothèses plutôt que des faits dus à l'observation indiquaient, dans le genre masculin, les *vasa aberrantia* de l'épididyme, et dans le genre féminin l'organe de Rosenmüller et les conduits de Gartner comme les restes présumés des corps de Wolf.

Il est cependant possible de démontrer anatomiquement que ces produits, regardés dans les deux sexes comme éphémères, non-seulement persistent pendant toute la vie, mais qu'ils jouissent d'un accroissement complet, et qu'ils n'éprouvent une décrépitude graduelle qu'avec la cessation des fonctions de la génération, sans toutefois disparaître jamais complétement.

Voici les propositions principales par lesquelles le professeur Kobelt résume ce travail si remarquable et si intéressant; chacun des faits énoncés est d'ailleurs démontré dans le courant de l'ouvrage :

1° Il existe dès les premiers temps de la vie intra-utérine un état de véritable indifférence sexuelle; cet état a été admis jusqu'ici problématiquement, il peut maintenant être démontré rigoureusement.

2° Cette indifférence consiste dans la coexistence temporaire de tous les éléments des organes de la génération des deux sexes dans chaque embryon.

3° Le foyer de toute sexualité, la glande génératrice primitive, peut se développer en un testicule ou un ovaire.

4° Au moyen des deux conduits excréteurs de cette glande génératrice, c'est-à-dire par le canal de Muller, destiné pour la femelle, et par le conduit excréteur du corps de Wolf, destiné pour le mâle, et d'un autre côté par la présence des rudiments mammaires dans tous les sujets, chaque embryon est susceptible de se développer et de prendre les attributs qui caractérisent l'un ou l'autre sexe.

5° La différence sexuelle s'établit et se reconnaît par la croissance de l'un de ces conduits, et par l'arrêt de développement de l'autre.

6° Le corps de Wolf chez le mâle ne disparaît jamais complétement dans tous les éléments constituants; mais il se transforme en majeure partie en épididyme, et cela de telle sorte,

7° Que ses culs-de-sac (*cœcum*) moyens composent les 18-20 *coni vasculosi* de l'épididyme, qui communiquent plus tard, comme *vasa efferentia*, librement avec le *rete vasculosum testis*.

8° Les culs-de-sac supérieurs et l'ampoule du conduit excréteur du corps de Wolf disparaissent ou se transforment plus tard en vésicules hydatiques, situées sur ou dans l'épididyme.

9° Les culs-de-sac inférieurs du corps de Wolf disparaissent ou se transforment en *vasa aberrantia Halleri*, dont l'origine et la signification étaient jusqu'ici restées inconnues.

10° Le conduit excréteur du corps de Wolf devient le canal de l'épididyme et le canal déférent.

11° L'ampoule du conduit de Müller devient l'hydatide de Morgagni; il se retrouve encore lui-même, plus tard, dans la saillie du bord antérieur de l'épididyme.

12° Le corps de Wolf, chez la femelle, ne disparaît jamais dans toutes ses parties constituantes; mais il entre dans la composition du corps nouveau trouvé par l'auteur et désigné par lui sous le nom de *parovarium;* ce corps est situé entre la trompe et l'ovaire, dans les replis ligamenteux appelés les ailes de chauve-souris (a la *vespertillorum*).

13° Les culs-de-sac moyens se transforment dans les 18-20 *coni vasculosi* du *parovarium*, et s'enfoncent en convergeant dans le *hilus ovarii*. Ils sont les analogues des *coni vasculosi* chez l'homme.

14° Les culs-de-sac supérieurs disparaissent aussi, ou se trouvent plus tard sous la forme des vésicules hydatiques qu'on observe si fréquemment sur les franges de la trompe.

15° Les culs-de-sac inférieurs du corps de Wolf s'effacent et répondent aux *vasa aberrantia Halleri*.

16° Le conduit excréteur du corps de Wolf éprouve un arrêt de développement et disparaît dans son extrémité inférieure.

17° Le conduit de Müller devient la trompe, et son ampoule forme l'hydatide terminale de celle-ci, problématique jusqu'ici.

18° Le parovarium est soumis aux mêmes conditions de croissance et d'arrêt de développement que l'ovaire.

19° Les hydatides qu'on rencontre dans les ailes de chauve-souris, sont les rudiments élargis des culs-de-sac du parovarium.

Les restes du corps de Wolf, dans les mammifères, se présentent :

20° Chez le cabiais, comme un faisceau de canalicules glandulaires sécrétants, situés à l'entrée de l'ovaire auquel ils adhèrent.

21° Chez le lièvre, on reconnaît la disposition élémentaire des deux conduits de la glande génératrice, ainsi que leur transformation ultérieure.

22° Chez la truie, on trouve des traces des conduits de Gartner, et des appendices rayonnés inconnus jusqu'ici.

23° La petite poche qu'on trouve dans les ruminants sur le *hilus ovarii*, ainsi que ses appendices tubiformes, ne sont que les restes des culs-de-sac supérieurs, et leurs conduits de Gartner, les conduits excréteurs persistants du corps de Wolf; les appendices rayonnés, situés dans ce point, sont les derniers vestiges de leurs nombreux culs-de-sac inférieurs.

24° Le conduit de Gartner n'est autre chose que le canal déférent.

25° L'apparition de l'hermaphrodisme s'explique donc par la présence, dans tous les embryons, de tous les éléments constituants de l'appareil générateur mâle et femelle.

26° La fréquence de l'hermaphrodisme et son haut degré de développement chez les ruminants s'expliquent par la persistance, dans cette classe d'animaux, des deux conduits excréteurs mâle et femelle.

Si nous devions porter un jugement sur le travail que nous venons d'exposer, nous ne pourrions mieux faire que d'emprunter au professeur Kobelt l'épigraphe qu'il a placée en tête de son intéressant mémoire : «Nullus » sane dies prælerlabitur, nullaque hora anatomicis occupationibus quæ » a diligentem et sistu cupidum incisorem novis non divitem reddat veri» tatibus (Trisberg), » et nous profiterions de l'occasion pour lui rappeler que nous ne possédons encore, avec les recherches sur le parovarium, que la préface d'un ouvrage jusqu'à présent complet sur l'hermaphrodisme, qu'il nous promet, et que nous attendons le reste avec une impatience bien excusable.

VARIÉTÉS.

INAUGURATION DE LA STATUE DE LARREY.

La cérémonie d'inauguration de la statue de Larrey a eu lieu jeudi à trois heures, dans la cour d'honneur du Val-de-Grâce, qui avait été décorée pour la circonstance, et où s'était donné rendez-vous un concours considérable de notabilités de toute espèce. Des membres de l'Assemblée nationale et du corps municipal, des députations de l'Académie des sciences, de l'Académie de médecine, de la Faculté, de la Société médicale d'émulation et du corps des officiers de santé de la garde nationale de Paris, occupaient les premières places. Le corps tout entier des officiers de santé des hôpitaux et de la garnison de Paris, de Versailles et de quelques localités voisines était rangé sur l'escalier de l'église, transformé en amphithéâtre. On remarquait aussi, sur les côtés de la statue, des détachements d'invalides et des officiers et soldats de la vieille armée. Des places avaient été réservées pour les dames.

A trois heures, la commission du monument a été introduite. M. Dupin, président de l'Assemblée nationale marchait à la tête du cortége, accompagné de M. le général Perrot, commandant des gardes nationales de la Seine, de M. le général Petit, commandant des Invalides, président de la commission, et de M. Begin, secrétaire. Venaient ensuite l'intendant de la 1re division militaire, le directeur de l'administration de la guerre, les membres du conseil de santé, plusieurs généraux et officiers supérieurs, et tous les membres de la commission.

La statue a été découverte alors au bruit des fanfares et aux applaudissements et acclamations de l'assemblée.

M. le général Petit a pris la parole et a improvisé une touchante allocution au nom de l'armée. Puis des discours ont été prononcés, par MM. Bégin, membre du conseil des armées, inspecteur général, au nom des médecins militaires; Roux, professeur à l'École de médecine, au nom de l'Académie des sciences; Dubois (d'Amiens), au nom de l'Académie de médecine; Jomard, membre de l'Académie des inscriptions et belles-lettres, au nom de l'Institut d'Égypte; Depaul, au nom de la Société médicale d'émulation; Thierry, au nom du conseil général de la Seine; Raciborski, au nom de la Pologne; un ancien soldat de chasseurs de la garde, au nom de la grande armée; et enfin par M. Baudens, au nom du Val-de-Grâce.

Au moment où, le programme de la cérémonie accompli, l'assistance se disposait à se séparer, M. Dupin est monté debout sur son fauteuil, et avec une visible émotion, il a prononcé les paroles suivantes, qui ont provoqué un enthousiasme indicible dans l'auditoire :

« Si jamais, a-t il dit en s'adressant au corps des chirurgiens militaires, quelqu'un s'avisait encore de vous contester l'assimilation aux grades de l'armée et l'honneur de porter l'épée, vous pourriez lui répondre en montrant cette statue et en citant la vie de l'homme illustre dont elle reproduit les traits. Je l'ai dit ailleurs, et je le répéterais au besoin : intrépide dans les épidémies, intrépide sur les champs de bataille, le véritable chirurgien d'armée a tous les courages. Il a le courage militaire, puisqu'il affronte la mort par le fer et par le feu; mais il a aussi un autre courage supérieur au premier, je n'hésite pas à le dire, car celui-ci n'est autre chose que le sang-froid dans le suprême danger. Les coups qui peuvent l'atteindre et qu'il brave, il ne peut pas, il ne voudrait pas les rendre : il le sait et il n'hésite pas.

» C'est à genoux, la main ferme, l'esprit tranquille, comme dans son amphithéâtre ou dans son hôpital, qu'il panse ses blessés. A ces deux courages deux sortes de gloires correspondent : Larrey qui a eu les deux courages a eu aussi les deux gloires. Deux fois blessé, il a prouvé qu'ils ne sont pas imaginaires les dangers que court le chirurgien militaire : une fois en Égypte dans des temps glorieux; une fois à Waterloo, jour de deuil pour la patrie!

» Vous avez entendu, messieurs, quelle fut dans tous ses détails la vie de Larrey, et quels services il rendit à la science. Il ne m'appartient pas d'entrer dans les particularités de cette noble vie. Je n'y suis point préparé d'ailleurs. Je parle d'après mon cœur et d'après ce que je viens d'entendre. Je juge ce savant, cet apôtre de la science et de l'humanité, dans l'ensemble de sa carrière, dans le sentiment permanent qui l'a éclairé et entraîné, et je salue ce bronze qui le représente à nos yeux. Oui, salut à lui, à Larrey, à l'homme vertueux, à l'homme dévoué jusqu'à la plus entière abnégation, à celui dont le dévouement triompha des éléments mêmes, et qui fut parmi nous comme une incarnation du génie de l'humanité. Il a bien mérité de la science, il a bien mérité de l'armée, il a bien mérité de la patrie; je salue sa gloire : il a bien mérité de l'humanité! »

Nos lecteurs nous sauront gré de reproduire aussi, après ces belles paroles de M. Dupin, le discours de M. Dubois (d'Amiens) qui a été fréquemment interrompu par les applaudissements de l'assemblée.

DISCOURS DE M. FRÉD. DUBOIS.

« Messieurs,

» L'Académie nationale de médecine ne pouvait rester étrangère à la solennité que la chirurgie militaire vient aujourd'hui inaugurer; aux hommages qu'elle va rendre à la mémoire de son plus glorieux représentant, de *Jean-Dominique Larrey*.

» Interprète des sentiments de l'Académie, chargé de porter la parole en son nom, je viens, messieurs, joindre ma voix à la vôtre; je viens célébrer avec vous cette grande illustration.

» Larrey a laissé dans l'histoire un nom brillant et révéré, et dans nos cœurs de nobles et touchants souvenirs. Qui ne connaît cette glorieuse, cette retentissante biographie de Larrey?

» Né dans un petit village au pied des Hautes-Pyrénées, il fait ses premières études sous la direction de son oncle, Alexis Larrey, chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Toulouse; puis il s'embarque à Brest, à bord de la *Vigilante*, en qualité de chirurgien auxiliaire. Mais bientôt, fatigué de ses longues et inutiles croisières, il entre dans le service des armées de terre, et fait ses premières campagnes dans les guerres de la liberté, sur les bords du Rhin, dans les Pyrénées et en Italie.

» Dans ces temps glorieux et formidables, Larrey, par une étrange fatalité, se trouve successivement attaché aux corps d'armée de généraux qui presque tous portèrent leurs têtes sur l'échafaud. Le vieux maréchal Luckner, aussi étonné de se voir l'objet d'une soudaine et bruyante popularité, que de se voir bientôt après traîné devant le tribunal révolutionnaire; l'infortuné Custine, aussi brave, aussi intrépide sur les champs de bataille, que faible et déconcerté à l'aspect de l'instrument de son supplice; le brillant et chevaleresque Beauharnais, qui ne croyait léguer à son fils que son épée pour toute fortune, et qui ne laissait sur le chemin d'un trône.

» Larrey accompagne ensuite des généraux que l'échafaud avait épargnés, mais que la guerre devait à son tour moissonner : c'est Desaix, c'est Dugommier, et tant d'autres, en attendant celui qui devait tous les surpasser en talents et en gloire, résumant dans sa puissante personnalité le génie de la guerre et celui de la politique. Mais bien avant cette époque Larrey s'était signalé dans nos armées par son rare sang-froid, sa prodigieuse activité et son dévouement sans bornes pour le soldat.

» Fidèle à sa terrible mission, le génie de la guerre, génie exterminateur, venait d'imaginer un nouveau moyen de destruction, *l'artillerie volante*, qui ne pardonne pas même aux vaincus, qui poursuit et atteint les fuyards jusque dans le même tourbillon de poussière.

» Que fait Larrey? Fidèle à sa philanthropique mission, son génie conservateur répond en imaginant un nouveau moyen de préservation, ses *ambulances volantes*, qui vont à leur tour lutter de vitesse et d'audace.

» C'est dans les défilés des montagnes d'Oberbückel que Larrey en fit la première application. Nos troupes étaient aux prises avec les Autrichiens; l'impatient Larrey ne peut se contenir : il se précipite au milieu du feu avec ses nouveaux moyens de transport, entouré de quelques jeunes officiers de santé et suivi de ses infirmiers, qu'il avait fait monter à cheval comme des soldats du train.

» Les soldats sont à peine blessés qu'ils sont reçus dans les bras de Larrey et transportés dans les hôpitaux de première ligne.

» Quel sublime spectacle, messieurs, au milieu de ces scènes de destruction, que celui de ces jeunes chirurgiens courant sur les pas de Larrey, partout où le fer de l'ennemi fait d'horribles trouées! Quel plus beau titre de gloire pour leur chef! Que de soldats, sans lui, allaient périr sous les pieds des chevaux ou sous les roues de l'artillerie! De combien de ses enfants la France ne lui a-t-elle pas été redevable! Que de familles n'a-t-il pas consolées! et quelle reconnaissance les armées ne devaient-elles pas entourer sa personne! Mais sa plus digne récompense, il l'a trouvée dans son propre cœur, c'est lui-même qui nous l'a dit, et avec une admirable simplicité : c'était un des souvenirs les plus consolants de sa vie. Fort du bien qu'il avait ainsi la conscience d'avoir accompli, il y puisait le principe de cette sérénité qu'on remarquait en lui au milieu des scènes les plus émouvantes.

» Mais la conduite de Larrey n'était pas moins admirable dans ces jours de sombre douleur qui suivent les plus brillantes victoires. Je dirai même qu'ici son mérite était d'autant plus grand que ses actes de courage et d'abnégation ne se passaient plus sous les yeux de l'armée.

» Vous le savez, messieurs, ce qui soutient le soldat dans ces terribles luttes, ce qui ajoute à ses forces, à son audace, c'est l'ardeur même du combat; c'est l'enivrement de l'attaque et de la défense; c'était, dans l'antiquité, cette immense clameur que poussaient les combattants. (*Moritur hominum clamor, clangorque tubarum.*) Dans nos guerres modernes, c'est le bruit du tambour, les accents du clairon, et jusqu'à ces retentissantes et majestueuses détonations de l'artillerie. Voilà surtout ce qui excite dans le sang des Gaulois cette *furia* qui frappe d'étonnement et de stupeur les ennemis de la France.

» Mais le chirurgien militaire, ce *non-combattant*, comme on l'appelle avec une sorte de dédain, que peut-il avoir par devers lui pour affronter les mêmes luttes, lui qui reçoit la mort et ne la donne pas?

» Et le lendemain de la victoire, au milieu des fatigues, des anxiétés, des labeurs de l'ambulance, et dans les salles des hôpitaux, au sein des épidémies, où sont les témoins de ce nouveau drame? Le danger est le même; la mort est toujours aussi instante; mais ce n'est plus cette mort dont a parlé le poëte :

Cette mort qui plaît à la victoire,
Qui vole avec la foudre et que pare la gloire.

C'est une mort lente, obscure, douloureuse, dans un lit d'hôpital, une mort ignorée, loin du pays et de la famille, et qui ne peut laisser de souvenirs que dans le cœur de quelques amis. Eh bien! messieurs, voilà ce que Larrey a su braver mille fois, et cela avec autant d'ardeur, autant de dévouement que sur les champs de bataille.

» Voyez-le en Égypte, où, comme on l'a dit, toutes les grandes gloires ont été se former! avec quel empressement, avec quelle sollicitude il suit ses blessés dans le désert; il les suspend aux flancs des chameaux et des dromadaires, il s'enferme avec eux dans les hôpitaux et ne les quitte pas un moment.

»Voyez-le après la bataille d'Essling; ils manquent de tout, d'abri, de nourriture, d'objets de pansement; mais leur providence Larrey est avec eux; il fait abattre les chevaux de luxe, en commençant par les siens, et donne ainsi à ses blessés du bouillon préparé dans des cuirasses. Les généraux, privés de leurs chevaux de luxe, sont furieux de ce qu'ils appellent l'attentat de Larrey; ils vont se plaindre à l'empereur.

» Larrey aimait à raconter cet épisode. L'empereur le fait venir, et prenant un visage sévère, il l'interroge en présence de son état-major : « Eh quoi! lui dit-il, de votre propre autorité, vous avez osé ainsi disposer des chevaux des officiers, et cela pour donner du bouillon à vos blessés? — Oui, répond Larrey. — Eh bien! réplique l'empereur, je vous nomme baron de l'empire. »

» Mais après les batailles de Wagram et d'Eylau, la grande armée va passer le Niémen et marche sur Moscou.

» Larrey est nommé, par un décret de l'empereur, chirurgien en chef de cette vaste agglomération d'hommes. Sa belle conduite à Smolensk, à Moscou, est connue de tout le monde. Mais c'est surtout dans la retraite de l'armée, dans cet immense désastre, que Larrey déploya toute l'énergie de son caractère, toutes les forces de son âme.

» L'empereur avait donné à l'armée un étrange spectacle, plein d'héroïsme encore s'il eût duré plus longtemps. Elle avait vu ce conquérant, naguère si redouté, si puissant, cheminer péniblement avec elle un bâton à la main; mais les exigences de sa politique l'avaient bientôt éloigné de ses rangs; tandis que chaque jour, et jusqu'à la frontière prussienne, elle retrouvait son chirurgien en chef qui marchait intrépidement au milieu de cette masse confuse, un thermomètre à sa boutonnière et traînant par la bride le dernier cheval qui lui restait.

» Dresde, Leipsick, Hanau, en 1813; Waterloo, en 1815, le trouvèrent aussi dévoué, aussi ardent qu'aux plus beaux temps de l'empire. En 1830, dans les journées de juillet, il couvre de sa popularité et protége les blessés de la garde royale; et lorsqu'une nouvelle conquête entraîna nos soldats sur le sol de l'Afrique, Larrey, qui avait atteint sa 76e année, voulut revoir les tentes des Arabes et les camps de nos jeunes soldats; mais il y puisa le germe d'une grave maladie, et bientôt il expira dans les bras d'un fils qui faisait son orgueil, et qui déjà portait dignement le nom de Larrey.

» Messieurs, je n'ai voulu qu'esquisser ici les traits principaux de cette bonne et forte nature, de cette âme patriotique. Vous n'attendiez certainement point de moi que je vous fisse connaître la personne de Larrey. Qu'aurais-je pu dire après ceux qui viennent de le célébrer au pied de ce monument?

» Associé au nom glorieux de Napoléon, mêlé à tous les grands événements de l'épopée impériale, son nom était par cela même sauvé de l'oubli; il ne pouvait plus périr. Mais à l'aspect de cette noble image, de ce bronze qui respire, moi aussi, messieurs, je suis tenté de m'écrier : Le voilà! c'est bien lui, c'est Larrey; il n'est plus couché dans son tombeau; il est là, debout; il domine, ou plutôt il protége cet asile de la science et de la douleur!

» Grâce au génie des arts, grâce au talent du Phidias moderne, Larrey restera ici à tout jamais, et de sa personne, j'ose dire, comme un symbole de dévouement, de courage et d'honneur.

» Larrey attendait de vous, messieurs, cette espèce d'apothéose. Vous aviez rendu un pareil hommage, et dans ces mêmes lieux, à la médecine militaire, dans la personne de Broussais; vous ne pouviez faire moins pour la chirurgie militaire.

» Tous ces jeunes officiers de santé auront encore à s'incliner devant ces deux maîtres; tout ce peuple de soldats sera de nouveau sous la tutelle de ces deux génies : aux uns ils montreront les sentiers qu'ils doivent suivre, les exemples qu'ils doivent imiter; aux autres ils diront que, si trop longtemps la patrie n'avait voulu couronner que des soldats victorieux, elle décerne aujourd'hui des couronnes, elle consacre des monuments à ceux qui ne se sont imposé d'autre mission que celle de conserver des citoyens : monuments pieux, impérissables, auxquels il ne manque que l'inscription romaine :

» OB CIVES SERVATOS! »

— Par décret de M. le président de la république, en date du 29 juillet, la section permanente du conseil supérieur de l'instruction publique est composée de MM. Thénard, Orfila, Saint-Marc-Girardin, Dubois, Poinsot, Cousin, Giraud et l'abbé Daniel, recteur de l'Académie de Caen.

Le maintien de M. Orfila sur la liste des membres du conseil supérieur de l'Université sera accueilli par le monde médical comme une éclatante satisfaction donnée à l'opinion, et comme un dernier dédommagement des persécutions dont notre illustre confrère a été l'objet.

— CHLOROFORME. — Une certaine anxiété a été causée en Angleterre par l'accident récemment arrivé à l'hôpital de Guy et dans un autre hôpital à Londres. L'oxygène est sans contredit un moyen puissant à essayer dans des cas semblables. Le professeur Grégory d'Édimbourg a appelé l'attention sur la composition de l'agent anesthésique. Dans quelques échantillons par lui examinés, on n'a pu retrouver qu'un vingtième de chloroforme pur. L'un des meilleurs moyens de reconnaître la pureté du liquide employé consiste à l'agiter avec de l'acide sulfurique et à ajouter ensuite au mélange du peroxyde de manganèse. S'il se forme une coloration noire, le chloroforme est impur. On sait du reste qu'il doit être une fois et demie plus pesant que l'eau.

— Le *sumbal*, remède indien contre les maladies du système nerveux, l'épilepsie, la paralysie, l'hystérie, est une racine épaisse, homogène de 2 à 4 p. de diamètre, à sections jaunâtres, d'aspect fibreux. Cette plante, que l'on suppose être une ombellifère aquatique originaire de la Bucharie, a été employée avec succès par le docteur Todd dans un cas d'épilepsie. Plusieurs cas de guérison de névralgie, de paralysie, d'hystérie, semblent recommander l'étude des propriétés de ce nouvel agent thérapeutique.

— LONDRES. — La place de *démonstrateur* d'anatomie au King's collége est devenue vacante.

— BARTHERTON, dans le Yorkshire. — Les habitants de cette paroisse ont fait frapper deux médailles, avec l'inscription suivante, en l'honneur de MM. Wales et Hill pour leurs services pendant le choléra :

VIRO OPTIMO
J. E. WALES, L. A. S.
J. HILL, M. R. C. S.
Ob munera non sine voluntate suscepta
et non sine periculo confecta, in hujus parochiæ
pauperes inter choleram A. D. MDCCCXLIV
sæviendam D. D. incolæ parochiæ Berthonenses.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE SANITAIRE.

CONSTITUTION MÉDICALE DU DEUXIÈME TRIMESTRE DE 1850.

Le moment est favorable pour entreprendre l'étude de la constitntinn médicale du second trimestre de cette année. Le mouvement pathologique par lequel il a été traversé semble expirer en ce moment; les maladies qui ont été le plus fréquentes pendant cette période, deviennent assez rares; elles cèdent la scène à d'autres formes morbides, empreintes de caractères différents. Elles-mêmes, à mesure qu'elles diminuent de fréquence, se modifient dans leur expression phénoménale et dans leur marche. En un mot, nous assistons à la fin d'une constitution médicale, et nous entrons, ou, pour parler plus exactement, nous sommes entrés déjà dans une autre.

Disons-le tout de suite, les fièvres périodiques qu'nn observe en ce moment à Paris, les intermittences qu'on voit se manifester dans certaines affections à type continu, les rhumatismes aigus dont on rencontre çà et là des exemples, les érysipèles, beaucoup moins rares, qui semblent apparaître comme *par bouffées* dans les hôpitaux, toutes ces affections ne sont que des émanations plus ou moins affaiblies de la constitution du second trimestre. Le caractère général de cette constitution a été en effet complexe. L'intermittence en a été le trait le plus accentué et le plns dnrable. Après elle, on doit ranger les affections érysipélateuses, soit spontanément développées et presque toujours liées alors à un dérangement des fonctions digestives, soit compliquant les plaies, surtout dans les hôpitaux. Viennent enfin les affections rhumatismales, qui se montraient encore, à la fin du trimestre, avec une fréquence insolite, et n'ont pas même disparu en ce moment. Néanmoins, comme nous le disions tout à l'heure, une nouvelle constitution médicale est en voie de développement, se manifestant surtout par la fréquence des fièvres lyphoïdes et des troubles gastro-intestinaux.

Nous entrerons, comme de coutume, dans l'examen détaillé des formes morbides qu'ont revêtues, dans leurs manifestations symptomatologiques, les caractères généraux que nous venons de rappeler. Mais auparavant, il faut rechercber les conditions étiologiques extérieures au milieu desquelles elles se sont développées; en d'autres termes, rechercber et rassembler les éléments de la constitution météorologique.

Les deux tableaux suivants expriment : le premier, les moyennes mensuelles de la température et de la pressinn atmosphériques, la quantité de pluie tombée, la direction et la fréquence relative des vents; le second : 1° les oscillations barométriques et thermométriques brusquement survenues d'un jour à l'autre et mesurées par 6 millimètres au moins pour le baromètre et 4 degrés pour le thermomètre; 2° les *minima* et les *maxima* des niveaux barométrique et thermométrique observés, pour chaque mois, du 1er au 10, du 10 au 20, et du 20 à la fin du mois.

TABLE MÉTÉOROLOGIQUE DU DEUXIÈME TRIMESTRE DE 1850, EXPRIMÉE EN MOYENNES MENSUELLES.

MOIS.	9 HEURES DU MATIN. Barom. à 0.	Therm. extérieur.	MIDI. Barom. à 0.	Therm. extérieur.	3 HEURES DU SOIR. Barom. à 0.	Therm. extérieur.	9 HEURES DU SOIR. Barom. à 0.	Therm. extérieur.	THERMOM. — Moyenne du mois.	PLUIE EN CENTIMÈTR. Cour de l'Observ.	Terrasse. de l'Obser.	Vents qui ont régné classés d'après leur ordre de fréquence (observés à midi). fois. fois. fois. fois.
Avril.	751,99	+ 11,0	751,79	+ 13,6	751,23	+ 14,9	751,92	+ 10,1	+ 11,4	5,696	5,127	S. 16. O. 8. N. 4. E. 2.
Mai	753,66	+ 13,3	753,34	+ 16,2	752,93	+ 16,3	753,43	+ 12,2	+ 13,1	6,128	5,550	S. 14. N. 9. O. 6. E. 2.
Juin.	757,94	+ 19,8	757,72	+ 22,1	757,24	+ 22,7	757,69	+ 18,1	+ 18,4	2,402	2,163	N. 13. O. 7. E. 5. S. 5.

TABLEAU DES VARIATIONS BAROMÉTRIQUES ET THERMOMÉTRIQUES, OBSERVÉES A NEUF HEURES DU MATIN.

MOIS.	Baromètre à neuf heures du matin. Jours.	Élévat.	Abais.	Thermomètre à neuf heures du matin. Jours.	Élévat.	Abais	Baromètre à neuf heures du matin. Du 1er au 10. Minim.	Maxim.	Du 10 au 20. Minim.	Maxim.	Du 20 à la fin du mois. Minim.	Maxim	Thermomètre à neuf heures du matin. Du 1er au 10. Minim.	Maxim.	Du 10 au 20. Minim.	Maxim.	Du 20 à la fin du mois. Minim.	Maxim.
		mm	mm				mm	mm	mm	mm	mm	mm	°	°	°	°	°	°
	Du 1 au 2	»	9	Du 5 au 6	»	5												
	Du 2 au 3	6	»	Du 6 au 7	4	»												
	Du 4 au 5	11	»	Du 18 au 19	4	»												
	Du 7 au 8	»	7															
Avril. .	Du 14 au 15	»	6				740,39	753,82	744,34	762,89	745,70	761,70	+ 7,7	+15,3	+ 9,6	+13,6	— 7,8	+11,2
	Du 17 au 18	7	»															
	Du 18 au 19	6	»															
	Du 19 au 20	»	11															
	Du 21 au 22	9	»															
	Du 25 au 26	»	6															

Feuilleton.

LETTRES D'ITALIE.

N° IX.

SECOURS PUBLICS, HOSPICES ET HÔPITAUX A ROME.

A M. Faure-Villard, médecin en chef de l'armée d'Italie.

Civita-Vecchia, 15 avril 1850.

§ Ier. — SECOURS PUBLICS ET HOSPICES.

Rome, siége du souverain pontife d'une religion qui met la charité au nombre des trois vertus théologales, doit être naturellement une des villes où les secours publics sont organisés le plus largement. Les beaux principes du christianisme ont reçu en effet une entière application dans la capitale des États de l'Église. Mais pour amoindrir la mendicité, pour répandre un bien-être durable sur les masses et leur préparer un avenir meilleur, générosité d'argent et secours en nature, ne suffisent certainement pas. Il faut que la classe pauvre, par l'industrie qu'elle se crée ou que le gouvernement lui prépare, améliore elle-même sa position et apprenne à se passer peu à peu des secours publics qui, reversés sur d'autres familles, deviendront ainsi plus efficaces, et permettront à celles-ci de sortir à leur tour de la mendicité. Or, à Rome, on regrette l'absence des deux derniers éléments nécessaires à l'extinction du paupérisme, savoir, d'une part, le travail provenant du besoin d'activité du peuple; d'autre part, le travail résultant de l'impulsion communiquée par le gouvernement. Il s'en suit que la largesse des secours publics pallie le mal, remédie aux misères du moment, mais que le moyen efficace n'intervient pas pour extirper ou tout au moins pour diminuer graduellement le paupérisme.

L'administration française qui, sous l'empire, a fait tant et de si bonnes chosea en peu d'années, avait compris cea besoins, et s'était mise à l'œuvre. Un homme des plus distingués, le comte de Tournon, se trouvait alors à la tete de la préfecture du département du Tibre; pour commencer ses réformes, il partit de ce principe : c'est moins de l'abondance des secours que de leur judicieuse distribution que dépend le bien qui en résulte.

La liste de 30,000 indigents, dressée par les curés des paroisses, fut immédiatement soumise à l'examen d'une commission, qui élagua 15,000 individus, comme pouvant pourvoir à leur subsistance. Restait donc 10,000 sujets réellement nécessiteux. Deux dépôts de mendicité furent créés, l'un, pour 400 hommes, au palais de Latran; l'autre, pour 500 femmes, à Sainte-Croix en Jérusalem. Là, chacun remplissait des occupations proportionnées à ses forces. Des ateliers furent ensuite ouverts; les hommes, les femmes, les enfants pouvaient y gagner

MOIS.	Baromètre à neuf heures du matin. Jours.	Élévat.	Abais.	Thermomètre à neuf heures du matin. Jours.	Élévat.	Abais.
		mm	mm		°	°
Mai. . .	Du 4 au 5	»	10	Du 10 au 11	4	»
	Du 8 au 9	10	»	Du 13 au 14	»	4
	Du 24 au 25	8	»	Du 14 au 15	5	»
	Du 27 au 28	9	»	Du 15 au 16	»	6
	Du 29 au 30	»	7	Du 18 au 19	4	»
				Du 20 au 21	»	5
				Du 21 au 22	6	»
				Du 22 au 23	»	4
Juin . .	Du 8 au 9	8	»	Du 12 au 13	»	6
	Du 14 au 15	»	8	Du 23 au 24	6	»
	Du 15 au 16	10	»	Du 25 au 26	4	»
	Du 17 au 18	6	»	Du 26 au 27	»	5
	Du 29 au 30	7	»	Du 28 au 29	»	7

MOIS.	Baromètre à neuf heures du matin. Du 1er au 10. Minim.	Maxim.	Du 10 au 20. Minim.	Maxim.	Du 20 à la fin du mois. Minim.	Maxim.	Thermomètre à neuf heures du matin. Du 1er au 10. Minim.	Maxim.	Du 10 au 20. Minim.	Maxim.	Du 20 à la fin du mois. Minim.	Maxim.
	mm	mm	mm	mm	mm	mm	°	°	°	°	°	°
Mai. . .	742,67	764,22	747,97	761,30	743,62	763,58	+ 7,5	+13,2	+ 8,5	+18,6	+13,1	+20,5
Juin . .	751,77	763,65	746,96	766,46	751,22	763,88	+16,6	+21,2	+14,7	+23,2	+17,0	+29,5

Comme on peut s'en assurer par le premier de ces deux tableaux, la *température* moyenne du second trimestre n'a rien eu d'exceptionnel. Elle est, en effet, représentée par les chiffres + 11,4, + 13,1 ; + 18,4. Le second de ces chiffres, relatif au mois de mai, est inférieur à celui de l'année dernière qui était de + 15,5 ; pour le mois de juin c'est exactement le même chiffre (+ 18,4) en 1849 et 1850. Il n'y a que le mois d'avril qui ait offert une supériorité relative de chaleur ; mais le chiffre + 11,4 qui représente sa température moyenne, s'il est supérieur de 3 degrés environ à celui de l'année dernière, est loin d'être insolite. Il s'est présenté notamment en 1848 (+ 11,5). Mais pour se mettre en état de bien apprécier l'influence qu'a pu avoir ce degré de température sur la santé publique, il importe de remarquer qu'il a succédé à une température moyenne très-froide. Entre lui et celui qui appartenait au mois de mars, il y a une différence de près de 7 degrés ; différence d'autant plus notable qu'elle est en grande partie l'effet de chaleurs survenues dès le commencement d'avril et qui étaient très-fortes surtout vers le milieu de la journée.

En même temps que la température montait en avril et se maintenait à un degré moyen assez élevé, elle n'éprouvait que très-peu de variations *brusques* dignes d'être remarquées. En effet, il n'y a eu dans ce mois que trois soubresauts thermométriques atteignant 4 degrés. Les variations *graduelles*, mesurées par les différences notées pour chaque période de dix jours entre les *minima* et les *maxima*, n'ont pas été non plus considérables, puisque l'addition de ces différences (8 pour la première période, 4 pour la seconde et 4 pour la troisième) ne donne que 16. L'année dernière, nous trouvions pour les mêmes mois 22, et c'était un chiffre médiocrement élevé.

En mai, les soubresauts thermométriques ayant eu lieu d'un jour à l'autre et atteignant au moins 4 degrés, sont assez nombreux. On en compte huit qui appartiennent en grande partie à la seconde moitié du mois. Il importe de noter néanmoins qu'ils ne sont pas en général très-considérables, et que le déplacement du niveau thermométrique n'a jamais dépassé 6 degrés. Les variations graduelles ont été également plus prononcées que celles du mois précédent ; car les différences entre les *minimn* et les *maxima* sont exprimées par les chiffres 6—10—7; total 23. Mais ce total est lui-même assez loin de celui qu'avait donné le mois de mai de 1849 et qui était de 31.

Enfin, dans le mois de juin, peu d'oscillations brusques du thermomètre. Cinq seulement ont été notées, dont la plus forte est de 7 degrés. Mais en revanche, les oscillations graduelles ont donné 5—9—12; total 26 ; chiffre moins élevé que celui de l'année dernière qui était de 36, mais annonçant déjà des variations assez prononcées, quoique s'opérant plus ou moins lentement, dans la température du mois.

Arrivons maintenant à la *pression atmosphérique*.

Il est assez ordinaire de trouver la pression atmosphérique faible (en moyenne) au mois d'avril. Elle était en 1848, de 750,33 (à neuf heures du matin); en 1849, de 749,09. Cette année, elle est de 751,99. C'est, pour une pression moyenne, un chiffre assez bas. Le mois suivant, la pression n'est guère plus forte (753,66) ; ce n'est qu'en juin qu'elle atteint un chiffre qu'on pourrait appeler normal; car c'est celui qui se présente le plus ordinairement (757,94). Les chiffres afférents à ces deux derniers mois diffèrent peu, d'ailleurs, de ceux que nous avions notés dans ces deux années précédentes. 1848 a donné pour mai 757,61 et pour juin 754,02 ; 1849, 755,05 et 756,34.

Généralement très-basse en avril, comme nous venons de le voir, la pression atmosphérique a subi néanmoins dans ce mois d'assez nombreuses variations. Les oscillations brusques du baromètre, de 6 millimètres au moins et s'élevant parfois à 11 mill. et plus, sont au nombre de dix. Les oscillations graduelles donnent un total de 47 (13 pour la première période de dix jours, 18 pour la seconde, 16 pour la troisième). Ce chiffre de 47, quoique supérieur à celui de l'époque correspondante de l'année dernière (35) n'est pourtant pas très-élevé ; il n'exprime qu'un degré modéré de perturbation atmosphérique.

Dans les mois de mai et juin, peu d'oscillations brusques du baromètre : cinq seulement pour chaque mois, dont la plus forte ne dépasse pas 10 millimètres. Mais si, pour le mois de juin, les variations graduelles de la pression atmosphérique n'ont pas été proportionnellement plus prononcées

---

le nécessaire. Enfin il ne faut pas omettre un élément qui joue un grand rôle; nous voulons parler de l'impulsion donnée au commerce et à l'industrie, et de la stimulation communiquée à la nonchalance populaire par le contact de l'activité française.

Après l'évacuation de l'Italie, le gouvernement retomba dans ses errements premiers, et la liste des pauvres se renfla bientôt du chiffre qu'elle avait perdu sous le régime français. Quelques timides améliorations furent tentées par intervalles ; mais elles étaient impuissantes. Enfin une nouvelle ère brilla pour l'Italie quand Pie IX s'assit sur le trône de saint Pierre. On sait que la tourmente révolutionnaire brisa l'édifice commencé. Aujourd'hui le calme s'est rétabli, et nous ne doutons pas que les généreux instincts du pontife ne renouent la chaîne des améliorations radicales, un moment rompue par les événements.

Le mal est plus grand que jamais. Nous ne saurions citer les chiffres, et nous pensons que la municipalité ne possède aucun document exact sur le sujet qui nous occupe. Mais l'impression que nous avons ressentie à Rome, au milieu de cette foule des mendiants *de toute condition* qui nous assiégeaient à chaque pas dans les rues, suffit pour asseoir notre opinion.

Nous ne pouvons considérer les secours publics tels qu'ils sont aujourd'hui, puisque tout a été bouleversé. Nous les prendrons au point où ils en étaient quelquelques années avant l'inauguration de Pie IX.

On comprendra que la plus grande réserve nous est commandée par le caractère de nos LETTRES ; aussi ne remonterons-nous pas aux causes. Après quelques mots d'appréciation générale sur la bienfaisance publique, nous énumérerons brièvement les principales formes par lesquelles elle se traduit.

Abondance de ressources, bonnes institutions sur le papier ; et, d'autre part, en réalité, application vicieuse, répartition peu clairvoyante, contrôle administratif impuissant, accessoire absorbant trop au détriment du principal, pas assez de moralisation par le travail, trop de portes ouvertes à l'inactivité; tels sont les caractères de l'assistance publique à Rome.

Depuis quelque temps on a compris l'importance de l'élément travail, au point de vue multiple des intérêts du trésor, du bien-être des individus, et de l'amélioration morale de ceux-ci ; mais le travail n'est intervenu que dans une région fort restreinte, de sorte que ce principe si fécond a donné des fruits incomplets. Cette dernière proposition sera légitimée lorsque nous aborderons l'histoire des asiles ouverts au jeune âge.

Voici, d'après Mgr Morichini, commandeur actuel de *San Spirito* (1), les sommes consacrées annuellement au soulagement des classes pauvres.

La *camera apostolica* avait un exercice de 364,284 scudi (2), dont 116,620 pour les hôpitaux, 189,364 pour les secours à domicile, 52,000 pour les ateliers de bienfaisance, 6,300 pour les dotations; 43,900 scudi sont en outre distribués

(1) Morichini, DEGL' INSTITUTI DI PUBBLICA CARITA, etc.; 2 vol. in-8°. Rome, 1842. Nous ferons de nombreux emprunts à ce bon livre, auquel on reproche cependant de représenter quelquefois plutôt ce qui devrait être que ce qui est réellement.

(2) Le scudo vaut 5,40.

que les variations brusques, puisqu'elles sont exprimées par les chiffres 11—20—12 (total, 43), il n'en est pas de même du mois de mai. Dans ce mois, en effet, les différences entre les *minima* et les *maxima* barométriques sont de 22—14—20 (total, 56). Ainsi, tandis qu'en avril la pression atmosphérique subissait de nombreuses variations presque instantanées, en mai elle ne variait que graduellement, mais dans des proportions assez étendues, allant, par exemple, comme on peut le voir sur le second tableau, de 742,67 à 764,22; de 764,22 à 747,97; puis à 761,30; puis à 743,72; puis à 763,58.

Reste à apprécier la *quantité de pluie tombée et les conditions anémologiques.*

Il est tombé, dans le second trimestre, 18 c., 226 d'eau dans la cour de l'Observatoire et 12 c., 840 sur la terrasse : c'est une quantité de pluie assez considérable, bien qu'inférieure à celle qu'avait donnée le trimestre correspondant de 1849 (21,601 et 20,024). Dans la même période de 1848, période considérée comme assez féconde en pluie, nous avions 18,624 et 17,700. On remarquera que la plus grosse part appartient cette année au mois de mai; vient ensuite le mois d'avril. Quant au mois de juin, il a été relativement sec.

Le vent du sud a prédominé d'une manière remarquable en avril et mai, puisqu'il a soufflé plus ou moins directement 16 fois dans le premier mois et 14 fois dans le second. Dans le mois d'avril, c'est le vent d'ouest qui occupe la seconde place (8 fois); dans le mois de mai, c'est le vent du nord (9 fois). Enfin, en juin, le vent du nord devient encore plus fréquent et l'emporte sur tous les autres : il souffle 13 fois. Viennent ensuite le vent d'ouest, qui souffle 7 fois, et les vents d'est et du sud, qui soufflent chacun 5 fois.

D'après tout ce qui précède, on voit que les caractères principaux de la constitution météorologique du second trimestre de 1850 sont les suivants :

1° *Température* généralement douce et proportionnée à la saison, mais s'étant élevée brusquement au commencement du trimestre, et succédant à une température moyenne très-froide (à la fin du premier trimestre).

Variations de température soit brusques, soit graduelles, peu prononcées en avril. — Dans le mois de mai, nombreuses oscillations brusques du thermomètre; oscillations graduelles relativement moindres, mais plus prononcées que dans le mois précédent. — En juin, peu d'oscillations brusques, mais en revanche, oscillations graduelles d'une grande amplitude.

2° *Pression atmosphérique* généralement faible, allant en s'élevant du commencement à la fin du trimestre, mais sans jamais atteindre un degré élevé.

Variations brusques de la pression atmosphérique fréquentes en avril; variations graduelles médiocrement prononcées. — En mai, au contraire, très-peu d'oscillations thermométriques brusques, et variations graduelles assez étendues.—En juin, variations brusques et variations graduelles également faibles.

3° *Quantité de pluie tombée* considérable pendant les mois d'avril et mai, faible pendant le mois de juin.

4° Prédominance très-marquée du vent du sud, et, après lui, du vent d'ouest, pendant le mois d'avril. — Prédominance du vent du sud, et, après lui, du vent du nord, pendant le mois de mai. — Prédominance du vent du nord, et, après lui, du vent d'ouest, pendant le mois de juin.

Au prochain article l'étude des maladies régnantes.

MALADIES NAVALES.

ÉTUDES SUR LES MALADIES MARITIMES; par M. DUTROULAU.

Sous le titre de RAPPORTS SUR LES CAMPAGNES DE MER, se trouve déposé à la bibliothèque médicale du port de Brest un recueil manuscrit des comptes rendus des chirurgiens-majors de la marine sur les campagnes accomplies dans les deux Océans par les navires de guerre, qui viennent presque tous effectuer leur retour ou leur désarmement dans ce port. Ces comptes rendus, livrés comme documents à l'étude des médecins de la marine de tous grades, n'étant pas destinés à la publicité, et étant rédigés seulement pour satisfaire à une prescription réglementaire, il nous a paru utile de faire connaître les résultats de l'observation faite sur des points si différents, si éloignés les uns des autres, et pourtant, avec des éléments pathologiques, navires et équipages presque toujours composés et disposés de la même façon. Les médecins de la marine sont avares de publicité, et, à part quelques bons mémoires insérés dans le RECUEIL DES ANNALES MARITIMES et les thèses soutenues devant les Facultés de médecine de Paris et de Montpellier, on ne peut connaître leur pratique que par les rapports officiels que leur prescrivent les règlements. Si l'on doit leur savoir gré de cette réserve, dont l'intention est de ne pas augmenter l'encombrement déjà si effrayant des publications inutiles, on peut aussi à juste titre leur reprocher un peu trop d'indifférence pour ce qui est étranger à leur spécialité, et il peut en résulter de la part du monde médical une appréciation inexacte de leur valeur ou de leur dévouement. Il serait donc à désirer que, secouant ce manteau d'obscurité dans lequel ils s'enveloppent, ils missent un peu plus d'empressement à porter à la science le concours qu'elle a le droit d'exiger de leurs lumières et de leur travail. Nous aurions voulu, pour justifier ce désir, pouvoir faire connaître tout au long plusieurs de ces rapports, qui n'eussent pas manqué d'exciter un vif intérêt; mais outre qu'ils n'ont pas été destinés par leurs auteurs à la publicité, les citations auraient dû être trop nombreuses pour produire les résultats utiles qu'on peut en retirer, et il nous a paru préférable de nous livrer à un travail d'ensemble sur ces comptes rendus, afin de rapprocher et de compter les faits intéressants qu'ils contiennent, et d'en déduire les considérations qui peuvent servir d'enseignement aux jeunes médecins qui se destinent à la navigation.

Nous insistons avec intention sur ce que nos remarques ne portent que sur les rapports des campagnes de l'Océan; car autant cette navigation est différente en peines physiques et morales de toute espèce, de celle qui s'accomplit dans ce vaste lac qu'on appelle la Méditerranée, autant les maladies qui s'y rattachent plus spécialement méritent une étude particulière. Nous désirons que cet appel soit entendu des chirurgiens de la marine de Toulon, et qu'ils fassent connaître leur côté les résultats de leur navigation. Non pas que ce travail ait la prétention d'aborder toutes les questions de médecine et d'hygiène navales; il est beaucoup plus modeste, et n'a pour but que l'examen de quelques-unes des questions médicales qui se rattachent à la navigation lointaine, et particulièrement aux épidémies qui

---

par les corporations dites *della Limosineria, della Dataria, da' Brevi;* ce qui donne 408,184 scudi fournis par le trésor public. Les hôpitaux jouissent en outre de 115,490 scudis de revenu, les corporations *della Limosineria* de 10,242, les sociétés pour les dotations de 39,700; enfin signalons diverses rentes, qui font monter le chiffre des revenus à 213,542 scudi. Les deux totaux additionnés donnent 621,726 scudis consacrés annuellement aux classes pauvres. 22,000 nécessiteux reçoivent des secours, au moyen de ce budget.

Arrivons à quelques-unes de ces institutions en particulier, en nous étendant sur celles-là seules qui offrent un intérêt spécial au médecin.

Nous n'avons pas à nous occuper des écoles publiques : elles sont au nombre de 387, dont 49 pour les enfants mâles et 113 pour les filles; elles reçoivent 14,157 élèves, dont 7,519 gratuitement et 2,788 moyennant une faible rétribution.

Nous ne ferons que signaler :

1° Le *sussidio de' pubblici lavori*, espèces d'ateliers nationaux ou 1,000 ouvriers sont *censés travailler* journellement. Le gouvernement prodigue pour cette œuvre 52,000 scudi. Cette institution date de Sixte V. Elle était organisée sur un plus grand pied du temps des empereurs de la vieille Rome.

2° *L'archiconfraternità di S. Ivo et di S. Girolamo*, fondée très-anciennement, sous le pontificat de saint Grégoire le Grand, et dont la mission consiste dans la défense gratuite des pauvres appelés à comparaître devant les tribunaux.

3° *Les ciechi e stropii mendicanti alle quarantore*, corporation de 40 infirmes jouissant du privilège assez lucratif de mendier à la porte des églises. On a calculé que la moyenne de leur journée est de 25 *baiocchi*. Le *baiocco* vaut un peu plus de 5 centimes.

4° Trois sociétés pour visiter les prisonniers.

5° Une maison de correction, pour mineurs des deux sexes, analogue à celles que nous possédons à Paris.

6° Divers établissements ouverts au repentir, ou destinés à prévenir le vice. Ce sont d'abord trois *ritiri per le donne penitenti*, vrais couvents de repenties, pouvant recevoir 48 femmes. En second lieu, deux espèces d'institutions où la charité chrétienne étend son aile sur la vertu en danger : la *pia casa di carità per le fanciulle pericolanti*, où l'on admet, de 12 à 18 ans, les jeunes filles qui, orphelines, pauvres, portées au mal par de mauvais instincts, ou négligées par leurs parents, sont exposées à la séduction; sept à huit petits établissements destinés à recueillir les veuves que la mort du mari prive de moyens de subsistance et dont la vertu est aux prises avec le besoin. Le gouvernement est loin d'être toujours l'auteur de ces pieuses fondations; presque toujours à celles-ci se rattache le nom d'un pape, d'un cardinal; très-souvent aussi on s'aperçoit avec satisfaction que les princes opulents de Rome, les Borghèse, Odescalchi, Doria, Colonna, etc., etc., consacrent une partie de leurs immenses revenus à ces œuvres d'humanité et de moralisation.

7° Le mont-de-piété doit aussi être compté parmi les créations de bienfaisance; il reçoit un nombre très-considérable de dépôts, à titre peu onéreux pour le pauvre.

8° Il existe une caisse d'épargne, à laquelle 1,653,659 scudi ont été versés en

en sont le cortége ordinaire, et qui empruntent aux navires ou aux pays lointains des considérations étrangères à ce qui s'observe ordinairement en Europe et à terre. A ce point de vue, le nombre des maladies dont nous avons à nous occuper est très-restreint, et il l'est surtout par le fait de l'observation à bord des navires pendant ces dernières années, par un meilleur diagnostic et par une meilleure classification des maladies qui ont été observées. Ainsi, dans tous les rapports que nous avons examinés, il n'est pas question d'une seule épidémie de typhus; il n'est fait mention aussi que très-rarement de la fièvre typhoïde. C'est que ces maladies n'appartiennent pas en propre aux pays dans lesquels s'accomplissent les navigations lointaines, surtout aux régions intertropicales, et qu'elles ne tiennent pas davantage aux conditions essentielles des navires, d'où la première semble s'être retirée pour toujours devant les progrès de l'hygiène, et où la seconde ne se voit plus que rarement et toujours comme un retentissement des influences subies avant le départ d'Europe. Depuis onze ans que nous exerçons à la Martinique, nous n'avons pas vu une seule fois la véritable affection typhoïde sur les habitants du pays; MM. les docteurs Rufin et Martineau ne l'ont pas plus rencontrée que nous. Nous l'avons observée quelquefois à l'hôpital militaire, mais toujours sur des Européens, matelots ou soldats, ayant au plus une année de séjour dans la colonie. Quand on l'a observée épidémiquement à bord des navires, et nous en avons vu un exemple en 1842 à Fort-Royal, sur *la Danaé*, dont cinquante hommes au moins furent atteints, envoyés et traités à l'hôpital, sans que le reste des malades de l'établissement en eût ressenti l'influence. C'est que ces navires étaient partis de France ou de tout autre pays tempéré éloigné des tropiques, depuis un an au plus. Il n'entre pas dans notre sujet d'insister sur cette longue incubation de la fièvre typhoïde, dont nous possédons de nombreux exemples; mais nous ne craignons pas d'avancer que la fièvre typhoïde n'est pas une maladie de la navigation, pas plus que des pays chauds. Qu'on ne prenne donc pas à la lettre ces dénominations de typhus, de fièvres typhoïdes, accordées par plusieurs médecins aux cas qui ne leur paraissent pas encore bien caractérisés au début des épidémies de fièvres miasmatiques ou de fièvres jaunes : ce sont de véritables cas de l'une ou de l'autre de ces deux dernières maladies. Ces méprises ont été nombreuses au Sénégal en 1837, et à bord de plusieurs navires aux Antilles en 1838. Nous ne parlerons donc pas des épidémies de typhus ou de fièvres typhoïdes, parce que les rapports que nous avons examinés n'y donnent pas lieu, et par les raisons que nous avons énoncées.

Mieux vaut d'ailleurs dire de suite de quelles épidémies nous devons nous occuper que d'énumérer toutes celles qui ne nous occuperont pas : ce sont l'héméralopie, le scorbut, la colique végétale, les fièvres miasmatiques, la fièvre jaune et la dyssenterie. Ce sont là les maladies épidémiques auxquelles la navigation peut donner naissance, ou imprimer certaines modifications qu'on doit connaître. A part la fièvre jaune, qui s'est renfermée jusqu'aujourd'hui dans la zone tropicale nord de l'Océan atlantique et qui peut pourtant apparaître ailleurs, ainsi que le prouve l'épidémie qui vient de se déclarer récemment au Brésil, elles se rencontrent toutes partout où nos bâtiments sont portés par des campagnes de long cours. Quelques-unes sont plus particulièrement des maladies de bord : ce sont l'héméralopie, le scorbut, la colique végétale; les autres, au contraire, trouvent leurs foyers principaux à terre, et semblent y puiser leur germe : ce sont les fièvres miasmatiques, la fièvre jaune, la dyssenterie. Nous ne ferons pas d'autre rapprochement entre ces deux groupes de maladies : ce serait de la théorie, et notre but n'est pas de faire de la théorie; nous laisserons parler les faits. Nous nous occuperons peu du diagnostic et du traitement de ces maladies; l'observation à bord des navires a peu de chose à ajouter sur ce sujet à tout ce qui a été dit ailleurs. Mais c'est l'étiologie et la prophylaxie qui feront plus particulièrement l'objet de notre étude, persuadé qu'il y a plus à faire pour prévenir que pour guérir les maladies épidémiques. Nous nous bornerons aussi le plus souvent à citer les faits et à en tirer des conséquences, et si nous parlons quelquefois généralement, ce sera toujours d'après la majorité des faits, n'admettant les exceptions que comme des avertissements, afin de ne pas détourner l'esprit, par des faits contradictoires, de la ligne qu'il doit suivre. Qu'y a-t-il, en effet, de constant en médecine?

HÉMÉRALOPIE.

L'héméralopie s'observe souvent épidémiquement à bord des navires, et bien que ce ne soit pas là une maladie grave qui compromette la vie des hommes, elle a pourtant son importance, parce qu'elle soustrait au service de nuit, le plus important, et quelquefois même au service de jour, un nombre d'hommes assez grand pour compromettre la sûreté de ce service. Les hommes malintentionnés, qui savent d'ailleurs qu'il n'est pas toujours facile d'en bien établir le diagnostic, mettent cette prétendue infirmité au service de leur paresse, et viennent l'accuser au médecin pour être exempts de service de nuit. C'est donc tout d'abord à se mettre en garde contre la ruse, c'est-à-dire à bien établir son diagnostic, que le médecin doit s'attacher.

Malheureusement c'est là une chose assez difficile, et qui ne paraît pas encore suffisamment déterminée pour qu'on soit autorisé à affirmer que la maladie existe. On conçoit, en effet, que les lésions fonctionnelles ne peuvent être que d'une importance secondaire quand on a à se défier de la sincérité du malade. Les symptômes objectifs seraient donc ceux auxquels on devrait ajouter le plus de valeur, et ce sont les plus difficiles à reconnaître. Voici cependant, d'après M. Fleury, qui a fait un bon travail sur ce sujet, les signes qui peuvent guider le médecin. La pupille est largement dilatée, sans déformation, mais aussi sans oscillation, et insensible à l'impression de la lumière, et d'après M. Lefrapper, ces signes ne sont apparents qu'après le coucher du soleil, c'est-à-dire à l'heure où la cécité commence. Chose remarquable : un ciel nébuleux, cachant le coucher du soleil, n'empêche pas le malade de sentir par sa vue le moment de ce coucher. Les yeux à iris bleus ou gris présentent ces signes plus prononcés que les autres. Cette expression donne au visage un air hébété, et si la vue reste insensible à la lumière d'une lampe ou de la lune, elle peut arriver à une cécité complète, et alors le malade a toutes les apparences d'un amaurotique. Il ne faut pas oublier que l'influence qui donne lieu à la maladie est le plus souvent générale, et qu'alors celle-ci prend la forme épidémique; mais tout cela est loin d'être constant, et il arrive fréquemment que le médecin n'a pour élément de conviction que les réponses du malade : à lui de s'assurer si elles sont sincères.

Sur l'étiologie de l'héméralopie, deux manières de voir bien différentes se partagent l'opinion des médecins dans la marine. M. Fleury (de Rochefort) croit avoir le premier, du moins sans avoir eu connaissance de ce qui avait été fait avant lui, reconnu que cette maladie est due « à un état d'atonie de la rétine, résultant de la vive et trop longue excitabilité qu'elle a éprouvée par suite de la réflexion intense et prolongée des rayons lumineux

---

dix ans, de 1831 à 1840, période décennale sur laquelle sont également établies les statistiques qui suivent.

9° La société qui a soutenu 600 enfants privés de leurs parents par le choléra. Cette institution jouissait de 11,000 écus de rente.

10° Les secours à domicile ont pour intermédiaires diverses confréries. Il y a à Rome, comme chez nous, des dames de charité qui savent découvrir les pauvres honteux, et ne les oublient pas dans leurs largesses. Les étrangers sans fortune, malades dans les auberges ne sont pas non plus délaissés; ils reçoivent des secours de la *confraternità della perseveranza*.

Nous arrivons à d'autres institutions qui sont de nature à fixer plus longuement notre attention.

Il existe à Rome et dans d'autres villes d'Italie une corporation connue sous le nom de *archiconfraternità della morte e dell' orazione* Sa mission consiste à aller recueillir jusqu'à une distance de 20 à 30 milles les cadavres des individus assassinés, morts d'accident ou tués brusquement par la fièvre dans la campagne, à leur donner une sépulture chrétienne et à prier pour le repos de leur âme. Cette institution a sans doute été nécessitée par le grand nombre d'assassinats qui se commettaient, dans les siècles passés surtout, sur les grand'-routes et au milieu de la ville, aussi bien que par l'abandon dans lequel vivent ces familles de paysans, qui, à l'époque des travaux des champs, descendent des montagnes dans la plaine empestée, campent à peu près en plein air, travaillent, dorment et meurent souvent dans le même sillon. La confrérie de la mort a recueilli 180 cadavres pendant dix ans. Les squelettes sont ses trophées; elle les dispose dans son église, en ornements de toute sorte, corniches, pilastres, chapelles, lustres et guirlandes; l'artillerie ne déploie pas, chez nous, plus d'art et d'habileté, quand elle veut faire servir à la décoration les différentes pièces des armes de guerre. A Rome, à Frascati, à Civita-Vecchia, nous avons également vu des chapelles de la mort, où la religion et l'art ont eu la singulière idée d'employer la triste dépouille de l'homme aux frivolités de l'ornementation.

On connaît sous le nom générique de *ospizii e case di ricovero*, plusieurs établissements destinés à donner, pour la nuit, un logement aux pauvres sans asile. L'été, on reçoit jusqu'à une demi-heure après la tombée de la nuit; l'hiver jusqu'à trois heures après le coucher du soleil. Les règlements prescrivent de ne pas garder les mêmes personnes au delà d'une période de quelques jours; mais pendant la belle saison, quand les portiques des églises offrent un abri suffisant, les *ricoveri* sont peu fréquentés, et l'on peut donner l'hospitalité pour un temps plus prolongé; tandis qu'en hiver, époque où la foule cherche un asile dans ces établissements, on est contraint d'observer strictement la règle. Le couchage se compose d'une paillasse sur des tréteaux de bois, de draps et d'une couverture. Ces utiles institutions sont sous la direction du cardinal-vicaire, qui délègue un ecclésiastique pour gérer la petite rente des *ricoveri*.

S. Galla est destiné aux hommes. On y compte 224 lits répartis de la manière suivante : 5 dortoirs communs, une salle à part pour 9 galeux, un dortoir particulier pour 11 ecclésiastiques. A la fête de S. Galla, on sert un repas complet à tout le monde; en temps ordinaire l'établissement donne la soupe chaque matin. Ce *ricovero* a été fondé au dix-septième siècle par la charitable famille des princes Odescalchi.

sur des surfaces blanches et unies. » Il rejette bien loin l'influence de l'habitation dans les lieux marécageux, de la mauvaise alimentation, de l'humidité, de la rosée, des vents, du sommeil au clair de lune. Bien que cette maladie soit rare en dehors des tropiques, il explique pourquoi Malte et Cadix en sont plus frappés que les villes de nos Antilles, par l'exposition découverte au milieu de la mer des deux premières, qui ne sont point entourées, comme les secondes, d'une végétation luxuriante qui absorbe les rayons solaires. La vraie cause agit donc directement sur la rétine, et l'intensité des rayons solaires sur cette expansion nerveuse est si vive qu'elle perd par suite de cette excitabilité, et lorsqu'elle n'est plus sollicitée par elle, le ressort nécessaire pour l'accomplissement de ses facultés. Toutes les théories physiques ou chimiques par lesquelles on a voulu expliquer l'héméralopie sont donc sans valeur. La difficulté qu'ont éprouvée les auteurs à se rendre compte de ce fait d'observation, que les mousses et les officiers sont presque toujours épargnés par cette maladie, est facilement résolue par M. Fleury, qui explique cette différence entre l'équipage et l'état-major par la différence de service des uns et des autres, ces derniers pouvant mieux s'abriter des rayons solaires et y restant moins longtemps exposés, de même qu'aux intempéries, et jouissant d'ailleurs de meilleures conditions de vêtements et de nourriture. Ce genre de cause explique aussi pourquoi les rechutes sont fréquentes lorsque les malades sont obligés d'y rester longtemps soumis, et comment une maladie naturellement légère, ne pouvant guérir par le seul éloignement des latitudes chaudes, devient quelquefois grave, et peut même entraîner la perte totale de la vue quand on ne peut retirer à temps les hommes du milieu où ils l'ont contractée. Sur cinquante cas, la durée moyenne a été de huit à quinze jours, et lorsque la maladie s'est améliorée, on a vu d'abord apparaître la contractilité de la pupille, qui a repris peu à peu ses dimensions naturelles ; puis cet air d'hébétude presque caractéristique, cet air d'étonnement s'est dissipé, à mesure que la vue nocturne est devenue plus facile et que le malade a repris sa gaieté. Cette cause bien reconnue, les indications à remplir pour le traitement étaient toutes tracées : 1° soustraire le malade à la cause déterminante ; 2° attaquer directement la maladie déclarée. La première était remplie par la séquestration de l'homme dans un endroit obscur du navire, et par le soin de lui faire porter une large visière verte pour prévenir les rechutes ; la deuxième par l'usage varié des purgatifs, des vésicatoires, des pédiluves irritants. Quant à l'emploi des vapeurs d'ammoniaque ou de foie bouilli, elles se sont montrées presque toujours infidèles. Enfin un hivernage pluvieux, à ciel presque toujours couvert, à la Martinique, amena une amélioration d'autant plus sensible que la réapparition d'un ciel pur et d'une mer calme fit reparaître aussi la maladie, quoique le bâtiment se trouvât alors à New-York, c'est-à-dire beaucoup plus dans le nord. Il est donc bien prouvé que c'est à l'action des rayons lumineux directs ou réfléchis sur la rétine qu'est due l'atonie de cette expansion nerveuse et la perte instantanée de la vue, quand elle n'est plus sollicitée par la même force.

Conformément à ses idées étiologiques sur l'héméralopie, M. Fleury conseille, comme moyens prophylactiques de cette maladie, le soin d'avoir toujours les tentes faites dans les pays chauds et de faire porter aux matelots des chapeaux à larges bords, dont le dessous serait peint en vert.

Mais écoutons M. Grimal à bord de *la Belle-Poule*, en 1846-1847, qui, après avoir partagé l'opinion de M. Fleury sur l'action des rayons solaires dans la production de l'héméralopie, attendu que, comme lui, il avait constaté que les hommes de garde et les canotiers, plus exposés aux rayons solaires que les autres, en étaient plus souvent atteints ; que l'obscurité ou l'influence d'un ciel nuageux pendant un certain temps sembleraient améliorer la maladie, s'avise, pour écarter la cause qui avait déterminé ou entretenu la maladie, de *parquer* quelques malades dans un entourage en toile qui devait les soustraire à la lumière, et ce moyen, qui devait être tout-puissant, renversa, au contraire, la théorie de M. Fleury et le mit dans une meilleure voie. En effet, ses héméralopes sortirent guéris de cette expérience ; mais ils revinrent bientôt tous atteints d'une affection beaucoup plus grave, le scorbut. Cette succession de deux maladies d'expression symptomatique en apparence si différente lui fit faire des rapprochements qui le conduisirent à regarder l'héméralopie comme un symptôme de scorbut ; et voici comment.

Si l'héméralopie est un symptôme de scorbut, elle naît sous l'influence des mêmes causes ; elle se modifie ou guérit par l'usage des mêmes moyens, et on est autorisé à regarder leur essence, leur nature, comme identiques.

Or, pour la cause, voici ce qui s'est passé à bord de *la Belle-Poule*. L'humidité froide ou chaude, produite par les pluies abondantes, qui est, suivant M. Grimal, la première et la plus importante cause du scorbut, était très-prononcée les deux fois que l'héméralopie s'est déclarée. Ces deux fois le scorbut suivit de près l'héméralopie, et l'état hygrométrique de l'atmosphère, de même que l'éloignement ou le rapprochement de terre, furent le thermomètre constant de l'apparition ou de la diminution de ces deux maladies. La prédilection de l'héméralopie pour les hommes de garde et les canotiers s'explique par la constitution plus débile de ces hommes, qui ne sont pas pris généralement parmi l'élite de l'équipage, et qui ont aussi la constitution qui dispose au scorbut. Par contre, les mousses et les officiers, que M. Fleury signale comme échappant le plus souvent à la maladie, ne sont-ils pas également moins atteints par le scorbut. Du reste, M. Grimal admet l'action des rayons solaires comme cause déterminante et secondaire à l'humidité excessive, dont l'effet est d'imprimer à la rétine et aux humeurs de l'œil des modifications préalables.

Dans le traitement, s'il est constaté que le régime végétal, une atmosphère dépouillée d'humidité, et surtout le séjour à terre, qui sont les modificateurs les plus puissants du scorbut, agissent de la même façon contre l'héméralopie, que de raisons plus convaincantes encore pour admettre une liaison intime entre ces deux maladies !

Or M. Grimal dit avoir mis en usage, outre le moyen préservatif indiqué par M. Fleury, tous les médicaments employés directement contre l'héméralopie, et avoir réussi à faire cesser plus ou moins promptement cette infirmité, qui d'ailleurs peut guérir sans traitement local ; mais de nouveau soumis aux influences climatériques, les malades revenaient au poste huit jours après. Aussi est-il porté à avancer qu'il n'accorde aucune confiance aux moyens thérapeutiques, sans le concours du changement d'atmosphère et du séjour à terre.

Enfin, comme preuve de l'identité d'essence entre ces deux maladies, scorbut et héméralopie, M. Grimal dit qu'à une inspection de l'équipage faite à Bourbon pendant que les épidémies de scorbut et d'héméralopie sévissaient concurremment et avec le plus d'intensité, il reconnut que, sur cent quatre-vingts héméralopes, cent soixante-seize portaient des boutons ou taches scorbutiques. Quant à la conséquence très-logique que tire M. Grimal de cette liaison, que l'héméralopie peut s'expliquer par l'altération des liquides, du sang en particulier, dans le scorbut, d'où il résulterait « que

---

Les femmes sont admises à S. Luigi Gonzagua, établissement assez vaste pour contenir 60 lits, nombre que la faiblesse des revenus a forcé à réduire de moitié. On n'admet ni les femmes enceintes ni celles qui sont affectées de maladies contagienses.

L'*ospizio ed archiospedale della santissima trinità de' pellegrini e convalescenti* est une institution qui date du commencement du quatorzième siècle. Elle a été créée dans un double but : l'hospice heberge les pèlerins qui, à certaines époques, affluent à Rome, de toutes les parties de la chrétienté ; il est ensuite destiné aux convalescents sortant des hôpitaux et auxquels un air plus pur et quelques jours de repos sont nécessaires.

650 pèlerins trouvent place aux réfectoires, et 224 dans les dortoirs ; 40 femmes peuvent être couchées et 300 s'asseyent à la table de l'hospitalité. Les lits sont assez larges pour recevoir 2 personnes, quand le besoin du moment l'exige. Le nombre des individus admis à l'hospice des pèlerins est énorme dans les grands jubilés : en 1625, il est monté à 582,760, dont 460,269 hommes et 122,491 femmes.

C'est surtout comme hospice de convalescents que cette institution doit attirer notre attention. Les Anglais sont justement fiers de *la Samaritaine*, dont le but est le même ; mais Rome les a devancés dans la création de cette œuvre dont l'utilité est tellement connue que tout commentaire à ce sujet devient inutile. Le nombre des convalescents qui figurent à la Trinité des pèlerins est généralement de 95 ; mais ce chiffre est souvent beaucoup dépassé. Les deux plus grands hôpitaux de Rome, S. Esprit et S. Sauveur ont des voitures pour transporter leurs convalescents à l'hospice *della Trinità de' pellegrini*. Ils y passent ordinairement un petit nombre de jours. Un médecin, attaché à l'établissement, les renvoie à l'hôpital en cas de rechute. Leur régime alimentaire est ainsi fixé : le matin, un bouillon et 2 onces (1) de pain ; au dîner, 4 onces de soupe, 6 de pain, 6 de viande, 3/4 d'une faglietta de vin (2) et des fruits ; le soir, une soupe, 0 onces de pain, 4 de viande, même quantité de vin qu'au repas de midi.

Cet établissement s'entretient au moyen d'une rente de 16,600 scudi, et de 2,400 scudi fournis par le trésor. Un fond de 25,000 scudi, legué par le cardinal Lazarre Pallavicini, est placé à rentes qu'on laisse s'accumuler pour subvenir aux dépenses des grands jubilés. La Trinité des pèlerins reçoit, en outre, des aumônes qui lui sont d'un assez bon secours.

L'*ospizio e scuola di Sordomuti*, hospice et école des sourds-muets, a été fondé à Rome en 1830. Il admet 20 élèves, nombre auquel il faut ajouter 20 autres sourds-muets entretenus à l'hospice de Sainte-Marie-des-Anges. Les parents aisés payent 4 scudi par mois ; les communes font des versements pour les enfants pauvres qu'elles envoient à l'Institut ; enfin le trésor donne 300 scudi par an.

La *pia casa degli espositi in S. Spirito in Sassia*, ou maison des enfants trouvés, a été fondée à Rome en 1198 ; elle est donc antérieure à celle de Paris,

(1) La livre romaine, de 16 onces, vaut 339 grammes.
(2) La faglietta vaut 0 litre 456.

les humeurs de l'œil se troublent, deviennent moins denses et se modifient dans leurs propriétés physiques et chimiques, d'où affaiblissement de leur pouvoir réfringent et nécessité d'une vive lumière pour impressionner la rétine, » nous lui en laissons toute la responsabilité.

M. Grimal répond aussi à cette objection, qu'il y a des épidémies d'héméralopie sans scorbut, par l'assertion que l'héméralopie n'étant qu'un prodrome du scorbut, l'action des causes n'est pas toujours assez prolongée ou assez intense pour que celui-ci se déclare, et qu'il reste alors à l'état d'incubation. Quant au fait qu'il y a des épidémies de scorbut sans héméralopie, il ne serait pas plus probant, attendu qu'un symptôme peut souvent faire défaut à une maladie.

A ce point de vue, la prophylaxie de l'héméralopie serait la même que celle du scorbut, et consisterait surtout à éviter l'humidité à bord, à la corriger, quand elle existe, à l'aide des réchauds allumés fréquemment dans le faux-pont, à veiller à ce que les hommes aient toujours des vêtements de rechange, bien secs, de manière qu'ils puissent en changer quand ils ont été mouillés pendant leur quart; enfin à tenir une tente faite, la nuit, quand on est au mouillage, afin de préserver les hommes qui dorment sur le pont.

Dans l'exposition succincte que nous venons de faire de ces deux manières d'envisager l'étiologie de l'héméralopie, les médecins de la marine verront sans doute la nécessité de tenir compte de l'une et de l'autre opinion. Et s'il est utile de préserver les hommes de l'action trop intense des rayons solaires, qui peut d'ailleurs donner lieu à tant d'autres maladies, il ne l'est pas moins de considérer l'influence générale sous l'empire de laquelle se déclare une épidémie d'héméralopie, comme pouvant être le prodrome d'une autre épidémie beaucoup plus grave, le scorbut. Aussi, quand l'épidémie sera déclarée, devra-t-on conseiller la mesure la plus efficace dans l'un et l'autre cas, la relâche dans le port le plus voisin et le ravitaillement de l'équipage.

Nous devons ajouter que les idées de M. Grimal paraissent assez généralement répandues aujourd'hui dans la marine, et que les rapports arrivés depuis le sien, et qui paraissent écrits sans connaissance préalable de ses idées, mentionnent cependant le même rapprochement entre le scorbut et l'héméralopie. Le plus récent d'entre eux, celui de M. Saillour sur le service médical de la division de l'Océan indien, constate d'une manière toute particulière la coexistence de l'héméralopie et du scorbut sur plusieurs navires, et surtout à bord de *la Reine-Blanche*, où ces maladies ont régné épidémiquement pendant une longue traversée à Bombay et à l'île de la Réunion. M. Saillour signale la chaleur humide et la mauvaise alimentation comme ayant été les conditions évidentes de leur développement; il fait remarquer aussi que les officiers et les maîtres qui échappent à l'héméralopie sont également les moins atteints par le scorbut. Mais il ne fait qu'établir une simple coïncidence par identité d'étiologie entre ces deux maladies, et il ne fait pas de l'une un symptôme de l'autre; c'est là, en effet, ce qu'il y a de plus incontestable. Mais ce qui importe pour tous, c'est l'étiologie commune.

M. Lefrapper, dans sa thèse pour le doctorat, vient de faire connaître l'histoire d'une épidémie d'héméralopie observée à bord de la frégate *la Reine-Blanche*, en 1841, à l'époque de la conquête des îles Marquises et de Taïti. Pour lui aussi cette maladie est un symptôme de scorbut, et chez presque tous ses malades elle n'a été que le prodrome, que le premier degré de l'affection scorbutique confirmée. Les mêmes influences étiologiques ont présidé au développement des deux maladies; les mêmes moyens curatifs les ont favorablement modifiées. La date de ces observations est antérieure de plusieurs années à celle du rapport de M. Crimal; mais leur publicité, que nous ne connaissons que par la thèse de 1850, n'autorise pas à leur donner la priorité sur celles de ce dernier médecin.

Toujours est-il que ces faits identiques, observés sur des théâtres si éloignés les uns des autres et à des époques si différentes, sans communications, sans connaissance apparente de leurs auteurs entre eux, portent un cachet de vérité qu'on ne saurait méconnaître.

THÉRAPEUTIQUE.

OBSERVATIONS POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE LA CURE DES ANÉVRISMES PAR LA GALVANO-PUNCTURE ; par M. C. Bossé, aide du médecin en chef du premier hôpital militaire de Saint-Pétersbourg.

Obs. I. — Une femme âgée de 40 ans demanda mon secours pour une tumeur au pli du bras gauche, laquelle s'était développée depuis deux ans, par suite d'une saignée mal dirigée, par laquelle l'artère brachiale a été blessée. La tumeur, d'une forme arrondie, de la grandeur d'une noisette, placée justement au bord interne de l'artère brachiale, était molle et offrait des pulsations isochrones à celles du pouls, qui cessaient quand on comprimait l'artère brachiale au-dessus de la tumeur et devenaient au contraire plus fortes quand on la comprimait au-dessous de la tumeur. L'auscultation de la tumeur y fit entendre un bruit de soufflet très-marqué. Comme tous ces signes disparurent parfaitement après la compression de l'artère brachiale, produite entre le cœur et la tumeur, en même temps que la tumeur diminua notablement, il n'existait aucun doute sur la nature de la tumeur, qui était un anévrisme faux circonscrit, prêt à rompre à cause de la souplesse de ses parois. La ligature de l'artère brachiale, conseillée par plusieurs chirurgiens de la capitale, fut opiniâtrément rejetée par la malade, qui préféra la mort à une opération sanglante, dont elle avait eu l'occasion de voir les suites fâcheuses; mais ayant appris les résultats heureux dans le traitement des anévrismes, obtenus par M. Petrequin au moyen de sa nouvelle méthode, la malade se décida pour la galvano-puncture, pratiquée par moi le 27 novembre 1847, en présence des docteurs Balbieni, Naranovitsch et Ambrogeaitsch, de la manière suivante :

Après la compression de l'artère brachiale au milieu du bras, deux épingles d'acier furent enfoncées dans le sac anévrismal et mises en communication avec les deux pôles d'une pile galvanique, composée de 32 plaques de cuivre et de zinc, interposées de morceaux de drap trempés dans une dissolution de muriate d'ammoniac. Le courant galvanique soutenu dix-huit minutes, durant lesquelles les pôles furent six fois changés, la malade éprouvait de vives douleurs le long du bras, et l'on apercevait des contractions convulsives de tous les muscles fléchisseurs des doigts.

Après l'extraction des épingles, la pulsation de la tumeur avait diminué, le bruit de soufflet cessé, mais les téguments de la tumeur furent un peu enflammés. Le bras fut placé horizontalement sur un coussin et la tumeur entourée d'une compresse d'eau de plomb; le tourniquet fut ôté à cause des douleurs insupportables, qui cependant, quoique soulagées, durèrent toute la nuit et privèrent la malade du sommeil.

Le 28, la malade éprouva des frissons, suivis de chaleur et d'un pouls accéléré; un phlegmon superficiel intense se développa dans le pli du bras; la tumeur anévrismale fut moins saillante et plus dure, sans la moindre pulsation ni bruit

---

mais postérieure aux établissements créés successivement à Milan, Novare, Montpellier et Marseille.

Suivons rapidement l'enfant abandonné dans les différentes périodes de sa vie.

Le tour est aujourd'hui fermé; mais il suffit pour faire admettre l'enfant de remplir certaines formalités bien faciles en comparaison des entraves que l'on rencontre chez nous. Le nouveau-né est inscrit, tous ses signes sont relatés sur le procès-verbal, et le *caporale* lui tatoue au pied droit une indélébile croix du Saint-Esprit. Il est alors placé dans une des trois grandes salles, de 50 lits chacune, qui constituent l'établissement. Des nourrices entretenues dans l'hospice allaitent les enfants ; ordinairement une femme a deux nourrissons et trois par exception. On garde ceux-ci le moins longtemps possible ; on les envoie en ville ou à la campagne.

Un régime substantiel était nécessaire pour permettre aux nourrices de la *pia casa* de remplir leurs obligations. Elles reçoivent par jour une livre (1) 8 onces de pain, une livre 4 onces de viande, 6 onces de potage, 3 foglietes de vin ; et par semaine, une livre de fromage, demi-livre de salaison et 4 œufs. On leur donne environ 13 francs par mois.

La nourrice qui allaite chez elle reçoit l'enfant avec un petit trousseau, et 1 scudi par mois, pendant la période dite *a latte, de lait*, qui comprend quatorze mois. A cette époque commence la période *a pane* qui dure jusqu'à 12 ans pour les garçons, jusqu'à 10 pour les filles. A l'ouverture de cette période, la moitié du trousseau est renouvelé, et la nourrice touche 60 baiocchi par mois pendant le premier semestre, puis 40 seulement. D'autres sommes sont aussi versées à différentes époques; savoir : 10 baiocchi aux 6e, 12e, 18e mois de l'enfance, à titre de chaussures, puis 1 scudi chaque année pour l'habillement.

Le garçon à 12 ans, et surtout la jeune fille à 10, deviennent un très-grand embarras pour le gouvernement. Leur adoption par les familles dans lesquelles ces enfants ont été élevés, est favorisée par tous les moyens possibles, et il arrive en effet que le nourrisson trouve ainsi de nouveaux parents; mais ce moyen d'écoulement est bien loin de suffire. Les enfants réclamés par leurs parents ne sont pas non plus bien nombreux. C'est la mort qui contribue le plus, dans les premières années, à empêcher l'encombrement.

A l'aide de quelques sacrifices temporaires, l'administration parvient à mettre les garçons à même de pourvoir à leur subsistance. Autrefois, sous l'administration française, on les envoyait, à 12 ans, à la florissante colonie agricole de Monte-Romano; aujourd'hui ils sont dirigés sur la maison de Sainte-Marie-de-la Providence, près de Viterbe. Là ils apprennent un état ; puis ils vont courir le monde, avec une petite avance de 10 scudi, quand ils atteignent la vingtième année. On leur conserve officiellement le nom de *esposili, spositi, proietti*, dénominations qu'il serait désirable de voir disparaître.

Mais que va devenir la jeune fille que les primes accordées aux familles n'ont pu faire adopter ou que ses parents n'ont pas réclamée? Elle est reçue

(1) Nous continuerons à nous servir des mesures romaines.

de soufflet ; il se manifestait seulement une pulsation dans l'artère même, placée au bord extérieur de la tumeur. Le coude fut entouré de neige, et la malade prit de la limonade et un léger purgatif.

Le 30, l'inflammation diminuée, la malade quitta son lit le bras en écharpe.

Le 6 décembre, toute souffrance disparut ; il ne resta qu'une petite induration à la place de la tumeur anévrismale.

Le 10, la malade commença à faire de légers mouvements du bras, dont elle se sert encore sans avoir éprouvé aucun accident et sans offrir aucune trace de sa maladie, si ce n'est l'induration de la grandeur d'une petite fève.

Obs. II. — Le 7 août 1847, fut amené au premier hôpital militaire de Saint-Pétersbourg le nommé Wladimir Egoroff, âgé de 42 ans, ayant une tumeur à la poitrine et souffrant d'une respiration gênée. Ce malade, dont la figure pâle contrastait d'une manière frappante avec la couleur bleuâtre de ses lèvres, était d'une taille haute et d'une constitution faible. La respiration, constamment aggravée, devenait haletante après chaque mouvement tant soit peu considérable ; le pouls était petit, dur et régulier ; l'appétit bon ; le sommeil troublé par des accès fréquents de toux ; les fonctions du tube intestinal ne présentaient aucune anomalie. Cet état ayant duré, suivant le récit du malade, pendant deux ans, agravait insensiblement les souffrances du malade, malgré les différents remèdes qui lui furent administrés de temps en temps. La tumeur qui parut dès le début au-dessus du mamelon droit, de la grandeur d'un demi-œuf, augmentait successivement et atteignit enfin une telle étendue que, depuis le jour d'entrée du malade à l'hôpital, elle s'agrandit au point de couvrir toute la surface entre la seconde et la sixième côte du côté droit, s'étendant de la partie moyenne du sternum jusqu'au creux axillaire du même côté. S'élevant en forme d'un globe au-dessus des parois de la poitrine, cette tumeur était élastique et tendue, la peau en était luisante, mais d'une teinte naturelle, excepté la partie supérieure et interne, où l'on observait une tache bleuâtre de la grandeur d'une pièce de 5 francs ; aussi sa paroi y était plus molle que le reste de la tumeur, dans laquelle se manifestait une pulsation isochronique au mouvement du cœur. Par la percussion, on obtint sur toute l'étendue de la tumeur un son mat et obtus ; l'auscultation fit entendre le bruit de soufflet assez marqué qui, à mesure qu'on s'approchait des bords de la tumeur, s'affaiblissait successivement ; ce bruit dépassant les bords de la tumeur disparaissait totalement. Durant l'auscultation des poumons, on remarqua le son sibileux qui surpassait quelquefois même le bruit respiratoire. L'auscultation du cœur fit entendre distinctement les deux bruits ; le premier fut un peu plus obtus et plus tendu qu'à l'ordinaire. Les mouvements du cœur étaient violents et se faisaient principalement sentir vers les sixième et septième côtes ; c'était à cet endroit aussi que la matité pendant la percussion était plus intense. Il en résulta donc que Egoroff était atteint d'un anévrisme de l'aorte ascendante, compliqué d'hypertrophie excentrique du ventricule gauche du cœur, dont les valvules et les ouvertures étaient sans défaut. La difficulté de la respiration provenait de la compression du poumon droit et de la bronche du même côté, par suite de la tumeur en question, laquelle produisant la destruction successive du sternum et des côtes, se frayait une route au dehors et apparaissait sur la poitrine. La tache bleuâtre sur la partie supérieure de la tumeur en prouvait le ramollissement avancé, qui s'augmentant menaçait, par la rupture de la tumeur, d'accélérer la mort du malade, dont le salut était naturellement hors des limites de l'art.

Pour éloigner autant que possible cette funeste suite, le malade fut saigné au bras ; on lui ordonna une infusion de digitale ; la tumeur fut couverte de glace, et comme tout cela paraissait trop insuffisant, il fut décidé de pratiquer la galvano-puncture, dont on espérait favoriser la coagulation du sang contenu dans la tumeur anévrismale, ce qui fut approuvé par le médecin en chef de l'hôpital, M. le docteur Balbiani.

Dans ce but, j'enfonçai, le 15 du mois d'août, sur divers points de la tumeur, excepté la tache bleuâtre, six épingles d'acier de 2 pouces de longueur. Comme les expériences répétées sur du sang et du lait frais prouvaient que les caillots se formaient constamment autour des épingles qui étaient en communication avec le pôle zinc, et se dissolvaient après avoir été mis en communication avec le pôle cuivre d'une pile galvanique, il fut décidé de ne mettre qu'une seule épingle en communication avec ce dernier, tandis que toutes les autres furent alternativement liées avec le pôle zinc pour en obtenir un plus grand nombre de caillots sanguins. Le courant galvanique, obtenu d'une pile composée de trente-deux plaques de cuivre et de zinc, fut mis en communication durant trente minutes avec la tumeur. Pendant tout ce temps-là, le malade éprouvait une douleur brûlante dans toute la tumeur, ainsi que dans la poitrine. Après l'extraction des épingles, il sortit de chaque piqûre, avec un certain bruit, du gaz hydrogène, mêlé de quelques gouttes de sang. Autour des piqûres qui avaient été en communication avec le pôle zinc, on remarqua les traces d'une brûlure, ce qu'on ne rencontra pas autour de la piqûre liée avec le pôle cuivre.

La séance finie, la tumeur fut couverte d'une compresse d'eau de plomb, et le malade reçut une infusion de digitale avec du salpêtre.

Le jour suivant, le malade eut de la fièvre, et une inflammation vive s'établit dans les téguments de la tumeur ; mais par suite de la glace dont on venait de la couvrir, tout cela disparut si rapidement qu'au bout d'une semaine il fut possible de réitérer la galvano-puncture, pratiquée avec la seule différence de la première, qu'une épingle fut enfoncée au milieu même de la tache bleuâtre et les autres à sa circonférence. Le courant galvanique, soutenu ainsi trente minutes, produisit le même effet et les mêmes suites, c'est-à-dire une brûlure superficielle, du gaz sortant par les piqûres, hémorrhagie peu importante, mouvements fébriles et inflammation des téguments, dont la résolution complète, obtenue au moyen des mêmes remèdes, survint au bout de dix jours.

En examinant d'abord la tumeur, il résulta qu'elle était devenue plus dure ; la tache bleuâtre avait disparu et présenta au toucher presque la même dureté que les autres parties de la tumeur, dont la pulsation fut plus faible. En comparant une empreinte d'albâtre, faite à l'entrée du malade à l'hôpital, de la tumeur, par le médecin Larionoff, celle-ci était devenue environ un quart de pouce plus petite qu'elle n'était avant d'avoir été exposée à la galvano-puncture.

Comme le but désiré était atteint, c'est-à-dire que la rupture de la tumeur anévrismale et une hémorrhagie léthale, qui en devait être la suite, furent détournées, le malade sortit de l'hôpital le 24 septembre de la même année.

En examinant les phénomènes apparents pendant l'action de la galvano-puncture et ceux qui en sont la suite, il en résulte qu'elle produit un double effet, dont le premier consiste dans la décomposition et dans la coagulation du sang contenu dans le sac anévrismal, et le second dans la brûlure et l'inflammation de ses parois, sur la surface interne desquelles se forme une exsudation plastique qui, en se liant aux caillots sanguins, sert à l'augmentation de la solidité et de l'épaisseur des parois de la tumeur, et en même temps à la diminution successive et à l'obturation de sa cavité. Il paraît que, pour obtenir ce résultat heureux, la coagulation du sang est moins nécessaire que l'inflammation, dont le développement d'un certain degré pourrait être regardé comme l'effet principal de la galvano-puncture, et que de cette inflammation dépend tout le succès de l'opération, de même que le succès de la ligature d'une artère dépend de l'inflammation de ses parois. Cette supposition, quoique théorique, gagne cependant beaucoup, même sous le point de vue pratique, quand on réfléchit que M. Pétrequin, en exerçant la galvano-puncture, change les pôles galvaniques près de chaque épingle enfoncée dans une tumeur anévrismale ; de sorte qu'il la lie tantôt avec le pôle zinc, tantôt avec celui de cuivre, d'autant plus qu'il est reconnu que le premier favorise la coagulation du sang, tandis que le second s'y oppose. Il s'ensuit donc que partout où la galvano-puncture a été pratiquée, on n'en a obtenu jusqu'à présent qu'une simple inflammation du sac anévrismal : cela vient d'être prouvé plus positivement par la dimi-

---

dans un établissement appelé *Conservatoire des bâtardes*, où elle passe souvent sa vie tout entière, peu utilement pour la société, et tristement sequestrée du monde. Chaque jour ce conservatoire se remplit ; il regorge aujourd'hui. Deux commandeurs du Saint-Esprit, monsignor Virgilio Spada, et monsignor Francesco Febei, ont compris que, de l'introduction du travail dans ce conservatoire résulteraient des avantages multiples : amoindrissement des charges du trésor, amélioration de la moralité et du bien-être physique des enfants trouvés, destruction de ces funestes habitudes d'oisiveté qui font préférer aux jeunes filles la retraite inoccupée dans leur conservatoire, à une vie laborieuse et libre dans le monde, enfin moyen de faciliter les mariages en permettant aux jeunes filles d'augmenter leur dot du produit de leur travail. Malheureusement les principes établis par les deux commandeurs n'ont pas encore complètement fructifié ; quelques vieilles oisives incorrigibles prêchent un exemple trop contagieux, et le grand vice de paresse étiole encore trop souvent le cœur et l'intelligence de ces pauvres filles, mortes pour le monde et travaillant médiocrement pour le ciel.

L'administration dote les enfants trouvés qui veulent se faire religieuses. Mais nous ne considérons pas cette munificence comme une porte ouverte à l'activité. Ce jugement ne paraîtra plus sévère quand nous aurons dit que les saintes femmes que nous connaissons en France sous le nom de sœurs de Saint-Vincent-de-Paule, sont encore à imiter à Rome.

Cent scudi sont accordés aux jeunes filles qui se marient, et, dans quelques circonstances, la dot peut même aller à 600 scudi ; mais les mariages, fréquents autrefois avec une dot moindre, sont devenus plus rares aujourd'hui. Pie II avait institué trois processions annuelles, dans lesquelles les bâtardes, escortées des chantres et des chanoines de Saint-Esprit, défilaient processionnellement par les rues, aux yeux de la foule accourue à ce spectacle. Le but de cette exposition de jeunes filles était d'amener des mariages ; en 1647, il se contracta 73 unions. Cette exhibition, qui avait certes son bon côté au point de vue de l'économie, a été abolie au commencement du dix-huitième siècle.

Dans les États pontificaux, on compte 34 hospices pour les enfants trouvés. Les expositions, dans une année, sont comme 1 est à 841 habitants. Il nous est impossible d'établir la proportion pour la ville de Rome isolément, parce que bien des mères de la campagne apportent leurs enfants à la *casa pia di Santo Spirito*. Cet établissement reçoit annuellement 834 exposés. En comptant en bloc les jeunes enfants qui sont à la *casa pia* en nourrice, ou qui résident au Conservatoire, on arrive à un total de 3,168 individus ayant figuré chaque année. La moyenne des sujets présents a un jour donné est de 2,300. La mortalité a été de 6,426 pour la période décennale, ou 27 pour 100 individus présents. Cette mortalité porte presque entièrement sur les jeunes enfants encore en nourrice et sur les premières années de la vie. Le Conservatoire *per le bastarde* compte, en moyenne, 558 filles, et l'établissement de Viterbe, 9 garçons seulement.

Le nombre des expositions a suivi une progression croissante, mais non graduelle, dans son ascension :

nution insensible de la pulsation, qui ne cesse jamais (excepté quand la tumeur est très-petite) pendant l'influence du courant galvanique, mais toujours à sa suite.

Nul doute que l'inflammation produite par la galvano-puncture doive être adhésive ou exsudative; car si elle passait dans la suppuration ou dans la gangrène, le succès de la galvano-puncture, ainsi que celui de la ligature, devrait échouer. C'est pourquoi tous les efforts de l'art doivent être employés pour empêcher l'inflammation de dépasser certaines limites, ce que l'on obtient ordinairement à l'aide de la tranquillité absolue, de l'application des fomentations froides, et, en cas de besoin, par des émissions sanguines locales. Il paraît que la tendance de l'inflammation produite par le galvanisme, à passer à la suppuration et à la gangrène, a été exagérée par les fauteurs de la galvano-puncture; car dans l'hôpital militaire de Saint-Pétersbourg, où cette méthode a été fréquemment employée pour guérir des varices, on n'a jamais observé aucun accident fâcheux; ni la suppuration, ni la gangrène, ni l'infection purulente n'en ont été la suite, ce qui prouve clairement l'erreur dans laquelle on se trouve sur ce point. Enfin la dernière observation justifie incontestablement notre opinion à cet égard, attendu que le ramollissement de la tumeur anévrismale n'a pas seulement augmenté après l'emploi de la galvano-puncture, mais, au contraire, a pris une marche rétrograde.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

SUR LA CONTAGION DU CHOLÉRA ET SUR L'EFFICACITÉ DES MESURES QUARANTENAIRES CONTRE SA PROPAGATION; par M. A.-N. GOUDAS.

Monsieur le rédacteur,

Aux arguments, très-nets et très-positifs, que vous avez insérés dans le dernier numéro de la GAZETTE MÉDICALE DE PARIS, sur les quarantaines, permettez-moi, mon cher confrère, d'ajouter un fait qui parle très-hautement en faveur de l'efficacité des mesures sanitaires, et surtout des quarantaines, contre le choléra.

Heureusement pour mon pays, la Grèce, cette maladie affreuse ne l'a envahi qu'une fois, en 1848, et c'est seulement dans la petite île de Schiathos que l'épidémie a paru, le 17 juillet. Elle a exercé ses ravages dans un très-court espace (58 jours), et a disparu le 14 septembre de la même année, sans se propager ni dans le continent de la Grèce, ni même dans l'île de Scopelos, qui est à peine distante de Schiathos.

Voici donc ce que j'ai pu observer, concurremment avec mes honorables confrères MM. les docteurs Belisarios et Vild, sur l'efficacité des quarantaines :

1° Tout le pays jouissait d'une santé parfaite avant l'arrivée d'un navire qui, dans son trajet d'Alalaodi à Schiathos, a communiqué (il y a au moins de fortes raisons pour le soupçonner) avec un autre navire venant de Constantinople et de Salonique, où régnait alors le choléra, et ayant perdu deux ou trois personnes dans sa route.

2° Les premières victimes de l'épidémie ont été les individus qui avaient communiqué immédiatement avec le premier cholérique; d'abord une femme, qui a succombé deux ou trois jours après son mari.

3° Tous ceux qui ont pu s'éloigner de la ville de Schiathos, dès le début de l'épidémie, en se retirant chacun à sa campagne et en se mettant d'eux-mêmes dans une espèce d'isolement plus ou moins complet, ont été incomparablement moins atteints par le fléau que ceux qui n'ont pu imiter l'exemple salutaire de leurs compatriotes; car, tandis que dans la ville, la mortalité était presque de 1 sur 100 habitants par jour, dans les campagnes, où presque la moitié de la population s'était retirée, on a compté à peine 8 à 10 cas de choléra pendant tout le temps de l'épidémie; et dans tous ces cas, on a pu soupçonner presque toujours et très-positivement qu'il y avait eu une communication médiate ou immédiate avec les infectés.

4° Tous ceux qui ont pu s'éloigner entièrement de la ville, en se renfermant dans les navires qui se trouvaient presque sous la même atmosphère que les maisons situées au bord de la mer, qui n'ont point été ravagées, ont pu échapper parfaitement au fléau, malgré un dérangement considérable de leurs fonctions digestives, qui régnait alors épidémiquement, non-seulement dans l'île de Schiathos, mais aussi dans tous les environs.

5° L'extirpation prompte et complète du fléau dans son foyer, sans s'être propagé ni dans le continent de la Grèce, ni dans les villes environnantes, ni même dans l'île de Scopelos, qui est tout près de Schiathos, a couronné d'un succès complet la sage conduite du gouvernement grec et surtout du conseil supérieur des médecins, qui, dès l'invasion de l'épidémie, a mis en quarantaine, non-seulement l'île de Schiatos, mais encore, en particulier, chacune des maisons infectées.

Quant à la gravité de l'épidémie, on n'a rien à en dire, car, dans une population de 2,350 âmes, on n'a observé, dans l'espace de cinquante-huit jours, que 56 décès incontestablement cholériques, et 8 décès par d'autres maladies, chroniques ou aiguës, à l'issue desquelles la complication du choléra a beaucoup contribué.

D'ailleurs les symptômes que j'ai observés chez les cholériques de Schiathos n'étaient ni moins graves ni moins caractéristiques que ceux que j'ai eu l'occasion d'observer l'année dernière dans les hôpitaux de Paris.

Agréez, etc.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

I. ARCHIV FUR PHYSIOLOGISCHE HEILKUNDE.

Publié par les docteurs ROSER et WUNDERLICK.

Les huit cahiers qui composent la huitième année (1849) de ce recueil comprennent les articles originaux suivants : 1° *Fragments pour servir à l'étude de la digestion;* par le docteur Bardelehen. (Premier article. — L'auteur décrit le procédé qu'il suit pour établir les fistules stomacales sur les chiens. Après avoir attiré hors de la plaie une portion de l'estomac, il fait passer à travers celle-ci un fil qu'il attache fortement à une petite baguette placée en travers de la plaie; il réunit ensuite les bords de la plaie par de fortes sutures, de manière à étrangler la portion de l'estomac qui

813 exposés	en	1831
739	—	1832
804	—	1833
763	—	1834
804	—	1835
804	—	1836
999	—	1837
846	—	1838
836	—	1839
922	—	1840

La statistique suivante, composée d'après les documents fournis par monsignor Morichini, permettra, à l'aide de moyennes portant sur dix ans, d'apprécier le sort qui attend les enfants exposés.

Mâles exposés dans une année	424
Filles id. id.	410
Enfants en nourrice pendant l'année	1,747
Nombre de filles figurant au Conservatoire	558
Nombre de garçons figurant dans l'établissement de Viterbe	9
Filles admises au Conservatoire pendant l'année	18
Total	3,168

Enfants rendus, pendant l'année, à leurs parents légitimes	74
Enfants concédés à des familles	66
Rentrés au Conservatoire, et à Viterbe	20
Morts en nourrice ou à la *Pia casa*	642
Décès des jeunes filles du Conservatoire	10
Mariages id. id.	7
Sorties, rendues à leurs parents	1
Restants dans l'établissement, à la *Pia casa*, au Conservatoire, etc.	2,352
Total	3,166

Ce serait une chose triste si, dans la ville des papes, les fruits des amours coupables trouvaient seuls un asile ouvert par la charité publique. Nous sommes loin d'être autorisé à articuler ce reproche. D'abord la *casa pia* recueille bon nombre d'enfants qui ne peuvent être conservés par leurs parents nécessiteux; en second lieu, il existe à Rome une foule d'hospices, crèches, asiles ou conservatoires pour les orphelins et pour les enfants pauvres. On en compte cinq, destinés à 910 garçons, et dix-sept contenant 1,294 places pour les filles. En ajoutant à ce nombre 40 sourds muets, les enfants trouvés, les vieillards, dont nous parlerons tout à l'heure, enfin les élèves des instituts agricoles et industriels, on arrive au chiffre énorme de près de 5,500 individus plus ou moins

fait hernie, puis il traverse cette dernière à l'aide d'une forte aiguille munie de deux fils dont l'un est noué par-devant et l'autre par derrière. — La seconde partie de ce premier article contient l'exposé de tentatives faites par l'auteur pour obturer l'œsophage, afin d'apprécier le rôle de la salive dans la digestion ; il n'y est parvenu qu'en établissant d'abord une fistule œsophagienne, puis en liant le bout inférieur de l'œsophage. L'occlusion était complète pendant quelques jours jusqu'à la chute de l'escarre.) 2° *Fragments pour servir au diagnostic physique ;* par le docteur Wintrich. (Études de diagnostic sur les lésions de la valvule mitrale et sur la valeur séméiotique des bruits du ventricule gauche.) 3° *Sur la détermination du siége des objets vus dans l'œil d'une manière entoptique ;* par le docteur Donders. (Listing a donné le nom de phénomènes entoptiques aux phénomènes visuels produits par des objets opaques ou réfractant irrégulièrement la lumière et qui se trouvent dans l'œil ou sur l'œil. Ces phénomènes sont, entre autres, les mouches volantes, ceux que produit l'humeur des larmes à la surface de la cornée, les taches perlées, les taches foncées, les taies, etc. M. Donders, après avoir analysé les méthodes proposées pour déterminer le siége de ces phénomènes, expose le procédé qui lui a le mieux réussi.) 4° *Sur les fossettes naviculaires du larynx, considérées comme lieux où s'arrêtent les corps étrangers ;* par Frédéric Betz. (Description anatomique de deux fossettes ou dépressions situées sur les côtés du larynx et formées par les cartilages du larynx, par l'arcade pharyngo-palatine et par un ligament qui se rend de l'épiglotte au voile du palais et que l'auteur appelle ligament épiglottico-palatin. L'auteur a donné à ces dépressions le nom de fossettes naviculaires ; il rapporte plusieurs faits relatifs à des corps étrangers qui ont séjourné assez longtemps dans ces fossettes, discute les procédés d'extraction proposés par Schatz et conseille de s'assurer d'abord, à l'aide d'une sonde courbe, de la situation et du volume du corps étranger, puis indique les précautions à prendre pour l'extraire à l'aide d'une pince recourbée dont il donne la figure.) 5° *Fragments pour servir à l'étude des maladies du foie chez le fœtus ;* par le docteur Friedleben. 6° *Recherches chimiques sur le ramollissement des os du crâne chez les enfants ;* par J. Schlossberger. (Abaissement du chiffre des matières terreuses de 63 p. 100 à 51-53 p. 100 dans les os amincis et à 40-43 ou même quelquefois à 28 p. 100 dans les os épaissis, spongieux et ramollis. Aucun changement dans la nature des matières organiques ni dans la quantité de graisse.) 7° *Rapport chirurgical sur les blessés entrés à l'hôpital du Saint-Esprit de Francfort pendant la journée du 18 septembre 1848 ;* par le docteur W. de Neufville. 8° *Affection particulière des vaisseaux lymphatiques ;* par le docteur Fetzer. 9° *Sur le goître enkysté ;* par le docteur Beck. (Description anatomique de l'hypertrophie du corps thyroïde.) 10° *Sur l'anatomie normale et l'anatomie pathologique des poumons ;* par le professeur O. Kostlin. (Études histologiques sur le poumon du fœtus et sur la continuation de l'état fœtal dans certaines parties du poumon.) 11° *Recherches expérimentales sur les nerfs du cœur ;* par le docteur M. Schiff. (L'auteur croit être arrivé à démontrer, par de longues recherches et de nombreuses expériences, que les mouvements du cœur sont déterminés par les centres nerveux et par certains nerfs qui en partent.) 12° *Sur l'os internasal, nouvel os découvert chez l'homme ;* par le professeur Mayer. 13° *De l'influence de la bile sur la formation de la graisse dans l'organisme animal ;* par le docteur J. Van den Broek. 14° *Remarques anatomo-pathologiques sur le neurôme ;* par le docteur Moleschott. (Le neurôme n'est pas une tumeur nerveuse ; le tissu qui le compose est de la graisse entremêlée de fibres de tissu connectif ; la tumeur est souvent en dehors du névrilème et le nerf qui la parcourt conserve sa structure normale ; enfin la douleur que causent ces sortes de tumeurs au moindre attouchement n'est pas un symptôme constant. Ainsi le neurôme ne se distingue par aucun caractère essentiel des tumeurs qui se développent ailleurs que sur le trajet des nerfs et auxquelles on a donné le nom de lipôme, stéatômes, tumeurs fibreuses, tumeurs enkystées.) 15° *Esquisse de l'état actuel de nos connaissances sur la fibrine provenant de coagulation tardive ;* par le professeur J. Schlossberger. (Dissertation sur la coagulation tardive de la fibrine et sur les causes qui peuvent la déterminer.) 16° *Sur l'état actuel et le rôle de la physiologie ;* par le docteur C. Vierordt. (Considérations générales sur les progrès récents de la physiologie, progrès qu'elle doit surtout à la méthode expérimentale ; appréciation des services que lui ont rendus et que sont encore appelées à lui rendre l'anatomie comparée, l'embryologie, la physique, la chimie et les sciences mathématiques.) 17° *De l'influence du nerf de la cinquième paire sur la vision ;* par le docteur Szokalski. 18° *Recherches sur l'action du soufre doré d'antimoine ;* par le docteur Bocker. 19° *Essai d'une nouvelle explication du choc du cœur ;* par le docteur L. Levié. (Explication théorique fondée sur le développement inégal des fibres musculaires dans les deux ventricules.) 20° *Sur la contagion du choléra ;* par le professeur Mulder. (L'auteur, qui était d'abord anticontagioniste, croit maintenant à la contagion du choléra ; mais son mode de transmission a quelque chose de particulier qui le fait différer des autres maladies contagieuses.) 21° *Fragments de chimie et d'histologie pathologiques ;* par le docteur Gorup-Besanez. 22° *Sur le cancer de l'estomac ;* par le docteur H. Lebert. 23° *Critique de la loi d'habitude ;* par le docteur Stuhlmann. (Considérations physiologiques sur les modifications apportées à l'excitabilité nerveuse par la répétition des mêmes influences.) 24° *Recherches comparatives sur quelques méthodes d'analyse du sang ;* par le docteur Fr. Hinterberger. (Examen critique et appréciation des méthodes employées jusqu'à ce jour pour l'analyse du sang.) 25° *Divers mémoires sur les accouchements ;* par le professeur Breit. 26° *Sténose des vaisseaux ombilicaux occasionnée par la torsion du cordon ombilical et constituant une cause non encore connue de la mort du fœtus.* (Quatre observations de mort du fœtus causée par la torsion du cordon. Ces observations sont accompagnées d'une planche lithographiée qui représente cette anomalie.) 27° *Guérison spontanée d'une fistule vésico-utérine.*

FRAGMENTS POUR SERVIR A L'ÉTUDE DES MALADIES DU FOIE CHEZ LE FŒTUS ;
par le docteur FRIEDLEBEN.

On sait très-peu de chose sur les altérations du foie pendant la vie fœtale, la plupart des observations n'indiquant pas d'une manière précise si la maladie a commencé pendant la vie intra-utérine. L'auteur relate dans son mémoire deux observations intéressantes par leur nouveauté et par le jour qu'elles peuvent jeter sur ce point d'anatomie pathologique.

ATROPHIE JAUNE DU FOIE CHEZ LE FŒTUS.

OBS. I. — Une femme délicate, sujette aux bronchites et affectée plusieurs fois de pleurésies circonscrites, accouche vers le milieu de sa cinquième grossesse ; depuis lors elle continue à tousser, et l'exploration de la poitrine fait soupçonner l'existence de tubercules au sommet des deux poumons ; le père de

---

complétement élevés, nourris, entretenus gratuitement par la charité publique (1).

Une courte description de quelques-uns de ces établissements suffira pour donner une idée assez exacte de l'institution dans son entier.

L'*Ospizio di S. Maria degli angeli*, fondé par Pie VII, entretient 450 garçons et 500 filles. On y recueille les enfants des familles pauvres, surtout les orphelins. Les garçons sont reçus de 7 à 12 ans et sortent toujours avant 20 ans, après avoir appris un métier ou même un art, et avoir reçu l'instruction élémentaire, qui consiste dans la lecture, l'écriture et l'arithmétique. Les filles qui ne se font pas religieuses, ou qui ne trouvent pas à se placer, restent dans l'établissement, qui se trouve conséquemment toujours avec un surplein de sujets du sexe féminin, tandis que les garçons ne l'encombrent jamais.

Le régime alimentaire est fixé comme il suit : avant 15 ans, 15 onces de pain par jour, 4 de viande, 3 de soupe, 5 de légumes, un tiers de faglietta de vin ; après 15 ans, 20 onces de pain, 6 de viande, 3 de soupe, 5 de légumes, un tiers de faglietta de vin. Les jours de fête, il y a un demi-faglietta de supplément. Ces aliments sont distribués en trois repas.

L'établissement n'a que 400 scudi de revenu, mais le trésor donne 12 baiocchi par jour pour les enfants au-dessus de 12 ans, et 10 et demi avant cet âge. Cet hospice dispose aussi de 608 scudi, provenant d'un impôt sur les abattoirs, *tassa di zampetti*, et se fait quelques milles scudi par les travaux de ses élèves. Les produits qui sortent de la maison sont surtout destinés aux fournitures militaires.

L'*ospizio apostolico di S. Michele* est le plus vaste établissement de ce genre. Il a été fondé par un Odescalchi. Il est divisé en quatre grandes classes : vieillards, vieilles femmes, enfants mâles, filles.

Les vieillards, au nombre de 120, entretenus gratuitement, et de 20 pensionnaires, doivent être Romains et domiciliés dans la ville depuis plus de cinq ans. On n'admet pas ceux qui sont atteints de maladies incurables ou contagieuses. Un médecin visite à cet effet les individus qui se présentent. Ces vieillards sont partagés en deux catégories : les uns, aptes encore à quelques travaux, sont utilisés pour les besoins de l'établissement ; les autres, infirmes, occupent un dortoir particulier et ne sont pas tenus de travailler. Deux prêtres pauvres, qui partagent les bienfaits de la commune hospitalité, remplissent leur ministère dans la maison.

Le régime est ainsi déterminé, par jour : 18 onces de pain, 4 de viande, et deux fois la semaine, légumes, soupe, et une faglietta de vin ; au deuxième repas, un plat et salade.

Dans cet établissement comme dans presque tous les autres en général, on porte un costume uniforme.

Les femmes sont au nombre de 120, dont 30, plus jeunes que les 90 autres, sont employées au service.

Les orphelins figurent pour 200 dans la population de l'hospice ; 100 autres garçons peuvent être admis moyennant 4 écus et demi par mois. On leur ap-

(1) Voilà ce qui devrait ou pourrait être ; mais nous ne garantissons pas que cela soit tout à fait ainsi.

son mari est mort de cancer au foie et à l'estomac. — Fœtus long de 5 ponces et demi; foie petit, mou, jaune brun en dehors et à l'intérieur. Les incisions qn'on y pratique montrent sur ce fond jaune brun des stries jaunes plus claires et des dessins qui apparaissent souvent comme des granulations plates; la substance du foie est extrêmement friable. Rien de particulier au cordon ni dans les autres viscères abdominaux.

CYRRHOSE DU FOIE CHEZ LE FOETUS.

Obs. II. — Une femme grêle et pen robuste, qui en était à sa troisième grossesse, acconche, vers le milieu du neuvième mois, d'un fœtus mort et déjà en putréfaction. Son second enfant était aussi venu mort au monde, à peu prés à la même époque de la grossesse; le premier enfant vit et est bien portant; le mari est d'une bonne constitution. Cette femme dit avoir senti les mouvements réguliers du fœtus jusque quioze jours avant l'accouchement. Depuis le milieu de la grossesse, elle s'est toujours trouvée mal à son aise et a particulièrement souffert d'oppressions et de dyspnée. Environ quinze jonrs avant l'accouchement, les mouvements, au dire de la mère, ont été tont à coup très-violents, puis ont subitement cessé. Il surviut, pendant les couches, de violentes hémoptysies.

L'autopsie fut faite cinq beures et demie aprés l'accouchement. Le fœtus, dont l'épiderme se détachait par lambeaux, était bien nourri. Ossification peu avancée; thorax u'offrant rien d'anormal; abdomen contenant environ 30 gram. d'une sérosité sanguinolente; le revêtement séreux du diaphragme, du foie, de la rate et de la plus grande partie des intestins est convert de fausses membranes jaunes et molles; cordon ombilical gros; veine ombilicale contenant plusieurs caillots mous; foie flasque, rapetissé dans toutes ses dimensions, particulièrement en épaissenr. Tout son tissn est parcouru par une innombrable quantité de stries jaunâtres, solides et comme fibreuses, formant des circonvolutions et des figures diverses. Le tissn compris entre ces stries est brun foncé, exsangne, sans granulatious; ce tissn est dnr, presqne comme du cuir, et ne permet pas au doigt d'y laisser d'impression. Rate diffluente, d'un volume considérable; reins lobés, ramollis; estomac contenant une petite quantité de mucus rougeâtre très-acide; muqueuse stomacale et intestinale sans altération.

Dans cette observation, la péritonite a été la cause de la mort, mais l'affection du foie était évidemment chronique. Cette altération a déjà été mentionnée par d'antres observateurs, mais sans qu'ils l'aient caractérisée spécialement. On comprend l'importance qu'il y a à étudier avec le plus grand soin la pathologie du fœtus et l'influence que les maladies dont il est affecté peuvent avoir sur la santé de la mère; car ce n'est que lorsqu'on connaîtra bien la nature des lésions, la marche de ces altérations, les symptômes qu'elles déterminent chez la mère, que l'on pourra aborder, avec quelque chance de succès, la question thérapeutique.

RELATION D'UN CAS D'AFFECTION PARTICULIÈRE DES VAISSEAUX LYMPHATIQUES; par le docteur FETZER.

Le nombre des cas où il a été possible de recueillir de la lymphe sur l'homme vivant est très-restreint; Nasse, dans son article *Lymphe* du dictionnaire de Wagner, n'en compte que quatre chez lesquels la cause de la lymphorrhée était traumatique.

Le cas suivant est intéressant en ce qu'il offre un exemple de maladie spontanée d'un ou de plusieurs vaisseaux lymphatiques accompagnés d'un écoulement de la lymphe.

Obs. I. — Une fille de 16 ans, non encore menstruée, mais portant une double bernie, remarqua ponr la première fois, pendant l'été de 1847, que son ventre était couvert de petites élévations en forme de tubercules; cependant elle n'y prit pas garde, et ce ne fut qu'en janvier 1848 qu'elle les montra au docteur Fetzer. Dne bande brunâtre, de la largeur de trois doigts, s'étendait de l'ombilic vers la gauche et se portait en arrière vers la colonne vertébrale, en devenant plus pâle et plus étroite. Sur cette bande brune, on voyait, à un pouce au-dessous de l'ombilic et à deux lignes en dehors de la ligne blanche, environ dix-buit éminences mamelonoées, de la grosseur du mamelon de l'homme, indolentes, flasques, dépressibles, mais qui reprenaient leur volume primitif dès qu'on cessait de les comprimer. De temps à antre, pendant le mois de juillet, la malade ressentit quelques donleurs lancinautes le long de la bande brune.

Le 31 juillet, à la suite d'une promenade, il s'écoula de cette région, au dire de la malade et de sa mère, eoviron 250 grammes d'un liquide laiteux.

L'écoulement reparut trois jours plus tard, et continua sans interruption jusqu'au 6 août.

On voyait suinter des deux plns grosses émiuences un liquide laiteux, alcalin, en quantité considérable. Ce liquide reeueilli se séparait, d'abord an bont de treute minutes, plus tard au bout de qniuze, dix et même quatre minntes, en un sérum laiteux, trouble, qui devenait clair par l'éther, et eu un coagulum transparent, assez gros, qui rougissait visiblement à l'air.

L'auteur ayant agrandi l'une des ouvertures avec des ciseaux, pnt introduire une sonde dans le vaisseau; le liquide s'écoula dès lors par torrent. On cautérisa avec le nitrate d'argent pour arrêter ce flux qui affaiblissait beaucoup la malade.

Depuis, il n'y a plus eu d'écoulement, mais le nombre des nodosités s'est multiplié au point que toute la bande brune de la pean dont il a été qnestion plus haut, en est parsemée.

L'analyse microscopique a montré un grand nombre de vésicules graisseuses, des globnles lymphatiques normaux et d'autres globules lisses, discoides, jaunes, qui paraissent être des globules sangnins en voie de formation.

L'analyse chimique a été faite par le professeur Schlossberger. Sur 1,000 parties, on a tronvé :

Eau.	930,68
Matière albumineuse	47,26
Graisse.	0,29
Matières extractives.	8,30
Sels.	9,54

La quantité de fibrine n'a pn être évaluée exactement, parce que le filtre sur lequel on avait placé le coagnlum fnt perdu après la première dessiccation; M. Schlossberger estime cette quantité à 4 snr 1,000.

SUR UN NOUVEL OS, L'OS INTERNASAL, DÉCOUVERT DANS L'HOMME; par le professeur MAYER.

Les deux petits os dont il est question sont situés dans l'espace triangulaire que laissent en avant les deux os du nez. Ils sont, relativement à ces derniers, les analogues des intermaxillaires relativement aux os de la mâchoire supérieure.

Le célèbre professeur de Bonn décrit séparément les divers cas dans lesquels il a constaté l'existence de ces petits os.

Le premier cas concerne le crâne d'un homme de 40 ans; la longueur des os internasaux était d'environ 8 millimètres; ils étaient nettement distincts et séparés des os nasaux, et ceux-ci avaient leurs hords antérieurs dans une parfaite intégrité. D'un autre côté, ils u'ont aucun rapport avec les os du uez, mais hien avec le hord antérieur de la lame perpendiculaire de l'ethmoïde.

L'existence de ces os n'est pas facile à constater sur tous les crânes, ce

---

prend à lire, écrire, compter; on leur enseigne ensuite un métier, ou même un art, comme la peinture ou la sculpture. Ceux qui embrassent cette carrière suivent les classes du Capitole.

Le conservatoire des filles contient 240 places, presqne toutes données gratuitement. On leur apprend ce qui est nécessaire pour qn'elles puissent se rendre utiles plus tard; mais beanconp ne sortent que pour se faire religieuses.

Saint-Michel a le privilége de fournir de drap la tronpe et le palais pontifical. Ses travaux, bien organises, lui sont d'nn certain rapport. On y fait des tapis qui imitent de loin nos Gobelins. Ses revenus et la somme donuée annuellement par l'État montent à 50,000 scudi.

Nons avons parlé de la colonie de Monte-Romano, institut agricole sur lequel on dirigeait autrefois les enfants trouvés, pour leur apprendre les travaux de la campagne. Il est fâcheux qu'on n'ait pas persévéré dans cette institution, si florissante lors de l'occupation française, et qu'on n'ait pas donué d'extension à cette heureuse idée d'employer les bras à la mise en culture de quelques points du désert romain.

Il existe aujourd'bui, sons le nom de *Pio istituto agrario di S. Maria della misericordia*, une institution datant de 1841, qui a pour but de façonner aux travaux agricoles et à la dure vie du campagnard, 156 à 200 pauvres jeunes gens. Les terrains qn'ils exploitent s'étendent non loin de la *Porta-Salara*. On apprend en outre aux élèves à lire, écrire et calculer.

Il nous a semblé que, dans le bnt d'habituer ces jeunes gens au régime qu'ils subiront plns tard, quand ils deviendront campagnards, on les prive beanconp trop de viande. Ils sont, du reste, entourés des soins hygiéniques nécessaires dans la plaine assez peu salubre sur laquelle ils promènent la charrue et la houe. Le matin, ils ne sorteot pas à jeun; ils ne boivent pas d'eau pure; il leur est enjoint de ne pas se découvrir quand ils ont chaud; enfin, défense expresse leur est faite de dormir les fenêtres onvertes.

On a calcnlé que 6,000 scudi suffisent annuellement pour l'entretien de 150 élèves.

Eo parlant des enfants trouvés, nous nons sommes étendu sur l'encombrement qui survient dans le conservatoire des filles, les sorties restant toujours à un chiffre bien moins élevé que les entrées. Le même grave inconvéoient existe pour les dix-sept maisons donnant asile à 1,294 jeunes filles.

La munificeuce du pays et la générosité des riches familles ont institué, pour remédier à ces maux, un système de dotations organisé de la façon la plus large. Douze cents jeunes filles sont dotées à Rome, chaque année. La somme qu'elles reçoivent varie selon les institutions sous le régime desquelles elles ont été élevées; mais la dépense annuelle totale etaut de 39,700 scudi, on pourrait estimer chaque dot à 33 scudi. *L'archiconfraternità della santissima annunziata* donne en effet à chaque jeune fille une somme qui va en moyenne à 30 scudi; mais les divers *conservatorii per le fanciulle*, le conservatoire des bâtardes de Saint-Esprit, dépassent de beaucoup cette somme, grâce aux bénéfices que la jeune fille a pu réaliser par son travail, et aux dons de ses camarades qui, devenues trop vieilles pour songer au mariage, consacrent leurs économies au bonheur de leurs jeunes compagnes. C'est de cette manière que

qui s'explique parce que la préparation les fait tomber facilement; c'est ce qui engage M. Mayer à décrire encore d'autres pièces dans lesquelles les os internasaux existaient et ne différaient que très-peu, pour la forme et les dimensions de ceux dont il est fait mention dans le premier cas.

L'auteur estime que sur 100 crânes, on ne les rencontre que deux ou trois fois. Ils paraissent se souder ordinairement l'un à l'autre vers l'âge de 40 ans. Il les a déjà trouvés dans le crâne d'un nouveau-né, à l'extrémité du cartilage de la lame perpendiculaire.

Les os internasaux existent dans beaucoup de mammifères; ainsi on les rencontre dans le boutoir des espèces du genre sanglier, dans le nez du hérisson, etc.

DE L'INFLUENCE DE LA BILE SUR LA FORMATION DE LA GRAISSE, DANS L'ORGANISME ANIMAL; par le docteur VAN DEN BROEK.

Meckel, dans une dissertation publiée en 1845, croyait avoir démontré que la bile a la propriété de changer le sucre de raisin en graisse; mais on s'assura que la substance obtenue par Meckel, en faisant digérer du sucre de raisin dans de la bile à la température du corps humain, n'était pas de la graisse.

L'auteur a entrepris un certain nombre d'expériences qui l'ont conduit aux résultats suivants :

1° Les recherches chimiques, pas plus que les observations microscopiques, ne fournissent aucune preuve que la bile fraîche change le sucre de raisin en graisse.

2° La formation d'acide lactique provenant du sucre de raisin digéré dans de la bile fraîche n'est l'objet d'aucun doute. Cet acide lactique sépare les acides gras et les acides de la bile de leurs combinaisons; et comme ces derniers se dissolvent également bien dans l'éther absolu et dans l'éther qui contient de l'eau, ils augmentent la quantité de l'extrait éthéré. La biline aussi est séparée par l'éther qui contient de l'eau, très-peu par l'éther absolu.

3° Pendant la digestion de la bile fraîche, sans sucre ou avec sucre de raisin, il se développe de l'acide carbonique en quantité variable dans les deux cas. Le premier cas prouve qu'il existe dans la bile de l'acide carbonique libre ou des carbonates doubles; la plus grande partie d'acide carbonique qui se développe sous l'influence du sucre de raisin, s'explique par le changement du sucre en acide lactique, changement qui s'accompagne de dégagement d'acide carbonique, et par la décomposition des carbonates de la bile par l'acide lactique.

DE L'INFLUENCE DU NERF DE LA CINQUIÈME PAIRE SUR LA VISION; par le docteur SZOKALSKI.

On s'accorde à regarder la première branche de la cinquième paire comme exclusivement sensible; il est donc intéressant de rechercher quelle peut être la cause de la distribution de ce nerf dans les muscles de l'œil, conjointement avec les nerfs moteurs. Or on sait que presque tous les muscles contiennent des nerfs sensibles et des nerfs moteurs; les nerfs sensibles ne seraient-ils pas destinés à nous donner la conscience des mouvements? S'il en était ainsi, le nerf en question aurait pour usage de nous donner la conscience des changements externes et internes de l'œil en tant qu'ils dépendent des mouvements musculaires.

Telle est la thèse développée par l'auteur dans son travail, dont voici les conclusions :

1° La cinquième paire est destinée, pour la portion qui pénètre dans l'œil, à nous donner la conscience des mouvements de l'organe visuel et à nous faire apprécier l'étendue et la direction de ses mouvements.

2° Ce jugement nous permet de nous faire une idée exacte de la grandeur des objets, de leur position, de leur éloignement, etc.

3° Le pouvoir visuel ne s'exerce pas seulement par la rétine, comme on l'admet généralement, mais il repose sur une action combinée de cette membrane et de la cinquième paire.

4° Cette manière d'apprécier la vision nous explique certains points d'ophthalmo-pathologie restés obscurs jusqu'ici.

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 12 AOUT.

QUELQUES POINTS DE LA PHYSIOLOGIE DU CŒUR.

M. FATON, interne des hôpitaux de Paris, envoie un travail intitulé : ÉTUDES SUR QUELQUES POINTS DE LA PHYSIOLOGIE DU CŒUR DE L'HOMME.

L'auteur résume son mémoire en ces termes :

Pensant que l'observation du cœur retiré de la poitrine, si souvent faite jusqu'ici, était insuffisante pour dissiper les doutes qui résultent de la diversité des opinions émises par les physiologistes sur quelques points de la théorie des mouvements et des bruits du cœur, j'ai cherché d'autres moyens d'étude qui m'ont conduit à des conclusions dont voici le résumé.

Le volume total du système vasculaire de la poitrine n'est pas sensiblement changé par le jeu des différentes parties du cœur pendant que cet organe exécute un battement complet : le cœur lui-même pris en masse change peu de volume et de situation par la contraction de ses différentes parties.

Les changements de capacité des oreillettes et des ventricules résultent principalement du déplacement de la cloison auriculo-ventriculaire qui subit, par le fait des mouvements propres du cœur, des déplacements continuels plus étendus que ceux que subit toute autre paroi du cœur; la dilatation des cavités du cœur résulte principalement de l'antagonisme des fibres musculaires qui s'insèrent de chaque côté de cette cloison, de la tendance des poumons au resserrement et de l'afflux du sang à l'intérieur des cavités du cœur.

La forme de la partie ventriculaire du cœur est nécessaire : de cette forme résulte que la base des ventricules seule se déplace pendant leur systole, tandis que les autres parois diminuent d'étendue, sans que leur surface antérieure subisse et fasse subir aux organes contigus de déplacement notable.

Le cœur aspire le sang veineux et contribue ainsi directement à son mouvement et indirectement à celui de la lymphe; cette aspiration est en partie la cause de l'absorption qu'exercent les veines et les lymphatiques.

L'impulsion précordiale de la pointe du cœur est due en grande partie à la *poussée* qui s'exerce sur la paroi opposée aux orifices d'écoulement au moment de la contraction des ventricules.

Le premier bruit normal du cœur est dû en partie à la tension brusque des cordages tendineux qui s'insèrent aux valvules auriculo-ventriculaires.

Le cœur et les vaisseaux de la poitrine augmentent un peu de volume pendant l'inspiration et diminuent pendant l'expiration; les mouvements respiratoires contribuent à produire la circulation du sang, et leur grande énergie aug-

---

les dots dépassent souvent 100 scudi, et vont même jusqu'à six fois cette somme.

Ces dots, comme nous l'avons déjà dit, sont loin d'être données toutes aux orphelines qui se marient; la somme exigée pour première mise, des jeunes filles qui se font religieuses, en absorbe une grande partie.

C'est ici le lieu de nous expliquer sur une proposition émise au commencement de cette LETTRE : le travail n'intervient, dans l'œuvre de bienfaisance publique à Rome, que sur un point fort restreint, de sorte que les fruits en sont incomplets.

En effet, on a introduit ce travail dans les asiles, dans les hospices; et il en est résulté une amélioration morale pour les individus, des bénéfices matériels pour ceux-ci, pour l'établissement et pour le trésor, avantage dont on devine trop aisément le mécanisme et les détails pour qu'il soit nécessaire d'insister sur ce chapitre.

Mais le travail, en apparaissant dans les communautés, n'a pris droit de domicile que sur un terrain bien circonscrit; la masse libre, le peuple, est restée sous le poids de l'inactivité, et a même subi des pertes par suite de la concurrence des maisons de charité livrant à bas prix le résultat de ses travaux. En France, quelques voix se sont élevées, surtout dans ces derniers temps, en faveur des ouvrières des villes, privées quelquefois de travail par le bon marché des confections sorties des maisons de correction et des communautés. En Italie, où d'une part ces institutions sont proportionnellement plus nombreuses, où, d'autre part, moins de travaux s'exécutent au dehors, la gent laborieuse a souffert un bien plus grand dommage.

Le gouvernement n'ayant pas su, par des efforts intelligents et au moyen de sacrifices bien entendus, fournir à la masse les éléments sur lesquels son activité stimulée pût employer ses forces, et une partie de ces éléments ayant même été exploités à son détriment par les maisons de refuge ou de bienfaisance, il en est fatalement résulté les conséquences qui suivent. Les individus que le gouvernement prend sous sa garde sont condamnés, le plus souvent, à naître, vivre et mourir sous le toit de la communauté, la vie libre et individuelle ne pouvant leur fournir assez de travail pour leur permettre de pourvoir à leur subsistance. Aussi les portes qui s'ouvrent sur le monde sont-elles d'étroites filières, tandis que, des bureaux de bienfaisance aux couvents, les communications sont larges et fréquentes. D'après les statistiques de monsignor Morichini, on compte à Rome, sur une population de 154,632 âmes, 6,000 ecclésiastiques, religieux et religieuses. Cette forte proportion viendrait-elle de l'instinct religieux des masses? Sa cause n'est pas là, nous l'avons dit.

Nous croyons que la source du mal ne saurait être méconnue : défaut d'activité des populations, absence de commerce, d'industrie, d'agriculture, d'émulation. Mais tout fait espérer que le libéralisme du pontife actuel et l'influence française sauront imprimer au peuple la tendance au bien être, à la possession, à la liberté individuelle, et le besoin de l'activité, du travail, de la production, ces éléments sur lesquels une sage liberté doit exercer et dépenser ses forces.

FÉLIX JACQUOT.

mente notablement la vitesse de la circulation et la force d'aspiration du cœur; la vitesse de la circulation n'est pas en rapport avec la fréquence du pouls.

Le sang veineux, quand le cœur est exempt de toute lésion, continue à affluer dans le cœur pendant la contraction des oreillettes; l'expiration ne produit pas de reflux, de cours rétrograde du sang veineux.

FISTULES VÉSICO-UTÉRINES.

M. JOBERT (de Lamballe) présente un mémoire sur les fistules vésico-utérides et utéro-vésico-vaginales.

Ce point théorique et pratique de la science, dit l'auteur, réclamait une étude approfondie de ces sortes de lésions. La symptomatologie, l'étiologie et le traitement de ces fistules n'avaient pas été ébauchés. C'est pour combler cette lacune que j'ai entrepris une série de recherches dont j'ai cru devoir entretenir l'Académie. Jusqu'ici je ne m'étais occupé sérieusement que des fistules vésico-vaginales proprement dites.

Les fistules qui font le sujet de ce mémoire ne m'avaient guère paru accessibles dans le principe au chirurgien. D'ailleurs les dispositions anatomiques et la physiologie de la région m'avaient fait penser à leur incurabilité. Je dirai dans le mémoire comment je m'étais trompé. L'expérimentation a heureusement bien changé mes idées, et la réflexion m'a bientôt fait voir qu'elles n'étaient pas plus incurables que les fistules vésico-vaginales.

PRÉSENCE DE L'URÉE DANS LE LIQUIDE AMNIOTIQUE.

M. BALARD présente, au nom de M. Regnauld, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, une note sur le liquide amniotique de la femme. La difficulté que l'on éprouve à se procurer chez la femme le liquide amniotique à l'état de pureté, la très-faible quantité de principes solides qu'il contient (environ 0,012 du poids total) expliquent assez le désaccord des observations sur sa véritable composition et autorisent les doutes des physiologistes sur ses rapports avec les sécrétions du fœtus.

Ayant pu recueillir des quantités assez considérables de liquide amniotique parfaitement pur, extrait avant la rupture des membranes de l'œuf, au moyen d'une sonde convenable, M. Regnauld a procédé à son analyse qualitative. Il se borne dans cette note à indiquer le procédé qui lui a permis d'en isoler l'urée pure et cristalline; il s'occupera prochainement d'en déterminer avec précision les autres principes immédiats.

CHOLÉRA.

M. VELPEAU présente un mémoire du docteur Pellarin tendant à prouver la contagion du choléra. Il cite parmi les faits que renferme ce travail l'importation de la maladie au Faou et à l'Ile de Sein (Finistère) par des personnes venues de Brest où régnait l'épidémie. Ces faits, ajoute M. Velpeau, ainsi qu'une foule d'autres qui sont rapportés dans le mémoire de M. Pellarin, me semblent mériter d'être pris en sérieuse considération.

L'auteur cite des exemples nombreux du développement du choléra dans les hôpitaux à la suite de l'admission de cholériques du dehors. D'autres établissements hospitaliers ont été, au contraire, épargnés, suivant lui, parce qu'il n'y était point entré de sujets atteints du choléra. Tel a été à Rennes l'hôpital général ou hospice de la vieillesse et de l'enfance. De même à Blois, l'hôpital général, situé sur le quai de la rive gauche de la Loire, au milieu même du quartier (faubourg de Vienne), dans lequel le choléra fit son apparition et se maintint presque exclusivement, l'hôpital général où il ne fut point reçu de cholériques du dehors, n'offrit aucun cas pendant la durée de l'épidémie. Dans l'Hôtel-Dieu de la même ville, au contraire, à peine eut-il pénétré un cholérique venu de Villexanton, village où la maladie avait été importée par un homme arrivant de Paris, qu'une foule de cas éclatèrent tant parmi les malades que parmi les personnes attachées à l'établissement. L'aumônier, deux sœurs, plusieurs des infirmiers et surtout des infirmières périrent. L'interne lui-même, M. Egasse, faillit succomber à une violente attaque du fléau. Enfin un aliéné, ayant été évacué de l'Hôtel-Dieu sur l'asile des aliénés qui est hors de la ville, fut pris du choléra les jours suivants, et 30 cas succédèrent à ce premier. La moitié des cholériques de l'asile succombèrent. Ces derniers faits sont consignés dans un rapport de M. le docteur Dufay, médecin des épidémies à Blois, et de M. le docteur Ferrand (de Mer).

Sur la demande de M. Velpeau, le mémoire de M. Pellarin est renvoyé à la section de médecine et de chirurgie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 13 AOUT. — PRÉSIDENCE DE M. BRICHETEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend :

1° Une lettre du ministre de l'instruction publique transmettant l'ampliation du décret du président de la République qui approuve la nomination de M. H. Larrey.

M. H. Larrey est invité à prendre place parmi ses collègues.

2° Une lettre du ministre de l'intérieur qui demande communication du procès-verbal de la séance dans laquelle M. Baudelocque a présenté un jeune sourd-muet qu'il dit être parvenu à guérir de sa surdi-mutité.

3° Le ministre de la guerre transmet huit cahiers contenant des observations statistiques sur le résultat des vaccinations faites par M. le docteur Duponchelle, chirurgien sous-aide, dans les diverses tribus arabes dépendant de la subdivision d'Oran.

CHOLÉRA.

M. BROCHARD, médecin à Nogent-le-Rotrou, envoie la relation médicale de l'épidémie de choléra qui a régné pendant l'année 1849 à Nogent-le-Rotrou (Eure-et-Loir), avec un plan de la ville, et suivie de considérations sur la nature contagieuse de cette maladie.

L'auteur pense que les faits qu'il relate dans ce travail pourront servir à la solution de la question du mode de propagation du choléra. Il résume son mémoire dans les conclusions suivantes :

1° Le choléra est une maladie épidémique et contagieuse.

2° Le choléra et la cholérine sont deux affections identiques par leur nature. Un individu atteint de choléra peut transmettre la cholérine, et réciproquement un individu atteint de cholérine peut transmettre le choléra. (Comm du choléra.)

M. CALVY, médecin en chef des hospices civils de Toulon, transmet la copie d'un mémoire qu'il vient d'adresser à l'autorité sur l'épidémie de choléra dont Beausset (Var) a été atteint en 1849. (Même comm.)

M. CLOQUET dépose sur le bureau un mémoire de M. Martinenq, de la Seyne, près de Toulon (Var); sur le choléra de 1843 à la Seyne (Var); pour faire suite à son opuscule sur le choléra de Toulon en 1835. (Même comm.)

EAUX MINÉRALES DE BAGNÈRES-DE-LUCHON.

M. SOUBEIRAN lit, en son nom et au nom de MM. Orfila et Patissier, un rapport sur un travail de M. le professeur Filhol (de Toulouse), intitulé : RECHERCHES SUR LES EAUX MINÉRALES DE BAGNÈRES-DE-LUCHON.

Dans ce mémoire, M. Filhol n'a fait que rappeler le phénomène de blanchiment des eaux sulfureuses. Il se propose de reprendre ce sujet dans un nouveau travail qui contiendra en outre l'analyse quantitative des sources de Bagnères-de-Luchon.

M. le rapporteur, après avoir fait l'éloge de la manière dont M. Filhol a fait ses recherches, propose au nom de la commission de le remercier de sa communication, de l'engager à adresser à l'Académie la seconde partie de son mémoire; de renvoyer ce premier mémoire au comité de publication pour être imprimé dans les travaux de l'Académie; enfin d'inscrire le nom de l'auteur sur la liste des candidats au titre de correspondant. (Adopté.)

CAS GRAVE ET COMPLIQUÉ DE MALADIE DE L'APPAREIL URINAIRE.

M. CIVIALE lit, en son nom et celui de MM. Amussat et Bégin, un rapport sur une observation de cystite chronique, adressée à l'Académie par M. Mordret, chirurgien sous-aide attaché à l'hôpital de l'île d'Oléron.

Il s'agit d'un homme de 38 ans, qui éprouvait depuis son enfance des besoins d'uriner et de la difficulté à les satisfaire. Une rétention d'urine complète et d'autres accidents graves étant survenus qui nécessitèrent la ponction de la vessie, ce malade mourut. A l'autopsie, on trouva une vessie multiloculaire et hypertrophiée; cet organe était en outre le siége de désordres inflammatoires considérables dans ses diverses parties.

Les considérations et les rapprochements auxquels M. le rapporteur se livre à l'occasion de l'observation en question, tendent à prouver, suivant lui, que le fait dont M. Mordret a transmis les détails rentre tout naturellement dans le cadre de ceux que la science possédait; mais il offre, ajoute-t-il, des particularités qui méritent de fixer l'attention. M. le rapporteur propose en conséquence d'adresser des remercîments à l'auteur et de déposer son mémoire dans les archives.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

OPÉRATION DE TAILLE QUADRILATÉRALE.

M. JOBERT (de Lamballe) lit un rapport sur deux observations qui ont été adressées à l'Académie par M. le docteur Cazenave (de Bordeaux).

La première a trait à une opération de taille bilatérale pratiquée chez un individu porteur d'une vessie presque entièrement murée de calculs, les uns enchatonnés, les autres adhérents, par suite d'espèces de végétations parties de la muqueuse et qui pénétraient dans les anfractuosités correspondantes du calcul; le col vésical lui-même était obstrué par deux calculs placés et fixés à son orifice. La lithotritie étant impossible dans ces conditions, M. Cazenave pratiqua la taille, et ne put parvenir à délivrer le malade des corps étrangers qui encombraient sa vessie qu'en dilatant l'ouverture vésicale au moyen d'incisions multiples, c'est-à-dire en suivant en tous points le procédé auquel M. Vidal (de Cassis) a donné le nom de taille quadrilatérale.

La deuxième observation se rapporte à une jeune fille de 22 ans, qui était atteinte d'un écoulement vaginal sanieux et sanguinolent. L'exploration ayant fait constater une saillie énorme de la lèvre postérieure du col, M. Cazenave abaissant l'utérus à l'aide de pinces de Museux, pratiqua la résection de cette excroissance. Le chirurgien n'a pu d'ailleurs reconnaître ni le siége réel ni la nature de la tumeur qu'il a extirpée.

M. le rapporteur propose d'adresser des remercîments à l'auteur, de déposer la dernière observation dans les archives et de renvoyer la première au comité de publication. (Adopté.)

PRÉPARATIONS DES PILULES D'IODURE DE FER.

M. LECANU lit en son nom et celui de MM. Gibert et Guibourt, un rapport sur les mémoires de MM. Gille et Blancard, concernant les préparations des pilules d'iodure de fer.

Le but que se sont proposé les auteurs de ces deux mémoires, est d'obtenir des pilules d'iodure de fer inaltérables à l'action de l'air et de l'humidité, sans odeur, ni saveur de fer et d'iode, et susceptibles de se conserver indéfiniment.

Le procédé à l'aide duquel M. Blancard a rempli ce but et la manière dont il l'a atteint lui ont fait donner la préférence sur celui de M. Gille par la commission.

Voici en peu de mots la manière d'agir de M. Blancard :

Dans la première partie de l'opération qui est consacrée à la formation de la masse pilulaire, il suit à peu près le procédé décrit par M. Dupasquier, mais il ne tarde pas à s'en éloigner en roulant celle-ci, ainsi que les pilules qui en résultent, dans de la poudre de fer, pour empêcher leur altération pendant les manipulations. Pour être plus certain de l'effet préservatif du fer, dont certaines parties peuvent se détacher ou se peroxyder sous l'influence de l'air humide, M. Blancard a eu l'idée d'enduire ces pilules d'une sorte de vernis fait avec une dissolution éthérée de baume de Tolu privé d'acide benzoïque par une digestion préalable dans l'eau.

Ce nouveau procédé d'envelopper les pilules, aussi simple que rapide, est basé sur la grande volatilité de l'éther et la non-solubilité dans ce véhicule de la substance qu'on veut protéger.

Ainsi préparées, les pilules d'iodure ferreux sont d'un gris noir de fer, brillantes, d'une odeur et d'un aspect qui n'inspirent aucune répugnance aux malades. Roulées pendant dix minutes dans la bouche, elles ne décèlent en aucune manière la présence d'un sel de fer.

Elles ne laissent jamais dégager de l'iode. Depuis plus de six mois, la commission de l'Académie en possède plusieurs centaines renfermées dans un flacon; le cachet d'argent qui est fixé à la partie inférieure du bouchon, et qui sert de réactif permanent, n'a pas changé de couleur.

Chaque pilule est formée, entre autres principes, de 0,05 d'iodure ferreux, et de 0,1 de fer porphyrisé fixé à la surface, le tout recouvert d'une couche de baume de Tolu, qui pèse environ 3 milligrammes si elle est simple, et 5 à 6 milligrammes si elle est double. Or l'iodure ferreux étant formé sur 100 parties de 82,30 d'iode, et de 17,70 de fer, chaque pilule contient à peine 0,01 de fer à l'état de combinaison. Connaissant les propriétés de l'iodure et du fer pris isolément, on comprend qu'une fois introduit dans les voies digestives, le petit excès de fer libre qui existe à la surface des pilules concourt aussi à augmenter leur efficacité.

M. le rapporteur se résume en ce termes :

Nous reconnaissons que dans les dragées préparées par M. Cille l'iodure semble devoir être parfaitement défendu de l'action oxygénante de l'air; mais nous pensons que le procédé suivi pour leur préparation n'offre rien de nouveau soit en ce qui concerne le choix des matières additionnelles; capables d'abriter le médicament de l'action de l'air, soit en ce qui concerne leur mode d'appropriation.

Au contraire, nous considérons le procédé de M. Blancard comme remplissant parfaitement son objet, à savoir : la conservation du proto-iodure de fer, dans les pilules, à l'aide de manipulations particulières;

En conséquence, la commission propose à l'Académie d'accorder son approbation au procédé de conservation des pilules de proto-iodure de fer imaginé par M. Blanchard. Elle demande en outre la publication dans le Bulletin de l'Académie du mémoire de ce praticien, en raison tant des détails très-précis de manipulation dans lesquels il est entré que de l'indication des moyens plus ou moins nouveaux qu'il a mis en usage pour constater certaines altérations de l'iodure ferreux.

M. Dubois (d'Amiens) demande à M. le rapporteur s'il pense que, conformément aux dispositions du nouveau décret relatif aux formules nouvelles, la formule en question devra être insérée à titre officiel dans le Bulletin.

M. Lecanu: Il ne s'agit pas d'un remède, ni d'une formule nouvelle, mais seulement d'un procédé de conservation. Je ne pense pas que le décret soit applicable.

M. Bouchardat : Le moyen imaginé par M. Blancard pour recouvrir les pilules d'iodure de fer est excellent; mais il soulève une question, celle de savoir si l'enveloppe résineuse destinée à la garantir de l'action de l'air ne rendra pas difficile leur attaque par les sucs de l'estomac. Je serais assez porté à le croire. Cette difficulté de se laisser dissoudre par les sucs de l'estomac remplirait du reste, dans certaines circonstances, une indication très-utile, dans les cas, par exemple où il y aurait lieu de désirer qu'un médicament traversât l'estomac sans y être modifié, pour n'agir que dans les autres portions du tube digestif.

M. Gérardin voudrait qu'on remplaçât les mots « approbation de l'Académie, etc. » par une autre expression qui engageât moins la compagnie.

M. Moreau parle dans le même sens et pense qu'il suffirait, sans lui donner d'approbation, de publier le procédé.

M. H. Gaultier de Claubry propose de dire que vu l'utilité du procédé imaginé par M. Blancard, il y a lieu de le publier dans le Bulletin, etc. Le reste comme dans le rapport.

Les conclusions modifiées dans le sens indiqué par M. Gaultier de Claubry sont mises aux voix et adoptées.

Il est cinq heures, la séance est levée.

BIBLIOGRAPHIE.

TABLEAUX SYNOPTIQUES DE CLINIQUE CHIRURGICALE (MATIÈRES GÉNÉRALES); AVEC DES ANNOTATIONS ET DES HISTOIRES DE MALADIES; par M. AD. BURGGRAEVE. — Un vol. grand in-8°. — 1850. — Chez M. Merry, éditeur, à Gand, Marché-au-Beurre, 10.

Qu'est-ce que le nouveau livre de M. Burggraeve? Il ne nous a pas été facile de le deviner; et, dans tous les cas, nous n'avons qu'un faible espoir de le faire comprendre au lecteur. Enorme in-8° avec des prétentions de manuel, il ne peut être accusé de tenir moins qu'il n'a promis, car il ne se pose qu'en aide-mémoire; et certes ce qu'il contient de faits, de préceptes; de tableaux synoptiques, d'aperçus originaux est bien de nature à dépasser ce but. Il se peut que ce ne soit là, en effet, qu'un faible abrégé des connaissances de l'auteur; mais ce simple résumé constitue à coup sûr, pour la plupart de nos praticiens, une sorte de beau idéal dont ils ne pourraient jamais qu'approcher plus ou moins.

M. Burggraeve (à moins qu'il n'ait seulement écrit pour fixer ses souvenirs, ou mettre de l'ordre dans un cahier de notes préparatoires) paraît s'être surtout proposé de fournir au chirurgien le moyen d'embrasser promptement l'ensemble des notions dont il peut avoir besoin pour prendre un parti au lit du malade. L'ouvrage ne se borne cependant pas à remplir cet objet; il est conçu de manière à satisfaire le désir de ceux qui voudront approfondir, aussi bien que l'impatience de celui qui ne demande qu'un renseignement. Un coup d'œil jeté sur la contexture du livre va nous montrer comment on a pu y concilier ces deux exigences contraires.

La totalité des sujets traités par M. Burggraeve donne matière à quinze *tableaux*, qui comprennent des généralités sur la chirurgie, l'inflammation, les plaies, les brûlures, les contusions, les hernies, l'anévrisme, la phlébite, la pyogénie, les tumeurs, les phlegmons, etc. Or chaque tableau, subdivisé en autant de sections, relatives aux causes, au diagnostic, au pronostic, au traitement, etc., contient sur ces divers articles une série de réponses aussi concises que possible aux questions si variées que ces points de vue différents peuvent suggérer à l'esprit de l'élève ou du jeune praticien. C'est ici le rôle du *manuel* que nous signalions tout à l'heure; or, l'auteur sentant qu'un travail de simple nomenclature n'a de prix qu'autant qu'il est complet, s'est surtout préoccupé d'assurer à la première partie de son œuvre cette qualité. Aucun détail, quelque accessoire qu'on le suppose, n'a été omis; et assurément la question tournée et retournée en tous sens doit être déclarée insoluble si elle n'est pas éclairée par un examen institué à l'aide de ces données aussi multipliées que pénétrantes.

Mais après la tête de chapitre vient le texte; après le tableau, les notes explicatives. On comprendra aisément que, à moins de vouloir écrire un traité des maladies chirurgicales, l'auteur ne pouvait donner le même développement à toutes les parties que l'énumération avait mises en relief. Aussi serait-il injuste de lui faire un reproche si, dans les *annotations* qui accompagnent chaque *tableau*, il se trouve de nombreuses lacunes et des sujets visiblement sacrifiés. Soit qu'il les suppose trop simples pour avoir besoin de commentaires, soit que ses méditations ne lui aient rien appris de neuf sur leur application; il est certains préceptes que M. Burggraeve ne développe point, d'autres auxquels il n'accorde qu'une mention tout à fait sommaire. En revanche, il est dans ces chapitres d'annotations de véritables monographies, des thèses présentées avec toute l'ampleur qu'aurait pu y mettre un candidat écrivant *ex professo*. On dirait parfois que n'écoutant que sa fantaisie, l'auteur passe ou s'arrête selon le plus ou moins d'intérêt des sujets qu'il rencontre, effleurant ou désignant à peine ce qui est admis de tous, pour concentrer toutes ses forces sur les problèmes vraiment épineux; moins jaloux en un mot d'avoir tracé un cadre à compartiments également larges, également bien remplis, que de projeter la lumière sur les *désiderata* de la science dans la proportion si variable selon laquelle chacun d'eux se trouve en avoir besoin. On peut signaler comme exemple à l'appui de la vérité de cette remarque, l'article *autoplastie* qui a été jeté incidemment dans les annotations du cinquième tableau sur LES BRULURES; et du quatorzième sur LES CONTUSIONS et LES PLAIES. C'est également dans ce dernier paragraphe que plusieurs indications importantes des amputations ont été disséminées.

On doit comprendre à quel point ce procédé de fragmentation embarrasse le critique qui cherche à apprécier le mérite intrinsèque de l'ouvrage. Signalera-t-il ici une omission flagrante? Mais peut-il affirmer que, à son insu, l'auteur ne l'ait pas réparée quelques pages plus loin? Fera-t-il ressortir le défaut d'ordre des matériaux? Mais c'est justement là le plan du livre; et ce prétendu défaut résulte d'un choix entièrement volontaire. — A tout hasard cependant disons ce qui nous a le plus frappés à la lecture de ce volumineux traité.

Le soin qui a présidé à la rédaction des tableaux est un des principaux caractères de l'œuvre; c'en est à la fois le plus méritoire et celui qui en fait l'utilité pour les commençants qui veulent apprendre et pour les praticiens qui ont besoin de se rappeler. Il serait donc injuste de prendre l'auteur à partie pour un petit nombre d'oublis; car, surtout en traitant de matières générales, quel est l'esprit assez didactiquement doué pour pouvoir se flatter d'avoir tout, absolument tout embrassé? Aussi est-ce plutôt en vue d'amélioration à lui désigner que de reproche à formuler que nous signalons une omission qui frappera assurément tout lecteur au premier coup d'œil jeté sur le tableau n° 1. Dans l'exposé des moyens par lesquels

on peut combattre l'inflammation, nous avons vainement cherché l'indication de la méthode contro-stimulante ainsi que celle des révulsifs. Cette lacune, nous le répétons, sera facilement comblée ; mais il est assez singulier qu'un ouvrage destiné à colliger toutes les ressources que l'art possède contre les phlegmasies ne contienne ni l'une ni l'autre des deux médications qui maintenant tendent de plus en plus à constituer le seul traitement de la pneumonie, ce type classique des inflammations.

Le ton général, l'esprit dominant de cette chirurgie est ordinairement des plus louables, modéré dans ses doctrines, simple dans son expression, à égale distance de la présomption toujours novatrice et de la routine indéfiniment stationnaire, conforme en un mot aux habitudes de celui que l'auteur semble avoir pris pour type, de Dupuytren, dont il invoque sans cesse le nom. Peut-être pourrait-on se plaindre, non pas du choix de ce modèle, mais du respect que M. Burggraeve affecte constamment pour les préceptes qu'il a laissés. Trop souvent, à le lire, on pourrait s'imaginer que la chirurgie finit à Dupuytren, que l'art n'a pas, depuis lui, réalisé un seul progrès. Rien de mieux, par exemple, que de rendre hommage, comme le fait l'écrivain belge, à l'ingénieuse et savante pensée du maître, qui, d'un seul coup, poussa si loin le traitement des anus contre nature. Mais cette impulsion s'est-elle éteinte avec celui qui l'avait donnée ? Aucun perfectionnement ne s'est-il produit depuis lors dans les procédés opératoires que l'élève n'ait intérêt à connaître ? — De même sera-t-on quelque peu surpris de voir l'histoire des corps étrangers articulaires ne renfermer ici les noms ni de M. Goyrand, ni de M. J. Guérin, ni de Liston, ni de M. Bonnet, qui ont créé et porté à un si haut degré de perfection le manuel de leur extraction sous-cutanée ! Enfin, est-ce à une omission involontaire ou à l'influence de quelque préoccupation personnelle qu'on voit l'histoire, récemment si enrichie par M. Pétrequin, de la galvano-hémoplastie, se borner dans ces pages à une communication isolée de M. Abeille?

Il serait aisé de multiplier ces remarques ; mais nous avons pris soin de dire nous-mêmes combien le plan de l'ouvrage contribue à décharger l'auteur de la responsabilité qu'elles tendraient à faire peser sur lui. Il n'y aurait donc loyauté, ni justice de notre part à y insister davantage. Nous ne lui ferons pas davantage un reproche d'avoir accordé un développement inégal aux diverses branches de la pathologie chirurgicale. Si M. Burggraeve donne la plus large place aux descriptions d'anatomie pathologique, aux recherches d'histologie, c'est qu'il s'y trouvait naturellement entraîné par ses études antérieures ; et personne, assurément, ne songera à se plaindre qu'il ait, en ceci, obéi aux inspirations de sa vocation intellectuelle spéciale.

Quelques indications originales, plusieurs innovations thérapeutiques propres à l'auteur viennent rompre la classique uniformité du texte, et seront consultées avec le plus grand fruit. On appréciera particulièrement la manière pratique dont il a su résoudre le problème si controversé de la cure radicale des hernies. Il se borne à appliquer un bandage, en plaçant entre lui et les téguments une rondelle enduite de poix sur ses deux faces. La poix empêche la pelote de se déplacer, et assure par conséquent son exacte apposition à l'endroit voulu pendant tout le temps qui paraît convenable. En maintenant ainsi toute une année la réduction très-exacte, M. Burggraeve a obtenu des guérisons parfaitement solides et authentiquement constatées par des témoins. — L'idée nous paraît aussi simple que judicieuse : nous approuvons surtout ce moyen en ce qu'il s'adresse, de sa nature, aux hernies récentes, sans les laisser augmenter, bien différent en cela de telles méthodes plus ambitieuses qui n'acceptent presque que des hernies volumineuses et anciennes, ne voulant déployer leur puissance que contre des cas désespérés, et ne consentant à soulager qu'après avoir laissé le patient, pendant les plus belles années de sa vie, en proie aux ennuis et aux dangers de son infirmité.

L'auteur attache aussi une importance toute particulière à une modification qu'il a faite à la méthode amovo-inamovible de M. Seutin pour le traitement des fractures. Son *appareil ouaté* offre, en effet, de nombreux avantages sous le rapport de la commodité de son application et de la sécurité qu'il procure. Sa propriété la plus précieuse consiste en ce que l'inflammation du membre sur lequel on va le placer ne met pas obstacle à son application, et en constitue même, selon les paroles de M. Burggraeve, une indication formelle. — Qu'on lise, mais surtout qu'on expérimente : l'autorité du chirurgien de Gand permet d'appliquer en toute sûreté à sa proposition cette forme de jugement.

VARIÉTÉS.

DÉCRET PORTANT CRÉATION D'UNE ÉCOLE D'APPLICATION MILITAIRE AU VAL-DE-GRACE.

Art. 1er. Les docteurs en médecine admis à servir dans l'armée française feront un stage d'une année à l'hôpital du Val-de-Grâce, qui devient *École d'application de la médecine militaire.*

Art. 2. Des conférences et des exercices pratiques auront lieu, pendant la durée de l'année scolaire, à l'école d'application de la médecine militaire, d'après un programme qui sera arrêté par le conseil de santé des armées, et soumis à l'approbation du ministre de la guerre.

Ces conférences et exercices auront pour objet : 1° la clinique médicale ; 2° la clinique chirurgicale ; 3° les opérations et appareils ; 4° l'hygiène, la médecine légale militaire et les règles administratives ; 5° les manipulations de toxicologie et de chimie appliquée à l'hygiène.

Art. 3. Cinq professeurs sont chargés des conférences et exercices énumérés ci-dessus. Ils sont nommés, pour la première fois, par le ministre de la guerre, sur une liste triple présentée par le conseil de santé des armées, et ne portant que des professeurs des anciens hôpitaux d'instruction et de perfectionnement.

Il sera pourvu aux vacances ultérieures par la voie de concours, dont les formes et conditions seront déterminées par un règlement.

Les dispositions de l'ordonnance du 16 septembre 1843, en vertu de laquelle il est alloué aux officiers employés comme professeurs dans les écoles militaires, un supplément montant au tiers de la solde accordée à leur grade et à leur arme, sont applicables aux membres du personnel de santé militaires chargés des fonctions de professeur au Val-de-Grâce.

Art. 4. L'école d'application de la médecine militaire, ainsi que le service médical de cet établissement, sont placés sous la direction d'un membre du conseil de santé des armées.

Ce directeur jouira d'un supplément de traitement de 1,500 fr., à titre de frais de bureau. Il devra loger au Val-de-Grâce.

AU RÉDACTEUR.

« Monsieur,

» Dans votre numéro du 10 août dernier, à propos de l'incident soulevé par M. Jules Guérin à l'Académie de médecine, sur un refus de communication de documents qu'éprouverait la commission du choléra, de la part des bureaux du ministère de l'agriculture et du commerce, vous dites :

« Nous n'oserions dire que la commission se soit beaucoup préoccupée en
» ceci de l'attitude de la presse médicale ; mais elle a fait la meilleure réponse
» possible aux admonestations du journal en question, dont le rédacteur en
» chef, secrétaire du comité d'hygiène, disposant de tous les documents,
» chargé, assure-t-on, d'une partie du rapport du comité, etc. »

» Vous avez été, monsieur, très-mal informé :

» 1° Je n'ai à ma disposition absolument aucun document sur le choléra-morbus qui émane du ministère de l'agriculture et du commerce.

» 2° Je ne suis chargé de faire, au comité consultatif d'hygiène publique, aucune espèce de rapport sur le choléra, soit en partie, soit en totalité, soit seul, soit en participation.

» Veuillez avoir la bonté, monsieur, d'insérer cette réclamation dans votre plus prochain numéro, et d'agréer l'assurance de mes sentiments confraternels.

» AMÉDÉE LATOUR,

rédacteur en chef de L'UNION MÉDICALE, l'un des secrétaires du comité consultatif d'hygiène publique.

» Paris, le 14 août 1850. »

NOTE DU RÉDACTEUR. — Le temps nous manque pour faire à cette lettre — et surtout aux commentaires et annotations dont elle a été accompagnée dans le journal où elle a paru avant de nous parvenir — la réponse qui serait nécessaire. Nous y reviendrons en temps et lieu. Bornons-nous pour le moment à poser à M. Latour quelques questions précises, auxquelles il répondra d'une manière catégorique sans doute, pour prouver qu'il a vraiment horreur, comme il le dit, des réponses obliques.

1° Est-il vrai que l'administration ait reçu, pendant l'épidémie de 1849, un très-grand nombre de documents des préfets des départements, et des médecins envoyés par l'autorité pour étudier l'épidémie ?

2° Est-il vrai que ces documents ont toujours été communiqués au comité d'hygiène, et qu'à l'exception de trois ou quatre départements, ils ont été refusés à l'Académie ?

3° Est-il vrai que, pendant le cours de l'épidémie, les notes OFFICIELLES publiées par L'UNION MÉDICALE aient été tirées des documents envoyés au ministère ?

4° Est-il vrai que le comité d'hygiène ait été chargé de faire un rapport sur l'épidémie de 1849, et que ce travail ait été commencé ?

5° Est-il vrai enfin que le comité d'hygiène et l'administration soient opposés à toute idée de contagion du choléra ?

Quand M. Latour aura bien voulu répondre nettement à ces questions, nous entamerons volontiers avec lui une discussion sérieuse ; mais jusque-là, il nous permettra de rester dans les termes de la communication que nous avons faite à l'Académie, au nom de la commission du choléra.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

ORGANISATION MÉDICALE.

CRÉATION D'UNE ÉCOLE D'APPLICATION AU VAL-DE-GRACE.

Le décret du 23 avril dernier, portant suppression de l'hôpital de perfectionnement du Val-de-Grâce et des hôpitaux d'instruction de Lille, Metz et Strasbourg, ne contenait pas un mot qui pût faire espérer la réorganisation ultérieure de l'enseignement de la médecine militaire. Même silence sur ce point dans le rapport du ministre au président de la république. Le ministre constatait que l'éducation médicale des hôpitaux militaires faisait peser une lourde charge sur le budget; il affirmait que les élèves n'acquéraient, dans ces hôpitaux, ni une instruction solide ni des habitudes de discipline; il exprimait enfin la confiance que les Facultés seraient en mesure, par le nombre et par l'instruction de leurs élèves reçus docteurs, de combler les vides du personnel de santé de l'armée. Rien de plus dans ce rapport, dont l'allure brève et tranchante a paru généralement s'accorder mal avec la gravité de la mesure qu'il provoquait. C'était donc un véritable retranchement de l'enseignement spécial qu'on décrétait; c'était l'absorption complète de cet enseignement par celui des Facultés. Tel est le point de vue sous lequel nous avons combattu la mesure dès qu'elle fut connue (voir Gaz. Méd., n° 17); tel est le vice essentiel que nous avons signalé. Il se pouvait, et nous sommes fort disposés à le croire, que les hôpitaux d'instruction, tels qu'ils ont été constitués par l'ordonnance du 12 août 1836, entraînassent des dépenses d'éducation exagérées, et qu'il fût convenable de chercher à obtenir à de moindres frais des résultats équivalents; il se pouvait qu'il y eût avantage à utiliser l'enseignement des Facultés pour inculquer aux élèves devant former le corps de santé des armées les connaissances générales, théoriques et pratiques, nécessaires à l'exercice de la médecine. Mais nous soutenions que ce fonds commun d'éducation était insuffisant pour le médecin militaire, et qu'un enseignement spécial, qui répondît à la spécialité des conditions où l'élève doit se trouver placé, était absolument indispensable.

Nous ne savons si c'est aux réclamations qui se sont élevées dans la presse et ailleurs qu'on doit le correctif important dont nous avons donné connaissance dans notre dernier numéro : nous voulons parler du nouveau décret portant création d'une *école d'application de médecine militaire* au Val-de-Grâce. Aux termes de ce décret, le personnel de santé des armées se recrutera uniquement parmi les docteurs en médecine, mais à la condition d'un stage d'une année à l'hôpital du Val-de-Grâce, où des conférences et des exercices pratiques sur tous les objets de la science médicale, considérée dans ses rapports avec la pratique des camps et des hôpitaux militaires, auront lieu d'après un programme arrêté par le conseil de santé des armées, et sous la direction d'un membre de ce conseil.

Nous devons le reconnaître, ces dispositions offrent des garanties sérieuses à l'avenir de la médecine militaire; elles ouvrent à ses officiers de santé les mêmes sources d'instruction, et leur imposent la même durée de scholarité, les mêmes épreuves, qu'aux médecins civils. Par là elles assurent aux uns et aux autres le même niveau d'éducation; puis elle prend à part l'élève qui se destine à la carrière militaire, et le prépare pendant un an à l'application spéciale qu'il est appelé à faire des notions générales acquises dans les Facultés. Ce système, à parler franchement, nous semble plus rationnel, plus logique, que l'ancien. Sous ce dernier, l'élève puisait les premiers éléments d'instruction à Lille, à Strasbourg ou à Metz. Au bout de deux ans, il venait *se perfectionner*, suivant l'expression reçue, à l'hôpital du Val-de-Grâce. En même temps, soit en province, si une Faculté existait au siége de l'hôpital d'instruction (comme à Strasbourg), soit seulement à Paris, pendant la durée du perfectionnement, il subissait les examens qui devaient le conduire au grade de docteur. Trempé à une éducation spéciale ou qui devait l'être, à une éducation dirigée vers les exigences de la médecine militaire, il venait se présenter à des juges ne distribuant, eux, qu'une éducation générale et dont il n'avait pas suivi l'enseignement. La spécialité précédait ainsi la généralité, comme si les médecins voués à l'oculistique ou à l'obstétrique étudiaient les maladies des yeux ou la pratique des accouchements avant d'avoir acquis les connaissances générales de la médecine. Nous forçons la comparaison pour la rendre plus frappante; nous savons bien que la médecine militaire et la médecine civile ne sont pas séparées par une différence fondamentale, mais enfin la différence existe, et elle réside dans la spécialité d'application inhérente à la pratique des camps. Dorénavant l'instruction spéciale ne viendra qu'après l'instruction générale. C'est, nous le répétons, une mesure conforme à la raison et à l'intérêt bien entendu de l'éducation; elle forme jusqu'à un certain point le pendant de ces écoles spéciales où, en d'autres matières et pour des carrières différentes, les jeunes gens sont initiés aux applications particulières des connaissances générales qu'ils ont acquises dans les sciences physiques, chimiques, mathématiques, et dont ils ont fait la preuve en entrant : par exemple l'École d'artillerie ou l'École des mines.

Faut-il craindre que des jeunes gens munis du diplôme doctoral répugnent à s'asseoir de nouveau sur les bancs? Cette crainte, qui, si elle se réalisait, pourrait compromettre le recrutement du personnel de santé, nous l'avons entendu exprimer par des hommes d'autorité. Néanmoins nous espérons qu'elle n'est pas fondée; l'encombrement de la profession est, quant à présent du moins, un motif de sécurité suffisant à nos yeux. La médecine militaire peut ne pas offrir au commun de ses adeptes une perspective bien brillante; mais celle qu'elle offre, toute modeste qu'elle est, a du moins l'avantage d'être assurée, et nous sommes portés à penser que beaucoup de jeunes docteurs seront disposés à s'y rattacher, même au prix d'ennuis qui seront, après tout, fort analogues à ceux que s'imposent aujourd'hui volontairement, dans les hôpitaux civils comme dans les hôpitaux militaires, les *chefs de clinique*, jeunes gens très-distingués et déjà pourvus du grade de docteur. Nous ne redoutons pas d'ailleurs beaucoup, en général, le chômage dans les professions, surtout dans les professions libérales, et plus spécialement encore dans la profession médicale. Un commencement de chômage constitue par lui-même une sorte d'appel auquel on manque rarement de répondre. C'est une tendance au vide qui aspire l'air ambiant. La communication restant libre entre le dedans et le dehors, l'équilibre se rétablit facilement. Il en sera ainsi sans doute pour le service de santé militaire, et peut-être y aura-t-il pour beaucoup d'élèves un encouragement dans l'appoint de considération que devra justement rapporter au corps de santé la forte éducation exigée de lui par le nouveau décret. Mais aussi, nous ne pouvons nous défendre de cette observation, il sera moins permis que jamais à l'autorité de contester à ce corps ainsi fortifié les droits hiérarchiques et l'indépendance de position qu'il réclame depuis si longtemps.

Le décret ne dit pas si des épreuves seront exigées à la fin de l'année

---

Feuilleton.

DE LA MORT SÉNILE OU PHYSIOLOGIQUE.

Nunc paulo majora canamus.

L'homme commence à l'état *gélatineux* et il finit à l'état *osseux*. Bien que cette assertion n'ait pas sous quelques rapports ce caractère de sévère exactitude si recherché dans la science, elle n'est cependant pas tout à fait dénuée d'exactitude. Qu'est-ce, en effet, que l'économie du vieillard parvenu à la phase extrême et dernière de la vie? Un corps sursaturé de matière qui s'éloigne de plus en plus de ce point suprême fixé par la nature, où les forces organiques, s'équilibrant mutuellement, produisent et entretiennent la vie dans toute son énergie comme dans son intégrité. Mais avant de passer du premier état au second, celui d'une agrégation moléculaire de moins en moins vitalisée, l'organisme éprouve des modifications graduelles et infinies. Dans l'enfance, à l'époque de la période ascendante de la *courbe* de la vie, tout est progrès, en accroissement de substance, de force et de puissance vitale, tandis que dans l'âge de retour ou la période descendante de cette même courbe, à partir du sommet, tout se détériore et s'affaisse jusqu'à l'extinction du principe vital, jusqu'à la destruction entière des organes, enfin jusqu'à la disgrégation intime des parties concourant à la formation du corps. Telle est cette terrible loi du destin dont l'homme cherche et cherchera en vain l'insoluble pourquoi. Ainsi, une existence complète est une existence qui commence à mourir; ainsi le corps vivant, animé, commence à se détruire partiellement, lentement, imperceptiblement, enfin totalement; il s'affaiblit, il se brise, il devient *cadavre*; puis celui-ci se transforme en *ce qui n'a pas de nom dans aucune langue*, et ce qui, en effet, ne pouvait en avoir, puisqu'il y a complète cessation de cohésion entre les principes élémentaires du corps préexistant. Mais ces mêmes principes, en raison de cette force cachée, *vis abdita*, qui est en eux, se recomposent ensuite sous d'autres formes; toute mort est le commencement de vies nouvelles et individuelles; de là d'autres corps, d'autres végétaux, d'autres animaux, soumis aux mêmes lois, aux mêmes successions organiques. La vie de chacun de nous est donc un domaine disputé par d'autres êtres ou pour d'autres êtres, qui toujours se forment ou se développent, lorsque les causes de leur procréation entrent en action, alors que cela convient à la nature et à l'exécution de ses lois.

Aussi voyez un homme à dix ou quinze ans de distance; quoiqu'il soit d'ailleurs sain et bien portant, on reste frappé de la différence de ce qu'il est avec ce qu'il était. Que si le progrès de l'âge est plus marqué encore, on se sert alors d'une expression vulgaire, mais qui n'est pas sans vérité, on dit que cet homme *baisse* beaucoup. Demandez-vous pourquoi : C'est, ajoute-t-on avec non moins de justesse, qu'il se trouve dans l'*âge de retour*; retour à quoi? évidemment

scolaire; mais il ne peut guère en être autrement. Les épreuves sont la sanction des études. Un an passé dans une école d'application n'offrirait aucune garantie si l'on ne s'assurait que le temps y a été employé fructueusement. Cela paraît d'autant plus indispensable, que c'est dans l'enseignement plus que dans l'observation au lit des malades que les aspirants pourront puiser la spécialité d'éducation dont ils ont besoin. Loin de la vie des camps, des batailles, des longues marches, des climats étrangers, la médecine des hôpitaux militaires diffère moins de celle des hôpitaux civils, et ne peut offrir qu'un très-petit nombre des applications dont elle est susceptible ailleurs. Ce sera donc à l'enseignement oral de suppléer à ce qui manquera de ce côté : de là la nécessité d'exiger de l'aspirant la preuve qu'il a bien profité de cet enseignement, et qu'il connaît bien d'avance toutes les conditions où le service courant va le placer à sa sortie du Val-de-Grâce.

Nous ferons une dernière remarque : il n'est rien de plus désirable, et, en France, il n'est rien qu'on ait plus souvent occasion de désirer, que l'harmonie dans les institutions. Appliquée à la mesure dont nous venons de nous occuper, cette vérité ne manquerait pas d'à-propos. Pourquoi n'étendrait-on pas à la médecine navale le système qu'on trouve bon pour la médecine de l'armée de terre? La position est exactement la même des deux côtés. Ici et là il s'agit toujours d'adapter à des conditions de pratique particulières les données générales de la science médicale; ici et là les hôpitaux d'instruction sont pour le budget une charge qu'on peut alléger en confiant l'éducation générale aux Facultés. Pourquoi dès lors ne pas supprimer les hôpitaux d'instruction établis à Brest, Rochefort et Toulon, pour y substituer une grande école d'application dans l'un de ces trois ports? C'est une vue que nous nous contentons d'exprimer. On accordera du moins que, s'il venait à la réaliser, le gouvernement ne ferait que se montrer conséquent et impartial.

HYGIÈNE PUBLIQUE.

MÉMOIRE SUR QUELQUES OBSERVATIONS DE PELLAGRE RECUEILLIES DANS LA VALLÉE DE VERNET (PYRÉNÉES-ORIENTALES), SUIVIES DE RÉFLEXIONS SUR LA NATURE DE CETTE MALADIE ET LES CAUSES QUI PEUVENT LA PRODUIRE; par M. A. COURTY, agrégé de la Faculté de médecine de Montpellier.

(Suite et fin. — Voir les numéros 28 et 32.)

Nous aurons peu de chose à dire sur les conditions individuelles propres à la pellagre, si ce n'est que les sujets pellagreux étaient presque tous d'un tempérament lymphatique ou lymphatico-nerveux, quelquefois bilioso-nerveux. Plusieurs avaient été avant leur maladie assez fortement constitués.

J'ai dû étudier la question de l'hérédité à laquelle on a attaché une grande importance. Il est peu d'auteurs, parmi ceux qui ont observé les grandes endémies de pellagre, qui n'admettent pas que cette maladie est héréditaire. Il faudrait citer successivement la plupart des médecins de la haute Italie, de la Gironde et des Landes. On n'est pas d'accord sur la manière dont il faut comprendre l'hérédité; on ne s'entend pas sur la question de savoir s'il faut admettre la transmission directe, ou seulement une prédisposition des enfants de pellagreux à prendre la maladie, par l'effet de la faiblesse même de leur constitution. Mais on admet l'hérédité. L'endémie pellagreuse de Vernet est très-faible, il est vrai; mais je dois dire encore que, dans aucun cas, la maladie n'a été héréditaire.

Il en est de même pour la contagion, je n'en ai observé à Vernet aucun exemple; du reste, les médecins sont moins d'accord à ce sujet, et généralement ils repoussent ce mode de propagation de la maladie qui pourtant a été admis par Strambio. D'après M. Willemin (1), des essais d'inoculation ont été entrepris et n'ont point réussi. M. Hameau (2) croyait, dans le principe, à la contagion de la pellagre; quelques faits pouvaient la lui faire soupçonner, notamment celui d'une sage-femme qui paraissait avoir pris la maladie dans l'exercice de sa profession. Mais il a rejeté cette supposition. M. Lalesque (3) la repousse aussi d'une manière formelle.

Quant aux maladies qui peuvent coïncider avec la pellagre, on a supposé que le goître et le crétinisme sont de ce nombre; que l'exposition, l'eau, l'air et les autres conditions locales qui produisent le goître et le crétinisme, produisent aussi la pellagre. A Vernet il y a un assez grand nombre de goîtreux; mais je ne sache pas que la pellagre les ait atteints de préférence aux autres. Pour ce qui est du crétinisme, je me suis assuré qu'aucun des pellagreux sur lesquels j'ai recueilli des documents n'avait été crétin (4).

Il est d'autres maladies auxquelles on a attribué ce qu'on appelle de l'antagonisme pour la pellagre. De ce nombre sont principalement les fièvres intermittentes et l'affection scrofuleuse.

Le docteur Hammer, de Berlin (5), prétend que tous les auteurs italiens ont noté l'influence d'exclusion qu'ont l'une par rapport à l'autre la pellagre et la fièvre intermittente, soit pour l'époque, soit pour les contrées où elles règnent. Je ne puis juger ce fait par mes propres observations, car la fièvre intermittente ne règne pas à Vernet. Mais dans l'ouvrage de Strambio, on trouve plusieurs observations où l'on voit clairement la pellagre survenir à la suite d'une fièvre intermittente. Dans le mémoire de M. Willemin (6), on voit la pellagre se déclarer à la suite d'une fièvre d'accès qui

(1) ARCH. GÉN. DE MÉD., t. XIII, p. 338.
(2) DOCUMENTS, etc., p. 35.
(3) Les mêmes, p. 62.
(4) Je ferai observer à cette occasion que le crétinisme, comme la plupart des maladies endémiques, disparaît à mesure que les conditions hygiéniques du pays s'améliorent. Sous ce rapport, le crétinisme paraît même tenir à l'ensemble des influences engendrées par la misère plutôt qu'à quelque condition particulière encore inconnue. Sans doute les causes résident plus spécialement dans certaines contrées; mais à mesure que le bien-être s'y répand, les habitants ont plus de facilité à se soustraire à leur fâcheuse influence. Ainsi le nombre des crétins, autrefois assez considérable à Vernet, y est maintenant très-minime. Cette diminution paraît se lier à la création d'un vaste établissement thermal qui, en attirant beaucoup d'étrangers dans ce pays, y a répandu de l'aisance et a fait pénétrer un peu de bien-être jusque chez les plus pauvres habitants de la vallée.
(5) JOURNAL DER PRACTISCHEN MEDICIN DE HUFELAND, année 1840, t. XC, V, p. 100.
(6) ARCH. GÉN. DE MÉD., t. XIII, p. 350.

aux éléments dont il est une fraction momentanément isolée, animée, en un mot, à la terre dont il est issu et où il va rentrer. Notre organisme est donc toujours et immédiatement placé sous l'empire d'une puissance ou force supérieure, qui le crée peut-être, mais à coup sûr qui le modifie, qui le transforme à chaque instant, depuis la naissance jusqu'au point où, terminant son individualité, il cesse d'être par lui-même en quelque sorte, et fait partie du cycle éternel des transformations de la matière. Encore une fois, qu'on ne demande pas la raison organique de ces étonnantes et perpétuelles variations du corps, car les causes et les fins nous échappent entièrement; toutefois, comme dit Herder, « partout nous apercevons que la nature doit détruire puisqu'elle reconstruit, qu'elle doit diviser pour réunir; que des lois les plus simples comme des formes les plus grossières, elle s'élève aux plus complètes, aux plus savantes et aux plus délicates; et si nous avions un sens pour apercevoir les formes primitives et les premiers germes des choses, peut-être découvririons-nous dans le plus petit point, la série progressive de la création. »

A la vérité tous les êtres organisés sont soumis aux changements dont nous avons parlé; mais il y a cette différence, heureuse ou funeste entre les animaux et l'homme, c'est que les premiers ignorent tout à fait la loi de dégradation, puis de non-être qu'ils ont à subir, tandis que le second en a la conscience, bien plus le sentiment, la fatale prévision. Les animaux qui meurent de vieillesse meurent comme ils sont nés, sans s'en apercevoir; pour eux, les derniers degrés de la descente de la vie sont d'une pente aussi douce que ceux de la montée. Tel est le destin de l'animal qui passe quelques jours sous le soleil pour rentrer à jamais dans la nuit éternelle. L'enfant qui a tout l'écheveau de sa vie à dévider plus ou moins joyeusement peut mourir également sans que rien l'avertisse de sa destruction. Le jeune homme même, qui sent encore l'action immédiate de l'énergie génito-créatrice, comprend à peine la loi du destin qui l'atteindra plus tard; mais il n'en est pas ainsi de l'homme ayant dépassé le point de perfection de l'organisme; la mort pour lui est *comprise* et même *sentie*. Pour peu qu'il s'observe, qu'il réfléchisse, il en ressent les continuelles atteintes; car dans chaque organe qui se détériore, dans chaque fonction qui s'affaiblit, dans chaque ride qui se dessine, dans chaque cheveu qui blanchit, il y a la part de la mort, toujours dans une proportion relative à la durée de l'existence. Avouons pourtant qu'en raison d'une loi bienveillante de la nature, la pente semble insensible jusqu'au dernier terme. Dans la *mort sénile* ou physiologique, l'organisme diminue d'activité d'une manière tellement graduée, qu'il n'est possible d'en apprécier les effets qu'en les examinant à des distances d'époque. On dirait que les oscillations du pendule se sont rapprochées, par un mouvement de plus en plus ralenti, du point central où elles doivent enfin s'arrêter. Non, le centenaire, ruine de soi-même, n'a point vivement senti la mort gagner de proche en proche, d'organe en organe, de la périphérie au centre jusqu'aux sources de la pensée comme du sentiment, et cependant il aurait pu dire: Je suis mort d'un an, je suis mort d'un mois, d'un jour, d'un instant. Bien plus: passé une certaine limite de longévité, on ne vit plus que d'une sorte de vie végétative; l'homme alors sent à peine son existence, et les *glaces de l'âge* l'ont déjà préparé au froid du tombeau. Il est donc vrai de dire que la vieillesse, cette mortelle ennemie de l'homme, que chacun espère, que chacun craint tout à la fois, n'épuise pourtant la coupe de l'existence que dans

durait depuis un mois, chez un individu travaillant à des ouvrages de terrassement au milieu de l'eau. Enfin le docteur Hameau (1) dit en parlant des habitants des Landes : Je ne leur connais que deux maladies qui puissent être considérées comme endémiques, les fièvres intermittentes et la pellagre.

L'antagonisme entre la pellagre et la scrofule a été admis de nos jours par M. Gozzano (2) et par M. Calderini (3). Il a été nié au contraire par M. Trompeo (4). Je me range de l'avis de ce dernier ; car à Vernet, non-seulement on trouve à la fois des scrofuleux et des pellagreux, mais encore j'ai vu un pellagreux offrir, dans la forme des mains et du visage, tous les traits du tempérament scrofuleux, caractérisé d'ailleurs par l'existence d'une blépharite chronique intense et datant de l'enfance.

L'histoire des symptômes de la pellagre ne doit pas nous occuper longtemps. Je n'ai pas remarqué, entre mes pellagreux et ceux des autres contrées, assez de différences pour faire de leur maladie une description spéciale. Je m'efforcerai donc d'être bref, me réservant d'attirer seulement l'attention sur la marche de l'affection, la succession ou la coïncidence de ses symptômes, sa durée, ses divers modes de terminaison, l'impuissance complète du traitement et les idées que ces diverses données peuvent nous suggérer sur sa nature.

On sait que les symptômes de la pellagre sont de trois ordres : 1° à la peau, érythème accompagné de desquammation et de fissures, quelquefois même de pustules et de croûtes, occupant généralement les parties du corps exposées à la lumière, et surtout la face dorsale des mains ; 2° des symptômes digestifs variés, depuis ceux de la bouche, tels que le ptyalisme, la rougeur et le fendillement de la langue jusqu'à ceux du gros intestin (diarrhées séreuses abondantes) ; 3° des vertiges, des tremblements, une marche vacillante, une sensation pénible et douloureuse le long du rachis, souvent un trouble notable des facultés intellectuelles, indiquant une atteinte profonde du système nerveux.

On sait encore qu'en envisageant le développement de ces divers symptômes relativement à la marche de la maladie, Frapolli avait divisé la pellagre en commençante, confirmée ou désespérée ; Titius en légère, grave, très-grave ; Strambio en intermittente, rémittente, continue.

Les cas de pellagre observés à Vernet ont présenté, comme on a pu s'en assurer déjà, les mêmes symptômes, la même marche, caractéristiques de l'affection. Je dois noter toutefois que certaines différences ont été observées relativement au nombre, à la nature des symptômes, et surtout à la marche, à la terminaison de la maladie.

Ce n'est pas que la pellagre n'ait été caractérisée ici comme elle l'est toujours, d'après la remarque de Strambio, dans son développement le plus complet et le plus évident, par la réunion des trois ordres de symptômes cutanés, nerveux et gastriques. Ce n'est pas que, d'après la remarque aussi juste de M. Willemin (5), chacun de ces ordres de symptômes n'ait offert en lui et par lui-même quelque chose de spécial, de sorte que le diagnostic eût pu être établi à l'aide seulement de quelques-uns de ces phénomènes, et notamment des symptômes cutanés, sinon isolés, du moins associés aux phénomènes morbides, soit du tube digestif, soit du système nerveux. Mais tous les symptômes observés dans d'autres pays ne se sont pas manifestés ici ; quelques-uns même de ceux auxquels on a attribué une certaine fréquence ont fait défaut chez nos malades. Nous allons faire ressortir en peu de mots ces analogies et ces différences.

Les symptômes cutanés n'occupaient généralement que les parties exposées à la lumière ou à l'air, surtout la face dorsale des mains ; et l'érythème s'arrêtait brusquement, nettement, à la limite formée par les vêtements à la hauteur du poignet. Cette éruption ne pouvait être attribuée à aucune cause locale irritante, comme il arrive pour un grand nombre de maladies locales de la peau. L'érythème, accompagné de prurit, d'ardeur, persistait et demeurait stationnaire au lieu de disparaître promptement ou en peu de jours, comme un érythème solaire ordinaire. Il se terminait par desquammation. L'épiderme devenait rugueux, gris sale, brunâtre, se fendillait en petites lamelles, se soulevant par leur bords et s'exfoliant peu à peu ; puis il était divisé par de véritables rhagades, et se parcheminait, en conservant une coloration foncée qui formait à la main une espèce de gant.

L'érythème s'est manifesté quelquefois aussi au cou-de-pied, même chez une malade qui avait toujours porté des bas. Dans ce dernier point, on a observé chez un malade une simple tendance à l'érythème, de la chaleur, du prurit ; mais l'éruption ne s'est pas complétée.

Jamais on n'a vu coïncider avec l'érythème des mains et des pieds, comme l'a observé M. Ardusset de Bazas (1), la formation sur le nez, le front, les joues, des petites écailles ou furfures semblables à du son. On n'a pas observé non plus la formation de l'érythème aux joues signalée par M. Willemin (2), ni celle de l'érythème à la nuque ou au cou notée par un grand nombre d'auteurs. Par contre, l'érythème n'a jamais fait défaut, de manière à constituer la forme dite larvée par Titius.

L'érythème est accompagné d'un certain malaise général de l'économie. A Vernet, il a été généralement précédé par les troubles gastro-intestinaux. Quelquefois, comme dans notre seconde observation, il a ouvert la marche et a signalé l'invasion de la maladie, suivi un peu plus tard d'anorexie, de douleurs épigastriques et de diarrhée. Enfin, dans notre première observation, c'est-à-dire chez la femme Dorandeu, atteinte de graves chagrins, nous l'avons vu précédé de faiblesse dans les membres inférieurs, de maux de tête, d'étourdissements, de roideur à la nuque.

Les phénomènes relatifs aux troubles des fonctions digestives sont ceux qui ont offert le moins de différences, soit de l'un de nos malades à l'autre, soit entre nos malades et les pellagreux des autres contrées. Ils ont toujours consisté en rougeur et fendillement de la langue, quelquefois rougeur aux gencives, ptyalisme ; sentiment persistant d'ardeur le long de l'œsophage ; diarrhée séreuse abondante, survenue sans motif, très-persistante et rebelle aux opiacés et aux astringents.

Quant aux phénomènes nerveux, la lassitude générale, l'impotence des extrémités inférieures, avec douleurs dorsale et lombaire, accompagnées quelquefois de vertiges, d'étourdissements et d'un sentiment de tristesse insurmontable, observés presque toujours au début de la pellagre, n'ont pas fait défaut chez nos malades de Vernet. Plus tard, la progression a revêtu toujours le caractère spécial de tremblement, de gêne, de lourdeur ;

(1) Lettre du 10 juillet 1843 à M. Pariset. Documents, p. 157.
(2) Giornale delle scienze mediche, pubblicato dalla Academia reale medico-chirurgica di Torino, 1846.
(3) Gaz. méd. de Paris, 1846, p. 88. — Annali universali di medicina, 1847.
(4) Gaz. méd. de Paris, 1847, p. 584.
(5) Arch. gén. de méd., 4e série, t. XIV, p. 39.

(1) Documents, etc., p. 125.
(2) Mém. cité.

certaines proportions très-modérées de faiblesse et d'insensibilité. Cette extinction graduelle de la vie s'opère sans maladie aucune. Tantôt elle a lieu, ce qui est plus rare, avec conscience, et constitue l'*euthanasie*, c'est-à-dire la mort douce, sans agonie et sans douleur ; tantôt elle survient brusquement, sans que l'individu s'en aperçoive ; quelquefois même pendant son sommeil il passe du temps dans l'éternité.

Personne ne l'ignore, la *mort sénile* ou physiologique semble comme une espèce d'exception, un rare privilége dans la grande majorité des hommes. Soit par une disposition originelle, soit par des circonstances extérieures, l'ordre normal des actes vitaux est interrompu, brisé, changé violemment. Il en résulte des maladies qui tantôt hâtent la mort, tantôt usent plus ou moins rapidement les ressorts de l'organisme, en précipitant la fin avant le terme ordinaire fixé par la nature. Qu'on se garde bien de croire néanmoins, comme on le répète sans cesse, que la *mort sénile* est une chose infiniment rare, et presque une sorte d'idéal ; cela n'est pas. Un examen réfléchi des faits prouve évidemment que lorsqu'un homme a vécu quatre-vingts, quatre-vingt-dix ans et plus, il meurt certainement de vieillesse, quoique en apparence de maladie ; c'est qu'alors la plus petite cause a déterminé la chute d'un édifice depuis longtemps ruiné. Qu'on se figure que, dans cette mort *longtemps prolongée*, tous les organes éprouvent une diminution uniforme, simultanée, de puissance d'activité, et dans des mesures isochrones ; que semblable à un flambeau, la vie se consume insensiblement, également, la combustion ne s'éteignant que faute de combustible. Cette comparaison peut être poétique, mais elle manque de justesse physiologique. Toujours dans l'homme très-âgé, il est des organes qui ont péri pour ainsi dire les premiers, et beaucoup d'autres dont l'atonie est extrême, tandis qu'il en est encore qui maintiennent, quoique faiblement, l'exercice de la vie. Quand le centenaire Fontenelle sentit la *difficulté d'être* qui annonçait sa fin, beaucoup d'organes en lui avaient déjà failli. Sa poitrine était déjà très-faible ; depuis longtemps il éprouvait des défaillances et des espèces de convulsions avec perte de connaissance. Sa surdité, devenue complète, ne lui permettait que difficilement de vivre avec sa société ordinaire, enfin à peine comprenait-il ses propres ouvrages qu'il trouvait toujours trop longs. La trame de sa vie était donc plus de moitié, quoique inégalement usée, rompue bien avant qu'il expirât. Si l'on recherchait ainsi chez les hommes qui ont vécu le plus longtemps, les causes de leur mort, dernière et complète, on trouverait en effet des lésions organiques qui ont préparé de loin la cessation totale de leur existence, et cependant tous succombent avec les caractères de la *mort sénile* ou physiologique, tous vécurent *âge d'homme*, dans toute l'étendue de l'expression.

Quant à l'ordre de succession ou plutôt d'extinction des phénomènes qui signalent la période de déclin dans la verte vieillesse, puis dans la caducité, enfin dans la décrépitude et la mort, il est facile de l'établir généralement. Le phénomène prédominant de la mort sénile, nous l'avons déjà remarqué, c'est qu'elle se fait graduellement et d'une manière presque insensible ; la fin que nous appelons particulièrement la *mort*, n'est que la dernière nuance d'un état qui a précédé ; de là ce beau vers que les jésuites avaient fait graver au-dessous du cadran d'une de leurs églises :

la marche mal assurée devenait traînante et même impossible ; en même temps les douleurs de tête, les vertiges, les étourdissements faisaient des progrès.

Mais ici nous devons noter quelques différences essentielles. Rarement les phénomènes cérébraux rachidiens ont précédé les symptômes digestifs et cutanés. Par contre ils les ont suivis de près : ils se sont développés toujours d'assez bonne heure, prenant en peu de temps toute leur extension ; mais cette extension, bornée à l'hypocondrie et à la faiblesse générale, n'a pas atteint les limites extrêmes signalées par le désordre complet des fonctions intellectuelles. Nos pellagreux se sont montrés en général doux, affectueux. Aucun n'a été atteint de monomanie de suicide, d'hydromanie, de démence, de paralysie générale, ni de quelque autre symptôme de ce mode de terminaison, assez fréquent dans d'autres pays, que l'on a désigné du nom de folie pellagreuse.

J'ai d'autant plus porté mon attention sur ce dernier point, que j'avais lu avec beaucoup d'intérêt le rapprochement fait par M. Baillarger (1) et quelques autres observateurs, entre certaines formes de la folie pellagreuse et la paralysie générale des aliénés. Mais je n'ai jamais pu saisir aucune analogie entre les symptômes nerveux de nos malades et ceux des aliénés atteints de paralysie générale. Je ferai observer d'ailleurs que cette différence s'est soutenue jusqu'aux derniers moments. La maladie s'est toujours terminée par la mort ; mais cette mort, due à l'épuisement, à l'affaiblissement général, n'a jamais été précédée ni d'un délire particulier, ni de démence, ni d'un envahissement progressif de la paralysie.

Enfin, je ne terminerai pas ces quelques considérations sur les symptômes sans faire observer que la lenteur du pouls, généralement notée dans la pellagre, n'a pas toujours été observée chez nos malades ; quelquefois même elle a été remplacée par une fréquence marquée. Ce dernier symptôme a été observé aussi par M. Lalesque (2) chez les pellagreux dont la maladie, après avoir duré plusieurs années, prend une marche aiguë.

Relativement à la marche, à la durée, à la terminaison de la maladie, j'ai à signaler des différences plus importantes.

Peut-on admettre, comme l'a supposé M. Roussel (3), une période d'incubation ? Je répondrai que je n'en ai pas vu d'exemple. J'ai signalé les divers modes de début, semblables par le fond quoique différents quelquefois par la forme, qu'il m'a été donné d'observer ; je n'y reviendrai pas en ce moment.

La terminaison a toujours été fatale ; mais elle n'a jamais été précédée des symptômes de la paralysie ou de la folie pellagreuses. La mort a été causée tantôt par la diarrhée, l'affaiblissement, l'épuisement croissant des malades, tantôt par l'ascite et les autres complications des symptômes gastro-intestinaux, une fois par une sorte d'apoplexie lente et progressive.

La durée de la pellagre observée à Vernet a un caractère encore plus tranché, et ce caractère c'est la brièveté. Dans les Landes, d'après M. Léon Marchant (4), les diverses phases de l'affection pellagreuse s'accomplissent dans l'espace de sept ou huit ans, quelquefois moins, quelquefois plus. En

(1) Académie de médecine de Paris, séance du 14 décembre 1847. — ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES. Paris, juillet 1849 ; 2e série, t. I, p. 317.
(2) DOCUMENTS, p. 54.
(3) GAZ. DES HÔPIT., 1846, p. 44, 83.
(4) DOCUMENTS, p. 198.

Italie, les pellagreux vivent quelquefois très-longtemps ; M. Brierre de Boismont (1) a vu des malades qui étaient au premier degré, ou même au second degré, depuis dix, quinze, dix-huit et même quarante-cinq ans. A Vernet, la durée moyenne de la maladie n'a pas dépassé trois ans. Cette brièveté relative paraît tenir à la coïncidence qui existe plus fréquemment, de prime abord, entre les divers ordres de symptômes. Si les symptômes nerveux n'atteignent pas le genre spécial de gravité qu'ils présentent dans quelques pays, ils ne se manifestent pas moins dès la première année, de concert avec les symptômes digestifs et les symptômes cutanés. Cet appareil complexe de symptômes disparaît le plus souvent une première fois, et l'on peut observer à ce degré la forme désignée, par Strambio, sous le nom d'intermittente ; mais dès qu'il reparaît on peut considérer la maladie comme continue plutôt que rémittente ; elle est désespérée aussitôt que confirmée.

La pellagre n'est donc pas toujours identique dans ses manifestations symptomatiques, dans l'intensité des phénomènes, dans leur ordre d'apparition, la constance de leur développement, la rapidité de leur marche. Cette remarque, inspirée par la lecture des observations si variées de Strambio, de Fanzago, de M. Brierre de Boismont et de plusieurs autres, n'a échappé ni à M. L. Marchant (2), ni à M. Willemin (3) ; elle ressort encore de nos propres observations et des réflexions qu'on vient de lire.

Parlerai-je de la curabilité de la pellagre et du meilleur traitement qu'il convient d'opposer à cette terrible affection ? Je n'aurais à dire rien de nouveau sur ce difficile sujet. A Vernet, comme partout, on a fait la médecine des symptômes, et toujours sans succès. La diète lactée a seule été suivie, comme ailleurs, d'une certaine amélioration. Mais la thérapeutique nous a paru d'autant plus impuissante chez nos pellagreux, que la marche de leur maladie est comparativement plus rapide que dans d'autres contrées. Les moyens de combattre le mal nous sont tout aussi inconnus que ceux de le prévenir.

Je ne dirai rien non plus des lésions anatomiques rencontrées sur les sujets morts de pellagre, parce que je n'ai jamais eu l'occasion de faire cette recherche. Je rappellerai seulement que ces lésions manquent le plus souvent ; et que, lorsqu'elles existent, elles sont insignifiantes, ou si variables qu'on n'en peut citer aucune, je ne dis pas comme pathogénique, mais seulement comme pathognomonique de la maladie. On ne saurait tirer une conclusion différente de la lecture des faits publiés sur cette matière.

Si l'on tient compte de cette dernière circonstance, de l'impuissance de toute autre espèce de traitement, du caractère de généralité offert par tous les symptômes, à quelque ordre qu'ils se rapportent, à quelque système qu'ils appartiennent, que devra-t-on conclure sur la nature même de la pellagre ? Appellera-t-on une affection si profonde, si intime, si continue, une gastro-entérite ou une gastro-entéro-méningite, avec Strambio le fils (4),

(1) JOURN. COMPL. DES SC. MÉD., t. XLII, p. 360.
(2) DOCUMENTS, p. 198. — « Le tableau symptomatique de la pellagre lombardo-vénitienne et du mal de la rosa des Asturies n'a pas la même *symétrie d'évolution* que la pellagre des Landes. C'est peut-être là la différence essentielle entre elles. »
(3) DE LA PELLAGRE SPORADIQUE A PARIS, DU DIAGNOSTIC DE CETTE MALADIE, dans les ARCH. GÉN. DE MÉD., 4e série, t. XIII et XIV.
(4) NATURA, SEDE E CAGIONI DELLA PELLAGRA. Milan, 1820.

Ut cuspis, sic vita fluit, dum stare videtur.

Ensuite, c'est que cette mort procède toujours de la circonférence au centre. Ce sont les organes chargés de la vie intrinsèque, ou purement animale, qui se conservent les derniers. Tout est déjà presque mort à la surface et aux extrémités, que ces organes agissent encore, quoique faiblement. Les poumons mêmes ont éprouvé depuis longtemps une détérioration funeste ; il en résulte que le sang ne jouissant plus de la richesse des qualités vitales qu'il avait précédemment, tous les organes en ressentent nécessairement l'atteinte. Or plus on avance en âge, plus cette atteinte est profonde et mortelle. Ainsi, de plus en plus, le cercle vital diminue d'étendue et d'énergie ; le foyer de l'existence, loin de rayonner à l'extérieur, est concentré sur quelques organes principaux. Bientôt le cerveau ne remplit que difficilement ses fonctions, puis elles s'interrompent ; dès lors plus de sensibilité générale et partielle, plus d'excitabilité organique. La respiration s'altère profondément, puis l'action du cœur, et l'homme a cessé d'être, *conclamatum est*, comme disaient les anciens. C'est dans cet ordre que les trois appareils d'organes qui président sans interruption à l'existence, cessent leur action. Une expiration est le dernier acte apparent de la vie ; encore n'est-elle probablement que l'effet physique du retour élastique des parois de la poitrine sur elles-mêmes.

Dans la mort sénile ou physiologique, à peine le dernier soupir est-il exhalé que déjà le cadavre est froid, bien que sa décomposition soit tardive. D'une part, ce cadavre présente un état d'émaciation, de dessèchement, auquel une vieillesse prolongée a réduit le corps ; d'autre part, il n'offre plus aucun vestige d'actions vitales, de calorification, tous les principes de vie ayant été épuisés dans la longue existence qui a précédé. Néanmoins le mouvement intestin de putréfaction ou de décomposition finit par s'établir, et la disgrégation moléculaire, arrêtée, contenue, pendant la vie, par un reste d'énergie de l'élément procréateur, s'opère enfin complètement. Qu'annoncent ces phénomènes cadavériques ? Que la nature universelle se ressaisit des dons qu'elle avait faits temporairement à l'individu, qu'il y a transmission d'un germe, qu'il y a circulation ou déplacement de l'élément vital, car *generatio præterit, generatio repertitur*. Rien n'est plus productif que la mort en raison des lois générales d'attraction, de fécondation que lient entre eux toutes les substances, tous les éléments, tous les êtres de la nature. Toutefois, nous sommes bien loin encore de connaître l'identité du principe vital du corps humain et celle du principe vital de notre planète. Combien de travaux, combien d'efforts, de recherches, de conjectures, de méditations, doit faire encore l'esprit humain pour parvenir à ce but suprême, qui ouvrirait à nos connaissances, peut-être à notre avenir ultra-organique, des horizons aussi vastes que lumineux !

R. P.

(Fragment d'un ouvrage inédit.)

— Une lettre d'Alexandrie, datée du 8 août, annonce que le choléra vient de se manifester dans cette ville ; on y comptait 8 cas par jour. Le choléra a aussi éclaté au Caire, où le nombre des cas est de 30 à 35 par jour.

Jourdan (1), Brierre de Boismont (2), et quelques autres, ou avec M. Marchant (3) une gastro-entéro rachialgie? Mais les altérations du tube digestif et celles du système nerveux sont tout aussi secondaires que l'altération cutanée. Nous ne pouvons pas plus admettre que la pellagre soit une maladie de la peau ou du système nerveux, que nous ne pouvons admettre, avec M. Beyris (4), qu'elle soit une maladie primitive et continue de l'appareil digestif avec exaspération qui s'étend jusqu'aux téguments des mains et des pieds durant l'été.

Il faut le reconnaître, avec Stambio le père (5), la pellagre est une maladie générale de tout l'organisme, *morbus chronicus totius corporis*. Pour les uns, ce sera une modification de la crase des humeurs nutritives (sang et lymphe), à la suite de laquelle naissent les désordres des systèmes nerveux, digestif et cutané : telle est l'opinion de M. Lalesque (6), que l'on peut dire renouvelée de Sauvages, puisque ce dernier rangeait la pellagre au nombre des cachexies. Pour les autres, comme pour Vanden-Heuvell, de Millau (7), à qui Hollen-Hagen, de retour de son voyage en Italie avec Jansen, avait communiqué ses observations, ce sera une maladie causée par un dérangement de la force vitale.

En effet, les caractères principaux de la pellagre sont : d'abord quelque chose de profond, de général et d'essentiellement destructeur dans la nature du mal ; en second lieu, l'appauvrissement même des sujets chez lesquels elle sévit. Les pellagreux affaiblis, détériorés, semblent retomber sous l'empire des lois physiques : on dirait qu'ils ont perdu leur force de résistance à l'action des agents extérieurs, à l'action de l'air et du soleil sur leur peau, à celle des aliments sur le tube digestif, à celle de toutes les causes d'excitation sur le système nerveux.

Dirons-nous pour cela, avec M. Marchant (8), que la pellagre n'est pas une réalité morbide, qu'elle est seulement une dégradation acquise? Nous sommes loin de partager cette opinion. Sans pouvoir déterminer s'il existe une cause unique du développement de la pellagre; sans pouvoir décider si la misère physique et la misère morale suffisent à la produire, ou si elles n'agissent qu'en préparant le terrain à la première cause; sans méconnaître l'intérêt qu'offre l'étude des différences de la pellagre, après avoir signalé nous-même quelques-unes de ces différences, et avoir contribué ainsi à prouver que cette maladie n'est pas toujours identique; nous sentons trop ce qu'il y a de semblable, d'analogue, d'essentiel dans ses principales manifestations, ce qu'il y a d'immuable dans le cachet dont elle est toujours empreinte, pour douter un instant de sa spécificité. Une cause spécifique engendre-t-elle cette maladie spécifique? Des causes diverses, mais semblables par leur action intime, peuvent-elles conduire aussi à sa réalisation? Là est justement le nœud de la question. Nous ne l'avons pas délié, mais nous croyons avoir montré suffisamment que, jusqu'à ce jour, d'autres n'ont pas été plus heureux que nous.

Sans insister davantage sur des points si difficiles à élucider, nous terminerons ici ce travail. Seulement, pour en faire sentir l'esprit, il nous reste à le résumer en peu de mots et à en présenter les conclusions.

CONCLUSIONS.

En résumant les observations précédentes et les réflexions qui les accompagnent, il est aisé d'en déduire les conclusions suivantes :

1° La pellagre existe, quoique faiblement, à l'état endémique, dans la vallée de Vernet et les vallées voisines, situées vers l'extrémité sud du département des Pyrénées-Orientales. On y a compté environ 15 pellagreux dans l'espace de vingt-cinq ans, et sur une population de 2,000 habitants.

2° Ses symptômes cutanés, nerveux et digestifs sont identiques à ceux de la pellagre des Landes, de l'Italie et de l'Espagne; mais ils coexistent plus souvent dès le principe, et cette coexistence elle-même semble précipiter la marche de la maladie, dont la durée moyenne, dans les contrées où nous l'avons étudiée, ne dépasse pas trois ans.

3° Elle ne s'est jamais offerte comme contagieuse, ni héréditaire; on ne l'a jamais observée non plus sur des enfants, ni sur des crétins.

4° La terminaison, toujours fatale, a été amenée par l'affaiblissement et le désordre des fonctions digestives ou de l'innervation (diarrhée, ascite, anasarque, paralysie); elle n'a jamais été signalée par la folie, la démence ou le suicide.

5° On ne peut rattacher sa production à aucune des causes particulières signalées par plusieurs pathogénistes comme étant exclusivement propres à son développement; telles que l'usage de certains aliments, notamment du maïs altéré ou verdéramé, l'insalubrité des habitations, le contact des brebis malades, l'action délétère de certains miasmes, des eaux ou de toute autre boisson, l'influence d'un virus particulier, la malpropreté, l'action directe du sol ou du climat, l'impression des rayons solaires.

6° Sans vouloir nier l'existence d'une cause spécifique inconnue, principal agent d'une maladie aussi spéciale; on peut dire que, jusqu'à ce jour, l'action de toutes les causes précédentes réunies, et surtout de l'indigence qui les résume toutes, paraît avoir seule une part directe dans la génération de cette affreuse maladie.

7° En dehors de cette condition de pauvreté extrême, qui est sans contredit la cause la plus fréquente de son développement, il faut reconnaître que les seules peines morales ont quelquefois produit la pellagre chez des sujets entourés d'ailleurs de toutes les conditions du bien-être physique.

8° La pellagre semble donc être généralement un véritable *mal de misère*, dans la plus large acception du mot, misère physique et misère morale. La misère physique entraîne souvent à sa suite la misère morale, les inquiétudes, les chagrins, les peines ; et d'ailleurs ne suffit-elle pas, elle et les privations qui en sont le cortége, au développement des affections les plus meurtrières? La misère morale, à son tour, suffit, dans un petit nombre de cas, au développement de cette maladie, comme à celui de plusieurs autres. Cette assertion n'étonnera pas ceux qui connaissent l'influence du moral sur le physique, et la puissance destructive des passions tristes sur nos organes.

9° Enfin, la nature même de cette étiologie doit nous faire regarder la pellagre, non comme une maladie du système nerveux, du tube digestif ou de la peau; mais comme une affection générale, *totius substantiæ*, produite d'abord par un appauvrissement de tous les liquides, sous l'influence de l'altération des forces radicales ou de l'essence même de la vie. Les symptômes cutanés, digestifs et nerveux sont évidemment consécutifs à cette altération première; ils ne sont en quelque sorte que les témoignages ou les manifestations matérielles de l'affection déjà enracinée.

(1) Dict. des sc. méd., t. XL, p. 81.
(2) Journ. complém., t. XLIII, p. 52.
(3) Docum., p. 210.
(4) Docum., p. 90.
(5) De pellagra, observationes in nosocomio pellagrosorum factæ. Milan, 1785.
(6) Docum., p. 68.
(7) Tentamen nosologicum sistens a vitio vis vitalis divisionem, etc. Leyde, 1787.
(8) Docum., p. 201. — Obligé de reconnaître le peu de fondement de son opinion, qui fait de la pellagre une gastro-entéro-rachialgie, voulant toujours chercher à localiser la maladie, et se sentant néanmoins dans l'impuissance d'y arriver, M. L. Marchant va jusqu'à dire que la pellagre n'est peut-être pas une *réalité morbide*, mais seulement une dégradation acquise, un abâtardissement physique, etc.

MÉDECINE OPÉRATOIRE.

DE L'OPÉRATION DE LA CATARACTE ET DE LA PUPILLE ARTIFICIELLE FAITES SIMULTANÉMENT; par le docteur Tavignot, ex-chef de clinique des maladies des yeux à l'hôpital de la Pitié.

Je crois, et j'ai déjà plusieurs fois exprimé cette opinion, que l'œil ne s'habitue pas en quelque sorte, comme on l'a prétendu, aux opérations chirurgicales. L'observation m'a plutôt démontré que les accidents inflammatoires surviennent aussi souvent après une seconde ou une troisième opération qu'à la suite d'une première ou d'une seconde. J'ajouterai même que, loin de paraître de plus en plus *tolérant* à mesure que l'on agit sur lui, l'œil se montre souvent de plus en plus *vulnérable*. Il semble en quelque sorte que l'état phlegmasique, bien que disparu, laisse l'organe de la vision dans des conditions plus propres pour contracter une nouvelle inflammation que celles qui existaient primitivement.

D'après ces données cliniques, j'ai fait tous mes efforts pour simplifier autant que possible les opérations graves que l'on pratique sur les yeux, et je regarde l'opération de la cataracte et celle de la pupille artificielle, faites simultanément, comme plus simples, en ce sens qu'elles offrent plus de chances de succès que pratiquées successivement et après un temps plus ou moins long.

Déjà plusieurs chirurgiens ont procédé ainsi dans leurs opérations, et après avoir établi une pupille artificielle, ils ont, séance tenante, abaissé, broyé ou extrait la cataracte coexistante. Ce sont ces différentes manières de faire que je vais examiner pour en déduire quelques préceptes applicables à la pratique. Posons d'abord nettement la question.

Les différentes espèces de cataractes que l'on peut rencontrer, après avoir pratiqué une pupille artificielle, ne se présentent pas toujours avec des caractères semblables : les unes sont des cataractes secondaires mem-

braneuses, plus ou moins adhérentes à l'iris ; les autres sont des cataractes primitives capsulaires ou capsulo-lenticulaires.

Les conditions dans lesquelles se trouve le malade qui doit être opéré peuvent servir à faire connaître à l'avance l'état de l'appareil cristallinien : ainsi il est évident que celui-ci ne sera pas à l'état normal si l'on pratique la pupille artificielle consécutivement à une opération de cataracte qui a échoué par suite d'une iritis, suivie de l'oblitération de la pupille. De là des modifications à introduire dans le manuel opératoire.

Mais si l'on peut jusqu'à un certain point prévoir la nature de la cataracte coexistante, on ne peut jamais apprécier d'une manière positive l'état de l'opacité capsulaire ou capsulo-lenticulaire avant l'établissement de la nouvelle pupille ; souvent même cette opacité se trouve masquée, à l'instant de l'opération de la pupille artificielle, par un épanchement sanguin qui s'accumule dans la chambre antérieure. Il faut alors débarrasser l'œil de ce corps étranger, à l'aide d'une petite injection d'eau tiède faite méthodiquement, d'après les indications déjà données par Forlenze ; puis on examine attentivement les conditions dans lesquelles se trouve ce nouvel obstacle à la vision.

J'agis différemment, selon que j'ai affaire à une cataracte *primitive* ou à une cataracte *secondaire*.

1° Cataracte primitive. — Un malade peut avoir eu une iritis suivie d'oblitération de la pupille, et présenter en même temps, soit sous l'influence de l'inflammation de l'iris, soit par une autre cause, une opacité de l'appareil cristallinien. Les cas de ce genre sont même assez fréquents. La pupille artificielle est établie ; le sang qui obstruait la chambre antérieure est entraîné au dehors par une injection faite avec la seringue d'Anel ; le chirurgien voit l'obstacle qui rend sa première opération inutile : comment va-t-il procéder pour conduire à bonne fin les tentatives qu'il a faites pour rendre la vue à son malade ?

Les trois méthodes principales d'opérer la cataracte peuvent, à la rigueur, être appliquées ici : ainsi on peut pratiquer l'abaissement, l'extraction ou le broiement de la cataracte. Néanmoins nous ferons remarquer que l'état particulier de l'œil que l'on vient d'opérer d'une pupille artificielle par excision n'est pas un état ordinaire qui se prête également à la manœuvre de chacune des trois méthodes indiquées plus haut.

En effet, si l'on veut pratiquer l'abaissement, à l'aide d'une aiguille introduite par la *sclérotique*, on éprouve quelques difficultés à dilater largement la capsule antérieure du cristallin,—à supposer qu'elle soit restée transparente, la lentille seule étant opaque, — car cette membrane, à la suite de l'écoulement de l'humeur aqueuse, se trouve presque accolée à la face postérieure de la cornée, et la pointe de l'aiguille a beaucoup de tendance, pendant les manœuvres, à blesser cette dernière membrane.

J'ai rencontré moi-même ces difficultés dans une opération de ce genre que j'ai pratiquée, et c'est pour cela que je les signale en passant. Or, si l'on ne déchire pas, dans une étendue suffisante, la capsule antérieure, bien que l'on ait très-heureusement déprimé le cristallin, l'opération peut échouer par le développement d'une cataracte secondaire antéro-postérieure. Ajouterai-je encore qu'en procédant ainsi, on fait en réalité subir au malade une double opération, et on s'expose à voir survenir les accidents qui sont propres à chacune d'elles. Or le mieux est assurément d'utiliser autant que possible la première opération pour exécuter la seconde sans léser de nouveau les différents tissus de l'œil.

On peut, en l'agrandissant d'une étendue suffisante, utiliser l'ouverture déjà faite à la cornée, et pratiquer l'extraction de la cataracte ; mais il importe pour cela que la pupille artificielle soit assez grande pour livrer passage à la lentille cristalline, ce qui n'a pas toujours lieu. J'ajouterai encore que les lésions organiques qui nécessitent l'établissement d'une pupille artificielle s'accompagnent parfois de diffluence du corps vitré, et qu'il y a à redouter, dans ces cas, l'issue d'une trop grande quantité de cette humeur.

Je n'ignore pas néanmoins que l'extraction du cristallin, alors même qu'il était resté transparent, a pu être faite sans accident, à la suite d'une opération de pupille artificielle par excision. Les docteurs Forlenze (1) et Sichel (2), etc., en ont rapporté des exemples, mais dans ces différents cas on avait fait primitivement une section très-étendue de la cornée, et l'idée de l'utiliser pouvait paraître très-rationnelle. Dans l'excision telle qu'on la pratique maintenant, au contraire, la cornée n'est intéressée que dans une étendue de 5 à 6 millim. ; c'est là un véritable progrès, car on a moins à redouter le développement d'une kératite purulente ; il faudra donc commencer, si l'on se décide à pratiquer l'extraction par agrandir l'ouverture cornéale, c'est-à-dire par ajouter à la gravité de l'opération première ; c'est ce que nous devons toujours chercher à éviter.

En résumé, sans prescrire d'une manière absolue l'extraction d'une cataracte à travers une ouverture artificielle de l'iris, je suis d'avis que cette opération ne saurait être conseillée dans tous les cas, et comme méthode générale ; il faudra avant de la pratiquer se laisser guider par l'inspection de l'œil, sans oublier de tenir compte de l'état de la pupille artificielle de la cataracte elle-même.

Le broiement a sur les deux méthodes précédentes un avantage incontestable à nos yeux, celui de pouvoir être, dans tous les cas, exécuté sans ajouter d'une manière sensible à la gravité de l'opération première. En effet, pour pratiquer la dilacération de l'appareil cristallinien, il suffit d'introduire obliquement par la plaie déjà faite à la cornée une aiguille à cataracte que l'on dirige vers la nouvelle pupille en ayant soin d'éviter la piqûre de l'iris ou de la cornée ; puis on pratique le broiement d'après les règles ordinaires.

Cependant je ferai remarquer que toutes les cavités ne sont pas également susceptibles d'être traitées par cette méthode. Les cataractes dures lui seront toujours réfractaires, de sorte que si l'on a affaire à une de ces variétés d'opacité cristalline, l'opération reste nécessairement incomplète, en ce sens que la capsule seule a été dilacérée par l'aiguille, tandis que la lentille reste intacte, ou a été seulement plus ou moins déplacée par la manœuvre opératoire.

En présence de ces difficultés, l'idée m'est venue d'avoir recours à l'une, puis à l'autre des deux méthodes suivantes qui me paraissent susceptibles de fournir de très-bons résultats, selon les circonstances propres à justifier leur emploi.

A. La première méthode n'est, en définitive, que la combinaison de l'*excision* ordinaire de l'iris par le procédé de Beer avec le déchirement pur et simple de la capsule antérieure d'après les idées formulées par Conradi et Jæger.

Rien de plus simple à pratiquer que cette double opération que l'on exécute à l'aide des mêmes manœuvres et sans changer d'instruments. En effet, l'ouverture de la cornée sert à la fois à l'excision de l'iris et au déchirement de la capsule ; la pince à crochet est également propre pour agir sur l'iris et ensuite sur la capsule elle-même.

Une fois l'opération terminée, le malade ne recouvre pas immédiatement la vue ; le cristallin resté en place finit par se ramollir peu à peu au contact de l'humeur aqueuse ; souvent des fragments s'en détachent et tombent dans la chambre antérieure où ils ne tardent pas à être résorbés. Enfin, après un temps variable, mais qui peut se prolonger plusieurs mois, le cristallin ayant disparu dans sa totalité, le malade recouvre la faculté de voir.

Lorsqu'il ne survient aucun accident phlegmasique à la suite de l'opération, on peut, surtout si le malade est encore à un âge où l'absorption est assez active, espérer un résultat des plus heureux ; mais il survient parfois une inflammation de la cornée sous l'influence du contact des fragments de cristallin tombés dans la chambre antérieure ; et cette inflammation qui d'ailleurs ne reste pas toujours limitée à cette membrane, en passant à l'état chronique, devient de plus en plus rebelle, entretenue qu'elle est par la présence des débris de la cataracte. J'ai vu cet accident survenir chez un de mes malades et faire échouer l'opération par l'opacité partielle de la cornée qui fut le résultat de la kératite chronique.

B. La seconde méthode, dont il nous reste à parler, consiste à utiliser l'ouverture de la cornée pour introduire dans la chambre antérieure une sorte de palette coudée qui sert à déprimer la cataracte à travers la pupille de nouvelle formation. Cet instrument est le même que j'ai imaginé pour pratiquer l'abaissement en masse de la cataracte par la keratonyxis (1). L'incision faite à la cornée pour l'excision de l'iris reste suffisante dans cette manière d'abaisser la cataracte, et cela simplifie d'autant l'opération elle-même.

J'ai eu l'occasion de pratiquer l'une et l'autre de ces deux méthodes, qui me paraissent applicables toutes deux dans des circonstances différentes. Ainsi je réserve la première méthode, qui consiste à combiner l'excision de l'iris avec le déchirement de la capsule antérieure pour les cas de cataractes adhérentes. Alors, en effet, l'abaissement en masse est difficile à obtenir, quelquefois même impossible, tandis que le déchirement de la partie centrale de la capsule est d'une exécution plus sûre et plus facile. Je préfère au contraire pratiquer, ainsi que je viens de l'indiquer, l'abaissement en masse par ma seconde méthode, toutes les fois que l'appareil cristallinien est libre d'adhérences.

2° Cataracte secondaire. — Lorsque la pupille artificielle est pratiquée sur un sujet qui a déjà subi, sans succès, l'opération de la cataracte, l'obstacle que l'on peut rencontrer derrière la nouvelle pupille ne saurait être autre chose qu'une cataracte secondaire. Le chirurgien qui opère dans ces conditions doit toujours prévoir cette cause d'insuccès. Pour l'éviter, autant que possible, je donne le précepte de faire à l'iris une ouverture ar-

(1) Forlenze. Rapport fait au préfet du Nord, etc., an XIII.
(2) Sichel, Rev. trimest. de Clin. ophth., 1837, p. 66.

(1) Tavignot. Traité clinique des maladies des yeux. p. 460.

tificielle telle, qu'elle se rapproche du cercle ciliaire assez pour livrer passage aux rayons lumineux par sa partie externe, à supposer que sa partie interne reste masquée par une opacité capsulaire ou capsulo-lenticulaire. Un de mes plus beaux succès de pupille artificielle est dû à cette manœuvre opératoire.

Mais on n'est pas toujours aussi heureux, et lorsqu'une pupille artificielle pratiquée après l'opération de la cataracte reste inutile pour le malade, obstruée qu'elle est par des fragments de cataractes secondaires, nous procédons de la manière suivante : si les fragments ne paraissent adhérer à l'iris dans une grande étendue, nous allons les saisir avec la pince, et nous les extrayons par l'ouverture déjà faite à la cornée ; dans le cas contraire, nous croyons qu'il est très-prudent de les abandonner à eux-mêmes, et nous avons alors recours, soit à l'excision d'une nouvelle portion d'iris dans un point plus rapproché encore du cercle ciliaire, soit à la méthode par décollement de l'iris.

Il est difficile de préciser d'une manière plus exacte la conduite du chirurgien en présence des différents cas particuliers. Ce n'est qu'avec le temps, l'observation intelligente des faits, l'expérience des erreurs passées, que l'homme de l'art finira par acquérir ce tact médical qui est au clinicien ce que l'inspiration est à l'artiste.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

SIMPLE RÉPONSE A CETTE QUESTION : « OU SONT-ELLES CES » MALADIES IMPUTÉES A LA VACCINE? QU'ON NOUS LES » MONTRE? POUR NOUS, NOUS NE LES VOYONS PAS » (BOUSQUET, 4 juillet 1850); par M. A. BAYARD, D. M. P.

> En 1813, la fièvre typhoïde n'attaquait que les individus *à la fleur de l'âge* (Serres et Petit, TRAITÉ DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE). En 1849, elle les atteint à 49 ans! Le germe de cette maladie ne semble-t-il pas avoir été semé sur les enfants à la mamelle, dans les dernières années du dix-huitième siècle? (CHRONOLOGIE MÉDICALE.)

Sommevoire (Haute-Marne) est une commune qui a une population d'environ 1,000 habitants. Située aux sources de la Voire, sa vallée est très-large, peu profonde ; les collines sont légèrement inclinées et bien boisées au sommet. Les eaux sont belles et abondantes; sans être torrentueuses, elles ne stagnent nulle part. Le sol est des plus fertiles ; il produit abondamment des froments recherchés, des plantes oléagineuses, etc. Son horticulture ferait l'agrément d'une petite ville. Sur les coteaux, malgré leur faible pente, se voient des vignes et des arbres fruitiers en abondance.

Sommevoire est une localité ancienne, formant autrefois deux provinces et jouissant alors du titre de bourg. La population se compose en majeure partie de cultivateurs, de vignerons; d'une trentaine d'ouvriers, non compris leur famille, travaillant à la fabrication et au moulage de la fonte, enfin de quelques personnes occupées à tisser un drap commun. Un bureau de bienfaisance, avec environ 5,000 fr. de rente, accorde des secours aux vieillards, aux indigents malades.

La moyenne des décès, calculés sur 18 ans, est de 23 ; depuis le mois de septembre dernier, elle s'élève à 42.

Vers la mi-septembre de l'année dernière, un jeune étudiant, qui quittait sa maison d'éducation, vint mourir de la fièvre typhoïde à Sommevoire. Dans peu de temps, cette mort fut suivie de trois nouveaux cas également mortels. L'hiver rigoureux ralentit la marche de l'épidémie. Pendant quatre mois on n'eut à regretter aucun accident nouveau ; mais à partir de mars 1850, la maladie se réveilla avec intensité et frappa sans interruption jusqu'à ce jour.

La fièvre typhoïde a été, dans cette commune, plus meurtrière qu'elle ne l'est d'habitude ; car moitié des atteints a succombé. Elle n'a pas plus épargné les personnes douées d'une belle constitution, placées dans les meilleures conditions hygiéniques que les autres. Le desservant, le notaire, son clerc, sont morts. Deux sœurs nubiles, belles filles, Zoé et Adélaïde M..., deux jeunes adolescents, frères encore, les deux D..., malgré leur bel âge, ou plutôt *à cause de cet âge*, n'ont pu vaincre le mal, qui a déjoué, ici comme ailleurs, toutes les chances que donnent la *moralité*, la tempérance, une bonne constitution, les précautions hygiéniques et un traitement sévère. L'épidémie a tout bravé. Deux choses seules sont à noter : 1° elle a respecté *les deux âges extrêmes de la vie*; 2° *elle n'a atteint que les vaccinés*.

J'ai puisé les renseignements pour les décès, sur les registres de l'état civil, le 10 juillet; ils m'ont été fournis par M. le secrétaire de la mairie. Quant à ceux qui concernent la constitution individuelle, les conditions hygiéniques, la marche et les progrès de la maladie, je les dois à M. Reynier (Ernest), médecin de l'endroit.

Le tableau qui va suivre est donc sous la responsabilité de trois personnes, osant me joindre aux deux citées, à cause de mon faible éloignement de Sommevoire, et de relations assez fréquentes avec plusieurs habitants.

« Dans cette épidémie, me dit M. Reynier, j'ai eu à constater des épi- » staxis, des hémorrhagies intestinales, des pétéchies, des ulcérations au » sacrum, un cas de parotite, suivi de guérison. »

« Cette maladie, ajoute-t-il, est pour moi contagieuse. Je crois votre apho- » risme vrai : *On sème la vaccine, on récolte la fièvre typhoïde.* »

Le département de la Haute-Marne n'a jamais figuré dans le compte rendu de M. Gaultier de Claubry sur les épidémies: ce serait la plus grande erreur que de croire qu'il en est exempt. J'affirme sur l'honneur que ce qui se passe à Sommevoire actuellement a été observé par moi dix fois au moins dans ma seule circonscription médicale. Je citerai, entre autres communes, celles de Doulevaut, Blaise, Courcelle, Haricourt, Guindrecourt, etc., me faisant fort, au moyen des registres de l'état civil, de prouver qu'elles ont perdu de la fièvre typhoïde une nombreuse jeunesse, principalement parmi les filles, et que toutes ces communes sont vaccinées sur toutes les contures.

» Condamnés en naissant, dit M. Bousquet à l'Académie de médecine, » le 25 juin dernier, à la petite vérole, nous payons en équivalents! » C'est exprimer en peu de mots une vérité de grand sens et de haute portée; j'ai dit, en d'autres termes : *Primo avulso, non deficit alter.*

Pour qu'une maladie puisse équivaloir à une autre, il faut qu'elle lui ressemble par ses symptômes généraux et locaux ; il faut qu'elle puisse la remplacer et se substituer à elle.

Quelle est donc la maladie qui, comparée à la variole, offre avec elle des caractères de similitude et de substitution ?

Je cite M. Serres; voici comment s'exprime le savant membre de l'Institut : « Si, dans la comparaison de ces deux maladies (variole et fièvre » typhoïde), on fait abstraction de l'éruption propre à chacune d'elles, on » trouve une *similitude parfaite* dans les phénomènes de la fièvre secon- » daire qui les constitue: même infection du sang, même permanence dans » la source de cette infection, même saturation de l'organisme par *un* » *principe délétère.* » (Serres, premier mém., § XXVII, 1847.)

« Pour le *fond*, de même que pour la forme, la fièvre typhoïde répète la » forme et le fond de la variole. » (Id., premier mémoire, § IX.)

« Quel sujet de méditations pour la *médecine* et les gouvernements! » Quelle *parenté* entre ces deux terribles affections! » (Id., troisième mémoire, § XXXIII.)

Pour ce qui est de la faculté de se substituer l'une à l'autre, il est dit : « Un sujet atteint de la variole ne l'est pas plus tard de la fièvre typhoïde, » et *vice versâ*. » (GAZ. DES HÔP., 18 décembre 1849.)

Ainsi similitude parfaite, substitution complète, voici ce qui existe entre ces deux affections, qui, à mes yeux, n'en sont qu'une avec deux variétés : variole faciale, apparente, et variole intestinale, latente.

Je suis d'accord avec M. Bousquet de tout point; je répète donc avec lui : « Condamnés en naissant à la petite vérole, nous payons en *équivalents.* »

Des raisons de convenance ne me permettent pas de produire l'état nominatif des personnes mortes de la fièvre typhoïde à Sommevoire; je me contente de rapporter un petit tableau récapitulatif. Qu'il me suffise donc de dire que 17 personnes sont mortes de la fièvre typhoïde, toutes vaccinées, ne portant nulle trace de variole naturelle ou inoculée, âgées de 15, 49, 20, 10, 11, 48, 24, 49, 44, 29, 18, 16, 9, 19, 31, 25, 18 ans. 4 ont succombé sur la fin de l'année dernière, et 13 à dater du 1er mai jusqu'au 10 juillet 1850.

RÉCAPITULATION.

	Hommes.	Femmes.	Totaux.
Morts	7	10	17
Age moyen	33 ans.	20 ans.	25 ans.
Age minimum	15 id.	9 id.	9 id.
Age maximum	49 id.	48 id.	49 id.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

I. ARCHIV FUR PHYSIOLOGISCHE HEILKUNDE.

Publié par les docteurs ROSER et WUNDERLICK.

(Suite.)

RECHERCHES SUR L'ACTION DU SOUFRE DORÉ D'ANTIMOINE; par le docteur BOECKER.

Les recherches que renferme ce travail ont été faites avec tout le soin dé-

sirable ; l'auteur a pris lui-même du soufre doré d'antimoine et a examiné les produits des sécrétions avant, pendant et après l'usage de ce médicament.

L'examen de l'urine a fourni des résultats intéressants.

Pendant l'usage du soufre doré, il y avait régulièrement une selle par jour, tandis que l'auteur restait plusieurs jours sans selles quand il ne prenait pas le médicament. Or toutes les fois que les déjections alvines augmentaient, la quantité de l'urine et particulièrement de ses parties solides diminuait ; c'est ce qui résulte des nombreuses analyses consignées dans son travail. Une circonstance intéressante, c'est que la quantité d'urine et des matières solides excrétées augmentait avec la dose du médicament, et *vice versâ*. Il est à noter aussi que les sels fixes en général, de même que les sels insolubles dans l'eau sont accrus par l'usage du soufre doré.

En général, il résulte des expériences de l'auteur que, pendant l'usage du soufre doré, il se fait un renouvellement plus rapide de tous les organes et de tous les tissus qui, lorsqu'ils ont cessé de vivre, sont expulsés par les reins comme matières excrémentitielles.

Il faut encore signaler l'augmentation de l'acide sulfurique, dont la quantité a presque doublé, ce qui provient du soufre de la préparation qui s'est changé en acide sulfurique pour former plus tard des sulfates dans l'urine.

L'auteur expose ensuite les résultats fournis par l'examen de l'exhalation pulmonaire. Pendant l'usage du soufre doré, il y a augmentation d'acide carbonique ; la quantité de ce gaz diminue peu à peu quand on cesse le médicament. La quantité de vapeur d'eau, au contraire, n'éprouve aucun changement.

Quant à son action sur le sang, l'auteur a trouvé qu'il diminue la quantité de ses parties constituantes solides. Le sang tiré de la veine, d'abord noir, rougissait peu à peu à l'air, et cela plus facilement que lorsqu'on ne faisait pas usage du médicament. L'étude microscopique du sang a fait voir que lorsqu'on rencontrait dans le sang normal des globules ponctués ou en étoile, ces globules disparaissaient pendant l'usage du soufre doré.

En résumé, le soufre doré d'antimoine augmente l'excrétion urinaire et l'exhalation d'acide carbonique ; il active les excrétions intestinale et cutanée, ainsi que les sécrétions des muqueuses ; il active donc les métamorphoses de l'organisme, et ce travail commence déjà dans le sang lui-même.

FRAGMENTS DE CHIMIE ET D'HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES ; par le docteur Gorup-Besanez.

L'auteur s'est livré à de nombreuses recherches chimiques et microscopiques sur le sang, l'urine, le lait, et sur la pathologie de la respiration ; nous en donnerons la substance.

Influence de l'éthérisation sur la composition du sang. — Les expériences ont été faites sur des lapins et sur des chèvres. La couleur du sang était à peine un peu plus claire. Il existait un grand nombre de corpuscules sanguins crénelés et comme entourés d'une couronne de perles. Le sang avait une forte odeur d'éther qui paraissait provenir surtout du sérum ; l'exhalation de ce liquide se faisait rapidement. Il y avait diminution des corpuscules sanguins et augmentation d'eau, ce qui explique la moindre quantité d'acide carbonique produit.

État du sang dans le cancer. — L'examen du sang a été fait sur trois malades affectés de diathèse cancéreuse. La séparation du cruor se fit assez promptement. Dans un cas, les corpuscules sanguins étaient contractés et crénelés ; ils formaient rapidement des colonnettes. Il y avait diminution de ces corpuscules, augmentation de fibrine, et dans un cas seulement augmentation du sérum.

Maladie de Bright. — L'examen du sang n'offre de constant que la diminution de l'albumine ; il a trouvé de l'urée dans un cas, dans un autre il n'en a pas rencontré ; il y avait tantôt augmentation de fibrine et diminution de globules, tantôt état normal des globules et diminution de fibrine.

Dans l'*ictère*, le sérum, après la coagulation, était d'un jaune foncé. L'albumine obtenue par la coction présentait, après la dessiccation, une belle couleur vert foncé ; rien par l'acide nitrique. Augmentation d'eau, diminution des globules, aucune augmentation dans la quantité de graisse.

Cirrhose du foie. — Un seul cas ; sang liquide, très-clair, sans couenne inflammatoire ; sérum légèrement irisé ; gâteau consistant. Pas de bile, pas de matière colorante de la bile ; de l'urée. Diminution des globules ; augmentation de graisse.

L'auteur a fait de nombreuses observations relatives à la composition du sang dans le cas de bruits particuliers perçus par l'auscultation des veines. Il a analysé, sous ce point de vue, le sang de 19 individus nullement chlorotiques, mais ayant des constitutions très-différentes. Il conclut de ses observations que les divers bruits veineux perçus par l'auscultation n'ont aucun rapport avec la composition du sang.

Recherches sur l'urine. — Relativement à la maladie de Bright, l'auteur rejette la distinction établie par Heller de trois stades caractérisés : le premier (stade congestionnel) par une urine sanguine, mais acide ; le second (stade chronique) par une urine pâle, et le troisième (stade de dissolution) par une urine sanguinolente, mais ammoniacale. La présence du sang dans l'urine et la nature de la réaction sont très-variables. Dans la plupart des cas, l'auteur a trouvé, ainsi qu'on l'admet généralement, diminution de l'urée, de l'acide urique et des sels fixes ; un grand nombre d'utricules granuleux et une quantité innombrable de noyaux de forme irrégulière réfractant fortement la lumière, et que l'auteur regarde comme les noyaux des cellules épithéliales des glandes, tandis que les utricules seraient des produits d'exsudation.

L'auteur a examiné l'urine des diverses autres maladies ; nous citerons, entre autres, celle d'un enfant rachitique qui offrait une réaction alcaline et laissait déposer un sédiment de cristaux de phosphate trébasique, du phosphate calcique amorphe et une substance organique insoluble dans l'acide chlorhydrique. L'urine contenait en suspension une grande quantité de globules graisseux. Il y avait des traces de matière colorante de la bile et une substance précipitable par l'acide acétique, soluble dans un excès de cet acide, et précipitée de nouveau par le cyanure ferroso-potassique, substance que l'auteur regarde comme de la caséine.

Dans ses observations pathologiques sur la respiration, l'auteur signale la diminution de l'acide carbonique dans la tuberculose et dans 2 cas de chlorose.

Le dernier article de ce long et important travail traite des pseudoplasmas.

M. Gorup-Besanez s'élève avec vigueur et même avec une sorte d'amertume contre les médecins qui n'ont pas encore renoncé aux idées reproduites de nouveau par MM. Lebert et Sédillot sur l'existence d'éléments spécifiques du cancer (cellules cancéreuses). Bruch le premier a fait voir que tous les éléments du cancer peuvent se rencontrer dans les tissus normaux, et que ce qui est caractéristique ce n'est pas la nature spécifique des éléments, mais bien leur arrangement et leur développement ; qu'on ne doit donc pas diagnostiquer un cancer par une seule cellule mère ou candiforme, mais par le caractère histologique du pseudoplasme. L'auteur est persuadé que pour décider du caractère bénin ou malin d'un tissu, il faut joindre aux recherches histologiques l'histoire de toute la maladie. Voici le résumé des nombreuses recherches qu'il a faites pour éclairer cette question qui intéresse à un si haut point la théorie et la pratique. Il croit que dans le premier degré du développement, alors qu'on ne trouve encore aucune différence entre les blastèmes de bonne ou de mauvaise qualité, il est impossible d'établir une diagnose au point de vue chimique, pas plus qu'au point de vue histologique ; tandis que plus tard on peut reconnaître avec certitude un cancer à l'arrangement des parties élémentaires. Il n'admet pas la distinction établie par Bruch, qui croit qu'il faut regarder comme malignes toutes les nouvelles formations, desquelles on peut exprimer un liquide crémeux contenant des cellules en voie de développement et montrant le réseau blanc de Müller, tandis qu'il faudrait considérer comme de bonne nature celles dont le contenu est aqueux ou graisseux, ou qui ne contiennent que des fibres avec des noyaux intercalés. Sans doute toutes les tumeurs avec pulpe crémeuse et cellules à développement endogène sont de mauvaise nature, mais *l'absence de pulpe et de cellules endogènes ne prouve rien en faveur de la bénignité de la tumeur*.

L'auteur cite plusieurs observations concluantes qui viennent à l'appui de cette dernière assertion. Le diagnostic des pseudoplasmes est toujours difficile, à cause des changements qu'ils éprouvent suivant leur âge.

M. Gorup ne croit pas, comme Bruch, à l'existence d'un blastème originairement identique, tel que toute tumeur bénigne pourrait devenir maligne sous certaines influences ; il pense que le blastème est différent dès l'origine.

En terminant, M. Gorup parle du cancer épithélique observé d'abord par Ecker à la lèvre, puis par Rokitanski dans diverses régions du corps et dont le caractère histologique consiste dans l'existence de cellules épithéliformes, et il combat l'opinion de leur bénignité. Si l'on peut, dit il, appeler maligne une tumeur qui croît, se reproduit après l'extirpation, envahit la profondeur des tissus, suppure et cause de vives douleurs, on sera obligé de convenir que les cancers épithéliques qui offrent souvent ces caractères, doivent aussi appartenir aux tumeurs de mauvaise nature ; car ici la question n'est pas de savoir si ces sortes de tumeurs sont toujours malignes, mais plutôt si elles peuvent le devenir.

II. MEDICINISCHES CORRESPONDENZ-BLATT.

DE LA PRODUCTION DE LA NÉCROSE DANS LES FABRIQUES D'ALLUMETTES CHIMIQUES; par le docteur BAUR.

Pour le docteur Baur, les vapeurs de phosphore sont la cause immédiate de la nécrose des os, dans les fabriques d'allumettes chimiques.

Les vapeurs de phosphore qui se dégagent pendant les divers procédés de fabrication, sont constituées par de l'acide phosphoreux et principalement par de l'acide phosphorique.

Or ce dernier acide, combiné avec la chaux, constitue une partie importante des sels terreux des os; à la vérité, il s'y trouve à l'état de phosphate de chaux basique, insoluble dans l'eau; par l'arrivée d'une nouvelle quantité d'acide phosphorique, qui est absorbée et qui pénètre dans l'os, le phosphate de chaux basique se trouve transformé en phosphate acide de chaux, sel très-soluble dans l'eau, et qui même est déliquescent à l'air libre. De cette manière l'os perd la consistance qu'il devait principalement au phosphate de chaux basique; il se ramollit, et par suite de ces transformations des principes inorganiques insolubles qu'il renfermait, s'enflamme, suppure et se nécrose.

Comme la maladie débute toujours avec une carie dentaire ou par une dent cariée, cette transformation du phosphate de chaux basique en phosphate de chaux acide se fait immédiatement, sans qu'il soit nécessaire de faire intervenir le mucus de la bouche ou le périoste; les vapeurs phosphorées se trouvent en contact direct avec les dents, se comportent à leur égard comme nous l'avons dit, et finissent par arriver jusqu'à l'os maxillaire.

Cette manière de voir est confirmée par les analyses d'os nécrosés faites par Bibra, etc., où l'on trouva une prédominance de la substance organique, avec une diminution des sels de chaux, et principalement du phosphate de chaux.

D'après cette théorie, les moyens préservatifs consisteraient:

1° A empêcher l'action des vapeurs phosphorées sur les dents par un masque, ou mieux encore par un mouchoir, auquel serait fixée une éponge imbibée d'eau ou d'une liqueur alcaline (soude ou potasse); on empêcherait ainsi ces vapeurs d'arriver au nez et à la bouche des ouvriers.

2° Dans les ateliers, il serait facile d'avoir des vases plats, remplis d'une lessive alcaline qui attireraient les vapeurs phosphorées.

3° Si les individus qui travaillent dans cette industrie présentent des chicots ou des dents creuses, il faudrait faire usage d'un mastic dentaire, qui comblât ces cavités. En même temps on recommandera à tous les ouvriers de soigner leurs dents, qu'on leur fera nettoyer souvent, ainsi que le visage, avec un liniment calcaire. (Ag. calcis, 30 gr.; ol. pap. albi., 15 gr.)

Le traitement curatif proposé par le docteur Baur nous paraît un peu trop chimique; tout en soustrayant le corps à l'action des vapeurs phosphorées, il s'agit de ramener le phosphate acide de chaux déjà formé à l'état basique. Il espère y parvenir en saturant l'économie avec des bases salines, et principalement avec la chaux; ainsi on donnerait à l'intérieur de l'eau de chaux, du carbonate de chaux, des sels de soude ou de potasse très-solubles, des bains alcalins, etc. Un régime lacté, des viandes blanches, des légumes, composeraient l'alimentation. L'auteur nous apprendra peut-être plus tard si le traitement est venu confirmer sa théorie sur la production d'une affection que sa fréquence et son intensité mettent au rang des infirmités, suite des progrès de la civilisation.

GUÉRISON D'UNE CATARACTE AVEC AMAUROSE TRAUMATIQUE; par le docteur FISCHER.

OBS. — Un forgeron est blessé par un éclat de cuivre enflammé, qui lui endommage l'œil à tel point, qu'après vingt-cinq jours de traitement seulement cet homme put reprendre son travail. La cornée, la sclérotique, la conjonctive, avaient été le siége d'inflammations successives qui avaient nécessité des moyens énergiques. En même temps il existait une douleur déchirante le long du trajet du nerf sus-orbitaire jusque vers l'occiput. Depuis le moment de l'accident, la vision était perdue dans cet œil.

Six mois après, cet homme vint trouver le docteur Fischer; il voulait être débarrassé d'une opacité dans l'œil qui avait été blessé; on voyait alors un nuage dirigé vers le bas de la cornée, hors de l'axe visuel; il existait aussi quelques adhérences filamenteuses entre la face inférieure de l'iris et la face postérieure de la cornée; le cristallin, complétement opaque, était légèrement déplacé vers le bas. L'opération de la cataracte fut exécutée et réussit parfaitement. Au bout de quinze jours, le malade put se lever; mais l'œil restait toujours entièrement insensible à l'action de la lumière.

Des douleurs intermittentes ayant reparu le long du trajet du nerf frontal, on résolut d'entreprendre un traitement spécial pour cette amaurose traumatique qui, selon toute apparence, tenait d'une part à la commotion des nerfs ciliaires, et de l'autre à une extravasation sanguine entre la rétine et la choroïde. En conséquence, on donna à l'intérieur le *merc. iodat. flavus*, demi-gramme par dose; une décoction de sénégue avec sel ammoniac, quatre cuillerées à bouche par jour. A l'extérieur, on appliquera tous les deux jours une mouche de Milan sur le trajet du nerf sus-orbitaire. Après quinze jours de l'emploi de ces moyens, un matin à son réveil le malade distingua un nuage qui se mouvait continuellement de haut en bas.

On appliqua environ huit vésicatoires, et après avoir employé à plusieurs reprises des vapeurs ainsi composées:

Spirit. salis amoniac. caust.
Liquor. anod. min. Hoffman.
Ol. mentz. pip.

la vision s'améliora à tel point que le malade distinguait les caractères d'impression les plus fins; il resta cependant un léger strabisme convergent.

OBSERVATIONS TIRÉES DE LA PRATIQUE; par le docteur CAMERER.

I. — DE LA VALEUR SÉMÉIOTIQUE ET PRONOSTIQUE DU HOQUET DANS LES FIÈVRES TYPHOÏDES.

Sydenham, en parlant du hoquet dans les fièvres typhoïdes, s'exprime ainsi: « Hoc symptoma plerumque senibus (febri continuâ laborantibus) » post copiosas evacuationes accidit vel per secessum et diarrhæâ vel » maxime per vomitiones, atque sæpenumero mortem præ foribus adesse » denunciat. » (Sect. 1, cap. 4.)

OBS. — Le docteur Camerer rapporte le fait d'un homme âgé de 67 ans, d'une forte constitution, qui fut pris d'une fièvre typhoïde avec irritation cérébrale. Traité dès le principe par le calomel, le malade, au huitième jour, éprouva des sueurs abondantes, après lesquelles une amélioration sensible se déclara dans tous les symptômes; mais quelques jours après il survint une *éruption aphteuse* sur les deux côtés de la langue; en même temps le malade fut pris d'un *hoquet* très-pénible, qui le tourmentait surtout la nuit. Cependant les autres phénomènes morbides ne s'aggravaient point; si ce n'est une insomnie fatigante, qui paraissait due à ce hoquet. (Sulfate de quinine avec laudan. et lim. gazeuse.) Au bout de quelques jours, sous l'influence de ces moyens, le hoquet disparut, et la maladie marcha vers la guérison.

Sydenham, qui croyait avoir remarqué que le hoquet survenait après l'emploi de ce qu'il appelle les *medicamenta asperiosa*, employait le diascordium à haute dose (8 grammes).

Le calomel, dans ce cas n'avait-il pas contribué à produire ce hoquet, surtout, si on considère qu'il existait aussi un état aphteux de la bouche et de l'œsophage? Stoll, d'ailleurs, dans son ouvrage des PRÆLECT. IN DIVERS. MORB. CHRON., regarde aussi les aphtes comme susceptibles de déterminer le hoquet, et engage les médecins lorsque la cavité buccale et les levres deviennent le siége d'une éruption de ce genre à s'attendre à voir apparaître le hoquet d'autant plus grave que les aphtes s'étendent plus profondément vers l'estomac.

II. — SUR LA PHLEGMASIA ALBA DOLENS.

Le docteur Camerer a recueilli onze observations de *phlegmasia alba dolens*, dont il nous communique les résultats.

Toutes ces femmes ont guéri, à l'exception d'une seule qui a succombé à une fièvre typhoïde consécutive à la *phlegmasia alba*. Cette malade était d'ailleurs antérieurement déjà dans un état cachectique très-prononcé. Il n'est resté ni infirmité ni affection d'aucune espèce, si ce n'est chez une femme où un œdème compacte du tissu cellulaire (*œdema scirrhosum*) de la partie inférieure de la cuisse a persisté assez longtemps.

La maladie n'a jamais été suivie de suppuration; presque toujours elle s'est terminée par la résolution de l'engorgement, sans élimination sensible d'un produit morbide.

Ces femmes étaient entre 26 et 40 ans; deux femmes avaient 26-28 ans; une seule avait 40 ans; toutes les autres étaient dans leur trentième année.

La maladie s'était déclarée après des couches en général faciles, dans 7 cas, du dixième au quatorzième jour après l'accouchement, une fois huit jours après, une fois six semaines après, une fois douze semaines après.

Le pied droit a été envahi 7 fois, le pied gauche 4 fois, malgré l'opinion que la *phlegmasia alba* siége de préférence à gauche.

L'époque de l'année et la température n'ont pas paru exercer d'influence marquée sur la production de la maladie; celle-ci, en effet, s'est déclarée dans toutes les saisons; cependant 7 cas ont eu lieu en automne et au printemps; ce qui coincide avec des variations de température et des occasions plus fréquentes de refroidissement.

Outre ces conditions climatériques, quelques-unes de ces femmes avaient été affectées antérieurement de rhumatisme; d'autres ont présenté, soit au début, soit à la fin de la maladie, une éruption miliaire, toutes conditions qui se rapportent parfaitement à ce qu'on appelle la *constitution atmosphérique rhumatismale*. N'est-il pas permis d'admettre d'après cela que cette constitution favorise le développement de la *phlegmasia alba dolens*?

Le traitement du docteur Camerer a été établi suivant ce principe posé par Autenrieth, son maître, qu'il faut chercher à diminuer et à faire cesser l'état de tension où se trouve tout le système vasculaire, en administrant des remèdes antispasmodiques associés à des moyens antiphlogistiques non débilitants, tels que l'herbe de digitale unie au calomel.

A l'intérieur, l'auteur a donné la digitale en infusion, avec du nitre ou de l'acétate de potasse; d'autres fois, il l'a prescrite en substance unie au calomel; en même temps il prescrivait des frictions avec l'huile de genièvre et l'huile de jusquiame; en général, dans l'espace de trois semaines, il a toujours obtenu la résolution de l'engorgement, sans phénomènes critiques apparents.

Un autre médicament, qui lui paraît mériter la préférence, parce qu'il calme la violence des douleurs, aussi sûrement que promptement, c'est l'opium, que l'auteur a toujours employé sous forme d'extrait aqueux, ordinairement uni au nitre.

Le docteur Camerer n'a jamais dû avoir recours à une médication antiphlogistique énergique; il n'a pas dû recourir aux émissions sanguines, soit locales, soit générales.

OBSERVATION D'ILÉUS CONGÉNIAL; par le docteur Schüz.

Obs. — Le docteur Schüz fut appelé à sa campagne chez un enfant, âgé d'un jour, venu à terme, bien constitué, qui n'avait pas encore eu d'évacuation alvine et qui rendait tout ce qu'il buvait; plusieurs lavements déjà administrés avaient été rendus aussitôt, en même temps qu'une petite quantité de mucus blanchâtre, gélatineux. L'excrétion urinaire n'est pas troublée; l'enfant est très-agité, gémit beaucoup; abdomen ballonné. Ouverture anale très-petite, étroite; à peine si l'on parvient à introduire l'extrémité de l'auriculaire, jusqu'à un demi-pouce dans le rectum. Il est impossible d'arriver plus loin, soit avec des sondes élastiques, soit avec des cathéters solides, de divers numéros. Supposant une imperforation du gros intestin, à partir d'un demi-pouce au-dessus de l'anus, l'auteur tenta de pratiquer une ouverture artificielle par le rectum. Un filet de sang s'écoula pendant un quart d'heure, aussitôt après l'opération; le sang reparut encore; il n'y eut point d'évacuation de méconium, et l'enfant succomba dans la nuit.

A l'autopsie, on trouva la cavité abdominale remplie par 4 à 6 onces de sang liquide, d'un brun rougeâtre; la mort avait été le résultat d'une hémorrhagie intérieure.

Le gros intestin présenta la disposition suivante : le cœcum et l'appendice vermiculaire avaient une dimension normale et étaient remplis de ces mucosités blanchâtres, dont nous avons parlé. Mais à partir de là jusqu'au rectum, le gros intestin avait tout au plus la grosseur d'un fort tuyau de plume; d'apparence pâle, très-mobile, il renfermait une petite quantité de mucosités.

L'intestin grêle était normalement développé jusqu'à son extrémité inférieure, et de plus en plus distendu, à mesure qu'on approchait de la fin, par du méconium.

En examinant les diverses parties de l'intestin grêle, on arriva à un double bourrelet, au delà duquel il était distendu en forme de boudin par un méconium épais, tandis qu'au-dessous de ce double bourrelet, jusqu'à jonction avec le gros intestin, c'est-à-dire dans une longueur de 3 à 4 pouces, l'intestin grêle était rétréci et raccorni jusqu'au volume d'une plume de corbeau; en même temps il était presque entièrement oblitéré, car c'est avec peine qu'un stylet de baleine, put trouver la lumière du canal intestinal et y avancer.

Quant à l'hémorrhagie observée immédiatement après l'opération, elle provenait d'une perforation du rectum par le trocart, qui avait pénétré dans la cavité abdominale, et de là dans l'anse intestinale de l'intestin grêle la plus proche, en intéressant des vaisseaux assez considérables.

(La fin au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 19 AOUT.

Cette séance a été consacrée à des objets entièrement étrangers à la médecine.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 20 AOUT. — PRÉSIDENCE DE M. BRICHETEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend :

Trois lettres du ministre du commerce avec envoi d'échantillons d'eaux minérales et demande d'avis sur des remèdes secrets.

ACCIDENT PRODUIT PAR LE CHLOROFORME.

M. Delarue fait part à l'Académie du fait suivant. Ayant été appelé, il y a un mois, à Conflans-Sainte-Honorine, pour donner des soins à une femme affectée d'une vaste plaie gangréneuse de la cuisse avec trajets fistuleux, qui nécessita des débridements, M. Delarue eut recours au chloroforme, qu'il employa à la dose de 5 grammes, dont il imbiba une éponge que la malade respira pendant cinq minutes. Mais au moment où il procéda au débridement, il trouva la patiente la tête inclinée sur l'épaule droite, la figure injectée, rendant par la bouche une écume sanguinolente, la respiration et le pouls pour ainsi dire insensibles. M. Delarue imprima sur le champ des secousses réitérées sur la poitrine, il fit mettre des compresses d'eau froide sur le front, ainsi que des sinapismes aux pieds, en même temps qu'il titilla la luette avec le doigt. Immédiatement après, quelques mouvements surgirent dans les paupières; il survint des vomissements abondants, et la malade revint à la vie en conservant pendant un quart d'heure au moins l'œil hagard et une très-grande loquacité. (Commis. du chloroforme.)

HUILE IODÉE SUBSTITUÉE AUX HUILES DE FOIE DE MORUE ET DE RAIE.

M. Personne, pharmacien en chef de l'hôpital du Midi, envoie un travail intitulé : Recherches sur les huiles de foie de morue et de raie et préparation d'une huile iodée pour les remplacer dans l'usage médical.

L'auteur résume son mémoire dans les conclusions suivantes :

1° Les différentes huiles de foie de morue et de raie ne contiennent pas toutes une même quantité d'iode, et il est très-probable que cet élément ne s'y trouve pas à l'état d'iodure de potassium, mais bien à l'état de combinaison intime avec le corps gras.

2° Ces huiles ne renferment pas de phosphore, et si on y en a rencontré accidentellement, ce phosphore provient de débris de la substance du foie tenus en suspension dans l'huile essayée. Par conséquent ce n'est donc pas à cet agent mineral que l'on doit attribuer, ainsi qu'on l'a fait, les propriétés médicales de ces huiles.

3° Si on doit attribuer l'action thérapeutique de ces huiles à l'iode qu'elles renferment, ne serait-il pas plus rationnel de leur substituer une huile préparée de toute pièce, contenant une quantité connue et constante d'iode et au même état que celui-ci se trouve dans les huiles précitées?

4° Dans la réaction de l'iode sur les matières grasses, une partie de ce corps leur enlève à l'état d'acide iodhydrique une certaine quantité d'hydrogène auquel une autre portion se substitue équivalent à équivalent, et constitue un composé dans lequel l'iode fait partie des éléments de l'huile.

5° La possibilité de préparer une huile offrant toujours la même proportion d'iode et au même état de combinaison que ce corps se trouve dans les huiles de foie de raie et de morue, devrait engager les praticiens à faire usage d'un médicament qui offrirait d'ailleurs l'avantage d'être dépourvu de la saveur et de l'odeur repoussantes que l'on rencontre dans ces dernières. (Comm., MM. Gibert, Ricord et Guibourt.)

COLORATION NOIRE EXTRAORDINAIRE DU VISAGE.

M. Gibert lit, au nom d'une commission composée de MM. Baillarger, Bérard et Gibert, un rapport sur un travail de M. le docteur Bousquet, de Saint-Chinian (Hérault).

M. le docteur Bousquet a adressé à l'Académie, en janvier de cette année, deux observations remarquables (suivies de réflexions théoriques et pratiques), l'une relative a une *pustule maligne*, l'autre à un fait extraordinaire de *coloration noire* du visage, accompagnée de circonstances qui rendent, suivant les expressions de l'auteur, cette observation si singulière *qu'il n'en existe peut-être aucun autre exemple* dans les auteurs soit anciens soit modernes.

Nous ne ferons qu'indiquer la première observation, suivie pourtant de réflexions judicieuses sur le parallèle établi entre la *pustule maligne* et le *charbon*. Ce qu'elle offre de plus remarquable, c'est le développement, au moment où la convalescence semblait s'établir, d'un *purpura hæmorrhagica* que l'auteur désigne sous le nom de scorbut et qui a de nouveau réduit la malade à toute extrémité. Le traitement tonique, astringent et révulsif a réussi. C'est aussi celui que conseillent Werlhoff et Behrens qui, dans le siècle dernier, ont décrit cette affection comme distincte du scorbut et lui ont opposé le quinquina uni au landanum.

Pour ma part, dit M. le rapporteur, j'ai encore plus de confiance dans l'extrait de ratanhia.

Le fait capital du mémoire de M. le docteur Bousquet est le suivant :

Une femme âgée de 21 ans, à la suite d'une toux convulsive qui présentait quelque analogie avec la coqueluche, vit se développer aux paupières une teinte bleuâtre qui ne tarda pas à devenir noire et à envahir toute la figure, s'arrêtant brusquement aux oreilles et au col, parties dont la couleur resta normale.

On aurait dit d'abord que le visage avait été enduit d'une couche d'indigo, et plus tard d'une couche de cambouis; en sorte que la malade ressemblait à une négresse quant à la figure. Le lavage enlevait la couche noire (qui déteignait aussi sur le linge), et alors la peau était d'un blanc légèrement bleuâtre, comme paraît celle du menton fraîchement rasé chez les hommes qui ont la barbe noire. Puis se montraient de petites gouttelettes d'une sueur noire qui ne tardait pas à reproduire la couche colorante enlevée.

Pendant tout le temps que la figure resta noire, la malade éprouva une violente céphalalgie; la toux avait complétement disparu. Un traitement révulsif et dérivatif fut mis en usage, et le visage fut lavé avec une décoction de quinquina animée d'eau-de-vie camphrée.

La coloration avait commencé vers la fin du mois d'août 1849; le teint parut s'éclaircir au commencement de décembre; puis dans un seul jour, le 9, la teinte noire disparut tout à fait.

Vingt-cinq jours plus tard, cette femme ayant mis les pieds nus sur le sol, la teinte noire reparut momentanément, mais pour se dissiper en peu de jours.

Il est à remarquer que, pendant toute la durée de cette bizarre affection, les menstrues n'ont offert aucun dérangement.

L'auteur croit ce fait unique dans la science. En examinant, en effet, les observations qui sembleraient, au premier abord, avoir quelque analogie avec la précédente, on n'en trouve aucune qui présentent réunies toutes les conditions qui se rencontrent dans le cas signalé à l'attention de l'Académie par M. Bousquet.

Ainsi le fait consigné en 1817 par M. Rostan dans le Bulletin de la Faculté de médecine est à la vérité un exemple de coloration noire de la peau survenue subitement, dans l'espace d'une nuit, à la suite d'une violente impression de chagrin; mais on n'y observe point cette exhalation apparente dont le produit tachait le linge, et d'après l'autopsie, la coloration paraissait siéger dans le corps muqueux de la peau et être constituée par une altération véritable du *pigmentum*.

Dans les cas de ce genre, la coloration est le plus souvent permanente et persiste jusqu'à la mort.

Toutefois, on observe aussi cette coloration due au *pigmentum* altéré, mais temporaire, dans le *pithyriasis nigra*, maladie de la peau assez rare, dont quelques exemples se sont présentés dans l'épidémie de Paris de 1828, caractérisée particulièrement par un *érythème* spécial des extrémités, et désignée par quelques médecins sous le nom d'*acrodynie*, à cause des accidents nerveux qui l'accompagnaient chez un certain nombre de sujets.

Mais, dans le *pythiriasis nigra* (dont Alibert a rapporté une observation sous le titre d'*éphélides scorbutiques*), il n'y a point de transsudation de la matière colorante, et le linge mis en contact avec la peau ne se colore point en noir.

Au contraire, dans une observation publiée par Billard dans les Archives de médecine, en 1831, sous le nom de *cyanopathie cutanée*, la matière colorante, comme dans le fait rapporté par M. Bousquet, se faisait jour à travers la peau et colorait le linge dont on se servait pour essuyer les téguments; seulement, cette matière était bleue au lieu d'être noire.

Dans le cas que nous venons de citer, l'auteur admet que la matière colorante qui pénétrait la peau et transsudait au dehors était fournie par le sang.

Nous croyons aussi que, chez la malade de M. Bousquet, c'est à une altération du sang qu'il faut rapporter la coloration de la peau et l'espèce de sueur noire qui s'opérait à la surface du tégument; en sorte que ce fait devrait être rapproché des exemples connus de *sueur de sang*, plutôt que des cas de coloration noire proprement dite, soit temporaire, soit permanente, qui est due à une altération du pigment.

Quoi qu'il en soit, dans l'observation de M. Bousquet, comme dans quelques autres publiées dans les journaux de médecine, la coloration de la peau (ainsi que la sueur noire partielle) se dissipa au bout d'un certain temps, sans que l'on puisse clairement établir que cet heureux résultat doive être attribué aux moyens de traitement (d'ailleurs très-rationnels) mis en usage par le médecin (1).

En résumé, l'observation qui vous a été communiquée par M. le docteur Bousquet, de Saint-Chinian (Hérault), mérite de trouver place comme *cas rare* dans les fastes académiques.

Le mémoire de M. Bousquet est rédigé avec soin et annonce un praticien judicieux et bon observateur.

J'espère donc que vous voudrez bien accueillir les propositions suivantes, qui serviront de conclusions à ce rapport, savoir :

1° Qu'une lettre de remerciments soit adressée à l'auteur;

2° Que son nom soit signalé à la commission qui sera nommée prochainement pour dresser une liste de candidats aspirant au titre de membre correspondant;

3° Que son mémoire soit honorablement déposé dans les archives de l'Académie;

4° Que l'observation curieuse relative à la coloration noire du visage soit remise au comité de publication pour pouvoir être insérée dans les mémoires de la compagnie.

M. Émery ne croit pas que l'affection dont il s'agit soit le résultat d'une hémorrhagie, mais bien d'une exsudation des follicules sébacés, c'est l'*acné sébacéa*, contre lequel Biett a indiqué un moyen empirique qui lui a assez bien réussi.

M. Gibert : Il n'y a à mon avis aucune analogie entre cette affection et l'*acné sébacéa*, la cause qui paraît l'avoir déterminée, son mode de développement, la rapidité de sa disparition, tout contredit cette analogie.

M. Castel : C'est avec raison qu'on a attribué l'accident dont il s'agit à une hémorrhagie. L'hémorrhagie et le changement de couleur de la peau reconnaissent une même cause, qui est l'atonie.

M. Bérard pense que la coloration noire de la peau pouvait s'expliquer par une transsudation sanguine, mais il déclare n'être pas en mesure de se prononcer sur le fond de la question dans le cas dont il s'agit.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

(1) On lit dans les Annales cliniques de Montpellier (janvier 1822) l'observation d'une femme chez laquelle le hasard fit découvrir, à la suite d'un accouchement naturel, la coloration en noir des téguments de l'abdomen : cette coloration diminua graduellement et finit par disparaître en une douzaine de jours.

ECTOPIE DU COEUR.

M. Follin présente un fœtus monstre qui offre entre autres difformités nombreuses une ectopie du cœur.

Voici les renseignements qu'il donne sur cette monstruosité :

Le lundi 12 août, une dame accoucha naturellement d'un enfant qui succomba après trois ou quatre inspirations.

La tête, les deux bras, et la partie supérieure de la poitrine de cet enfant sont normalement conformés; mais de la partie inférieure et antérieure du côté gauche de la poitrine et du côté gauche de la paroi abdominale, on voit sortir plusieurs viscères importants.

Le cœur fait saillie à travers une perforation du diaphragme. Cet organe, dirigé obliquement de haut en bas et de droite à gauche, a subi une inversion telle, que sa face postérieure est dirigée en avant; aussi distingue-t-on très-nettement les oreillettes et les ventricules.

Le cœur est complétement recouvert par son enveloppe péricardique, et la pointe du péricarde est fixée par un long filament fibreux au tégument externe.

Les gros troncs vasculaires font communiquer le cœur avec l'intérieur de la cavité splanchnique.

A gauche du cœur, on aperçoit deux petits lobules appartenant au poumon gauche. Ces portions du poumon communiquent avec la cavité pleurale par un pédicule assez mince qui les relie au reste de la masse pulmonaire.

Au-dessous du cœur, on voit le foie, dont la forme générale n'a pas changé. Le petit lobe de Spigel occupe, par rapport à l'estomac, sa position normale.

A gauche du foie, on trouve l'estomac et la rate, qui lui est fixée par l'épiploon gastro-splénique. Au-dessous d'eux, on distingue une certaine étendue de l'intestin grêle. Point de trace apparente de gros intestin dans sa position ordinaire.

En écartant l'intestin grêle, qui flotte librement, on reconnaît de chaque côté les reins assez volumineux, et au-dessous d'eux de petits corps qu'à leur configuration générale j'ai cru être les testicules surmontés de leur épididyme.

L'appareil génital externe se compose d'un appendice assez analogue à un clitoris, lequel est entouré par deux replis cutanés.

De chaque côté et au-dessous, dans une sorte de rigole, on distingue deux petits pertuis qui correspondent aux ouvertures des uretères; car la vessie fait défaut.

Il n'existe point d'ouverture anale; mais un peu au-dessus de l'appendice génital, on trouve, dans une sorte d'enfoncement, deux ouvertures, dont l'une correspond à la terminaison de l'intestin grêle, et l'autre à celle d'un gros intestin qui se cache derrière l'intestin grêle, et après un pouce et demi de trajet se termine en cul-de-sac.

Cet enfant présente en outre deux pieds-bots.

Voici maintenant ce qu'ont offert les battements du cœur.

Après qu'eurent cessé quelques inspirations, nous vîmes le cœur qui continuait à battre d'une façon à peu près régulière.

L'accouchement eut lieu à deux heures environ, et depuis ce moment jusqu'à quatre heures, ces contractions n'ont pas cessé. Toutefois, notre examen n'a pu être fait régulièrement que pendant une demi-heure.

A dix heures du soir, certaines contractions se manifestaient encore; mais elles avaient une très-grande faiblesse, et ne naissaient qu'à de rares intervalles.

Le lendemain matin, à sept heures, sous l'influence d'une légère piqûre, les oreillettes se contractaient encore, mais tout avait cessé dans les ventricules.

Ces battements du cœur étaient rares, 13 par minute environ, mais parfaitement réguliers du reste.

Voici ce qu'on observait :

Les oreillettes et les ventricules étant dilatés, on voyait, par un mouvement brusque et rapide, les oreillettes se contracter en subissant un mouvement de retrait qui ne laissait point se dessiner les fibres musculaires.

Aussitôt ces oreillettes revenaient à leur volume primitif et à leur immobilité.

Immédiatement après, les ventricules se contractaient. Cette contraction, bien différente par son expression, de celle des oreillettes, se faisait d'une manière lente et graduelle de la pointe à la base. On aurait dit le sang lentement exprimé des cavités ventriculaires. Toutefois, entre la contraction des oreillettes et celle des ventricules, il existait un intervalle appréciable à la vue plutôt qu'aux instruments chronométriques ordinaires. L'appréciation du temps qui séparait ces deux contractions pourrait peut-être s'évaluer à un quart de seconde.

Après leur contraction, les ventricules se remplissent sans mouvement brusque. On dirait que les fibres musculaires se relâchent. Dès lors les cavités ventriculaires sont gonflées et remplies de sang avant la contraction des oreillettes. Vient ensuite un temps d'immobilité assez considérable.

Pendant la contraction des ventricules, la pointe du cœur était portée en avant et à droite; en même temps le cœur exécutait sur son axe une véritable rotation, un vrai mouvement de roulis. Rappelons-nous ici l'espèce d'inversion que le cœur a subie.

La contraction des fibres ventriculaires s'effectuait de la pointe à la base. Très-forte et très-distincte à la pointe, elle diminuait de bas en haut tellement qu'à la base cette contraction était peu appréciable.

Pendant cette contraction des ventricules, le cœur présentait assez distinctement les figures données par M. le professeur Gerdy sur la structure musculaire de cet organe.

Dans chaque ventricule, la contraction des fibres paraissait indépendante d

celles du ventricule voisin; chaque système se contractait isolément, et c'est vers la ligne médiane du cœur au point qui correspondait à la cloison interventriculaire que le mouvement m'a paru s'arrêter, La contraction serait donc surtout énergique sur les bords latéraux du cœur. Ce défaut d'harmonie se traduit encore dans ce fait, que le ventricule du côté gauche, chez notre enfant, est le premier à s'élever et à se porter en avant.

Nous avons essayé de percevoir avec le stéthoscope ou l'oreille quelques bruits de ce cœur. Trois d'entre nous ont distinctement et à plusieurs reprises entendu des bruits secs et parcheminés; l'un de nous a cru les entendre doubles à chaque fois. Mais nous n'avons pu, à cause de la rapidité de ces contractions, les rattacher à l'une ou l'autre d'entre elles.

Cet examen a toujours été fait sans que le stéthoscope appuyât sur le cœur.

Quand les mouvements du cœur se sont affaiblis, on trouvait souvent deux contractions ventriculaires pour une des oreillettes; puis peu à peu les contractions ventriculaires se sont effacées, et les oreillettes seules ont continué à battre.

Toute sensibilité et tout mouvement avaient depuis longtemps disparu chez cet enfant, dont le cœur seul exprimait un fait vital. (Comm. : MM. Bérard et Gerdy.)

FIÈVRE JAUNE PROVENANT DE LA TRAITE DES NOIRS.

M. Audouard lit un mémoire sur l'étiologie de la fièvre jaune qu'il fait provenir de la traite des noirs. (Ce travail est la reproduction d'un mémoire présenté par l'auteur à l'Académie des sciences et dont la Gazette Médicale a rendu compte.)

ABLATION DU MENTON PAR UN COUP DE CANON.

M. Hutin, chirurgien en chef des Invalides, présente le moule en plâtre de la tête d'un invalide dont le menton avait été enlevé par un coup de canon.

Cet invalide reçut, le 16 mai 1811, un coup de biscaïen qui frappa sur la partie inférieure et latérale de la face, de gauche à droite, en brisant le menton.

La peau, le tissu cellulaire, les muscles, les vaisseaux, les nerfs, le squelette furent violemment arrachés, broyés et emportés. L'os maxillaire inférieur disparut presque en entier, il ne resta de lui que les condyles, les apophyses coronoïdes, les échancrures sygmoïdes et environ un centimètre et demi de la portion des branches qui les supportent. La paroi inférieure de la bouche fut également arrachée, les muscles genio-glosses, genio-hyoïdiens, et, en un mot, toutes les parties constitutives des régions sus-hyoïdiennes disparurent pour ne former qu'une vaste plaie, bornée en bas par l'os hyoïde, sur les côtés par les régions parotidiennes, en haut par la voûte palatine et la langue, l'arcade dentaire supérieure et la portion des joues située au-dessus des conduits de Stenon restés intacts. La langue avait été respectée dans sa plus grande étendue, mais ses attaches inférieures, fortement lacérées, avaient disparu dans toute sa moitié antérieure.

Lors de son admission aux Invalides, cet homme ne vivait que de liquides ou d'un brouet clair péniblement dirigé vers l'œsophage. La parole était inintelligible, la respiration était gênée. Sujet à une toux assez fréquente, il n'était pas le maître de retenir ou de pousser au dehors les mucosités bronchiques arrivées au delà du voile du palais. Il perdait la plus grande partie de sa salive; les digestions se faisaient mal. Il maigrissait chaque jour davantage.

Un menton d'argent, muni d'une plaque pour soutenir la langue, remédia en partie à ces inconvénients; la mastication seule lui manqua toujours. Avec le temps, la langue se rétracta vers l'os hyoïde; sa pointe, épaissie et arrondie, s'abaissa; sur toute la périphérie de la plaie, la peau avait rejoint la membrane muqueuse et s'était cicatrisée avec elle. Les cicatrices et leurs environs étaient d'un rouge animé. Du côté gauche de la face, la rétraction des parties molles avait été assez forte pour découvrir et laisser à nu toute l'arcade dentaire La langue, abandonnée à elle-même, se relevait très-difficilement; si on la soulevait à l'aide d'un instrument, on remarquait des adhérences intimes avec les parties voisines. Les glandes sublinguales atrophiées, indurées, d'un rouge brun, s'étaient accolées à sa face inférieure. Un tissu fibreux serré et peu sensible la retenait abaissée.

L'odorat n'avait rien perdu de sa sensibilité; il n'en était pas de même du sens du goût qui était presque anéantie.

Cet invalide a succombé récemment aux suites d'une péricardite.

— M. Bégin présente, au nom de M. Jobert, un individu sur lequel ce chirurgien a pratiqué la rhinoplastie.

La séance est levée à cinq heures moins un quart.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS DE MAI 1850; par M. le docteurs Brown-Séquard, secrétaire.

I. — PHYSIOLOGIE.

EXISTENCE D'UN MOUVEMENT RHYTHMIQUE DANS LE JABOT DES OISEAUX; par M. Brown-Séquard.

Quand on ouvre le jabot d'un oiseau, et surtout celui d'un pigeon, à l'époque de la digestion, on voit fréquemment des mouvements rhythmiques, parfaitement réguliers, dans le jabot et l'œsophage. Si l'on asphyxie l'animal, ces mouvements deviennent extrêmement énergiques. Le nombre habituel des mouvements, dans un temps donné, est de dix à vingt par minute. (25 mai.)

II. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

KYSTES ÉPITHÉLIAUX CHEZ LE BOEUF; par M. Follin.

M. Follin met sous les yeux de la Société une énorme tumeur qui provient du poitrail d'un bœuf. Cette masse est formée par la réunion d'un certain nombre de mamelons; mais à l'extérieur on croirait voir un paquet de circonvolutions liées les unes aux autres et convergeant toutes vers un pédicule commun plus étroit.

Les plus saillantes de ces masses ont 13 centimètres de largeur, et les plus petites 3 seulement. La peau qui recouvre cette tumeur est grisâtre, écailleuse et sèche. Sur certains points on y voit des dépôts de lamelles d'épiderme desséché. Quelques poils rares s'y montrent aussi : de là un contraste avec la peau velue du reste du corps de l'animal, et dont on retrouve les caractères autour du pédicule de la tumeur.

Quand on fait une coupe sur une de ces masses, on distingue au centre deux tissus blanchâtres servant d'enveloppe à une quantité considérable de points d'une couleur variable, formés par des dépôts de produits divers.

Dans la plupart des masses, ce sont des dépôts d'une matière jaune, de consistance mollasse comme celle du beurre.

Le volume de ces dépôts est très-variable : les uns sont gros comme une tête d'épingle; les autres ont plusieurs centimètres de diamètre.

Ces produits jaunâtres ne se délayent pas dans l'eau; ils s'isolent facilement de l'endroit où ils se trouvent, et on les voit alors entourés par une enveloppe blanchâtre, lisse en dedans, adhérente en dehors, mais qu'il est facile d'arracher à l'aide de pinces. Cette poche est formée par du tissu fibreux.

Sur d'autres points on rencontre une matière grisâtre, sans odeur, et analogue au miel pour son aspect extérieur.

Enfin, dans le mamelon le plus volumineux, l'aspect intérieur n'est plus le même. Au centre, on trouve une masse presque sèche, grise, composée de couches concentriques dont les plus externes sont les plus sèches. Une poche cellulo-fibreuse limite cette masse, qui est entourée de plusieurs petits kystes jaunâtres.

La disposition anatomique de ces tumeurs ne permet pas d'y voir autre chose que des kystes sébacés considérablement développés. L'examen microscopique de leur contenu vient confirmer cette idée. Dans les substances d'aspects divers, jaunes ou grises, que nous avons examinées, nous avons toujours trouvé de grandes cellules épithéliales pâles, avec ou sans noyau, irrégulières, de 0mm,08 en moyenne pour leur plus grand diamètre. Dans la matière complétement jaune, nous avons de plus trouvé des globules jaunâtres, arrondis, granuleux à leur centre, et qui ressemblaient assez à des noyaux épars de cellules épithéliales.

M. Gellé a souvent trouvé dans le bœuf des kystes à peu près semblables à ceux-ci; il les a vus dans l'épaisseur des joues, aux lèvres et dans diverses régions du corps. Jamais, selon lui, ces kystes ne guérissent spontanément, et pour en débarrasser l'animal, l'extirpation est le meilleur moyen.

III. — PATHOLOGIE.

1° OSTÉOSARCOME DU BASSIN; par M. Bouchut.

Une femme âgée de 42 ans, malade depuis quatre mois, est morte à l'Hôtel-Dieu après avoir présenté les symptômes suivants :

Une douleur aiguë, constante, fixée au genou gauche, a signalé l'invasion de la maladie. Cette douleur, que n'augmentait pas la pression, resta ainsi localisée quelque temps; bientôt elle se fit sentir à la jambe, dans la direction du péroné, et elle s'étendit jusque sur le dos du pied, près des orteils. Elle remontait aussi quelquefois à la cuisse et jusqu'à la fesse, sur le trajet du nerf sciatique; mais à ce moment elle devint intermittente, irrégulière, paraissant tantôt le jour, tantôt la nuit, et accompagnée d'élancements plus ou moins considérables.

Le membre inférieur droit ne présentait rien de semblable.

La malade était couchée sur le dos, le bassin contourné à droite, la cuisse demi-fléchie sur le ventre, le genou porté aussi du côté droit et la jambe en état permanent de flexion. Elle finit par ne pouvoir plus quitter ce décubitus, que l'on a donné avec raison comme caractéristique des affections de la hanche, et lorsqu'on essayait d'allonger le membre, on déterminait les plus vives douleurs.

La hanche n'était pas déformée, la pression sur le trochanter nullement douloureuse. La pression au pli de l'aine et les mouvements causaient seuls de la douleur.

La malade dépérissait chaque jour, quoiqu'on eût réussi bien des fois à calmer ses douleurs à l'aide d'applications endermiques de sulfate de morphine; elle tomba enfin dans le marasme, et elle mourut.

Les viscères thoraciques, examinés avec soin, ne présentaient aucune altération.

Le foie, les reins et la rate étaient sains.

L'intestin était distendu par des gaz et rempli de matières liquides jaunâtres. Injection assez vive de la muqueuse du jejunum et de l'iléon, mais pas d'ulcération en aucun point de son étendue.

Les ganglions mésentériques paraissent très-nombreux, rouges, un peu tuméfiés, mais sans autre altération.

L'articulation coxo-fémorale gauche est saine à l'extérieur.

La capsule fibreuse est intacte, et après sa division, il s'écoule une grande

quantité de synovie sanguinolente. Du côté opposé, la synovie est claire, limpide et filante. Le ligament cotyloïdien est intact.

A gauche, la tête du fémur, de volume normal, est molle et se laisse facilement pénétrer par le scalpel. Le cartilage est rugueux, sale et aminci.

Le tissu spongieux est raréfié, très-mou et infiltré de bouillie rougeâtre. Jeté sur le sol, il sonne comme du carton mouillé; jeté dans l'eau, il surnage le liquide.

Du côté opposé, la même partie de l'os, examinée comparativement, est dure, résistante, impossible à pénétrer par le scalpel, coule au fond de l'eau, résonne enfin comme de l'os, et rebondit quand on la jette sur de la pierre.

A gauche, la cavité est plus profonde que du côté droit. En y mettant le doigt, on la défonce et on pénètre dans le bassin, dans une masse énorme formée par l'os iliaque, converti en une substance molle, spongieuse, formée d'aréoles fragiles, remplies d'une bouillie rougeâtre lie-de-vin foncé. Le doigt y pénètre comme dans un morceau de poumon splénisé.

L'os coxal est malade depuis le milieu de la crête du détroit supérieur jusque près du pubis. La branche transversale, la branche descendante et la branche ischiatique de cet os sont affectées.

Il en résulte une tumeur qui, dans son plus grand diamètre, a 20 centimètres de diamètre et qui en a 12 de large.

La coupe, facile à opérer avec le couteau ou la scie, est grenue, remplie d'aspérités formées par des cloisons osseuses. Ces cloisons circonscrivent des aréoles très-larges; elles sont très-fragiles et disparaissent sous la moindre pression. En quelques points, elles paraissent même avoir disparu.

Les aréoles sont remplies d'une bouillie rougeâtre, semblable à la boue splénique. En deux ou trois points, dans la largeur d'un centimètre, cette bouillie est plus pâle et semble renfermer une matière blanchâtre, diffuse, dont nous allons bientôt donner les caractères.

A droite, bien que l'articulation coxo-fémorale soit saine, l'os coxal est également affecté; seulement l'altération est moins avancée que dans le côté gauche.

Derrière la branche horizontale du pubis, se trouve une tumeur du volume d'un œuf, formée par la dégénérescence de cette partie de l'os et de la branche descendante du pubis. Cette tumeur ferme à peu près le trou obturateur; elle est constituée par une trame osseuse développée dans le périoste, et son intérieur est rempli d'une matière tout à fait semblable à celle que nous venons de décrire dans l'os iliaque gauche. Les nerfs sciatiques étaient sains.

2° SUR UN CAS DE TUMEUR ENCÉPHALOÏDE INTRA-CRANIENNE; par M. GUBLER.

« Une femme de 65 ans entra dans le service de M. Rayer, le 11 novembre 1847, pour une paralysie qu'elle rapportait à une chute. On constata une hémiplégie incomplète du côté gauche, accompagnée de roideurs, de contractions involontaires et de douleurs dans les membres paralysés; les membres droits étaient eux-mêmes affaiblis.

» A la longue, les mains se rétractèrent par la flexion exagérée des doigts; les douleurs et les contractions des membres, stationnaires pendant plusieurs mois, prirent à la fin une nouvelle intensité; l'appétit et le sommeil se perdirent; la maigreur et la faiblesse devinrent excessives. Une pneumonie ultime détermina la mort, qui eut lieu le 29 août 1848.

» AUTOPSIE. — Les articulations interphalangiennes et métacarpo-phalangiennes des deux mains étaient altérées. Dans chaque jointure, la surface cartilagineuse de l'os supérieur était partagée, par une rainure transversale, en deux moitiés, l'une antérieure, offrant un cartilage sain, en rapport avec l'os inférieur, l'autre postérieure, recouverte d'un cartilage aminci au point de laisser voir par transparence des végétations de la substance osseuse sous-jacente. Dans les rainures, l'os était à nu. » La synoviale était injectée.

» Les poumons étaient, dans leurs lobes inférieurs surtout, congestionnés et même hépatisés.

» Le cœur et les organes abdominaux ne présentaient aucune lésion importante.

» Sur le lobe moyen de l'hémisphère droit du cerveau existait une masse noirâtre, arrondie, du volume d'un petit œuf de poule, qui, le cerveau étant enlevé, restait adhérente à la dure-mère et entraînait avec elle une couche de substance corticale. Ainsi se trouvait ouverte une cavité creusée aux dépens des circonvolutions cérébrales, et qui était remplie d'un tissu cellulaire extrêmement fin.

Des vaisseaux volumineux, partant de la pie-mère, se répandaient sur la tumeur. La dure-mère était, dans le voisinage de celle-ci, couverte d'une couche vasculaire, mais d'ailleurs nullement altérée dans sa texture. La tumeur était constituée par une substance molle, demi-transparente, d'une nuance lilas, semblable, en un mot, à la substance corticale du cerveau d'un fœtus à terme, et par un épanchement de sang poisseux très-foncé en couleur.

» L'examen microscopique, fait en commun avec M. Lebert, a fourni les résultats suivants :

» Une lame mince du tissu de la tumeur, examinée avec un grossissement de 50 diamètres, montra de très-nombreux vaisseaux sanguins, soit des troncs, soit des rameaux plus petits, et des réseaux de capillaires à parois nettement délimitées et remplies de globules sanguins. Le tissu qui entourait ces vaisseaux ne montrait ni fibres ni éléments graisseux; il était entièrement composé de cellules cancéreuses, qui ont été examinées avec un grossissement de 800 diamètres et ont paru entourées d'une substance intercellulaire. Les cellules sont rondes ou irrégulières, de 0^{mm},012 à 0^{mm},015, renfermant un noyau ovoïde de 0^{mm},0075 à 0^{mm},01, muni de deux nucléoles de 0^{mm},0025.

» L'épanchement sanguin montra des transformations bien diverses d'hématine, des taches jaunes, de petits globules d'un jaune doré de 0^{mm},005 et de grands globules ronds ou ovoïdes de 0^{mm},025, formés par l'agglomération de ces petits globules d'un jaune doré; enfin des cristaux losangiques d'un rouge hyacinthe, qui, traités par l'acide nitrique, ont passé par le série des colorations que ce réactif fait subir à la matière colorante de la bile. Plusieurs mois auparavant, M. Gubler avait observé le même phénomène en examinant la matière jaune chamois qu'on trouve à la place des anciens foyers apoplectiques du cerveau; mais déjà un observateur très-distingué, M. Virchow, avait, en Allemagne, fait un travail fort remarquable sur ces altérations de l'hématine, peu connues en France.

» M. Gubler pense que cette tumeur cancéreuse s'est développée dans la piemère, et que plus tard elle a contracté des adhérences avec la dure-mère. Selon lui, dans des cas analogues à celui-ci, les masses cancéreuses se développent du côté du cerveau, et non point du côté des parois crâniennes, tandis que, dans les fongus de la dure-mère, la dégénérescence respecte l'encéphale, mais s'empare des os et des téguments. La dure-mère serait donc une barrière infranchissable au développement du tissu cancéreux. »

(La fin au numéro prochain.)

BIBLIOGRAPHIE.

LE CHOLÉRA A STRASBOURG EN 1849, ENVISAGÉ SOUS LE POINT DE VUE DE SON MODE DE PROPAGATION; par le docteur AUGUSTE SPINDLER. (Thèse inaugurale.) — Strasbourg, 1850.

On l'a dit souvent, ce n'est pas dans les grands centres de population, ce n'est pas non plus au sein des épidémies les plus meurtrières, qu'on est le mieux placé pour étudier la contagion des affections épidémiques. Les localités moins populeuses, les épidémies de médiocre intensité, offrent; au contraire, des conditions d'examen très-favorables en ce qu'elles permettent quelquefois de saisir l'épidémie à son point de départ et de la suivre dans les différents modes et les voies multiples de sa propagation. Sous un rapport, Strasbourg pourrait opposer à la recherche de sérieuses difficultés; à travers sa population assez nombreuse, même en n'y comprenant pas la garnison, il ne serait pas aisé de débrouiller clairement la filiation des cas particuliers, si le fléau venait à se déchaîner tout à coup avec violence. Heureusement il n'en a pas été ainsi du choléra de 1849. Le tableau dressé par M. Spindler, relativement au mode de répartition des cas par cantons, rues et maisons, ne donne qu'un total général de 278. Dans une sphère aussi circonscrite, il était possible à un observateur actif, laborieux, soutenu par l'amour de la vérité, de s'enquérir de chaque fait isolément, de chercher le lien qui pouvait le rattacher à d'autres faits antérieurs ou postérieurs, de manière à reconstituer historiquement, du commencement à la fin et dans chacun de ses moments, l'évolution de l'épidémie. C'est cette tâche qu'a entreprise M. Spindler, et nous pouvons dire tout de suite qu'elle l'a mené à l'un des meilleurs, des plus solides travaux qu'ait produits depuis longtemps l'étude du mode de propagation des affections épidémiques.

M. Spindler commence par distribuer la totalité des cas suivant les rues où ils ont pris naissance, et le premier résultat de cette répartition est de montrer que l'épidémie a presque toujours procédé par foyers plus ou moins considérables. Sur les 278 cas, 229 se sont développés dans des foyers, et 49 seulement sont restés isolés. L'activité moyenne de chaque foyer est représentée par 10 malades; en retranchant même le grand foyer de l'hôpital, on trouve encore en moyenne 7 malades. Ce n'est là encore qu'une présomption assez éloignée de propagation contagieuse. Mais la présomption est déjà rendue plus forte par une remarque qui n'avait encore, à ce que nous croyons, été faite par personne, à savoir : « que la simultanéité de l'apparition du choléra dans deux endroits ou sur deux personnes est l'exception, que la règle dominante est l'existence d'un intervalle de temps entre l'époque de l'invasion de deux localités, de deux voisins. » Ainsi, l'invasion de l'hôpital civil a été successive, et il y a un intervalle de vingt-sept jours entre les époques de l'envahissement de la première et la dernière salle. Pour les maisons d'une même rue, la succession a été la même, et l'auteur donne à cet égard des renseignements détaillés où rien ne manque, pas même l'indication des numéros. Enfin, pour ce qui concerne les habitants d'une même maison, on voit le choléra s'étendre d'abord aux membres de la famille du premier malade et n'atteindre que plus tard les autres habitants de la maison et ceux des maisons voisines. Il y a plus : on voit parfois la maladie partir d'un point, non pas seulement pour envahir le voisinage, mais pour pousser des pointes au loin, à plusieurs lieues de distance par exemple. Eh bien ! l'auteur a calculé que la longueur de ces sortes de projections n'excède jamais l'intervalle que peut parcourir un homme dans l'espace de temps qui, d'après l'ensemble des observations, s'écoule entre la communication d'un homme malade avec un homme sain et le début de la maladie chez le second. Ainsi cet espace de temps, calculé

d'après les faits les plus probants, étant de un, deux, trois et rarement quatre jours : *en moyenne*, cinquante et une heures, l'individu qui, après avoir séjourné dans un foyer épidémique, partira pour une autre localité, sera frappé, s'il doit l'être, dans le premier, le second ou le troisième jour de son voyage, très-rarement dans le quatrième.

Nous savons bien qu'on ne manquera pas d'arguments contre ces données générales; on expliquera la formation des foyers, sans qu'ils soient, uniquement par la concentration du miasme épidémique, par la suractivité que peut lui communiquer l'encombrement ou toute autre circonstance accidentelle; on jettera du doute sur la corrélation établie entre la longueur des irradiations cholériques et la durée de ce que les contagionistes considèrent comme une incubation. L'auteur le dit quelque part très-justement; les adversaires obstinés de la contagion se ménagent toujours les avantages de l'attaque, aussi bien que ceux de la retraite, et il ne leur en coûte pas de mettre des hypothèses à la place des faits. De notre côté, nous ne serions pas embarrassés d'opposer des raisons à celles de nos adversaires; mais nous aimons mieux transporter la question sur un autre terrain où M. Spindler va nous fournir des armes irrésistibles, le terrain des faits particuliers.

Sur dix-sept foyers épidémiques bien constatés et rendus indéniables par l'indication des rues, des maisons et des malades, il en est huit où la succession des cas a pu être régulièrement suivie. Or ce qui ressort de là, c'est une longue démonstration expérimentale de la contagion, à tel point que, lorsqu'on veut offrir au lecteur un échantillon de faits concluants, on est vraiment embarrassé du choix. Jetons cependant un coup d'œil sur quelques-uns des foyers, et d'abord sur celui qui a marqué l'entrée du choléra à Strasbourg.

Une enfant de 4 ans, revenue, le 14 août, de Lützelhausen, où régnait le fléau, meurt du choléra à Strasbourg le 18 du même mois. Une jeune fille de 18 ans se fait conduire dans la chambre où se trouvait le corps de l'enfant, y passe quelques instants et retourne chez elle. La nuit même, elle éprouve du malaise, des coliques, de la diarrhée, puis, le 21 août, les symptômes les plus caractérisés du choléra, dont elle guérit. L'appartement qu'occupait cette fille était habité aussi par son oncle et sa tante. Le 23 août, l'oncle est pris d'une cholérine qui, le 25, se transforme en choléra. A la même époque, sa femme est prise d'une diarrhée qui cède à dessoins appropriés. A partir de ce moment et de jour en jour, l'affection cholérique s'étend aux habitants de la même maison d'abord, puis à ceux des maisons les plus voisines.

Dans une autre rue (la rue de la Madeleine), une femme va visiter à l'hôpital civil, son beau-père malade du choléra. Le lendemain, 25 septembre, elle a de la diarrhée, deux jours plus tard des évacuations caractéristiques et un commencement d'algidité qui se dissipèrent sous l'influence d'un traitement convenable. On va dire que cette femme était venue se soumettre, dans l'enceinte de l'hôpital, à une influence épidémique commune à tous les habitants. Mais que répondre à ce qui suit? Un enfant de 2 ans qui occupait un autre appartement au même étage et venait habituellement voir la malade, est atteint, le 28 au matin, après une diarrhée prodromale, d'un choléra grave; il succombe dans la soirée. Un homme qui habitait une chambre placée au-dessus de celle de l'enfant, déshabille celui-ci peu de temps après sa mort; le lendemain, il se plaint de diarrhée; le 2 octobre, vers midi, le choléra se déclare et l'emporte après vingt-sept heures de maladie.

Nous venons de parler de l'hôpital civil; là aussi la doctrine de la contagion trouve à s'appuyer sur des faits remarquables. Qu'on en juge. Un local, séparé du bâtiment principal et habité par la portion la plus infirme des femmes pensionnaires de l'hospice, comprend deux salles au rez-de-chaussée et autant au premier étage. En outre sont annexées au premier étage, deux petites pièces réservées aux malades atteints de variole. Ce furent ces deux pièces, pouvant contenir chacune quatre lits, qui furent réservées aux premiers cholériques. Le 28 août, l'état sanitaire des quatre salles était très-satisfaisant; on n'y observait même pas d'accidents gastro-intestinaux. Dans la matinée du même jour, une femme cholérique est transportée à l'hôpital général, où elle reste seulement quelques heures, puis évacuée dans une des petites pièces du pavillon. Du 28 au 31, la même pièce reçoit, du dehors directement, quatre nouveaux malades. Celle qui était destinée aux hommes reçoit son premier malade le 30, et un second le 31. Il faut ajouter que les salles du premier étage avaient été évacuées le 30, mais que celles du rez-de-chaussée avaient conservé leurs pensionnaires. Qu'arriva-t-il? Le 1[er] septembre, le choléra se déclara dans la salle de l'hôpital général qui avait reçu les pensionnaires du pavillon, pensionnaires évacuées, comme on l'a vu, après deux jours de communication obligée avec les cholériques, le service ayant été fait des deux côtés par le même personnel. Six cas suivent le premier. Le 2 septembre, l'une des salles non évacuées est envahie, et dès lors l'on y peut suivre le mal, pour ainsi dire, de lit en lit. Puis l'épidémie gagne la salle adjacente. Des quarante pensionnaires renfermées dans ces deux salles, vingt-quatre furent atteintes et six seulement ne succombèrent pas. Pendant ce temps, le choléra étendait ses ravages vers le bâtiment des enfants et des épileptiques.

Un des arguments qu'on a le plus fait valoir contre la doctrine de la contagion a été la prétendue immunité des personnes consacrées au service des malades. Il est vrai qu'à Strasbourg les prêtres ont été épargnés et les médecins ont très-peu souffert. Mais les sœurs de charité ont payé leur tribut; et quant aux infirmiers de l'hôpital, qui étaient seulement au nombre de dix, ils ont compté quatre victimes. C'est, comme on le voit, une assez dangereuse *immunité*.

Nous ne dirons plus qu'un mot; il sera relatif à une question plus controversée encore que celle de la contagion d'individu à individu, à la question de transport de la maladie par des effets contaminés. M. Spindler fait remarquer à ce sujet que les cas isolés ont été rares au début de l'épidémie et nombreux à son déclin, « alors, ajoute-t-il, que la quantité d'objets de literie, provenant des cholériques et disséminés par l'héritage et la vente, devait être le plus considérable. » Ce n'est là, on le pense bien, même dans l'esprit de l'auteur, qu'un aperçu bien éloigné d'une démonstration. Mais voici un fait qui, s'il se renouvelait un certain nombre de fois, aurait une signification plus précise. Le 12 septembre, une femme bien portante, habitant une maison envahie par le choléra, prend la fuite et va chercher un refuge dans une rue éloignée. L'hôte qui la reçoit est frappé le même jour du choléra et meurt le lendemain. La femme continua à jouir d'une bonne santé, et aucune autre personne de la maison ou de la rue ne fut atteinte.

Nous nous sommes attaché à dessein, dans le remarquable travail de M. Spindler, à la partie substantielle, à celle qui fournit un appui direct à la doctrine de la contagion. Un devoir de conscience nous oblige néanmoins à ajouter qu'on trouvera dans ce travail des vues doctrinales très-judicieuses et témoignant d'une bonne et forte éducation médicale. Un appendice contient aussi, sur l'histoire anatomique et symptomatologique du choléra qui a régné à Strasbourg, quelques documents propres à être utilisés avec avantage pour une histoire générale de l'épidémie de 1849.

VARIETÉS.

— L'Académie de médecine ne tiendra pas séance mardi prochain, à cause des dérangements occasionnés par son déménagement. La séance du mardi suivant aura lieu dans son nouveau local, situé rue des Saints-Pères.

—Le choléra s'est étendu dans toute la partie méridionale des États-Unis : il s'est montré à Albany, à Indiana, dans les districts d'Harrisson et de Clermont, à Louisville, dans le Kentucky et à Savannah. A Cincinnati, neuf cas se sont déclarés dans la même journée et dans la même habitation. A Saint-Louis, on comptait 60 morts par jour, dont 25 du choléra.

A Malte, le 2 août, le choléra n'avait pas suspendu ses ravages : sur 69 cas, on comptait 41 morts. On cite une des compagnies du 44[e] régiment qui a perdu pendant l'épidémie la moitié de son effectif.

— Rapports hebdomadaires des naissances et des morts a Londres (27 juillet.) — La mortalité, qui, dans les deux semaines précédentes, s'était élevée à 781 et 783, a atteint aujourd'hui le chiffre de 898. Dans les semaines correspondantes des neuf années de 1840 à 1848, le chiffre le plus bas, qui se rencontre en 1843, est de 749 décès. La mortalité de 1848, la plus élevée, montait à 1,201. En 1849, pendant le choléra, la mortalité a atteint, dans la même période et à la même époque de l'année, le chiffre de 1,931. La moyenne de la mortalité, pendant les dix années de 1840 à 1849, est de 1,022 : ce qui donne, avec la correction nécessaire à l'augmentation de la population, 1,115.

Les morts par *phthisie* ou *consomption* sont moins nombreuses, 121, tandis que le chiffre des années précédentes flotte entre 120 et 156.

Les maladies *zymotiques* ou épidémiques ont causé 272 morts. La petite vérole, la scarlatine, la rougeole, la coqueluche, le typhus, ont peu différé de la moyenne ordinaire; mais les affections comprises sous le nom de *diarrhée* sont devenues plus fréquentes et plus graves, comme le démontrent les chiffres 40, 37, 51, 104, qui indiquent la mortalité causée par cette affection dans les quatre dernières semaines. Sur 114 personnes mortes de diarrhée dans la période dont nous donnons la statistique, 84 étaient des enfants au-dessous d'un an, 14 étaient entre 1 et 60 ans, 6 avaient au moins 60 ans. 13 cas figurent sous la désignation de *choléra*. Il est bon d'ajouter que, parmi ces 13 décès, 9 appartiennent à des enfants au-dessous d'un an, et qu'en 1846, à la même époque de l'année, on comptait 26 cas de choléra à Londres, tandis qu'en 1849 le chiffre des cholériques s'élevait, dans cette semaine, à 783.

— M. Édouard Robin ouvrira, le 26 août, par la physique expérimentale, la chimie et l'histoire naturelle, une nouvelle série de cours préparatoires au baccalauréat ès sciences et au premier examen de médecine. Ils auront lieu tous les jours, le dimanche excepté. Le cours de chimie sera commencé à deux heures et demie, celui de physique à une heure un quart, et celui d'histoire naturelle à trois heures et demie.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE SANITAIRE.

CONSTITUTION MÉDICALE DU DEUXIÈME TRIMESTRE DE 1850.

(Deuxième article. — Suite, voir le n° 33.)

Comme nous l'avons dit dans notre précédent article, le caractère principal, dominant, de la constitution médicale du second trimestre de 1850, a été l'intermittence. Ce caractère, qui s'était déjà montré en janvier dernier, pour s'effacer en grande partie pendant les mois de février et mars, s'est de nouveau et fortement accusé depuis le commencement d'avril jusqu'à la fin du trimestre. Il n'a même pas entièrement disparu. Tout le monde sait que la fièvre intermittente n'est pas très-commune à Paris, et quand elle y existe, il arrive souvent que ses accès ne sont ni bien réguliers, ni bien définis. Il en a été tout autrement cette année. Nous ne parlons pas, bien entendu, de ces restes d'affections paludéennes que les colons rapportent d'Algérie et qui continuent à affluer à la consultation du bureau central; nous ne tenons compte que des fièvres contractées à Paris. Les hôpitaux en ont reçu, pendant tout le trimestre, mais principalement dans les mois de mai et de juin, un nombre considérable, remarquable en général par la régularité du type et la forme tranchée des accès. On en observait aussi très-fréquemment en ville, dans toutes les classes de la population, plus particulièrement néanmoins dans la classe peu aisée. Nous devons ajouter que la périodicité est devenue moins régulière et les stades moins bien caractérisés vers la fin du trimestre. A l'heure où nous écrivons, on observe encore bon nombre d'affections consistant uniquement en de légers accès de fièvre, séparés par des intervalles variables, et dans lesquelles le frisson manque plus ou moins complétement.

En général les fièvres se montraient sous le type quotidien; un certain nombre sous le type tierce. Elles n'offraient d'ailleurs, ni dans leur symptomatologie, ni dans leur marche, rien de bien spécial, si ce n'est peut être qu'elles nous ont paru moins susceptibles de guérison spontanée et un peu plus réfractaires au sulfate de quinine qu'on ne le voit communément à Paris. En général, les premières doses de sel quinique n'avaient d'autre effet que d'atténuer la force des accès, ou de changer l'heure de leur apparition, ou de supprimer la période du froid. Mais, en somme, on en venait bientôt à bout en insistant sur la médication.

Nous avons vu plusieurs cas où les accès, primitivement quotidiens, et séparés par des intervalles fixes de vingt-quatre heures, s'éloignaient de plus en plus de manière à se montrer toutes les trente, trente-six, quarante heures, et finissaient quelquefois par revêtir le type tierce. Dans plusieurs de ces cas, la transformation des types ne pouvait être attribuée au sulfate de quinine, les malades n'ayant été traités d'abord que par les éméto-cathartiques, à cause de complications cérébrales ou gastriques. La fièvre tierce une fois établie céda complétement à la médication antipériodique.

Enfin, nous avons constaté, chez un malade, deux accès bien tranchés par vingt-quatre heures. Nous devons dire néanmoins que la période de frisson était peu caractérisée.

A côté de ces fièvres légitimes, essentielles, consistant uniquement, depuis le début jusqu'à la fin de la maladie, en une série d'accès, il faut placer d'autres formes morbides où l'intermittence intervenait de diverses manières, sans en constituer l'élément capital. On peut les diviser en trois catégories, comprenant : la première, des affections qui, périodiques au début, se résolvaient bientôt en fièvres continues; la seconde, des affections essentiellement continues, mais traversées par des intermittences plus ou moins régulières; la troisième, les maladies locales périodiques ou fièvres larvées proprement dites.

Assez fréquemment on voyait des accès fébriles, primitivement bien détachés les uns des autres, se transformer graduellement, et en dehors de toute influence thérapeutique appréciable, en de simples rémittences d'un état continu, et aboutir enfin, soit (ce qui était rare) à une fièvre typhoïde, soit à une fièvre muqueuse, avec dyspepsie : pesanteur épigastrique, constipation ou diarrhée, fréquence du pouls, chaleur à la peau, abattement général, etc. Comme nous venons de le dire, ce changement s'opérait souvent sans qu'on eût eu recours aux antipériodiques. Aurait-on pu l'éviter en coupant les accès dès le début? Non, du moins dans bon nombre de cas. Sans doute, il n'est aucun moyen de s'assurer si les fièvres intermittentes guéries par le quinquina auraient ou non dégénéré en continues, à supposer qu'on les eût abandonnées à elles-mêmes; mais nous pouvons affirmer que la fièvre continue a succédé assez souvent à des accès fébriles périodiques, malgré l'emploi immédiat de la médication quinique. Il est arrivé, dans plusieurs cas, que, la fièvre continue ayant cessé sous l'influence des évacuants, l'intermittence se montrait de nouveau sous forme d'accès réguliers et franchement dessinés. Alors ils ne résistaient pas à quelques doses de sulfate de quinine.

D'autres fois le malade présentait tout d'abord les symptômes de l'embarras gastro-intestinal, à forme muqueuse ou bilieuse, avec mouvement fébrile, et la fièvre offrait des rémittences quotidiennes, parfois précédées d'un léger frisson, ou seulement d'un sentiment de froid aux membres inférieurs et entre les épaules. Dans un assez grand nombre de cas, le tube digestif paraissant à peu près sain, c'était une angine qui formait l'élément principal de la maladie; elle s'accompagnait aussi d'une fièvre continue, traversée par des rémittences à type quotidien.

Quant aux fièvres larvées, elles ont consisté presque uniquement en des névralgies intermittentes, occupant, dans la majorité des cas, les rameaux de la cinquième paire, soit les rameaux sus-orbitaires, soit, plus rarement, les rameaux sous-orbitaires. M. le docteur Cazalis, qui a bien voulu nous faire part du résultat de ses observations au bureau central des hôpitaux pendant le dernier trimestre, nous a dit avoir observé une névralgie intermittente de l'avant-bras. Ce sont surtout ces formes de l'intermittence qui nous ont paru rebelles à la médication antipériodique; l'usage des éméto-cathartiques facilitait notablement la guérison.

Ce caractère dominant de la constitution médicale, l'intermittence, s'est maintenu, nous l'avons dit, pendant toute la durée du deuxième trimestre. En même temps, et à l'époque où les fièvres intermittentes devenaient le plus multipliées, c'est-à-dire vers la fin d'avril, en mai et en juin, on a vu apparaître un très-grand nombre d'érysipèles et de rhumatismes articulaires aigus. Le premier ordre d'affections s'est montré surtout avec une fréquence remarquable. Les salles de médecine, dans les hôpitaux, abondaient principalement en érysipèles de la face, et, dans les salles de chirurgie, les plaies se compliquaient à chaque instant de rougeurs érysipélateuses. Presque toujours l'affection cutanée se liait à un état saburral des premières voies, et les éméto-cathartiques en constituaient le traitement le plus efficace. Quant aux rhumatismes articulaires, dont le règne embrasse surtout le mois de mai et la première moitié de juin (bien qu'on en ait encore observé des exemples jusqu'à la fin du trimestre), leur persistance, à une époque si avancée de la saison chaude, mérite d'être remarquée;

Feuilleton.

LA NOUVELLE ACADÉMIE DE MÉDECINE.

L'Académie, comme on sait, se sauve de la rue de Poitiers. Il était temps! Un Samson invisible ébranlait chaque jour les colonnes du temple; le plafond se déchirait de toutes parts; les poutres fléchissaient. Depuis plusieurs mois déjà, le chancelant édifice ne se tenait debout que grâce à de longues et grosses pièces de soutènement, formant dans la salle des séances une sorte de grillage assez pittoresque d'ailleurs. M. Mérat s'appuyait contre une de ces colonnes supplémentaires, comme le patricien du tableau de Couture. M. Desportes avait l'air de parler par une lucarne, position défavorable peut-être aux grands mouvements de l'éloquence, mais d'un effet original. Tout cela est fini. L'Académie est actuellement déménagée. La plus grande activité règne dans le nouveau local. M. le secrétaire perpétuel va et vient, poudreux et affairé, donnant des ordres, aiguillonnant les travailleurs, ou promenant les visiteurs dans son nouveau domaine; le soigneux bibliothécaire époussète ses pauvres livres un peu froissés par le transport; l'armée entière des employés est mise en réquisition : *opere omnis semita fervet*. Hier vendredi, dépouillant tout esprit de superstition, les convives du banquet académique se sont réunis pour choisir leurs places respectives; le choix a été réglé par droit d'ancienneté. C'est mardi prochain qu'on pend la crémaillère; on annonce le ragoût, non d'un sonnet, mais d'un discours de M. le président, ce qui n'empêche pas que ledit mets ne puisse être

. . . . . . de sel attique assaisonné partout.

Nous aurons sans doute aussi, au dessert, une *pièce montée*, de la façon de M. Dubois (d'Amiens); on sait que le savant et habile secrétaire perpétuel excelle dans ces sortes de préparations.

Il ne serait peut-être pas très-nécessaire d'entrer ici dans de longs détails sur les dispositions de la nouvelle Académie. Le plus sûr de beaucoup serait d'y aller voir. Mais nous prenons en considération la curiosité de nos chers abonnés de la province et de l'étranger, qui grillent sans doute d'apprendre quels murs vont recevoir nos immortels, comment seront assis, par quelles portes entreront ou sortiront ces législateurs de la science dont nos humbles colonnes leur portent hebdomadairement les moindres élucubrations. Qu'ils veuillent donc bien nous accompagner en esprit rue des Saints-Pères, jusqu'à un portique qu'on voit à gauche, tout près de la rue Taranne; un portique grec, s'il vous plaît, une manière de *pronaos*. Le fronton est décoré d'un Esculape assis, qui n'a pas l'air d'être celui que les Romains allèrent chercher à Épidaure, pour les guérir de la peste. On n'a pas jugé à propos d'y substituer, à l'imitation de l'Académie de Platon, une statue de l'Amour : c'est une preuve de goût que tout le monde appréciera. Le portique franchi, nous voici dans un petit vestibule, puis dans un autre, beaucoup plus grand, soutenu par six colonnes io-

d'autant plus qu'après avoir été fréquents au commencement du premier trimestre, ils avaient beaucoup diminué vers la fin. C'est donc une recrudescence que nous avons à constater ici.

Le mois de juin s'est distingué par un trait spécial de la constitution : il a fourni aux hôpitaux et à la pratique civile beaucoup plus de varioles que les mois précédents. Bon nombre d'entre elles ont frappé des individus vaccinés.

Telles sont les affections qui ont principalement occupé la scène pendant le second trimestre; nous devons cependant, pour présenter un tableau complet, ajouter deux remarques : la première, c'est que si beaucoup d'affections gastro-intestinales se sont compliquées de phénomènes intermittents, il n'en a pas été de même de toutes. Un grand nombre, au contraire, ne se sont accompagnées que d'un mouvement fébrile continu et ont suivi la marche ordinaire des embarras intestinaux, avec cette particularité, qui a été fort tranchée, que la constipation a prédominé pendant la première moitié du trimestre, et la diarrhée, ordinairement bilieuse, pendant la seconde moitié. La seconde remarque est relative aux pleuro-pneumonies. Fréquentes, comme on peut le voir par notre dernière *Revue sanitaire*, à la fin du premier trimestre, elles se sont présentées jusqu'à la fin de juin en nombre tout à fait insolite. Elles ont abondé principalement dans le cours du mois de mai, sans offrir d'ailleurs de particularités dignes d'être mentionnées.

Mettons maintenant ces diverses formes morbides que nous venons de passer en revue en regard des données météorologiques établies dans notre précédent article, et voyons s'il est possible de reconnaître entre les unes et les autres un rapport étiologique.

L'intermittence, si l'on s'en souvient, formait déjà l'un des traits de la constitution médicale au commencement du premier trimestre de cette année. Nous nous demandions alors si elle n'était pas liée plus ou moins directement aux nombreuses variations thermométriques et surtout barométriques du mois de janvier qui, en outre, avait été le plus pluvieux des mois du trimestre. Cette supposition n'est pas démentie par l'observation ultérieure. En effet, les fièvres intermittentes qui étaient devenues rares en février et mars, sous l'empire d'une température et d'une pression atmosphérique peu variables et pendant un temps sec, se multiplient de nouveau en avril, et surtout en mai, deux mois traversés par de fréquentes vicissitudes, soit de la température, soit de la pression atmosphérique, et très-riches en pluie. Si le rapport que nous indiquons est exact, il est difficile de dire lesquelles, des vicissitudes barométriques ou des vicissitudes thermométriques, ont eu le plus d'influence sur la détermination du caractère intermittent de la constitution morbide : rappelons seulement que le mois d'avril a offert peu de variations de température et de fréquentes variations de pression atmosphérique, et le mois de mai, au contraire, de nombreuses variations de température et peu de variations de pression. Mais, nous le répétons, ces deux mois ont été très-pluvieux, et cette circonstance n'est pas la moins importante de celles qui sont susceptibles d'engendrer la fièvre intermittente. Le mois de juin, il est vrai, malgré la sécheresse de l'atmosphère, la fixité du degré de pression atmosphérique, la rareté des soubresauts *brusques* du thermomètre, le mois de juin qui, en fait de vicissitudes météorologiques, ne nous a donné que des oscillations thermométriques *graduelles* d'une grande amplitude (voir p. 607), a été aussi fécond que le mois de mai en affections périodiques; mais c'est là un phénomène dont nous avons souvent rencontré l'analogue dans ces revues, et qui n'exprime que la persistance du mouvement pathologique pendant un certain temps, après que les conditions qui lui avaient donné naissance ont disparu.

La fréquence exceptionnelle des érysipèles trouvera-t-elle une explication satisfaisante dans les conditions météorologiques? Ce genre d'affections, surtout quand elles se lient, comme dans le dernier trimestre, à des troubles digestifs, se montre ordinairement sous l'influence de grandes chaleurs longtemps soutenues, et l'on sait que cette année la température moyenne du trimestre a été modérée. Néanmoins, il faut remarquer que les chaleurs du mois d'avril, si elles n'étaient pas fortes, même pour la saison, ont pu néanmoins impressionner assez vivement l'économie et jouer, pour ainsi dire, le rôle de chaleurs intenses, par cette raison qu'elles sont venues brusquement et ont succédé à une température moyenne très-froide. Ajoutez que c'est également à cette époque que la prédominance du vent du sud a été le plus prononcée. Or c'est précisément de la fin d'avril que date l'invasion des érysipèles. Peut-être aussi faut-il faire une part d'influence à l'humidité qui a régné pendant les mois d'avril et de mai.

Ces remarques s'appliquent également aux affections intestinales non compliquées d'intermittence ni d'érysipèles. Nous avons dit plus haut que, dans la première moitié du trimestre, elles s'attaquaient surtout à la partie supérieure du tube digestif et s'accompagnaient de constipation, tandis que dans la seconde moitié elles descendaient dans les gros intestins et donnaient lieu à la diarrhée. C'est un phénomène conforme à ce qu'on observe à peu près chaque année. Les chaleurs de l'été, alors même qu'elles ne sont pas très-intenses, ne manquent presque jamais d'amener de nombreux troubles intestinaux dont la diarrhée, que l'usage des fruits tend d'ailleurs à entretenir, forme le principal caractère.

Enfin la persistance, en assez grand nombre, des rhumatismes articulaires aigus et des pleuro-pneumonies jusqu'en mai et même en juin, trouve son interprétation naturelle dans les conditions météorologiques que nous avons fait ressortir tout à l'heure à l'occasion de l'intermittence, à savoir de nombreuses variations barométriques et thermométriques, et l'état pluvieux de l'atmosphère, pendant les deux premiers mois du trimestre; conditions auxquelles il faut joindre la fréquence du vent du nord dans le mois de mai et sa prédominance sur tous les autres vents dans le mois de juin.

Il ne nous reste plus qu'à donner le tableau du monvement des hôpitanx de Paris sous le régne de la constitution médicale dont nous venons de tracer l'histoire.

TABLEAU DU MOUVEMENT DES HÔPITAUX PENDANT LE DEUXIÈME TRIMESTRE DE 1850.

Mois.	Établissements.	Malades existants le 1er du mois.	Malades admis pendant le mois.	Tot. des malad. existants au commenc. du mois et admis pendant le mois.	Malades sortis pendant le mois.	Malades décédés pendant le mois.
Avril. . . .	Hôpitaux.	6,034	7,328	13,362	6,752	596
	Hospices.	9,775	1,066	10,841	839	218
Mai. . . .	Hôpitaux.	6,014	7,129	13.143	6,483	651
	Hospices.	9,784	955	10,739	778	200
Juin	Hôpitaux.	6,009	7,174	13,183	6,800	559
	Hospices.	9,761	989	10,750	769	184

niques; de larges fenêtres y répandent un jour magnifique; tout autour sont rangés, sur des piédestaux, les bustes de médecins célèbres : Portal, Dupuytren et les autres. Dans le mur qui fait face a la porte d'entrée sont encastrés des plaques de marbre noir portant en lettres d'or les noms des bienfaiteurs de l'Académie; l'un est déjà rempli; l'autre n'a reçu encore que le nom du vénérable Capuron. Entre ces deux plaques se tient un autre Esculape, flanqué des bustes de Portal et de Percy. Nous ne reprochons à ce vestibule que d'être un peu trop vaste et de promettre à l'imagination des magnificences que le reste du monument ne tient pas tout à fait; c'est un petit défaut qui, lié à l'ancienne disposition des lieux, n'eût pu être corrigé qu'avec de grands frais et n'est imputable conséquemment qu'au budget.

Deux portes s'ouvrent au fond; c'est la double entrée publique du sanctuaire, parallélogramme soutenu également par des colonnes ioniques. On y pénètre par deux couloirs se prolongeant jusqu'aux deux tiers environ de la profondeur de la salle, et entre lesquels s'élèvent, l'un devant l'autre, et séparés par une balustrade, deux amphithéâtres, dont l'un à banquettes de velours, à stalles et à pupitres, est réservé à une partie des académiciens, et l'autre est destiné au public. Nous allions oublier de dire que dans celui-là le velours, les stalles et les pupitres manquent également. Un petit escalier placé à l'entrée de chaque couloir conduit seulement aux banquettes vulgaires. Au fond de la salle, adossés au mur, le bureau et la tribune; à droite et à gauche, deux rangs de stalles placées perpendiculairement aux précédentes et destinées également aux académiciens. Enfin, derrière ces gradins, le mur présente un enfoncement dans lequel une banquette confortable et un pupitre ont été réservés aux journalistes, qui seront ainsi placés loin du reste du public, dans une sorte de niche, comme de petits saints qu'ils sont.

Au-dessus des gradins de droite et immédiatement au-dessous de l'architrave, se voit une grande toile d'un artiste célèbre, Muller, représentant Pinel faisant tomber les chaînes des aliénés. La figure principale aura un grand défaut aux yeux des habitués du logis qui ont pu connaître l'original : c'est que, selon l'opinion unanime, elle ne lui ressemble ni de près, ni de loin. C'est un Pinel de fantaisie. On sera moins exigeant pour la figure d'Esquirol, placé par une heureuse inspiration près de son maître, un cahier à la main. Représenté à un âge où le monde savant ne le connaissait pas (18 ou 20 ans), et dans le costume du temps : culotte de nankin, collet montant, manchettes, cheveux longs, etc., il a le droit de n'être reconnu par personne. L'artiste a fait de grands efforts pour rendre, dans l'expression de figure des aliénés, chez ceux-ci la joie bondissante de la délivrance, chez ceux-là l'effort misérable et impuissant de la raison pour s'élever à l'intelligence du bienfait, le tout recouvert du masque grimaçant ou stupide de la folie. Il n'est pas sûr qu'il y ait parfaitement réussi, du moins pour toutes les figures. Le vieillard dont on brise les fers a l'air bien raisonnable, ainsi que l'aliéné de gauche qui remercie un élève. C'était, du reste, un sujet bien difficile, mais sur lequel il est permis d'être exigeant envers le peintre d'Hamlet et d'Ophelie. Nous ne saurions aller au delà de ces remarques. Il est fort possible qu'elles n'aient pas le sens commun; mais elles s'appliquent du moins à des objets de notre compétence, et ne dépassent pas les limites de notre terrain. Quant à la valeur artistique de l'œuvre, de vrais amateurs, après vous avoir fait remarquer ce ton gris qui est, si nous avons bonne mémoire,

TÉRATOLOGIE.

HISTOIRE D'UNE TUMEUR DU RECTUM, RENFERMANT LES DÉBRIS D'UN FOETUS, EXTIRPÉE AVEC SUCCÈS CHEZ UNE FILLE AGÉE DE SIX ANS; observation lue à l'Académie des sciences, séance du 26 août, par M. BOUCHACOURT, chirurgien en chef de la Charité de Lyon.

L'observation que j'ai eu l'honneur de présenter à l'Académie des sciences se rattache à l'histoire des *monstres doubles endocymiens*, par *inclusion abdominale*, dont M. Isidore-Geoffroy Saint-Hilaire a réuni quelques exemples dans son HISTOIRE DES ANOMALIES DE L'ORGANISATION CHEZ L'HOMME ET LES ANIMAUX (1); elle éclaire en outre l'anatomie pathologique des tumeurs, et particulièrement des polypes du rectum.

Depuis l'exemple observé par M. Velpeau en 1840, c'est le seul fait de monstruosité par inclusion qui ait donné lieu à une opération chirurgicale analogue à celle que réclament les polypes ou les tumeurs de diverse nature; il sera donc intéressant de l'étudier sous le double rapport tératologique et chirurgical. Je le livre aujourd'hui tel que je l'ai observé, sans réflexions ni commentaires, me réservant de le rapprocher d'autres faits déjà connus dans la science, lorsque la pièce anatomique et les planches qui y sont jointes auront été soumises au jugement de l'Académie.

TUMEUR DU RECTUM RENFERMANT LES DÉBRIS D'UN FOETUS, SIMULANT UN POLYPE ET DÉTERMINANT DIVERS ACCIDENTS; EXCISION COMBINÉE AVEC LA LIGATURE; GUÉRISON.

OBS. — Catherine Séry, âgée de 5 ans et demi, est née à la Croix-Rousse, de parents sains et bien portants. Forte et assez développée au moment de sa naissance, elle eut de bonne heure le teint pâle, d'un aspect chlorotique, quoiqu'elle jouît longtemps d'une bonne santé. Elle a continué de grandir régulièrement jusqu'à l'âge de 4 ans. A cette époque, elle fut prise de quelques accidents nerveux, de nature éclamptique, probablement étrangers à l'affection pour laquelle elle réclama plus tard nos soins. Peu de temps après, son ventre se développa considérablement et devint sensible à la pression; la palpation y faisait reconnaître, disent les parents, une succession de petites tumeurs comme enchaînées les unes à la suite des autres, dans la direction du gros intestin, et particulièrement du colon transverse et du colon descendant. (Il est à présumer qu'il s'agissait de matières fécales gênées dans leur cours.) La constipation était constante et ne cédait qu'à des lavements souvent répétés, dont un médecin avait conseillé l'usage, en même temps que l'application de cataplasmes émollients sur le ventre. L'état anémique, les mouvements tumultueux du cœur avec intermittence du pouls, avaient fait prescrire la digitale, l'eau ferrée et un régime analeptique.

Sous l'influence de cette médication, Catherine semblait beaucoup mieux, reprenait ses forces, lorsqu'un matin, sans autres phénomènes précurseurs, elle rendit par l'anus une grande quantité de pus.

Ce liquide coula plus ou moins abondant pendant sept mois, et chaque excrétion purulente était immédiatement suivie de l'issue d'une grande quantité de mucosités blanchâtres, filantes, semblables à du blanc d'œuf et répandant une odeur extrêmement fétide. La petite malade ne tarda pas à maigrir, perdit sa gaieté, devint morne et taciturne. La marche était pénible, le toucher abdominal douloureux; les selles continuaient d'être de plus en plus difficiles. Cependant l'appétit se conservait, et les digestions n'étaient point altérées.

Quinze jours après le commencement de la suppuration, c'est-à-dire vers la fin d'août 1849, on vit sortir par l'anus une mèche de cheveux, d'un châtain clair, lisses, luisants et sans la moindre intrication; elle fut rejetée en même temps que plusieurs touffes circulaires, aplaties, très-serrées et d'un diamètre égal à celui d'une pièce de 5 francs. Le quart environ de ces cheveux nous a été présenté par les parents, et l'on est étonné de leur abondance, de leur longueur et de leur ressemblance avec ceux de l'enfant. La suppuration tarit sur la fin de mars 1850, sans qu'on ait rien remarqué de nouveau jusqu'au 17 avril. Ce jour-là, après une marche assez prolongée, il sortit par l'anus une petite quantité de sang; la malade éprouvait un ténesme continuel et très-pénible. Sous l'influence des efforts continuels de défécation, on vit apparaître à l'orifice anal une tumeur légèrement rougeâtre, qui faisait parfois une saillie de plusieurs centimètres et rentrait quand les efforts avaient cessé. La malade fut amenée à l'hospice de la Charité, et couchée dans mon service, salle Sainte-Hélène, n° 8.

Je reconnus par le toucher anal, pratiqué avec ménagement, car il était douloureux, et la petite malade, affaiblie et très-pusillanime, s'y prêtait avec beaucoup de peine, que cette tumeur se prolongeait de plusieurs centimètres dans l'intestin, que, libre dans presque toute son étendue, elle adhérait seulement par sa partie supérieure à la paroi postérieure du rectum. Molle dans quelques points, dure dans plusieurs autres, lisse dans une partie de sa surface, inégale ailleurs et recouverte en partie de cheveux, elle fut considérée comme formée par les débris d'un fœtus, et constituant un de ces cas rares connus sous le nom de *monstruosités par inclusion*. Telle avait été aussi l'opinion de notre honorable collègue M. Barrier, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, consulté quelque temps auparavant.

Quoi qu'il en fût de la nature de cette tumeur, elle déterminait, par sa présence dans l'intestin, de l'irritation, de la douleur, une gène considérable de la défécation. Il était indiqué d'en débarrasser la malade pour rétablir la libre circulation des matières fécales. J'avais le dessein de réunir plusieurs confrères pour m'éclairer de leur avis sur la nature du mal et sur la conduite à tenir. Sauf opinion contradictoire, mon intention était d'attirer la tumeur autant que je le pourrais au dehors, à l'aide des pinces de Museux, pour couper entièrement le pédicule, comme celui d'un polype ou d'une tumeur fibreuse ordinaire. La nature se chargea de préparer et de faciliter singulièrement l'opération. L'enfant, qui s'ennuyait d'un séjour prolongé dans les salles, obtint qu'on la promenât assez longtemps sur la place de Bellecourt. En rentrant, des efforts de défécation se renouvelèrent; un peu de sang parut. Les efforts allèrent en augmentant, et la tumeur sortit presque tout entière.

Le lendemain matin, à la visite, nous reconnûmes que son dégagment était complet; elle remplissait tout le sillon qui sépare les fesses, maintenue solidement par un pédicule fixé à la partie supérieure. Le toucher en faisait suivre le prolongement, qui, à travers l'orifice anal, allait se confondre avec l'intestin, dans la direction du sacrum.

Explorant à plusieurs reprises et avec beaucoup de soin ce pédicule, je m'assurai: 1° qu'il ne renfermait pas de vaisseaux, ou au moins d'artères donnant lieu à des pulsations distinctes; 2° qu'il n'était ni creux ni assez épais pour qu'on pût craindre d'y trouver une portion d'intestin renversé. Une double ligature, fortement serrée sur le pédicule, mettant à l'abri d'une hémorrhagie, la tumeur est détachée au moyen de deux coups de ciseaux, portés aussi loin que possible de l'intestin et au-dessous des parties liées. Quelques gouttes de sang s'écoulent; l'opération est promptement terminée (1). La ligature s'échappa peu d'instants après.

(1) Paris, 1836, t. III, p. 291.

(1) MM. de Polinière, Baumers, Vidal fils (d'Aix), Quioc (de Saint-Étienne) et plusieurs élèves internes assistaient à cette opération.

---

dans la manière de l'auteur, vous feraient toucher du doigt l'habileté et l'harmonie de la composition, la vérité des attitudes, le jeu fin de la lumière, et d'autres qualités encore que nous ne voulons pas même énumérer de peur de dire quelque sottise.

On dit qu'un pendant à ce tableau, représentant, celui-là, Larrey dans une de ses campagnes, sera bientôt placé au-dessus des gradins de gauche.

La *Leçon d'anatomie* est appendue, comme autrefois, au-dessus du bureau. Dans des médaillons et sur des panneaux peints se lisent les noms de Pariset, Portal, Cuvier, Double, etc.

Il ne nous reste plus, pour donner une description complète de la salle des séances, qu'à ajouter que la lumière y tombe principalement d'en'haut par un large châssis vitré, situé au-dessus du bureau et de la tribune. Il en résultera manifestement, autour de la tête du président, des secrétaires et de l'orateur, un rayonnement tout à fait conforme à leur dignité et à leur importance, tandis qu'un jour pâle éclairera les simples citoyens de l'Académie. On aurait pu voir là une intention symbolique de l'architecte, si deux fenêtres percées au niveau des banquettes publiques ne témoignaient clairement de l'intention de verser la lumière sur les petits comme sur les grands.

Si nous ne nous trompons, la description précédente ne donne pas une idée désavantageuse de la nouvelle salle des séances Cette salle est en effet, dans son ensemble, d'un bel aspect; elle est seulement un peu petite; et comme elle a en même temps une certaine hauteur, que le jour lui vient surtout, ainsi qu'on l'a vu, par une tranchée du plafond, sorte de soupirail élégant, on dirait, au premier abord, d'une crypte. Cette lointaine analogie n'a rien d'ailleurs de choquant ni pour l'œil ni pour l'esprit: une enceinte d'un caractère mystérieux ne messied pas aux entretiens de la science. *Odi profanum vulgus et arceo!* Mais l'étroitesse de la salle a entraîné des inconvénients particuliers. Nous supposons du moins que c'est pour obtenir le nombre de stalles nécessaire (et l'on s'est contenté de 97 stalles, bien que le chiffre normal des académiciens soit de 100), qu'on a donné à l'amphithéâtre une assez forte inclinaison. Cela, en soi, est un avantage; mais il en est résulté que la partie réservée au public, et faisant suite immédiatement à cet amphithéâtre, n'eût pu être inclinée à son tour, dans une proportion convenable, sans venir s'appuyer à une partie très-élevée du mur, ce qui eût endommagé celui-ci, peut-être même, dit l'architecte, l'eût mis en danger d'écroulement. Pour éviter ce désagrément, on a établi, à la place de gradins, un plancher dont la pente est à peine sensible, et qu'on pourrait, sans lui faire tort, appeler une plateforme. On conçoit aisément combien cette disposition, outre qu'elle fera des assistants placés en avant autant d'écrans pour ceux qui seront derrière, devra gêner la perspective. Le parterre d'un théâtre peut être presque plan, parce que la scène est élevée; mais ici la scène est située au-dessous des spectateurs. Il eût donc été convenable qu'elle fût largement dominée par les banquettes publiques. Ce défant est d'autant plus fâcheux que, des premières banquettes, le coup d'œil, moins désagréablement rompu par les colonnes que dans l'ancienne salle, est vraiment pittoresque.

Nous ajouterons un mot: même en multipliant les gradins par une forte inclinaison, on n'a pu donner à chaque stalle qu'une médiocre largeur. L'auteur de ces lignes, qui n'a rien de sylphique, est peut-être trop exigeant à cet en-

Le jour même, l'enfant rendit une selle abondante, avec deux petits caillots de sang qui pouvaient peser 30 grammes au plus. Le ventre reste indolent, souple. Urines normales; appétit conservé; pas de fièvre. (Tis. tilleul; pot. calm.; léger potage.)

Le quatrième jour, il sortit quelques glaires, mais point de sang. L'enfant est aussi bien que possible; elle est emmenée par ses parents.

J'aurais désiré plus tard m'assurer par le toucher de l'état de l'intestin, de la marche ultérieure de la plaie produite par la section du pédicule de la tumeur: cela m'a été refusé par des parents déraisonnables et craintifs à l'excès. Toutefois, immédiatement après l'opération, j'avais reconnu qu'il ne restait au-dessus du pédicule que des matières fécales endurcies, retenues en haut de l'intestin par l'obstacle que formait la tumeur.

Celle-ci représente une masse irrégulièrement ovalaire; elle pèse 70 grammes. Sa longueur est de 9 centimètres, sa circonférence de 11 centimètres; elle est entièrement recouverte de téguments épais, rosés, parfaitement semblables à la peau d'un enfant. D'un côté elle présente des cheveux serrés, dont les plus longs ont jusqu'à 10 centimètres; de l'autre, seulement quelques poils rares, courts et presque blancs.

En l'examinant avec plus d'attention, on découvre sur la face dépourvue de poils, à 0,015 millimètres environ de l'une de ses extrémités, une fente transversale de 0,02 centimètres de longueur sur 0,01 centimètre de profondeur, terminé par un cul-de-sac. La lèvre inférieure de cette fente est irrégulièrement divisée par un sillon longitudinal qui se perd en bas entre deux tubercules cutanés d'inégale grosseur, bornée en haut par deux autres tubercules plus durs, surmontés de deux dents, l'une canine, l'autre molaire. La lèvre supérieure se termine à droite par un tubercule rouge, au-dessous duquel est implantée une dent incisive dont la partie tranchante regarde à droite, tandis que la racine se porte à gauche. Cette lèvre supérieure présente à son bord libre une série de petits tubercules rougeâtres, qui rappellent par leur forme et leur coloration les papilles fongiformes de la langue. La dent incisive, qui s'est détachée après quelques jours de macération dans l'alcool, est parfaitement conformée, et offre les caractères d'une dent de la première dentition. Les deux autres restent solidement fixées dans leurs alvéoles, et présentent probablement une disposition analogue.

Le pédicule qui fixait la tumeur au rectum se terminait sur elle au côté gauche de la cavité que nous venons de décrire. On trouve là une surface encore saignante au niveau de la section faite avec des ciseaux, sur une longueur de 0,15 millimètres; elle a 0,010 millimètres environ de largeur.

En s'éloignant de l'implantation des dents que l'on pourrait appeler inférieures, au moins quant à leur position, on trouve au-dessous un tubercule mou, muqueux; plus à gauche, un tubercule cutané, pédiculé, et au-dessus, séparée par un sillon circulaire, une masse à surface inégale, comme verruqueuse, qui termine la tumeur en bas, séparée en arrière par le même sillon de la partie recouverte de cheveux. Au-dessus la peau est lisse, recouverte de quelques poils fins et blonds.

En incisant longitudinalement la tumeur sur l'un des bords de sa face postérieure, on trouve au milieu d'un tissu fibro-graisseux: 1° un os arrondi, revêtu de son périoste, supportant les dents correspondantes à la lèvre inférieure, et renfermant tout près de l'une d'elles une dépression occupée par une vésicule dentaire. La dent incisive est libre de toute adhérence à l'os; la molaire et la canine, au contraire, sont évidemment implantées dans les alvéoles.

Détaché plus complétement de ses adhérences fibreuses et cutanées, cet os présente une forme arrondie à l'une de ses faces, où existe une ouverture ovale, un peu allongée, de 0,01 centimètre dans son plus grand diamètre, et conduisant à une cavité occupée par du tissu fibreux, dans laquelle s'engage par une ouverture moins étendue un petit faisceau vasculaire qui paraît dépourvu de nerfs.

Il est difficile de rattacher la forme de cet os à celle d'un os régulier appartenant à la tête, au tronc ou aux membres; cependant ses rapports avec les dents et avec l'espèce de cavité buccale en avant peuvent le faire considérer comme un os maxillaire; sa surface, généralement arrondie en arrière, ses ouvertures, sa cavité, le rapprochent, sinon plus particulièrement d'un os du crâne, du moins de la boîte crânienne réduite et atrophiée. Cet os, qui est le plus gros, serait donc un vestige de la tête.

2° Au-dessous est placé transversalement un petit os, aigu à l'une de ses extrémités, arrondi à l'autre, qui pourrait appartenir soit à une côte, soit à l'arc d'une vertèbre.

3° Enfin un noyau cartilagineux, de la grosseur et de la forme d'une noisette un peu allongée, termine ce squelette incomplet. Serait-ce comme un vestige des membres inférieurs?

Il n'existe nulle part ailleurs d'autres noyaux osseux ou cartilagineux.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

EXAMEN D'UNE MAIN ET DE LA MOITIÉ INFÉRIEURE DE L'AVANT-BRAS AFFECTÉS D'ÉLÉPHANTIASIS DES ARABES (pièce adressée à la Société de biologie, par M. L'HERMINIER, médecin de la Pointe-à-Pître); par MM. RAYER et DAVAINE.

Bien que l'éléphantiasis des Arabes soit une maladie assez commune dans certaines régions du globe, et qu'un assez grand nombre d'observations ou de recherches aient été publiées sur cette maladie, on ne possède encore que des connaissances assez incomplètes sur les lésions qui la caractérisent à ses diverses périodes. Nous avons pensé qu'une dissection attentive d'un cas d'éléphantiasis de la main et de l'avant-bras adressé à M. Rayer par M. L'Herminier, médecin de l'hospice civil de la Pointe-à-Pitre et de la salle d'asile aux Abîmes, pourrait offrir quelque intérêt, et notre attente n'a pas été trompée, ayant été à même de constater plusieurs particularités qui n'avaient pas encore été signalées.

Cette pièce d'anatomie pathologique, conservée dans une forte solution alcoolique de sublimé, provenait d'un nègre de 50 ans environ, pêcheur de profession et résidant dans la commune du Port-Louis (Guadeloupe). Dans la note jointe à cette pièce, M. L'Herminier fait remarquer que l'éléphantiasis des membres supérieurs, porté au degré dont ce cas offre un exemple, est aussi rare qu'il est commun aux membres inférieurs. Considérant que, par de nouveaux progrès, cette maladie amènerait des accidents graves, que par son poids elle était extrêmement fâcheuse pour le malade, et ayant d'ailleurs constaté qu'après l'amputation l'éléphantiasis ne se reproduit pas toujours sur quelque autre partie, M. L'Herminier se décida à recourir à l'amputation du bras; elle fut pratiquée vers le tiers supérieur de l'humérus, et les suites en furent si heureuses, que la réunion de la plaie était opérée le dix-septième jour, et le malade sortait complétement guéri le vingt-cinquième.

La main, véritablement monstrueuse, environ quadruplée de volume, présentait extérieurement la déformation suivante: les faces dorsale et palmaire étaient boursouflées inégalement; le pouce et le petit doigt surtout étaient très-tuméfiés; le carpe était fortement fléchi sur l'avant-bras; d'un autre côté, les premières phalanges étaient entraînées dans l'extension vers la face dorsale de la main; les autres étaient au contraire entraînées dans la flexion vers la paume de la main. La main, ainsi déformée et tuméfiée, of-

---

droit; mais 45 centimètres, pas un millimètre de plus, pour loger le diamètre transversal du bassin et les accessoires, lui paraissent un peu maigres; les coudes aussi sont quelque peu difficiles à enclaver dans cet espace, si l'on tient absolument à ne pas gêner son voisin. Décidément on ne dormirait pas à son aise dans ces stalles-là; nous en prévenons quelques membres de l'Académie. Mais, après tout, on peut y écouter et parler sans trop de gêne, et nous sommes bien sûrs que ce n'est pas cela qui empêchera M. Rochoux de prendre ses coudées. Nous n'aurions même pas touché ce point, si nous ne nous étions promis d'être fidèles jusqu'au scrupule.

Il y avait deux moyens d'agrandir l'espace destiné aux membres de l'Académie: c'était ou de reculer le mur qui sépare la salle du vestibule, ce qui eût permis de disposer d'une partie de l'emplacement actuellement destiné au public, ou de réduire cet emplacement sans toucher au mur. Le premier moyen eût été de beaucoup le meilleur: en rétrécissant le large vestibule au profit de la salle des séances, on eût rétabli entre l'un et l'autre de justes proportions; mais, nous l'avons dit, c'était une assez grosse affaire pour une personne pauvre comme l'Académie. Le second moyen était facilement praticable: il n'y avait qu'à vouloir; mais on aura reculé devant l'idée d'empiéter sur la part du public. Nous qui sommes du public, nous nous garderons bien de trouver mauvaise cette pensée libérale et républicaine.

Quant aux qualités d'acoustique, nous attendrons pour prononcer. Nous ne croyons pas néanmoins nous aventurer beaucoup en les jugeant par anticipation très-suffisantes. Les dispositions de la salle nous paraissent offrir à cet égard d'excellentes garanties.

Nous avons dit qu'entre le grand amphithéâtre, d'une part, et de l'autre la tribune et les amphithéâtres latéraux, existait un certain intervalle. Cet intervalle, quadrilatère, dans lequel viennent aboutir les deux couloirs dont nous avons parlé, forme passage entre deux portes latérales, dont la droite conduit dans la bibliothèque, et la gauche dans les bureaux, bureaux et bibliothèque ayant des communications avec le dehors par le petit vestibule. C'est le chemin que pourront suivre les membres qui ne voudront pas de la voie battue des couloirs. La bibliothèque est très-belle: c'est une vaste pièce carrée où les châssis vitrés, en chêne orné de moulures, sont d'un effet sévère auquel ajoute encore un jour un peu sombre, tout à fait de circonstance. Voilà de quoi réjouir le cœur de M. le secrétaire perpétuel et de notre ami et collaborateur Daremberg. C'est un lieu choisi de travail et de méditation auquel la GAZETTE MÉDICALE porte une estime toute particulière, comme étant l'officine où s'élaboreront, à son intention, les études historiques du laborieux bibliothécaire. Pour plus de charme encore, cette bibliothèque communique avec le jardin de l'Académie, un jardin qui, autant que nous avons pu en juger, est moins bien tenu en ce moment que ne l'était celui d'*Académus*, mais où le jardinier sans doute ne tardera pas à mettre la main.

Quant aux bureaux, ce n'est pas la peine d'en parler; ils sont à peu près ce qu'étaient les anciens. Mais nous devons dire un mot des appartements de M. le secrétaire perpétuel. Ces appartements se composent d'un seul cabinet d'apparence démocratique, large comme une chambre d'étudiant, dont le seul mérite est d'avoir vue sur le joli jardin de la Charité. Mais ce mérite même contribue à en faire ressortir l'exiguïté, en faisant songer davantage au réduit d'un

frait à la pression une résistance beaucoup plus ferme que celle du tissu cellulaire œdémateux. L'avant-bras était lui-même tuméfié mais proportionnellement beaucoup moins que la main.

Nous allons indiquer successivement les particularités que nous ont présentées à la dissection la peau, le tissu cellulaire, les artères et les veines, les muscles, les tendons et leurs bourses synoviales, les nerfs, les os et leur périoste.

1° La teinte propre à la peau du nègre était bien conservée; seulement, sur les faces palmaires des doigts, et spécialement sur la face palmaire du petit doigt, l'épiderme froncé offrait des dépressions très-irrégulières, circonstance qui était due probablement en partie à l'action du sublimé et de l'alcool dans lesquels la pièce avait été conservée. L'épiderme était détaché de la peau et largement soulevé sur plusieurs points. Mais ce qui était très-remarquable, c'était l'apparence de la face externe de cet épiderme à la paume de la main. Des élevures épidermiques, en forme de papilles et disposées en séries très-rapprochées, formaient une espèce de gazon ou plutôt rappelait très-exactement l'aspect de velours d'Utrecht. Ces papilles épidermiques, comme nous le dirons plus loin, coiffaient les papilles hypertrophiées de la surface externe du derme. La loogueur de ces papilles épidermiques était variable, d'un millimètre à la paume de la main, d'un demi-millimètre vers le petit doigt, elles avaient jusqu'à 4 ou 5 millimètres le long du repli de la peau à la base de l'ongle du pouce. L'épaisseur de l'épiderme, généralement augmentée, était très-considérable sur plusieurs points. A la coupe, il offrait, de dehors en dedans, une espèce de peigne formé par les élevures épidermiques; au-dessous, une couche d'un blanc grisâtre et une autre couche plus rapprochée des papilles du derme qui, généralement, était imprégnée de pigment. Quant au derme lui-même, on remarquait, à l'œil nu, à sa surface, un gazon fin et ténu, formé par des papilles hypertrophiées et une teinte de pigmeot répandue assez généralement et assez adhérente pour qu'on ne pût pas l'enlever par le grattage du scalpel. En incisant la peau et les tissus sous-jacents jusqu'aux phalanges des doigts, par exemple, ou bien à la paume de la main jusqu'au ligament palmaire, il était impossible de reconnaître les limites profondes du derme. Il se continuait avec le tissu cellulaire devenu fibreux et induré; sur quelques autres parties, on pouvait jusqu'à un certain point reconnaître les limites du derme et constater qu'il était considérablement augmenté d'épaisseur. Cette confusion de derme avec le tissu cellulaire sous-cutané devenu fibreux était si complète que, sur quelques points, le derme paraissait avoir jusqu'à 16 millimètres d'épaisseur. La distinction entre la face inférieure du derme et le tissu cellulaire fibreux sous-cutané était d'autant plus impossible que le tissu graisseux qui existe normalement, en quantité plus ou moins grande dans les aréoles du derme et au-dessous, avait entièrement disparu sur un grand nombre de points. Les ongles étaient légèrement déformés et sans altération notable.

2° Le tissu cellulaire sous-cutané et celui qui forme des gaines aux vaisseaux et aux tendons offrait des altérations non moins remarquables; plus épais et surtout beaucoup plus résistant que dans l'état naturel, il criait sous le scalpel comme sous le tissu dit squirrheux, bien qu'il fût imprégné d'un liquide séreux. Ce tissu induré cellulaire englobait en une seule masse ces diverses parties, et l'on ne parvenait à les isoler que par une longue et minutieuse dissection.

Le tissu graisseux avait presque partout disparu; sur quelques points seulement, on rencontrait quelques grains graisseux d'un jaune orangé.

3° En pratiquant plusieurs coupes dans différentes directions, on découvrait çà et là des veines dilatées et des espèces de sinus veineux accidentels.

Les artères radiale et cubitale avaient acquis un développement considérable. L'artère radiale, par exemple, près du premier espace interosseux, avait un volume supérieur à celui qu'elle présente ordinairement à l'avant-bras. Toutes les branches que fournissent ces artères étaient, aussi, remarquablement développées. Le tissu cellulaire et le derme étaient pénétrés par des artérioles volumineuses.

A l'occasion de ces artères, nous croyons devoir appeler l'attention sur un fait qui est peut-être de nature à jeter un nouveau jour sur l'organisation de la tunique moyenne ou élastique. Les anatomistes considèrent généralement cette tunique comme formée essentiellement d'anneaux circulaires, contigus les uns aux autres et unis par des fibres longitudinales ou obliques; or nous avons constaté que cette membrane se déroulait avec une grande facilité comme un fil roulé en spirale. Cette disposition, que nous avons représentée dans une des figures annexées à ce travail, pouvait être constatée avec la même facilité dans l'artère radiale et dans la cubitale. Nous avons déjà dit que certaines veines étaient très-développées; nous ajouterons que c'étaient surtout celles qui accompagnent les artères et leurs ramifications. Les veines sous-cutanées, au contraire, étaient peu prononcées; les parois de quelques-unes étaient évidemment épaissies.

4° Les muscles de la face dorsale de l'avant-bras, ceux des éminences thénar et hypothénar et ceux des espaces interosseux offraient des loges dont les plus grandes auraient pu contenir une noisette, et les plus petites un grain de blé. De ces loges, les unes étaient de petites cavernes vides, les autres étaient remplies par une matière concrète d'un blanc jaunâtre, ayant l'apparence de pus concret ou de tubercules, et qui, à l'inspection microscopique, n'offrait point les caractères distinctifs de l'un ou de l'autre de ces produits morbides. Les parois de quelques-unes de ces cavités étaient lisses comme celles d'un kyste. Quant aux fibres musculaires elles-mêmes, elles étaient jaunâtres, et dans les parties qui présentaient ces cavités, elles étaient complétement méconnaissables. Il n'y avait pas de ces loges ou petites cavernes dans les muscles de la face palmaire de l'avant-bras.

5° Les tendons des extenseurs sur le dos de la main, confondus avec le tissu cellulaire induré, n'ont pu en être séparés qu'avec beaucoup de peine et encore pas sur tous les points; les tendons des muscles fléchisseurs des doigts étaient intacts dans leur gaîne synoviale.

Les gaînes et les bourses synoviales ne paraissaient point altérées.

6° Le nerf radial et le nerf cubital, ainsi que leurs principales divisions, paraissaient sains.

7° Presque tous les os et leur périoste offraient des traces non équivoques de périostite et d'ostéite. Le radius, sur la partie inférieure de son corps, présentait des bosselures avec raréfaction de son tissu; son extrémité carpienne était très-gonflée, poreuse et couverte d'aspérités longues et nombreuses. Le cubitus offrait à un moindre degré des altérations analogues. Les os du carpe et du métacarpe, les phalanges du pouce et du petit doigt étaient gonflés, poreux, surmontés d'inégalités et d'aspérités à leur surface, par suite d'ossifications accidentelles du périoste. A la base de la première phalange du pouce, une de ces aspérités, longue d'un centimètre à peu près, se prolongeait en arrière dans le tissu cellulaire fibreux.

En résumé, la dissection de cette main éléphantiaque a démontré :

élève interne. C'est là pourtant que le conseil devra se réunir, car il n'y a pas d'autre pièce qui lui soit spécialement affectée, à moins qu'il ne tienne séance dans la bibliothèque. Sous ce point de vue donc, la nouvelle Académie laisse beaucoup à désirer.

Enfin n'oublions pas de mentionner un beau laboratoire composé de deux pièces où le chef des travaux chimiques pourra entasser cornues, creusets, siphons, étuves, et se livrer à toute la sorcellerie de son art.

Tel est le résultat de notre visite à la nouvelle Académie. Si l'on voulait en comparer le caractère à celui de l'ancienne et résumer le parallèle dans une vue générale, on pourrait dire que, tandis qu'autrefois la représentation scientifique était sacrifiée aux commodités de l'administration et de la bureaucratie, aujourd'hui, au contraire, l'administration et la bureaucratie s'effacent devant la science. Dans la rue de Poitiers, le conseil avait sa salle de délibération, le secrétaire perpétuel (au temps de Pariset) un logement, le directeur de la vaccine un local approprié; mais une vilaine entrée, un bâtiment vulgaire, un corridor pour bibliothèque, un couloir odorant pour le public, un laboratoire pour rire, une salle d'aspect maussade, humide et délabrée, pas de jardin. Dans la rue des Saints-Pères, un mauvais cabinet pour le secrétaire perpétuel, pas de chambre du conseil; mais en revanche une entrée athénienne, une salle des séances élégante et d'un style convenable, une vaste bibliothèque, un jardin, un grand laboratoire. Somme toute, le profit de l'échange est manifeste et même assez considérable. On pourrait désirer mieux, dis nt quelques fâcheux. Eh! c'est aussi notre avis; nous l'avons assez laissé voir. Nous pouvons même ajouter que M. Dubois (d'Amiens), qui, en tout ceci, a fait preuve d'un zèle et d'une activité très-louables, n'a pas toujours arrangé les choses comme il l'eût désiré, empêtré qu'il était dans la routine proverbiale des architectes. Mais il faut savoir se contenter. *Qui fit, Mecœnas, ut nemo quam sibi sortem, etc.?* Il y a des natures insatiables qui, n'ayant pas lu la première satire d'Horace, demandent sérieusement pour les pères-conscrits de la médecine une partie du Palais-National ou l'ancienne chambre des pairs. Les sages et les expérimentés regardent déjà comme fort heureuse une installation qui, à l'avantage d'améliorations réelles, joint celui, plus grand encore pour une institution mal assurée, de pouvoir être considérée comme le commencement d'une nouvelle ère et le gage d'un long avenir.

— STATISTIQUE DES NAISSANCES PRÉMATURÉES ET DU NOMBRE DES ENFANTS MORT-NÉS A NEW-YORK. — En 1805, sur une population de 70,000 habitants, le nombre des mort-nés et des avortements ne s'élevait pas au delà de 47. En 1849, sur une population de 450,000 âmes, le nombre des décès enregistrés sous le même titre s'élève à 1,320. C'est-à-dire que sur une population six fois plus nombreuse, le chiffre annuel des enfants mort-nés et avortés est devenu vingt-sept fois plus considérable.

Il y a là sans doute des indications trop évidentes pour qu'une enquête ne soit pas dressée sur ces faits, et que les causes de ce genre d'accidents ne soient point approfondies.

1° L'hypertrophie du derme avec développement morbide des vaisseaux, des papilles et des couches épidermiques;

2° L'induration fibreuse du tissu cellulaire tuméfié et infiltré d'un liquide séreux;

3° Un développement morbide des vaisseaux artériels et veineux, mais surtout des artères, dont la membrane moyenne peut se dérouler en spirale;

4° De petites cavernes dans la plupart des muscles de la face dorsale de l'avant-bras et ceux de la main;

5° Des dépôts salins sur plusieurs points du périoste épaissi, le gonflement et la raréfaction du tissu des os;

6° L'intégrité des nerfs.

LITHOTRITIE.

MÉMOIRR SUR LES PRINCIPAUX ACCIDENTS QUI PRUVENT COMPLIQUER LES OPÉRATIONS DE TAILLE ET DE LITHOTRITIE, ET SUR LES MOYENS DE LES PRÉVENIR OU D'Y RRMÉDIER; par J.-E. PÉTREQUIN, professeur à l'École de médecine de Lyon.

(Suite. — Voir les numéros 29 et 31.)

CALCUL DUR ET VOLUMINEUX, DE 18 LIGNES SUR 12, COMPLIQUÉ D'UN CATARRHE VÉSICAL CHRONIQUE, AVEC RÉTRÉCISSEMENT DU MÉAT, ET SUSCEPTIBILITÉ EXTRÊME DE LA VESSIE ET DE SON COL, etc. ACCIDENTS: FIÈVRE URÉTHRALE; RECRUDESCENCE DU CATARRHE; CYSTITE ET NÉVRALGIE DU COL; ORCHITE; GUÉRISON.

OBS. XII.—M. S..., âgé de 58 ans, grand, fort, d'une constitution éminemment sanguine et pléthorique, marchand de domaines à Lyon, souffre depuis longtemps du côté des voies urinaires sans pouvoir indiquer l'époque précise du commencement de ses souffrances. Depuis cinq ans environ, la miction est devenue douloureuse, fréquemment répétée. Les urines sont rares, catarrhales, quelquefois sanguinolentes, surtout après la fatigue ou de longues courses en voiture. Il éprouve souvent des douleurs dans le bas-ventre, au périnée, à l'extrémité de la verge. Depuis un an surtout, tous ces symptômes se sont singulièrement exaspérés. Le docteur Jobert, médecin et ami du malade, soupçonnant l'existence d'un calcul, l'adresse à M. Pétrequin, qui constate (mars 1849) l'existence d'un calcul urinaire. L'état actuel des voies urinaires ne permettant pas de tenter immédiatement l'opération, il fut soumis à un traitement préparatoire propre à modifier l'irritation et la susceptibilité de la vessie et de son col. Il ne pouvait garder ni ses urines ni ses injections; la miction se répète souvent nuit et jour, interrompt le sommeil, empêche la marche et s'accompagne de douleurs. Le méat était si étroit, qu'il fallut pratiquer un débridement préalable pour le cathétérisme avec des sondes d'un calibre progressif, de manière à émousser par leur passage et des injections narcotiques l'extrême sensibilité de l'urètre et de la vessie.

Le 23 avril 1849, cet état s'était notablement amélioré. M. Pétrequin, assisté des docteurs Jobert et Rambaud, procède au broiement. L'injection ne pénètre que lentement, la vessie la reçoit avec quelque peine. L'instrument lithotriteur, à part un temps d'arrêt au niveau du col, passe assez facilement. On saisit la pierre sous un diamètre de 9 lignes, on la brise avec le marteau; puis un tout petit fragment cède à l'action du pignon. La vessie se contractant et chassant l'injection, l'instrument est retiré. L'injection est renouvelée avec précaution, et un lithotriteur à cuillers remplace le premier. On saisit un fragment de 9 lignes, on le brise avec le marteau. La vessie se contractant de nouveau avec force et repoussant l'injection qui devient sanguinolente, on s'arrête par prudence, malgré l'insistence du malade qui dit ne pas souffrir, et on retire l'instrument. (Grand bain; tisane et potion calmante; lavement émollient.)

24 avril. Le malade a passé une bonne nuit; il a uriné souvent, peu à la fois et avec assez de douleurs; les urines de la nuit, glaireuses et peu colorées, remplissent à peine un verre ordinaire. Il n'y a encore que peu de poussière rendue. Au total, le malade se trouve bien (1).

28 avril. Deuxième séance. Il n'y a rien eu de particulier depuis la dernière séance, les urines sont restées catarrhales et le pouls plein et dur, comme c'est l'habitude du malade, qui est sanguin et pléthorique.

Le passage des instruments est douloureux, le col se laisse traverser avec peine et la vessie se contracte vivement. L'injection est pénible et revient en partie le long de la sonde; on comprime la verge. M. Pétrequin charge successivement cinq fragments, trois de 6 lignes, un de 12 lignes, et le cinquième de 18 lignes. Ils sont brisés avec le marteau. Les manœuvres sont particulièrement gênées par cette contraction vésicale qui a signalé le passage des instruments.

Dans une seconde tentative, les souffrances devenant vives, on se borne à charger deux petits fragments qu'on pulvérise, et l'on suspend pour ne pas exaspérer les souffrances. L'injection revient notablement colorée en rouge. Il rend ensuite quelques débris.

9 mai. Troisième séance. A la suite de la deuxième, il est survenu une dysurie très-pénible, des contractures spasmodiques de la vessie et du col, avec douleurs vives dans la miction. Les urines ont été peu abondantes mais extrêmement fréquentes. La fièvre uréthrale commençait à se développer avec toute son intensité, mais tous ces accidents ont cédé petit à petit à une émulsion camphrée et nitrée. Aujourd'hui tout va au mieux depuis plusieurs jours.

La sonde passe bien, l'injection est reçue facilement, et en totalité on charge et on brise deux fragments, un de 12 lignes et un tout petit. La cuiller s'engorgeant, on change d'instrument. Cette seconde introduction, précédée d'une injection, ramène les douleurs. On charge et on réduit deux fragments de 6 lignes, et l'on s'arrête pour éviter que les douleurs se réveillent avec énergie. L'injection revient un peu rouge, on lave la vessie avec un courant d'eau émolliente, et le malade est mis au bain.

15 mai. Quatrième séance. A la suite de la dernière séance, les accidents inflammatoires ont été moindres qu'à la précédente, et ils ont rapidement cédé aux lavements camphrés et laudanisés. Le malade a rendu beaucoup de débris, quatre morceaux surtout d'un volume remarquable; il s'en est trouvé si bien qu'il s'est cru guéri. — Aujourd'hui les urines sont très-belles, la vessie paraît plus grande ou plus dilatable, l'injection et les instruments passent sans difficulté. On charge et on réduit quatre fragments, deux de 5 lignes, deux de 3 l. Avec un second instrument, on en brise encore trois beaucoup plus petits.

Le malade n'accuse que peu de souffrance; la vessie semble beaucoup moins sensible, et l'injection revient à peine colorée.

Quelques heures après l'opération, la miction devient extrêmement douloureuse et brûlante, sans changement dans les urines; dans la nuit les accidents augmentent, le testicule droit devient sensible et se tuméfie, et dans la journée l'orchite est confirmée; heureusement elle est peu douloureuse. On applique successivement à deux jours d'intervalle 16, puis 12 sangsues au périnée, plus tard un purgatif salin (eau de Sedlitz), des lavements émollients, des pommades résolutives achèvent de conjurer les accidents et ramènent le testicule à son état normal. L'épidydime seul reste volumineux et fortement induré. Pendant toute la durée de ces accidents, il n'y eut que fort peu de débris rendus.

1er juin. Cinquième séance. L'induration de l'épidydime, qu'on ne peut espérer détruire qu'à la longue, persistant seule, on reprend l'opération. Les instruments et l'injection passent facilement; à la seconde fois, ils passent un peu plus péniblement. Avec le premier lithotriteur, on charge et on réduit avec le marteau deux fragments, un de 12 millim. et un de 5 millim. Avec le second, deux autres, un de 4 lignes et un de 3 lignes. Le malade supporte très-bien cette épreuve et ne se plaint que lorsqu'on retire le second lithotriteur, dont la cuiller, un peu large et chargée, traverse péniblement le méat urinaire.

14 juin. Sixième séance. La dernière séance n'a été suivie d'aucun accident. Pendant les deux jours suivants, le malade a rendu une bonne quantité de débris, mais depuis il n'en a plus fait.

L'orchite continue à céder, les urines sont belles et les besoins d'uriner plus rares. On passe les instruments et l'injection avec la plus grande facilité et sans la moindre douleur pour le malade; on ramasse dans le bas-fond de la vessie, et on réduit avec le marteau quatre fragments, un de 12 millim., un de 8, un de 6 et un de 5. A la deuxième reprise, on ne charge que deux très-petits fragments. L'injection revient avec la couleur naturelle.

27 juin. Septième séance. Il a été rendu beaucoup de débris pendant deux jours.

Depuis on a vu sortir deux ou trois gros fragments; le dernier hier. Le malade a été mis à l'usage des fondants alcalins. (Eau de Vichy, pastilles de Vichy, bicarbonate sodique dans les tisanes, nitrate de potasse dans le bouillon d'herbes.) On lui a fait quelques injections acidulées avec l'acide chlorhydrique.

On procède à une séance d'exploration: on ne rencontre qu'un seul fragment de 4 à 5 millim. qui est brisé avec le pignon. L'opération est bien tolérée, la vessie est peu sensible, et c'est à peine s'il sort quelques gouttes d'urine sanguinolente.

Depuis cette époque tout s'est bien passé: les fonctions urinaires sont revenues à leur état normal, et tout fait espérer que la guérison sera solide et définitive. (Recueillie par le docteur Rambaud.)

Ce malade était placé dans des conditions très-défavorables, tant à cause de son âge et de sa constitution pléthorique que de l'extrême impressionnabilité de la vessie et du mauvais état de ses urines. Il eût fallu renoncer à l'opération si l'on n'avait pu triompher de ces accidents. La guérison a été complète; le malade d'après mes conseils est allé passer la fin de la saison aux eaux minérales de Vichy pour rétablir l'état normal des voies génito-urinaires; il s'en est très-bien trouvé; et je l'ai revu à la fin de décembre 1849 dans un état de parfaite santé et continuant à jouir complétement du bénéfice de l'opération, comme s'il n'avait pas souffert de la pierre.

Je terminerai par une dernière observation qui résume la plupart des accidents dont peut se compliquer l'opération de la lithotritie.

CALCULS MULTIPLES, TRÈS-DURS, MESURÉS SOUS 17, 15 ET 14 MILLIMÈTRES, AVEC RÉTRÉCISSEMENT DE L'URÈTRE ET DU MÉAT; CATARRHE CHRONIQUE ET IRRITABILITÉ EXTRÊME DE LA VESSIE ET DE SON COL; ACCIDENTS: FIÈVRE URÉTRALE; ENCLAVEMENT SUCCESSIF DE PLUSIEURS FRAGMENTS DANS LE CANAL ET LA FOSSE NAVICULAIRE; ORCHITE; DIATHÈSE CALCULEUSE; GUÉRISON.

OBS. XIII. — M. P..., âgé de 24 ans, avocat à Grenoble, est adressé à M. Pétrequin, et, pour être plus à portée de ses soins, il entre le 24 mai 1848 à l'Hôtel-Dieu de Lyon (chambres particulières).

Dès l'âge de 10 ans, M. P... a toujours vu les moindres exercices du corps lui causer des douleurs dans les voies urinaires et rendre les urines rouges et

---

(1) D'après l'analyse chimique, l'acide urique formait exclusivement la base de ce calcul.

d'une excrétion pénible. Le repos calmait les accidents qui revenaient reguliérement aussitôt qu'il s'était agité. Cet état qui était assez supportable dura huit ans jusqu'en 1842, époque à laquelle M. P... quitta le collége. Libre de suivre ses penchants qui l'entraînaient aux exercices violents, il se livra avec la fougue de la jeunesse, à la chasse, à l'équitation et au commerce des femmes. Les accidents légers qu'il éprouvait au collége ne tardèrent point à augmenter. Les urines devinrent plus fréquemment rouges; la miction, de plus en plus douloureuse, ne put bientôt plus s'accomplir que par des jets saccadés et intermittents, et la douleur était quelquefois si violente que le malade, afin de se soulager dans cet acte, s'introduisait les doigts dans le rectum pour favoriser les fonctions urinaires. Les bains, les lavements, le repos, les narcotiques, la belladone, lui procurèrent à diverses reprises quelques allégements passagers. Enfin ne pouvant plus y tenir, il vint, d'après les conseils du docteur Buissard (de Grenoble), se mettre entre les mains de M. Pétrequin.

25 mai. Le malade entre dans l'état suivant : inappétence, agitation extrême pendant la nuit, insomnie, douleurs à l'hypogastre qui s'exaspèrent par la pression et le mouvement. Urines troubles chargées de mucus pus. Miction horriblement pénible et don urenne, nécessitant de tels efforts que le malade en sue à grosses gouttes. Le cathétérisme révèle l'existence d'un calcul très-volumineux, mais pouvant se déplacer assez facilement. Le malade est d'un tempérament sanguin et nerveux, son irritabilité est extrême.

26 mai. Frissons et fièvre à la suite des manœuvres d'hier, l'hypogastre est très-sensible et la miction encore plus pénible (tisane violettes et tilleuls; pot. calm. lavem. avec quina, valériane, pavot.

27, 28 et 29 mai. Les accès sont moins forts et moins fréquents, les urines sont toujours aussi chargées et leur émission aussi douloureuse (même prescription).

1er juin. Passage d'une sonde pour dilater l'urèthre rétréci, et pousser dans la vessie des injections émollientes (grand bain).

2 juin. Violent accès de fièvre, prostration. — 3 juin. Appréhension très-grande de toute manœuvre chirurgicale. Lavement avec quina, valériane et pavot, et un gramme d'extrait de quina. Pilules de sulfate de quinine.

4, 5 et 6 juin. Amendement de l'état fébrile. Même traitement.

8 juin. Le malade est un peu mieux, l'accès a été moins violent. La céphalalgie est moins vive et la face moins rouge.

9 juin. Mieux sensible, les urines sont moins rouges et moins chargées et les besoins d'uriner moins fréquents. — 10 juin. Injection avec décoction de mauves et sureau et pavot laudanisée. Demi-lavement avec quina, valériane et pavot. — 11 juin, pas de fièvre; les urines sont presque naturelles mais l'appétit et le sommeil manquent toujours. Le malade se lève un peu, l'irritabilité est encore morbide. Les bains, les injections émollientes, les lavements employés avec persistance finirent par amender tous ces accidents, et le 23 juin le malade était bien, pissait facilement et pouvait garder pendant plusieurs heures ses urines devenues presque naturelles, ce qui n'avait pas lieu depuis longtemps; aussi prenait-il plus d'espoir.

24 juin. Première séance de lithotritie. Le malade veut être éthérisé, ce qui prend beaucoup de temps et n'empêche pas des mouvements automatiques fort incommodes. M. Pétrequin introduit le lithotriteur avec quelque peine, à cause d'un léger rétrécissement de l'urèthre vers la région membraneuse. La pierre est saisie trois fois sous 17 lignes, sous 16 lignes et de nouveau sous 16 lignes; elle est dure, et ne cède qu'aux coups de marteau répétés.

25 juin. Fièvre vive avec prostration profonde qu'on attribue en partie à l'éthérisation (lavement, quina, valériane et pavot).

26, 29, 30 juin. La fièvre tombe. Mieux marqué. Le malade rend quelques débris; les urines sont un peu alcalines. (Mêmes lavements.)

1er juillet. Deuxième séance. On saisit cinq fragments; un de 8 lignes, un de 9 lignes, un de 10, un de 14 et un de 8 lignes, qui sont brisés tantôt avec le pignon, tantôt avec le marteau et l'étau à main. Les jours suivants le malade prend un peu de fièvre provoquée surtout par le passage des débris les plus volumineux. Les injections émollientes ramènent le calme.

15 juillet. Troisième séance. M. Pétrequin charge et brise rapidement sept ou huit fragments dont le plus gros est de 14 lignes.

16 juillet. Le passage des graviers à travers le canal est parfois si douloureux qu'il arrache des cris au malade.

17, 18 et 20 juillet. Malgré les injections la miction devient de plus en plus douloureuse et pénible; on est obligé de sonder le malade pour le faire uriner, ce qui réussit.

22 juillet. Pilules avec camphre, valériane et opium qui produisent un bon effet. Lavement narcotique et camphré. Jusqu'au 11 août inclusivement on continue le même traitement qui réussit à calmer tous les accidents; le malade a rendu de gros fragments et beaucoup de menus débris.

12 août. Quatrième séance. On charge six fragments, un de 9 lignes, un de 7, de 6 millimètres, un de 15 lignes, un de 9 millimètres qui sont tous réduits, moins un qui glisse entre les mors. (M. Pétrequin se sert de deux lithotriteurs alternativement, dont l'un est marqué suivant les anciennes mesures, et l'autre suivant le nouveau système métrique.)

16 août. Cinquième séance. On saisit et on brise avec le marteau cinq fragments, deux de 8 millim., deux de 7 millim. et un de 14 millim. L'instrument retiré et nettoyé est introduit une seconde fois et l'on brise encore avec le marteau trois fragments, un de 3 millim. et deux de 5 millim. (Grand bain; même tisane.) La lithotritie est généralement mieux supportée par le malade; l'état de la vessie s'améliore à mesure qu'elle évacue les débris de calculs.

19 août. Le malade a rendu une grande quantité de débris, dont trois fragments très-gros, jaunes, durs, et semblant appartenir à un autre calcul que les autres graviers qui sont moins durs et plus blancs. Il se trouve très-bien, peut garder ses urines trois ou quatre heures; cette nuit il n'a uriné que deux fois et trois ou quatre fois dans la journée, et toujours sans gène et sans douleur, ce qui constitue pour lui une grande amélioration.

22 août. Le malade a rendu, avec de vives souffrances, un gravier énorme, d'environ 2 centimètres de diamètre, garni d'aspérités, et en outre un peu de poussière. Ce matin il est bien et peut conserver ses urines plus longtemps. (Même prescription, même régime.)

23 août. Une pierre assez volumineuse, engagée depuis hier midi, s'est arrêtée dans la fosse naviculaire, qu'elle ne peut franchir. Elle cause de vives souffrances, avec fièvre vive et continue. Le malade se refuse à un débridement, qui pourrait seul lui livrer passage et le soulager instantanément.

24 août. Le malade, enfin revenu de son appréhension, a laissé pratiquer hier le débridement, ce qui a permis l'extraction immédiate du calcul. Ce matin il est bien, quoique avec encore un peu de fièvre. C'est certainement le plus gros gravier qu'il ait rendu. Par ses caractères physiques, par sa forme, le calcul ne semble pas provenir de la grosse pierre brisée à plusieurs reprises; c'est probablement un calcul secondaire. Il est noirâtre, dur, formé de couches concentriques, d'un millimètre environ d'épaisseur chacune.

28 août. Le malade est au mieux. (Deux lavements.)

29 août. On extrait, avec la curette articulée de M. Leroy-d'Étiolles et la sonde cannelée, un calcul volumineux, en forme de tuile, arrêté dans la fosse naviculaire.

1er septembre. Sixième séance. On réduit sept fragments, trois de 6 millimètres, un de 3 millimètres, un de 13, un de 9 et un de 12. Avec un instrument à mors plus long, on réduit encore trois fragments : deux de 3 lignes et un de 4 lignes. Il a fallu constamment se servir du marteau. Le malade a peu souffert.

2 septembre. Le malade n'a rendu que de la poussière, et en petite quantité; il accuse un sentiment de pesanteur du côté de la vessie.

7 septembre. Les symptômes d'irritation vésicale ont persisté, et le testicule gauche, douloureux depuis quelques jours, est aujourd'hui d'un volume double de celui de son congénère. (Cataplasmes; onguent napolitain; lavement; repos.)

9 septembre. Un calcul est arrêté dans la fosse naviculaire; M. Pétrequin l'extrait avec la curette articulée et au moyen d'un petit débridement. (Bain de siége.)

13 septembre. L'engorgement du testicule a presque disparu. (Cataplasme simple; bain; repos.)

18 septembre. Recrudescence; vives douleurs dans le testicule et le long du cordon jusque dans l'hypocondre droit, par suite d'une imprudence. (18 sangsues; lavement avec valériane et pavot.)

23 septembre. Frictions avec la pommade à l'iodure de potassium.

25 septembre. Septième séance. On réduit sept fragments avec le marteau : trois de 3 millimètres, un de 9, un de 6, un de 2, un de 4. Les suites de cette séance sont heureuses.

29 septembre. Huitième séance. On réduit avec le marteau quatre fragments : un de 11 millimètres, un de 8, un de 14 et un de 5 millimètres. L'opération est bien supportée.

Les jours suivants, le malade rend assez facilement une grande quantité de débris, dont quelques-uns assez gros. L'opéré semble atteint d'une véritable diathèse calculeuse.

5 octobre. Calculs arrêtés dans la fosse naviculaire, empêchant l'issue de l'urine et causant de vives douleurs. Le malade se refuse à l'extraction qu'on lui propose.

6 octobre. Le malade a pu, avec un violent effort, chasser hier deux calculs arrêtés en chemin; ils sont volumineux et inégaux. On dirait que la pierre se reproduit à mesure qu'on la brise et l'extrait.

9 octobre. Le malade sort et se promène sans inconvénient.

11 octobre. Neuvième séance. On réduit avec le marteau huit fragments : un de 14, 12, 13, 5 lignes; avec un second instrument un de 17 millimètres et un de 16 millimètres.

12 octobre. Le malade est bien, mais il n'a rendu aucun gravier.

13 octobre. Dans la journée d'hier, le malade a expulsé deux énormes fragments garnis d'aspérités, dont le passage a été très-douloureux, ce qui empêchait les autres débris de sortir. Aujourd'hui il est abattu, mais sans fièvre.

14 octobre. Le malade n'a rendu qu'un peu de poussière; il a passé hier la soirée en ville et ne s'est couché que fort tard; il a bien dormi. Il peut maintenant se retourner brusquement dans son lit et sauter de sa couche à terre sans douleur; il garde bien ses urines et les rend facilement. Les urines cependant déposent encore un peu.

16 octobre. Dixième séance. On réduit avec le marteau quatre fragments : deux de 11 millimètres, un de 8 et un de 6. Quelques débris ont été saisis et brisés en déprimant la vessie avec l'instrument, de manière qu'ils tombent entre les mors du lithotriteur par leur propre poids, comme dans un point déclive. Les débris sortent les jours suivants.

20 octobre. Onzième séance. On ne trouve que deux très-petits fragments. Le malade est au mieux, sort, marche, sans la moindre fatigue.

23 octobre. Séance d'exploration. La vessie, explorée avec le plus grand soin à l'aide du lithotriteur, ne renferme aucun débris. Le malade mange et dort parfaitement; il n'éprouve aucune fatigue dans les exercices violents. Les urines sont belles et passent facilement; elles peuvent être gardées longtemps. La guérison est complète. (Recueillie par M. Hémy.)

Il est presque superflu de faire remarquer que l'ancienneté du mal, l'intensité du catarrhe vésical, l'extrême susceptibilité nerveuse du malade, la

grande irritabilité de la vessie, enfin le nombre, la dureté et le volume des calculs, constituaient des conditions on ne peut plus défavorables. Les complications et les accidents que nous avons eu à combattre ont dû inspirer la lenteur et la prudence qui seules pouvaient conjurer leur mauvaise influence : c'est à elles, sans contredit, qu'est dû un succès si difficile à obtenir. Si le traitement a été long (et le salut du malade s'y trouvait engagé), il a du moins été sûr et efficace. C'est ici surtout qu'on peut dire avec justesse : *Sat citò, si sat benè.* J'ai appris au printemps de 1849, du docteur Buissard, que cette heureuse cure ne s'était pas démentie. M. P... m'a écrit lui-même dans l'automne de 1849 ; il jouissait d'une parfaite santé, et après une année, il ne pouvait trop s'applaudir de l'excellente terminaison de cette lithotritie ; à coup sûr une des plus malaisées qu'on puisse avoir à pratiquer.

Je pense avoir suffisamment démontré, par des exemples progressifs, la cause et le mécanisme de la plupart des accidents qui peuvent compliquer la lithotritie. J'ai exposé au fur et à mesure les moyens de l'art qui m'ont le mieux réussi pour les prévenir, ou y remédier. Ce serait tomber dans des répétitions inutiles que de les retracer ici. Je renvoie donc à la lecture des observations elles-mêmes. Il me semble que, pour des praticiens, c'était la manière la plus fructueuse de traiter cette partie de la question. Il me reste à indiquer la formule de deux médicaments qui m'ont, je puis le dire, admirablement servi, notamment chez les quatre derniers malades. Ils m'ont paru surtout réussir dans les cas de ténesme vésical, de spasme du col, de strangurie nerveuse, déterminée ou non par des fragments de calculs au début de la fièvre urétrale, avec prédominance de l'élément névropathique sur l'élément phlogistique, etc., en un mot, dans les névroses des voies génito-urinaires.

1° Émulsion camphrée laudanisée.

R. Broyez avec soin : Camphre. 3 grammes.
dans : Jaune d'œuf. . . . . N° 2.
Puis délayez dans : Infusion de tilleul. . . . . 125 grammes.
Ajoutez alors : Sirop de gomme. . . . . 30 —
Eau distillée de laurier-cerise . . . . 4 —
Laudanum de Sydenham. . . . . 16 gouttes.
Mêlez ensuite avec émulsion d'amandes amères . . . . 125 grammes.
A prendre par quart d'heure (en agitant chaque fois), à la dose de 20 grammes environ, de manière à achever le tout en moins de quatre heures.

2° Lavement camphré laudanisé, pour remplacer l'émulsion.

R. Broyez : Camphre. . . . . 1 gramme.
dans : Jaune d'œuf. . . . . N° 1.
Mêlez à : Décoction de têtes de pavots . . . 500 grammes.
Ajoutez : Laudanum de Sydenham . . . . . 1 gramme.
A administrer en quatre doses, d'heure en heure.

3° Pilules contre la fièvre urétrale.

R. Extrait thébaïque. . . . 5 centigrammes.
Extrait de valériane . . 30 —
Sulfate de quinine . . . 25 —
Camphre . . . . 25 —
F. S. A. six pilules, en ajoutant un peu d'extrait de quina.

Ces pilules m'ont très-bien réussi chez les personnes irritables pour combattre et même pour prévenir la fièvre urétrale qui se développe, soit après le cathétérisme, ou la cautérisation du col ou du canal, soit après l'urétrotomie dans les rétrécissements organiques, ou après les séances de lithotritie.

On met le malade au bain aussitôt après l'opération, et on lui donne de suite une des six pilules que l'on continue de quart d'heure en quart d'heure. On peut, suivant le besoin, répéter la même dose le lendemain et le surlendemain.

Ces médications resteront utiles alors même que la pulvérisation de la pierre en une seule séance sera généralement réalisée, ce que nous appelons de tous nos vœux.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

III. ZEITSCHRIFT FUR DIE GESAMMTE MEDICIN.

Par OPPENHEIM.

Les numéros de l'année 1849 contiennent les notices et les travaux originaux suivants : 1° *Sur la manière dont se comportent la trompe d'Eustache et la caisse du tympan, par rapport aux injections de fluides élastiques ou liquides* ; par le docteur Huhlmann. 2° *Description d'un nouvel appareil à éclairage pour l'examen de l'oreille*, avec planches ; par le docteur Schmalz (de Dresde). 3° *Du chloroforme et de ses propriétés anesthésiques, d'après des observations particulières* ; par le docteur Meinel. (Cet article est intéressant, mais ne contient rien d'inconnu ; nous noterons cependant l'emploi des inhalations de chloroforme dans la période de frisson d'une fièvre intermittente. Le tremblement cessa après quelques secondes ; le pouls diminua de fréquence et les accès d'intermittence ne reparurent plus. Ce moyen donna des résultats non moins heureux dans une aménorrhée, qui durait depuis quatre mois, chez une jeune fille. Henry Bennet (LANCET, fév. 1848), cité par le docteur Meinel, avait déjà obtenu les mêmes effets dans des cas de dysménorrhée.) 4° *XXVe Compte rendu de la Société des médecins allemands de Saint-Pétersbourg.* 5° *Sur une forme de la fièvre nerveuse* ; par le docteur Landsberg (de Breslau). 6° *De l'emploi du sulfate de cinchonine dans les fièvres intermittentes* ; par le docteur Thonisen. 7° *De l'identité de la fièvre jaune et des fièvres de marais* ; par le docteur Helft de Berlin. (Exposition des diverses opinions émises sur ce point, mais aucune observation particulière à l'auteur.) 8° *Observations névropathologiques* ; par le docteur Rawitz (d'Osnabruck). (Somnambulisme ; catalepsie.) 9° *Communications pratiques tirées du domaine de la pathologie des nerfs* ; par le docteur Helft. (Suite. — Sur la glossoplégie et l'alalie. — Sur l'asthme nerveux.) 10° *Recherches sur l'étiologie de la fièvre intermittente et de la phthisie pulmonaire, en vue de critiquer la théorie de l'antagonisme topographique de ces affections* ; par le docteur Hirsch (de Dantzick). 11° *De l'état de la thérapeutique à l'île Célèbes* ; par le docteur Schmidtmüller. 12° *Sur la dernière épidémie de scarlatine qui a régné à Berlin* ; par le docteur Helft. 13° *Observations et réflexions cliniques* recueillies dans le service chirurgical du professeur Wernher. 14° *Description d'un phantôme pour les yeux* ; par M. Ch. Schmidt, fabricant d'instruments de chirurgie à Marbourg. (Avec une planche.) 15° *Cas de crâniomalacie congéniale* ; par le docteur Gœdechens. 16° *Observations et réflexions* ; par le docteur Toll (de Ribnitz). 17° *Aphorismes sur l'état de la médecine en Égypte* ; par le docteur Helft. 18° *Extraits des notes de voyage d'un médecin russe* ; par le docteur Helft. 19° *Sur les luxations du bras hors de l'articulation scapulo-humérale, au point de vue anatomo pathologique* ; par le docteur Gunther. 20° *De la pathologie et du traitement des fièvres, sous les tropiques, d'après les sources les plus nouvelles* ; par le docteur Helft. 21° *Sur l'affection connue sous le nom de fistula ventriculo-colica* ; par le docteur Oscar Diruf.

DES INJECTIONS DE FLUIDES ÉLASTIQUES OU LIQUIDES DANS LA TROMPE D'EUSTACHE ET DANS LA CAVITÉ DU TYMPAN ; par le docteur STUHLMANN (de Hambourg).

Les opinions ne sont pas d'accord sur la possibilité de faire parvenir, au moyen du cathétérisme, de l'air comprimé, des vapeurs ou des fluides élastiques dans la trompe d'Eustache ou dans la caisse du tympan.

L'auteur de ce travail, après de nombreuses expériences, est arrivé aux résultats suivants.

Au point de vue du diagnostic :

1° Lorsque l'on fait une injection d'air ou d'un fluide dans l'orifice palatin de la trompe d'Eustache, et que la membrane du tympan est tendue d'une manière sensible et visible, il n'est pas démontré pour cela que la trompe d'Eustache et la cavité du tympan sont parfaitement perméables à l'air dans toute leur étendue ; cela prouve seulement que la communication de l'air contenu dans la cavité du tympan avec l'air contenu dans la partie antérieure de la trompe n'est pas entièrement interceptée par une substance solide. La trompe, dans ce cas, peut donc renfermer de l'air aussi bien qu'un liquide.

2° Lorsque, dans une semblable injection d'air, on entend un gargouillement, cela annonce la présence de mucosités dans la portion de la trompe où se trouve la sonde, ainsi, pour la plupart des cas, dans l'orifice palatin de la trompe.

3° L'absence de gargouillement, dans des cas de ce genre, indique seulement qu'il n'y a point d'accumulation de mucosités dans la partie de la trompe que la sonde a franchie ; néanmoins alors des parties plus profondes de la trompe et la cavité du tympan peuvent être en partie ou complétement obstruées par des mucosités.

Au point de vue thérapeutique, l'auteur conclut ainsi :

1° Un courant d'air comprimé, qu'on fait pénétrer par la sonde, arrive à peine plus avant dans la trompe d'Eustache que le point où le cathéter est introduit, et l'air s'élance en sens opposé entre les parois de la sonde et de la trompe dans le pharynx.

2° Dans ce rebroussement de l'air, le courant qui s'établit peut entraîner des liquides et même des corps solides, d'un très-petit volume (de la pous-

sière, du mucus desséché, des cellules d'épithélium), et les faire parvenir de la portion de la trompe parcourue par l'air dans le gosier.

3° Plus le cathéter est introduit profondément dans la trompe, plus une portion considérable de cette dernière sera parcourue par le courant d'air, et débarrassée, suivant les conditions, des substances étrangères qu'elle renferme.

4° Tout ce que nous venons de dire d'un courant d'air comprimé s'applique aussi aux injections d'eau faites par la sonde; cependant avec cette différence que l'eau ne jouit pas, comme les gaz, de la faculté d'expansion, une fois qu'elle a abandonné le cathéter; lorsque le courant d'eau ne vient pas heurter contre les parois de la trompe, ou bien lorsque son calibre ne se rapproche pas beaucoup du diamètre de la trompe, le liquide pénètrera plus ou moins dans la trompe; il arrivera une plus grande quantité d'eau, plus le jet sera fin, et plus sa direction sera parallèle à l'axe du conduit auditif. D'autre part, la colonne de liquide pénètrera plus facilement dans la trompe renfermant de l'air, que dans la trompe contenant des liquides.

5° Le courant d'eau injectée peut donc, de même que le courant d'air comprimé, entraîner, d'une manière mécanique hors de la trompe, les liquides et même les corps solides que nous avons mentionnés ci-dessus; de plus, il peut agir sur un semblable contenu dans la trompe comme dissolvant, et le mettre dans des conditions plus favorables pour être entraîné ultérieurement au dehors.

6° Les douches d'air, de même que les douches d'eau exercent une pression sur les parties postérieures de la trompe d'Eustache qu'elles n'atteignent pas, ainsi que sur l'air et les liquides contenus dans la cavité du tympan, et par suite sur les parois de ces cavités, pression qui peut pousser en avant d'une manière sensible la membrane du tympan, et même la faire éclater, si la force compressive est suffisante.

7° Les vapeurs ou les gaz d'une faible tension, introduits dans la trompe par la sonde, sans l'emploi d'aucune compression, se mêlent peu à peu avec toute la couche d'air contenue dans la trompe et dans la cavité tympanique. Ce mélange, aussi loin que la sonde a pénétré dans la trompe d'Eustache, se fait par la respiration; dans les parties plus profondes de la trompe, il se fait suivant les lois d'échange des gaz. Le mélange est toujours diminué, dans les deux cas, par l'introduction profonde de la sonde.

8° Des substances hygroscopiques (par exemple du mucus desséché) qui se trouvent dans la trompe d'Eustache ou dans la caisse du tympan peuvent être ramollies et dissoutes par des vapeurs dirigées dans ces parties.

9° On ne doit pas, comme l'ont fait certains auteurs, rejeter ces méthodes de traitement par des raisonnements physiques, et il n'est pas probable qu'on puisse les remplacer par une simple irritation mécanique de la muqueuse du gosier et de la trompe d'Eustache.

DU SULFATE DE CINCHONINE CONTRE LA FIÈVRE INTERMITTENTE; par le docteur THOMSEN (de Schwansen).

Le docteur Thomsen, pour remédier au prix élevé du sulfate de quinine, a employé le sulfate de cinchonine dans un grand nombre de cas, et en a toujours obtenu les mêmes effets qu'avec le sulfate de quinine; le sulfate de cinchonine ne prévient pas les récidives, mais il fait cesser les accès aussi rapidement que la quinine; son goût est moins amer; il paraît plus facilement supporté par l'estomac. Les jours où l'accès manque, les malades ont pris une poudre de 50 centigrammes en trois fois. On peut aussi donner une tasse de camomille après chaque dose. Les enfants s'en trouvent fort bien et prennent plus facilement cette substance que la quinine vu son peu d'amertume. Les seuls cas de fièvre intermittente qui ont résisté au sulfate de cinchonine se sont présentés chez des sujets hémorrhoïdaux ou affectés de pléthore abdominale; le sulfate de quinine, dans ces divers cas, a fait disparaître les accès de fièvre intermittente.

Le docteur Thomsen rappelle, en faveur de la cinchonine, que les propriétés attribuées à l'écorce de quinquina étaient dues principalement à la cinchonine; en effet, les diverses espèces de quinquina, le quinquina royal excepté, renferment très-peu de quinine, et le quinquina royal n'est entré dans le commerce en Europe que vers 1780.

RECHERCHES SUR L'ÉTIOLOGIE DE LA FIÈVRE INTERMITTENTE ET DE LA PHTHISIE PULMONAIRE, EN VUE DE CRITIQUER LA THÉORIE DE L'ANTAGONISME TOPOGRAPHIQUE DE CES AFFECTIONS; par le docteur HIRSCH.

En jetant un coup d'œil général sur l'étendue géographique des fièvres intermittentes, nous trouvons qu'elles atteignent leur plus grand développement dans les parties latérales de la zone tempérée (environ dans la zone située entre les courbes isothermales de 15 et 10° N.). Plus loin, vers les pôles, ces fièvres diminuent, jusqu'à ce qu'on arrive à leur limite polaire (environ la courbe isothermale de 7°), au delà de laquelle elles ne reparaissent qu'après avoir été importées. Mais si nous nous dirigeons vers le sud, alors nous voyons ces fièvres prendre plus de fréquence, des formes plus caractérisées, et céder enfin la place aux fièvres rémittentes et à la fièvre jaune, dont on peut, ce nous semble, placer le foyer entre les courbes isothermales de 18° et 28° (de l'équateur du sud).

D'un autre côté, l'histoire des épidémies nous apprend que ces fièvres débutent au printemps avec le type intermittent, prennent, avec l'accroissement de la température en été, le caractère rémittent ou typhoïde continu, pour revenir à une marche intermittente en automne, et pour cesser complétement avec les premiers froids. Ainsi donc les saisons nous donnent les mêmes résultats que les conditions de pays. Il faut, avant tout, accorder à la chaleur une grande influence dans la production et dans le maintien de ces affections; toutefois on ne peut pas considérer la chaleur comme le véritable moment étiologique. Sans elle ces fièvres ne peuvent pas exister; mais avec son apparition, la production de ces maladies n'est pas un fait indispensable.

Si maintenant nous passons à l'étiologie de la fièvre intermittente, nous trouvons à cet égard deux opinions diamétralement opposées: suivant l'une, il est certaines modifications des influences telluro-atmosphériques ordinaires, qui agissent comme moments pathogéniques; suivant l'autre, ce sont certains matériaux étrangers, dont le mélange avec l'air atmosphérique (miasmes) agit sur l'organisme et produit ces affections.

La théorie des miasmes, provoquant surtout les fièvres intermittentes par les exhalaisons marécageuses, se trouve en défaut dans les deux cas suivants: 1° il y a un grand nombre d'endroits dans le voisinage desquels existent un grand nombre de vastes marais, et qui néanmoins sont tout à fait exempts de fièvres intermittentes; 2° un grand nombre d'endroits présentent la fièvre intermittente avec le caractère endémique, et cependant on n'y rencontre ni marais ni exhalaisons marécageuses. Il est vrai qu'on a fait jouer ici aux vents un rôle de transmission.

On ne saurait nier l'influence directe de la température sur la production de ces fièvres; elle agit de deux manières sous ce rapport: d'abord elle détermine dans l'organisme certaines modifications, et en second lieu elle produit et modifie de diverses manières les phénomènes météorologiques. Mais comment se fait-il que les fièvres ne sont pas le plus fréquentes à l'époque de l'année la plus chaude, et que l'influence de la maladie ne se fait pas le plus sentir à l'heure de midi? Parmi ces phénomènes, les modifications hydrométéoriques et l'électricité atmosphérique forment le rôle principal dans la question qui nous occupe.

On a aussi émis l'opinion que la fièvre intermittente était due à une humidité relative considérable de l'air, provenant de pluies continuelles, mais surtout de changements de température avec des quantités considérables de vapeurs contenues dans l'air. Cette théorie explique le caractère endémique et épidémique de ces fièvres; elle repose sur ce fait qu'aux époques de l'année et de la journée où l'humidité de l'air est la plus forte, au printemps et en automne, le matin et le soir, qu'à ces époques aussi on voit régner les épidémies de ce genre, et qu'à ces moments les maladies se contractent le plus fréquemment et le plus facilement; elle rend compte non-seulement de la fréquence endémique des fièvres intermittentes dans des contrées marécageuses et semblables, mais encore de la présence de ces fièvres dans des terrains où les conditions hygroscopiques sont bonnes, où l'on ne rencontre pas de marais; elle permet de comprendre comment des fièvres intermittentes et rémittentes peuvent apparaître sur de hautes montagnes et sur des plateaux où les vapeurs arrivent portées, d'une part, par des vents chauds et humides, et de l'autre par les courants d'air ascendants, pour se condenser ensuite avec l'abaissement de la température, et devenir ainsi la cause de ces affections. Nous trouvons ces mêmes moments atmosphériques dans les contrées où la fièvre intermittente est endémique.

Mais cette théorie est aussi défectueuse en quelques points: ainsi souvent la coïncidence d'un signe élevé d'humidité atmosphérique, et ceci est important pour la production endémique de la fièvre intermittente, n'est pas notée avant l'apparition ou avec le début d'une épidémie; d'autre part encore, certaines contrées sont placées dans des conditions hygrométriques considérables, et néanmoins elles sont exemptes de fièvres intermittentes endémiques.

Dans ces derniers temps, Eisenmann a développé une théorie tout à fait électrique sur la production de la fièvre intermittente: il trouve la cause principale des modifications de l'électricité atmosphérique dans la disposition des diverses couches du sol, qui agissent, selon lui, à la manière d'un appareil galvanique. L'action de ces couches est d'autant plus énergique que le liquide salin générateur de l'électricité (comme, par exemple, dans les inondations que forme la mer, dans les terrains marécageux, etc., etc.) y est plus abondant, et l'électricité atmosphérique, ainsi modifiée (c'est-à-dire avec une force extensive), devient la cause des fièvres intermittentes. La croissance des végétaux, la respiration des animaux, la combustion et d'autres phénomènes analogues sont encore autant de causes occasionnelles où peut se développer de l'électricité, bien qu'en très-petite quantité, surtout en comparaison des quantités d'électricité que produisent l'évaporation

et la condensation des vapeurs. On peut encore considérer comme générateurs d'électricité les frottements surtout ceux des molécules de l'air entre elles, et des colonnes d'air contre les montagnes, les forêts, les bâtiments élevés, contre tous les obstacles qui s'opposent à leur marche. Reste encore à savoir si la caléfaction du globe, comme Becquerel et Müncke l'admettent, peut amener un dégagement d'électricité. Eisenmann admet encore certains phénomènes préparatoires se passant dans l'intérieur de la terre, en rapport avec la manière d'être de l'électricité atmosphérique. On ne saurait nier les modifications qu'éprouve l'organisme à la suite de l'action d'une électricité très-répandue, considérable ou anormale dans ses qualités. Mais ces modifications n'ont pas encore pu être démontrées, et les données sur lesquelles on s'appuie ne sont confirmées que par un très-petit nombre de faits exacts. Pallas émet tout à fait la même opinion; seulement il va plus loin : il admet encore, pour modifier l'électricité atmosphérique, d'autres sources. Il avoue qu'après avoir été longtemps partisan de la théorie des miasmes, il est arrivé à constater que l'électricité atmosphérique modifiée peut seule devenir la cause des fièvres intermittentes.

Cette théorie, à laquelle on peut aussi reprocher que, pendant des épidémies de fièvres intermittentes ou dans les contrées où ces affections sont endémiques, les modifications dans l'électricité atmosphérique n'ont pas été démontrées avec la certitude convenable. Cette théorie, à part cette lacune, rend compte de la présence des fièvres intermittentes dans des contrées où, par suite des changements considérables et fréquents de température, l'évaporation et la condensation changent continuellement; car, dans ces deux circonstances, nous trouvons des sources puissantes d'électricité (et, sous ce rapport, l'opinion de ceux qui trouvent, dans un degré élevé de l'humidité de l'air et des changements de température, la cause des fièvres intermittentes, se trouve justifiée). Cette théorie explique aussi la plus grande fréquence des intermittences, à l'époque des plus grandes condensations (au printemps et en automne), et l'invasion la plus fréquente de la maladie, le matin et le soir (au moment du maximum de l'électricité atmosphérique). Elle fait comprendre, tout en tenant compte des *batteries* galvaniques de la terre (1), la présence des fièvres intermittentes dans des endroits marécageux, exposés à de fréquentes inondations, etc.; elle permet de comprendre l'endémicité des fièvres intermittentes dans des terrains volcaniens, et dans les formations analogues, elle explique l'apparition ou la disparition des épidémies, coïncidant avec des tremblements de terre ou des éruptions volcaniques, mais en même temps aussi elle ouvre un champ tout nouveau aux recherches de la physique médicale.

En résumé, nous voyons donc les fièvres intermittentes et les affections qui s'en rapprochent prendre le caractère endémique principalement dans les deux conditions suivantes : 1° dans des contrées situées dans le voisinage de la mer ou de cours d'eau dont le courant est peu rapide, de marais, etc., exposés à des changements de température considérables et fréquents, de sorte qu'une évaporation très-forte et la condensation des parties aqueuses changent constamment; 2° dans des contrées volcaniques.

Nous ne connaissons pas la force qui se développe dans ces circonstances, et qui est nécessaire pour produire les maladies avec caractère intermittent, quand bien même nous admettons une force *électrique* comme la cause *probable* étiologique; mais on est obligé de reconnaître, d'une part, que cette force se développe dans d'autres conditions *exceptionnelles*, inconnues, et d'autre part que certains moments favorables, inconnus, neutralisent et empêchent son développement, ainsi que son influence pathologique. Quant à l'étiologie de la phthisie pulmonaire, il faut, avant toute chose, considérer et l'organe lui-même et la nature de l'affection qui s'y développe.

La tuberculisation pulmonaire représente l'affection scrofuleuse localisée dans le tissu pulmonaire; le microscope a démontré, dans la dyscrasie scrofuleuse et dans la dyscrasie tuberculeuse, identiques pour nous, un produit particulier constant, caractérisé par des corpuscules, irrégulièrement conformés, bien moins grands que les globules du pus, complétement distincts des granules moléculaires, etc., etc., en un mot de tous les autres éléments qui peuvent se rencontrer simultanément et ne présentant aucune ressemblance avec les produits nouveaux, caractéristiques des autres dyscrasies, particulièrement les cellules cancéreuses.

On a objecté, contre cette identité des scrofules et de la tuberculisation pulmonaire, qu'il est rare de trouver des phthisiques qui aient été affectés antérieurement de véritables scrofules. Cette opinion est inexacte : la succession de ces deux affections est, au contraire, extrêmement souvent observée, et c'est d'après cette succession ou cette simultanéité des deux affections chez le même sujet que les auteurs et notamment les microscopistes, ont basé l'identité dyscrasique de la scrofule et de la phthisie pulmonaire. Cette succession ou cette coïncidence ne se rencontrent pas toujours, il est vrai, surtout dans la phthisie aiguë.

On a aussi objecté que les scrofules sont une maladie de l'enfance, tandis que l'affection tuberculeuse appartient plus à l'âge adulte : cela prouve seulement que cette affection, comme toute autre, se jette de préférence sur les organes qui jouissent d'une action physiologique prédominante; ainsi, chez les enfants, elle intéresse la peau, le cerveau, les organes de la digestion; à un âge plus avancé elle envahit les poumons.

Enfin peut-on compter comme une différence de nature entre les deux affections le caractère moins dangereux et la facilité plus grande de curabilité des scrofules, comparativement au danger et à l'incurabilité presque générale de la tuberculisation pulmonaire? La tuberculisation d'une glande lymphatique, ou même d'un certain nombre de glandes lymphatiques, n'est pas aussi dangereuse pour l'organisme que la tuberculisation qui a son siége dans le parenchyme pulmonaire. Personne ne niera ce que j'avance; mais cette différence ne tient pas à la nature de la maladie : elle est due à la nature de l'organe affecté. D'un autre côté, toutes les phthisies ne sont pas incurables, et tous les engorgements scrofuleux ne sont pas aussi faciles à guérir qu'on le croit au premier abord. D'ailleurs, prenons seulement les affections scrofuleuses dans le ventre et dans le cerveau, et voyons si elles sont aussi innocentes aussi faciles à guérir. On pourrait peut-être trouver encore un obstacle contre l'identité des deux affections, scrofules et tubercules, dans cette circonstance que la phthisie pulmonaire ne se rencontre pas du tout ou seulement très-rarement dans un grand nombre de lieux où l'affection scrofuleuse est endémique; mais il suffit, je pense, de rappeler qu'un procès morbide peut être dû à des causes toutes différentes de celles qui dirigent spécialement son action vers un organe déterminé.

D'ailleurs, Sydenham l'avait déjà dit : *Phthisis est scrofula pulmonum*.

L'affection tuberculeuse représente donc pour nous l'affection scrofuleuse localisée dans le parenchyme pulmonaire; le caractère endémique qu'elle présente paraît dû aux circonstances suivantes :

1° Aux conditions qui produisent les scrofules endémiques : telles sont principalement l'humidité, les émanations végétales ou animales en voie de décomposition, une atmosphère qui n'est pas suffisamment renouvelée, épaisse ou trop peu accessible aux rayons solaires;

2° Aux moments étiologiques qui agissent comme excitants, comme irritants pour l'organe respiratoire, et en font le foyer du procès morbide. Nous avons, au point de vue endémique, une atmosphère humide, froide, agitée par des vents violents, sujette à de fréquents changements de température.

D'après cela, on peut comprendre la production du procès morbide, et sa direction spéciale vers laquelle il se localise dans certaines conditions; on voit aussi comment certaines contrées riches en scrofules peuvent être presque exemptes de phthisies. Mais l'inverse ne se rencontre pas, et je ne connais pas une contrée où la tuberculisation pulmonaire est fréquente, et où l'affection scrofuleuse est inconnue.

Si maintenant, au point de vue de l'antagonisme topographique, nous résumons ce que nous venons de dire, nous trouverons qu'une grande partie des conditions favorables à la production de la phthisie pulmonaire ne se sont pas moins à la production de la fièvre intermittente; nous arriverons *à posteriori* à cette conclusion que les mêmes contrées où les fièvres intermittentes sont endémiques, sous l'influence des conditions atmosphériques déjà indiquées, doivent être en même temps riches en scrofules, et par conséquent en phthisies pulmonaires.

Si nous examinons les faits, non-seulement nous ne trouverons pas la confirmation de cette loi en vertu de laquelle la fièvre intermittente et la phthisie pulmonaire doivent s'exclure topographiquement, mais nous reconnaîtrons :

1° Que les contrées où les fièvres intermittentes abondent présentent aussi la phthisie pulmonaire avec un caractère endémique, et souvent de telle sorte que l'augmentation de l'une reste en rapport direct avec l'accroissement de l'autre;

2° Qu'un grand nombre de lieux où la phthisie endémique est inconnue sont également exempts de fièvres intermittentes : le Cap, par exemple;

3° Que certains endroits, et surtout certaines grandes villes, présentent des phthisies en très-grand nombre, sans pour cela être des foyers de fièvre intermittente; bien que ce soit une exception à la règle générale, cependant ce fait s'explique par les conditions particulières dans lesquelles sont placés les individus (nourriture, logement, habitudes, etc., etc.);

4° Que certaines contrées présentent des fièvres intermittentes endémiques, sans qu'on y trouve des phthisies. Ceci fait encore exception à la

(1) Eisenmann le premier a fait connaître qu'il y avait dans la formation du sol une source d'électricité atmosphérique; il voit dans les diverses couches de la terre, dont la composition est très-variable, des batteries galvaniques dont l'action est très-énergique alors qu'elles renferment une grande quantité de liquide générateur de l'électricité (de l'eau renfermant des sels). Il défend la théorie électrique des tremblements de terre, et trouve dans les terrains volcaniens un foyer puissant d'émanations électriques.

règle générale ; mais on peut admettre que les fièvres intermittentes sont produites alors par d'autres circonstances que les influences atmosphériques que nous avons déjà citées. Je rappellerai ici la présence des fièvres intermittentes dans les terrains volcaniens ; ainsi, par exemple, dans les Maremmes, où, d'après Salvagnol, la phthisie est très-rare.

SUR LA DERNIÈRE ÉPIDÉMIE DE SCARLATINE QUI A RÉGNÉ A BERLIN ; par le docteur HELFT.

Cette épidémie, qui a sévi non-seulement à Berlin, mais encore dans d'autres contrées de la Prusse et de l'Allemagne, a présenté les formes les plus diverses et les plus éloignées de la marche ordinaire de cette affection.

Dans quelques cas où tous les prodromes et la présence de la maladie chez d'autres membres de la même famille devaient faire soupçonner son existence, l'exanthème cutané a manqué, et il n'est pas survenu de desquammation ; d'autres fois l'éruption ordinaire était remplacée par une éruption papuleuse. Très-souvent la maladie a montré un caractère malin, la rougeur de la peau était alors pâle ou d'un pourpre foncé, ou comme couverte d'ecchymoses. La température de la peau était de beaucoup inférieure à son état normal ; le pouls petit, très-fréquent, parfois intermittent. L'arrière-gorge présentait une rougeur foncée ; les tonsilles se couvraient d'ulcérations phagédéniques, qui les rongeaient en partie ou même entièrement. La partie supérieure du pharynx, la trompe d'Eustache, la partie postérieure de la bouche et les narines étaient souvent le siége d'exsudations diphthéritiques ; en même temps les malades rendaient par le nez et par la bouche en abondance des matières âcres, nauséabondes. La langue, d'abord rouge, se couvrait bientôt d'un enduit noirâtre, qui ne tardait pas à s'étendre aux lèvres. Les glandes lymphatiques, dans diverses régions, se gonflaient et suppuraient ; celles du cou étaient tuméfiées dans presque tous les cas ; parfois elles s'ulcéraient et la suppuration envahissait le pharynx. Souvent on a noté une légère inflammation de la cornée, qui se terminait par son ramollissement. L'œdème de la peau, les épanchements dans les cavités, ont été rarement observés. Dans un cas, des hémorrhagies eurent lieu par le nez, la bouche et par les intestins ; dans les cas graves, les selles offraient une coloration noirâtre ou d'un vert foncé. Dans presque tous les cas, au début de l'affection, la diurèse était supprimée ; à une période plus avancée, l'émission urinaire était souvent involontaire. Dans un cas, qui se termina au vingt-troisième jour par la mort, où les reins étaient dans un état de dégénérescence considérable, Coley examina l'urine ; son poids spécifique était de 1010 : elle était pâle, claire, copieuse, et ne présentait aux réactifs et par l'action du feu aucune trace d'albumine.

Quant aux caractères anatomo-pathologiques, on a trouvé dans tous les cas une augmentation, une hypérémie et une inflammation subaiguë des reins, mais jamais avec cet état granulé, particulier à la maladie de Bright ; le foie était toujours plus pâle qu'à l'état normal ; dans un cas, la rate avait une couleur jaune ; elle était ramollie, et il s'en écoulait par l'incision un liquide sanguinolent, purulent.

Dans un autre cas, au début de l'affection, il se déclara une induration et une tuméfaction des extrémités supérieures, comme cela se rencontre chez les nouveau-nés, avec coloration jaune de la peau ; à l'autopsie, Coley trouva une augmentation considérable, en même temps qu'une coloration pourpre des glandes lymphatiques de la cavité axillaire, et de celles situées sous le ligament de Poupart. Les poumons ont toujours été trouvés parfaitement sains ; sur la plèvre, par contre, on trouva très-souvent des ecchymoses. Le canal intestinal a présenté le ramollissement de la muqueuse et la perforation de l'iléon dans plusieurs points, simultanément avec une anémie de l'intestin et du mésentère. En général, l'iléon et le colon avaient une couleur noirâtre, avec les variations de nuances les plus diverses du noir foncé au vert, par suite des exsudations sanguines.

Au début de l'affection, l'avis unanime a été d'employer les excitants et les toniques. L'affection revêtait, surtout chez les enfants, un caractère général de malignité ; chez les adultes, il survenait une légère fièvre typhoïde, avec rougeur peu intense de la peau, qui souvent manquait entièrement. Le calomel, administré à petites doses, dès que l'exanthème avait paru, suivant la méthode anglaise, a rendu, avec le traitement local, de bons services au docteur Coley ; il fait observer que le calomel doit être employé avant que les ulcérations ne surviennent, dans la crainte qu'il ne produise un effet contraire à celui qu'on attend.

Plus tard, lorsque des hémorrhagies survenaient, lorsqu'il se déclarait des pétéchies sur la peau, le quinquina uni aux acides minéraux a été utile ; pour boisson, on s'est bien trouvé de l'eau vinaigrée ou de la limonade minérale.

Contre l'affection locale de la gorge, on a employé avec le plus de succès une dissolution de nitrate d'argent appliquée deux, trois fois par jour, *loco dolenti*.

Les abcès des glandes lymphatiques ont dû être ouverts, dès que la fluctuation y devenait manifeste, sous peine de les voir s'étendre et intéresser des organes importants. M. Coley préfère, de bonne heure, l'emploi des vésicatoires, aux sangsues.

Suivent quelques observations.

CAS DE CRANIOMALACIE (CRANIOLAEIS) CONGÉNITALE ; par le docteur GOEDECHENS (de Hambourg).

Elsæsser, qui le premier a attiré l'attention sur cette forme morbide dans l'enfance, dont les symptômes les plus saillants sont de fortes transpirations à la tête, l'agitation nocturne, la faiblesse de l'appareil digestif, l'habitus rachitique, la lenteur du développement, et surtout le ramollissement des os de la tête, perceptible au toucher, Elsæsser ne croit pas que cette affection puisse être congénitale, mais qu'elle se développe seulement trois ou quatre mois après la naissance, ou même plus tard.

Le fait suivant démontre que l'enfant, en naissant, peut être atteint de cette singulière affection.

OBS. — La mère de l'enfant qui fait le sujet de cette observation se trouva, pendant cette grossesse (la septième), toujours indisposée ; le ventre paraissait, par son volume, celui d'une hydropique. A la fin de la grossesse, on ne pouvait sentir à travers les parois abdominales, aucune partie du fœtus, et ses mouvements étaient beaucoup plus rares et plus faibles que dans les grossesses précédentes, toutes très-heureuses.

Quelques jours avant l'accouchement, à l'exploration, on trouva le col de l'utérus élevé et repoussé en arrière, et la cavité vaginale tendue et élargie par un corps rond, que l'on pouvait comprimer comme un morceau de parchemin, et qui revenait à sa forme première à la pression terminée ; l'auteur supposa la présence d'un hydrocéphale. Toutefois cette femme ayant accouché, on reconnut, aussitôt après que le col de l'utérus fut ouvert, que cette partie compressible, située en avant, était une partie de l'occipital, dans les environs de la petite fontanelle ; l'enfant, qui était du sexe masculin, ne présentait aucune trace d'hydrocéphale ; la tête avait la forme naturelle et les dimensions normales. Mais toute la partie postérieure des deux pariétaux, et le bord antérieur de l'occipital, le long de la suture lambdoïde, étaient aussi minces qu'un cartilage mince et cédaient dans tous les points, sous la pression du doigt. Peu d'instants après, cette femme mit au monde un second garçon, beaucoup plus fort et mieux nourri que le premier, dont le crâne était parfaitement normal. Les deux enfants continuèrent à vivre ; ils se développaient lentement. L'aîné, celui qui était affecté de craniomalacie, était sujet à des transpirations à la tête et sur tout le corps, tellement abondantes qu'il fallait changer le linge de l'enfant plusieurs fois pendant la nuit ; seulement alors il cessait de pleurer.

Vers le mois de janvier, six mois après leur naissance, ces deux garçons furent pris d'un catarrhe bronchique qui retarda leur développement.

Ces accidents passés, le docteur Gœdechens employa chez l'aîné le traitement proposé par le docteur Elsæsser contre la craniomalacie. (Matin et soir, 0,05 centigr. ferr. oxydulat. nigr. ; bains journaliers de drêche ou de tan.)

Au bout de quinze jours, l'enfant dépérit, et il succomba rapidement.

L'autopsie ne fut pas accordée par les parents ; cependant l'examen extérieur du crâne fit voir que la craniomalacie avait fait des progrès considérables pendant la dernière maladie ; les deux pariétaux étaient ramollis dans toute leur étendue, seulement au milieu ils étaient résistants ; la portion écailleuse de l'occipital était aussi ramollie dans une plus grande étendue et présentait seulement, près de la tubérosité occipitale, une masse osseuse résistante.

Le second de ces enfants commença, à la fin de janvier, à éprouver des transpirations à la tête ; la nuit, il était très-agité et tout son corps se couvrait de sueur ; aussitôt son crâne fut examiné, et l'on trouva sa tête, auparavant tout à fait normale et ossifiée, excepté dans les fontanelles, d'ailleurs très-considérables, ramollies et très-faciles à déprimer dans plusieurs points, chacun de l'étendue d'une pièce de 50 centimes, le long de la suture lambdoïde. Deux points semblables existaient sur le bord du pariétal gauche ; au autre sur le pariétal droit, et la suture lambdoïde était partout moins résistante et moins consolidée qu'auparavant.

Cet enfant fut soumis au traitement ci-dessus indiqué ; depuis trois mois, à l'époque où le docteur Gœdechens écrivit cet article, que le petit malade est ainsi traité, il y a une amélioration générale, mais la craniomalacie n'a pas encore disparu, et on ne saurait méconnaître une tendance à un hydrocéphale chronique. Cet enfant présente aussi une faiblesse remarquable de la colonne vertébrale, qui dans la station debout forme toujours une courbe considérable dans la région des dernières vertèbres dorsales.

SUR LES LUXATIONS DU BRAS HORS DE L'ARTICULATION SCAPULO-HUMÉRALE, AU POINT DE VUE ANATOMO-PATHOLOGIQUE ; par le docteur GUNTHER, professeur de chirurgie à Leipsick.

L'auteur résume ce travail très-étendu, très-soigné et très-complet, dans les propositions suivantes :

1° Dans toutes les luxations complètes, la capsule se remplit dans une grande étendue, en général plus que dans sa moitié. L'étroitesse de l'ouverture capsulaire, du moins dans les luxations récentes, n'est donc pas la cause de la difficulté de la réduction.

2° Dans tous les cas examinés jusqu'à ce jour, même dans la luxation dorsale, la partie antérieure de la capsule était déchirée.

3° Toujours (dans un cas excepté) quelques muscles avaient été en même temps rompus, et avant tous les autres, le muscle sous-scapulaire.

4° En même temps souvent une portion de la grosse tubérosité, souvent aussi toute la tubérosité interne, se détachent ; parfois la cavité glénoïde est elle-même fracturée. Ces deux circonstances peuvent l'une et l'autre donner lieu à une crépitation sensible au toucher et à l'oreille : quand la cavité glénoïde est fracturée, la tête de l'humérus, après la réduction, peut ne pas rester d'elle-même dans la position normale.

5° La luxation, désignée comme luxation dans la cavité axillaire, peut en même temps être sous-coracoïdienne ; cette espèce doit donc être rayée comme forme particulière.

6° Sur le vivant, on ne pourra reconnaître avec certitude que la tête de l'humérus est située en dedans ou en dehors du muscle sous-scapulaire que dans les cas où la tête très-éloignée de l'omoplate est rapprochée de la clavicule.

La luxation sous-pectorale de Velpeau se présentera, d'après cela, tantôt comme axillaire, tantôt comme claviculaire ; on doit la rejeter comme variété particulière, en tant que sur le vivant on ne saurait la distinguer de la variété sous-scapulaire ; on doit plutôt la rapporter à la luxation sous-claviculaire.

7° La tête de l'os s'échappe en droite ligne hors de la cavité articulaire, et perfore la capsule dans cette direction (à l'exception toutefois de la luxation dorsale). La tête reste là où elle s'est placée, et sa position n'est pas modifiée ultérieurement, à moins de circonstances nouvelles venues du dehors. Il suit de là qu'on doit rejeter, comme n'étant pas démontrées, les luxations secondaires.

8° Il en est de même pour la luxation sous-claviculaire qui probablement est toujours primaire ; elle ne peut avoir lieu que sous l'influence de violences considérables, et qu'après la rupture du muscle sus-épineux, et la fracture de la grosse tubérosité de l'humérus ; la réduction est toujours difficile.

9° Des luxations incomplètes peuvent se présenter pendant quelque temps, mais il n'est pas probable qu'elles persistent.

Toutes les observations où la réduction a réussi ne signifient rien à cet égard, le diagnostic ne pouvant pas être établi d'une manière certaine sur le vivant. Quant aux préparations destinées à démontrer cette espèce de luxation, les désordres qu'elles présentent peuvent aussi être dus à la pression de la tête de l'humérus placée hors de la cavité articulaire, et conséquemment complétement luxée.

10° Les os mis en contact d'une manière pathologique par la luxation sont en général en partie résorbés ; il se développe ainsi et par le dépôt de masses ostéophytiques, et par la production de nouveaux ligaments une sorte de nouvelle surface articulaire, qui peut encore assez bien remplir des fonctions de l'articulation normale.

11° La réduction de luxations qui durent depuis plus de deux à trois semaines peut entraîner des dangers pour les jours de l'individu, à l'exception peut-être de la luxation dorsale et de la luxation sous-scapulaire, si cette dernière pouvait être reconnue avec certitude.

SUR LA FISTULE VENTRICULO-COLIQUE ; par le docteur DIRUF.

Dans ce travail, l'auteur rapporte une observation de cancer de l'estomac qui a donné lieu à une perforation de l'estomac et du colon, et par suite à une fistule *ventriculo-colique*. Cette affection, obscure et suivant certains auteurs, tels que Wanderlitz par exemple, impossible à diagnostiquer pendant la vie, avait été, dans ce cas, reconnue sur le vivant, comme l'autopsie l'a démontré. Des cas de ce genre ont été souvent rapportés ; en 1848 Ditterich, sur 160 cas avait rencontré 6 fois la fistule ventriculo-colique.

Le docteur Diruf pose les indications suivantes par rapport au diagnostic de cette affection :

1° Des symptômes très-importants sont les vomissements de matières fécales et la présence d'aliments non digérés dans les selles.

2° On a un symptôme pathognomonique dans les aliments colorés artificiellement qu'on fait prendre aux malades et qui sont rendus par en bas, sans être altérés, immédiatement ou quelque temps après leur ingestion.

3° Les signes fournis par l'auscultation ont surtout de la valeur, lorsqu'ils sont accompagnés des autres circonstances pathognomoniques. (Le docteur Levintein (de Berlin) en 1840 a donné comme moyen de diagnostic d'une fistule interne de l'estomac un gargouillement perceptible avec le stéthoscope, analogue au gargouillement caverneux dans les poumons.)

4° Le collapsus général, l'augmentation de la coloration cachectique de la peau, et surtout l'altération de la voix, symptômes qui par eux-mêmes n'ont pas grande valeur, aident au diagnostic lorsqu'ils apparaissent très-promptement.

Il n'y a rien à dire du traitement ; des palliatifs, voilà à quoi se bornent jusqu'à présent nos ressources.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 26 AOUT.

M. BOUCHACOURT, chirurgien en chef de la Charité de Lyon, communique l'histoire d'une tumeur du rectum, renfermant les débris d'un fœtus, extirpée chez une jeune fille de 6 ans (voir plus haut.)

PRÉSENCE DE L'IODE DANS LES EAUX DOUCES, LES PLANTES ET LES ANIMAUX TERRESTRES, ETC.

M. CHATIN envoie un mémoire intitulé : RECHERCHES SUR L'IODE DES EAUX DOUCES ; DES PLANTES ET DES ANIMAUX TERRESTRES, ETC. L'auteur établit dans ce travail l'existence de l'iode dans les eaux douces, et la constatation de la présence de ce corps dans les plantes et les animaux terrestres, etc. Il résume son travail dans les propositions suivantes.

I. La présence de l'iode dans diverses plantes aquatiques de l'Europe, de l'Asie, de l'Afrique, de l'Amérique et de la Nouvelle-Hollande confirme ce que nous avons déduit de l'analyse des espèces des environs de Paris ; savoir, la présence de ce corps dans la masse du globe et la généralité des eaux douces.

Si l'on recherche comparativement l'iode dans la *lessive* des cendres d'espèces végétant également bien dans l'eau et hors de l'eau, les réactifs indiquent sa présence chez les individus venus dans l'eau, à l'exclusion de ceux développés sur la terre.

II. L'état du globe aux diverses époques des végétations anciennes pourrait se déduire de la présence et de la proportion de l'iode dans les débris enfouis de ces dernières.

III. Les animaux d'eau douce (spongilles, limnées, planorbes, sangsues, écrevisses, goujons, grenouilles, salamandres, foulques, rats d'eau, etc.) contiennent de l'iode. En les comparant aux plantes développées dans la même eau, on reconnaît que la proportion de l'iode y est même un peu plus grande que dans ces dernières.

IV. La présence de l'iode dans les eaux douces peut être directement et facilement constatée. Des recherches faites à cet égard sur environ trois cents rivières, fontaines et puits, on peut conclure en général :

1° Que l'iode existe en proportion variable dans toutes les eaux qui sourdent du globe ;

2° Que la richesse des eaux en iode peut être présumée d'après la nature plus ou moins ferrugineuse des terrains qu'elles lavent ;

3° Que la proportion d'iode croît ordinairement dans les eaux avec celle du fer, de telle sorte que les eaux regardées comme *ferrugineuses* peuvent être tout aussi bien nommées *eaux iodurées* ;

4° Que les eaux des terrains ignés sont plus iodurées, en moyenne, et surtout plus uniformément que celles des terrains de sédiment ;

5° Que les eaux de la *craie verte* et des *oolithes* ferrugineux tiennent le premier rang parmi celles-ci ; qu'elles peuvent même se placer avant celles des terrains ignés ;

6° Que, tout en étant riches en iode, les eaux de la formation houillère viennent après celles de certains terrains ignés ou de sédiment ferrugineux ;

7° Que les eaux des terrains essentiellement calcaires et magnésiens sont très peu iodées ; que l'iode est surtout rare dans les marnes irisées, gangue habituelle du sel gemme ;

8° Que les iodures ne sont pas nécessairement proportionnées aux chlorures ;

9° Que les rivières alimentées par les glaciers (Rhin, Rhône, Durance, Isère, Garonne, etc., etc.) sont peu iodurées, surtout à l'époque de la grande fonte des neiges ;

10° Que les eaux des rivières sont en moyenne plus iodées, moins chargées de sels terreux, et surtout plus uniformément iodées que celles des sources ;

11° Que les eaux de puits qui sont, comme on le savait, les plus chargées de sel de chaux et de magnésie, sont en même temps des plus pauvres en iode.

V. Le rapport qui existe entre le fer et l'iode des eaux, la facile décomposition de l'iodure de fer et la décomposition complète de l'iodure des eaux dans l'évaporation sans addition de potasse, rendent probable que l'iode s'y trouve à l'état d'iodure de fer.

VI. L'iode existe dans les plantes et les animaux terrestres.

VII. Les potasses du commerce et la plupart des sels dont elles font la base sont iodurés ; mais le nitrate de potasse, la crème de tartre, l'émétique et le tartrate double de potasse et de soude sont privés d'iode. Les sels ammoniacaux et les soudes sont aussi iodurés, ainsi que le chlorure de sodium des marais salants réputé pur. Le sel gemme et le sel des salines de l'Est sont presque complétement privés d'iodure.

VIII. Les liqueurs fermentées contiennent de l'iode.

Le vin, le cidre et le poiré sont plus iodurés que la moyenne des eaux douces.

IX. Le lait est encore plus riche en iode que le vin, et le lait d'ânesse l'est plus que celui de vache.

Les œufs (non la coquille) sont très-iodés. Un œuf de poule pesant 500 gram. est plus ioduré qu'un litre de lait de vache ; il l'est autant que deux litres de vin ou de bonne eau.

X. L'iode existe dans la terre arable. Abondant dans le soufre, les minerais de fer et de manganèse, le mercure sulfuré ; il est rare dans le gypse, la craie blanche, les calcaires grossiers et siliceux, etc.

XI. C'est sur les plantes des eaux ferro-iodées que devront porter les essais ayant pour but l'extraction économique de l'iode des eaux douces.

XII. Une proportion trop minime d'iode dans les eaux potables de certaines contrées paraît être la cause principale du goître. Le changement d'eau, et tout au moins l'usage du vin, des eaux ferro-iodées, du cresson de bonne eau, d'une nourriture animale; des œufs surtout, sont rationnellement indiqués contre cette affection. Il serait encore utile que le sel des marais salants fût substitué, dans les contrées à goître, au sel de roche qui s'y trouve habituellement et qui s'y consomme.

La plupart des corps regardés par les thérapeutistes comme pectoraux et antiscrofuleux sont riches en iode.

ANALYSES DU SANG, COMME MOYENS D'ÉTUDE DES FONCTIONS DE LA RESPIRATION ET DE LA NUTRITION.

M. CLÉMENT, chef des travaux chimiques à l'école d'Alfort, adresse une nouvelle note sur des analyses du sang faites dans le but d'étudier les fonctions de la respiration et de la nutrition.

Dans une note précédemment adressée à l'Académie, l'auteur faisait remarquer qu'un animal sain étant donné, si l'on parvenait à exagérer chez lui les fonctions de la respiration et de la nutrition, à l'aide de douleurs vives soutenues et entretenues pendant six heures environ, on pouvait constater, entre autres choses remarquables :

1° Que la fibrine et l'albumine du sang diminuaient d'une manière absolue pendant tout le temps que les douleurs exerçaient leur action sur l'organisme;

2° Que la matière colorante du sang augmentait d'une manière relative;

3° Que la diminution de l'albumine semblait devoir être attribuée en grande partie à une double combustion, l'une se passant dans le poumon, l'autre dans la trame des tissus;

4° Que la diminution de la fibrine devait être produite par le travail chimicovital qui s'accomplit indubitablement au sein des organes, et dont l'action s'exerce principalement sur l'élément fibrineux du sang.

Il restait alors à démontrer expérimentalement que le poumon est le siége d'une combustion, et, de plus, que l'élément brûlé est l'albumine du sang.

Dans le but de résoudre ce double problème, M. Clément a tenté cinq nouvelles expériences sur cinq individus différents de l'espèce chevaline. Parmi ces animaux, trois étaient en santé; le quatrième était affecté de la pousse, et le cinquième avait subi la section des nerfs pneumo-gastriques.

Dans ses quatre premiers essais, l'auteur a pratiqué sur chaque cheval deux saignées successives. La première, pratiquée à la jugulaire, a donné du sang qui se rendait au poumon; la seconde, faite à la carotide, a fourni du sang artériel qui sortait du poumon.

Dans le cinquième essai, il a pris du sang à la jugulaire seulement, mais la première fois avant la section des nerfs, et la seconde fois six heures après cette section.

Le résultat fourni par ces analyses tendrait à prouver :

1° Que l'eau, ainsi que l'ont signalé déjà, il y a longtemps, d'abord M. Lassaigne, ensuite et plus tard M. Marchal (de Calvi), est moins abondante dans le sang veineux que dans le sang artériel;

2° Que l'albumine, qui est en quantité plus grande dans le sang veineux avant son entrée dans le poumon, a diminué dans le sang artériel après sa sortie de cet organe;

3° Que la fibrine, qui se trouve à peu près dans des rapports égaux dans le sang veineux et dans le sang artériel, domine cependant dans ce dernier;

4° Que les globules diminuent relativement à l'augmentation de l'eau, et à celle, quoique faible, de la fibrine;

5° Que l'albumine brûle dans le poumon;

6° Que, pendant cette combustion, elle produit de l'eau, qui passe en partie dans le sang artériel et détermine la diminution apparente des globules colorés;

7° Que la respiration pulmonaire se faisant d'une manière incomplète, comme dans le cas de pousse, la combustion s'affaiblit;

8° Que cet affaiblissement est prouvé : 1° par la formation d'une quantité d'eau moins abondante que dans l'état normal; 2° par l'augmentation de l'albumine dans le sang artériel; 3° par la diminution de la fibrine et des globules qui ne se réparent qu'avec une certaine difficulté;

9° Que lorsque le poumon n'est plus sous l'influence nerveuse nécessaire à l'accomplissement normal de ses fonctions : 1° il n'élabore plus le sang que d'une manière incomplète; 2° il exhale beaucoup d'eau sans en produire sensiblement de nouvelle; 3° il ne brûle que peu ou point d'albumine, cette dernière étant plus abondante dans le sang des artères que dans celui des veines; 4° et enfin que la vie s'éteignant dans tout l'organisme, la fibrine ainsi que les globules augmentent en même temps que l'albumine elle-même. (Comm. : MM. Magendie, Velpeau et Lallemand.)

POPULATION.

M. H. CARNOT adresse une nouvelle note sur l'accroissement successif de la population de 1770 à 1848.

Depuis la paix de 1763, dit M. Carnot, l'accroissement de la population française a été excessivement remarquable. Il divise cet accroissement, à diverses époques, en majeurs et en mineurs. Embrassant une période de soixante-dix-huit ans, il la divise en cinq périodes, trois de paix publique, une de guerre générale, une d'épidémies, et il constate que, dans la première, l'accroissement suit une marche normale. Dans les quatre autres, cette marche est renversée : l'enfance est préservée, quand l'âge viril succombe. Guerres, épidémies, vaccine, tout concourt à ce résultat, par suite duquel l'accroissement de la population française, du 1er janvier 1800 au 1er janvier 1848, se trouve ainsi décomposé :

Accroissement en mineurs.	5.356.609
Accroissement en majeurs.	2.910.490
Total.	8.267.099

Et par suite, le rapport de la population majeure à la population totale se trouve réduit en soixante ans de cinq huitièmes à cinq neuvièmes.

RÔLE DU CÉRUMEN DANS LES MALADIES DE L'OREILLE.

M. MÉNÉ envoie un troisième mémoire sur les maladies de l'oreille, relatif aux effets produits sur l'ouïe par la suppression du cérumen.

L'auteur conclut des observations contenues dans ce mémoire et dans les deux mémoires précédents :

1° Que, dans l'acte de l'audition, le cérumen joue un rôle de premier ordre; 2° que ses altérations portent le trouble dans les fonctions de l'oreille; 3° enfin que sa suppression donne lieu à une diminution sensible de l'ouïe. (Comm. : MM. Andral et Velpeau.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

SÉANCE DU 27 AVRIL 1850. — PRÉSIDENCE DE M. VLEMINCKX.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le ministre de l'intérieur transmet un exemplaire des mémoires de la Société de médecine de Liége.

M. le docteur Montegnies (de Mons) transmet une note relative à la question de la contagion du choléra. (Renvoi à la deuxième section.)

La compagnie a reçu, depuis sa dernière séance, et avant le 1er avril, jour de la clôture du concours, six nouveaux mémoires :

Les trois premiers mémoires sont relatifs à la question de l'albuminorie;

Un quatrième mémoire sur la question relative à l'influence que les sciences physiques et chimiques ont exercée sur la médecine;

Un cinquième mémoire sur la question proposée sur la valeur de l'auscultation et la percussion appliquées aux maladies du cheval;

Et un sixième mémoire sur la question proposée sur la pleuro-pneumonie épizootique des bêtes à cornes.

L'Académie renvoie les mémoires reçus sur les deux premières questions aux commissions qu'elle a nommées dans la séance précédente.

Elle procède ensuite, au scrutin secret, à la composition des commissions qui seront respectivement chargées de l'examen des deux derniers mémoires.

La commission qui statuera sur le mérite du mémoire traitant de l'auscultation et de la percussion appliquées aux maladies du cheval, se composera de MM. Verheyen, Thiernesse, Lebeau, Gravez et Gaudy.

Sont appelés à faire partie de l'autre commission : MM. Delwart, Pétry, Lebeau, Brogniez et Thiernesse.

La première commission a choisi pour président M. Gaudy, pour secrétaire M. Thiernesse, et pour rapporteur M. Lebeau.

La seconde a nommé président M. Lebeau, secrétaire M. Thiernesse, et rapporteur M. Petry.

RAPPORT DE LA DEUXIÈME SECTION SUR DIVERSES COMMUNICATIONS RELATIVES AU CHOLÉRA ÉPIDÉMIQUE, TRANSMISES PAR LE GOUVERNEMENT.

(M. LEQUIME, rapporteur.)

Messieurs,

Diverses pièces relatives au traitement du choléra épidémique ont été soumises, par M. le ministre de l'intérieur, à l'appréciation de l'Académie, et renvoyées par elle à l'examen de la deuxième section, qui m'a chargé de vous en faire un rapport.

§ I. — La première de ces pièces est une brochure publiée en langue allemande par le docteur Rodolphe de Vivenot, ayant pour titre : LE SOUFRE, MÉDICAMENT NOUVEAU CONTRE LE CHOLÉRA.

Voici la traduction de cet opuscule.

Dans une conférence qui eut lieu entre les docteurs Herrick, Blaney et Bird, au sujet de l'influence exercée par l'air atmosphérique sur la production et la propagation des épidémies, ces messieurs étaient arrivés à conclure que le choléra, ainsi que l'influenza, doivent leur origine à la présence de l'*ozone* dans l'air, mais que cette substance y prédomine bien davantage dans le choléra que dans l'influenza.

M. Bird ayant cru reconnaître dans le soufre un contre-poison contre l'influenza, et ayant d'ailleurs observé avec ses collègues que le choléra n'avait jamais régné en Amérique, dans le voisinage d'eaux minérales sulfureuses ou dans des contrées où il existe des couches sulfureuses, avait tiré de ces faits une autre déduction, d'accord avec ses confrères, à savoir : que le soufre était l'antidote du choléra. Ils se crurent d'autant mieux fondé à émettre cette opinion, qu'ils pensaient être parvenus à démontrer, à l'aide de l'*ozonomètre*, non-seulement la présence de l'ozone dans l'atmosphère pendant l'épidémie de choléra, mais encore la concordance de la quantité plus ou moins grande de cette substance vénéneuse avec la progression ou la décroissance de l'épidémie.

Ces médecins essayérent dés lors le soufre aussi bien sur eux-mêmes que sur tous les individus qui, par l'influence du choléra, avaient souffert d'incommodités, de troubles et de légéres sensations douloureuses dans les organes de la digestion, etc. Les résultats de ces essais ayant été satisfaisants, ils les multipliérent et prescrivirent ce moyen, en apparence trés-simple, à l'exclusion de tous les autres médicaments, non-seulement dans les prodromes du choléra, mais encore dans le choléra confirmé.

Les phénoménes caractérisés par un sentiment de plénitude et de douleur à l'épigastre, par la sensation de mouvements irréguliers dans l'abdomen, par des diarrbées légéres, etc., cédérent à l'usage de 3 à 4 grains de soufre ; dans le choléra confirmé et s'accompagnant de spasmes, de diarrbée, de vomissements, etc., la dose fut portée à 3 grains toutes les deux, trois ou quatre heures.

Les effets de ce médicament furent si merveilleux que ces médecins se décidérent à l'employer dans les cas de choléra les plus graves, à l'époque du *collapsus* dans le *stadium* dit *paralyticum*. Dans des cas qu'on avait considerés comme désespérés, le pouls devenu insensible reparaissait, le froid glacial était remplacé par une chaleur s'étendant à toute la surface du corps, les vomissements abondants et les déjections alvines épuisantes cessaient, enfin les malades étaient sauvés !

S'appuyant sur ces heureux résultats, les médecins précités ont considéré le soufre comme un véritable spécifique contre le choléra, tout en engageant leurs compatriotes à n'en faire usage qu'avec le consentement d'un médecin, des conditions individuelles pouvant exiger des modifications dans le traitement et même l'usage d'autres médicaments

M. le docteur Bird ajoute que la combinaison de quatre parties de soufre avec une partie de charbon végétal s'est montrée beaucoup plus efficace encore. M. de Vivenot en conclut que l'alcool soufré (*carbonium sulfuratum*) mérite de fixer l'attention.

Bien que l'assertion émise par les médecins américains, à savoir, que le choléra n'a jamais régné dans les localités où il existe des sources ou des couches sulfureuses, ne concorde pas avec les expériences faites dans d'autres contrées ; que même cette maladie a sévi avec une grande intensité à Bade, prés de Vienne, où il existe des sources sulfureuses en grande quantité (observation qui a été faite également à Aix-la-Chapelle, dans le courant de l'année 1849), M. de Vivenot croit néanmoins que l'idée d'employer le soufre comme moyen curatif contre le choléra a été trés heureuse et qu'elle mérite d'être mise à l'épreuve : elle lui paraît d'autant plus digne, que le soufre a été regardé, dans tous les temps, comme le moyen le plus efficace contre l'état veineux prédominant de l'organisme, état qui, selon lui, constitue l'essence du choléra. Il insiste, du reste, sur la nécessité d'employer le médicament à la dose prescrite par les médecins américains, tout en avouant qu'elle puisse paraître trop faible à un grand nombre de médecins et trop forte à beaucoup d'autres. Il prétend l'avoir employé avec succés dans trois cas où il existait des symptômes précurseurs du choléra, et dans un quatrième qui présentait déjà en apparence la plupart des symptômes de la période algide Ce dernier malade qui, avant de consulter le docteur Vivenot, avait déjà pris 3 onces de la potion laxative de Vienne, guérit aprés avoir employé quatre doses de 3 grains de soufre de demi en demi heure, et appliqué des sinapismes. Il termine en recommandant aux médecins de ne se servir que du soufre purifié mêlé à deux grains de sucre de lait, et d'avoir soin de faire triturer ce mélange bien exactement et pendant assez longtemps, la trituration développant, à son avis, l'électricité et rendant le médicament plus efficace.

Le soufre a déjà été recommandé en Allemagne comme un préservatif contre le choléra ; en effet, le docteur Reinbardt (de Dresde), a proposé, en 1831, d'employer le soufre à la dose de 5 à 8 grains matin et soir, uni à du sucre et à une poudre aromatique quelconque, telle que le calamus ou l'écorce d'orange. M. Reinbardt, à l'appui de sa recommandation, avance les raisons suivantes :

1° Le soufre posséde des vertus presque spécifiques contre toutes les maladies contagieuses et dangereuses ; il est donc probable qu'il produit les mêmes effets dans le choléra, dont les causes ne nous sont pas encore bien connues.

2° Pendant le typhus de 1813 et 1814, toutes les personnes de la connaissance de M. Reinbardt, qui avaient porté sur l'epigastre un sachet rempli de soufre pulvérisé ont été exemptes de la maladie, bien que plusieurs d'entre elles eussent été obligées de prendre leur domicile dans des lieux où il y avait beaucoup de malades et où se trouvaient encore une grande partie de leurs vêtements.

3° Selon Tourtual, l'usage du soufre à l'intérieur prémunit les enfants contre la contagion de la rougeole (1).

4° D'aprés les rapports qui lui sont parvenus de Tiflis, trois villages furent prémunis contre le choléra par les émanations hydrosulfureuses qui se degageaient du sol pendant que le choléra sévissait à Bakou.

5° Le soufre pris à petites doses n'offre aucun inconvénient et peut être d'une grande utilité, surtout à cause de son effet pénétrant.

M. Reinbardt est d'avis que les bains sulfureux pourraient produire de bons effets, et que l'emploi du soufre serait plus salutaire encore si l'on joignait à son usage l'application à l'épigastre d'un emplâtre aromatique, soit simple, soit mêlé au tartre stibié et à l'opium, qu'on enléve aussitôt qu'il se forme des pustules et qu'on réapplique aprés leur disparition.

(1) Contrairement à cette assertion, M. Rieken a observé, pendant l'épidémie de rougeole qui a régné à Bruxelles en 1838, que plusieurs enfants auxquels il avait administré le soufre comme préservatif, ont été néanmoins atteints fort gravement de la maladie ; chez deux, il y eut récidive dans le cours de l'épidémie.

M. X... (de Berlin) n'est nullement d'accord avec M. Reinbardt (de Dresde) ; il dit :

1° Que les prémisses sur lesquelles M. Reinbardt a basé sa proposition sont tout à fait erronées et que l'expérience n'en démontre nullement la réalité ;

2° Que les vertus anticontagieuses du soufre, bien que préconisées depuis longtemps, ont été exagerées par la plupart des médecins, et qu'il ne connaît aucun fait qui démontre d'une maniére péremptoire que l'usage du soufre ait préservé de la variole, de la rougeole, de la peste, de la fiévre jaune ou du typhus ;

3° Que les résultats négatifs des expériences faites, en 1813 et 1814, par le docteur Reinbardt, lui paraissent d'autant moins concluants, qu'il a vu, dans les épidémies de typhus qui ont régné dans la contrée qu'il habite, plusieurs galeux qui ont été pris de typhus, quoiqu'ils fussent imprégnés de soufre.

Nous ajouterons, pour corroborer cette opinion, que notre honorable collègue M. Lebeau a observé à l'hôpital de Bruxelles, deux galeux qui ont été atteints du choléra.

M. X... conclut des faits qu'il cite que la spécificité du soufre contre la contagion du choléra est fort douteuse et même trés-invraisemblable : il ne lui reconnait pas une efficacité plus grande, sous ce rapport, que celle d'autres médicaments doués d'une odeur trés-pénétrante, tels que le musc, le camphre, l'ambre, etc.

Malgré les élucubrations des honorables confréres dont les noms viennent de vous être cités, vous aurez pu vous convaincre que les vertus medicatrices du soufre mis en usage contre le choléra ne sont pas encore consacrées par l'expérience. Pris à la dose indiquée par l'auteur, il est généralement reconnu que ce médicament ne donne lieu à aucun phénoméne remarquable, si ce n'est de communiquer aux garde-robes et aux gaz intestinaux une fétidité extrême.

La brochure du docteur de Vivenot ne renferme d'ailleurs que des assertions qu'aucun fait ne démontre.

La deuxiéme section croit donc, en attendant que de nouvelles lumiéres soient répandues sur ce sujet, devoir réserver son opinion et se borner à vous proposer d'enregistrer la communication du docteur de Vivenot.

§ II. — La seconde piéce envoyée à l'examen de la section est une lettre de M. de Rote, consul général de Belgique à Alger ; elle est relative à un remède qui aurait été employé avec succès contre le choléra à Constantinople et à Alger dans l'hôpital du Dey.

Voici la formule de ce remède :

R. Hydriodate de potasse. .	12 grains.
Eau ordinaire	20 dragmes.

Cette solution doit être prise en une fois, et une demi-heure aprés on fait usage du café noir.

A la priére de notre consul, M. le docteur Ferrus s'est chargé d'expérimenter ce remède.

Quant à moi, messieurs, je l'ai mis en pratique plusieurs fois dans mon service de cholériques à l'hôpital Saint-Jean, et bien que je me sois scrupuleusement conformé aux instructions contenues dans la lettre de M. de Rote, je le dis à regret, ce remède n'a produit aucun résultat avantageux ; en somme, il ne nous semble pas digne d'être recommandé par l'Académie à l'attention du gouvernement.

§ III. — Le vice consul belge à Trieste a fait parvenir au gouvernement une instruction imprimée sur le choléra, qui porte pour titre : ÉLIXIR VÉGÉTAL ANTICHOLÉRIQUE.

Cette piéce ne mérite pas d'occuper l'attention de l'Académie.

§ IV. — Dans une lettre adressée à M. le ministre de l'intérieur par M. le docteur Ch. Pellarin, chirurgien du 2[e] bataillon de la garde mobile, en garnison à Givet (France), cet honorable confrére ne craint pas d'affirmer qu'il a découvert la cause, la nature et le mode de propagation du choléra asiatique, ainsi que les moyens, aussi sûrs que simples et faciles, d'en préserver les populations.

Selon M. Pellarin, le choléra de Givet a reconnu deux origines bien distinctes :

1° L'importation du fléau en cette ville par deux jeunes Belges venant, l'un de Bruxelles, l'autre d'un point différent de notre territoire où régnait l'épidémie.

2° Le développement spontané de la maladie dans deux compagnies du 63[e] régiment de ligne par les émanations d'une latrine de la caserne.

De ces faits et de l'analogie frappante qu'offrent, selon M. Pellarin, les symptômes du choléra avec ceux de l'asphyxie par certains gaz délétéres, par l'hydrogène sulfuré particuliérement et par la combinaison ammoniacale (sulfhydrate d'ammoniaque), l'auteur tire les conclusions suivantes :

1° Le choléra est un empoisonnement dû à l'absorption d'un ou de plusieurs gaz délétéres exhalés des matières animales en décomposition, *spécialement des matiéres que renferment les fosses d'aisances.*

2° L'agent de l'empoisonnement ou intoxication cholérique est, selon toute probabilité, le gaz sulfhydrique et sa combinaison avec le gaz ammoniac.

3° Le choléra, dans nos pays d'Europe du moins, se contracte toujours par suite de l'une ou l'autre de ces deux circonstances : fréquentation de latrines infectes, ou respiration de miasmes dégagés des matiéres rendues par les cholériques.

4° La désinfection des fosses d'aisances et des matières rendues par les cholériques ; l'enfouissement immédiat de ces matiéres dans les campagnes où il n'y a pas, en général, de fosses d'aisances couvertes : voilà la principale mesure de préservation à mettre en usage contre le choléra Le désinfectant par excellence est le chlore qui, mis en présence du gaz sulfhydrique, s'empare de son hydrogène et met le soufre à nu.

5° Les boissons aromatiques, opiacées et spiritueuses, les frictions excitantes

et les applications chaudes à la surface du corps, pendant la période du froid, sont les moyens thérapeutiques qui ont paru à M. Pellarin produire les meilleurs effets dans le choléra confirmé.

Tel est le sommaire de la lettre de M. Pellarin, qui contient des idées erronées sur le mode de propagation et sur le traitement d'une maladie dont la connaissance est environnée de trop de ténèbres pour les rendre plus épaisses encore par des hypothèses sans fondement.

L'Académie adopte successivement, sans discussion, les conclusions qui terminent l'examen de chacune de ces communications et dont les deux dernières tendent à passer à l'ordre du jour.

RAPPORT DE LA SECONDE SECTION SUR LE MÉMOIRE DE M. DEWACHTER RELATIF AU CHOLÉRA.

(M. LEQUIME, rapporteur.)

Messieurs,

M. le docteur Dewachter, médecin à Ruyshroeck, a adressé à M. le ministre de l'intérieur, le 27 novembre 1840, un rapport sur le choléra qui a régné dans les communes de Ruysbroeck, Puers, Windtham, Eykerliet, Niel, Boom, Willebroek et Brandonck.

Dans son travail, M. Dewachter trace l'itinéraire de la maladie dans les communes précitées; il passe en revue les causes, expose les symptômes de la cholérine et du choléra, fait l'histoire de quelques cas terminés par la mort, décrit le traitement qu'il a suivi, et termine en indiquant quelle a été pendant le cours de l'épidémie la constitution médicale de la contrée qu'il habite.

L'auteur n'a pas eu l'intention d'écrire une monographie du choléra, il a voulu seulement signaler les faits et les particularités de quelque importance que le fléau lui a présentés et les réflexions qu'ils ont fait naître dans son esprit.

Il n'a, dit-il, rien de neuf à présenter sur la cause essentielle du choléra; quant aux causes prédisposantes et occasionnelles dont il a constaté l'influence, comme ce sont celles admises généralement, nous croyons pouvoir passer outre.

M. Dewachter n'est pas contagioniste; il signale cependant, comme favorable à l'opinion des médecins qui admettent la contagion, un fait dont il reconnaît bientôt après le peu de valeur. Il ajoute qu'il lui serait impossible d'expliquer, à l'aide de la contagion, l'apparition du fléau dans les différentes localités où il a été appelé à le traiter, et qu'il n'a pu parvenir, malgré les recherches les plus minutieuses, à se mettre sur les traces de cette contagion. Aussi, pour lui, l'infection joue un grand rôle dans la production et la propagation du choléra, comme en général de toutes les maladies épidémiques.

Plus loin, il fait encore remarquer qu'il a opéré plusieurs fois la dissémination de ses malades, et toujours sans transmission de la maladie.

Dans l'exposition fort incomplète qu'il fait des symptômes du choléra, M. Dewachter avoue qu'il n'a pas de matériaux de quelque importance à ajouter à ceux que possède déjà la science, n'ayant pas eu occasion de faire des observations qui lui soient propres; il croit devoir établir une distinction entre le choléra et la cholérine, et range les symptômes de cette dernière parmi les phénomènes précurseurs de la maladie, à laquelle il ne reconnaît que deux périodes, savoir: la période algide et la période cesteuse ou de réaction.

Toutefois, nous ne pouvons nous dispenser de faire remarquer une contradiction flagrante qui se rencontre quelque pages plus loin. Après avoir signalé, à l'appui de cette séparation, les motifs suivants, savoir:

1° Que le choléra confirmé présente un appareil symptomatique beaucoup plus grave que la cholérine;

2° Que celui-ci offre peu de prise à nos moyens de traitement;

3° Que la cholérine se dissipe toujours sans réaction fébrile;

4° Qu'elle manque souvent;

il admet que la cholérine se termine quelquefois par la mort, et cite même deux faits pour justifier cette opinion.

Evidemment il y a ici, comme sous d'autres rapports, une véritable confusion: l'auteur a confondu diverses affections qui forment le cortége habituel des épidémies de choléra, ainsi que des complications avec la maladie elle-même. Ainsi, pour n'en citer qu'un exemple, il relate comme choléra intermittent une fièvre intermittente compliquée de symptômes cholériques.

M. Dewachter a eu à traiter, dit-il, 400 cas de choléra et de cholérine: quel a été le chiffre de chacune de ces affections, qu'il distingue en principe et semble confondre en fait? Quelle a été la gravité des cas? Quelle a été la forme particulière, la physionomie, en un mot, de la maladie dans la contrée qu'il habite? Quels ont été les individus spécialement affectés? Quel a été le chiffre de la mortalité? Où a-t-elle sévi avec le plus d'intensité? Tels sont quelques-uns des points que M. Dewachter n'a pas cru devoir élucider dans son mémoire. Comment dès lors apprécier la valeur de son traitement, qui offre du reste une large part à la critique?

Nous croyons, messieurs, devoir nous dispenser d'entrer dans de plus amples détails sur ce travail; nous nous bornerons à ajouter, en terminant, qu'il laisse beaucoup à désirer pour le fond et pour la forme; que nous y avons vainement cherché quelque aperçu nouveau, quelque point de vue saillant; les vérités qu'il renferme sont admises depuis longtemps dans la science; aussi sommes-nous d'avis qu'elle ne pourra tirer aucun parti des matériaux qu'il lui apporte. Toutefois, malgré la confusion d'idées qui y règne, malgré les fausses conclusions tirées des faits qu'il a observés, nous reconnaissons qu'il est l'œuvre d'un praticien zélé, consciencieux et ami de l'humanité. Peut-être ce mémoire, qui n'était pas destiné à être soumis à l'examen d'un corps savant, s'est-il ressenti du but que l'auteur s'est proposé.

Ces conclusions sont adoptées.

Le travail de M. Dewachter ayant été adressé par M. le ministre de l'intérieur, les conclusions du rapport lui seront communiquées.

L'ordre du jour appelle la suite de l'examen des questions relatives au choléra épidémique.

M. le président, avant d'ouvrir la discussion, fait connaître que, dans son dernier comité secret, l'Académie a pris les résolutions suivantes:

« 1° Aucun discours écrit ne sera admis dans les discussions; les orateurs ne pourront se servir que de notes.

» 2° Aucun discours oral ayant trait à une discussion ne pourra durer plus d'une demi-heure. Dans le cas où l'orateur croira, après l'expiration de la demi-heure avoir encore des arguments à produire, il demandera l'autorisation de continuer; l'Académie décidera si la parole doit lui être continuée ou retirée.

» 3° Ces mesures d'ordre intérieur seront mises à exécution à partir de la prochaine séance de l'Académie. »

La discussion continue sur l'homœopathie; on entend successivement MM. Varlez, Fallot et Verheyen. La discussion dégénérant en personnalités, M. le président, sur la proposition de M. Lebeau, met aux voix la clôture. La clôture est prononcée.

Il reste à statuer sur une proposition de M. Lombard, ainsi conçue:

« Je crois accomplir un devoir d'humanité et de justice en vous proposant de décider:

» 1° Si l'homœopathie est une vérité ou un mensonge;

» 2° Si les traitements qu'elle prescrit sont susceptibles d'actions curatives;

» 3° Et subsidiairement, s'il n'y a pas crime de lèse-humanité de se fier à ces traitements dans les affections aiguës graves, dans les maladies épidémiques et dans tous les cas où l'art a besoin d'intervenir pour seconder les efforts de la nature. »

M. Didot propose d'amender la deuxième proposition en ces termes:

« 2° Les médicaments homœopathiques préparés conformément au mode prescrit par l'école de Hahnemann sont-ils susceptibles d'actions curatives? »

M. Lebeau demande que l'Académie passe à l'ordre du jour sur les propositions de M. Lombard.

Indépendamment de la proposition de M. Lebeau, plusieurs autres sont remises au bureau.

La première, de M. Fallot, est ainsi conçue:

« Considérant que, pour qu'un jugement ait quelque valeur, il doit être rendu par des juges impartiaux;

» Considérant que, dans la question du mérite de l'homœopathie, les membres de la compagnie ne donnent pas toutes garanties d'impartialité,

» L'Académie passe à l'ordre du jour. »

Une autre proposition est présentée par M. Didot; la voici:

« Considérant que la discussion relative à l'homœopathie n'a fourni aucun argument sérieux en faveur de cette doctrine;

» Considérant que les doctrines médicales ne peuvent être jugées par des votes numériques,

» L'Académie passe à l'ordre du jour. »

M. Lequime fait une autre proposition: il demande que le vote sur la proposition de M. Lebeau soit remis à la séance prochaine.

La proposition de M. Lequime est celle qui doit avoir la priorité. Cette proposition est mise aux voix; elle n'est pas adoptée.

M. Fallot retire sa proposition pour se rallier à celle de M. Didot.

M. Lebeau retire également la sienne.

Après un échange de propositions et d'amendements, la proposition de MM. Didot, Lebeau et Fallot se trouve réduite à ces termes:

« Considérant que les doctrines médicales ne peuvent être jugées par des votes numériques, l'Académie passe à l'ordre du jour. »

Cette proposition est adoptée.

M. Martens demande que les membres qui étaient inscrits pour parler dans la discussion relative au choléra soient autorisés à faire insérer dans le Bulletin de l'Académie les discours qu'ils avaient préparés.

Cette proposition n'est pas adoptée.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS DE MAI 1850; par M. le docteur BROWN-SÉQUARD, secrétaire.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

III. — PATHOLOGIE.

3° SUR UN CAS DE MÔLE VÉSICULAIRE; par M. DEPAUL.

Une dame âgée de 21 ans, demeurant rue Louis-le-Grand, n° 24, était accouchée naturellement et à terme pour la première fois à la fin du mois de janvier 1849. L'enfant naquit vivant. Les suites de couches ne présentèrent rien de particulier. Les règles, qui avaient été supprimées pendant la grossesse, reparurent pour la première fois dans les premiers jours d'avril; mais depuis elles furent de nouveau suspendues: ce qui, joint à quelques troubles des fonctions digestives et à quelques autres phénomènes, fit croire à l'existence d'une nouvelle grossesse.

Au 20 avril déjà, il y avait des nausées et des vomissements. Les seins commençaient à se durcir et à devenir un peu douloureux. Cependant la santé générale n'était pas mauvaise, et cette dame pouvait se livrer à ses occupations habituelles. Cet état normal pour une grossesse commençante, et qu'aucune circonstance extraordinaire n'était venue troubler, persista pendant deux mois environ; mais alors, sans cause appréciable, aucune violence extérieure n'ayant agi, et sans qu'on pût invoquer l'influence de quelque émotion morale, l'utérus prit en quelques jours un accroissement insolite, et qui ne s'accordait nullement avec la marche ordinaire d'une grossesse régulière. En même temps apparut par le vagin un écoulement séro-sanguinolent assez considérable pour que madame X. fût obligée de se garnir, mais qui contenait une très-minime quantité de sang, et qui continua sans interruption jusqu'au moment où l'utérus se débarrassa du corps particulier qu'il renfermait. Au reste, aucune douleur ne se fit sentir ni dans l'utérus ni dans quelque autre point de la cavité abdominale.

Dans les premiers jours du mois d'août, étonnée de la persistance de l'écoulement dont nous avons parlé, madame X. se décida à consulter un médecin, et voici ce qu'il fut alors facile de constater. Le développement de l'utérus parut énorme pour une grossesse qui était arrivée tout au plus à la fin du quatrième mois. Son fond dépassait de deux travers de doigt la cicatrice ombilicale. La forme de cet organe offrait aussi quelque chose d'anormal. Au lieu d'être régulièrement arrondie, elle offrait des bosselures, surtout sur les régions latérales, bosselures permanentes et n'ayant aucune analogie avec celles qui sont dues à des déplacements du fœtus. Le toucher vaginal fit constater que le col était encore long, mais souple et mou. La lèvre antérieure, considérablement développée, parut le siége d'une lésion préexistante à la grossesse. La malade assurait percevoir la sensation des mouvements actifs d'un enfant. L'auscultation n'ayant pas été pratiquée par la personne qui fut chargée de cet examen, je ne puis rien dire du résultat qu'aurait fourni ce mode d'investigation; j'ajouterai seulement qu'il est très-probable qu'on aurait perçu un bruit de souffle en tout semblable à celui de la grossesse ordinaire. C'est au moins ce que j'ai pu constater dans quelques autres faits qui se sont présentés à mon observation.

Quelques jours après (dans la nuit du 6 au 7 de ce mois), sans cause provocatrice extérieure, la malade étant couchée, apparurent des douleurs dans le ventre ayant tous les caractères de celles qui accompagnent les contractions utérines. L'écoulement séro-sanguinolent, qui n'avait pas discontinué, devint plus abondant à partir de ce moment.

Le mardi 7, à dix heures du matin, une masse du volume des deux poings fut expulsée. A part quelques petits caillots qui s'étaient déposés dans les anfractuosités qu'elle présentait, elle était exclusivement formée par des séries de vésicules appendues sur une tige commune et formant des grappes nombreuses. Ces vésicules présentaient, comme on peut le voir sur la portion de môle que je mets sous les yeux de la Société, des différences quant à leur forme et à leur volume. Les unes étaient arrondies ou aplaties, les autres ovalaires. Les plus petites avaient le volume d'un grain de chènevis, les plus volumineuses celui d'une grosse amande. Les pédicules communs et les filets particuliers qui les supportaient étaient blancs et très-résistants. Les premiers partaient tous d'une membrane dont il a été impossible de retrouver la cavité. Les parois de ces diverses vésicules étaient minces et transparentes, mais jouissaient d'une résistance assez grande. Le liquide qu'elles renfermaient était incolore et légèrement visqueux.

La persistance des contractions utérines pouvait facilement faire soupçonner que toute la môle n'avait pas été expulsée, et en effet, à trois heures, le même jour, une nouvelle masse, à peu près du même volume que la première, fut rendue; elle offrait d'ailleurs les mêmes caractères. Quelques heures de calme suivirent son expulsion; mais des douleurs reparurent dans la nuit, et le lendemain, à neuf heures, l'utérus se débarrassa d'une dernière portion un peu moins volumineuse que les deux précédentes.

A partir de ce moment, la matrice, qui ne renfermait plus rien, cessa de se contracter. Un écoulement lochial séreux plutôt que sanguin s'établit, et fut surtout remarquable par son abondance pendant les trois premiers jours. Le quatrième il avait presque entièrement disparu, et le fond de l'utérus était au niveau du détroit abdominal.

Les phénomènes qui constituent ce qu'on appelle la fièvre de lait apparurent comme à la suite d'un accouchement ordinaire, avec cette différence seulement qu'ils se déclarèrent à une époque plus rapprochée de la déplétion utérine (c'est-à-dire vingt-quatre heures après), et qu'ils eurent une durée beaucoup moins grande.

Aujourd'hui, cinq jours après l'expulsion de cette môle, la santé de madame X. est aussi bonne que possible, et il est permis de penser que sa santé sera promptement rétablie.

Le cas qui précède est un nouvel exemple d'une des maladies dont l'œuf peut être atteint, et dont la cause première est inconnue sans doute, mais dont le point de départ et les évolutions sont aujourd'hui beaucoup plus convenablement appréciés qu'on ne l'a fait pendant longtemps. Déjà Albinus et Ruysch avaient parfaitement apprécié la nature de ces masses vésiculaires en plaçant leur siége dans les petits renflements qui terminent les villosités choriales. Les travaux de MM. Velpeau et Cruveilhier, ceux de M. Boivin, ont depuis pleinement confirmé cette manière de voir.

4° CAS DE COMPRESSION DE LA PORTION THORACIQUE DE L'ŒSOPHAGE PAR UNE MASSE TUBERCULEUSE DÉVELOPPÉE DANS LES GANGLIONS DU MÉDIASTIN POSTÉRIEUR, AYANT CAUSÉ LA MORT, CHEZ UN SAJOU ORDINAIRE; par M. DAVAINE.

« On a déjà observé que certains engorgements des glandes lymphatiques qui avoisinent l'œsophage peuvent, par la compression qu'ils exercent sur ce conduit, en simuler le rétrécissement organique, entraîner la régurgitation des aliments, et, dans un temps plus ou moins éloigné, la mort du malade.

» L'engorgement de ces glandes se rencontrant plus fréquemment chez les enfants scrofuleux et tuberculeux, l'on est porté à penser que la compression de l'œsophage par ces tumeurs doit avoir été observée plus souvent dans l'enfance qu'aux autres âges de la vie; cependant MM. Rilliet et Barthez (TRAITÉ DES MALADIES DES ENFANTS, t. III), qui ont décrit avec soin les accidents que détermine la compression exercée par ces tumeurs, soit sur les bronches, soit sur les nerfs pneumo-gastriques, déclarent qu'ils n'ont pas rencontré de cas de compression de l'œsophage; et M. Barrier (TRAITÉ DES MALADIES DE L'ENFANCE, t. I, p. 653), qui s'est aussi occupé de cette question, dit que la compression de l'œsophage par des ganglions tuberculeux paraît très-rare, circonstance qu'il cherche à expliquer par la disposition anatomique des parties.

» Ces considérations m'ont engagé à rapporter avec quelques détails un cas de compression de l'œsophage par des ganglions tuberculeux que j'ai rencontré chez un *sajou ordinaire* ou *sapajou* (*simia capucina*).

» Le cadavre de cet animal a été remis, il y a quelques jours, à M. Robin, qui, ne pouvant en faire immédiatement la dissection, a eu l'obligeance de l'envoyer à M. Rayer. Il paraît que, dans les derniers temps de sa vie, l'animal toussait et rejetait ses aliments, ce qui a fait supposer qu'il était atteint d'une maladie de l'estomac et des poumons.

» A l'ouverture de la poitrine, le cœur a paru fortement repoussé en avant par une tumeur qui occupait tout le médiastin postérieur, depuis la première côte jusqu'au diaphragme. Cette tumeur était formée par l'agglomération de petites masses tuberculeuses dont la plupart avaient le volume d'une noisette. Quelques-unes étaient encore à l'état cru, et les autres à divers degrés de ramollissement.

» La tumeur était divisée en deux portions par la bifurcation de la trachée-artère. La portion supérieure, placée entre la trachée en arrière et le cœur en avant, écartait et comprimait plus ou moins ces organes et les principaux vaisseaux, tels que l'aorte, la veine cave supérieure et surtout la veine azygos. Les nerfs pneumo-gastriques étaient aussi déjetés à droite et à gauche. Le pneumo-gastrique droit, engagé dans un tissu cellulaire dense et serré qui enveloppait la tumeur, s'amincissait de plus en plus dans son trajet et finissait par se perdre dans la masse tuberculeuse. Les bronches également faisaient corps avec cette tumeur, la droite surtout était très-déformée et d'un calibre beaucoup plus petit que la gauche. Au-dessous de la bifurcation de la trachée, la seconde portion de la tumeur était appliquée au devant et sur les côtés de la colonne vertébrale, enveloppant plus ou moins l'œsophage, qui n'était libre qu'en arrière. Immédiatement au-dessus du diaphragme, les trois quarts au moins de la circonférence de ce conduit étaient embrassés par la tumeur, dont les portions latérales rapprochées le comprimaient transversalement et effaçaient presque complétement sa cavité. Il était manifeste que les liquides mêmes devaient avoir de la difficulté à franchir ce passage. Au-dessus de ce point, l'œsophage était manifestement élargi; il contenait des matières alimentaires semblables à du caséum assez consistant. La membrane interne de l'œsophage paraissait plus rouge dans cette portion dilatée; partout ailleurs elle n'offrait aucune lésion appréciable. Les poumons étaient engorgés dans plusieurs points assez circonscrits. Le lobe inférieur du poumon droit offrait un tubercule cru du volume d'un pois à peu près. L'estomac et les intestins ne contenaient que des liquides. Ces organes ne présentaient aucune altération notable. Les ganglions mésentériques, au niveau du tronc cœliaque, formaient une masse tuberculeuse de la grosseur d'un marron.

» J'ai déjà dit, au commencement de cette note, que les cas de semblable tumeur tuberculeuse comprimant l'œsophage dans sa portion thoracique, devaient être très-rares.

» Mauchart, dans une thèse soutenue sous sa présidence, intitulée : DE STRUMA ŒSOPHAGI et insérée dans les DISPUTATIONES CHIRURGICÆ de Haller (t. II, p. 395), a rassemblé plusieurs observations de compression de l'œsophage par des tumeurs formées par les ganglions bronchiques ou prévertébraux dégénérés; mais les caractères de ces tumeurs, qu'il désigne sous le nom de strumeuses, ne sont pas exposés avec assez de précision pour qu'on puisse décider si elles étaient dues à une dégénérescence tuberculeuse ou cancéreuse. Ce qu'il résulte seulement des observations de Mauchart et de celles qu'il a empruntées à divers observateurs antérieurs, tels que Tulpe, Verheyen, Heister, etc., c'est que les principaux symptômes de cette affection sont la régurgitation des aliments, accompagnée d'une dyspnée plus ou moins considérable.

» Les observations rapportées par Mauchart sont, parmi les faits plus ou moins analogues que j'ai trouvés dans les recueils scientifiques, celles qui ont le plus de rapport avec le cas que je viens d'exposer. On pourrait encore en rapprocher une observation qui se trouve consignée dans les BULLETINS DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE (1847, p. 106) : c'est un cas d'ulcération cancéreuse de l'œsophage, qui a été présenté à cette Société par MM. Cl. Bernard et Follin. Il y avait en même temps une tumeur de nature tuberculeuse qui, située entre la trachée-artère et l'œsophage, faisait une saillie d'un centimètre environ dans chacun de ces deux conduits. »

IV. — TÉRATOLOGIE.

VICE DE CONFORMATION DES MAINS; par M. GUBLER.

M. Gubler fait hommage à la Société, au nom de M. Rayer, du moule en plâtre de la main gauche d'un jeune homme de 20 ans, qui présente une conformation vicieuse caractérisée par la brièveté excessive des deux dernières phalanges de tous les doigts, et particulièrement des phalanges onguéales; par la présence d'une sorte de membrane interdigitale très-prononcée entre l'indicateur et le médius, où elle atteint le niveau de l'articulation de la première phalange avec la deuxième, et enfin par la fausse ankylose des articulations interphalangiennes. La phalange onguéale du pouce est renflée au point de donner à ce doigt la

forme d'une massue. La main droite présentait des vices de conformation semblables.

V. — HELMINTHOLOGIE.

NOTE POUR SERVIR A L'HISTOIRE DES HÉMATOZOAIRES; par M. FOLLIN.

L'existence de vers dans le sang est un des faits les plus curieux de l'histoire de ce liquide, et l'observateur qui le premier fit cette découverte dut un instant se croire sur la voie d'une des résultats les plus importants de la physiologie. Quoiqu'on n'ait pas retiré de ces observations tout ce que présageait la théorie, elles n'en sont pas moins dignes d'intérêt.

Aujourd'hui les hématozoaires ont été constatés dans le sang des quatre classes de vertébrés et chez soixante-dix-sept mollusques.

Dans l'espèce humaine, Treutler a décrit un ver qu'il désigne sous le nom de *hexathyridius venarum*, et qu'il crut provenir de la veine tibiale antérieure, ouverte spontanément chez un jeune homme pendant qu'il se baignait. Rien ne donne à cette observation un caractère de certitude qui puisse nous la faire admettre; mais si, chez l'homme, les hématozoaires n'ont point été constatés, car je n'attache guère d'importance à une vague assertion de M. Gros (de Moscou), qui dit en avoir vu dans le sang d'individus syphilitiques, il n'en est pas de même pour les mammifères: les observateurs les plus recommandables les y ont trouvés.

Treutler assure avoir vu des vers du genre des fascioles dans les veines pulmonaires du calocéphale barbu (*phoca barbata*) et dans la veine porte d'autres animaux; il en a constaté aussi dans la veine cave des cerfs.

Kuhn, Camper, Albers, Rosenthal et Creplin, M. Kuhn et M. Raspail, ont tour à tour fait connaître des espèces particulières de strongles dans les sinus veineux de la base du crâne et dans les veines pulmonaires du marsouin.

M. Rayer, dans ses ARCHIVES DE MÉDECINE COMPARÉE (premier fascicule), a décrit avec un grand soin ces anévrismes vermineux qu'on rencontre si souvent chez le cheval, et qui contiennent en grand nombre le *strongylus armatus minor*.

MM. Gruby et Delafond ont fait connaître une filaire de 3 à 4 millièmes de millimètre qui se trouve dans le sang des chiens. Le sang d'un mulot a présenté à M. Gros des vermicules très nombreux, et tellement amincis qu'ils étaient à peine reconnaissables à 400 diamètres. Des mêmes vers ont aussi été vus sur des taupes par le même observateur.

Ainsi, dans les mammifères, on semble avoir assez souvent trouvé différentes espèces d'hématozoaires.

Chez les reptiles, on a très-souvent constaté l'existence d'hématozoaires; ainsi, dès 1826, Schenetz, puis plus tard Valentin, Vogt et Gluge, etc., etc., en ont décrit et figuré chez la grenouille.

Valentin (MULLER'S ARCHIV., 1842) a signalé, mais rarement, un hématozoaire dans le sang du *salmo fario*; il avait 0mm,012. Ces vermicules ont aussi été trouvés dans le sang de beaucoup d'autres poissons, du goujon, de la motelle, de la perche, du sterlet, de la lotte, de la tanche. L'animalcule qui vit dans le sang de la motelle est de 0mm,015 de long sur 0,001 de large; il y existe en grand nombre. Doué de mouvement, il change souvent de formes. Dans tous les cas, il est plus petit qu'une vésicule du sang, qui en logerait plusieurs. Chez la tanche, ces hématozoaires sont très-ténus, allongés, sous forme de filaments légèrement renflés en leur milieu.

Les hématozoaires paraissent ne pas être rares dans le sang des oiseaux. J'ai pu, grâce à l'obligeance de M. Rayer, observer des filaires dans le sang de quelques freux (*corvus frugilegus*) tués dans la forêt de Fontainebleau et arrivés à Paris dans un parfait état de conservation.

Déjà des filaires analogues avaient été vus sur des oiseaux de diverses espèces: ainsi M. Gros paraît en avoir vu dans le sang d'engoulevents. Celui d'une grue en différait de 0mm,01 à 0mm,015.

Mais c'est chez l'espèce corvine qu'on paraît trouver surtout ces hématozoaires. Existe-t-il dans la nourriture de ces êtres quelque chose qui favorise le développement de ces hématozoaires? Cela n'est rien moins que prouvé.

Deux observateurs ont vu ces hématozoaires dans le sang des individus de l'espèce corvine: ce sont M. Gros (de Moscou) et M. Ecker. M. Gros leur donne un volume qui me fait penser qu'il ne les a pas bien vus. Quant à M. Ecker, il ne les a observés que dans le sang du cœur.

J'ai examiné avec grand soin le sang du cœur, des veines du cou et des cuisses chez neuf individus du *corvus frugilegus*. Chez trois j'ai constaté la présence de ces filaires. Dans un cas ils étaient très-nombreux, et se dessinaient nettement par leur fond obscur. Quand ils sont en petit nombre, on ne peut les apercevoir que difficilement, mêlés qu'ils sont à la masse des globules sanguins.

Ces hématozoaires m'ont paru sous l'aspect de filaments allongés, légèrement effilés à leurs deux extrémités, plus volumineux à leur centre. En moyenne ils ont 0mm,090 de longueur sur 0mm,0040 de largeur; M. Ecker leur donne en longueur 0mm,106, et en épaisseur 0mm,003 à 0mm,005.

Ces vers ont une de leurs extrémités moins effilée, plus arrondie que l'autre; mais il est impossible de distinguer l'antérieure de la postérieure; car on ne reconnaît chez ces filaires aucun organe distinct, et rien qui réponde à la tête ou à la queue.

Par transparence il est facile de voir que leur corps ne contient aucun organe interne, si ce n'est des granules, mais rien qui ressemble à une disposition quelconque d'appareils intérieurs.

J'ai rencontré ces filaires dans du sang pris dans différentes artères ou veines du freu. M. Ecker n'a pu les trouver dans du sang tiré de la peau de la cuisse et des vaisseaux trachéaux. Ces vers ne lui semblent pas devoir circuler avec le sang, et il en donne pour preuve que lorsqu'on ouvre les vaisseaux en saignant l'animal, on ne trouve pas de ces prétendus filaires dans le sang qui s'écoule, tandis qu'on en trouve, au contraire, beaucoup dans le sang du cœur.

J'en ai constaté la présence non-seulement dans le sang du cœur, mais dans celui pris dans différentes régions du corps. J'ai peine à comprendre comment ces filaires s'y trouveraient sans y circuler, et d'ailleurs on observe cette circulation des filaires dans le sang des grenouilles.

Dans certains cas, le sang du freu prend un aspect comme huileux: c'est alors que j'ai le plus souvent trouvé ces filaires.

Quant à leur destination ultérieure, on ne peut penser que ce soient de jeunes embryons de strongles que l'on voit sur l'estomac, sur le foie, sur le poumon; car les embryons de strongles sont déjà dans l'œuf de deux à trois fois plus gros que l'hématozoaire en question.

VI. — BOTANIQUE.

SUR UNE MALADIE DE LA VIGNE CAUSÉE PAR LE PARASITISME D'UNE MUCÉDINÉE DU GENRE OIDIUM; par M. C. MONTAGNE.

M. Tucker, jardinier chez M. J. Slater, à Margate, en Angleterre, observa le premier en 1845, et pendant deux années consécutives, que la vigne cultivée soit dans les serres, soit à l'air libre, était comme saupoudrée de farine sur les feuilles, les jeunes pousses et même sur les grappes du fruit. Les parties recouvertes de cette sorte d'efflorescence blanche se gonflaient, se crevassaient; le raisin contractait un goût désagréable, et finissait bientôt par se gâter et se corrompre tout à fait. Soumis à l'observation microscopique, cet enduit farineux fut reconnu pour être constitué par l'une de ces mucédinées parasites si préjudiciables à plusieurs végétaux, par une espèce nouvelle du genre *oidium*.

C'est dans le n° 48 du GARDENER'S CHRONICLE pour l'année 1847 qu'on peut lire la description et voir la figure qu'a données de ce champignon mon ami le révérend M. J. Berkeley, qui le nomme *oidium Tuckeri*, du nom de son premier observateur.

Un état pathologique semblable de la vigne vient de se montrer dans les serres de Versailles et y occasionne de grands dommages. M. Baudry, bibliothécaire de l'Institut national agronomique, m'a fait l'amitié de m'apporter, vers la fin de la semaine dernière (26 avril 1850), un bocal contenant tout à la fois des feuilles et des grappes contaminées et malades: c'est celui que j'ai l'honneur de mettre sous les yeux de la Société. Nous avons examiné ensemble au microscope la production fongique, cause présumée du mal, dont il désirait savoir le nom. Il me fut bien facile de reconnaître la mucédinée et de la rapporter à son véritable genre. Ma collection, où se trouve un exemplaire authentique de l'*oidium Tuckeri*, envoyé par M. Berkeley, me fut d'ailleurs d'un grand secours pour me convaincre que je ne me trompais pas en considérant la maladie de la vigne de Versailles comme produite par un parasite absolument identique à celui qui détermina l'affection pathologique de celle de Margate.

Veut-on savoir maintenant ce que c'est que la mucédinée en question? Je le dirai en peu de mots. Les ravages qu'elle occasionne et les pertes immenses qui en résultent pour ce genre d'industrie valent bien la peine qu'on s'en occupe. Comme la plupart de ces plantes, elle est constituée par deux sortes de filaments, les uns stériles, les autres fertiles.

Les premiers, qui en forment le système végétatif, rampent sous l'épiderme entre les méats intercellulaires, ainsi que l'ai constaté dans le *botrytis* (*peronospora*) *infestans* et l'*oidium erysiphoides*, quand la plante se développe sur la feuille; ils rampent à la surface de l'épicarpe lorsqu'elle envahit le fruit. Les seconds, ou les filaments fertiles sont dressés, longs tout au plus d'un cinquième à un sixième de millimètre, cloisonnés de distance en distance et un peu renflés en massue au sommet. Sur les feuilles on les voit sortir par l'ouverture des stomates; mais sur les fruits, l'épicarpe étant privé de ces organes, ils s'élèvent directement du filament qui rampe à la surface de celui-ci, et constituent ce qu'on appelle le *mycelium*. C'est le dernier article des filaments fertiles qui se transforme en spore, et comme cette métamorphose peut se répéter un grand nombre de fois, le filament croissant incessamment, on conçoit l'énorme quantité qui s'en produit et la prompte dissémination qui s'en doit faire pour propager la maladie aux ceps voisins du premier infecté. Ces spores sont elliptiques, et ont à la maturité une longueur de 0mm,035 sur un diamètre de près de 2 centièmes de millimètre. Comme elles ne tombent pas toujours au fur et à mesure de leur production, il en résulte qu'on en trouve quelquefois trois ou quatre qui se suivent et forment le chapelet. L'épispore est lisse et l'endospore rempli d'un nucléus granuleux. Toute la plante est blanche et transparente.

M. Tucker a employé sans succès une foule de moyens divers pour s'opposer aux progrès du mal avant d'arriver à en trouver un efficace. Celui qui lui a le mieux réussi consiste en aspersions et en lotions faites avec un mélange de soufre et d'eau de chaux. C'est à l'aide de ce procédé seulement qu'il est parvenu à se rendre maître de la maladie et à en arrêter les ravages. (11 Mai.)

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS DE JUIN.

I. — CORRESPONDANCE.

SUR UN CAS DE LÈPRE ET SUR LES MALADIES DES VERS A SOIE EN SYRIE; lettre adressée à M. RAYER, par M. SUQUET.

Je profite du retour en France de M. Jager-Smidt, gérant du consulat général de Beyrouth, pour vous envoyer le dessin d'un lépreux qui, je pense, pourra vous intéresser. Le malade est un jeune prince de la montagne du Liban, de la famille Chaab, à laquelle appartenait le grand émir Bechir, le dernier prince souverain de la montagne. Il a commencé à être atteint de la lèpre à l'âge de 16 ans; il en

a 22 aujourd'hui. La maladie s'est annoncée par des taches et des pustules sur toute la peau, qui furent prises pour des pustules vénériennes et traitées par l'emploi du mercure à haute dose. Sous l'influence de ce traitement, la maladie marcha rapidement; au bout d'un an, la peau perdit sa sensibilité, les cheveux tombèrent, les forces musculaires s'affaiblirent. La seconde année, la face fut tuméfiée et le gonflement était d'une rougeur très-prononcée. Bientôt ce gonflement s'étendit aux mains, et depuis lors la maladie a suivi une marche progressive. Aujourd'hui le mal paraît être parvenu à son plus haut degré d'intensité, la voix est presque éteinte et la fétidité que répandent la respiration et la totalité du corps est telle, que le dessinateur que j'avais amené avec moi n'a pu colorier le dessin; il était saisi de vertige et il a dû quitter la chambre où se trouvait le malade.

Ainsi que vous le verrez par le dessin, le nez est détruit, la bouche est convertie d'ulcères desséchés. Le dessin vous donne la forme exacte des mains et des doigts. Les ongles sont transformés en croûtes pustuleuses noirâtres. Enfin l'aspect de ce malheureux est hideux, et cependant, jusqu'à l'âge où il a été atteint par cette affreuse maladie, c'était un beau jeune homme. Aucune personne de sa famille n'a eu la lèpre, et depuis six ans son frère aîné habite et couche impunément dans la même chambre que lui. Il existe chez les Arabes, sur les causes de la lèpre, un préjugé dont je veux vous faire part : ils assurent que tout enfant conçu à l'époque des menstrues de la mère doit être atteint fatalement de la lèpre. Ce préjugé n'aurait-il pas son origine dans cette opinion ancienne et conservée encore aujourd'hui en Syrie, que toute femme est impure aux époques menstruelles, et que tout rapport avec elle est alors un péché? Et suivant la pénalité établie par Moïse, l'enfant ne serait-il pas châtié pour le père? Il y a beaucoup de judaïsme dans le christianisme syrien, et il ne serait pas étonnant que l'opinion sur l'origine de la lèpre ne fût encore un souvenir des antiques préceptes.

Vous m'aurez souvent accusé de n'avoir pas voulu répondre aux questions que vous m'aviez posées dans la lettre que vous avez eu la bonté de me remettre lors de mon départ de Paris. Je ne veux pas que vous me croyiez coupable de négligence. Je vous dirai donc que, depuis deux ans, j'ai recueilli plusieurs notes sur l'éducation et les maladies des vers à soie en Syrie, et que je vous adresserai après la récolte des cocons de cette année, un petit mémoire qui répondra, je l'espère, à toutes vos questions. Cependant je puis vous dire dès aujourd'hui que la muscardine n'existe pas en Syrie. J'ai fait et fait faire à plusieurs éleveurs, soit Arabes, soit Européens, une description exacte de la maladie; personne ici ne la connaît. Elle ne pourrait passer inaperçue, puisqu'elle sévit presque toujours épidémiquement, soit en France, soit en Italie.

Voici les maladies des vers que l'on observe en Syrie; vous verrez, par les noms arabes qu'elles portent, qu'elles offrent la plus parfaite analogie avec les maladies que l'on observe en Europe.

1° Les vers *tâbek*, c'est-à-dire courts ou fermes. Ce sont nos vers courts.

2° Les vers *déblân*, c'est-à-dire faibles. C'est la consomption.

3° Les *sarsaars*. C'est le nom d'un insecte de couleur jaune de la famille des scolopendres. C'est notre jaunisse.

4° Les vers *kaydh*, c'est-à-dire purulents. C'est notre hydropisie.

5° Les vers *maatoubé*, nom que l'on donne à la personne qui a une indisposition à quelque partie du corps. Les vers ainsi nommés par analogie présentent au quatrième âge une tache rousse à leur extrémité inférieure. Ils meurent sans filer.

6° Enfin, il est une dernière maladie que j'ai observée l'année dernière, et que l'on dit très-commune : c'est la maladie nommée par les Arabes *mas'houlat* ou diarrhée. Au quatrième âge, les vers rendent une quantité considérable de matières excrémentielles et meurent sans filer.

II. — PHYSIOLOGIE.

1° Quelques expériences sur l'eunice sanguine (*E. sanguinia*) (Extrait); par M. A. de Quatrefages.

L'eunice sanguine, le plus grand des annélides européens, habite les sables vaseux qui ne découvrent qu'aux grandes marées. Ce n'est donc presque pas un animal de rivage. Aussi est-elle très-sensible à l'action de l'eau douce. Placée dans ce liquide, elle donne immédiatement des signes de douleur. Le sang abandonne les branchies, les vives couleurs de l'animal disparaissent et sont remplacées par une teinte d'un gris cendré. L'annélide se pelotonne; le corps se raccourcit par suite de la contraction des muscles longitudinaux. Puis survient une hémorrhagie interne; le sang s'écoule par la bouche, et l'animal devient insensible au bout d'environ quatre minutes et demie. Si on le place alors dans l'eau de mer, on voit les branchies rougir le corps, se colorer, et au bout de trois minutes, l'animal a repris toute sa vigueur. On comprend qu'une immersion plus prolongée dans l'eau douce amène la mort.

Dans de l'eau saturée de sel marin, l'eunice donne des signes peu prononcés de malaise et présente tous les caractères d'une surexcitation vitale très-prononcée. Le corps entier et les branchies surtout se colorent vivement; les mouvements sont accélérés; bientôt une sécrétion exagérée de mucosités entoure l'animal. Puis survient une période d'affaissement; les branchies pâlissent, le corps se décolore, les mouvements se ralentissent. Au bout de cinq heures, l'animal est à peine sensible aux irritations extérieures, et quand il ne donne plus aucun signe d'excitabilité, il est entièrement mort.

Les bases solubles agissent très-faiblement sur ces annélides. Placée dans une dissolution ammoniacale assez concentrée pour que l'odeur en fût sensible à une certaine distance, une eunice y est restée six heures avant de devenir insensible, et remise dans l'eau de mer pure, il a suffi d'un quart d'heure pour qu'elle fût assez bien rétablie.

Au contraire, les acides minéraux exercent sur ces animaux une action des plus énergiques. Deux ou trois gouttes d'acide nitrique ou sulfurique du commerce dans un demi-litre d'eau de mer déterminent des signes très-marqués d'une souffrance vive. Les branchies, le corps entier se décolorent; souvent il y a des hémorrhagies internes, et l'animal meurt complètement au bout de dix à douze minutes.

Abandonnée à elle-même dans de l'eau de mer que l'on a soin de renouveler fréquemment, l'eunice manifeste, au bout de vingt-quatre heures, un abattement, une diminution de forces très-sensibles, mais qui ne marche pas ensuite avec la même rapidité. Après quarante-huit ou soixante-douze heures de captivité, elle commence à se fractionner. Les premiers fragments détachés sont généralement pleins de vie, se meuvent, rampent régulièrement et manifestent une certaine volonté. La segmentation continue ainsi d'arrière en avant. Au bout de quatre ou cinq jours, quelquefois davantage, selon la température, les fragments ne se détachent plus complètement et se putréfient en adhérant au corps par les téguments. Plus tard encore, des points de gangrène isolés se montrent jusque dans les quinze ou vingt premiers anneaux. Plus une eunice est vigoureuse, plus elle s'est fractionnée de bonne heure et plus elle résiste à la captivité et à l'inanition. En plaçant quelques beaux échantillons dans des fucus que j'avais soin de laver deux fois par jour et de tenir seulement humides, j'en ai conservé quelquefois d'une grande marée à l'autre, c'est-à-dire environ quinze jours (1).

L'indépendance des centres nerveux rend les expériences de vivisection moins claires dans leurs résultats chez les eunices que chez les vertébrés. Voici toutefois quelques faits qui jettent quelque jour sur ce point de la physiologie des annélides.

La tête d'une eunice fut fendue en deux : l'une des moitiés fut enlevée. L'animal, abandonné à lui-même se conduisit à peu près comme d'ordinaire, et ses mâchoires, entre autres, jouèrent avec régularité.

La portion antérieure du cerveau fut enlevée. Le jeu des pinces ne présenta rien d'anormal.

En enlevant le cerveau tout entier, tout signe de vie disparut dans l'anneau buccal. Les mâchoires restèrent à peu près immobiles et ne firent plus que quelques mouvement très-faibles (2).

Les antennes furent enlevées. L'animal donna des signes marqués de douleur. Il se pelotonna sur lui-même, et lorsqu'il se remit en marche, ce ne fut qu'avec hésitation.

Je détruisis les ganglions des dix-neuf premiers anneaux. L'annélide ne parut pas souffrir beaucoup au contact des ganglions, tandis que toute lésion des couches musculaires amenait des signes de vive douleur. Dans cette expérience, il est probable que les ganglions n'avaient pas entièrement disparu, car les pieds se mouvaient comme auparavant; seulement les mouvements des pieds d'un même anneau n'étaient plus coordonnés.

J'enlevai, sur une étendue de vingt-cinq à trente anneaux du milieu du corps, le plan musculaire inférieur, la chaîne ganglionnaire et une portion de l'intestin. Les pieds s'agitèrent d'abord, les soies sortirent et rentrèrent comme à l'ordinaire; mais bientôt tout mouvement s'arrêta et les pieds restèrent contractés. Les branchies seules continuèrent à présenter, quoique plus faiblement, leurs mouvements d'expansion et de contraction habituels.

Ces faits sont encore trop peu nombreux pour qu'on puisse en tirer des conclusions générales et pour qu'on cherche à les rapprocher de ceux qui ont été observés chez les animaux supérieurs. Toutefois ils montrent dès à présent que l'indépendance des centres nerveux est portée fort loin chez les annélides.

Malgré cette indépendance, la tête semble en quelque sorte chargée de résumer toutes les sensations perçues par les autres ganglions, et elle a conscience de l'individu entier. Mais ici encore, il est facile de reconnaître que cette conscience s'affaiblit pour ainsi dire d'avant en arrière. Dans les convulsions d'une mort violente, l'eunice mord assez souvent de l'extrémité postérieure. Jamais je ne l'ai vue mordre ses anneaux du milieu du corps ou de la moitié antérieure. (Séances des 29 juin et 6 juillet.)

III. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

1° Sur deux cas où l'intestin offrait un diverticulum; par M. Verneuil.

M. Verneuil présente deux diverticulums de l'intestin recueilli chez l'homme : l'un vient d'un homme âgé de 40 ans environ; l'autre d'un enfant à terme; ce dernier présente plus d'intérêt, en ce qu'il adhère encore à l'ombilic par un pédicule grêle; ce pédicule est formé par un tractus du péritoine; il a 3 centimètres de long, se fixe à l'ombilic en dehors et à gauche des artères ombilicales; on peut suivre dans son intérieur un vaisseau artériel, vestige de l'artère omphalo-mésentérique. Sur la pièce recueillie sur l'adulte, le diverticulum est conique et présente environ 3 centimètres de hauteur, l'intestin, à son insertion mésentérique, présente un éperon très-marqué. La première pièce offre du reste exactement la même disposition.

La structure de ces diverticulums est la même que celle de l'intestin; toutefois j'ai observé dans la pièce d'adulte la disposition suivante : les fibres longitudinales prennent la plus grande part à la formation de la couche musculaire;

(1) Tous les annélides ne présentent pas au même degré cette tendance à la segmentation. Elle est portée très-loin chez certains sigalions, elle est nulle chez les aphrodites. Certaines néréides me semblent tenir le milieu entre ces deux extrêmes.

(2) Ce fait confirme l'opinion que j'ai émise ailleurs, que cet anneau fait réellement partie de la tête et non du corps, comme l'ont admis Savigny et ses successeurs.

elles forment de grandes anses à concavité tournée vers le mésentère; les fibres circulaires, réunies au niveau de l'éperon, semblent s'écarter au niveau de l'appendice et s'infléchir, en ne prenant qu'une très-faible part dans la formation de la tunique musculeuse.

Je n'ai pas constaté le siége de l'appendice chez l'adulte, mais chez le fœtus, elle est distante de 20 centimètres seulement du cœcum.

Il est impossible de méconnaître, dans ces diverticulums de l'intestin, un vestige du pédicule de la vésicule ombilicale.

Les deux pièces sont déposées au musée de la Faculté. (15 juin.)

IV. — PATHOLOGIE.

1° TUMEUR DU CERVELET PRODUISANT DES MOUVEMENTS CONVULSIFS ET LA PARALYSIE DU MÊME CÔTÉ OU ELLE SIÉGEAIT; par M. MAZIER.

M. D..., habitant d'une petite ville du département de l'Eure, fut pris d'abord d'étourdissements dont la fréquence augmenta graduellement.

M. D... était âgé de 38 ans environ, ayant le teint coloré, un embonpoint modéré, d'une bonne constitution, taille au-dessus de la moyenne, d'un tempérament lymphatico-sanguin et d'une santé ordinairement bonne.

Les étourdissements, qui finirent par le prendre une ou deux fois par semaine, ne tardèrent pas à s'accompagner de quelques mouvements convulsifs, affectant tous les membres et particulièrement ceux du côté droit.

Une perte de connaissance plus ou moins complète se joignit par la suite à ces premiers symptômes, et donna à cette maladie un caractère épileptiforme très-marqué.

Sans devenir beaucoup plus fréquents, ces accidents devinrent plus graves, et au lieu d'être suivis d'une disparition complète, comme dans le principe, un malaise, une courbature et même un engourdissement assez marqué dans le côté droit survirent ces accès et finirent par combler l'intervalle qui les séparait. La maladie mit un an à prendre ce développement.

A cette époque, M. D... recevait les soins d'un médecin qui était en même temps pour lui un ami tout dévoué. Les sangsues au siége, les saignées générales soulageaient le malade, sans arrêter la marche de la maladie qui continuait à faire des progrès lents, mais cependant appréciables pour tout le monde.

Je fus appelé près de ce malade pour joindre mes conseils à ceux de l'excellent ami qui lui donnait des soins. La veille de cette réunion M. D. avait éprouvé un accès semblable aux précédents, mais beaucoup plus violent et plus long. Cet accès avait commencé par un étourdissement accompagné de mouvements convulsifs avec perte presque complète de connaissance, et avait été suivi d'un peu d'embarras dans la parole et d'un engourdissement général qui allait jusqu'à l'affaiblissement de la contraction musculaire du côté droit.

Les saignées générales et locales, les dérivatifs sur la peau, sur la nuque, sur le tube digestif, les antispasmodiques sous toutes les formes, avaient peut-être un peu ralenti, mais non arrêté les progrès de cette maladie.

Il nous fut impossible après un examen très-attentif et une discussion faite de bonne foi entre nous, de découvrir la cause des accidents observés, de donner une explication raisonnable et raisonnée de sa marche, de sa durée et de sa terminaison probable. Il nous fut malheureusement aussi difficile de donner un traitement que nous voulions lui opposer cette direction bien coordonnée que la connaissance de la maladie permet seule de lui imprimer. Si nous ne pouvions présumer l'époque de la terminaison de cette maladie, nous étions assez d'accord sur sa gravité et sur son issue probablement funeste. Nous étions encore assez unanimes pour penser que le mal était dans la cavité crânienne et devait particulièrement se trouver dans le voisinage du cervelet. Une consultation rédigée avec soin et adressée à deux célébrités médicales de Paris ne leur fit rien découvrir au delà.

La maladie plus ou moins enrayée par le traitement continua de s'aggraver pendant huit mois environ, époque à laquelle un accès beaucoup plus violent que les précédents fut suivi d'une perte de connaissance complète avec résolution de l'action musculaire, respiration stercoreuse, et tous les symptômes d'un épanchement au cerveau dont rien n'avait pu atténuer les effets.

Appelé une dernière fois près de M. D..., la gravité de ces nouveaux accidents ne nous laissa aucun doute sur sa mort inévitable et prochaine. Il expira la nuit suivante. La vie s'était affaissée graduellement et sans secousses nouvelles.

Parmi tous les moyens employés pendant le cours de cette longue maladie, un seul avait constamment soulagé le malade, c'était l'application de sangsues derrière les oreilles. Cette saignée locale rendait les accès moins forts et moins fréquents.

L'autopsie du cerveau fut faite dix-huit à vingt heures après la mort, en présence de trois médecins.

La voûte du crâne fut détachée avec une scie et soulevée avec précaution.

Une rougeur légère colorait la surface externe de la dure-mère sur toute son étendue, mais cette rougeur devenait de plus en plus foncée à mesure qu'elle se rapprochait d'un point où cette membrane faisait une saillie assez marquée, saillie qui correspondait à la bosse occipitale droite 2 centimètres au-dessus environ. Le centre de cette éminence formée par la dure-mère était marqué par un point rond, d'un centimètre de large, dans lequel on voyait une altération bien marquée du tissu de cette membrane.

L'occipital présentait une cavité à l'intérieur, produite par le refoulement de cet os dont les tables avaient été repoussées sur le point correspondant à la saillie de la dure-mère.

A l'extérieur, un peu au-dessus de la bosse occipitale droite, on sentait avec la main une saillie bien marquée, et qui eût été visible même si les cheveux avaient été rasés sur cette partie. Cette saillie n'existait point à gauche.

En ouvrant les enveloppes du cerveau, on vit s'écouler un liquide séro-sanguinolent assez abondant à la base du cerveau et dans les ventricules surtout.

Le cerveau détaché et enlevé avec soin présenta les altérations suivantes:

Le côté droit du cervelet, fortement déprimé, était presque complétement détruit. Une cavité, dans laquelle se serait cachée aisément le jaune d'un œuf de poule, était entourée des restes de la substance médullaire de cette partie du cervelet dont le ramollissement et la destruction s'étaient communiqués au lobe correspondant du cerveau dans lequel l'altération avait pénétré d'arrière en avant à la profondeur de 4 centim. L'altération de la substance cérébrale était d'autant plus marquée qu'elle s'observait plus en arrière; on voyait même sur la partie du cervelet qui environnait sa dépression, plusieurs petits points où la suppuration était manifeste.

La dure-mère présentait sur la partie qui correspondait à cette dépression du cervelet une tumeur attachée à cette membrane par un pédicule de 12 à 14 millim. de diamètre. Cette tumeur, de forme ronde, avait l'aspect, la forme et la couleur d'une galle de chêne qui se forme sur les feuilles de cet arbre, et dont la couleur rose, blanc jaune, donne une idée assez vraie de cette tumeur. Son volume avait un diamètre de 24 à 30 millim.; elle était légèrement aplatie d'avant en arrière.

Cette tumeur, divisée avec le bistouri, se trouvait de nature fibreuse, un peu moins résistante que les tumeurs fibreuses ordinaires.

Le reste du cerveau et du cervelet n'offrait aucune altération; le tissu même en était assez ferme sur les points éloignés de la tumeur.

Une injection des capillaires se faisait remarquer sur tous les points, et particulièrement sur les plus rapprochés de la bosse occipitale droite.

La facilité avec laquelle les tumeurs de la dure-mère repoussent les tables des os du crâne et les font saillir à l'extérieur devrait porter les médecins à faire raser la tête d'un malade dans les cas analogues à celui qui précède quand cette maladie peut être soupçonnée. Il est facile alors de reconnaître, par l'examen externe de la tête, les altérations subies par cette boîte osseuse, quand il y en a d'appréciables; et qui sait si un pareil examen ne conduirait pas un praticien habile à tenter, dans ce cas, des moyens extrêmes, justifiés d'ailleurs par la gravité de la maladie, et la terminaison fatale à peu près inévitable qui menace toujours celui qui en est affecté?

2° REMARQUE A PROPOS DE L'OBSERVATION PRÉCÉDENTE; par M. BROWN SÉQUARD.

L'observation de M. Mazier est le second fait, présenté à la Société, d'une tumeur du cervelet déterminant la paralysie du côté où elle siégait. M. Tailhé a lu, l'an dernier, une observation qui est publiée dans nos Mémoires, p. 147-152, et dans laquelle il s'agit d'un ancien militaire, hémiplégique du côté *droit*, mort à la Charité, dans le service de M. Rayer. On trouva à l'autopsie un tubercule dans le lobe *droit* du cervelet.

A ce sujet, nous devons signaler une erreur qui s'est glissée sous la plume de M. Lebert, à propos de ce malade, dans notre compte rendu de novembre 1849, p. 178. Cette erreur consiste en ce que le lobe *gauche* du cervelet est désigné comme ayant été le siége du tubercule dans le cas dont l'histoire a été rapportée par M. Tailhé.

M. Rayer, qui a examiné chaque jour le malade en question pendant plusieurs semaines; M. Brown-Séquard, qui a, de son côté, recueilli l'observation, ainsi que plusieurs autres personnes, n'hésitent pas à affirmer que M. Tailhé ne s'est pas trompé, et qu'il y a bien eu dans ce cas paralysie et tubercule du côté *droit*, c'est-à-dire *du même côté*.

3° D'UNE AFFECTION CONVULSIVE QUI SURVIENT CHEZ LES ANIMAUX AYANT EU UNE MOITIÉ LATÉRALE DE LA MOELLE ÉPINIÈRE COUPÉE; par M. BROWN-SÉQUARD.

Cette affection consiste en des mouvements convulsifs très-énergiques des muscles faciaux, des membres antérieurs et du membre postérieur du côté opposé à celui où a été fait l'hémisection de la moelle. On provoque ces convulsions à volonté, en pinçant une des parties sensibles de l'animal et spécialement sa face. La crise dure de cinq à quinze minutes. Quand elle a cessé, on n'en peut provoquer une nouvelle que lorsque l'animal s'est reposé plusieurs heures. Les crises sont d'autant plus violentes et plus longues que l'animal est resté plus longtemps sans en avoir.

C'est sur des cochons d'Inde que cette affection a été rencontrée. Elle ne commence guère à exister que huit ou dix jours après l'opération faite à la moelle. C'est surtout quatre ou cinq semaines après l'opération que les crises sont violentes et provoquée aisément. Trois ou quatre mois après l'opération, il faut exciter très-vivement l'animal pour produire une crise. Sur 11 animaux ayant eu une moitié latérale de la moelle coupée aux lombes ou à la région dorsale, 8 ont été atteints de cette affection; les 3 autres sont morts avant l'époque où cette affection se déclare habituellement. Ils ne peuvent donc pas être considérés comme des exceptions à une règle qui établirait que toutes les fois que la moelle épinière, à partir de la huitième vertèbre dorsale jusqu'à la quatrième vertèbre lombaire, a une de ses moitiés latérales coupée transversalement chez un cochon d'Inde, il survient chez cet animal, au bout d'une, deux ou trois semaines, une affection qui se manifeste par des convulsions, après l'excitation d'un point sensible.

Les mouvements convulsifs qui se montrent alors ressemblent davantage à ceux de l'épilepsie qu'à ceux de toute autre affection convulsive.

De tout ce qui précède, il suit qu'après une certaine lésion de la moelle épinière, chez certains animaux, il survient une affection convulsive ayant quelque parenté avec l'épilepsie.

La Société a été plusieurs fois témoin des convulsions mentionnées ci-dessus. (8 Juin.)

V. — TÉRATOLOGIE.

1° OBSERVATION D'UN FOETUS ANENCÉPHALE; par M. OLIER (d'Orléans).

Le docteur Olier, d'Orléans (Loiret), a adressé à M. Rayer la description et le squelette d'un *fœtus anencéphale*. Ce cas offre cela de remarquable que, bien qu'il existât un *spina bifida* dans toute la longueur du rachis, la moelle épinière n'était point détruite; elle formait un cordon aplati, bifurqué à son extrémité supérieure. Les nerfs rachidiens ne se continuaient point avec elle. Cette observation contient en outre quelques détails curieux sur les difficultés que présente le diagnostic de la position du fœtus pendant le travail. Voici le fait.

Le 9 mai 1850, la femme ***, jardinière à Orléans, éprouve, à quatre heures du soir, dans les reins et le bas-ventre, des douleurs assez vives, qui augmentent avec rapidité d'intensité, et à six heures du soir elle accouche d'un fœtus mort, du sexe féminin; à six heures et demi, le délivre fut expulsé naturellement.

Cette femme est à sa sixième grossesse. A la première, elle eut deux jumeaux à terme, le premier mort-né; le deuxième vécut quatorze jours. Deuxième grossesse, fausse couche à trois mois. A la troisième, l'enfant remue à quatre mois et demi et jusqu'au cinquième mois. A cette époque, la mère éprouve des contrariétés; dès lors l'enfant cesse de remuer jusqu'au neuvième mois, où elle accouche d'un enfant mort et mal conformé. Quatrième grossesse normale; l'enfant, du sexe masculin, vit : il est âgé de 13 ans. Cinquième grossesse, fille, qui vit, aujourd'hui âgée de 7 ans. A toutes ces grossesses, cette femme a reconnu immédiatement qu'elle était enceinte, à des dégoûts pour certains aliments, pour le vin, puis à la cessation de ses règles.

Sixième grossesse. — Le 3 juin 1849, elle a eu ses règles pour la dernière fois; elle les attend en vain le mois suivant. Son âge (48 ans) fait qu'elle croit être arrivée à son temps critique. Elle n'éprouve aucun malaise, aucun dégoût, rien qui lui fasse présumer qu'elle peut être grosse. Sa santé, du reste, est très-bonne, cependant elle voit son ventre augmenter lentement, sans songer un seul instant qu'elle peut être grosse. Elle croit engraisser comme certaines femmes parvenues à son âge.

Plus tard elle fut fort surprise de sentir remuer. Les mouvements sont fort sensibles, même pour une main étrangère.

Le 2 avril 1850, elle éprouve de vives contrariétés, et elle ressent des douleurs dans les reins et dans le ventre, principalement à droite. Ces douleurs, au bout de quelques jours, cessent d'occuper le tronc; elles se propagent dans la cuisse et la jambe gauche, et deviennent bientôt tellement violentes qu'elles arrachent des cris à la malade. Le repos au lit est nécessaire. Tout le membre devient enflé; la peau est lisse, tendue, douloureuse, pouvant à peine supporter le poids des couvertures. 12 sangsues et des cataplasmes appliqués sur les points les plus douloureux, un repos absolu pendant quelques jours, des boissons délayantes et un léger purgatif enrayent ces accidents et permettent, au bout de dix à douze jours, à cette femme de reprendre ses occupations; elle conserve pourtant quelque douleur dans tout le membre, qui lui semble pesant pendant tout le reste de sa grossesse.

Le 8 mai, à cinq heures, elle éprouve des douleurs assez vives dans le bas-ventre, comme pour accoucher; elle sent remuer pour la dernière fois et me fait appeler. La femme étant couchée, le toucher permet de constater un amincissement complet du col; il est extrêmement dilaté. Son diamètre est d'environ 6 centimètres à 6 centimètres et demi. La poche des eaux est lisse, fortement tendue, large, non saillante, malgré la dilatation extrême du col; elle est profondément située, et il faut introduire le doigt tout entier pour y arriver. Dans l'intervalle des contractions, les membranes continuent à être assez tendues, et bien qu'on les déprime fortement, il est impossible de rien reconnaître au-dessous d'elles. Sous l'effet d'une contraction énergique, elles se rompent, et une quantité considérable d'eau est projetée en avant et jusqu'au pied du lit. La femme est littéralement inondée; on peut estimer à 8 ou 9 litres la quantité totale des eaux amniotiques. Au toucher, le doigt rencontre, au niveau du détroit supérieur, un corps rugueux, dur, hérissé d'aspérités; son volume égala celui d'un demi-citron. On croit toucher le sacrum dénudé. Le doigt était alors sur la partie postérieure de la tête.

Dans la croyance d'une présentation du siége, je cherchai en avant le coccyx et l'anus ou les parties génitales, mais en vain. Revenant en arrière et sur les côtés, je trouvai l'oreille gauche du fœtus, puis la *bouche*, facilement reconnaissable aux arcades dentaires, à la langue et aux lèvres.

Pendant que je passais successivement en revue toutes les positions qui pouvaient me rendre raison du toucher, la matrice, en se contractant doucement, faisait descendre le fœtus peu à peu dans le vagin, et finit par l'expulser complétement.

Une fois dehors, le fœtus resta sans mouvement, malgré les soins qui lui furent donnés. Le cordon fut lié et coupé. La peau était lisse, rosée, comme dans l'état normal. Les membres étaient bien conformés. Le poids total du fœtus pouvait être de 3 livres à 3 livres et demie. Le col manquait complétement, et la tête, très-petite, semblait logée dans une excavation creusée dans la partie supérieure du tronc. La poitrine était bien conformée; seulement la mâchoire inférieure, démesurément large, recouvrait l'estomac, sur lequel elle était appuyée, et la peau du menton se continuait avec celle de la poitrine. Un très-large sillon circulaire indiquait la limite de séparation entre la face et le tronc. Le nez était court, retroussé; les yeux étaient fermés, dirigés en haut. Les globes oculaires n'avaient pas plus de 0m,007 de diamètre; ils étaient pourvus d'une rétine. La cornée était terne. Depuis le bord supérieur des arcades orbitaires, la peau manquait en arrière sur toute cette surface rugueuse qui forme toute la partie postérieure de la tête; elle était remplacée par une membrane fibreuse qui envoyait des prolongements dans tous les interstices osseux. Elle manquait encore dans toute la hauteur de la paroi postérieure du canal rachidien jusqu'à la troisième vertèbre lombaire. Sur ces parties dénudées s'étendait une membrane fine, collée sur les parties profondes, et qu'on ne pouvait isoler sans la déchirer.

Le canal rachidien, ainsi ouvert depuis la base du crâne jusqu'à la région rénale, laissait voir la moelle sous cette membrane fine et transparente, qui se continuait avec la peau au niveau de l'extrémité libre des apophyses transverses. Cette moelle avait la forme d'un ruban aplati d'environ une ligne et demie d'épaisseur; elle commençait à la base du crâne par une extrémité comme bifurquée et coupée carrément. A cette extrémité, elle reposait sur un coussinet moitié graisseux, moitié fibreux, qui remplissait l'excavation profonde que l'on voit en arrière, à la place du col. En saisissant l'extrémité libre de ce ruban médullaire avec une pince, on le détache avec une facilité extrême du canal, n'ayant à rompre que quelques filaments celluleux et fibreux placés çà et là. Cette moelle n'avait pas de rapport avec les nerfs, dont les origines ne commençaient que par une seule extrémité, renflée et ganglionnaire, placée dans les trous de conjugaison. Dans les membres et les troncs, les nerfs étaient bien développés.

La poitrine était large; le poumon n'avait pas respiré; point de vice de conformation dans les organes thoraciques.

De chaque côté de la tête se voyaient deux oreilles larges et allongées fortement déjetées en arrière, et dont les lobules descendaient sur les épaules. Au devant des lobules de ces oreilles et sur une très-petite étendue existaient quelques rares cheveux, les seuls qu'il y eût pour toute la tête. Cette absence de cheveux avait été une difficulté de plus pour le diagnostic de la position, lors du toucher.

Les membres étaient bien conformés, les ongles fins, mous, mais suffisamment développés. Enfin, pour terminer, on voit sur le squelette, outre le *spina bifida* complet, la soudure des quatrième, cinquième, sixième, septième côtes droites et des apophyses transverses correspondantes, et une tendance à une soudure analogue dans la septième côte gauche, dont les bords érodés étaient, dans l'état frais, fortement resserrés par ceux des côtes adjacentes.

2° REMARQUES SUR L'OBSERVATION PRÉCÉDENTE; par M. DAVAINE.

Ce cas d'anencéphalie, observé et décrit avec soin par le docteur Olier, offre, dans les circonstances antérieures ou relatives à l'accouchement, plusieurs particularités intéressantes.

Au point de vue de l'étiologie, je rappellerai l'existence antérieure d'une grossesse double, d'un avortement et de l'accouchement à terme d'un fœtus mal conformé, l'intervalle de onze mois entre la dernière époque menstruelle et l'accouchement, l'abondance singulière des eaux de l'amnios, dont l'anencéphale observé par M. Lallemand offre un autre exemple remarquable.

Au point de vue de la physiologie, les mouvements du fœtus sensibles, même pour une main étrangère, et qui ont persisté jusqu'au jour de l'accouchement.

Le squelette de ce fœtus monstrueux présente les caractères qu'on observe le plus ordinairement chez les anencéphales : c'est la proéminence de la mâchoire inférieure, l'épaississement général des os de la face; un crâne, l'absence complète de la voûte (la portion écailleuse du frontal, du temporal, de la grande aile du sphénoïde, les pariétaux, manquant complétement; les deux occipitaux supérieurs seulement se retrouvent, mais renversés de chaque côté de la portion condylienne de l'occipital et articulés avec elle et le temporal). La base du crâne présente en dessus une surface convexe qui commence en avant aux arcades surcilières, et se continue en arrière sans interruption avec la gouttière que forme le canal rachidien, largement ouvert dans toute son étendue. Les os qui forment normalement cette base se retrouvent tous, mais épaissis et d'une ossification très-complète. Quelques-uns, la petite aile du sphénoïde et les rochers, offrent un développement exagéré.

Le rachis présente, dans la région du col, une déviation antérieure extrêmement forte, qui comprend aussi les premières vertèbres dorsales. Le corps des vertèbres, à partir en remontant de la sixième ou septième dorsale, paraît s'être développé par deux points d'ossification distincts, un pour chaque moitié latérale. Cette séparation dans l'ossification des deux moitiés latérales du corps des vertèbres est d'autant plus prononcée qu'on l'examine plus près du col, où elle se continue jusqu'à l'occipital. Les os des membres, bien conformés, n'offrent point d'apparences de déviations.

Quoique le canal rachidien fût largement ouvert, ainsi que la cavité du crâne, cependant la moelle épinière existait. Les détails donnés par le docteur Olier ne peuvent laisser aucun doute à cet égard. L'extrémité supérieure de cette moelle était bifide, et les nerfs rachidiens ne se continuaient pas avec elle.

L'existence de la moelle épinière, avec absence du cerveau et *spina bifida* complet, a été fort rarement observée; cependant il existe dans la science quelques faits analogues. Billard a observé chez un fœtus anencéphale, avec *spina bifida*, la persistance de la moelle épinière; mais, dans ce cas, la moelle consistait en deux petits filets blancs, assez solides, contigus l'un à l'autre, et présentant dans leur ensemble le volume d'une plume de corbeau. En haut ils se confondaient avec une substance pulpeuse, sanguinolente, contenue dans une poche à la base du crâne. Les nerfs rachidiens, n'ayant pas toutefois l'apparence normale, naissaient *des parties latérales de chacun de ces filets*. Ollivier (d'Angers), qui rapporte cette observation dans son TRAITÉ DE LA MOELLE ÉPINIÈRE (2e éd., t. I, p. 167), cite deux autres cas, l'un observé par Zacchias et l'autre rapporté par Manget, qui paraissent analogues à celui de Billard, autant qu'on en peut juger par la courte description qu'en ont donnée ces auteurs. Dans ces différents cas, il existait à la place du cerveau une tumeur ou une poche d'une nature indéterminée. Dans le cas de M. Olier, il n'existait rien de semblable, et l'on ne retrouvait point dans les téguments les restes d'une poche ou d'une tumeur qui se serait rompue pendant un quelque temps avant l'accouchement. Si,

comme on a lieu de le penser, ce cas d'anencéphalie a été examiné avec soin, il vient infirmer ce fait très-remarquable de l'existence des mouvements des membres indépendants de toute communication des nerfs avec la moelle épinière. Ces mouvements ressentis par la mère dans le cas d'anencéphalie rapporté par M. Lallemand, ont été bien constatés dans celui de M. Oller, et ont persisté jusqu'au jour de l'accouchement.

Les observations que l'on pourrait rapprocher de celle-ci, comme des exemples de prolongation de la vie du fœtus pendant quelques instants ou même plusieurs heures après l'accouchement, quoiqu'il y eût absence complète du cerveau et de la moelle épinière, sont en petit nombre, et n'ont pas assez d'authenticité pour diminuer l'intérêt que mérite, sous ce rapport, l'observation de M. Oller.

BIBLIOGRAPHIE.

HISTOIRE GÉNÉRALE DES RACES HUMAINES, OU PHILOSOPHIE ETHNOGRAPHIQUE ; par EUSÈBE DE SALLES.

L'ethnographie tient étroitement à l'étude physiologique des races humaines, et cette dernière partie de la science tient essentiellement à la médecine. Les ouvrages comme celui que nous allons analyser sont par conséquent de notre domaine, et méritent plus peut-être que bon nombre d'ouvrages spéciaux l'appréciation de la critique, autant pour les documents qu'ils fournissent que pour les solutions dont ils dissipent de plus en plus les obscurités.

M. Eusèbe de Salles est le défenseur de l'unité de la race humaine. Son livre forme un plaidoyer très-développé et très-vigoureux de cette opinion plus vieille que le monde, mais toujours combattue par les libres penseurs de la science, qui ne cherchent que le nouveau et ne veulent que lui, à la condition d'en être les auteurs. Quelque connue que fût l'opinion de l'unité humaine, M. Eusèbe de Salles a cru devoir prendre la plume pour la défendre, et il a eu raison. A quelle époque vivons-nous en effet? Tout n'est-il pas controversé? et ne suffit-il pas que quelque chose ait été accepté par de nombreuses générations pour qu'on ne lui reconnaisse plus ni valeur ni vitalité? Le progrès est considéré d'une singulière manière par quelques penseurs et les masses qui les suivent instinctivement ou les croient sur parole. On semble supposer que le progrès condamne nécessairement ce qui a été pour mettre à sa place une chose nouvelle, que, par cette loi du progrès, il n'y a pas de vérité immuable, constante, mais des vérités conditionnelles et passagères, et qu'en fait il n'y a de vrai qu'une seule vérité, à savoir que ce qui est aujourd'hui ne doit ou ne peut plus servir demain. — Avec cette direction dans les esprits, l'idée de l'unité humaine devait être repoussée bien loin, dans la classe de ces idées hors de service qui ne servent plus que comme des curiosités historiques. C'est ce qui est arrivé, et c'est l'œuvre du dix-huitième siècle. Mais il y a de singulier dans tout cela que ce siècle, qui s'est cru le plus sceptique et le plus incrédule de ceux qui l'avaient précédé, aurait mérité plutôt une réputation contraire.

« Le dix-huitième siècle, dit M. Eusèbe de Salles, dans son hostilité contre les traditions religieuses, les avait posées toutes en suspicion de mensonge ou d'erreur. Un livre inspiré, une légende recommandée par les hommages séculaires des peuples, ne pouvaient, même par hasard, avoir rencontré la vérité. Il fallait à tout prix leur faire expier ce renom d'infaillible si longtemps usurpé. Le moyen, par exemple, de s'en fier à Moïse dressant le catalogue des peuples primitifs, quand Moïse avait oublié un continent, un monde tout entier, l'Amérique et le peuple américain? » Voilà quelle était la marche des idées; mais comme il faut se faire une foi, même lor qu'on les renverse toutes, et précisément parce qu'on les renverse, on se rejeta sur les mythes, et on vit partout, témoin Dupuis et Volney, des chercheurs d'analogie qui finirent par donner la plus grande créance à leurs hypothèses dans l'opinion de leurs nombreux lecteurs. On devint alors superstitieux à force de vouloir être incrédule. Pour comparer le petit au grand, cela ressemble tout à fait à ce scepticisme de quelques prétendus esprits forts à l'égard de la médecine: ils repoussent le médecin, mais ils ont recours aux somnambules, aux homœopathes et à la classe si considérable des charlatans.

Le fait de l'unité dans la création humaine ayant été combattu, comme de raison, on suivit la même loi que pour le reste; on multiplia les miracles, au lieu d'en accepter un seul. Ainsi on imagina, pour les besoins de la cause, la multiplicité des centres de création, tandis qu'il était plus simple de n'en admettre qu'un, d'où rayonnât et s'étendît sur la terre toute l'espèce humaine. Les savants élevèrent enfin s'écarter de cette fausse voie. Je ne citerai parmi eux ni les Lamarck ni les Geoffroy Saint-Hilaire, qui supposent une sorte de métamorphose par nuances insensibles sur toute la longueur de l'échelle de l'animalité, et qui ne peuvent pas admettre, à ce compte, le fait initial et absolu de la création humaine. Mais Cuvier, mais Blainville, mais l'école fondée par ces grands naturalistes, ont défendu des opinions contraires. Ces opinions ont surtout pris un puissant point d'appui dans les révélations tirées de l'étude de la formation du globe.

Il est inutile d'entrer dans des détails sur les résultats donnés par la géologie; il suffit de les signaler, car ils sont assez connus. Il n'y a plus de doute aujourd'hui sur l'indépendance des espèces entre elles, sur l'absence de ces formes intermédiaires qui auraient soudé en quelque sorte les unes aux autres des formes séparées par des différences profondes et des caractères spéciaux. Il n'y a plus de doute également sur le fait de la succession génésiaque, comme Moïse l'a écrite. Quant au fait de l'unité de la création humaine, si la géologie ne le montre pas, les moyens de démonstration sont assez nombreux et assez concluants pour se passer de cet auxiliaire.

M. Eusèbe de Salles fait tout l'exposé de cette philosophie sceptique et superstitieuse à la fois, qui a précédé notre temps et qui n'est pas cependant à son dernier jour, avant de poser les termes de la controverse à laquelle il se livre dans la série des chapitres de son travail. Il montre enfin le but qu'il se propose d'atteindre en traçant le programme suivant: « La tradition, dit-il, cette lente éducation qui fait le tour du monde, est un orbe dont tous les rayons nous ramèneront à un centre commun, l'Asie centrale. La science établira l'unité de l'espèce humaine par une double série de preuves: 1° *unité morale*, par la ressemblance des traditions historiques et religieuses, par la ressemblance des langues et par l'égalité des aptitudes; 2° *unité physique*, ou réunion des variétés apparentes en une espèce unique. » Ces ressemblances prouvées, et la démonstration faite dans les limites tracées dans ce programme, il en ressort évidemment la preuve de cette unité si controversée, si attaquée, tant de fois niée, et qui est vraie cependant de la manière la plus absolue et la plus évidente. Mais un si grand échafaudage d'arguments a été dressé contre cette opinion qu'il faut d'assez grands efforts pour le renverser. D'autres s'y sont essayés avant M. Eusèbe de Salles avec quelque bonheur. On va s'assurer si cet infatigable voyageur, qui a tant vu et cherché toujours à voir par lui-même ce qu'il était important de connaître, a fait mieux que ses devanciers.

Pour prouver le premier point, c'est-à-dire l'*unité morale* de l'espèce humaine, l'auteur fouille chez tous les peuples et sur tous les continents; il montre les analogies et les découvre au milieu des différences les plus disparates en apparence. Ces analogies, il les met en lumière dans les traditions qui paraissent découler toutes, ou qu'on les prenne, d'une source commune; il les étudie dans cette longue série de peuples formée par les Chaldéens, les Phéniciens, les Égyptiens, les Éthiopiens, les Indous, les Perses, les Chinois, les Thibétains, les Américains, les Océaniens et les nègres, les Scythes, etc. Il déduit enfin de tous ces résumés d'histoire cette conséquence que les prétendus indigènes d'un pays n'y sont que les premiers arrivés, lorsque le centre asiatique où l'espèce humaine a d'abord été formée alimentait les nombreuses caravanes qui allaient peupler le reste de l'univers. « Partout donc, dit l'auteur, comme conclusion de cette première classe de preuves, partout le nom d'autochthone ne désigne que les premiers arrivés. Eux-mêmes ou les masses desquelles ils s'étaient séparés conservent le souvenir de la migration quand ils possèdent les moyens de rendre ces souvenirs durables; mais lorsque ni la ruche ni l'essaim n'ont possédé ces moyens, l'essaim a pu se dégrader bientôt jusqu'à oublier même la plus grossière industrie du sauvage. Les insulaires qui avaient perdu l'usage du feu et des nombres se servaient encore d'arcs et de flèches. Les nègres de la Nouvelle-Hollande ont conservé les nombres et le feu en oubliant l'arc. L'arc et le feu, aussi bien que les nombres, et surtout une langue, sont les preuves traditionnelles d'une ancienne parenté avec des peuples plus instruits. »

C'est dans le livre second que ce qui précède est développé avec soin; dans le livre suivant, l'*unité morale* est défendue en s'appuyant sur les preuves données par les langues et les aptitudes.

Il s'agit ici d'une grande question de philologie. Les langues si différentes qui existent chez les peuples divers présentent-elles des analogies assez nombreuses pour qu'on puisse reconnaître entre elles une sorte de lien fraternel, une physionomie de famille? Et si ce lien existe, si cette physionomie commune n'est pas une illusion, il existe, comme le dit M. Eusèbe de Salles, un père ou une mère primitifs, d'où sortent comme des enfants toutes ces langues diverses, tous ces idiomes si nombreux qu'il serait peut-être impossible de les compter. Je ne suivrai pas M. de Salles dans tout ce qu'il dit sur l'âge des langues, sur leur généalogie, sur leur structure propre, sur les altérations qu'elles ont subies et sur les avantages qu'elles ont gagné; il faut pour cela des connaissances spéciales qui nous manquent, nous l'avouons en toute sincérité. Mais déjà on avait fait des efforts dans cette direction. Les philologues les plus habiles n'ont pas cessé de trouver des analogies, des coïncidences, en remontant des langues modernes aux langues les plus anciennes. Ils sont arrivés à ce point de départ commun, à cette paternité primitive qu'il faut accepter, car enfin les faits

sont des faits, et il n'est pas permis de les récuser lorsqu'ils portent avec eux des caractères d'évidence irrécusables. Quant aux aptitudes, il n'est pas difficile aussi de montrer qu'elles ont des rapports communs. Les nègres ont produit des grands hommes comme les blancs. N'y en a-t-il pas un qui vient de se faire empereur dans une possession qui fut autrefois à la France, ce qui suppose une certaine portée d'esprit et une certaine force de caractère? Les aptitudes ne présentent donc pas de ces différences qu'on pourrait invoquer contre l'unité humaine; elles en démontrent au contraire la vérité.

La preuve de l'unité humaine tirée des caractères physiques est développée dans le chapitre quatrième du livre, l'un des plus complets. La race ne peut pas offrir et n'offre pas une résistance absolue aux agents physiques et aux modificateurs de l'ordre moral. Dans les péripéties qui constituent l'histoire d'une nation, l'histoire sous tous les rapports, des influences puissantes agissent nécessairement sur les individus, qui les transmettent par la génération, laquelle finit par former, dans la suite des temps, une variété particulière qui se détache d'elle-même du groupe auquel elle appartient. Nous voyons en quelque sorte ces phénomènes physiologiques se passer sous nos yeux. L'état d'isolement de quelques groupes de population des campagnes, l'espèce de torpeur intellectuelle qui pèse sur eux en même temps qu'ils vivent sous un ciel rude ou dans un air malsain, créent à la longue des caractères qui forment une race dans une race. Souvent, en interrogeant les faits, on apprend que ces transformations n'ont pas exigé bien du temps pour se produire. Il a suffi quelquefois d'une courte période pour enfanter de tels résultats. Dernièrement, et depuis l'ouvrage de M. Eusèbe de Salles, un voyageur, M. de Froberville, a rendu un grand service à la grande cause de l'unité humaine, en apportant de ses explorations lointaines un argument victorieux. Il n'a pas trouvé un nouvel argument, mais il a montré, il a fait voir des preuves concluantes. Il est revenu avec des moules en plâtre qui représentent des types à structure caucasienne et à physionomie comme celle de la race blanche, tirés cependant de la race noire ou coloriée. C'est une sorte d'amalgame qui prouve clairement que le type parfait n'est pas circonscrit étroitement dans la race blanche, mais qu'il se retrouve dans les races déchues.

Dans les conclusions de son livre, l'auteur, qui a développé avec talent et avec une forme originale la grande vérité de l'unité humaine et les dogmes de la fraternité et de l'égalité, assez mal compris maintenant, l'auteur finit, dis-je, par ces phrases remarquables à plus d'un titre et qu'on nous saura gré de citer.

« L'histoire est consolante, dit M. Eusèbe de Salles, en ce qu'elle démontre combien la dégradation morale peut être empêchée par la continuité des efforts intellectuels! Voyez les belles pages de Bossuet sur la sagesse des anciens Égyptiens! L'altération physique peut être diminuée par les mêmes efforts appliqués à l'industrie luttant contre le climat. Dans les deux cas, l'activité et la dignité humaines peuvent sauvegarder la dignité, la beauté morale et physique, même dans les climats extrêmes, moins favorables, on le sait, que les climats tempérés. L'Albinos et le crétin, dit-il en continuant, peuvent être considérés comme deux sentinelles placées en permanence aux deux extrémités de la famille humaine : l'Albinos console le nègre en lui faisant entrevoir la régénération; le crétin tempère l'orgueil des blancs par la menace de la décadence.

D^r En. C.

VARIÉTÉS.

— École d'application du Val-de-Grâce. — Voici la liste des candidats proposés par le conseil supérieur de santé pour les cinq chaires de l'École d'application établie au Val-de-Grâce :

Clinique médicale : MM. Lévy, ancien titulaire, Maillot, Laveran.
Clinique chirurgicale : MM. Baudens, ancien titulaire, Sédillot, Larrey.
Hygiène militaire : MM. Champouillon, ancien titulaire, Cazalas, Fabre.
Médecine opératoire : MM. Lustreman, ancien titulaire, Goffres, Mounier.
Chimie : MM. Millon, Poggiale, ancien titulaire, Langlois.

— Par décrets individuels en date du 16 août 1850, sont nommés chevaliers de la Légion d'honneur :

M. Hottegindre, chirurgien-major de deuxième classe au 13e régiment d'infanterie de ligne;

M. Pitron, chirurgien-major de deuxième classe au 6e régiment de hussards;

M. Mayaud, chirurgien-major de deuxième classe au 3e régiment de hussards;

M. Devineau, chirurgien aide-major de première classe au 1er régiment d'artillerie.

— Mutations dans le corps des officiers de santé militaires. — M. Humel, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Lyon, est désigné pour celui du Val-de-Grâce.

M. Meige, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Lyon, est désigné pour celui du Val-de-Grâce.

M. Douillot, chirurgien sous-aide aux ambulances de l'Algérie, est désigné pour l'hôpital du Val-de-Grâce, détaché aux Invalides.

— Les dernières nouvelles de Marseille portent à 14 le nombre des décès par suite du choléra, depuis le 24 juillet jusqu'au 22 août.

— La fièvre jaune au Brésil. — L'épidémie de fièvre jaune qui a ravagé Bahia et les autres villes de la côte, particulièrement Fernambouc, a aujourd'hui diminué notablement d'intensité. Dans le lazaret de Rio-Janeiro, la mortalité a été considérable : elle s'est élevée, dans le mois de mars, à 70 pour cent, et a été surtout funeste aux équipages des navires du nord et aux personnes non encore acclimatées.

— Société épidémiologique. — L'assemblée générale que nous avions annoncée il y a quelque temps a eu lieu à Londres dans les salons d'Hanover-Square. Lord Ashley présidait la réunion.

L'éloquent orateur, après avoir rappelé que les épidémies ordinaires enlevaient annuellement à Londres 12,000 victimes, s'étendit sur la nécessité de l'étude des épidémies dans les temps modernes. Il peignit les tendances des populations à l'agrégation et au groupement par grandes masses. L'avancement des sciences et leur application aux arts industriels réclament la division du travail, qui ne peut être faite que dans des sociétés agglomérées. Le grand problème de la Société actuelle serait de déterminer comment ces accumulations d'hommes pourront avoir lieu impunément. Là est la question scientifique et le but pratique de la Société.

Dans la même séance, le docteur Babington a été nommé président, les docteurs Addison, Bright, Brodie, Burnett, Clarke, Dale, Grainger, Hastings, Watson et plusieurs autres ont été nommés vice-présidents.

— L'un des descendants de Jenner; exemple d'ingratitude envers notre profession. — Jenner mourut riche; il s'était allié à une famille aristocratique et avait obtenu une dotation de l'État, mais seulement sur les instances et après tous les efforts de la famille Berkeley. Son fils, le colonel Jenner hérita de sa fortune. Aujourd'hui le nom de Jenner, porté par l'un des médecins de Londres, ne lui confère cependant aucune considération, aucun titre, et tandis que le château de Blenheim est encore la propriété des descendants de Malborough, le neveu du grand homme a moins d'influence qu'un membre inconnu du parlement, ou que quelque confrère moins honorable, mais plus connu.

AU RÉDACTEUR.

Monsieur,

Forcé depuis deux mois de consacrer à des affaires graves le temps que n'absorbait pas ma clientèle, je viens seulement de jeter les yeux sur une brochure, publiée par M. Mercier, sous ce titre : Troisième série d'observations. Je regrette vivement d'avoir tardé à la lire, car elle renferme des assertions qui sont de nature à porter atteinte à ma considération, à mon honneur. Ainsi, à la p. 448, je trouve le passage suivant :

« M. Leroy-d'Étioles apporte encore d'autres certificats, ce sont ceux de » M. Charrière De ces certificats, je vais dire quelques mots, car je connais » un peu mieux ce qui s'est passé.

» Comment se fait-il que M. Leroy ne nous donne pas copie de ces certificats? Serait-ce qu'ils ne sont nullement clairs et que M. Charrière, qui n'a pu » que copier ses livres, n'y a rien trouvé qui indique que tel ou tel instrument » était fait de telle ou telle manière, et n'avait d'autre destination que celle de » couper les valvules du col de la vessie? Si, au contraire, ces certificats sont » clairs et précis, pourquoi M. Leroy a-t-il écrit à cet honorable fabricant *que » s'il ne lui en donne pas d'autres*, il lui retirera sa clientèle? *Or cette lettre » je l'ai lue, de mes propres yeux lue.* »

Cela signifie-t-il que M. Charrière m'ayant envoyé des relevés de ses livres, relatifs à des instruments autres que ceux dont je voulais avoir la date et la désignation, je lui en témoignais mon mécontentement?

Ou bien cela veut-il dire que peu satisfait des indications portées sur les livres de M. Charrière, je lui ai demandé de les altérer?

Cette dernière intention paraît dominante, et je vois que la phrase est généralement interprétée dans ce dernier sens; il est donc indispensable que M. Mercier s'explique nettement, et je le somme de le faire.

Agréez, etc.,

Leroy-d'Étiolles.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE; SÉANCE D'INAUGURATION.

Une Académie a beau être *nationale*; quand elle n'est ouverte qu'aux sciences ignorées du public, surtout à une science spéciale comme est la médecine, la *nation* ne peut s'y intéresser tout entière, et il est naturel que ses modestes fêtes se passent un peu en famille. Beaucoup de membres mêmes de la famille, depuis longtemps au courant de ces sortes de cérémonies, ne sont pas dévorés du désir d'en revoir de nouvelles. Nous ne sommes donc pas étonnés que, dans la séance d'inauguration de la nouvelle salle sur les gradins académiques comme sur les banquettes publiques, des vides se soient fait remarquer. L'affluence était raisonnable, sans encombrement. La presse ne se faisait un peu sentir qu'au pied de la tribune, où étaient réunis, sur des siéges supplémentaires, quelques académiciens, vieux habitués de cette place, tels que M. Duval, et des fonctionnaires ministériels ou autres personnes de distinction. M. Dumas, membre de l'Académie, comme on sait, assistait à la séance, mais *ministériellement*, à côté de M. le président.

Sans vouloir empiéter sur le domaine du feuilleton, on nous permettra bien de joindre ici à ses remarques celles qui ont pu nous venir de notre propre fonds. Et d'abord nous avons été frappé, en arrivant, de l'entassement des voitures près de l'entrée de l'Académie. C'est que, en effet, elles n'ont pas ici, comme dans la rue de Poitiers, une cour où se ranger; il leur faut s'aligner le long des trottoirs. La vérité nous oblige à dire que beaucoup de membres ont paru peu sensibles à cet inconvénient; nous ne savons s'il en sera de même des habitants des maisons voisines. Mais ce n'est pas notre affaire. Entré dans la salle, nous avons bien vite reconnu la sagacité des observations du feuilleton au sujet des 45 centimètres de place accordés à chaque académicien. Nous en avons entendu plusieurs se plaindre de leur insuffisance, et nous avons même vu M. Rayer contempler pendant quelque temps sa stalle d'un œil profondément méditatif, avant de se décider à y entrer. Le feuilleton avait déployé la même pénétration à l'endroit de la *plate-forme* réservée au public. Une partie des académiciens, toute celle qui siége sur le grand amphithéâtre, reste absolument invisible aux spectateurs qui n'ont pas la chance d'occuper la première banquette; il ne leur est donné de contempler que le bureau, la tribune et les gradins latéraux. Or on sait combien l'attention s'émousse quand elle n'est pas aiguisée par la vue de l'orateur, et c'est ce qui arrivera ordinairement, MM. les académiciens ne paraissant pas aimer l'habitude solennelle de monter à la tribune. Nous croyons que, d'une manière ou d'une autre, il y aura nécessité de modifier cette partie de la salle.

Les qualités d'acoustique sont-elles convenables? C'était pour nous, on le sait, une question réservée. Or, si nous en croyons des bruits venus précisément de ces banquettes publiques déjà mécontentes, la voix n'arriverait à cet endroit que très-imparfaitement; on y aurait à peine entendu même M. le secrétaire perpétuel, dont l'articulation est pourtant sonore et bien accentuée. C'est un on-dit que nous nous bornons à reproduire, à défaut d'une expérience personnelle. Du banc réservé aux journalistes, on ne s'apercevait nullement d'un inconvénient de cette nature; on n'était gêné que par un peu de chaleur, qui, vu la petitesse du vaisseau, nous fait mal augurer de celle qu'il faudra subir dans la saison d'été.

Nous disons que l'orateur se faisait très-bien entendre au banc des journalistes. Cela ne s'applique pas à M. le président, dont la voix, sujette à changer de ton et de timbre à toute minute, dont la parole gênée, dont le débit mal gouverné, finit par dérouter l'attention la plus scrupuleuse. Ce que nous avons pu saisir nous a fait néanmoins soupçonner, dans le discours par lequel M. le président a ouvert la séance, une appréciation juste des travaux de l'ancienne Académie de chirurgie et de la Société royale de médecine, les deux sœurs aînées de l'Académie actuelle, aussi bien que de la mission complexe dont cette dernière est investie : mission de science, mission sociale; étude et détermination des doctrines, application de ces doctrines aux grands intérêts de la santé publique. On aurait pu s'attendre ici à quelque allusion au conflit récemment élevé entre l'Académie et l'administration au sujet de la communication des documents sur le choléra; l'allusion, qui eût frappé M. le ministre à brûle-pourpoint, n'est pas venue, et il n'y a pas lieu de le regretter. M. le président a tracé, en terminant, l'historique des vicissitudes par lesquelles il a fallu passer avant de prendre possession du local actuel; il nous a semblé que cet historique eût gagné à être raccourci et à s'enfoncer moins avant dans le prosaïsme des difficultés intérieures.

Après ce discours, M. le secrétaire perpétuel est monté à la tribune, pour lire la première partie d'un travail qui ne peut manquer d'exciter un vif intérêt. M. Dubois (d'Amiens) a entrepris, avec l'assistance du bibliothécaire, M. Daremberg, le dépouillement des archives de l'Académie royale de chirurgie et de la Société royale de médecine, depuis si longtemps enfouies dans de poudreux cartons, sans que la curiosité de Pariset lui-même ait jamais songé à y jeter les yeux. C'est aux documents relatifs à Louis, le célèbre secrétaire perpétuel de l'Académie de chirurgie, que M. Dubois a consacré ses premières études, et il en a tiré un intéressant morceau d'histoire épisodique. Les menus détails de la vie d'un homme célèbre ont toujours un charme particulier; ils méritent plus encore d'être relevés quand ils se rapportent au savant plutôt qu'à l'homme, comme dans le cas présent; car la science elle-même ne peut être indifférente au récit des tribulations qu'a souffertes pour elle un de ses plus illustres serviteurs. M. Dubois a su présenter d'une façon attachante le récit des luttes de Louis avec Morand; des haines que lui ont attirées ses discours nécrologiques où le titre officiel d'*Eloge* ne concordait pas toujours avec l'impartiale sévérité de l'appréciation; de la prudence qu'il savait mettre dans ses rapports avec les médecins étrangers, en qualité de *commissaire de l'Académie* pour la correspondance. On a admiré la simplicité élevée de ses réponses aux attaques dont il était l'objet, le talent supérieur avec lequel il savait allier à la fermeté d'une conscience tranquille les ménagements d'une âme délicate, quand ces attaques avaient pour origine un sentiment respectable et qu'il ne pouvait les repousser sans toucher à des plaies douloureuses, comme lorsque la veuve de Lecat lui adressa des plaintes amères au sujet de l'*éloge* de son mari. On a souri à ce ton de dignité et de bonhomie tout ensemble avec lequel il écrasait ces praticiens de province qui poursuivaient l'Académie de leurs élucubrations d'écoliers ou ne lui témoignaient pas tous les égards désirables. On a aussi ouvert de grandes oreilles à la lecture du testament de Lapeyronie, le premier protecteur de Louis, testament si plein d'une généreuse sollicitude pour la science et les savants; nous ne pourrions dire si c'était dans l'intention d'y chercher un exemple à imiter.

A l'occasion des difficultés suscitées à Louis par sa manière de com-

---

Feuilleton.

LETTRES D'ITALIE.

N° IX.

(Suite. — Voir le n° 33.)

SECOURS PUBLICS, HOSPICES ET HÔPITAUX A ROME.

§ II. — HÔPITAUX.

Les hôpitaux de Rome se partagent en deux grandes classes : hôpitaux nationaux, hôpitaux étrangers. Les premiers, destinés aux sujets du souverain pontife, ne sont néanmoins pas fermés aux autres peuples; les seconds, entretenus par divers gouvernements de l'Europe, sont réservés chacun à sa nationalité. Les établissements qui rentrent dans cette catégorie étaient très-nombreux à l'époque où Rome, reine des arts et dominant le monde par la religion, attirait dans son sein une multitude de fidèles, de savants et d'artistes, accourus de tous les pays de la chrétienté. Aujourd'hui, le nombre de ces hôpitaux est réduit à neuf, parmi lesquels nous citerons seulement *S. S. Ambrogio e Carlo*, et *S. Maria di Loreto de' Fornari*.

Les hôpitaux romains proprement dits vont appeler toute notre attention. Les uns sont destinés aux fiévreux, à savoir, *San Spirito in Sassia*, pour les hommes; *S. Salvatore*, pour les femmes; *Ben Fratelli*, pour les deux sexes affectés de maladies aiguës. Les autres s'ouvrent aux affections externes; ce sont : *S. Giacomo*, destiné surtout aux maladies chroniques et aux vénériens, hommes et femmes; la *Consolazione*, dont la spécialité consiste à recueillir les individus atteints de lésions qui exigent de prompts secours; *S. Rocco*, qui reçoit les femmes en couche; et *S. Gallicano*, les affections cutanées. *S. M. de Jérusalem* est réservé aux militaires. Nous avons parlé de la *Trinité des Pèlerins*, où sont admis les convalescents. Il existe enfin un hôpital de fous, sous le nom de *Ospedale di S. Maria della pietà de' poveri pazzi*.

Voici la contenance de ces divers établissements :

San Spirito.	1,616 lits.
San Salvatore	576
San Giacomo.	384
S. Maria della Consolazione.	157
S. Gallicano	238
S. Rocco.	26
S. Maria de' poveri pazzi.	420
S. M. ordine Gerosolimitano.	500
Ben Fratelli	74
Neuf hôpitaux de diverses nations	50
Trinité des Pèlerins, pour les convalescents. . .	480
Total.	4,521 lits.

prendre l'éloge académique, M. Dubois s'est demandé si, en effet, l'éloge ne devait pas être, comme le nom l'indique, plutôt un tableau choisi des services rendus par le défunt et de ses qualités, qu'une appréciation complète, sous le mauvais comme sous le bon côté, de l'homme et de ses travaux. Vicq d'Azir, Fontenelle, Pariset suivaient la première manière; Louis inclinait vers la seconde, toutefois sans s'y livrer entièrement; car sa balance penchait toujours plus du côté du bien que ne devait le faire plus tard celle de l'histoire. M. Dubois se met avec les premiers panégyristes, et nous croyons qu'il a raison. La vérité est toujours bonne à dire, soit; mais elle n'est pas bonne à dire partout. Un académicien, en mourant, ne charge pas le secrétaire perpétuel d'exhiber, dans une séance d'apparat, les fautes qu'il a pu commettre, les erreurs dans lesquelles il a pu tomber. Rien ne vous oblige à vous emparer de sa personne. Si donc vous le faites, il est convenable que ce soit pour honorer et grandir sa mémoire. Quand on réfléchit à cette habitude des académies de consacrer une lecture d'apparat à chacun de leurs morts, on est bientôt convaincu qu'elle n'a eu d'autre origine qu'un esprit très-honorable de corporation, d'autre but que de relever tout à la fois et le corps et celui qu'il a perdu, but incompatible avec une sévérité d'historien Cela ne veut pas dire qu'il faille tout louer dans le collègue objet du panégyrique, ni même taire toutes ses erreurs. On peut, on doit passer sous silence tout ce qui pourrait rabaisser son caractère ou même, à un certain degré, son intelligence; mais il y a des erreurs qu'on peut avouer, même dans un éloge, parce qu'il y en a qui sont compatibles avec de précieuses qualités de l'esprit ou du cœur. Il y en a même qui n'appartiennent qu'aux grands cœurs et aux grands esprits.

Nous ne nous arrêtons qu'à la question spéciale touchée par l'orateur. Il ne s'agit pas, pour le moment, de spécifier le caractère général que doit avoir un éloge. Si la question était posée de cette manière, nous en aurions beaucoup plus long à dire.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

SUR LA NATURE ET LES CAUSES DES SUPPURATIONS BLEUES; par M. le professeur SÉDILLOT. (Mémoire présenté à la Société de biologie.)

L'existence des suppurations bleues a été fort anciennement connue, et les recueils scientifiques de nos jours en rapportent plusieurs exemples en les présentant comme des faits rares et exceptionnels dont on ignore complètement les causes.

C'est au même titre que l'on signale habituellement les sueurs et les urines bleues, le lait de même couleur, etc., dont on n'est pas arrivé jusqu'à présent à préciser les conditions étiologiques ni l'explication doctrinale.

MM. Persoz et Dumas avaient admis la production de l'acide hydrocyanique dans les suppurations de mauvaise nature et la formation de composés analogues au bleu de Prusse; mais M. Conté a réfuté, par des expériences publiées en 1842 dans la GAZETTE MÉDICALE DE PARIS, cette opinion plus ingénieuse que vraie, dont on ne s'est plus occupé depuis ce moment. On a supposé le développement d'un champignon particulier, décrit sous les noms de *calvaria nosocomialis*, d'*agaricus nosocomiorum* et de champignon des plaies.

M. Cadet de Gassicourt (extrait du DICT. DES SC. MÉD., art. *Champignon*, 1813) dit que Méry le premier observa cette singulière production. Lemery aurait répété à cette époque les mêmes remarques. Ces champignons naissent souvent dans les appareils à fracture laissés longtemps en place, et ont été trouvés quelquefois de la grosseur du petit doigt.

Les colorations bleues dont nous nous occupons sont solubles, et ne présentent à l'examen microscopique aucune trace de produits organisés, comme s'en est assuré notre honorable collègue M. le professeur Fée: on ne saurait donc supposer la présence d'un champignon, même microscopique, comme cause de la coloration du pus.

M. Bailleuil attribua la couleur bleue du lait à des touffes de byssus qu'un changement dans l'alimentation des animaux et l'emploi de sel marin faisaient disparaître. (COMPTES RENDUS DE L'ACAD. DES SCIENCES, t. XVII, p. 1138.)

M. Simon avait découvert une matière analogue à l'indigo dans des urines bleues (COMPTES RENDUS DE BERZÉLIUS, 1849, p. 389); mais M. Reins (JAHR BUCH FUR PHARM., t. VIII, p. 93) et M. Duméril (ARCH. DE PHARM., t. XXXIX, p. 48) ont étudié des urines bleues dont la coloration dépendait d'une substance toute différente (1).

(1) Cette matière était insoluble dans l'eau, soluble dans l'alcool et dans l'éther qu'elle colorait très-fortement. La couleur changeait par la dessiccation. La dissolution éthérée devenait rouge et la dissolution alcoolique vert jaunâtre. L'acide sulfurique dilué et l'ammoniaque ne produisaient aucun changement dans la couleur de ces dissolutions; mais l'acide sulfurique concentré les rendait vertes. L'hydrate de potasse étendu d'eau en quantité convenable faisait disparaître complètement la couleur.

La GAZETTE DES HÔPITAUX CIVILS ET MILITAIRES (1850, n° 91) a emprunté à un journal allemand l'analyse d'une urine bleue, rendue par un hydropique âgé de 56 ans. L'urine, recueillie dans un petit verre bien nettoyé, présenta au jour une coloration bleue bien marquée. Le liquide, du poids d'environ une once, avait la couleur d'un bleu verdâtre sale et une odeur ammoniacale. Le papier de curcuma était teint en brun par ce liquide.

Par le repos, il se forma un dépôt léger d'un blanc verdâtre, qui, sur les côtés du verre, formait un anneau bleu. De même il s'éleva à la surface du liquide quelques bulles bleues, qui, en décantant la liqueur, restèrent adhérentes au vase. Après avoir été filtrée, la liqueur avait une couleur d'un jaune verdâtre parfaitement analogue à de la bile étendue; l'acide nitrique y produisit une vive effervescence. Avec un excès d'acide la liqueur ne changeait pas de coloration; ce qui indiquait que la coloration bleue n'était pas due à de la bile brune. Le dépôt desséché fournit un demi-grain d'une matière qui était attachée au filtre par du mucus; son aspect était terreux. A la loupe, on voyait quelques petits cristaux brillants. L'analyse chimique constata du phosphate de chaux et du phosphate de magnésie.

Cette coloration bleue avait pénétré dans le filtre et reparut lorsqu'on eut enlevé le dépôt brunâtre. La tache bleue, de la grandeur d'une pièce de deux francs, résista à l'action de l'eau distillée, disparut par une goutte d'acide nitrique, laissant une tache jaune, et fut remise à nu par de l'acide sulfurique concentré. Quelques moments après, une goutte d'une solution de carbonate de potasse, mise en contact avec la tache, la détacha sur le bord, sons forme d'un anneau d'un bleu clair que l'eau distillée entraîna; et même une partie de la tache traitée par l'acide sulfurique put être transportée sur un autre papier.

N'est-il pas possible d'admettre que dans certaines conditions données, et sous l'influence de l'usage de certains végétaux, il se produise de l'indigo dans l'organisme humain? (MEDICINISCHES CORRESPONDENZ BLATT, BAYERISCHER AERZTER.)

Ce nombre est bien au-dessus des besoins journaliers; ordinairement sont occupés 1,839 lits, dont 712 pour affections internes, 403 pour maladies chirurgicales, 232 dans divers établissements spéciaux, à l'hôpital militaire, à *Ben Fratelli*, 392 à l'hôpital des fous, 100 pour les convalescents de la Trinité des Pèlerins.

D'après monsignor Morichini, dans dix ans, de 1831 à 1840, il est entré aux hôpitaux de Rome 165,462 fiévreux, dont 15,996 ont succombé, c'est-à-dire 9,66 pour 100; 36,807 blessés, dont 3,077 sont morts, ou 8,35 pour 100; 1,061 fous, dont 431 sont décédés, ou 40,62 pour 100; enfin, les hôpitaux spéciaux, *Ben Fratelli* et *S. M. de Jérusalem*, donnent 11,169 entrées. 783 morts, ou 7,05 pour 100; et la Trinité des Pèlerins a reçu 111,765 convalescents, dont aucun n'a succombé. Total, 214,499 entrées, 21,291 décès, ou 9,29 pour 100.

La proportion des employés est de 3 pour 10 malades.

Les hôpitaux sont loin d'être tenus tous avec des soins pareils; aussi *Ben Fratelli* et *S. Giacomo* nous ont paru laisser peu à désirer, tandis que *S. Esprit* ne mérite pas les mêmes éloges.

A Rome, où tant de femmes embrassent la vie religieuse, on pourrait s'attendre à voir tous les hôpitaux desservis par des sœurs consacrant leur vie à l'œuvre la plus méritoire aux yeux de la religion, au soin des pauvres malades qui, dans l'esprit de l'Évangile, sont les enfants de Dieu. Il n'en est pas ainsi: la vie à peu près inoccupée du cloître a plus d'attraits pour la nature apathique du peuple, que l'abnégation, le dévouement, l'existence laborieuse de la sœur de Saint-Vincent de Paule. On trouve bien, à Rome, des religieuses dans certains hôpitaux de femmes; mais elles n'ont pas su, comme chez nous, s'attirer la vénération et la reconnaissance; elles exercent un métier plutôt qu'un sacerdoce.

Pie IX, qui n'ignore pas les côtés faibles de sa nation et qui cherche partout des remèdes à ces maux, a dernièrement mandé de France 5 sœurs, attachées aujourd'hui à l'hôpital militaire Saint André; il est à désirer que l'exemple de ces saintes femmes fasse des prosélytes. Il irritera d'abord sans doute, mais nous avons trop bonne opinion des Italiens, pour ne pas croire qu'il finira par toucher et convaincre.

L'administration de la plupart des hôpitaux de Rome fourmille d'irrégularités, d'abus déplorables, et trop souvent le malade ne reçoit que les miettes de la table des employés. Saint-Esprit surtout demande une réforme radicale; on nous a assuré que les plaies y sont si nombreuses et si profondes, que le souverain pontife lui-même a presque désespéré du remède. Il est vulgairement reconnu que les employés s'engraissent aux dépens du malade; aussi, lors de la fondation de l'hôpital militaire de *S. M. de Jérusalem*, en 1841, a-t-on statué, dans le règlement, que les employés ne seraient pas nourris dans l'établissement. L'archevêque Morichini en donne les motifs: c'est pour éviter que les employés, arrêtant au passage les morceaux de choix, le malade ne soit réduit, comme dans les autres hôpitaux, aux aliments de seconde qualité. A Saint-Esprit, non-seulement les fonds étaient détournés de leur but et gaspillés, mais la razzia s'exerçait sur tout: vivres, linge, médicaments, ustensiles, jusqu'au mobilier, tout sortait de l'établissement. Monseigneur Morichini a fait les efforts les plus louables, sinon les plus efficaces, pour arrêter ces inconcevables désordres.

Pour qu'on ne nous accuse pas de partialité et d'aveuglement, fruits d'une

La Gazette Médicale de Paris a cité l'histoire d'une jeune négresse affectée de sueurs bleues très-abondantes, que l'analyse chimique fit comparer à la matière de l'indigo.

Telles sont nos notions sommaires sur les colorations bleues accidentelles de quelques-uns des liquides de l'économie, et l'on verra que nos recherches ont réalisé un progrès en précisant mieux les conditions des suppurations bleues et en les reproduisant artificiellement.

Il ne sera peut-être pas sans intérêt d'exposer la série des idées et des observations qui nous conduisirent à ce résultat.

Les premiers faits dont nous fûmes frappés ont été rapportés par M. le docteur Weiss, dans le compte rendu de nos cliniques pendant l'année scolaire 1848, 1849. (Voy. Gaz. Médic. de Strasbourg, 1849, Quelques considérations sur les tumeurs.)

Voici comment s'exprimait, à cette occasion, notre jeune et zélé confrère :

« L'un des 16 cancéreux, opérés avec succès par M. Sédillot pendant » l'année scolaire, nous fournit l'occasion d'observer une suppuration » bleue. C'était la troisième fois qu'un pareil phénomène se présentait sous » nos yeux dans la pratique de ce professeur.

» Le premier cas nous fut offert par un officier auquel M. Sédillot enleva, » en 1845, un testicule atteint de cancer encéphaloïde. Ce malade, qui » s'est très-bien porté depuis cette époque et n'a plus éprouvé d'accidents, » offrit pendant le cours de son traitement une suppuration bleue très- » abondante. Cinq ou six compresses en étaient imbibées chaque jour. » Toutefois il serait plus exact de dire qu'il y avait sécrétion d'une sérosité » d'un bleu clair, car le liquide était aqueux, et les globules de pus s'y » trouvaient en assez faible quantité. Cette disposition insolite, venue sans » cause appréciable, disparut sans avoir exercé d'influence, ni en bien, ni » en mal, sur la santé du malade.

» Un jeune homme amputé de la cuisse, le 2 mai 1849, pour une suppu- » ration du genou, nous présenta cette année le second exemple de sup- » puration bleue. Le blessé était fort affaibli, ayant été opéré pendant la » dernière période d'une tumeur blanche du genou. Sa constitution était » débile, à tel point qu'on l'avait d'abord jugé incapable de supporter l'am- » putation. Cependant en le voyant résister avec énergie aux accidents de » vaste suppuration avec carie dont il était atteint depuis plusieurs mois, » M. Sédillot ne voulut pas l'abandonner et lui enleva la cuisse en mettant » en usage sa méthode à un seul lambeau antérieur. Le blessé guérit après » une suppuration assez étendue du moignon, suppuration qui devint et » resta d'un bleu clair pendant plusieurs jours. Toutes les pièces de panse- » ment en étaient imprégnées sans qu'on ait pu en découvrir les causes.

» Le troisième cas fut celui d'une malade opérée d'un cancer du sein et » de l'aisselle. L'appareil fut teint en bleu pendant plusieurs jours. Les » plaies se fermèrent ensuite régulièrement, et la guérison s'accomplit » sans accidents.

» Il est à remarquer que ces suppurations bleues ne se déclarèrent ni au » commencement ni à la fin de la suppuration des plaies. Dans le premier » et le troisième cas, les os n'étaient pas lésés. Les plaies occupaient cha- » que fois des régions fort différentes ; les malades avaient des âges divers, » de 25 à 45 ans. Les pansements avaient consisté en simples boulettes de » charpie chez les uns, en compresses fenêtrées enduites de cérat simple » chez la troisième ; l'alimentation ni les localités n'étaient les mêmes. » Nous sommes donc obligé d'avouer notre complete ignorance des condi- » tions étiologiques d'un pareil phénomène qui a déjà plusieurs fois attiré » l'attention des observateurs. »

On voit, d'après les paroles de M. Weiss, qu'aucune explication ne s'offrait encore à notre esprit vers le milieu de l'année dernière, et que nous nous bornions à signaler les faits, en attendant de nouvelles lumières.

Plus tard, nous publiâmes dans notre deuxième mémoire sur les moyens d'assurer la réussite des amputations des membres des détails plus étendus et déjà plus avancés sur le même sujet.

» Depuis le moment, disions-nous, où nous constations de nouveau ce » phénomène inexpliqué des suppurations bleues (cas d'amputation de la » cuisse), nous en avons observé six autres exemples qui, joints aux 3 cas » tirés de notre pratique, et signalés par M. le docteur Weiss dans son » Mémoire sur les tumeurs, nous donnent un total de 9 observations de » ce genre.

» Nous croyons aujourd'hui en pouvoir mieux indiquer les causes et la » nature. Il serait trop long d'entrer dans le détail des faits, mais une sim- » ple énumération montrera l'extrême variété des conditions patholo- » giques. Nos 9 malades étaient atteints : 1° de cancer opéré du testicule ; » 2° idem du sein ; 3° d'amputation de la cuisse ; 4° idem du doigt ; 5° id. » de la cuisse ; 6° de fracture avec plaie de la jambe ; 7° de résection du » coude ; 8° de plaie du talon ; 9° de kélotomie inguinale. Aucun de ces » malades n'a succombé, ce qui démontre le peu de gravité de ces colora- » tions anormales sous le rapport du pronostic.

» Voici quelques particularités de ces prétendues suppurations bleues :

» L'un de nos malades, atteint de fracture compliquée de la jambe, offrait » une très-petite plaie de 2 centim. Des accidents d'étranglement et de » gangrène étaient devenus imminents ; nous mîmes le membre complè- » ment à nu dans un des appareils dont nous nous servons et dont nous » réservons la description pour un autre travail.

» Des compresses trempées dans une décoction émolliente furent appli- » quées depuis le pied jusqu'au-dessus du genou, et trois jours plus tard, » ces compresses les bandes contentives et les alèses étaient entièrement » colorées en un beau bleu, tout aussi intense que dans les cas où nous » avions déjà été frappé de l'apparition du même phénomène.

» Il était évident que toutes ces pièces de pansement n'avaient pas été » imprégnées de pus ; ainsi ce n'était pas un pus bleu qui s'était produit, » mais une matière colorante accidentelle. Le microscope ne montra pas » de globules purulents.

» La matière colorante recueillie par expression et par lavage rougissait » légèrement par les acides, et était ramenée au bleu par les alcalis.

» Nous vîmes alors, en consultant nos notes, que la plupart des malades » chez lesquels nous avions rencontré des suppurations bleues avaient fait » usage de fomentations émollientes, et nous pûmes constater sur les ma- » lades observés ultérieurement, et en particulier sur une jeune femme à » laquelle nous avions reséqué le coude droit, que la teinte bleue était » bornée aux pièces superficielles du pansement imbibées de fomenta- » tions, tandis que les pièces plus profondes et plus immédiatement en » contact avec les plaies et le pus n'offraient aucune coloration anormale.

» La conséquence de ces remarques nous paraît être la négation des sup- » purations bleues, dont la production s'expliquerait par une modification » particulière de la sérosité. Nous nous occupons d'expériences à ce sujet. » (V. Gaz. méd. de Strasbourg, 1849.)

Les pièces d'appareil sur lesquelles avait apparu la coloration bleue

---

piété nationale outrée, déclarons immédiatement qu'en France nous sommes loin de la perfection. Nous ne parlerons pas des hôpitaux civils, dans lesquels pourtant nous avons assez vécu pour en dévoiler le côté peccant, mais nous dirons un mot des hôpitaux militaires, dont les comptables font bien souvent une fortune scandaleuse. De là cependant il y a loin à ce qui se passe à Rome. Chez nous les bénéfices sont réalisés surtout à force d'industrie, d'habileté, de simplifications, par la stricte économie, par l'entente des achats ; de manière que le comptable peut s'enrichir sans nuire bien ostensiblement au malade ; tandis qu'à Rome, on prend dans le chaos, à pleines mains, partout, au hasard, sans qu'un rayon de soleil puisse jamais percer ces épaisses ténèbres pour montrer le coupable.

L'administration des hôpitaux se composait à peu près exclusivement d'ecclésiastiques et de dignitaires ; Pie IX y a introduit des hommes de l'art. Nous voyons avec satisfaction le professeur Carpi, digne en tout point de cet honneur, dans une nouvelle commission qui, se substituant aux commissions spéciales des hôpitaux, dirige aujourd'hui *San Spirito*, *S. Giacomo* et *S. Gallicano*. On parle même de confier la direction de tous les hôpitaux à ce conseil, présidé par monseigneur Morichini. Cette unité d'impulsion et de contrôle permettra d'entrer franchement dans la voie des réformes radicales, et d'extirper les abus qui, dans chaque établissement, se perpétuent de génération en génération.

Les hôpitaux de Rome ne sont généralement pas situés dans les quartiers salubres. Les collines couvertes de palais et d'habitations, et le centre de la ville, passent à juste titre pour les positions les plus saines ; mais là aussi les emplacements sont chers et les propriétés divisées, de sorte qu'il devenait bien difficile d'y fonder des établissements aussi vastes que les hôpitaux. Voyons si l'hygiène intérieure compense ce qui manque à la salubrité du site.

Depuis nombre d'années déjà, on a reconnu, en France, les inconvénients des salles trop vastes. A Rome, on suit les anciens errements, et les vices se décuplent par l'exagération du système. Les salles sont sans doute très-amples dans tous les sens, de hauteur aussi bien qu'en longueur, de manière à présenter un énorme cubage, mais l'agglomération des malades est telle, dans certaines circonstances, que l'air finit par manquer. Nous avons vu, à Saint-Esprit, près de 400 hommes dans le même local. Dans ces vastes salles, on ne dispose pas les lits par longues files laissant une rue entre chaque série et une ruelle entre chaque lit. Contre les murs de la salle, les lits sont rangés par groupe de deux ou trois se touchant bout à bout, c'est-à-dire tête à pied ; ou conserve seulement un étroit passage entre chaque groupe. En vain la salle est-elle élevée ; avec six rangs de lits sur le sol, la couche inférieure de l'atmosphère doit être perpétuellement viciée, surtout si un bon système de ventilation ne vient pas continuellement la brasser. Or nous avons à signaler les plus grands *desiderata* à ce sujet. Les fenêtres sont percées à 3, 4 ou 5 mètres au-dessus du plancher, et les ventouses manquent presque partout sous les lits ; de manière que les courants n'ont aucun accès dans la partie inférieure. Plusieurs salles possèdent une longue galerie qui fait le tour du local, à la hauteur des fenêtres, galerie destinée aux malades qui veulent s'égayer en regardant dans la rue. Elle a malheureusement un inconvénient, c'est d'empêcher l'air de tomber des fenêtres le long du mur, pour aller se substituer aux couches qui stagnent dans les angles,

avaient été placées sur des membres ou sur des portions du tronc atteints de lésions plus ou moins graves, et avaient été imprégnées de pus, de sérosité, des produits de la transpiration, et dans un assez grand nombre de cas, de fomentations végétales.

Il s'agissait de savoir quel avait été le rôle de ces divers éléments dans la production de la coloration bleue.

Le moyen le plus facile et le plus sûr d'arriver à la connaissance de ce problème nous parut être de procéder par élimination successive.

Si la coloration bleue continuait à se montrer en l'absence de l'un des éléments sus-indiqués, nous devions nécessairement mettre ce dernier hors de cause, et cette méthode simplifiait les conditions de l'expérience en les éclairant.

Nous commençâmes par éliminer la matière purulente, essentiellement constituée à nos yeux par les globules et les granules du pus. Nous substituâmes à la sérosité de ce produit des plaies celle du sang provenant de dix saignées faites sur d'autres malades, et séparée avec soin des globules et de la matière colorante.

Nous avons démontré, dans notre ouvrage sur l'infection purulente, que la sérosité du sang et celle du pus étaient chimiquement et pathologiquement identiques, et nous étions autorisés à faire cette substitution.

Nous ajoutâmes à la sérosité du sang une certaine quantité de sueur recueillie sur un malade plongé dans un bain de vapeur, et nous complétâmes le mélange avec de la fomentation émolliente.

On versa la liqueur ainsi composée sur des compresses et une bande appliquées autour d'un genou traumatiquement enflammé, et tout l'appareil fut entouré de coton et de laffetas ciré et fréquemment imbibé pour en éviter la dessiccation.

M. Massiani, mon chef de clinique à l'hôpital militaire, suivit et dirigea l'expérience avec autant d'intelligence que de soin, et nous vîmes apparaître, vers le cinquième jour, des plaques superficielles d'un beau bleu clair disséminées sur différents points. Le colon en fut d'abord le siége unique, mais, deux jours plus tard, les bandes offraient la même coloration.

Une odeur fade et nauséabonde se fit sentir, et les teintes bleues passèrent çà et là au vert, puis au brun.

La présence des parties solides du pus n'était nullement nécessaire, comme le démontrait cette expérience, à la production du phénomène improprement décrit sous le nom de suppuration bleue, et il restait à étudier l'action de la sueur et des fomentations végétales.

Ces deux substances furent à leur tour éliminées sans que la matière colorante bleue cessât d'apparaître, et nous acquîmes ainsi la certitude que la sérosité maintenue à une température rapprochée de celle du corps était la seule condition du phénomène dont nous poursuivions l'étude.

Le linge employé jouait-il un rôle spécial? C'est une question que nous n'avons pas complétement résolue; mais nous fîmes usage de linge neuf, lavé à l'eau distillée.

Nous eûmes également la précaution d'entourer les téguments d'un laffetas ciré pour empêcher l'action de la transpiration, et il devint manifeste que les colorations bleues étaient dues à une réaction particulière de la sérosité du sang ou du pus imprégnant les pièces de pansement, et sous l'influence du contact de l'air et d'une température de 26 à 30 degrés centigrades.

Nous voulûmes rendre l'expérience plus concluante encore, en la dégageant des conditions pathologiques dans lesquelles nous l'avions entreprise, et en faisant une œuvre de laboratoire.

Nous parvînmes, avec l'habile assistance de M. le professeur Roucher, à faire naître des colorations bleues sur un plateau métallique chauffé au bain-marie et recouvert d'une cloche de verre pour empêcher l'évaporation. De l'eau distillée et du sérum du sang étaient versés sur une compresse et quelques flocons de coton; et au cinquième jour, les teintes bleues apparurent et s'étendirent graduellement en prenant une coloration plus foncée.

Les mêmes phénomènes furent également produits au laboratoire de notre savant collègue M. Hepp, pharmacien en chef de l'hôpital civil, et les deux chimistes dont je viens d'invoquer l'autorité ont eu la bonté de me remettre une note dans laquelle ils constatent que la nouvelle matière colorante est soluble et jouit d'une grande résistance à l'action d'acides très-énergiques et concentrés (1).

(1) NOTE SUR LA MATIÈRE COLORANTE BLEUE DES LINGES A PANSEMENT, par M. le docteur Roucher. Strasbourg, 14 mars 1860.

Les linges colorés en bleu à la suite de certains pansements cèdent leur teinte à l'eau quand on les agite avec ce liquide; en même temps la liqueur se trouble et le microscope y décèle une infinité de petits corpuscules arrondis assez semblables, pour l'aspect et les dimensions, aux granules purulents.

La teinte bleue n'appartient toutefois pas à ces granules, car en filtrant le liquide, l'eau passe fortement colorée, tandis que les granules d'un blanc grisâtre restent sur le filtre. La solubilité de la substance fait fortement soupçonner qu'elle n'est point occasionnée par le développement d'une matière organisée, d'une moisissure, par exemple.

Cette teinte est d'un bleu verdâtre très foncé; quand l'eau en est fortement chargée, son pouvoir colorant paraît assez considérable.

Cette couleur présente une assez grande stabilité: l'ébullition, l'acide chlorhydrique froid ou bouillant, l'acide azotique froid, l'acide sulfureux même, ne la détruisent pas.

L'acide azotique bouillant la brunit; le chlore la fait rapidement disparaître.

La dissolution aqueuse n'est troublée ni par l'ébullition, ni par l'acide azotique bouillant, ni par le sous-acétate de plomb; d'où il résulte que cette matière n'est formée ni accompagnée d'aucune substance albuminoïde, et qu'elle n'est très-probablement point de nature animale.

Les acides énergiques la changent en une couleur rouge offrant la teinte pelure d'oignon caractéristique du tournesol rougi, ce qui établit de grandes probabilités en faveur de la nature végétale de cette substance.

Le sous-acétate de plomb, qui décolore complétement le tournesol, ne précipite pas la couleur dont il s'agit de sa dissolution aqueuse, laquelle n'offre pas la moindre réaction alcaline; mais la liqueur se décolore en partie quand on y ajoute avant le sel de plomb quelques gouttes d'ammoniaque. Alors le précipité plombique qui apparaît, entraîne avec lui une portion de la matière colorante dissoute.

Tous ces faits paraissent prouver que la matière colorante bleue du linge à pansement est de nature et d'origine végétale. Ils rejettent bien loin cette idée qui attribuait l'apparition de cette teinte à la production de bleu de Prusse ou de phosphate de fer aux dépens du fer contenu dans le sang, et des phosphates alcalins ou des combinaisons cyanurées séparées des liquides animaux, par suite d'une altération quelconque. Le phosphate de fer est insoluble dans l'eau; et ni lui ni le bleu de Prusse ne rougissent par les acides et ne bleuissent de nouveau par les alcalis, comme il arrive pour la substance colorante dont il s'agit.

---

contre des parois sans ouvertures. Enfin, ces fenêtres insuffisantes et mal placées sont presque toujours closes, de sorte que l'on se prive ainsi du peu de bénéfice qu'on pourrait en retirer. Ces réflexions sont surtout applicables à Saint-Esprit; nous verrons que, dans la construction de la salle neuve de *San Giacomo*, on a fait preuve d'une meilleure entente de l'hygiène.

Si nous avons insisté aussi longuement sur l'aération et l'encombrement, c'est à cause du rôle majeur que ces deux éléments jouent dans l'hygiène des hôpitaux et des monuments publics destinés à renfermer une assemblée nombreuse. Il serait fortement à désirer qu'on pût appliquer aux hôpitaux de Rome le système Léon Duvoir, qui allie si heureusement les exigences du chauffage et de la ventilation, système qui a déjà reçu une heureuse application à Beaujon, à la Madeleine, à l'Observatoire, au Luxembourg, et dont M. Boudin s'est fait le parrain dans le monde médical.

Des arrêtés récents de police sanitaire ont condamné les cimetières que presque tous les hôpitaux possédaient dans une de leurs cours. Ces cimetières consistaient en caveaux dans lesquels on jetait pêle-mêle tous les cadavres.

Quand on examine philosophiquement l'histoire des secours publics et notamment des hôpitaux à Rome, deux réflexions capitales frappent l'esprit. Mais, pour se rendre compte des phases qu'a parcourues cette histoire, il faut ne pas perdre de vue la nature du régime gouvernemental.

Et d'abord, on s'aperçoit que les secours publics ont été organisés, dès l'origine, d'une manière moins imparfaite et plus large que dans les autres pays de l'Europe. Il ne pouvait en être autrement, sous des princes dont la religion est la bannière et la charité la devise. Nous voulons parler ici surtout des hôpitaux. Certes, à l'époque où l'Hôtel-Dieu de Paris offrait le spectacle profondément triste et navrant dont on peut voir la saisissante peinture dans le rapport de Bailly, Ténon et Lavoisier, les hôpitaux de Rome étaient organisés d'une manière moins défectueuse. Telle est la première conséquence du gouvernement religieux; il est tout à l'avantage et à la louange de celui-ci.

Mais il n'en est plus de même quand on parcourt les périodes qui se sont succédé depuis ces périodes déjà reculées jusqu'aux temps modernes. Le progrès s'est arrêté; après avoir été en avance, on se trouve aujourd'hui fort en retard à Rome. C'est que la vivacité des lumières n'est pas en rapport avec la ferveur de la charité. Or si cette vertu théologale peut tout quand il ne s'agit que de fonder, les lumières doivent indispensablement intervenir, quand il faut appliquer, perfectionner, quand il est question d'administration, d'économie, d'hygiène et de science.

Nous n'avons pas craint de formuler nettement notre opinion, dût-elle se traduire par une sorte de reproche, parce que cet état de choses ne peut manquer de s'améliorer rapidement, par l'influence d'un pontife dont le but est de répandre la lumière, tout en ravivant la charité.

Les médecins des hôpitaux sont divisés en *primarii* et *sostituti*. Les premiers se font appeler professeurs et se recrutent, par voie de concours, parmi les *sostituti*. La place de *primario*, à laquelle on est nommé à vie, est fort recherchée; elle donne une position honorable dans le monde et attire la clientèle. A Saint-Esprit, un *primario* a 228 scudi de solde annuelle, plus le pain et le vin; un *sostituto*, 36 scudi seulement, mais il a droit en outre au logement et à la nourriture complète. Le concours pour devenir *sostituto* consiste com-

Sans insister ici sur les caractères chimiques, dont je laisserai l'appréciation à des hommes plus compétents, je me bornerai à signaler quelques questions dont l'élucidation serait importante.

Il y aurait à chercher comment les colorations bleues se forment souvent chez les malades en vingt-quatre heures, tandis que nous ne les obtinmes qu'en quatre ou cinq jours dans nos expériences.

L'influence d'une température plus élevée à la surface des plaies serait-elle la cause de cette différence?

L'état de la sérosité devrait-il également être pris en considération?

Il semblerait probable que les sueurs bleues, le lait bleu, les urines bleues dépendent d'une cause identique, se manifestant au sein de l'économie et résultant d'une réaction toute chimique de la sérosité du sang. Cependant l'analyse a montré des variétés très-distinctes dans les matières colorantes bleues produites.

La coloration bleue des cadavres au début de la putréfaction est-elle de même nature que celle des plaies?

On parviendra sans doute à éclairer ces questions par une étude plus approfondie de la nouvelle matière colorante dont nous avons précisé les conditions de production, et nous devons espérer que la voie dans laquelle nous sommes entré conduira bientôt à la connaissance de phénomènes aussi curieux.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

I. LONDON MEDICAL GAZETTE.

Les numéros d'octobre et novembre 1849 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Cas de plaie de l'artère radiale: hémorrhagie secondaire par la plaie; ligature de l'artère brachiale, avec reflexions sur ce cas*; par M. B. Norman. (La brachiale ne fut liée qu'au bout d'un mois, alors que quatre hémorrhagies, survenues à divers intervalles, avaient déjà compromis l'existence du malade. Il n'y eut plus, dès lors, aucune hémorrhagie, et la guérison fut obtenue.) 2° *De quelques-uns des points les plus pratiques concernant le traitement des difformités*; par M. Lousdale. 3° *Note sur la présence de corps microscopiques particuliers dans les évacuations de la dyssenterie épidémique*; par M. W. Baly. 4° *Sur l'art de rendre transparentes les préparations de la moelle épinière, pour montrer les racines des nerfs par le microscope*; par M. Swan. 5° *Cas de maladie fongoïde de la vessie, avec remarques*; par M. Kesteven. 6° *Courtes notes sur les effets des agents thérapeutiques dans le traitement du choléra*; par M. Beckett. 7° *Sur le traitement du choléra malin, du docteur Ayre*; par M. Bullar. 8° *Caractères microscopiques des évacuations cholériques*; par M. Th. Williams. 9° *Sur l'action de la valvule iléo-cœcale dans les vomissements stercoraux*; par M. Roper. 10° *Quelques remarques sur l'asphyxie, et plus spécialement sur l'accumulation du sang dans le cœur droit et l'artère pulmonaire, et sur la vacuité des veines pulmonaires et du cœur gauche*; par M. Turnbridge Wells. 11° *Observations cliniques de chirurgie*; par M. Meade. 12° *Cas d'anévrisme axillaire; ligature de l'artère sous-clavière à son tiers supérieur; guérison*; par M. Crompton. (La ligature fut faite, non sans quelque difficulté, au-dessus de la clavicule.) 13° *Sur la pathologie microscopique du choléra*; par M. Parker. 14° *Du danger d'user des cathéters en gutta-percha*; par M. Hawkins. 15° *De l'insensibilité qui accompagne l'indigestion*; par M. Hinton. 16° *Considérations pratiques sur le traitement de la folie*; par M. Smith. 17° *Sur la pathologie et le mode de communication du choléra*; par M. J. Snow. 18° *Sur la propagation du choléra par contagion*; par M. Cogswell. 19° *Traitement du choléra en empêchant l'évacuation de la sérosité du sang, ou en la suppléant artificiellement*; par M. Nankiwell. 20° *Mort par le chloroforme administré pendant une opération chirurgicale*; par M. Jolly. (Il s'agit du cas de cet homme qui succomba pendant qu'on lui faisait l'extraction d'un ongle.) 21° *Essai de comparaison entre les statistiques du choléra durant ses deux invasions en 1832 et en 1849 dans le district de Plimouth*; par M. W. Hamilton. 22° *Sur les contractions musculaires qu'on observe après la mort par choléra*; par M. Barlow. 23° *Recherches chimiques et microscopiques sur le sang, les excrétions et la respiration dans le choléra*; par M. Kerapatb. 24° *Considérations sur l'histoire clinique et la pathologie d'une forme de dégénérescence graisseuse du cœur*; par M. Edw. Latham. 25° *Sur l'efficacité de l'esprit rectifié de térébenthine contre la diarrhée*; par M. Trayer. 26° *Examen des bases de la théorie ovulaire de la menstruation*; par M. Kesteven.

SUR L'ACTION DE LA VALVULE ILÉO-CŒCALE DANS LES VOMISSEMENTS STERCORAUX; par M. ROPER.

Lorsqu'on réfléchit qu'un liquide poussé avec force dans le cœcum fait éclater cet intestin plutôt que de franchir la valvule iléo-cœcale, on peut se demander comment il arrive que, dans certains cas pathologiques, les matières stercorales refluent du gros intestin jusqu'à la bouche. Voici, d'après M. Roper, comment on peut s'expliquer ce mécanisme.

Lorsqu'une obstruction ou un rétrécissement existe dans le colon, les matières s'accumulent entre ce point et la valvule iléo-cœcale. Mais tant qu'elles n'ont pas dépassé ce niveau, aucun regorgement n'est possible; car plus elles sont abondantes au-dessous de la valvule, et plus celle-ci se trouve hermétiquement fermée.

Mais le gros intestin étant rempli et la valvule close, un autre mécanisme commence, l'accumulation des matières a lieu dans la partie inférieure de l'iléon. Quand elle s'est opérée à un certain degré, les liquides exercent une pression sur la surface supérieure de la valvule. Il y a donc en ce point deux forces antagonistes agissant en même temps sur la valvule: une de bas en haut, causée par la pression des liquides du gros intestin, tendant à fermer la valvule; l'autre de haut en bas causée par la pression des liquides de l'intestin grêle, tendant à l'ouvrir. Et quand ces deux forces sont devenues égales, alors les lèvres du passage iléo-cœcal flottent relâchées, et elles cessent d'agir comme valvule; alors aussi le contenu du gros intestin peut communiquer librement et se mélanger avec celui de l'iléon.

On voit par là de quelle manière les matières stercorales peuvent imprégner les fluides que renferme l'intestin grêle.

DU DANGER D'USER DES CATHÉTERS EN GUTTA PERCHA; par M. HAWKINS.

Aucun exemple ne nous semble plus propre que celui-ci à faire communément en deux épreuves, l'une orale, l'autre écrite. Il est beaucoup moins sérieux que les épreuves auxquelles on soumet, à Paris, les aspirants au titre de médecins du bureau central des hôpitaux.

Les classes établies dans le personnel chirurgical correspondent à celles que nous avons signalées dans la médecine. Ce sont les *primarii* et les *assistenti*. Leur solde est, en général, un peu plus faible que celle des médecins, excepté pourtant dans les hôpitaux où la chirurgie occupe le premier rang comme importance. Ainsi, à *S. Giacomo*, le médecin n'a que 10 scudi par mois, et le chirurgien 24.

Outre les hommes de l'art occupant comme titulaires l'une des quatre positions nommées ci-dessus, il en est qui s'y rattachent comme *honoraires*. Ces médecins n'ont point d'appointements, à moins qu'ils ne soient appelés, en cas de besoin, à prendre la direction d'un service.

Dans l'Université pontificale, il existe une séparation complète entre la médecine et la chirurgie; chacune de ces deux sciences s'exerce en vertu de diplômes spéciaux; les élèves en puisent les éléments à des cours différents. Cette scission, l'interdiction faite au médecin d'exercer la chirurgie, au chirurgien de faire de la médecine, exigent un double personnel pour chaque salle de malades. Il est fort singulier de voir, dans un service de blessés, le chirurgien visiter ses malades et prescrire les topiques qu'il juge convenables; puis, quand tout est terminé, le médecin reprendre chaque malade et formuler les prescriptions. On peut dire qu'en général le chirurgien occupe encore, en Italie, la position relativement inférieure qu'il tenait en France, il y a un siècle, à l'égard du médecin.

Les chefs de service sont tenus de voir leurs malades deux fois par jour. C'est plus d'exigence que dans nos hôpitaux civils de Paris; mais on sait que les médecins militaires sont astreints aux mêmes obligations.

On trouve à Rome l'analogue de nos internes et de nos externes. Les *caporali*, qu'on doit ranger dans la première catégorie, reçoivent, à Saint-Esprit, 14 scudi par an, et sont logés et nourris. D'autres étudiants remplissent les fonctions d'externes et jouissent également de quelques avantages pécuniaires ou en nature. Ils portent, dans l'établissement, un costume particulier, une sorte de simarre, de couleur variable, selon l'hôpital; à *S. Giacomo*, elle est rouge. Un personnel spécial est attaché aux professeurs de clinique interne et externe. Enfin, des individus revêtus des bas grades universitaires ventouseut, font les saignées, rasent, appliquent les sangsues. On les connaît sous les noms de *maggiori*, *unzionarii*, *mignattori*, etc.

La pharmacie se fait généralement avec un peu de laisser aller. L'incertitude de l'approximation remplace trop souvent, même pour les substances actives, la rigueur de la balance et de la mesure. Le matériel n'est pas toujours convenable. Ainsi, à *San Spirito*, on mettait, dans des petits pots couverts de papier, les potions destinées à nos soldats. Il est évident que la fiole bien bouchée ne peut pas ainsi être remplacée par un vase mal clos, qui laisse pénétrer l'air de toutes parts, et ne s'oppose pas à l'évaporation des substances volatiles.

Après ce coup d'œil général sur les hôpitaux de Rome, consacrons quelques lignes à chacun d'eux en particulier.

L'archiospedale di San Spirito in Sassia, le plus grand établissement hos-

naître les dangers qui peuvent accompagner, même entre les mains les plus exercées, l'emploi des instruments en gutta percha.

Obs. — J. Turner, âgé de 58 ans, avait l'habitude de se passer de temps en temps un cathéter pour prévenir une rétention d'urine causée par l'hypertrophie de la prostate. Un jour, en se servant à cet effet d'une bougie en gutta percha qu'un de ses amis lui avait donnée, il la rompit, et un fragment de près de 4 pouces de long demeura dans l'urètre, du moins à ce que disait le malade. Mais comme il n'en éprouvait d'autre gêne qu'une sensation de pincement en marchant, M. Hawkins douta que telle fût la position du corps étranger. Effectivement, une sonde introduite le lendemain traversa librement l'urètre, et découvrit le fragment dans la partie gauche de la vessie.

La maladie de la prostate donnant lieu à une sécrétion de mucosité mêlée de sang, aucun symptôme d'ailleurs ne pressant, on résolut d'attendre quelque temps pour laisser l'irritation se calmer avant de procéder à l'extraction. — Au bout d'un mois environ, M. Prescott Hewett, après avoir chloroformisé ce malade, passa un petit instrument lithotriteur. Il parvint à saisir le fragment de sonde et essaya de le retirer; mais celui-ci, parvenu à la portion membraneuse, se rompit, et on ne trouva entre les mors de l'instrument qu'un demi-pouce de la sonde incrustée de matière calcaire.

M. Hewett fit alors pénétrer une paire de longues pinces droites, et saisit encore le corps étranger au niveau de la portion membraneuse. En essayant de l'extraire, on le rompit de nouveau. Cependant l'instrument en ramena une seconde fois un demi-pouce. Mais il fallut derechef l'introduire. Cette fois on amena la dernière pièce. En mettant l'un à côté de l'autre ces divers fragments, on vit qu'ils constituaient évidemment la totalité de la sonde. Un cathéter poussé jusque dans la vessie n'y fit reconnaître la présence d'aucun autre corps étranger. — Le malade, promptement guéri de cet accident, revint bientôt à son ancien état.

SUR LA PATHOLOGIE ET LE MODE DE PROPAGATION DU CHOLÉRA; par le docteur JOHN SNOWN.

SUR LA PROPAGATION DU CHOLÉRA PAR CONTAGION; par le docteur CHARLES COGSWELL.

Le numéro de novembre de LONDON MEDICAL GAZETTE est rempli de communications sur le choléra. La plupart d'entre elles sont relatives à des questions déjà tant de fois discutées dans nos *Revues*, qu'il serait superflu et même fastidieux d'y revenir. Mais il en est deux que nous ne devons pas laisser passer incognito, parce qu'elles roulent sur un point de science fort controversé en ce moment, et auquel se rattachent de grands intérêts hygiéniques et commerciaux, à savoir, le mode de propagation du choléra.

Les auteurs des mémoires dont on vient de lire le titre admettent tous deux la possibilité du transport de la maladie d'un individu à un autre. En ce sens, l'un et l'autre sont contagionistes; mais ils sont loin de l'être de la même manière. Nous avons rapporté dans le temps (voir GAZETTE MÉDICALE, 1847, p. 150) l'opinion de certains médecins, particulièrement de médecins anglais, qui regardent comme un des principaux agents de la transmission de la fièvre puerpérale le transport de la matière putride de l'utérus par les doigts des accoucheurs. Ce serait, suivant M. Snown, par un procédé analogue qu'aurait lieu la transmission du choléra. Le principe de la transmission résiderait dans les déjections cholériques, et il faudrait, pour qu'il engendrât la maladie, qu'il fût *avalé* (swallowed). Comment est-on exposé à avaler un principe morbigène qui serait contenu dans la matière des vomissements et des évacuations alvines? C'est ce qu'on ne comprend pas bien sans doute; aussi nous faisons-nous un devoir de résumer l'explication de l'auteur.

M. Snown regarde le choléra comme une affection locale du canal alimentaire : c'est là le fondement de sa théorie; mais si la maladie part du tube digestif, comme l'expérience prouve qu'elle peut se communiquer d'individu à individu, il suit que l'agent de la transmission doit consister en quelque chose susceptible de passer du canal alimentaire d'un individu malade dans celui d'un individu sain. Or ce quelque chose ne peut être donné que par les vomissements ou les selles, et le passage dans le corps d'autrui ne peut s'opérer que par la déglutition. Des principes évacués par les cholériques sont donc avalés par des individus bien portants. Comment peuvent-ils l'être? Cette difficulté n'embarrasse pas l'auteur. Les circonstances dans lesquelles la chose peut avoir lieu sont, dit-il, si fréquentes, que cela suffit bien pour expliquer la propagation souvent si étendue et si rapide du mal; et en premier lieu, il faut compter la malpropreté, soit qu'elle vienne d'incurie, *soit qu'elle dépende de la difficulté de se procurer de l'eau*. Les draps de lit sont presque toujours imprégnés des matières évacuées par les cholériques, et comme ces matières sont ordinairement dépourvues de l'odeur et de la couleur ordinaires, les personnes employées au soin des malades en gardent aisément sur leurs mains. Si elles n'ont pas des habitudes sévères de propreté, si elles ne se lavent pas les mains avant de se mettre à table, elles sont exposées à avaler de petites parcelles de matières, et de plus à en déposer sur les mets qu'elles touchent ou préparent pour leur famille. Telle est la raison pour laquelle le choléra, une fois entré dans une maison, s'étend presque toujours à un certain nombre de membres de la même famille.

L'auteur ne s'arrête pas là, et il cherche à montrer par un grand nombre d'exemples que l'eau potable est souvent le véhicule du principe morbide, qui y est amené par la filtration ou le déversement d'eaux contenant de la matière de déjections cholériques. Ces exemples sont tirés de la marche du choléra et de la distribution des cas dans Londres, York, Exeter, Hull, Dumfries et même dans l'Inde. Les détails topographiques nécessaires à l'intelligence de cette portion du mémoire ne pourraient être reproduits sans des longueurs interminables, et ne seraient peut-être pas bien compris; nous nous bornerons donc à quelques mots d'appréciation.

Et d'abord, il est impossible d'accorder une grande valeur aux prémisses de la théorie, à cette assertion, que le choléra est une affection locale du tube digestif. Toute la pathologie du choléra dépose si fortement contre une telle vue, qu'il est vraiment inutile de s'y arrêter. En second lieu, vouloir limiter au transport du principe morbigène par l'eau et les aliments, le mode de transmission de la maladie, c'est méconnaître tous les faits (et il y en a d'incontestables) dans lesquels la transmission a eu lieu sans que l'individu qui a pris le mal ait touché aux matières rendues par celui qui le lui a donné, ou à de l'eau qui avait pu dissoudre la moindre parcelle de ces matières : tel est le cas, par exemple, d'une personne qui va visiter un parent malade, reste quelques instants ou quelques heures dans la même chambre, sans le toucher, sans même l'approcher, et est prise ensuite du choléra. Maintenant, le mode de transmission indiqué par l'auteur ne peut-il pas exister réellement, sans préjudice d'autres modes et principalement des effluves miasmatiques émanés de la peau ou des voies pulmonaires? Nous ne disons rien de la contamination des aliments par la matière des évacuations restée au bout des doigts. Ce procédé de Harpies est fondé sur une pure conjecture. Mais il ne serait pas prudent, selon nous, de nier abso-

---

pitalier de Rome, développe ses longs bâtiments sur la rive droite du Tibre, non loin de Saint-Pierre, dans un quartier peu sain. Il occupe l'emplacement de l'hospice fondé au huitième siècle par Sena, roi des Saxons, qui, s'était retiré à Rome après avoir abdiqué. Bien des fois dévasté et rétabli, pendant les invasions et les troubles qui ont agité le moyen âge, il doit ses derniers bâtiments à Pie VI. Il est divisé en deux parties par une rue, qui sépare l'hôpital proprement dit de l'aile construite sous le pontificat du pape que nous venons de nommer. Les vastes bâtiments de la succursale contiennent 840 lits; ils sont desservis par les communs du vieil hôpital.

Saint-Esprit est exclusivement réservé aux hommes fiévreux. On peut y loger 1,616 lits, dont une faible partie est occupée dans la bonne saison; mais, pendant le règne endémo-épidémique, la succursale, jusqu'alors fermée, ouvre ses portes aux citadins et surtout aux campagnards atteints de fièvre paludéenne. Il est bien rare que plus de 1,000 lits soient occupés à la fois; année commune, le chiffre des malades oscille entre 7 et 800.

C'est à Saint-Esprit que se font les cliniques médicale et chirurgicale. Les quelques blessés admis dans l'établissement sont ceux que le professeur désigne, de sorte que le choix des malades peut suppléer jusqu'à un certain point à leur nombre beaucoup trop restreint. Autrefois la clinique chirurgicale se faisait à *San Giacomo*. Les salles de clinique médicale ne peuvent recevoir que 12 hommes et 6 femmes, mais le professeur a le droit d'aller recueillir dans tous les services, et même dans les différents hôpitaux, les sujets qui lui semblent présenter le plus d'intérêt.

Saint-Esprit possède, pour les besoins de l'enseignement, un grand amphithéâtre de cours, un petit cabinet d'histoire naturelle, un assez beau musée d'anatomie normale et pathologique, un amphithéâtre d'anatomie, enfin la riche bibliothèque Lancisienne, ainsi nommée de son célèbre fondateur. L'église de Saint-Esprit appartient aussi à l'hôpital. On y lit sur chaque pierre le nom d'un professeur célèbre dans l'endroit; mais l'attention se fixe sur la belle marqueterie de marbres précieux qui recouvre les dépouilles du plus célèbre d'entre eux, de Lancisi, auteur fécond auquel on doit surtout d'excellents travaux sur les *qualités natives et accidentelles de l'air de Rome*.

Les cours sont trop petites à Saint-Esprit, et le malade n'a pas le droit de s'y promener; l'ombrage des orangers, le murmure des eaux vives, la fraîcheur des arcades à la mauresque, sont réservés aux employés de la maison. Pendant l'occupation française, sous l'empire, on avait eu l'heureuse idée de jeter des clôtures en travers de la rue qui coupe l'établissement de manière à créer un vaste promenoir. La circulation n'en était nullement gênée, à cause des rues latérales. On n'a pas cru devoir imiter cet exemple pendant l'expédition actuelle.

L'établissement possède des fontaines et une salle de bains. Les lieux d'aisances sont assez bien organisés, des conduits, parcourus par des eaux courantes, enlèvent les immondices à mesure qu'elles sont déposées.

On compte 12 salles à Saint-Esprit; elles sont ou fort petites ou immenses.

En entrant par la grande porte, on trouve la salle gigantesque appelée *bracchio vecchio*, dont le centre est occupé par une chapelle recouverte d'un dôme qui ne manque pas d'élégance. D'un bout à l'autre de cette longue nef, nous avons mesuré à peu près 130 mètres; on peut estimer la largeur à 12, et la

lument que l'eau put servir de véhicule au principe morbide. Nous ne disons pas que ce principe doive émaner des matières évacuées; on a avalé plus d'une fois du produit des vomissements et des selles de cholérique sans prendre le choléra. Mais il ne nous est pas démontré que l'eau ne puisse dissoudre et porter dans l'économie le principe, quel qu'il soit, qui est l'agent de la transmission contagieuse. A ce point de vue, mais à ce point de vue seul, des recherches analogues à celles de M. Snown pourraient avoir une utilité réelle.

A l'encontre de son compatriote, M. Cogswell entend la contagion comme tout le monde. Le but de son travail est de mettre en évidence et d'ériger presque en loi un fait qui a déjà été indiqué par beaucoup d'auteurs, et qui dépose fortement en faveur de la propagation contagieuse, à savoir que le choléra, envahissant une plage insulaire, exerce ses premiers ravages dans les ports. Pour cela, armé des principaux documents publiés sur le choléra de 1832 et sur celui de 1848, il suit l'épidémie à Bombay, à Ceylan, à Manrice, à Bourbon, en Arabie, en Perse, en Angleterre, en Afrique, en Amérique, etc., et partout il voit la maladie sévir *d'abord* dans les ports de mer. On sait que, récemment encore, c'est par Calais et d'autres ports que le choléra est entré en France. Nous avons nous-même, en temps et lieu, fait ressortir cette circonstance, et nous en avons tiré les conséquences qu'elle comporte.

II. THE LANCET.

Les numéros d'octobre, novembre et décembre 1849 contiennent les articles originaux suivants : 1° *De certaines cellules organiques particulières aux évacuations du choléra;* par M. Swayne. 2° *Sur la découverte de la cause du choléra;* par M. Budd. 3° *Sur les animalcules récemment découverts dans l'île de Man;* par M. L. Stuart. 4° *Du traitement du choléra malin;* par M. Fairbrother. 5° *Sur les avantages du coussin à eau pour le lit des malades;* par M. Sampson. 6° *Cas de choléra guéri;* par M. Grove. 7° *Du traitement du choléra basé sur des principes spécifiques;* par M. Lewis. 8° *Nouvelle opération pour remplacer l'ablation du testicule;* par M. Ch. Taylor. 9° *Remarques sur le développement des épiphytes dans l'utérus humain;* par M. Wilkinson. 10° *Sur la vitalité des fongus du choléra;* par M. J. Crove. 11° *Du développement apparent des cellules du choléra;* par M. Herapalh. 12° *Des causes et de la nature de la fièvre continue;* par M. Todd. 13° *Considérations sur la nature, les causes et le traitement du choléra;* par M. Randolphe. 14° *Remarques sur le traitement du choléra;* par M. Péry. 15° *Exemple d'une maladie étendue du cœur;* par M. Miller. 16° *Cas de mort par suite d'un lavement de tabac;* par M. Eade. 17° *Cas d'accouchement laborieux;* par M. Davis. 18° *Cas de nécrose des os maxillaires, avec exfoliation;* par M. H. Taylor. (Deux cas de nécrose due à l'inspiration de vapeurs phosphorées pendant la fabrication des allumettes chimiques.) 19° *Cas de guérison du choléra par des doses répétées de calomel;* par M. Woodman. 20° *Pathologie, causes et traitement du choléra;* par M. Lowther. 21° *Cas de choléra traité avec succès;* par M. Masfen. 22° *Du traitement des inflammations qui ne sont pas franches;* par M. Langley. 23° *De l'emploi du chloroforme;* par M. C. Radford. (D'après son expérience, la dose de chloroforme qui est inefficace pour endormir un malade peut suffire à en tuer un autre. Par conséquent, il vaut toujours mieux commencer par de faibles quantités.) 24° *Réflexions sur les corps organiques découverts dans les évacuations du choléra;* par M. Swayne. 25° *Notes pratiques sur le traitement du choléra;* par M. Davies. 26° *Cas de rupture de la longue tête du muscle biceps;* par M. Parkin. 27° *Description d'un lit à bandes de caoutchouc pour les malades infirmes;* par M. Luke. 28° *Recherches expérimentales sur les causes des bruits du cœur;* par M. Brakyn. 29° *Extraction d'un polype nasal;* par M. Muggridge. 30° *La vitalité des fongus du choléra démontrée;* par M. J. Crove. 31° *Sur l'emploi du nitrate d'argent dans l'érysipèle;* par M. Higginbottom. (L'autorité de ce praticien dépose en faveur de l'efficacité du nitrate d'argent.) 32° *Ligature de l'artère fémorale, puis amputation;* par M. Davies. 33° *Empoisonnement par le laudanum et par d'autres agents;* par M. Yliff. 34° *Sur le froid engourdissant, comme agent anesthésique dans les cas de chirurgie;* par M. Arnott. 35° *Traitement de l'albuminurie par l'acide gallique;* par M. Sampson. 36° *Remarques sur le traitement du choléra dans l'Inde;* par M. Mackay. 37° *Du choléra et de son traitement;* par M. Wyer. 38° *Avantages des saignées copieuses dans les maladies inflammatoires;* par M. Langley. 39° *De l'efficacité de l'écorce de chêne et de l'alun contre les flux intestinaux;* par M. Tucker. 40° *Nouveau mode de réduire la hernie étranglée;* par M. Hodge. 41° *Sur certains points importants de la chimie et de la pathologie de l'urine;* par M. Hassall. 42° *De l'emploi du caustique lunaire dans le traitement du pompholyx;* par M. Cottingham. 43° *Cas de fracture compliquée du tibia avec fracture comminutive du péroné, et remarques;* par M. Carter. 44° *Sur les propriétés toxicologiques de la graine de chou sauvage;* par M. Popham. 45° *Note sur des cas de la pratique privée;* par M. Selkirk. 46° *Causes et nature de la fièvre continue;* par M. Evenwood. 47° *Deux cas de taille avec chloroformisation;* par M. Chadwich. 48° *Cas de paralysie hystérique;* par M. Thorn. 49° *De l'emploi du nitrate d'argent dans les plaies déchirées;* par M. Higginbottom. 50° *Nouveau support utérin;* par M. Mageniss. 51° *Ulcère tubereuleux perforant de l'estomac;* par M. Beneke. 52° *Lacération du périnée;* par M. Barnes. 53° *Plaie du bas-ventre; guérison;* par M. Teague. 54° *Tétanos traumatique guéri par l'éther;* par M. Smith. 55° *Section du tendon d'Achille pour un spasme des muscles de la jambe.* 56° *Mort par plaie du cœur;* par M. Drew. 57° *Cas d'hémorrhagie utérine;* par M. Chavasse. 58° *Péritonite tuberculeuse suivie de perforation des parois abdominales;* par M. Crooke. 59° *Des attaques latentes d'épilepsie;* par M. Marshall-Hall. 60° *Observation de métrorrhagie avec expulsion du placenta; injection d'eau froide dans l'utérus;* par M. Tyler Smith.

NOTE SUR CERTAINES CELLULES ORGANIQUES, PROPRES AUX ÉVACUATIONS CHOLÉRIQUES; par le docteur G. SWAYNE.

DÉCOUVERTE DE LA CAUSE DU CHOLÉRA; par le docteur BUDD.

DÉMONSTRATION DE LA VITALITÉ DU CHAMPIGNON PRODUCTEUR DU CHOLÉRA; par le docteur JOHN GRAVE.

SUR LE DÉVELOPPEMENT APPARENT DE CELLULES DANS LE CHOLÉRA; par le docteur W. BIRD HERAPATH.

Dans le numéro 17 de la GAZETTE MÉDICALE de cette année (p. 326), nous avons résumé les principaux résultats auxquels avait conduit l'examen chimique et microscopique de la matière des déjections cholériques. Les uns y ont vu des lamelles détachées de la muqueuse intestinale altérée, d'autres des noyaux de cellules épithéliales, ceux-ci des globules se rap-

---

hauteur à un chiffre à peu près pareil. Malheureusement les fenêtres n'existent qu'à mi-distance du sol au faîte, et on les ouvre trop rarement pour renouveler l'air vicié par les exhalaisons des fiévreux. Nous avons vu ceux-ci entassés au nombre de près de 400 sur six rangs disposés de la façon que nous avons décrite plus haut.

Quand nous avons pénétré dans cette salle, en octobre 1849, nous avons été saisi par cet air lourd, chaud, nauséeux, saturé de miasmes et d'odeurs putrides. La physionomie des malades était triste, abattue, leur teint jaunâtre et plombé; la paresse des réactions, le brisement des forces, la tendance à la putridité, disaient hautement qu'un véritable empoisonnement s'infiltrait peu à peu dans l'économie des pauvres malades. C'était un petit monde que cette salle immense : ici un mourant qui râle (1), là des chiens qui jouent sur un lit; à côté d'un convalescent à qui l'on fait la barbe, un moribond se confesse et marmotte des prières; sur le matelas voisin se tient un tripot entouré d'un cercle nombreux et babillard; des infirmiers chargés de marmites contenant les vivres heurtent en passant un cadavre qu'on emporte; enfin, pour compléter ce tumulte et ce pêle-mêle, d'espace en espace sont installés des comptoirs où siégent en permanence des *caporali*, des pharmaciens, des aumôniers, qui se groupent tantôt ici, tantôt là, pour faire les petits cancans du jour.

Mais les murmures cessent; le prêtre monte à l'autel. Les aliments sont portés jusqu'auprès des marches, au moyen d'espèces de brancards; l'officiant récite quelques versets auxquels répond l'assistance, et la bénédiction termine la cérémonie. Le tumulte recommence alors; le bruit s'élève et se gonfle du cliquetis des cuillers et des fourchettes sur les plats d'étain et de terre cuite.

Ce spectacle eût été réellement des plus curieux, sans la tristesse qu'il inspirait.

De cette salle, on passe dans le *bracchio nuovo*, moins vaste, qui peut contenir 280 lits.

Dans la succursale, située de l'autre côté de la rue, les salles ne sont pas moins gigantesques. Le premier et le second forment chacun une galerie voûtée à trois nefs, soutenue par 84 piliers et pouvant recevoir de 300 à 360 malades. En restreignant le nombre des files de lits, ces locaux présentent d'assez bonnes conditions de salubrité. C'est, du reste, seulement pendant la saison fiévreuse que l'encombrement règne. Il est probable qu'il atteint bien rarement le point auquel nous l'avons vu arriver, à l'époque où notre entrée dans Rome a jeté dans l'hôpital une population insolite.

Les aliments se distribuent à des heures un peu irrégulières : le matin de sept à neuf heures; le soir de deux et demie à cinq heures. Voici le régime qui a cours dans l'établissement, comme dans presque tous les autres hôpitaux :

Terza. Bouillon avec jaune d'œuf; une, deux ou trois fois par jour.

Senza pane. Soupe, un œuf, eau et vin; deux fois le jour.

Dieta. Soupe, 4 onces de pain, 2 de viande, eau et vin; deux fois le jour.

A carne. Potage, 3 onces de viande, 6 de pain, vin; matin et soir. On peut ajouter à ces aliments un plat d'herbages, et le jour de la sortie le double de

(1) Dans les circonstances ordinaires, on porte les mourants dans une salle à part.

prochant plus ou moins des globules du pus, ceux-là des modifications de la fibrine. Les médecins anglais, qui avaient pris déjà une très-grande part aux recherches de cette nature, les ont depuis lors poursuivies avec beaucoup d'ardeur.

On se rappelle combien la curiosité du monde savant fut éveillée, il y a un an environ, par l'annonce de la découverte de l'élément étiologique primordial du choléra. En juillet 1849, la Société médico-chirurgicale de Bristol chargea plusieurs de ses membres, MM. Bernard, Budd, Swayne, Neild, Brittan et Pritchard, d'examiner le produit des évacuations cholériques; à l'une des séances, MM. G. Swayne et Brittan furent spécialement invités à faire l'examen microscopique de deux échantillons d'évacuations cholériques apportées par M. Budd, et les trois observateurs furent unanimes pour y reconnaître de certains corpuscules, d'apparence singulière, qu'ils n'hésitèrent pas à déclarer exclusivement propres au choléra. Les autres membres du comité furent du même avis. Des investigations ultérieures vinrent confirmer ce résultat. En même temps, M. Brittan annonça qu'il avait découvert les mêmes corpuscules dans l'air des localités infectées, et enfin, dans le mémoire dont on a lu le titre plus haut, M. Budd affirme qu'il les a rencontrés dans l'eau potable de ces localités. La conséquence que ces trois messieurs tirent de cet ensemble d'observations, c'est que la cause matérielle du choléra existe dans l'air, qu'elle est avalée soit avec l'air lui-même, soit avec l'eau qui le tient en suspension, et qu'ainsi elle porte son action directe sur le tube digestif. M. Swayne exprime formellement l'opinion qu'elle reste confinée dans le canal alimentaire, et ne passe pas dans d'autres parties de l'économie. On voit de suite l'analogie qui existe entre cette théorie et celle de M. Snow, reproduite plus haut. Dans l'une et l'autre, c'est le tube intestinal qui est le siége primitif du mal, c'est lui qui renferme la cause essentielle et matérielle; mais, selon M. Snow, cette cause *s'engendre* dans le tube intestinal, et c'est de là qu'elle sort pour passer dans l'eau potable et entrer ensuite dans le corps d'autres individus, tandis que selon M. Swayne et ses collègues, c'est l'air qui est le premier réceptacle du principe morbide; c'est lui qui le porte, par la déglutition, dans les voies digestives ou le dépose dans les eaux potables avec lesquelles il est plus tard avalé.

Mais quels sont ces corpuscules, appelés par M. Budd *champignons du choléra* (*cholera fungus*), par MM. Swayne et Brittan *cellules particulières?* M. Budd a publié sur ce point une brochure que nous n'avons pas sous les yeux. Dans l'article de THE LANCET, il n'entre dans aucun détail descriptif. Quant à M. Swayne, il a joint à son travail des figures où sont représentées, en effet, des *cellules* à noyaux, les unes oblongues, les autres arrondies. A vrai dire, ni ces figures ni la description ne donnent clairement l'idée de quelque production différente des cellules plus ou moins altérées que d'autres auteurs ont signalées dans le choléra, et qui ne sont pas exclusivement propres à cette maladie. Il est fort douteux d'ailleurs qu'on ait pu jamais rencontrer rien de semblable dans l'air et dans les eaux potables.

Sous le titre : DÉMONSTRATION DE LA VITALITÉ DU CHAMPIGNON DU CHOLÉRA, M. John Grave décrit un produit découvert au microscope dans la première urine rendue par des cholériques : c'est une simple note, accompagnée de planches explicatives, où quatre figures montrent la transition entre de petits corps discoïdes et des cellules de plus en plus formées. Suivant cet auteur donc, les cellules du choléra, contrairement à l'opinion de M. Swayne, se trouveraient ailleurs que dans le tube digestif. M. Grave a commencé, du reste, dans le même journal, un travail sur le même sujet.

Mais M. W. Bird, dans sa note sur le *développement apparent de cellules dans le choléra*, fait déjà remarquer que les cellules figurées par le précédent auteur sont très-différentes de celles qu'a fait représenter M. Swayne, et il pense qu'il ne s'agit ici que de *torules*, comme on en trouve assez souvent dans l'urine normale.

On voit quelle obscurité règne encore sur cette partie de la science. Nous n'avons pas besoin d'insister pour faire comprendre combien il est sage de suspendre tout jugement jusqu'à plus ample informé. Le microscope est un précieux moyen d'investigation ; mais il fait voir tant de choses, il joue si souvent le rôle d'un kaléidoscope, qu'il est bon de n'accorder confiance aux résultats de son examen que moyennant un accord parfait dans les observations des micrographes les plus expérimentés, comme il est arrivé, par exemple, pour les caractères du sang ou du pus. Or il est loin d'en être ainsi dans la question présente.

NOUVELLE OPÉRATION POUR REMPLACER L'ABLATION DU TESTICULE ; par M. CH. TAYLOR.

Il ne s'agit pas ici de la castration appliquée au traitement des maladies du testicule. L'auteur propose seulement de remplacer l'opération par laquelle on châtre les animaux dans le but de les rendre plus dociles, plus éducables.

En enlevant les testicules aux chevaux, on obtient, il est vrai, ce résultat ; mais on diminue, en même temps, et dans une proportion considérable, leur force et leur ardeur. Cela est si vrai que, à Londres, les voituriers emploient maintenant de préférence des étalons pour transporter les fardeaux, malgré l'excès de dépense, et la vigilance extrême qu'il faut alors mettre à les surveiller.

En réfléchissant à l'opération qui se pratique sur la truie, M. Taylor conçut la pensée de réaliser le même avantage, avec moins d'inconvénients pour la vigueur et la santé de l'animal. Chez la truie, on se borne à couper la trompe de Fallope, de chaque côté, sans extirper les ovaires ; et cela suffit pour la rendre inféconde et indifférente au désir du rapprochement sexuel.

Ne serait-il pas permis d'espérer que la section du cordon spermatique produirait des effets analogues chez le mâle? S'il est vrai que l'appétit vénérien soit causé par la stimulation que le contact du sperme exerce sur les vésicules animales, il est clair qu'en empêchant le sperme d'y parvenir, cette opération procurerait l'effet physiologique désiré, c'est-à-dire l'indifférence. Or cette hypothèse est exacte ; car c'est un fait admis par les vétérinaires que si l'on châtre un cheval adulte, il aura encore une fois, mais une seule fois, le désir de sailler et la puissance de procréer : preuve certaine que le sperme qui était contenu dans la vésicule au moment de l'opération suffit pour développer chez lui ces deux qualités.

D'autre part, la simple section du cordon n'empêchant pas le testicule de vivre et de sécréter, le sperme continuerait à être produit; puis les absorbants le porteraient dans la circulation, où il exercerait sur l'organisme son action stimulante bien connue.

D'après ces idées, M. Taylor a fait sur un chien l'excision du cordon spermatique dans une étendue d'environ trois quarts de pouce. La plaie bien guérie, et l'animal parfaitement rétabli, il l'a mis à côté d'une chienne

---

vio; cette portion s'appelle alors *far locanda*.

Seconda. Soupe, 4 onces de pain, un œuf, eau pour boisson.

Une carte portant un signe conventionnel est accrochée au lit de chaque malade et indique le régime ordonné par le médecin.

On touche des orgues trois fois la semaine, pendant la distribution. Cette coutume nous rappelle que, sous l'empire, la musique des régiments allait jouer dans les hôpitaux; Napoléon comptait beaucoup sur ce moyen pour éviter ou chasser la nostalgie.

La garde n'est pas montée par jour, comme cela se pratique dans nos hôpitaux; la journée est divisée en quatre quartiers. Les *caporali* font l'office d'internes de garde; ils ont des externes sous leurs ordres.

Le nombre réglementaire du personnel médical est ainsi fixé : quatre médecins *primarii* et quatre *sostituti*, deux chirurgiens *primarii* et deux *assistenti*. Les médecins honoraires sont en nombre variable.

Mgr. Morichini fait remarquer que, dans tous les autres hôpitaux de l'Europe, les médecins sont astreints à ne pas sortir d'une certaine liste de médicaments, tandis qu'à *San Spirito* ils peuvent puiser dans toute la pharmacopée. Peut-être ont-ils cette latitude parce qu'ils n'en usent jamais. Le fait est que beaucoup de médicaments usuels dans nos hôpitaux ne se trouvaient pas à la pharmacie de *San Spirito*, lors de notre occupation de l'établissement; et nous doutons, d'autre part, qu'aucune des substances familières aux médecins de *San Spirito*, ne soit monnaie courante dans nos hôpitaux français.

Les revenus de Saint-Esprit sont de 90,000 scudi, auxquels le trésor en ajoute 36,000 par an.

De 1831 à 1840 sont entrés à Saint-Esprit 134,916 malades, dont 11,455 sont décédés, ou 8,27 pour 100. La moyenne des journées de traitement a été de 13; la moyenne des malades présents de 500; la moyenne des employés, 169.

L'archiospedale del Santissimo Salvatore ad Sancta Sanctorum, dû à la libéralité d'un Colonna, est destiné aux femmes fiévreuses. Situé tout près de la basilique de *Saint-Jean-de-Latran*, il est séparé en deux corps de logis par la rue qui mène de cette église au Colysée. Sa fondation date de 1216. On peut y recevoir 576 malades distribués dans des salles un peu moins vastes que celles de *San Spirito*. Les lits y sont généralement plus espacés qu'à ce dernier hôpital; dans les circonstances ordinaires, un tiers seulement de ces lits se trouve occupé.

Les pansements et la petite chirurgie sont confiés aux sœurs hospitalières de la Miséricorde, qui sont à nos religieuses de Saint-Vincent de Paule ce que le clergé romain est au clergé français, c'est-à-dire dans un état d'infériorité incontestable. Mais, en évitant le tort si commun aux historiens et aux touristes, de juger les choses romaines au point de vue français, c'est-à-dire de prendre comme terme de comparaison ce qui se passe chez nous, on se relâche de sa sévérité, et l'on trouve que, pour des Romaines, elles s'acquittent convenablement de leur mission.

Deux médecins *primarii* et deux *sostituti*, un chirurgien *primario* et un *assistente* sont attachés à l'établissement. Les élèves en médecine ne suivent pas les visites. Les *assistenti* et les *sostituti* montent la garde, par période de vingt-quatre heures.

L'établissement jouit d'une rente annuelle de 32,000 scudi, grossi de 14,400

en chaleur, mais « *sa conduite a pleinement démontré qu'il avait perdu toute tendance à perpétuer son espèce!* »

— En regard et comme confirmation de ces intéressantes données, on se rappellera fructueusement le mémoire de M. Gosselin sur les oblitérations des voies spermatiques (V. GAZ. MÉD., 1847, p, 929). Il y est établi que, malgré une oblitération complète du canal déférent, le testicule ne s'atrophie point, qu'il continue à produire du sperme, et que ce liquide contient des animalcules. Il en résulte encore que le sperme, dans ce cas, s'absorbe et ne s'accumule jamais en assez grande quantité au-dessous de l'oblitération pour y déterminer une distension morbide.

Il n'est pas nécessaire d'insister davantage pour faire comprendre combien ces faits sont concluants en faveur de l'efficacité et de l'innocuité de l'opération que M. Taylor propose.

NOUVEAU MODE DE RÉDUIRE LA HERNIE ÉTRANGLÉE; par M. HODGE.

Il ne s'agit point ici d'une méthode nouvelle, généralement applicable. L'auteur raconte seulement, et sans autre prétention, un hasard heureux qui a réussi chez une de ses malades, et dont on pourrait espérer, avec d'autant plus de raison d'étendre à d'autres le bénéfice, que ce procédé peut être essayé avant l'arrivée du médecin. Voici le fait.

OBS. — M. Hodge fut appelé auprès d'un homme dont la hernie inguinale oblique était étranglée depuis plusieurs heures. Il y avait déjà bon nombre d'années qu'il portait cette hernie; mais comme il la réduisait aisement et n'en avait jusque-là éprouvé aucune incommodité, il ne s'en inquiétait point. Cette fois il ne put, par les mêmes moyens qui lui avaient toujours réussi, parvenir à obtenir la rentrée des viscères. Les symptômes ordinaires de l'étranglement, vomissements, constipation, sensibilité de la tumeur, ne tardèrent pas à se manifester.

Le malade, comprenant la gravité de cet accident, ne perdit pas de temps. L'eau froide en applications locales, un bain chaud, le taxis selon toutes les directions et dans les attitudes les plus variées, furent essayées par lui, mais infructueusement. A la fin, les douleurs devinrent si violentes qu'il se coucha sur le plancher de la chambre, dans un coin, en élevant le dos contre la muraille, jusqu'à ce que, peu à peu, il en fût venu à faire porter sa tête par terre. Après être resté dans cette position une ou deux minutes, il sentit que la tumeur rentrait, sans aucune manipulation. La hernie se réduisit ainsi spontanément.

M. Hodge trouvant ce résultat accompli se borna à prescrire un purgatif. La guérison fut immédiate.

— Ce fait montre une réduction produite par la position justement inverse de celle que quelques chirurgiens, Ribes entre autres, conseillent, et dont ils ont retiré des succès. On connaît cette pratique qui consiste à faire coucher le malade sur un plan incliné, la tête en bas et le bassin fortement relevé. — Le procédé dont on vient de voir le résultat, et que Winslow avait déjà indiqué, est au contraire l'exagération de l'attitude que généralement, et dans tous les hôpitaux de Paris, on fait prendre au malade avant de pratiquer le taxis. Il y aurait à expérimenter (et les occasions n'en sont pas rares) si ce *pelotonnement* du tronc en avant ne serait pas susceptible de procurer sur une plus large échelle le succès que le malade de M. Hodge en a obtenu.

(La fin au numéro prochain.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 2 SEPTEMBRE.

NOUVELLES APPLICATIONS DES APPAREILS DITS HYDROPHORES.

M. FOURCAULT lit une note sur des appareils destinés à porter la chaleur sèche et le froid anhydre sur toutes les parties du corps, dans le traitement des maladies internes et externes, et sur un moyen mécanique de rendre les femmes inféconds.

L'auteur, après avoir rappelé qu'il a proposé il y a quelque temps, sous le nom d'*hydrophores*, des appareils destinés à remplacer les bains locaux, les fomentations, cataplasmes, etc., fait connaître une application nouvelle de ce même système d'appareils, qu'il a imaginé dans le but de porter suivant les indications le froid ou la chaleur sur les membranes muqueuses. Il met sous les yeux de l'Académie l'*hydrophore vaginal* et l'*hydrophore utérin*. Le premier est confectionné en caoutchouc vulcanisé ou en baudruche; son cul-de-sac plus ou moins étendu correspond au col de l'utérus; son ouverture est fermée par une rondelle en bois ou en métal, percée de deux trous, où vient s'adapter le conduit d'une pompe foulante, d'un clyssoir, d'un irrigateur, et celui qui doit porter le liquide sortant de la gaîne vaginale dans un baquet ou dans une baignoire; le pourtour de l'ouverture de cette gaîne est fixé sur la rondelle au moyen d'un bourrelet ou d'un anneau élastique. A l'aide de ce léger appareil, on établit un double courant dans le vagin, sans que l'eau soit en contact avec la membrane muqueuse, et la femme sans sortir de son lit, ou étant sur un divan, dans un bain tiède, au milieu de la vapeur, reçoit une douche, une irrigation dont elle peut sans inconvénient prolonger la durée. Ainsi par l'action sédative et astringente du froid anhydre, on combattra les irritations et les engorgements du col de l'utérus, les vaginites anciennes, les leucorrhées rebelles; on évitera ainsi, dans bien des cas, des opérations graves, et l'on aura moins souvent recours aux injections humides si souvent inefficaces. La chaleur, en agissant simultanément sur la peau, excitera son tissu, favorisera la circulation dans le réseau capillaire externe, et rétablira la transpiration insensible si souvent ralentie ou suspendue, dans ces affections chroniques.

L'hydrophore utérin, semblable au précédent pour la forme, sinon pour sa longueur et pour la largeur de son cul-de-sac, est introduit dans la matrice par une tige cylindrique en bois, offrant un ou deux conduits propres à établir au besoin un double courant, ou seulement à dilater la gaîne utérine au moyen de l'air ou de l'eau. Ce liquide agit par la compression et par la réfrigération dans la suppression des hémorrhagies, tandis que l'air, on le sait déjà, ne les arrête que par son action compressive. D'ailleurs les deux procédés peuvent être mis en usage, comme moyen hémostatique, dans d'autres cas, et aussi pour dilater des conduits qui sont le siége de retrécissements plus ou moins considérables.

Les pessaires en caoutchouc vulcanisé peuvent être également dilatés par l'eau ou par l'air, et afin de faciliter leur application, M. Fourcault les fixe sur un support en bois ou en métal, ayant à sa partie supérieure un bouton fixe ou mobile au moyen d'un conduit formant une double anse, l'une extérieure et l'autre intérieure, suivant la courbure du pessaire; celle-ci est percée de trous pour favoriser la sortie de l'eau ou de l'air qui doit le dilater; celle-là se termine par un conduit unique par où ces fluides sont introduits dans sa cavité, et elle rentre rapidement dans le vagin où elle se loge, et où le doigt peut facilement la saisir lorsque, par un mécanisme facile, on fait exécuter au bouton du porte-pessaire un mouvement de bascule. La femme peut donc elle-même placer et retirer son pessaire avec assez de facilité.

En suivant cette voie de perfectionnement, M. Fourcault a été conduit à modifier cet instrument, à en faire un pessaire obturateur en fermant son canal

---

scudi fournis par le trésor.

Les statistiques décennales ne fournissent pas, à *S. Salvatore*, des résultats aussi satisfaisants qu'à Saint-Esprit, ce qu'il faut peut-être attribuer au nombre des sujets atteints d'affections chroniques reçus dans l'établissement, à l'insalubrité du site plongé dans la *malaria*, enfin surtout à l'état de misère et de détérioration des malheureuses femmes qui trouvent asile dans cet hôpital. Voici ces statistiques portant sur la période 1831 à 1840 :

30,546 entrées ;
4,541 décès;
14,86 décès pour 100 ;
25 jours pour moyenne de traitement ;
209 présents à l'hôpital, en moyenne;
72 employés, en moyenne.

L'*archiospedale di San Giacomo in Augusta*, fondé en 1339 par les Colonna, est situé dans le Corso, rue principale de Rome, non loin de la place *Del Popolo*. On y compte 384 lits destinés aux blessés et aux vénériens des deux sexes.

Les anciennes salles sont fort grandes, mais peu élevées, peu saines. Elles sont occupées par les femmes blessées et vénériennes.

Nous étant imposé, dans ces lettres, le devoir de dire surtout notre façon de penser, même dans les questions les plus délicates, nous récrierons-nous sur les idées étroites et inhumaines par suite desquelles on laisse ces infortunées dans des locaux insalubres, sous prétexte de leur faire payer des fautes dont leur mal est certes déjà une expiation? Mille fois non. Si notre main s'armait des verges de la critique, ce serait sur Paris et non sur Rome que se dirigeraient nos coups. Il n'y a pas encore un an que nous visitions les hôpitaux de Lourcine et du Midi, où, malgré de notables améliorations, les salles non blanchies et sans air accusent hautement l'administration de professer des opinions qui, pardonnables à Rome, sont sans excuses en France. Et que serait-ce donc si, reportant nos yeux en arrière, nous jetions un regard sur le sort qui attendait les malheureux syphilitiques, sous les règnes impudiques et éhontés de Louis XIV et de Louis XV? La moitié des malades se couchait (1), 4 par lits, de huit heures du soir à une heure du matin; une seconde fournée remplaçait la première d'une heure à sept. La fustigation commençait le traitement; la fustigation le terminait. Le vénérien attendait quelquefois six ou neuf mois qu'il plût de commencer à s'occuper de lui. Entassés dans des soupentes qui n'avaient souvent que 2 à 3 mètres de haut, les malheureux ne pouvaient pas même se coller à la fenêtre pour respirer un air pur, car la fenêtre était clouée ou même murée! Regardons-nous bien avant de critiquer les autres.

La salle neuve de *S. Giacomo* est certainement ce que nous avons vu de mieux en ce genre dans tout Rome. La critique ne peut s'attaquer qu'à son immensité. Les fenêtres s'ouvrent, il est vrai, à 4 mètres du plancher, et une galerie règne tout autour de la salle, à cette même hauteur; mais la plus irréprochable propreté et un système d'aération bien compris remédient en grande partie à ces inconvénients. D'abord, à chaque extrémité de cette grande salle, de vastes fenêtres, pareilles pour la dimension à celles de nos cathédrales go-

(1) Aux Petites-Maisons, à Bicêtre, à la Salpêtrière.

central par un diaphragme en gutta percha, en caoutchouc, ou par une substance douce, spongieuse, de manière à mettre à volonté et suivant certaines indications qu'il formule un obstacle à la fécondation.

PRÉSENCE DU SULFURE D'ARSENIC DANS LES EAUX MINÉRALES.

M. BLONDEAU, professeur de physique et de chimie au lycée de Rhodez, envoie la première partie d'un mémoire sur les eaux minérales de Cransac.

Dans la lettre d'envoi qui accompagne ce mémoire, l'auteur informe l'Académie qu'en s'occupant des eaux minérales sous un point de vue qui avait été négligé jusqu'ici, il a été conduit à y découvrir des principes encore ignorés et qu'il croit destinés à jouer un rôle important sur l'économie. Toutes les eaux minérales un peu énergiques qu'il a eu l'occasion d'analyser lui ont fourni du sulfure d'arsenic en dissolution, et il est porté à croire que c'est à cet agent qu'il faut attribuer l'action tellement énergique de certaines eaux qu'elles peuvent occasionner la mort lorsqu'elles sont prises sans discernement.

Le sulfure d'arsenic n'est pas le seul que l'on rencontre dans les eaux minérales. Ainsi il a trouvé dans les eaux de Chaudesaigues des sulfures de fer, d'arsenic, de manganèse, en quantités assez considérables pour que ces eaux thermales produisent de fortes incrustations de sulfures.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 3 SEPTEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. BRICHETEAU.

INAUGURATION DE LA NOUVELLE SALLE.

La séance est ouverte à trois heures, en présence de M. le ministre de l'agriculture et du commerce, assis à la droite de M. le président, et de plusieurs notabilités administratives et scientifiques.

M. LE PRÉSIDENT prononce un discours dans lequel il rappelle en quelques mots l'origine de l'Académie de médecine, ses travaux, son influence sur les progrès de la médecine, les services qu'elle a rendus et qu'elle est appelée à rendre encore à la science et à l'humanité; après avoir fait l'histoire de toutes les vicissitudes qu'a subies cette compagnie et des circonstances qui ont amené sa translation dans le local qu'elle inaugure aujourd'hui, M. Bricheteau termine son allocution par un rapprochement entre l'objet de cette séance et l'inauguration de l'enseignement de la clinique médicale qui avait lieu il y a environ un demi-siècle dans le même local, et il déduit de ces souvenirs et de ces antécédents la tâche que l'Académie a à remplir dans l'avenir.

M. DUBOIS (d'Amiens), appelé ensuite à la tribune, lit ce qui suit :

PREMIER RAPPORT A L'ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE SUR LE CONTENU DE SES ARCHIVES EN CE QUI CONCERNE L'ACADÉMIE ROYALE DE CHIRURGIE ET LA SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE.

PREMIÈRE PARTIE : Académie royale de chirurgie, documents relatifs à Louis, secrétaire perpétuel.

Messieurs,

L'ordonnance de 1820, en vous donnant l'honorable et difficile mission de continuer les travaux de l'Académie royale de chirurgie et de la Société royale de médecine, avait prescrit que les registres et les *archives* de ces deux corps savants seraient réunis entre vos mains.

Une lettre de feu le professeur Pelletan constate que cette remise a été faite en son temps à mon prédécesseur. L'Académie reçut alors, non pas des registres, mais cette grande quantité de cartons poudreux que vous avez pu voir si longtemps dans une des pièces de votre ancien local.

Occupé d'autres travaux, mon illustre prédécesseur, M. Pariset, ne chercha jamais à en examiner le contenu; c'étaient des richesses qui restaient complètement inconnues et dont la science ne pouvait faire son profit.

Dès que votre confiance m'eut appelé à l'honneur de remplir les fonctions de secrétaire perpétuel, je pensai qu'il était de mon devoir de procéder à un examen attentif de tous ces papiers, d'en faire un inventaire exact et de les classer méthodiquement.

J'invoquai, pour cela, l'assistance éclairée de M. Daremberg, votre bibliothécaire; M. Daremberg s'y prêta avec le zèle et l'empressement qu'on lui connaît; et grâce à son remarquable esprit de recherches, à ses connaissances étendues dans l'histoire de la médecine et de la chirurgie, nous fîmes de véritables découvertes dans ce monceau de cartons, brisés pour la plupart.

Les documents que nous y avons trouvés étaient de deux ordres : les uns, et c'étaient les plus nombreux, provenaient de l'ancienne *Société royale de médecine*; les autres de l'*Académie royale de chirurgie*; ceux-ci étaient incontestablement les plus précieux. On pouvait les sous-diviser, suivant qu'ils étaient relatifs à l'organisation même de l'Académie, à son régime intérieur et à son personnel, ou à sa comptabilité et à ses publications; j'ai vérifié moi-même et fait mettre, dans un ordre complet, tous les *mémoires* envoyés à la Société avec les *rapports* faits en séance quand ceux-ci ont pu être retrouvés. On pourra les consulter au besoin dans la série des rapports que je me propose de vous soumettre; je ferai connaître successivement, et en détail, tous les documents; j'y joindrai une indication des *autographes* les plus curieux; presque tous les savants de l'Europe, dans le XVIII[e] siècle, ont été en correspondance avec les deux Sociétés; de là une série de lettres dont j'ai commencé le classement.

Les documents qui concernent l'illustre secrétaire perpétuel de l'Académie de chirurgie sont très nombreux, presque tous écrits de sa main; je me propose d'en commencer aujourd'hui l'exposition; ce sera l'objet de ce premier rapport; parler de Louis (Antoine); de ses immenses travaux; de cette existence si glorieuse et si tourmentée; c'est faire l'histoire de l'Académie de chirurgie........

Né à Metz, en 1723, d'une famille noble et très-considérée dans le pays, Louis avait fait ses premières études dans une maison dirigée par les jésuites; son père étant chirurgien-major de l'hôpital militaire de Metz, c'est dans cet établissement que le jeune Louis fit en quelque sorte ses premières armes; il ent tout d'abord son père pour maître et pour guide. Ses progrès furent tellement rapides, qu'avant d'avoir atteint sa 21[e] année, il avait fait avec distinction plusieurs campagnes dans les armées en qualité d'aide et de chirurgien-major.

C'est à cette époque que Lapeyronie le fit venir à Paris; ses débuts furent brillants, et justifièrent l'attente de son protecteur; un concours était ouvert pour la place de *gagnant maîtrise* à l'hospice de la Salpêtrière; Louis ne craignit pas de se mesurer avec des hommes éprouvés et il sortit vainqueur de la lutte, aux applaudissements des maîtres de l'art. Un chirurgien de la trempe de Louis ne pouvait être qu'une précieuse acquisition pour la jeune Académie; il avait par devers lui la haute protection de Lapeyronie, mais pour entrer dignement dans ce corps, Louis commença par se mettre au nombre des concurrents. L'Académie décernait annuellement des prix; Louis obtint un premier accessit en 1744; mais en 1745, son mémoire sur les *émollients* fut couronné par la compagnie.

Ses différends avec le fameux Lecat, chirurgien de Rouen, remontent à peu près à cette époque. Louis avait lu en 1846, dans la séance publique de l'Académie, un mémoire sur la taille pratiquée chez les femmes; on connaît son procédé : une double section, faite latéralement, ouvre un accès facile aux tenettes et une libre issue aux calculs. Ce procédé parut judicieux, mais Lecat vint en réclamer la priorité. Lecat était un chirurgien passionné, avide de renommée; il prétendit que, quatre ans auparavant, en 1742, il avait proposé un gorgeret dilatateur à lames tranchantes, qui opérait précisément les sections latérales de Louis. Il en résulta entre Louis et Lecat une discussion animée, trop souvent personnelle, qui ne dura pas moins de deux années, et une inimitié qui n'eut point de terme.

---

thiques, occupent toute la paroi du haut en bas et peuvent servir à renouveler l'air dans toutes les parties du local. En second lieu, des ventouses sont percées sous les lits. Au moyen de portières de fer, munies d'ouvertures de grandeurs diverses, on peut aménager les courants. Enfin au plafond sont pratiqués des regards à opercules mobiles, donnant sur l'espace triangulaire couvert par le toit, percé lui-même d'œils-de-bœuf. Le prieur de la confrérie de Sainte-Marie del Popolo, dont nous regrettons de ne pas savoir le nom, nous a fait voir l'hôpital avec un empressement bien légitime quand on a un établissement si bien tenu à montrer.

De 1831 à 1840 ont été reçus 20,682 malades, dont 2,337 ont succombé, ou 11,29 pour 100. Nous avons dit que le chiffre proportionnel de la mortalité est plus élevé à Saint-Sauveur, hôpital des femmes fiévreuses, qu'à Saint-Esprit, destiné aux hommes affectés de maladies internes. La même différence existe entre les deux sexes, quant aux décès causés par les affections chirurgicales : 9,19 décès pour 100 hommes traités, 19,22 pour 100 femmes.

La moyenne du traitement est de 43 jours; la moyenne des malades présents, 245; la moyenne du nombre des employés, 74.

D'après les registres, très-bien tenus, la journée de traitement a été de 15 à 16 sous en 1847-1848.

La rente de *S. Giacomo* est de 32,000 scudi; le trésor public ajoute 10,780 scudi par an.

Le service médico-chirurgical est confié à deux médecins *primarii*, deux *sostituti*, deux chirurgiens *primarii*, deux *assistenti*, 16 étudiants. Autrefois les cours de clinique chirurgicale et d'anatomie se faisaient à Saint-Jacques; mais Pie VII a centralisé toute l'instruction pratique à Saint-Esprit.

L'archiospedale di S. Maria della Consolazione est destiné à recevoir les individus des deux sexes, affectés de lésions chirurgicales qui exigent de prompts secours. Il contient 157 lits. La besogne étant presque entièrement chirurgicale, le personnel est ainsi composé : un médecin *primario* et un *sostituto*, deux chirurgiens *primarii* et deux *assistenti*. L'établissement s'entretient au moyen de 12,000 scudi de revenu, et de 3,750 scudi donnés par le trésor public.

En dix ans, 9,006 entrées, 470 décès ou 5,21 pour 100. Les femmes fournissent encore ici le plus fort contingent à la mort : hommes 4,69 pour 100, femmes 7,54 pour 100.

L'archiospedale di S. Maria e S. Gallicano occupe l'ancienne maladrerie. Il est aujourd'hui ouvert aux individus affectés de maladies de la peau. On y compte 238 lits. Un médecin *primario* et un *sostituto*, un chirurgien *primario* et deux *assistenti*, huit étudiants, composent le personnel de cet hôpital. 2,600 scudi de revenu, 10,000 fournis par l'État, constituent son avoir. En dix ans, 5,461 entrées, 262 décès ou 4,79 pour 100.

L'archiospedale di S. Rocco reçoit les femmes en couche. Il ne contient que 20 à 26 lits.

Les femmes en mal d'enfant qui se présentent sont admises sans qu'on s'informe de leur nom, de leur condition, sans qu'on s'enquière si elles sont mariées ou non. Ainsi parlent les statuts. Cela est ou serait certes fort beau; mais nous ne garantissons rien. Le traitement est gratuit; les femmes aisées qui veulent déposer dans le mystère le fruit de leurs amours peuvent, toujours d'après les statuts, compter sur un silence religieux. Moyennant 3 scudi par mois, elles

C'est dans le cours de cette même année 1746 que Louis entra à l'Académie royale de chirurgie. Cette compagnie lui avait conféré, dans sa séance publique annuelle, le titre de membre associé; il n'était encore âgé que de 23 ans, mais les portes de l'Académie durent s'ouvrir devant un mérite aussi éminent.

Il semble que la mort ait attendu que le protégé de Lapeyronie fût définitivement attaché à l'Académie, et en mesure pour ainsi dire d'assurer l'avenir de cette Société, pour frapper son illustre fondateur. L'année 1747 sera à jamais mémorable dans l'histoire de la chirurgie française par les dispositions que Lapeyronie fit insérer dans son testament.....

La mort de Lapeyronie avait été pour Louis un cruel événement; il ne put jamais s'en consoler. Ses contemporains s'accordent à dire que chaque année, dans le discours d'ouverture de son cours de physiologie, il rappelait avec attendrissement tout ce que Lapeyronie avait fait pour lui dans sa jeunesse, et des larmes accompagnaient ses paroles.

Il avait cependant trouvé dans Lamartinière, successeur de Lapeyronie, non-seulement un second protecteur, mais un juste appréciateur de son mérite.

Morand venait de rentrer à l'Académie, non pas comme en d'autres temps, avec le simple titre de secrétaire, avec celui de *secrétaire perpétuel*; Quesnay s'était retiré et avait pris le titre de *secrétaire honoraire*; Louis se trouvait adjoint à Morand en qualité de *commissaire pour les extraits*. En réalité, c'était Louis qui se chargeait de tout le travail; parfois cependant il refusait de se plier aux exigences de Morand. On en référait alors au premier chirurgien du roi, à Lamartinière, qui, sachant parfaitement à quoi s'en tenir sur le mérite de Morand, cherchait, en y mettant tous les égards possibles, à faire prévaloir les idées de Louis.

Ainsi, dans une lettre datée de Fontainebleau, le 11 octobre 1752, Lamartinière demande à Morand si, avec un peu de patience, de remontrances et d'égards, on ne pourra pas ramener l'esprit de M. Louis. Mettez-y, lui dit-il, autant de politesse et d'égards que vous en êtes capable; il faut faire en sorte de ne point revolter un homme qui peut autant faire d'honneur au collège que M. Louis.

Quesnay avait publié le premier volume des Mémoires de l'Académie de chirurgie; il s'agissait de publier le second en 1752, l'Académie ayant déjà vingt ans d'existence.

C'était un travail au-dessus des forces de Morand: c'est à grand'peine s'il put fournir quarante-huit pages de sa composition. Louis y fit insérer son éloge de J.-L. Petit et cinq mémoires sur des questions importantes de chirurgie.

Je viens de dire qu'il avait accepté les fonctions de *commissaire pour les extraits*; Andouillé était *commissaire pour les correspondances*. Celui-ci devait répondre, au nom de l'Académie, à tous les savants étrangers qui envoyaient des travaux à la Société.

On pouvait s'acquitter de les fonctions de différentes manières: ou bien adresser tout simplement des lettres de remerciments, en général louangeuses, banales au fond et sans intérêt; ou bien exprimer aux auteurs, et avec pleine connaissance des faits, les jugements portés par l'Académie, en y joignant des éloges, des conseils, des encouragements, et même, au besoin, des paroles de blâme. On doit prévoir que c'est le dernier procédé que Louis a suivi. Il a laissé des modèles en ce genre pendant les absences que fit son collègue Andouillé de 1757 à 1759, et comme il tenait note de tout, nous avons trouvé dans les archives *trois cahiers* écrits de sa main, contenant les copies de toutes les lettres qu'il a dû ainsi écrire au nom de l'Académie. C'est un recueil d'un prix inestimable; c'est l'Académie elle-même qui résume en peu de mots ses jugements sur les travaux qui avaient été soumis à son examen. C'est une critique polie, bienveillante, mais qui comprend sa mission et ne manque jamais à ses devoirs.

Voilà à cet égard quels étaient les usages de l'Académie: le commissaire pour les correspondances rédigeait d'abord les lettres, en s'inspirant des rapports faits à l'Académie; il reproduisait brièvement les opinions émises dans le sein de la compagnie, et cela était d'autant plus nécessaire qu'à cette époque aucun journal ne rendait compte de ce qui se passait en séance. L'auteur ne pouvait connaître le jugement porté par l'Académie sur son œuvre que par la lettre que lui adressait le commissaire.

Ce n'est pas tout, cette lettre était lue elle-même devant l'Académie; de sorte que rien n'était écrit en son nom, sans son assentiment, circonstance qui ajoute encore à la valeur de ces documents; d'abord ce sont des Lettres chirurgicales dues à la plume de Louis, écrites avant qu'il ne fût secrétaire perpétuel; puis ces lettres ont été lues devant l'Académie royale de chirurgie et approuvées par elle.

Pour en donner une idée, je me bornerai à en citer deux ou trois; j'aurais pu les prendre au hasard, tant Louis avait apporté de soin et de conscience dans leur rédaction.

Je prendrai d'abord la seconde du premier cahier; elle est adressée à un M. Henry, chirurgien à Auxerre; elle est datée du 18 mars 1757; le rapport avait été fait par Levret. M. Henry avait soumis à l'examen de l'Académie une *machine* propre, suivant lui, à réduire les *luxations* et à contenir certaines *fractures*. L'inventeur donnait, bien entendu, cette machine comme supérieure à toutes celles qui étaient alors connues.

On va voir avec quelle prudence, avec quelle réserve, Louis fait parler l'Académie; cette lettre serait un excellent modèle à suivre pour sauvegarder l'honneur et la dignité d'une compagnie savante.

La voici:

« L'Académie royale de chirurgie a examiné, monsieur, la machine qu'on lui a envoyée de votre part et que vous *croyez* préférable à toutes celles qui sont connues pour la réduction des luxations et pour contenir certaines fractures.

» Dans la persuasion où l'on est que les machines, même les mieux imaginées, peuvent être tout aussi infidèles et aussi dangereuses que les autres moyens, lorsqu'elles ne sont pas dirigées suivant les bons principes, l'Académie a toujours exhorté ceux qui lui en ont présenté de nouvelles, à étudier à fond la nature des luxations et des fractures, dans le Traité des maladies des os, de M. Petit, qu'elle regarde comme un livre classique, et dans les ouvrages des grands praticiens anciens et modernes. C'est par les lumières que fournit cette étude qu'on peut apprécier le mérite des nouvelles productions en fait d'instruments.

» Pour le cas dont il s'agit, l'Académie suspend son jugement sur le vôtre, jusqu'à que vous ayez reconnu par expérience la bonté et la supériorité que vous lui *croyez* sur les autres moyens admis par les bons auteurs.

» J'ai l'honneur d'être, etc. »

On conviendra qu'il est impossible de renvoyer plus poliment les gens à l'école. Vous proposez un nouveau moyen de réduire les luxations et de contenir les fractures, veuillez d'abord étudier à fond la nature des luxations et des fractures, et pour cela lisez M. Petit; l'Académie se défie des machines, toujours aveugles dans leur action, souvent infidèles et dangereuses; et pour ce qui vous concerne, *elle suspend son jugement.*

La troisième lettre est plus sérieuse, ou du moins elle touche à des points plus délicats, plus difficiles à traiter.

Il est admis en principe, dans le monde savant, que tout observateur, connu comme un homme honorable, doit être cru sur parole; si dans le récit des faits de science, on était tenu d'administrer ses preuves, comme en matière judiciaire, il n'y aurait plus de science possible; mais ceci suppose une condition, c'est que, dans le même récit des faits, la vérité paraît respectée de tout point, et qu'aucune contradiction ne vient faire suspecter la bonne foi de l'auteur. Or un M. Desault, lieutenant de M. le premier chirurgien du roi, à Tartas, avait envoyé à l'Académie diverses *observations*, puis des *éclaircissements* sur ces mêmes observations; et il se trouvait que l'auteur, oubliant ce qu'il avait d'a-

---

reçoivent tous les soins convenables. L'enfant est déposé à la *Pia casa di San Spirito.*

Les femmes restent en général très-peu de jours à San-Rocco, quoiqu'une certaine latitude leur soit donnée; la moyenne du traitement est de moins de cinq jours. En dix ans, on a compté 1,638 entrées et 8 décès seulement, soit 0,47 pour 100, proportion très-minime et bien digne d'attirer l'attention. Mais nous devons nous en tenir à cet aperçu général, car *San-Rocco* est un mystérieux séjour où l'on ne pénètre pas. Les étudiants n'y peuvent pas non plus être admis; les manœuvres sur le mannequin sont tout ce que connaissent les élèves de l'école de Rome, quand, devenus docteurs, ils sont appelés à pratiquer.

Le professeur d'obstétrique de l'École de médecine fait le service à *San-Rocco.*

La journée de traitement, y compris les médicaments, est de 22 baiocchi. Les revenus de l'établissement montent à 2,490 scudi, auxquels l'État en ajoute 690 par an.

L'ospedale di S. Giovanni calabrita, plus connu sous le nom de *Ben Fratelli*, n'est pas tenu, comme les autres hôpitaux, à rendre des comptes au cardinal-vicaire. Les religieux de *S. Giovan de Dio calabrita* (Saint-Jean de Dieu) l'administrent de la façon la plus digne d'éloges. On y admet les individus affectés de maladies internes aiguës, sur la présentation d'un billet libellé par un sociétaire de la compagnie qui régit l'établissement. C'est, sans contredit, l'hôpital dans lequel le malade trouve les conditions les plus favorables au rétablissement de sa santé. On y compte 74 lits seulement. Un médecin *primario* fait deux visites par jour. Les religieux de Saint-Jean de Dieu remplissent avec dévouement leurs fonctions d'infirmiers, et pratiquent habilement les opérations de petite chirurgie.

Cet établissement se maintient dans un état prospère, malgré la presque nullité de ses revenus, grâce aux ressources de sa pharmacie, qui fournit beaucoup pour le dehors.

En dix ans l'hôpital *Ben Fratelli* a reçu 9,803 malades, dont 706 ont succombé, ou 7,13 pour 100, proportion moins élevée qu'à Saint-Esprit et à Saint-Sauveur.

Ospedale del S. M. ordine Gerosolimitano. — Avant 1841, les militaires étaient traités dans les hôpitaux civils, moyennant 10 baiocchi par jour; mais à cette époque, l'ordre des chevaliers de Jérusalem a établi l'hôpital, où les militaires sont aujourd'hui reçus, moyennant 20 baiocchi par jour et par homme, alloués à l'administration par le trésor public. On y admet les fiévreux et les blessés. Les malades achèvent leur guérison dans une salle de convalescence, annexée à l'établissement.

Le régime médical offre ceci de particulier, que les médecins et les chirurgiens traitants doivent, lorsqu'il s'agit de déterminations graves, s'éclairer des lumières des médecins consultants, pris dans les hauts grades du personnel de santé militaire.

Les prescriptions alimentaires rentrent généralement dans ces trois catégories: 1° *dieta*, quatre onces de potage, distribués en deux fois; 2° *mezzo vitto*, quatre onces de soupe, cinq de viande, six de pain, une demi-*foglietta* de vin, pour deux repas; 3° *tutto vitto*, quatre onces de soupe, huit de viande, onze de pain, une *foglietta* de vin, donnés également en deux fois. Pour les convalescents, on

bord annoncé, donnait une version qui ne s'accordait plus avec la première, et qu'il paraissait avoir voulu induire l'Académie en erreur.

C'était grave, et il était difficile de dire à un auteur, au nom d'un corps savant, sinon qu'il avait imposé, du moins qu'il s'était contredit et que les choses n'avaient pas pu se passer comme il l'avait dit : le rigide Louis n'a pas manqué ici à son devoir ; il l'a même fait sans trop voiler les choses.

Mais c'est la sixième lettre qui va nous offrir un remarquable exemple de cette inflexible sévérité de Louis, quand il trouvait que d'une part on manquait à ses devoirs envers l'Académie, et que d'autre part on manquait à la science.

Un M. Devilliers, greffier de M. le premier chirurgien du roi au Mans, avait été nommé *correspondant* de l'Académie en 1752. Ce M. Devilliers avait fait insérer dans un journal du temps la relation d'une ouverture de corps faite par lui ; aux termes des règlements, c'était manquer à ses devoirs de membre correspondant ; il aurait dû donner la préférence à l'Académie Gardien vigilant des prérogatives de sa compagnie, Louis lut en séance, le 14 juillet 1757, la lettre qu'il se proposait de lui adresser au nom de l'Académie. Ma heureusement pour M. Devilliers, l'observation qu'il avait portée ainsi à la connaissance du public n'avait pas une grande valeur, et Louis ne manqua pas de le lui faire sentir, avec politesse sans doute, mais avec très-peu de ménagement pour l'amour-propre du correspondant.

Cette lettre de Louis est curieuse à plus d'un titre : elle donne une idée des obligations que les correspondants contractaient envers l'Académie, de l'autorité avec laquelle le commissaire de ce corps pouvait leur parler et enfin de la manière dont Louis s'acquittait de cette tâche.

Je la reproduis textuellement :

« Lorsque l'Académie royale de chirurgie, Monsieur, vous a accordé des lettres de correspondance, vous avez contracté avec elle l'engagement honorable de lui faire part de vos découvertes et de vos observations : par une conduite contraire à cet engagement, vous avez communiqué au RECUEIL PÉRIODIQUE D'OBSERVATIONS DE MÉDECINE, la relation succincte de l'ouverture du corps d'un homme mort de retention d'urine en qui vous avez trouvé quatre uretères.

» L'Académie ne peut empêcher aucun de ses membres de donner ses observations particulières aux journaux. Mais elle désirerait qu'on s'abstînt dans ce cas de prendre la qualité par laquelle on lui appartient ; elle aurait même le droit de l'exiger aux termes de l'article 48 du règlement donné par le roi en 1751, et qui est imprimé en tête du second volume de nos mémoires. Cet article est ainsi conçu : Aucun académicien ne pourra prendre cette qualité dans les ouvrages qui n'auront pas été approuvés par l'Académie ; ceux qui contreviendraient au présent article seront exclus de plein droit de l'Académie. Jugez, Monsieur, si l'ordonnance est si sévère contre les propres membres de l'Académie sans considérer le mérite de l'ouvrage, de ce qu'elle pourrait contre ceux qui ne lui sont pas attachés par des liens aussi étroits. On souhaiterait cette soustraction de qualité, à titre de bienséance, lorsqu'on publie des choses qui ne sont pas d'une grande valeur ; votre observation est un fait anatomique fort simple : vous avez vu quatre uretères parce qu'ils s'y sont trouvés ; cela ne suppose ni capacité, ni vues, ni esprit de recherches, et cela ne vous a donné lieu de tirer aucune conséquence utile.

» La réflexion par laquelle vous terminez l'exposé de ce fait, toute courte qu'elle est, a paru manquer de justesse. Ce qui devait sauver le malade concourut, dites-vous, à sa mort ; mais ce qui devait sauver le malade c'était les quatre uretères qui présentaient plus de débouchés à l'urine qu'on n'en a ordinairement et ce ne sont pas ces quatre uretères qui ont concouru à la mort, ce sont les pierres qui bouchaient ces canaux, en sorte que le malade serait mort bien plus tôt s'il n'avait eu que deux uretères.

» Voilà, Monsieur, ce que l'Académie me charge de vous mander ; je serais bien plus satisfait d'avoir quelque chose d'agréable à vous dire de sa part ; je vous prie de croire qu'à mon particulier je suis avec beaucoup d'estime et de considération, Monsieur, votre très-humble serviteur, etc. »

Je m'arrête avec regret dans ces citations, qui m'entraîneraient trop loin ; il me suffira d'avoir signalé l'importance de ce recueil de lettres ; c'est un véritable cours de chirurgie pratique ; l'Académie royale de chirurgie dictait, et Louis tenait la plume !

C'est dans le cours de cette même année 1757, que Louis fut nommé substitut de Dufouart à l'hôpital de la Charité ; c'était alors la plus grande école de chirurgie pratique ; presque tous les grands maîtres y avaient passé, depuis 1724.

Mais, malheureusement pour la science et pour lui-même, Louis n'y put rester en exercice que quatre ans, c'est-à-dire, jusqu'en 1761. Louis était d'un caractère élevé et généreux, mais facile à blesser ; presque toujours en querelle avec les frères de la charité, qui prétendaient gouverner jusqu'aux services de chirurgie, Louis, après de longues luttes, finit par se retirer. Il prit même le parti de rentrer dans le service militaire, et il se rendit à l'armée du Rhin en qualité de chirurgien major consultant.

Il avait dû suspendre ses fonctions à l'Académie ; mais la paix ayant été conclue en 1763, la compagnie vit heureusement rentrer dans son sein celui qui devait le plus contribuer à ses travaux et à sa gloire.

Les tomes II et III des mémoires avaient paru, il est vrai, sous le secrétariat de Morand, mais c'était à peine si celui-ci avait participé à leur rédaction ; douze pages et demie, c'était tout ce qu'il avait pu insérer dans le troisième volume, Louis en avait donné 238 sur 656 !

Quant aux tomes IV et V, la proportion des travaux dépassera tout ce qu'on pouvait attendre d'un seul homme ; dans le tome IV, sur 780 pages, il en donnera 393 ! et dans le tome V, sur 893, il en donnera 481 ! plus de la moitié ! mais il est temps de dire comment il en devint le seul rédacteur.

Il y avait dans le sein de l'Académie un comité dit *de librairie* ; c'était notre comité de publication ; il devait prendre connaissance de toutes les pièces destinées à l'impression ; le règlement le voulait ainsi, mais Morand prétendait qu'en sa qualité de secrétaire perpétuel, il ne devait pas être tenu de soumettre sa rédaction aux membres de ce comité, et déjà il avait fait imprimer les quatre premières feuilles du quatrième volume ; mais l'Académie avait alors à sa tête un directeur d'une grande fermeté : c'était Pibrac, qui trouva lui-même un appui constant dans Lamartinière. Les quatre feuilles en épreuve furent soumises au comité avec le reste de la copie de Morand, et ici il faut rendre hommage à la loyauté de Louis, il a déposé dans les archives non-seulement ses remarques sur le texte de Morand, mais ce texte lui-même en épreuves, afin qu'on pût juger de la force et de l'impartialité de ses observations. La dernière séance du comité à ce sujet eut lieu le 22 juillet 1764. Pibrac, dans sa lettre de convocation, avait supplié ses collègues de juger par eux-mêmes, pour l'honneur de M. Morand et pour l'honneur de l'Académie, et Pibrac ne fit pas en vain cet appel à l'honneur et à la conscience des membres du comité. Ceux-ci, bien que parents et amis pour la plupart de Morand, déclarèrent d'une voix unanime qu'il fallait mettre au *rebut* tout ce que le secrétaire perpétuel avait préparé pour l'histoire qui devait entrer dans le quatrième volume, et qu'il fallait charger M. Louis de la composition et de la publication de ce volume....

Une fois nommé secrétaire perpétuel, Louis se livra avec plus d'ardeur que jamais à ses travaux académiques. J'ai déjà parlé de la part qu'il avait prise à la composition des volumes des mémoires ; mais comme secrétaire perpétuel il avait d'autres devoirs à remplir ; d'une part il avait à prononcer, dans les séances publiques *les éloges* des membres décédés et à faire des discours sur les prix décernés par la société : pour les éloges il n'en était pas à ses débuts ; indépendamment de l'éloge de J.-L. Petit, inséré dans le deuxième volume des mémoires de l'Académie, il avait prononcé, en 1759, aux écoles de chirurgie les éloges de Bassuel, Malaval, et Verdier. Son premier éloge, comme secrétaire perpétuel, a été celui de Rœderer prononcé en 1765 ; son dernier, celui de Pipelet, en 1792, un mois avant sa mort. Dans l'intervalle il a composé cette longue série d'éloges presque tous inédits, que l'Académie possède dans ses archives, et qu'il se proposait de publier lui-même en une seule édition vers la fin de sa vie.

Mais ce genre de productions lui-même qui semblait ne devoir lui concilier

---

porte le pain à 18 onces par jour.

Nous avons déjà dit que, lors de la fondation récente de cet hôpital, on avait pris la sage résolution de ne pas nourrir les employés dans l'établissement, pour éviter le gaspillage au bénéfice de ceux-ci et au détriment du malade.

L'hôpital peut contenir 500 lits ; il est trop récent pour que nous puissions en donner le mouvement et les statistiques.

L'ospedale di S. Maria della pietà de' poveri pazzi contient 420 lits. Les fous appartenant à des familles aisées y sont traités en payant pension. Les indigents y séjournent gratuitement, sauf à la commune à rembourser l'administration de l'hôpital.

La rente annuelle de 3,500 scudi ne suffit pas à l'établissement ; le trésor vient à son secours, et les pensions payées par les familles achèvent de le mettre à même de remplir ses obligations.

Un médecin et un chirurgien sont attachés à l'hôpital des fous.

L'alimentation des sujets qui ne présentent pas d'autre affection que l'aliénation mentale est ainsi déterminée : seize onces de pain, trois de potage, neuf de viande, une *foglietta* de vin, et le soir, un plat d'herbes et une salade.

Le traitement moral et pharmaceutique, le premier surtout, sont fort en retard à Rome ; mais nous devons nous contenter d'énoncer ce jugement général, porté par les médecins italiens eux-mêmes, sans chercher à le légitimer au moyen de l'analyse. En effet, nous n'avons pas suivi le traitement des fous admis dans cet hôpital.

Voici la statistique de 10 ans, 1831 à 1840.

Moyenne des individus présents, 391.

ENTRÉES DANS LES DIX ANS :

Hommes.	709
Femmes.	352
Total.	1,061

GUÉRISON, SUR 100 ENTRÉES :

Hommes.	63,52
Femmes.	46,02

DÉCÈS, SUR 100 ENTRÉES :

Hommes	33,00
Femmes.	55,96

Nous reviendrons sur une réflexion que nous avons déjà eu occasion de faire : ici encore, comme dans les hôpitaux de fiévreux et de blessés, la mortalité est plus considérable chez la femme que chez l'homme. La cause de cette différence ne peut être cherchée dans les locaux, puisqu'on la retrouve partout, mais bien dans les conditions mêmes du sexe féminin. Nous indiquons ici le problème, sans chercher à le résoudre.

FÉLIX JACQUOT.

que des félicitations et des amitiés, fut pour lui une source de persécutions et de chagrins; c'est que Louis s'était fait une loi dont il ne s'est jamais départi; à savoir : d'être historien et non panégyriste; de n'accorder jamais de louanges aux dépens de la vérité.

Il est maintenant une question qui resterait peut-être ici à examiner : ce serait celle de savoir jusqu'à quel point la critique peut s'exercer dans l'éloge académique : le secrétaire d'une Académie doit-il, comme le veut Louis, se placer dans des conditions de parfaite et rigoureuse impartialité? Doit-il, le lendemain de la mort de ses collègues et comme on le faisait, dit-on, pour ces anciens rois d'Égypte, se poser en juge de leurs faits et de leurs gestes, de leur vie toute entière? En théorie, le principe a été posé, je le sais, et Louis renvoyait sans cesse ses adversaires à l'article de l'ENCYCLOPÉDIE; mais on vient de voir ce qui en est résulté pour lui-même dans l'application. Le sage Fontenelle s'est bien gardé, dans le cours de sa longue carrière académique, de montrer cette sévérité à l'égard de ses collègues : tout en respectant la vérité, on l'a vu insister de préférence sur les seuls travaux qui pouvaient faire honneur à leur mémoire, en montrer le mérite, la valeur, disant sans doute avec Horace : *Ubi plura sistent, non offendar maculis!* Telle n'a pas été non plus la règle de conduite de Vicq-d'Azyr : ce que l'éloquent interprète cherchait surtout à saisir, dans ses beaux éloges, c'était l'idée louable qui avait dû être le principe des actes de ses confrères et le mobile de leurs travaux. C'est ainsi, disait-il, que, dans Fothergill, j'ai vu l'amour de l'humanité; dans Haller, l'amour de la gloire; dans Linné, l'amour de la nature, etc.!

S'il m'était permis d'avoir ici une opinion, messieurs, je dirais qu'entre Louis et Vicq-d'Azyr, je n'hésiterais pas un moment. Malgré mon admiration pour le savoir de Louis, mon respect pour ses décisions, c'est l'opinion de Vicq-d'Azyr que j'adopterais. Vicq-d'Azyr était plein de sensibilité, et quand il écrivait, c'était son cœur autant que son esprit qui conduisait sa plume.

Mais je reviens à Louis. Sa vie était remplie d'amertume; les critiques de Valentin avaient empoisonné son existence, à ce point qu'il avait conçu des projets sérieux de retraite. En vain Lamartinière cherchait à le consoler; il lui citait l'exemple des hommes de génie, tous persécutés pendant toute leur vie. « Quelles n'ont pas été, lui écrivait-il, les peines de notre célèbre et respectable ami J.-L. Petit! Faites comme lui : roidissez-vous contre les difficultés. » Ranime un moment par ces paroles, Louis publia en 1774 le cinquième volume des MÉMOIRES DE L'ACADÉMIE; mais à partir de ce moment et pendant les dix-huit dernières années de sa vie, il garda un silence qui fut une véritable calamité pour la chirurgie.

Conformément à ses devoirs, il continua de prononcer annuellement des éloges; mais la publication des mémoires de la Société fut complètement interrompue. Il ne traîna plus dès lors qu'une vie décolorée et languissante. Notre ancien collègue Desgenettes a décrit d'une manière saisissante l'état dans lequel il a trouvé ce grand chirurgien en 1792. « Admis devant ce savant, dit-il, dont la figure si belle exprimait habituellement une gaîté douce et expansive, je le trouvai pâle et amaigri. — Je n'ai été heureux que dans ma jeunesse, dit Louis à Desgenettes, quand mes succès n'avaient point encore éveillé l'envie. »

On était en 92; il confia tous ses chagrins à Desgenettes, et finit par lui donner un conseil qui prouvait toute sa sagacité. « Si je n'avais l'honneur et le plaisir de vous revoir, lui dit-il, et que vous vouliez accepter un conseil : prenez, monsieur, du service dans l'armée..... Le conflit sera européen, et vous trouverez plus de paix et de sécurité au milieu des armées que dans l'intérieur de la France, que je crois menacée des plus grands troubles et des plus grands malheurs. »

Peu de jours après, le 20 mai, il succombait aux progrès d'une affection du cœur, et il fut enterré, comme il l'avait demandé, sans appareil et sans pompe, au milieu des pauvres et dans le cimetière de la Salpêtrière.

L'Académie royale de chirurgie ne survécut point longtemps à son illustre secrétaire perpétuel : quinze mois après, un décret de la convention mettait fin à son existence.

BIBLIOGRAPHIE.

DICTIONNAIRE DES ALTÉRATIONS ET FALSIFICATIONS DES SUBSTANCES ALIMENTAIRES, MÉDICAMENTEUSES ET COMMERCIALES, AVEC L'INDICATION DES MOYENS DE LES RECONNAITRE; par M. A. CHEVALLIER, professeur adjoint à l'École de pharmacie, membre de l'Académie de médecine, etc. — Ier vol. (l'ouvrage devra avoir deux volumes). — Paris, 1850 Chez Béchet jeune, rue Monsieur-le-Prince, 20.

Ce n'est pas d'aujourd'hui que les falsifications des substances livrées à la pharmacie et au commerce ont fixé l'attention de savants consciencieux et jaloux d'opposer une digue à une industrie aussi odieuse par son but que par les moyens qu'elle met en œuvre pour abuser de la bonne foi du public. Dès 1513 déjà, les sophistications des substances pharmaceutiques étaient signalées comme de damnables abus dans une brochure publiée par Colin de Tours. Il est très-probable même que cette industrie n'en était pas alors à son début. Mais une circonstance particulière est venue, au commencement de ce siècle, lui donner dans notre pays une impulsion nouvelle et une extension jusque-là inusitée. Le blocus continental, en isolant la France des autres nations, la força en quelque sorte à se créer des ressources nouvelles dans son sein; la nécessité ouvrit la porte aux abus, la cupidité fit le reste, et l'on vit alors la science elle-même, la chimie dont les progrès à cette époque marchaient à pas de géants, détournée de son noble but pour fournir à l'art des sophistications, des éléments qui n'eussent jamais dû servir qu'à le confondre. Aussi à dater de cette époque voit-on un grand nombre d'auteurs s'occuper de ce sujet. Il suffit, pour faire apprécier l'importance que l'on y a toujours attachée, de citer les noms de Baumé, de Deyeux, de Favre, Desmarest, Bouillon-Lagrange, Caventou, Boulron-Charlard, Bussy, Vandersande, et enfin, en dernier lieu, l'auteur de l'excellent ouvrage en cours d'exécution sur l'histoire naturelle des drogues, M. Guibourt, qui, à l'occasion de chacune des substances dont il fait l'histoire, indique les falsifications dont elle est susceptible de devenir l'objet.

Cependant malgré les importants travaux que tous ces noms rappellent, soit que les uns datent de trop loin pour être au courant des faits et de la sciences, soit que les autres plus récents n'aient traité des falsifications que d'une manière accessoire ou n'aient eu pour objet qu'un certain ordre de substance, il manquait un ouvrage qui, embrassant le sujet dans tous ses détails et dans toutes ses applications, pût servir de guide au grand nombre de personnes intéressées à se prémunir contre les altérations ou la sophistication des substances dont elles font usage, ou appelées par la nature de leurs attributions à rechercher et à constater elles-mêmes les causes de ces altérations.

Nul, à coup sûr, n'était plus apte à remplir une pareille tâche que l'auteur du livre dont nous annonçons la publication. Chimiste habile, expert consommé dans son art, et familiarisé par une longue pratique avec les recherches de cette nature, M. Chevallier était mieux à même que qui que ce soit de réunir et de coordonner les nombreux éléments dont doit se composer un ouvrage de ce genre. Voici en quels termes il exprime lui-même le but qu'il s'est proposé en publiant le *Dictionnaire des falsifications.*

Mettre ses collègues à même de repousser de leurs officines les substances altérées, les médicaments qui auraient été sophistiqués; de donner leur avis lorsqu'ils sont consultés par l'administration sur la valeur, soit de substances alimentaires, soit de substances commerciales; de faire connaître aux négociants et à tous ceux qui achètent des substances alimentaires et commerciales, les moyens de reconnaître celles qui sont sophistiquées, et de se soustraire à ces fraudes; enfin, et ce n'est pas l'objet le moins important, bien qu'il ne soit qu'indiqué incidemment dans les quelques pages d'une courte préface, provoquer de la part du gouvernement une étude sérieuse et complète des causes qui ont produit un si grand développement dans l'art funeste des sophistications et des moyens d'en combattre ou d'en atténuer les effets; telle est la mission difficile et délicate, à plus d'un titre, que s'est imposée M. Chevallier.

Pour remplir un aussi vaste cadre, il a dû comprendre dans ses études, non-seulement toutes les altérations et falsifications, tant des substances alimentaires que des agents médicamenteux qui intéressent doublement la salubrité publique, mais encore toutes les falsifications commerciales ou altérations de quelque ordre qu'elles soient, susceptibles d'être constatées par quelque procédé scientifique ou sur lesquelles la science est en mesure de fournir des lumières à la justice. Cette extension donnée au mot *Falsification* répond parfaitement au but que s'est proposé l'auteur et aux besoins auxquels il a voulu donner satisfaction. La falsification, au point de vue dont il s'agit, ne doit pas en effet s'entendre seulement de toute altération frauduleuse d'une substance par son mélange ou sa combinaison avec d'autres substances qui en détériorent les propriétés; elle doit s'entendre encore de tout mélange ou de toute substitution, faite dans un motif avouable d'ailleurs, d'une substance à une autre, quelle que soit leur ressemblance ou l'analogie de leur action. Il n'est pas très-rare en effet de voir, dans l'exercice de la pharmacie, substituer à la substance demandée une substance analogue ou réputée telle. Or cette substitution, qui repose le plus souvent sur des analogies plus ou moins fondées d'après lesquelles l'action thérapeutique d'un corps se déduirait de sa composition chimique ou de sa ressemblance avec un corps dont l'action est connue et constatée par l'expérience, bien qu'innocente dans son but, peut parfois entraîner les erreurs ou les méprises les plus préjudiciables. Un exemple emprunté à un fait tout récent fera sentir ce qu'une semblable tolérance aurait de coupable. On se rappelle que les iodures, par suite de l'impulsion imprimée à une certaine industrie, avaient acquis subitement une valeur vénale extrêmement élevée; quelques droguistes et pharmaciens, se fondant sur l'analogie chimique, crurent pouvoir substituer le bromure de potassium à l'iodure. Or l'expérience a démontré depuis que l'analogie chimique,

en ce qui concerne ces deux corps du moins, n'implique nullement l'analogie d'action thérapeutique, et que le bromure de potassium est un médicament insuffisant et tout à fait infidèle contre les affections que l'iodure guérit si sûrement. Qui ne voit de suite l'importance de prévenir toute substitution, si simple qu'elle soit en apparence, et de mettre les praticiens à même de les reconnaître. Enfin, en comprenant dans son cadre tous les genres de falsifications ou d'altérations susceptibles d'être décelés par des moyens et procédés scientifiques, M. Chevallier n'a pas entendu restreindre son livre à l'usage des médecins et des pharmaciens; il a voulu que les magistrats, que les industriels, les négociants, pussent y puiser eux-mêmes des renseignements utiles aux intérêts de leur profession ou de leur industrie. C'est ainsi que, dans ce premier volume, qui comprend depuis la lettre A jusqu'à la lettre K inclusivement, on trouvera, indépendamment du grand nombre de noms de substances alimentaires ou médicamenteuses compris sous ces onze lettres, les mots *Aréomètres, Argent, Asphalte, Bougies, Charbon, Dorure, Étoffes, Guano, Faux en écriture*, etc., tout autant de sujets sur lesquels les chimistes peuvent être appelés à exercer leurs expertises. A chaque article, on trouve d'abord l'énumération des propriétés et des caractères physiques et chimiques de la substance qui en fait le sujet, ses usages, etc.; puis l'histoire des altérations et adultérations dont elle est susceptible ou dont l'expérience a révélé l'existence; enfin, les moyens et procédés propres à déceler l'altération ou la falsification. La forme de dictionnaire était ici particulièrement applicable, en raison du grand nombre d'objets à traiter, de leur extrême variété et de l'indépendance dans laquelle la plupart se trouvent les uns par rapport aux autres. On regrettera peut-être cependant que, tout en réservant l'ordre alphabétique mieux adapté que tout autre au morcellement des sujets et plus favorable au genre de recherches que cet ouvrage est destiné à faciliter, l'auteur n'ait pas cru devoir adopter une division qui eût permis de grouper les substances analogues par leur composition, par leur destination ou par le genre de sophistication dont elles sont susceptibles, de manière à déduire de ce rapprochement quelques généralités propres à guider les experts dans le dédale presque inextricable de procédés et de moyens de recherches que renferme ce livre. On comprendra que cette forme et ce morcellement rendent presque impossible l'analyse de cet ouvrage. Aussi nous bornerons-nous à signaler quelques-uns des articles qui, soit par l'importance du sujet, soit par l'étendue des recherches auxquelles ils ont donné lieu, ou par la nouveauté des procédés d'analyse qu'ils ont fait naître, ont plus particulièrement arrêté notre attention. De ce nombre sont, parmi ceux qui traitent de substances médicamenteuses, les articles *Acétate* (d'ammoniaque, de cuivre, de morphine, de plomb, etc.), *Acide arsénieux, Acide chlorhydrique, Acide cyanhydrique, Acide sulfurique, Aloès, Amandes, Ammoniaque, Baume* (de copahu, de la Mecque, du Pérou, etc.), *Brôme* et *Brômure de potassium, Cachou, Cantharides, Chlorate de potasse, Chloroforme, Chlorures* (de mercure, d'or, etc.), *Crême de tartre, Eaux minérales, Essences, Gommes, Iode* et *Iodures*.

Parmi les substances alimentaires et d'usage domestique doit figurer en première ligne l'article *Farines*, qui, à lui seul, n'occupe pas moins de 40 et quelques pages, et qui par les précieux détails qu'il renferme sur les nombreuses sophistications et les procédés variés d'analyse propres à les reconnaître, constitue une véritable monographie sur la matière. Nous en dirons autant de l'article *Huiles*, des articles *Beurre, Boissons, Café, Chocolat, Cidres*, etc., qui renferment des documents d'un grand intérêt au point de vue hygiénique. Ces quelques lignes suffiront, nous l'espérons, pour faire saisir toute la valeur de l'œuvre utile à laquelle M. Chevallier a consacré d'importants travaux et d'innombrables recherches.

VARIÉTÉS.

— Nous sommes heureux d'annoncer que M. Isid. Geoffroy-Saint-Hilaire vient d'être nommé à la chaire d'histoire naturelle vacante à la Sorbonne, et M. Duvernoy à celle d'anatomie comparée, en remplacement de M. de Blainville, décédé. Les lecteurs de la Gazette Médicale savent combien ces deux nominations répondent à ses sympathies.

— M. le docteur A. Foncart, ancien lauréat (médaille d'or), vient d'être nommé chef de clinique à la Faculté de médecine.

— Par décret du 29 août 1850, ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur:

Commandeurs: MM. Sédillot (C.-Em.), chirurgien principal en chef de l'hôpital militaire de Strasbourg;

Fée (A.-L.-A.), pharmacien principal en chef de l'hôpital militaire de Strasbourg.

Chevalier: M. Tisserand (J.-L.-E), chirurgien aide-major de 1re classe au 12e d'artillerie.

— La médecine espagnole vient de faire une perte irréparable. Don Pedro Castello, premier médecin de la reine Isabelle II, a succombé le 1er juillet dernier, à l'âge de 80 ans. Savant distingué, homme d'une probité à toute épreuve, M. Castello a rendu d'immenses services à la science, en la propageant avec une rare lucidité, en encourageant ceux dont la marche eût été souvent arrêtée sans son appui et en profitant de l'influence que lui donnait sa haute position à la cour, pour relever la profession médicale. C'est à lui que l'Espagne doit la construction du magnifique local où est située la Faculté de médecine de Madrid, établissement sans rival qui a coûté plusieurs millions et qui suffirait à lui seul pour rendre impérissable la mémoire du vénérable Castello. Les qualités privées et publiques de cet homme de bien racontées sur sa tombe par don Pedro Maria Rubio, médecin de S. M., homme à la fois si intelligent et si habile, ont fourni à ce savant l'occasion de prouver qu'il eût été impossible de confier à un autre le soin de mieux dire la vérité dans un langage à la fois plus touchant, plus noble et plus élevé.

— Il résulte des renseignements publiés par le Moniteur que le premier décès attribué au choléra, à Marseille, a eu lieu le 29 juillet. De ce jour jusqu'au 27 août, on a déclaré 24 autres décès; mais dans le nombre il en est plusieurs dont le caractère cholérique est très-contestable assurément. Tous les cas observés jusqu'au 15 août appartiennent à des personnes qui n'avaient pu avoir aucune communication suspecte. Les cas se sont montrés isolés, disséminés sur divers points de la ville, se succédant à des intervalles qui ont varié d'un à trois jours; de sorte que ce n'est pas là une épidémie.

— On lit dans le Toulonnais que le choléra vient d'envahir la province de Constantine, et qu'il y fait de nombreuses victimes.

— On lit dans l'Écho d'Oran: Le choléra est en pleine décroissance sur tous les points. A Bone, un seul cas en dix jours; à Guelma, extinction presque complète; à Constantine, pas de nouveaux cas; à Sétif, rien; à Philippeville, rien; à Bougie, rien. Les correspondances du sud annoncent l'apparition du fléau à Tougourt et à Temacin, et sa diminution à Biskara.

— On écrit de Malte, le 21 août:

« Nouvelle et troisième recrudescence du choléra, qui cette fois-ci dépasse les ravages précédents. Les cas s'élèvent à plus de 100 par jour, et la mortalité dépasse la moitié des cas. Cependant les trois villes, Valette, Floriana et Cospiena sont moins frappées que les villages du couchant. Il n'y a eu ici hier que 5 cas.

» Les dernières nouvelles reçues du Mexique portent que le choléra avait presque totalement disparu. »

— Les ravages du choléra diminuent de jour en jour aux Antilles, comme aux États-Unis. On espère que les fraîches brises de l'automne chasseront tout à fait le fléau.

— L'épidémie, après avoir régné avec une médiocre intensité dans le Schleswig, tend à disparaître complètement de ce pays.

— Mort par le chloroforme. Un cruel événement est venu attrister la fête d'Asnières, pour les personnes qui s'y sont trouvées initiées. Un sociétaire de la Comédie-Française, un de ses brillants jeunes premiers, M. Brindeau, se trouvait là, avec un sien cousin, artiste peintre, du même nom que lui, qui habite Asnières. Vers le soir, ce dernier, tourmenté par des douleurs de dents, voulut quitter sa famille, pour aller chez lui s'appliquer du chloroforme, ainsi qu'il avait l'habitude de le faire en pareil cas. Ne le voyant pas revenir au bout d'une demi-heure, la famille s'en retourne au logis; Madame Brindeau entre dans la chambre de son mari et le voit étendu sur son lit, tenant à la main un mouchoir posé sur sa bouche. Elle l'appelle,.... elle le touche.... Il était mort! Le malheureux artiste s'était asphyxié par l'inhalation du foudroyant topique.

— M. C. Duméril, de l'Institut, professeur au Muséum d'histoire naturelle, commencera le cours de l'histoire naturelle des reptiles, le lundi 9 septembre, dans les galeries de zoologie, à midi très-précis, et le continuera tous les jours de la semaine, à la même heure.

L'histoire générale et particulière des reptiles fera seule le sujet du cours de cette année 1850.

Dans la première partie, le professeur présentera des considérations générales sur les animaux de cette classe, et sur les ouvrages qui en ont traité. Il fera connaître avec détails l'organisation, les fonctions et les mœurs des reptiles, et les classifications générales proposées pour faciliter leur étude.

Dans la seconde partie, il exposera l'histoire de tous les genres et des espèces qui sont maintenant réunies, pour la plupart, dans l'immense collection du Muséum.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

CHOLÉRA-MORBUS.

COUP D'ŒIL SUR L'ÉTAT ACTUEL DES ÉPIDÉMIES CHOLÉRIQUES.

Le choléra donne en ce moment un étrange spectacle : il va se disséminant par foyers distincts sur toute la surface du globe, au nord et au midi, à l'est et à l'ouest, dans l'ancien monde et dans le nouveau, là où il s'était déjà montré en 1848. Presque simultanément il sévit où il sévissait naguère, d'une manière plus ou moins épidémique, en France, en Allemagne, dans les possessions du Danemark, dans les îles de la Méditerranée, en Algérie, en Égypte, aux États-Unis, aux Antilles, au Mexique, etc. Dans beaucoup d'endroits, il n'a pas le caractère de ces terribles fléaux qui balayent de grandes étendues de territoire, en décimant les populations. Il en est même où il n'allume, si on peut le dire, que des foyers partiels et peu actifs qui ne tardent pas à s'éteindre ; à peu près comme il est arrivé en France, lorsque l'épidémie a fait son entrée par les ports de mer.

Notre intention n'est pas de chercher la raison de cette seconde invasion, ni de cet éparpillement des foyers cholériques, de leur isolement réciproque, contrairement à la marche ordinaire des épidémies qui, malgré les caprices de leur itinéraire, n'envahissent néanmoins que successivement les différentes parties du globe. Nous n'avons pas non plus la prétention de rechercher si ces centres si nombreux et si divers peuvent être rattachés par quelque lieu étiologique ; nous nous proposons uniquement de les signaler à titre de documents historiques, en relevant seulement dans chacun d'eux les circonstances spéciales qu'ils pourront présenter.

Pour commencer par notre pays, tout le monde sait que Marseille vient d'être visité par le choléra, et déjà la maladie semble avoir épuisé sa rigueur. Une trentaine de décès seulement ont été déclarés depuis le 25 juillet, date de la première mort attribuée au choléra, jusqu'à la fin d'août. Si l'on s'en rapporte aux renseignements publiés par l'autorité ou ses délégués, une dizaine de cas seulement doivent être rapportés au véritable choléra. Dans une lettre adressée à M. le président de l'Académie de médecine, et dont il a été donné lecture dans la dernière séance, M. Mélier annonce que de ces dix cas, aucun ne s'est montré sur des personnes venant des lieux où régnait actuellement le choléra ; que tous, au contraire, se sont déclarés sur des personnes habitant depuis plus ou moins longtemps la ville de Marseille et ne l'ayant jamais quittée ; que tous enfin sont isolés et étrangers les uns aux autres. On conçoit la portée de cette déclaration : elle oblige les partisans de l'importation (et il y en a beaucoup à Marseille) à l'attribuer à des individus qui auraient apporté, dans leurs effets ou autrement, le miasme de lieux infectés sans en être eux-mêmes impressionnés, mode d'importation encore entouré, on le sait, de grandes incertitudes. Nous n'avons aucunement l'envie de contester les assertions de l'honorable envoyé de M. le ministre du commerce ; nous avons pour cela deux raisons : la première, c'est qu'il s'agit d'une question impossible à juger en l'absence de documents ; la seconde, c'est que, comme le dit M. Mélier lui-même, il n'y a aucune conclusion générale à tirer de ce fait particulier, et c'est la conclusion générale qui importerait ici. Quoi qu'il en soit, comme nous l'avons dit, le choléra semble avoir disparu de Marseille. Espérons qu'il n'y reviendra pas.

A Vienne, l'épidémie, qui a été assez intense, a offert dans sa marche une circonstance singulière qui contraste avec ce qu'avait donné l'observation de la dernière épidémie de France. Nous avions vu, en général, le fléau emprunter plusieurs fois une nouvelle activité à de grandes chaleurs et diminuer en même temps que la température s'abaissait. A Vienne, au contraire, la température étant depuis longtemps à environ 28 degrés centigrades, l'épidémie commençait à décliner, quand, le samedi 24, le thermomètre tomba tout à coup à 10 degrés. A partir de ce moment, le nombre des malades et des décès augmenta considérablement. On observa surtout beaucoup de morts rapides. On cite même 18 ouvriers employés aux travaux d'un chemin de fer, qui avaient succombé dans l'espace d'une heure. En ce moment même, le fléau fait encore de grands ravages parmi leurs camarades. Il faut tenir compte de ces faits, sans en tirer pourtant la conséquence absolue que les variations de température sont sans influence sur la marche et l'intensité des épidémies de choléra, ou que le froid tend à les augmenter et la chaleur à les diminuer. Nous avons eu soin nous-mêmes plusieurs fois de faire remarquer que l'activité de la cause épidémique pouvait se jouer de l'abaissement de la température et exercer ainsi de grands ravages pendant le froid ; mais nous croyons toujours, jusqu'à démonstration contraire, que la cause spécifique du choléra, ayant un degré donné d'activité, sera le plus souvent fortifiée par de grandes chaleurs et affaiblie par le froid. Nous en verrons un nouvel exemple tout à l'heure.

Quoi qu'il en soit, l'épidémie de Vienne a, somme toute, perdu beaucoup de son intensité. On compte déjà plus de 1,000 cas, dont 432 guérisons et 422 décès. Le reste est encore en traitement.

A Pesth, à Grosshœflein (Moravie), l'épidémie est en voie d'accroissement. Dans cette dernière ville, il a enlevé 68 individus en deux jours, ou *cinq pour cent* de la population.

Dans le nord de l'Allemagne, Lubeck a eu le triste privilége d'être fort maltraité par le choléra à deux ans de distance. En 1848, elle avait fourni à la grande épidémie du globe, du 18 septembre au 30 novembre, 575 cas et 301 décès. Cette année, du 17 juillet au 24 août, elle comptait déjà 918 cas, 451 décès, et l'épidémie ne paraissait pas près de finir ; de telle sorte que cette seconde épidémie a été plus cruelle encore que la première. L'État de Brunswick est également envahi ; le mal y est même en voie d'accroissement. Enfin dans le Schlewig le choléra s'est, dit-on, déclaré dans l'armée danoise.

Sur la Méditerranée et le long de ses bords, ses foyers sont très-multipliés. Il y a d'abord ceux de Tunis et de Malte, qui datent déjà de plusieurs mois et qui ont été l'origine du conflit survenu entre l'intendance de Marseille et le gouvernement. A Malte, l'épidémie a offert déjà trois recrudescences meurtrières. Le 2 août, après la seconde recrudescence et pendant une atténuation passagère du mal, on faisait monter le nombre des victimes à 450. Mais le nombre a dû plus que doubler ; car, depuis cette époque, il y a eu des jours qui ont donné plus de 100 cas dans les deux îles de Malte et de Gozzo, avec une mortalité de moitié au moins. D'autres foyers sont répandus sur le bord méridional de la Méditerranée, en Algérie, à Tunis, en Égypte. Bone, le cercle de Bougie, Sétif et le Liban ont été envahis. D'après le MONITEUR ALGÉRIEN, la maladie avait été apportée à Bone le 20 juin, par le bateau à vapeur *le Sphynx*, venant de Tunis. Jusqu'au 5 août, on a constaté, tant dans la population civile que dans la garnison, 60 cas, dont les deux tiers se sont terminés par la mort. Le 20 août, la commission sanitaire constatait la fin de l'épidémie. Mais pendant que le

---

Feuilleton.

LETTRES D'ITALIE.

N° X.

PROMENADE MÉDICALE DE NAPLES AU CAP MYSÈNE.

Grotte du Pausilippe. — Lac d'Agnano. — Grotte du Chien. — Grotte ammoniacale. — Étuves. — Pouzzoles. — La Solfatare. — Temple de Sérapis. — Villa de Cicéron. — Lac Lucrin et Monte-Nuovo. — Lac Averne et grotte de la Sybille. — Étuves de Néron. — Cumes. — Achéron. — Baïa. — Banli. — Villa d'Agrippine. — Piscina mirabilis. — Port et cap Mysène. — Mare-Morto et Champs-Élysées. — Ischia. — Récapitulation des eaux minérales du golfe de Baïa.

A M. le docteur Ed. Carrière.

Civita-Vecchia, 1er juillet 1850.

Très-cher, je ne vous ai pas encore fait compliment sur votre livre intitulé : CLIMAT DE L'ITALIE. Vous déclarer que je le trouvais bien écrit, c'était faire de l'histoire ancienne; qu'il est composé avec conscience et savoir, j'eusse certainement dû vous le dire. Mais je pouvais deviner seulement qu'il est aussi vrai pour le fond que pittoresque et attachant par la forme. Je n'affirme jamais ces choses-là sans m'en être assuré moi-même. Vous voyez que je suis difficile; aussi mes complimentations, pour être tardives, n'en seront pas moins bien reçues, je l'espère.

Je veux vous ramener sur des plages à vous connues. Si, en les parcourant de nouveau avec moi, vous éprouvez la moitié du plaisir que j'ai eu en les visitant, votre livre à la main, certes je n'aurai causé d'ennui ni à vous, très-cher, ni au lecteur qui voudra bien suivre notre promenade médicale.

Nous quittons la ville dans une calèche attelée de deux chevaux chargés de panaches, et ornés de harnachements aux couleurs vives. Ils sont un peu petits et maigres; mais, soyez tranquille, ils valent mieux qu'ils n'en ont l'air. Comme ils brûlent les larges dalles de la Riviera de Chiaia! Un coup d'œil, en passant, s'il vous plaît, sur la Villa-Reale, cette splendide promenade dont les balustrades sont baignées par les eaux d'un des plus beaux golfes du monde. Bientôt une ouverture sombre se présente devant nous : c'est l'immense grotte du Pausilippe, taillée dans le roc vif par la main de l'homme; grandiose comme les temples indous d'Ellora, comme les hypogées de la haute Égypte, véritable nef de cathédrale souterraine, longue, haute et large, qui traverse de part en part la colline du Pausilippe, et joint en ligne droite Naples et les parages où fut la voluptueuse Baïa.

Le tombeau de Virgile surmonte l'ouverture d'entrée. Saluons le poëte dont nous allons retrouver tant de souvenirs pendant notre pèlerinage d'aujourd'hui.

mal disparaissait dans ce lieu, il s'étendait dans la province de Constantine. Au 17 août, on comptait à Guelma, tant militaires que civils, 36 personnes atteintes, dont 28 morts et 5 guérisons seulement! 3 restaient encore en traitement. A Sétif, 17 cas, 7 morts. A Bougie, *intra muros*, un seul malade: c'était un caporal d'une compagnie de discipline. Mais c'est surtout parmi les indigènes que le fléau a fait le plus de ravages. Il s'est déclaré le 16 juillet dans les tribus kabyles du cercle de Bougie, s'est étendu dans l'Oued-Sebel, et s'est rapproché de Sétif. On a évalué à 3,000 le nombre des morts.

Le MONITEUR ALGÉRIEN dit que le choléra, qui s'est déclaré à Sidi-Okba, y a été apporté par une caravane venant des frontières de Tunis. Quoi qu'il en soit de cette affirmation, que nous nous bornons à reproduire, l'épidémie a emporté là, jusqu'au 7 août, jour de sa cessation définitive, 385 personnes sur 1,500 habitants. Nous devons ajouter, en historiens exacts, que, malgré l'interception des communications avec Sidi-Okba et les autres localités infectées du voisinage, Biskara fut à son tour envahi, le 2 août. Le 11, on comptait, dans la garnison, 20 cas, dont 10 décès, et dans la population indigène, 243 cas; le MONITEUR ajoute que, sur ces 243 cas, il y a eu 29 *décès*; c'est sans doute une erreur de typographie. Dans cette ville, on a observé un effet de la chaleur, tout à fait contraire à celui qui a été signalé à Vienne, et plus conforme à l'observation générale. Du 13 au 21, la chaleur étant devenue étouffante et le vent du sirocco ayant soufflé, l'épidémie prit une nouvelle intensité. Plus de 200 hommes de la population indigène ont succombé; la garnison a perdu 28 hommes. Mais un fait curieux, et qui ne s'est rencontré qu'à Biskara, c'est que le choléra a frappé les animaux presque autant que les hommes. Chiens, bestiaux, volailles, tombaient subitement et mouraient en tordant leurs membres; la volaille avait le plumage rebroussé et le cou renversé convulsivement en arrière. Actuellement, le fléau sévit encore dans cette ville et dans le pays compris entre elle et Batna. Cette ville, ainsi que Constantine, n'ayant eu ni l'une ni l'autre de communications avec les tribus infectées, ont été préservées, du moins jusqu'à présent.

L'Égypte, envahie postérieurement à l'Algérie, n'avait pas fourni encore, à l'époque des dernières nouvelles, un fort contingent de malades et de morts. Mais l'épidémie était en voie d'accroissement, à Alexandrie, au Caire et dans quelques localités moins importantes.

Enfin, l'Amérique est en train de payer son tribut. Aux États-Unis, à Saint-Louis, à Louisville, dans les districts d'Harrison et de Clermont, dans le Kentucky et à Savannah, à la Nouvelle-Orléans, les victimes sont nombreuses. Il en est de même au Mexique. Du 25 juin au 2 juillet, il y a eu à Mexico 2,000 cas, dont 1,234 décès. A Saint-Louis de Potosi, le nombre des morts s'élevait, dit-on, le 15 juillet, à 2,300. Tampico, Jalapa, Puebla, Orizaba et Vera-Cruz étaient ravagés. L'île de Cuba, également, a beaucoup souffert. Les nouvelles du 27 juillet portent que le fléau frappe surtout sur la population noire qu'elle réduit dans les proportions de 25 à 30 pour 100, et même davantage.

Tels sont les renseignements que nous avons pu recueillir de différentes sources sur les nombreuses épidémies partielles dont le globe est actuellement couvert. Nous l'avons dit, nous ne pouvons que nous borner à une sorte d'inventaire. Il y aurait sans doute un grand intérêt et peut-être quelque avantage scientifique à étudier avec soin la succession chronologique de ces diverses épidémies, à mettre cette succession en rapport avec les dispositions des lieux et leurs moyens de communication. Mais il faudrait pour cela, non-seulement des documents d'une exactitude incontestable, mais encore des documents complets. Il faudrait être bien renseigné sur la date précise du développement de chaque foyer, et être bien sûr qu'il n'existe pas d'autres foyers que ceux dont parlent les journaux et les documents officiels. Or c'est ce dont il est impossible de répondre. On peut, au contraire, assurer en toute sécurité de conscience, que l'esquisse tracée plus haut manque de beaucoup de traits essentiels. Ce n'est qu'un ensemble de faits dont chacun pourra faire l'usage qu'il jugera convenable, et qui pourront servir de point de départ à des recherches plus étendues.

MALADIES NAVALES.

ÉTUDES SUR LES MALADIES MARITIMES; par M. DUTROULAU, médecin en chef de la marine (service colonial).

(Suite. — Voir le numéro 33.)

LE SCORBUT.

Le scorbut, dont les hideuses épidémies ont presque disparu de nos navires de guerre, ne s'y montre pas moins encore en dépit des progrès de l'hygiène, le plus souvent isolément il est vrai, ou avec une intensité bien moins grande quand il sévit épidémiquement. C'est que, s'il a été reconnu que la tenue des navires, les vêtements et l'alimentation des équipages avaient une grande influence sur son développement et sa gravité, s'il a été possible d'apporter dans ces parties de l'hygiène navale une amélioration notable qui a diminué d'autant la gravité et la fréquence de la maladie, il n'en est pas moins bien établi aujourd'hui qu'à la navigation sont inhérents des inconvénients que l'humanité la mieux entendue ne saurait conjurer. Et au premier rang de ces inconvénients, on doit placer l'humidité plus ou moins grande qui règne toujours à bord et dont l'augmentation coïncide presque toujours avec l'apparition du scorbut, l'influence des longues campagnes et surtout des longues traversées, qui agissent d'une manière si funeste sur le moral des équipages ou sur l'atmosphère propre du bord. Ce sont là, on le sent bien, des conditions que l'esprit de l'homme peut modifier, mais qu'il ne saurait changer complétement.

Aussi le scorbut sévit-il partout où se remarquent ces conditions isolées ou réunies: l'humidité excessive, chaude ou froide, le séjour prolongé à la mer et l'influence d'une mauvaise ou d'une insuffisante alimentation, celle des vêtements impropres à préserver des vicissitudes de l'atmosphère, ne se montrent-elles que comme cause aggravante, et pouvant elles-mêmes être nulles, puisque vêtements et aliments ne laissent souvent rien à désirer à bord, et que malgré cela le scorbut sévit. Beaucoup de bâtiments, munis de bœufs et de végétaux frais, n'en ont pas moins vu se déclarer le scorbut, par une grande humidité et par le seul fait de leur éloignement de terre, et il a suffi du débarquement des malades pour faire disparaître la maladie et guérir promptement ceux qui en étaient atteints, quel que soit d'ailleurs leur régime. L'altération particulière de la nutrition et de l'hématose, d'où dépend l'altération des liquides, du sang en particulier, et des

---

Au sortir du tunnel, nous laissons à gauche le pauvre village de Piedi-Grotta, et nous quittons la grand'route pour aller visiter le lac d'Agnano, qui va nous offrir une foule d'observations médicales.

Le chemin est encaissé; il se creuse de plus en plus. Nous nous engageons dans les accidents qui entourent le bassin du lac.

En débouchant d'une petite vallée, on aperçoit tout à coup le lac d'Agnano, qui n'a guère plus d'un mille de tour. Sa nappe n'est pas tranquille; un double mouvement l'agite: c'est d'abord le vent qui la ride en longues ondulations ou bien en remous clapoteux, et ensuite un bouillonnement profond qui fait éclore de grosses bulles à la surface. Ouvrons notre guide; il parle à peu près ainsi: Les eaux du lac d'Agnano bouillonnent, quoiqu'elles soient froides. Ce phénomène curieux a exercé la sagacité des savants; il est demeuré sans explication.

Le touriste met la main dans l'eau, regarde ébahi ce bouillonnement extraordinaire, et s'en va avec la persuasion qu'il a vu un phénomène unique et merveilleux.

Mais avec les lecteurs de la GAZETTE MÉDICALE, il n'y a pas même moyen d'exciter la curiosité sur un tel phénomène, et de la tenir en suspens dans l'attente d'une explication retardée à plaisir. Déjà chacun a dit: C'est tout simplement quelque gaz qui se dégage du lac.

En effet, nous sommes dans les Champs Phlégréens; une mince couche de terre nous sépare d'un foyer intérieur dont le travail incessant va se manifester à chaque pas. Le lac d'Agnano n'est qu'un cratère éteint. La bouche ignivome est devenue une nappe d'eau, et les parois brûlées du volcan disparaissent aujourd'hui sous une riche végétation. Un pli de terrain sépare le lac d'Agnano d'un autre bas-fond, nommé Astroni, autrefois volcan en activité, de nos jours parc royal, où les meutes courent les bêtes fauves dans les grandes chasses de la cour. Des ruisseaux d'eau chaude, les Pisciarelli, viennent se jeter dans le lac d'Agnano. Ici la grotte du Chien, et en regard, au bord du lac, un des jets les plus volumineux d'acide carbonique. La même faille alimente probablement ces deux sources de gaz. Là une autre grotte à dégagements ammoniacaux. Plus loin des étuves; partout enfin des manifestations du foyer qui a jadis bouleversé les Champs Phlégréens.

Sitôt notre voiture sortie du petit vallon, deux vieilles femmes s'étaient précipitées sur nos pas; quatre ou cinq chiens rôdaient aux alentours, tristes, maigres, souffrants, le poil en désordre. Vous devinez les victimes de la fameuse grotte. Le marché fut bientôt conclu avec une des vieilles; nous devions voir et la grotte et l'expérience pour 2 carlins ou 17 sous chacun. La vieille passa en revue sa piteuse meute, saisit l'animal auquel revenait le tour de corvée pour ce jour-là, et le laissa bientôt aller librement. Le pauvre animal savait ce qui lui était réservé, car:

« Il suivait lentement le chemin de la grotte », l'œil morne, la queue basse, la tête pendante, les poils hérissés de crainte. Le fait est que la pauvre bête faisait là un bien triste métier.

Nous arrivons, enfin. Une mauvaise porte de bois s'ouvre, et nous apercevons la fameuse grotte. Ah! ne vous attendez pas à trouver une spacieuse caverne, des détours sombres et perdus, du silence et du mystère, des parois vertes de capillaires ou blanches de stalactites. La grotte du Chien est le trou le plus pro-

solides, dans le scorbut, est donc bien plutôt due aux influences fonctionnelles qu'aux qualités des matières assimilables elles-mêmes, air ou aliments. Autrement, c'est à l'humidité excessive du bord, qu'elle soit chaude ou froid, et à l'ennui d'une campagne longue ou désagréable, qu'il faut attribuer le scorbut, plutôt qu'à l'insuffisance de l'alimentation, à la privation de végétaux frais ou de viande fraîche, à la qualité des vêtements, à l'entassement, à la privation de lumière, etc., qui agissent il est vrai très-puissamment pour l'aggraver, mais secondairement pour le produire. Aussi ne doit-on pas s'étonner si, malgré la meilleure tenue des navires, malgré le succès apporté à l'alimentation et aux vêtements des équipages, on voit encore le scorbut apparaître à bord des navires. Et il ne faut pas en accuser la *négligence* ou l'*impéritie* de ceux qui ont mission de veiller à la santé des gens de mer, ainsi qu'on l'a très-injustement écrit. (Andral et autres, DICT. DE MÉD. ET DE CHIR. PRAT.)

Si nous insistons tant sur la température froide ou chaude de l'humidité qui accompagne le développement du scorbut, c'est que dans les traités généraux, on ne parle que de l'humidité froide. On semble oublier que l'immense majorité des navires qui ont essuyé les épidémies de scorbut naviguent sous les latitudes intertropicales. N'est-ce pas sur les bâtiments stationnés à la côte ouest d'Afrique, dont les croisières sont si longues et si mortellement ennuyeuses par la privation de relâches agréables et d'un régime varié, dans les parages de Madagascar et de Bourbon, pendant ces éternelles campagnes de l'Inde, où les quatre cinquièmes du temps se passent à la mer, tout autant et peut-être plus que sur les navires qui font les campagnes d'exploration vers les pôles, que s'observent ces épidémies? L'humidité chaude a donc autant d'influence que l'humidité froide. Et encore si on voulait être bien sévère dans l'appréciation de cette cause, on ne verrait là, à la rigueur, qu'une coïncidence plus constante avec l'apparition du scorbut, car son absence ou les moyens employés pour la détruire n'ont pas empêché le scorbut de sévir, et M. Trobert, à bord de la *Cornaline*, malgré tous les moyens d'assèchement employés, ne l'a pas vu s'arrêter. M. L'Éclancher, à bord de la *Favorite*, n'a pas songé à assigner cette cause à l'épidémie qu'il a observée, et qui est due pour lui au passage brusque de l'atmosphère asphyxiante du faux pont pendant les nuits, à l'air vif et pur du pont, ou même des parties élevées du navire, car sur sa corvette ce sont les gabiers qui ont le plus souffert.

On serait donc tenté de reconnaître que l'observation de ces dernières années, loin d'avoir fixé les esprits sur la prédominance de telle ou telle des causes si nombreuses et si complexes attribuées au scorbut, n'a servi qu'à faire constater qu'il était impossible de s'arrêter exclusivement à une seule d'entre elles, et que les navigations lointaines les tenant toutes réunies, c'est au fait seul de la navigation lointaine qu'il faut en venir, en dernière analyse, pour expliquer les épidémies de scorbut qui sévissent encore aujourd'hui. Donc, les éléments de production existent toujours, puisqu'il est bien probable que les campagnes de long cours ne cesseront jamais, le scorbut épidémique apparaîtra toujours à bord des navires, seulement rendu moins fréquent et moins grave par les améliorations hygiéniques qui ont déjà été apportées et qui sont encore susceptible de perfectionnement, aux causes si nombreuses appelées déterminantes. La navigation à vapeur est-elle appelée à accomplir ce perfectionnement? Oui, selon toute probabilité, puisque son premier bienfait est d'abréger le temps des traversées.

Nous croyons donc que la nature du scorbut étant reconnue à peu près par tout le monde pour être une altération primitive des liquides, du sang en particulier, et secondaire des solides, par perversion des fonctions de l'hématose et de la nutrition, on est obligé de reconnaître que les épidémies de cette affection sont inséparables des navigations longues ou lointaines qui réunissent seules les causes si nombreuses, susceptibles de donner lieu à cette perversion, sans qu'on puisse faire au juste la part de chacune d'elles. Quand on voit des médecins, tous dignes de foi, signaler, les uns l'humidité froide ou chaude, les autres l'insuffisance de l'alimentation, d'autres la privation des végétaux frais, d'autres encore l'état moral de l'équipage, ou bien la transition brusque du chaud au froid, ou bien encore une foule d'autres circonstances, comme ayant été la principale cause de l'épidémie qu'ils ont observée, il faut bien les croire tous, puisque nous les savons tous de bonne foi; mais le seul moyen de mettre d'accord tant d'opinions divergentes, c'est de les rapporter toutes à la source commune où elles ont été puisées, au navire à la mer, au navire dans des mers lointaines avec toutes les privations et les vicissitudes qui l'accompagnent, à la navigation, en un mot qui dit tout. Tout ceci, bien entendu, sans préjudice de ce qui peut être observé à terre, où certaines localités peuvent d'ailleurs offrir plus d'un rapport avec le bâtiment à la mer.

Et voit-on bien ce qui résulte de cette manière d'envisager l'existence du scorbut, c'est qu'en coupant court à la navigation, on coupe aussitôt court à l'épidémie. Eh bien! la relâche dans un lieu fertile où l'état moral et le régime peuvent se modifier, où la terre chasse si promptement les influences de la mer, voilà la suprême ressource qui, au sentiment unanime de tous les médecins navigateurs, ne manque jamais son effet contre une épidémie de scorbut. Relâcher, voilà le mot que le médecin doit faire sans cesse retentir à l'oreille du capitaine quand il est sous le coup d'une épidémie grave de scorbut. Que s'il faut, en attendant, combattre le mal déclaré, alors, oui, il faut mettre en usage tous les modificateurs propres à détruire les fâcheuses influences sous lesquelles semble s'être plus particulièrement développée la maladie: soins de propreté, d'aération et d'assèchement à bord, soit en fermant partout pour se préserver de la pluie, soit au contraire en ouvrant toutes les entrées à un air pur et sec qu'on s'efforce de faire pénétrer dans toutes les parties du navire, et qu'on purifie et dessèche au besoin par les réchauds embrasés ou par les chlorures secs; vêtements toujours secs, légers, contre la chaleur, chauds contre le froid, qu'on aura toujours en suffisante quantité pour que l'équipage en change dès qu'il aura été mouillé; rafraîchissements pour les malades qu'on aura dû se procurer dans la prévision du mal. Bien que la ration réglementaire du matelot soit suffisante en quantité et en qualité, quand elle n'est pas altérée, les médecins sont trop unanimes à reconnaître l'heureux effet de la viande fraîche, des fruits et des légumes verts à l'état de crudité, pour qu'il ne soit pas indispensable d'y recourir, toutes les fois qu'on le pourra. Enfin on ne saurait négliger tous les moyens qui peuvent entretenir une bonne disposition morale parmi l'équipage, et chasser l'ennui par l'espoir d'un prompt retour ou d'une meilleure condition hygiénique.

Voilà à peu près tout ce qu'enseigne l'observation la plus récente sur l'étiologie et la prophylaxie du scorbut. Ce n'est que la confirmation du passé, mais c'est aussi une nouvelle preuve de la nécessité de ne se passionner exclusivement pour aucune des manières de voir si divergentes de nos prédécesseurs, et de les admettre toutes comme possibles en les faisant remonter à la source commune où elles ont été puisées, et sur laquelle on

---

saïque du monde, creusé dans la terre sablonneuse, sous la pente de la colline, long de 10 pieds, large de 4, haut de 9. Voilà tout.

Avant d'entrer, voulez-vous que nous fassions une petite réflexion? Ni l'un ni l'autre nous n'aimons à être mystifiés; avançons-nous avec prudence.

On lit dans les livres classiques de physique, les détails de l'expérience suivante: sur un ballon d'acide carbonique renversez un autre ballon rempli d'hydrogène; les deux vases communiquent ensemble par le goulot. Les deux gaz ne conserveront pas leur position relative, quoique leur pesanteur spécifique les sollicite à rester chacun chez soi; au bout de quelque temps, ils seront mélangés dans les deux flacons. Voilà qui est bel et bon; mais, alors, pourquoi, dans la fameuse grotte, l'acide carbonique garde-t-il imperturbablement les couches inférieures, sans se mêler à l'air des couches supérieures? L'expérience du chien ne serait-elle pas une plaisanterie comme le mystère du bouillonnement des eaux froides du lac? Peut-être les chiens sont-ils des Munitos fort bien appris, des convulsionnaires de commande! Les pauvres bêtes sont pourtant bien tristes et bien souffreteuses! Bah! les femmes vaporeuses le sont aussi. Ce chien doit être une chienne; le sexe féminin est bien plus apte que l'autre aux convulsions. C'est vrai, c'est une chienne!

Entrerons-nous? — A tout hasard, entrons. — Non, pas encore. J'ai quelque chose à vous conter auparavant. Après la dissertation sur les gaz. Voici une petite histoire.

Un de mes compagnons de voyage est si petit, si petit, que moi, pas bel homme, je le dépasse d'une tête et demie. Aussi j'aime à le fréquenter, d'abord parce que c'est un charmant confrère, plein de savoir et d'esprit, ensuite parce que la comparaison des deux tailles me rehausse de 2 bons pieds. C'est tout bénéfice pour moi. Nous avons fait bien des courses ensemble aux environs de Rome; il marche bien, quoiqu'il n'ait que des jambottes; mais il n'a jamais voulu venir avec moi à la Roche tarpéienne; il craint que je ne le pousse à bas. Il est plus avancé que moi dans les cadres des médecins militaires; dans ces cas-là, il est reçu parmi les officiers, qu'on peut se débarrasser de son homme, pour avoir de l'avancement. Pour le punir courtoisement de son affreuse supposition, je lui sauvai la vie à la grotte du Chien. Le pauvret, si petit, si petit, allait imprudemment respirer dans la même couche d'air que le chien destiné à l'expérience. Je pris donc mon confrère sur le dos, et nous entrâmes bravement.

Cette fois-ci, nous y sommes bien; je n'ai plus rien à vous conter; nous allons voir l'expérience.

Au pied de la paroi gauche de la grotte est un petit trou creusé de quelques pouces seulement au-dessous du niveau du reste du sol. La vieille prend le chien par les quatre pattes; l'animal pousse un cri plaintif, et tourne des yeux suppliants, de vrais yeux de biche blessée, des yeux à fendre le cœur; mais la vieille le met dans le trou, le dos contre terre.

Nous allons bien voir maintenant si on nous mystifie.

La respiration s'embarrasse évidemment; la gueule s'ouvre et la langue se projette à demi au dehors; les narines s'agitent; le thorax exerce des mouvements précipités; les yeux s'injectent; la physionomie prend un air de souffrance et d'anxiété. Bientôt l'animal se roidit et tressaille convulsivement; quatre ou cinq secousses soulèvent en masse son corps contracté; l'avant-dernière est

doit toujours avoir l'esprit fixé. On n'aura ainsi que des leçons utiles à recevoir, et jamais de proscriptions à prononcer.

Sur le diagnostic et le traitement médical du scorbut, nous n'avons que peu de mots à dire, suivant le plan que nous nous sommes tracé, d'autant plus que sur ces deux points l'observation la plus récente n'offre rien à ajouter à ce qui est connu, et porterait plutôt à retrancher beaucoup des accidents graves qu'on remarquait autrefois, ou des prétendus spécifiques qui ont été employés. Nous nous bornerons à quelques mentions relatives aux diverses localités où s'observe le plus communément le scorbut.

M. le professeur Raoul, dans le compte rendu du service médical des trente navires composant la station de la côte ouest d'Afrique, en 1846, signale le scorbut comme ayant été assez rare, comparativement, quoique plusieurs navires en aient été atteints. Le nombre des malades a été de 135, c'est-à-dire 4,9 pour 100, sur la totalité de l'effectif. Vingt-deux navires ont été atteints, sept n'ont eu qu'un seul cas. De tous les points de relâche de la côte, Gorée est celui où le scorbut a frappé le plus grand nombre d'hommes. Les décès ont été au nombre de 5, et n'appartiennent pas aux navires qui ont compté le plus de malades. Les accidents notables ont été rares; on a observé une fois la perte de la vision, une fois l'altération des os.

La remarque que l'humidité avait été surtout la cause de l'apparition du scorbut sur plusieurs navires, fait donner, par M. Raoul, le conseil de s'occuper particulièrement des vêtements des marins à la côte d'Afrique. Il recommande aussi un moyen presque oublié et employé par les Anglais, et dont il a retiré de bons effets, c'est l'opium opposé aux ulcères scorbutiques ou associé aux préparations internes.

A bord de *la Belle-Poule*, à Bourbon et à Madagascar, en 1846 et 1847, le scorbut s'est déclaré épidémiquement deux fois dans l'espace de sept mois, et M. Grimal a toujours remarqué chez ses malades une période d'incubation facile à reconnaître, sinon à limiter, par la pâleur du visage, par la diminution des forces, par la nonchalance, par la répugnance invincible pour tout exercice, par la tristesse Nous avons déjà dit que l'héméralopie qui avait précédé ces deux épidémies était considérée par lui comme un symptôme précurseur de la maladie; cette observation a été répétée par quelques autres chirurgiens navigateurs. Plus que tout autre, ce médecin insistesur l'insuffisance des végétaux frais et des viandes fraîches pour préserver du scorbut, attendu que, dans la prévision d'une épidémie, il avait embarqué, à Madagascar, force bœufs, citrons, etc, et que néanmoins, par l'éloignement de terre et à la suite de pluies abondantes, le scorbut se déclara, et l'épidémie atteignit en quelques jours 150 malades, malgré les tisanes et les frictions citriques, le régime composé de bœuf frais, de volailles, d'œufs, dont on avait embarqué une grande quantité. On arrive à Bourbon, les conditions hygrométriques changent, les malades sont débarqués, et l'air de la terre, ainsi que les promenades, font disparaître épidémie et maladie, d'héméralopie comme de scorbut. Ici le gonflement gengival a manqué chez presque tous les malades, chez ceux mêmes dont les symptômes étaient graves et dont les suffusions sanguines s'étendaient à toute la surface des membres inférieurs. Le symptôme le plus fréquent fut l'aspect tigré de la peau par l'éruption des taches ou des boutons scorbutiques sur les jambes, les bras, le dos; les symptômes graves furent les douleurs musculaires très-vives, les suffusions sanguines étendues, l'embarras de la respiration, les palpitations, la syncope.

M. Rolland, sur *l'Héroïne*, de 1841 à 1843, a vu se développer le scorbut à la Nouvelle-Zélande; pour lui, c'est l'humidité et l'élévation de la température qui ont été les causes aggravantes; l'héméralopie a existé sur ce navire, concurremment avec le scorbut, bien que M. Rolland ne fasse pas de la première un symptôme du second. La sécheresse, une bonne alimentation, et la satisfaction d'un changement de destination ont toujours eu de l'influence sur la modification du scorbut; l'héméralopie ne semble pas s'être ressentie de l'état pur ou chargé de l'atmosphère.

M. Hombron, qui a fait un rapport spécial sur le scorbut observé à bord de *l'Astrolabe*, dans son voyage d'exploration au pôle austral, après être entré dans de longs développements physiologiques pour légitimer sa pensée, arrive à conclure que le froid n'est, dans le scorbut, qu'une cause prédisposante ou aggravante indirecte; que l'humidité ne suffit pas non plus à déterminer la maladie; et que l'état moral, s'il est important à signaler comme circonstance fâcheuse, n'agit qu'indirectement en modifiant l'innervation. Pour lui, c'est une mauvaise nourriture qui est la cause directe du scorbut, et ce qui constitue surtout la mauvaise nourriture, ce sont les salaisons qui font la base du régime des marins. Cette opinion le porte à signaler, comme moyens de prévenir ou de modifier le scorbut: le remplacement des conserves salées dont on fait usage à bord, par les conserves d'Appert; l'usage abondant d'une eau pure, comme destinée à éteindre le chlorure de sodium des conserves et à diminuer son action irritante sur l'estomac; le soin de proscrire ces repas extraordinaires que se procurent souvent les équipages à la mer, par la prise des poissons ou des oiseaux, qui sont presque toujours de mauvais aliments; l'attention de limiter les distributions deau-de-vie, qui a pour inconvénient d'altérer les fonctions de l'estomac, et qui doit être réservée pour les cas de fatigue extrême où l'on a besoin de relever momentanément les forces des matelots. Le régime, en un mot, voilà le traitement préservatif du scorbut; mais comme le fait bien observer M. Hombron lui-même, ce ne fut là qu'un moyen palliatif, et la guérison n'eut lieu qu'après l'arrivée à Talcahuano, et par l'établissement d'un hôpital à terre.

Quoique les vues de M. Hombron ne s'accordent guère avec celles du plus grand nombre de ses confrères, nous avons voulu citer son travail pour prouver que les idées souvent les plus opposées fournissent toujours des renseignements utiles.

Nons ne pousserons pas plus loin ces citations, extraites des rapports qui mentionnent les épidémies les plus intenses de scorbut; ce serait nous exposer à des redites inutiles.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

MÉMOIRE SUR L'EMPLOI DES MERCURIAUX DANS LE TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE (SULFURE NOIR DE MERCURE ET FRICTIONS AVEC ONGUENT MERCURIEL); par M. A. BECQUEREL, agrégé à la Faculté de médecine, médecin du bureau central des hôpitaux.

En 1847, M. Serres présenta à l'Institut une série de mémoires destinés à éclairer la nature et le traitement de la fièvre typhoïde. C'est, en effet, sur

---

faible déjà; la dernière se perd dans un collapsus qui distend tous les muscles convulsés; les membres se relâchent, la tête tombe, l'animal s'abandonne comme une masse inerte; il est asphyxié, bien asphyxié; nous n'avons pas été trompés.

La cruelle expérience a duré deux minutes. L'affreuse vieille saisit l'animal, le porte en dehors de la grotte, et le jette sur le gazon, où dame nature et la seconde vieille vont faire revenir le chien, destiné à recommencer l'expérience, quand reviendra son tour de corvée.

Si on prolonge l'expérience trois minutes, le chien ne peut être rappelé à la vie Il faut à peu près six minutes pour tuer un homme couché. Je ne sais vraiment qui a essayé; au fait, tant d'Anglais visitent la grotte du Chien!

La couche d'acide carbonique paraît conserver une hauteur à peu près constante: 18 pouces au dessus du sol Des torches qui brûlent parfaitement dans les parties supérieures, s'éteignent brusquement quand, promenées de haut en bas, elles arrivent à 18 pouces de la terre. Le phénomène a lieu brusquement; la flamme ne pâlit pas par degrés, elle meurt tout à coup Nous avons plusieurs fois répété nous-mêmes l'expérience. La limite de la couche de gaz est pourtant franchie par une certaine quantité d'acide carbonique; en effet, un homme debout ne peut rester plus de deux heures dans la grotte, quand la porte est fermée. Mais aussitôt que celle-ci est ouverte, les courants d'air qui entrent et ceux qui sortent renouvellent complétement les couches supérieures, de manière que la respiration et la combustion s'exercent normalement dans ces parages. En pénétrant dans la grotte, fermée depuis une heure et demie au moins, nous n'avons rien ressenti qui dénotât la présence de l'acide carbonique. La couche où gît ce gaz pur ne paraît éprouver à peu près aucune variation dans son épaisseur; son niveau s'est maintenu constant pendant tout notre séjour dans la grotte, c'est-à-dire l'espace de 15 à 20 minutes. En ramassant vivement, avec la main, mais surtout avec un chapeau, l'air contenu dans le petit trou dont nous avons parlé, on sent très-bien l'odeur piquante de l'acide carbonique.

Non loin de la grotte du Chien, au pied du pavillon royal, existe une autre excavation bien moins connue et pourtant tout aussi digne de l'être: c'est la grotte ammoniacale. La couche de gaz toxique est bien moins limitée que dans la grotte du Chien, circonstance qui, jointe aux propriétés plus délétères de ce gaz, ne permettent pas de séjourner longtemps. Ayant ramassé l'air des parties declives et l'ayant livré aux organes respiratoires, nous avons été pris de deux ou trois efforts de toux: l'odeur est pénétrante, lancinante, pour ainsi dire; elle prend au nez, aux yeux, et affecte les bronches; mais ce n'est certainement pas de l'ammoniaque pur; c'est seulement un mélange ou une combinaison dans lequel entre cette substance. Une allumette enflammée, précipitée sur le sol, nous a paru ne s'éteindre que lentement.

On ne tente aucune expérience dans cette grotte, qui pourtant demande à être étudiée. Il paraît que le gaz y est toxique à un haut degré, car on n'est pas maître, comme à la grotte du Chien, de s'arrêter à point voulu, de manière à permettre de faire revivre l'animal.

Parmi les nombreuses fuites de gaz qui se font jour dans le bassin du lac d'Agnano, il en est une, fort considérable, qu'on a utilisée pour construire un établissement de bains d'étuves. Rien de plus simple au monde que cet établis-

ces deux points de l'histoire de cette maladie que le savant membre de l'Institut voulut de nouveau appeler l'attention du monde médical, en indiquant une méthode thérapeutique nouvelle, destinée à prévenir les accidents les plus formidables, à modérer les symptômes les plus fâcheux, et enfin à transformer la fièvre typhoïde la plus grave en maladie plus bénigne.

Chargé par l'administration des hôpitaux de remplacer provisoirement M. Serres à l'hôpital de la Pitié, j'ai cru ne pouvoir mieux faire que de continuer la méthode de traitement qu'il avait instituée dans son service contre la fièvre typhoïde, et qu'à la soumettre à une nouvelle expérimentation. C'est le résultat de ce mode de traitement que je viens soumettre en ce moment au jugement de l'Académie.

Il est d'abord utile de rappeler en quoi consiste le traitement formulé par M. Serres et les résultats qu'il a obtenus. — N'ayant envisagé que la partie thérapeutique de la question, je laisse de côté tout ce qui concerne sa nature, et j'aborde immédiatement ce sujet.

Le traitement par les mercuriaux consiste dans l'emploi du sulfure noir de mercure à l'intérieur (æthiops minéral), à des doses qui peuvent varier de 0,60 c. à 2 grammes, et dans l'usage extérieur de frictions mercurielles sur l'abdomen (onguent napolitain), à des doses qui varient de 15 gr. à 30 gr. par jour.

Ce traitement était continué huit, dix, douze jours et même plus, jusqu'à la cessation des accidents caractéristiques de la maladie.

Voici maintenant les résultats annoncés par M. Serres dans ses communications à l'Institut.

L'emploi du sulfure noir de mercure aux doses précitées peut presque toujours être continué huit, dix et douze jours sans qu'il arrive de salivation, et au bout de ce temps, quand elle se produit, elle ne se manifeste jamais avec une intensité telle, qu'elle puisse faire redouter quelques accidents.

Les frictions mercurielles sur l'abdomen ont toujours pour résultat la disparition prématurée des taches rosées et l'affaissement rapide du ballonnement du ventre.

Sous l'influence combinée de ces deux moyens, la diarrhée se modère; la fréquence du pouls diminue notablement; la fièvre tombe; la céphalalgie et le délire sont beaucoup atténués.

On n'abrége pas beaucoup la durée absolue de la maladie; elle existe presque toujours pendant son temps ordinaire, c'est-à-dire qu'il est de trois à quatre septénaires; mais elle passe sans accidents graves, sans complications fâcheuses, et surtout sans que la forme adynamique prenne un haut degré de gravité.

Telles sont d'une manière abrégée les conclusions du savant médecin de la Pitié.

Avant d'exposer les résultats que j'ai obtenus dans le traitement de 15 cas de fièvre typhoïde, tous très-graves et soumis à l'emploi de cette médication, il est indispensable de dire quelques mots de la marche que j'ai suivie dans la formule du traitement par les mercuriaux.

Je dois d'abord établir que j'ai suivi, dans toute sa rigueur, cette formule, afin qu'on ne puisse attribuer à aucun autre moyen thérapeutique les résultats, plus heureux peut-être encore que ceux de M. Serres, auxquels je suis arrivé.

Le sulfure noir était employé dès l'entrée des malades; on commençait par 1 gramme par jour en poudre, ou en pilules agglomérées à l'aide d'un peu de gomme. Cette dose était donnée en cinq ou six fois. Si l'amélioration ne commençait pas au bout de deux ou trois jours, on augmentait cette quantité et on la portait à 1 gr. 50, et quelquefois même à 2 gr. Cette dose n'a pas été dépassée. On suspendait son emploi dès que le malade entrait en convalescence. Dans aucun cas, il n'y eut d'accidents de salivation assez intenses pour exiger la suspension prématurée du traitement.

Les frictions avec l'onguent napolitain sur l'abdomen, suivaient, pour leur quantité, la dose de sulfure noir.

Avec 1 gramme de sulfure, je prescrivais 16 grammes d'onguent mercuriel en deux frictions, avec applications de cataplasmes pour favoriser l'absorption. — Avec 15 gr. 50 de sulfure noir, 24 grammes d'onguent mercuriel en trois frictions,—et enfin avec 2 grammes de sulfure, 30 grammes d'onguent également en trois frictions.

Tous les jours l'abdomen, siége des frictions, était nettoyé avec du savon, afin de favoriser l'absorption.

Les moyens adjuvants ont été :

1° La glace, l'eau de Seltz, et la limonade pour toute boisson;

2° Les lavements simples ou légèrement laxatifs pour quelques cas dans lesquels existait de la constipation.

3° Dans les formes ataxiques, et il y en eut quatre, je joignais à l'emploi du sulfure celui du musc à la dose de 0,25 c. à 0,30 c. par jour. Ce médicament était discontinué dès que le délire et l'agitation devenaient moins forts.

Il faut maintenant exposer les résultats de ce traitement.

La meilleure marche à suivre pour apprécier l'influence d'une méthode thérapeutique, c'est l'analyse rigoureuse des faits. Ce procédé est un peu sec et un peu aride, il est vrai, mais aussi il est le seul qui permette une affirmation positive et des conclusions incontestables: c'est cette marche que je vais suivre.

15 malades, atteints tous de fièvre typhoïde grave, ont été soumis rigoureusement à l'emploi des mercuriaux: il y avait 10 hommes et 5 femmes.

Les 10 hommes étaient âgés : 2 de 16 ans, 2 de 17 ans, 2 de 18 ans, 1 de 20 ans, 2 de 22 ans, 1 de 36 ans.

Les 5 femmes étaient âgées: une de 15 ans, une de 18 ans, *une de 20 ans*, 2 de 21 ans.

Les 10 hommes étaient atteints de fièvre typhoïde présentant les formes suivantes : 4 la forme abdominale ordinaire, avec stupeur, céphalalgie, etc., etc.; 5 la forme adynamique la plus grave; 1 la forme ataxique, avec délire et agitation dominant.

Les 5 femmes présentèrent deux fois la forme ataxique, une fois la forme ataxo-adynamique, une fois la forme adynamique, une fois la forme abdominale ordinaire.

Ces 15 malades entrèrent à l'hôpital après être restés quelque temps chez eux dans un état de souffrance plus ou moins fâcheux. Cet état de souffrance avait commencé par les prodromes ordinaires de la fièvre typhoïde : céphalalgie, courbature, vertiges, troubles intestinaux, etc.

La maladie commençait véritablement lorsque la fièvre survenait : c'est à cette époque en effet, je crois, qu'on doit faire remonter le début, et c'est à cet instant en général que les malades se mettent au lit et qu'ils font véritablement dater le commencement de l'affection.

Sur ces 15 malades, 2 entrèrent le troisième jour de l'alitement; 2 le quatrième; 7 le cinquième; 3 le sixième; 1 le huitième. Les prodromes vagues, constitués par la céphalalgie, la courbature et parfois un peu de diarrhée, avaient varié de trois à douze jours avant l'alitement.

---

sement : des chambres, dont les murs sont bossués par d'informes concrétions de nitre, d'alun, de soufre; des trous en guise de baignoires, desquels s'échappent des vapeurs sulfureuses, et qui sont destinés à recevoir les malades; d'autres ouvertures plus petites, dans lesquelles on engage seulement le membre affecté; tel est à peu près tout l'aménagement intérieur. Ces bains sont réputés très-efficaces contre les affections rhumatismales. Il est regrettable qu'on y trouve à peine le nécessaire. Cette pauvreté nous a surpris, aux portes de Naples, si florissante et si prospère, ville de luxe et de confort.

Regagnons maintenant la grande route, que nous avons quittée un instant pour visiter le lac d'Agnano. Elle va du Pausilippe au cap Mysène, en contournant tout le golfe de Pouzzoles et de Baïa. Le Pausilippe et Mysène sont les extrémités avancées des deux bras que le rivage projette dans la mer, pour enfermer cette belle nappe le long de laquelle nous devons, aujourd'hui, recueillir des impressions médicales.

Avant d'atteindre Pouzzoles, on rencontre une assez chétive maison de bains, que nous n'avons pas visitée, du reste. C'est encore un soupirail des feux intérieurs, qui alimente cet établissement. Nous sommes toujours dans les Champs Phlégréens; la terre brûle sous nos pieds.

Pouzzoles, l'ancienne Puteoleana, s'échelonne sur un petit promontoire que la folie de Caligula voulait prolonger jusqu'à Baïa, à l'aide d'un pont gigantesque, dont on voit encore quelques pilastres. Mais, ni ce pont, ni les beaux restes de l'amphithéâtre ne nous intéressent comme médecin. La Solfatare et le temple de Sérapis nous appellent; en nous y rendant, visitons, dans la villa Cardito, les ruines du bain orthodonique, si fameux chez les anciens, et dont les ondes salutaires reçurent le corps de tant d'illustres personnages malades et lassés, et de tant de fameux jouisseurs blasés et amollis.

La Solfatare, *fucina vulcani* des anciens, est un vaste entonnoir dont le fond s'est comblé par les éboulements des parois et par les déjections du volcan primitif. C'est un véritable cirque, aux parois gigantesques; ses dimensions disent assez que Dieu seul a pu être son architecte. En foulant le sol, blanc et poudreux, on entend résonner sous ses pas des abîmes souterrains, de chaudes fumées sulfureuses jaillissent en maint endroit et tourbillonnent dans l'espace; l'œil, arrêté par le circuit, n'aperçoit que débris volcaniques, terres alumineuses, cristaux de soufre et de nitre, laves, ponces et scories dégradées par le temps et recouverts d'un peu d'humus dans lequel de rares et maigres buissons cherchent leur nourriture. Les parois sont roides et escarpées, déchirées de crevasses, hérissées de rocs informes. Nous sommes dans le cratère d'un volcan à demi éteint; le gouffre est bien près de nous, sous cette couche peu épaisse que la main de l'homme ne craint pas de fouiller et d'amincir encore, pour en extraire des sels et du soufre,

Illi robur et æs triplex.
Circa pectus erat, qui........
. . . .
Primus nec timuit..........

Ces vers d'Horace, destinés à une autre peinture, nous revenaient à la mémoire en visitant les trous pratiqués au fond du cratère même. Des intervalles des

Chez ces 15 malades, le traitement a été commencé le lendemain du jour de l'entrée.

Voici les effets qu'il produisit sur les principaux symptômes et sur l'ensemble de la maladie.

1° *La fièvre.* Sous l'influence des premières doses de sulfure noir et des premières frictions, la peau devint constamment moins chaude, moins sèche, et dans quelques cas, elle présenta de la moiteur ou de la sueur.

En même temps, le pouls diminuait de force et de fréquence. Cet effet se produisit même dans le seul cas de mort que nous ayons eu, terminaison qui fut la conséquence d'une perforation intestinale.

Le pouls, examiné le jour où le traitement fut commencé, avait donné le nombre de battements suivant chez les 15 malades : une fois 84 pulsations, trois fois 88, deux fois 92, deux fois 96, trois fois 100, deux fois 104, une fois 108, une fois 116.

Dès le troisième jour du traitement, ce nombre diminua dans tous les cas. Cette diminution, du reste, varia suivant les individus.

État de la langue et de la bouche. — La langue, d'abord sèche, râpeuse, et les gencives et les lèvres fuligineuses, ne perdirent ces caractères que lorsque la salivation arriva.

Sur les 15 cas, la salivation eut lieu 12 fois ; 2 fois elle manqua, et les malades guérirent aussi bien. Chez ces 2 malades, la langue ne s'humidifia qu'à l'instant de la cessation de la fièvre.

Dans le cas de perforation intestinale, la langue resta sèche jusqu'à la fin.

Dans les 12 cas où la salivation se développa, 2 fois elle eut lieu le sixième jour du traitement, 3 fois le septième jour, 4 fois le douzième, 1 fois le treizième.

Sauf un cas où la salivation et le gonflement des gencives mit douze jours à se dissiper et présenta une intensité assez grande, elle fut, dans tous les autres, légère et de peu d'importance. Dans aucun autre cas, elle ne se prolongea plus de quatre ou cinq jours, et elle n'exigea chez aucun malade l'emploi de moyens particuliers.

On peut, à l'égard de la salivation, établir les propositions suivantes :

1° Dans les cas de fièvre typhoïde à forme ordinaire et de médiocre intensité, la salivation se montre plus rapidement; elle est plus forte et se prolonge un temps plus long pendant la convalescence. En général, elle indique l'arrivée de cette dernière.

2° Dans les cas plus graves, la salivation met plus de temps à se produire. Elle est en général peu considérable et ne se prolonge que les premiers jours de la convalescence. Elle précède de peu de jours la cessation de la fièvre, et constitue un signe qui peut faire prévoir une guérison très-prochaine. Quelquefois cependant elle ne se manifeste qu'à l'instant de la cessation du mouvement fébrile.

3° Dans les cas exactement graves, la salivation se produit bien difficilement, et tant qu'elle n'est pas arrivée, il faut craindre des complications plus ou moins fâcheuses. C'est en pareil cas qu'il ne faut pas se décourager et qu'il faut longtemps insister sur des doses élevées du sulfure noir et de frictions mercurielles.

4° Dans quelques cas, d'une gravité médiocre, la salivation ne se produit pas du tout; cela tient sans doute à ce que la dose de mercuriaux absorbés, assez forte pour produire une amélioration de la maladie, ne l'a pas été assez pour déterminer la salivation.

Le traitement a toujours été continué chez les 15 malades, non pas jusqu'à l'instant de la manifestation de la salivation, mais jusqu'à l'époque de la cessation de la fièvre et de l'amélioration de tous les symptômes.

Ballonnement du ventre. — Sauf le cas de perforation intestinale, le ballonnement a constamment diminué avec une grande rapidité, et cela dès le commencement du traitement. C'est à l'influence combinée de l'emploi du sulfure noir et des frictions avec l'onguent napolitain qu'on doit attribuer ce résultat.

Selles. — Sur les 15 malades, il y eut, dans 2 cas, une constipation que des lavements seuls purent vaincre. Le sulfure noir a été sans effet pour le faire cesser.

Dans 2 autres cas, le sulfure noir produisit une diarrhée qui n'existait pas avant, et qui, depuis son emploi, se traduisit par une ou deux selles liquides par jour.

3 fois la diarrhée, caractérisée à l'instant de l'entrée par cinq ou six selles liquides, diminua notablement dès que le sulfure noir fut employé. Est-ce à l'usage de ce médicament, est-ce au repos des malades, aux soins plus grands qui leur étaient donnés, qu'il faut attribuer un tel résultat? Je l'ignore, mais le fait est positif.

Dans 8 cas, enfin, la diarrhée ne fut ni augmentée ni diminuée. Elle suivit son cours et diminua seulement en même temps que les autres symptômes caractéristiques de la maladie s'amendaient.

Le sulfure noir a souvent donné une coloration noirâtre aux selles. Cet effet, toutefois, n'a pas été absolument constant et ne s'est pas reproduit dans toutes les garde-robes des malades.

Taches rosées lenticulaires. — Toutes les fois que les frictions mercurielles ont été faites sur une partie qui présentait des taches rosées (abdomen), elles ont rapidement et prématurément disparu dans l'espace de vingt-quatre à trente-six heures. On ne retrouvait plus que celles qui siégeaient à la base du thorax, dans la poitrine ou ailleurs.

Céphalalgie. — Aucun effet sensible n'a été signalé. Dans aucun de nos cas, du reste, elle n'a constitué un phénomène prédominant.

Délire. — Dès qu'il existait un délire un peu violent (4 malades), le musc était associé, à la dose de 0,25 ou 0,30 centigr., au sulfure noir, et continué jusqu'à la cessation de ce symptôme. Dans ces 4 cas, l'amélioration fut rapide, et cinq jours fut le terme le plus long de cette association. Chez un malade, on y joignit pendant trois jours des irrigations froides sur la tête. Le délire était très-violent, et on avait été obligé de mettre à ces malades la camisole de force.

Aspect de stupeur de la face. — Elle suivit, dans sa disparition, l'amélioration des autres symptômes; le sulfure noir n'a donc agi sur lui que médiatement.

Toux et râle sibilant. — On peut en dire la même chose. Il n'y a pas eu, du reste, d'accidents graves à redouter du côté de la poitrine; il faut peut-être en excepter le malade qui succomba à la perforation intestinale, le vingtième jour de la maladie, et qui, à l'époque de son entrée, présenta les caractères d'un engouement bronchique très-intense. Les mercuriaux n'agissent donc sur ce symptôme que par l'influence qu'ils exercent sur l'ensemble de la maladie.

Dans aucun cas il n'y eut d'hémorrhagie inquiétante.

---

pierres volcaniques qui tapissent ces excavations, s'échappent des fumerolles blanches dont la température est fort élevée. Nous nous revêtîmes *du triple airain et du chêne*, pour aller voir de plus près le phénomène. Le guide nous régala alors d'une curieuse expérience. Dès qu'on approche un morceau d'amadou enflammé d'une fente qui ne vomit pas de vapeur, aussitôt cette bouche inactive se met à lancer des fumées. Est-ce le vide produit par la dilatation de l'air chauffé par l'amadou, qui attire ainsi, comme une véritable cheminée d'appel, les gaz intérieurs; ou bien ces gaz, dont nous ne saurions déterminer la composition, s'échapperaient-ils en permanence, sous forme de vapeurs incolores, imperceptibles, et ne deviendraient-ils visibles qu'après avoir changé de nature en se brûlant à l'amadou en ignition? Nous nous contentons de signaler ce phénomène, que nous avons vu se reproduire dans la coulée de laves encore chaude vomie par la grande éruption vésuvienne de 1840.

Aujourd'hui on n'extrait plus que de l'alun, de la Solfatare de Pouzzoles ; de récentes ordonnances ont interdit l'exploitation du soufre. En revanche, on y fait actuellement de la médecine, et quelle singulière médecine!

Je ne sais plus quel auteur de l'antiquité, je crois que c'est Pline l'Ancien, qui a jasé très agréablement sur tout, conseillait aux phthisiques d'aller respirer l'air de la mer et les émanations sulfureuses de l'Etna et du Vésuve. La recommandation de l'amiral romain a été mise ici à exécution d'une façon bizarre. Quand une personne, nous dit le custode, est attaquée de la poitrine et abandonnée par les médecins, on la place dans ce trou rempli d'exhalaisons sulfureuses; elle y reste trois jours, après quoi elle en sort guérie ou morte. Je voudrais bien voir les statistiques et savoir si une seule en a jamais été retirée vivante. Rien qu'en approchant du trou, l'homme à robuste poitrine sent déjà ses bronches affectées. Pauvres poitrinaires!

En allant de la Solfatare au lac d'Agnano, on trouve les étuves de San Germano, les plus fameuses et les plus fréquentées des Champs Phlégréens. Nous n'avons pas eu le temps de les visiter.

Le temple de Sérapis est sans doute, avec le magnifique temple de Neptune, à Pæstum, l'un des plus anciens de la Péninsule. Il date de l'époque grecque. On ne connaît rieu de précis sur la date de sa fondation, on sait seulement qu'il a été restauré dès l'an 105 avant J.-C. Délaissé lors des troubles qui ont agité l'empire romain, il fut bientôt ensablé par les alluvions pluviales et par les galets de la mer. Aurélien le fit déblayer et ordonna la construction de fortes digues. Les grands phénomènes volcaniques de 1538 en couvrirent de nouveau les restes de cendres et de scories. Il reparut au jour en 1750; mais ces belles colonnes de granit ne tardèrent pas à aller orner la résidence royale de Caserte. Les assises inférieures sont encore en place; on distingue les portiques, la cella, les péristyles, les seize chambres intérieures et les seize chambres *extra muros*, trois colonnes élancées s'élèvent majestueuses et planent sur les ruines.

C'est dans ce temple de Sérapis que s'est passé un phénomène remarquable dont il est question dans tous les traités de géologie. Lors de la formation du monte Nuovo qui, le 15 septembre 1538, s'éleva au milieu du lac Lucrin, les eaux de ce réservoir refluèrent sur le temple de Sérapis, et l'Averne se déversa de son côté, dans la grotte de la sybille. Depuis cette époque, les couloirs, les péristyles, les parties déclives du temple sont de véritables canaux qu'on traverse sur de petits ponts.

DURÉE DU TRAITEMENT. — Chez les 15 malades, elle fut ainsi qu'il suit : 4 fois la durée fut de sept jours, 3 fois de huit, 1 fois de neuf, 3 fois de dix, 1 fois de douze, 1 fois de quinze, 1 fois de seize et 1 fois de dix-sept jours. La durée moyenne du traitement a été de dix jours.

Les quantités de préparations mercurielles employées sont exposées dans le tableau ci-joint qui exprime les faits les plus généraux consignés dans ce travail; on peut remarquer que le minimum de sulfure noir employé pour tout le traitement a été de 7 grammes et le maximum de 24 gr. Le minimum d'onguent mercuriel employé en frictions a été de 112 gr., et le maximum de 360 gr. Les moyennes ont été de 12 gr. 30 c. de sulfure noir en tout et 200 gr. d'onguent napolitain.

DURÉE DE LA MALADIE. — La durée totale de la maladie a varié d'une manière un peu sensible.

Le tableau ci-joint donne les résultats suivants : 1 fois douze jours, 2 fois treize, 3 fois quatorze, 3 fois quinze, 1 fois seize, 1 fois dix-huit, 2 fois vingt jours dont 1 cas de mort par perforation intestinale, 1 fois vingt et un jours et 1 fois vingt-trois.

La durée moyenne totale de la maladie, c'est-à-dire de la fièvre, fut de seize jours.

Le malade qui succomba à une perforation intestinale était un homme de 36 ans, fort et robuste, qui fut admis à l'hôpital de la Pitié le huitième jour de sa maladie.

Les symptômes de la fièvre typhoïde étaient masqués par une bronchite extrêmement intense, qui fit méconnaître les premiers jours la maladie principale. Il fut traité pendant cinq jours, du 8e au 12e, par deux saignées générales, de l'ipécacuanha et un purgatif. Cet engouement brouchique, amendé par ce traitement énergique, ne permit de commencer l'emploi des mercuriaux à l'intérieur et à l'extérieur que le douzième jour. Ils produisirent les résultats heureux qu'ils déterminent ordinairement. Les différents symptômes s'amendèrent, et il allait mieux lorsque, sans cause connue, le dix-neuvième jour de la maladie, il fut pris des symptômes d'une péritonite aiguë à laquelle il succomba le vingtième jour, et que l'autopsie démontra due à une perforation intestinale.

DURÉE DE LA CONVALESCENCE. — Chez tous les malades, elle fut simple, sans complication, et aucun accident ne l'entrava. Chez une seule femme atteinte d'une fièvre ataxo-adynamique des plus graves, il y eut un escarre au sacrum qui mit un mois à se cicatriser.

En dehors de ces cas et en comptant de l'instant de la cessation de la fièvre, les malades restèrent à l'hôpital de huit à vingt-trois jours.

Numéro des observations.	Sexe et âge.	Forme de la maladie.	Quantité de sulfure noir employé.	Quantité d'onguent mercuriel employé.	Durée du traitement.	Époque de l'apparition de la salivation.	Durée de la maladie.
1re observation.	Homme, 17 ans.	Forme adynamique.	8 grammes.	128 grammes.	8 jours.	7me jour.	13 jours.
2e —	Fille, 15 —	— ataxique.	20 —	360 —	15 —	13me —	20 —
3e —	Femme, 21 —	— —	12 —	192 —	10 —	6me —	14 —
4e —	Homme, 18 —	— abdominale.	10 —	160 —	10 —	6me —	15 —
5e —	Id. 20 —	— —	10 —	200 —	10 —	8me —	16 —
6e —	Id. 36 —	— thoracique, suivie de perforations intestinales.	12 —	194 —	8 —	6me —	20 —
7e —	Id. 16 —	— adynamique.	7 —	112 —	7 —	6me —	14 —
8e —	Id. 22 —	— ataxo-adynamique.	7 —	112 —	7 —	6me —	14 —
9e —	Id. 17 —	— adynamique.	22 —	340 —	17 —	12me —	21 —
10e —	Femme, 21 —	— abdominale.	8 —	128 —	8 —	8me —	15 —
11e —	Id. 20 —	— ataxo-adynamique.	24 —	320 —	16 —	13me —	23 —
12e —	Homme, 22 —	— adynamique.	18 —	288 —	12 —	8me —	18 —
13e —	Id. 18 —	— —	11 —	140 —	7 —	7me —	13 —
14e —	Id. 16 —	— abdominale.	7 —	140 —	7 —	7me —	12 —
15e —	Femme, 18 —	— adynamique.	9 —	160 —	9 —	8me —	15 —
		Moyennes.....	12,30	200	10	7me	16

RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS.

Le traitement de la fièvre typhoïde par l'emploi combiné du sulfure noir de mercure et de frictions mercurielles sur l'abdomen produit des résultats extrêmement avantageux.

Ces résultats sont d'autant plus heureux que la maladie est prise à une époque moins éloignée de son début.

Sur 15 cas de fièvre typhoïde, tous graves, pris indistinctement, quelles que soient leurs formes, les accidents qui les accompagnent et le temps qui s'est écoulé depuis le début de la maladie jusqu'à l'instant de l'entrée à l'hôpital, c'est un beau résultat que d'obtenir, à l'aide de ce traitement, 14 guérisons et 1 seul mort, lorsque pour ce dernier on peut dire que le traitement mercuriel n'a été commencé que le douzième jour, et que c'est une perforation intestinale qui l'a déterminé.

Le traitement de la fièvre typhoïde par les mercuriaux abrège la durée de la maladie. Douze jours ont été la durée la plus courte et 23 la plus longue ;

Ce qui intéresse surtout le médecin, ce sont les bains qui faisaient partie du temple. Les seize chambres extérieures leur étaient consacrés ; l'une d'elles, plus spacieuse et mieux ornée, était réservée aux prêtres. La source thermale sort au pied du temple même ; elle est abandonnée aujourd'hui. Le nombre des individus qui fréquentaient ces bains devait être considérable, si on en juge par l'espace qui leur était destiné.

Dans les temps anciens, les malades ne trouvaient pas seulement quelques bons conseils parmi le fouillis de paroles ambiguës des oracles, mais les temples étaient ordinairement situés dans une position élevée et salubre, propre à rétablir la santé détruite par l'habitation des vallées basses, et à l'hygiène se joignaient souvent des moyens thérapeutiques proprement dits, tels que des bains thermaux. Cela se rencontrait surtout dans les temples consacrés aux dieux de la médecine ; or Sérapis doit figurer au nombre de ceux-ci, comme l'a parfaitement établi M. Guigniaut.

Sérapis dériverait du mot sémitique *sarap*, serpent. Dans la mythologie égyptienne, le serpent fait souvent partie des attributs de Sérapis, et parfois même quelquefois sa compagne Isis. Il ne serait pas impossible que les Grecs eussent transformé en Esculape le Sérapis des Égyptiens.

(*La suite prochainement.*)

— Un concours aura lieu le lundi 18 novembre 1850 pour dix places d'élèves internes en médecine et en chirurgie dans les hôpitaux et hospices civils de Lyon.

— Parmi les chirurgiens qui ont été blessés dans l'armée schleswig-holsteinoise à la bataille d'Idstedt, nous mentionnons le célèbre professeur Stromeyer, qui a été blessé, fait prisonnier par les Danois et conduit prisonnier à Copenhague, où il a été mis en liberté et renvoyé au quartier général de Willisen. On ignore les pertes du corps médical de l'armée danoise ; mais tout fait croire qu'il a été aussi maltraité que celui de l'armée allemande.

— HOPITAUX. On s'occupe sérieusement, en Angleterre, d'ouvrir à Londres un hôpital pour les enfants malades. Dans les principaux hôpitaux de cette ville, il y a bien une salle ou deux pour les enfants ; mais elles sont tout à fait insuffisantes ; et l'infirmerie pour les enfants n'est qu'un dispensaire où l'on donne des consultations et des médicaments. La chose est d'autant plus urgente, que la mortalité semble avoir doublé parmi les enfants de 3 à 10 ans.

— SOCIÉTÉ MICROSCOPIQUE. Cette Société, qui est présidée par M. G. Busk, et dont le secrétaire, M. J. Quekett, est un des micrographes les plus distingués de l'Europe, va publier le second volume de ses mémoires.

la moyenne a été de 16. Il est peu de méthodes thérapeutiques employées contre cette maladie en faveur de laquelle on puisse invoquer des résultats aussi avantageux.

La durée du traitement a varié de sept à dix-sept jours; la moyenne a été de dix. Chaque jour les malades prenaient de 1 à 2 gr. de sulfure noir et étaient frictionnés avec une quantité d'onguent napolitain variant de 15 à 30 gr.

Les effets du traitement sur les principaux symptômes ont été les suivants :

Diminution de la force et de la fréquence du pouls, ainsi que de la chaleur de la peau ;

Disparition rapide et prématurée des taches rosées lenticulaires ;

Affaissement prompt du ballonnement du ventre ;

Action variable sur les selles, tantôt nulle, tantôt légèrement purgative ;

Production dans un grand nombre de cas d'une salivation qui a une grande importance, qui se manifeste en général du sixième au treizième jour, et qui est un signe à peu près certain de la réussite du traitement et de la guérison de la maladie.

Combiné à l'emploi du sulfure noir, le musc contribue à faire disparaître rapidement les phénomènes ataxo-adynamiques les plus graves.

Sous l'influence du traitement par les mercuriaux, les complications sont beaucoup plus rares et en général moins graves; les convalescences sont moins longues et moins pénibles (1).

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

(Suite et fin.)

III. DUBLIN MEDICAL PRESS.

Les numéros d'octobre, novembre et décembre 1849 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Sur une affection non usuelle du pénis*; par M. Kirby. 2° *Cas de plaie par arme à feu*; par M. Leney. (Large plaie à lambeau de la paroi abdominale; guérison.) 3° *Sur un cas de cyrrhose du foie, avec contraction (rétrécissement) de la veine cave inférieure, et dilatation de l'azygos ainsi que du système veineux rachidien*; par M. Lyons. 4° *Sur la contagiosité du choléra*; par M. Donovan.

SUR UNE AFFECTION NON USUELLE DU PÉNIS ; par M. KIRBY.

Les observations suivantes donneront une idée exacte de l'altération que M. Kirby a eu en vue de décrire.

OBS. I. — M. C., âgé de 50 ans, souffrant de la goutte aux membres depuis plusieurs années, remarqua, il y a deux ans, une diminution de volume du pénis dans l'érection, diminution qui alla en augmentant. Il raconta que, dans l'excitation vénérienne, son gland ne prenait pas plus de la moitié de sa turgescence ordinaire. Le membre devenait alors difforme et contourné de manière à être impropre aux rapports sexuels. Les corps caverneux sont extraordinairement fermes, tandis que le corps spongieux conserve sa flexibilité accoutumée. Une substance rigide remplace le ligament suspenseur et s'étend le long du dos de la verge jusqu'auprès de la couronne du gland, où elle se perd graduellement dans les tissus sous-jacents. A son attache au pubis, elle présente dans son épaisseur de petits corps pisiformes. Au-dessous, la verge est enveloppée d'une large lame élastique, ayant l'apparence du cartilage. Des plaques semblables, plus petites, se trouvent sur les côtés de l'organe, incorporées avec le tissu fibreux, qu'elles recouvrent. Point de lésion des fonctions urinaires. Santé générale bonne. L'altération s'est développée et existe sans douleur.

OBS. II. — M., âgé de 45 ans, homme affaibli et de mauvaise santé, vint consulter M Kirby pour un rétrécissement urétral ancien. Il lui dit qu'il avait remarqué une diminution dans le volume du pénis. A une exploration attentive, il fut reconnu que tout l'organe avait une fermeté anormale, les corps caverneux ressemblant à des cordes solides. Des plaques, comme cartilagineuses, entouraient la surface supérieure et latérale du pénis; elles étaient un peu mobiles sur leur propre plan. Elles variaient d'étendue, les plus larges étant les plus rapprochées du pubis.

(1) Ces conclusions sont surtout relatives aux 15 cas graves que j'ai traités par les mercuriaux. Je continue cette expérimentation, et depuis six semaines que ce mémoire est composé, je possède 10 autres cas de guérison. Il est à désirer que l'on expérimente cette méthode d'une manière plus générale, afin que les convictions médicales puissent s'appuyer sur un nombre plus considérable de faits recueillis dans les circonstances les plus diverses.

Comme l'appétit vénérien sommeillait depuis longtemps chez cet homme, on ne put savoir quels changements l'érection apportait.

OBS. III. — M. B., d'habitudes tempérantes, âgé de 50 ans, ayant une diathèse goutteuse des plus caractérisées, mais exempt de toute maladie urinaire, demanda à M. Kirby ses conseils contre une impuissance qui allait en augmentant. Il remarquait depuis quelque temps que son pénis avait diminué de volume, soit pendant la flaccidité, soit durant l'érection ; dans ce dernier cas, dit-il, il devenait distordu d'une façon ridicule.

Deux corps méniscoïdes, séparés l'un de l'autre par un intervalle d'une ligne, existaient sur les faces supérieure et latérale de la verge. La base de cet organe était beaucoup plus ferme que dans l'état naturel, tandis que le gland et le corps spongieux sont dans un état d'atrophie marquée.

OBS. IV. — M., âgé d'environ 60 ans, tenant de ses parents une constitution goutteuse qu'il avait développée par sa manière de vivre, fut atteint par une douleur aiguë dans l'aine droite, que les efforts rendaient plus vive. Craignant d'avoir une hernie, il se fit examiner par M. Kirby, qui découvrit une dureté douloureuse de chaque côté du pénis, près du pubis.

Satisfait d'apprendre qu'il n'avait pas de hernie, il ne fit que peu d'attention à son autre incommodité. Mais au bout de quelques mois, il s'aperçut d'un abattement de sa faculté virile, faiblesse dans l'érection, et une diminution de près de moitié dans le volume normal du membre. Pendant l'érection, le pénis se tordait, son corps se dirigeait en bas, tandis que le gland, ainsi que la partie antérieure, était tourné en haut; les deux parties étant ainsi à angle obtus, ce qui mettait un grand obstacle à l'accomplissement du coït, sans l'empêcher entièrement.

Le ligament suspenseur semble composé d'un nombre de cordes entremêlées, de petits dépôts arrondis et mobiles. De chaque côté du pubis s'étend une bande ferme le long de la face latérale de la verge jusqu'au prépuce, dans lequel elle se perd. Il s'y trouve aussi plusieurs petits corps pisiformes qui éludent la pression de la main quand on veut les saisir. Le corps de la verge est incrusté de plusieurs lames minces, élastiques, distinctes les unes des autres et offrant une mobilité obscure sur l'organe viril. Dans les espaces compris entre eux, le corps spongieux fait saillie durant l'érection ; ce qui augmente la distorsion du pénis, et lui donne un aspect noueux. Le corps spongieux paraît sain depuis le bulbe jusqu'à la fosse naviculaire : à partir de ce point, il est atrophié, cordé, irrégulier par suite d'une légère tuméfaction des glandes muqueuses. — Le gland forme ainsi une sorte de coussin placé au devant de l'extrémité pointue du corps caverneux, ce qui explique les douleurs que sa femme souffrait pendant les rapprochements sexuels.

M. Kirby fait remarquer que ces observations appartiennent à des gens goutteux, n'ayant eu ni syphilis, ni gonorrhée. Il rapproche ces plaques des concrétions que la goutte développe dans les gaînes tendineuses et les aponévroses.

Cette maladie locale disparaît quand la santé générale se rétablit. Un régime convenable, des bains chauds, le repos, des pilules bleues, la rhubarbe, la magnésie, dans une infusion de cascarille forment la base du traitement qu'il considère comme efficace dans ce cas.

Son expérience l'autorise à ne conseiller aucun plan de traitement topique. Des vésicatoires successifs sont ennuyeux et inutiles. Les frictions mercurielles, seules ou combinées avec l'iodure de potassium, sont également sans puissance.

Chez un de ces malades, un médecin avait proposé de pratiquer plusieurs incisions pour corriger la distorsion et rendre le coït possible. M. Kirby dissuada son client de se soumettre à cette opération, dont il l'assura qu'il ne retirerait aucun avantage.

— M. Kirby se trompe, selon nous, en rapportant uniquement à la diathèse goutteuse l'origine de ces plaques cartilagineuses : et il ne se méprend pas moins quand il affirme que les sujets qui en étaient porteurs n'avaient jamais eu d'affection vénérienne. Son observation II, bien interprétée, suffirait vraisemblablement à démentir sa doctrine; car le sujet dont il y est parlé avait un rétrécissement urétral. Or, quelle est la cause la plus habituelle de cette maladie, si ce n'est une gonorrhée longue et récidivée maintes fois?

Nous avons vu, nous-mêmes, plusieurs cas semblables à ceux que l'auteur rapporte, et nous n'avons jamais constaté d'antécédents goutteux, à moins qu'on ne veuille considérer comme tels une certaine *goutte*, que personne aujourd'hui ne voudrait sérieusement considérer comme capable de créer une état diathésique.

Du reste, l'expérience nous a appris, comme à M. Kirby, l'inutilité de tout traitement local : et, s'il faut laisser paraître notre opinion intime, nous n'accorderions guère plus de valeur à l'influence de la polypharmacie singulière qu'il recommande comme efficace contre cette transformation de tissus.

CAS DE CYRRHOSE DU FOIE, AVEC RÉTRÉCISSEMENT DE LA VEINE CAVE INFÉRIEURE ET DILATATION DE L'AZYGOS ET DES VEINES RACHIDIENNES; par le docteur LYONS.

Le docteur Lyons, ouvrant un cadavre pour mettre à découvert le mé-

diastio postérieur, fut frappé du volume anormal de la veine azygos. Cette veine, au moment où elle émerge du diaphragme, offrait une dilatation de près d'un pouce et quart (anglais) de diamètre, au-dessous de laquelle elle diminuait graduellement, mais en conservant encore un diamètre moyen de plus de trois quarts de pouce, jusqu'à son embouchure dans la veine cave supérieure. Immédiatement au-dessous de la dilatation, l'azygos reprenait son calibre normal et recevait plusieurs veines dilatées appartenant aux intercostales. Ces dernières présentaient cette disposition particulière que leur dilatation oecommençait qu'à leur point de jonction avec les veines rachidiennes ; plos eo debors, elles avaient à peu près leur calibre oormal.

La veine cave inférieure cootenait peu de sang et était très-petite. Son embouchure daos l'oreille droile ayant été découverte, on essaya d'y engager de haut en has le petit doigt, mais ce fut en vaio : elle était évidemment le siége d'une obstruction partielle. Des concrétions calcaires existaientsoos la tunique interne. La veine étant alors ouverte en cet endroit, on constata un épaississement notable de ses parois, et, vers le point où elle reçoit les veines hépatiques, une cloison membraneuse située en travers, avec obstruction partielle de la lumière du vaisseau. Celte cloison était épaisse et dense et contenait des dépôts calcaires. Au-dessous de ce point, vers la troisième vertèbre lombaire, la veine offrait uoe dilatation ; mais plus inférieurement, jusqu'à la réunion des veines iliaques, elle était plus petite que de coutume. Une des veines lombaires et les sinus vertébraux, en avant comme en arrière, étaient largement dilatés.

Le foie était très-volumineux, retenu par des adhérences ancieones, et présentait toos les caractères d'une cyrrhose très-développée. La veine porte contenait peu de sang et était considérablement diminuée de volume. Il n'existait pas d'épanchement abdominal.

La rate avait bien trois fois son volnme ordinaire.

Tels sont les principanx caractères du fait anatomique observé par M. Lyons. On voit qu'ils n'ont rien de bien extraordinaire, et l'auteur est le premier à le reconnaître. La science possède déjà un assez grand nombre de cas d'oblitération plos ou moins complète de la veine cave, avec circulation supplémentaire par l'azygos et les veines rachidiennes. Mais ici se présente une circonstance spéciale : c'est la réduction considérable de toute la circulatiou hépatique. Oo a vu en effet que les veines hépatiques ne pouvaient déverser librement le sang dans la veine cave; que le tissu du foie, frappé de cyrrhose, ne contenait par conséquent que peu de vaisseaux sanguins ; et enfin que la veine porte était considérablement réduite de volume. Il faut convenir qu'il n'est pas très-facile au premier abord, de dire comment une telle disposition a pu coïncider avec un obstacle au dégorgement des veines sus-hépatiques dans la veine cave. Il semble que le résultat inévitable de cet embarras a dû être, au contraire, l'engorgement de tout le système veineux abdominal, et l'on ne voit pas comment cet engorgement, one fois établi, a pu disparaître et être même remplacé par une réduction des vaisseaux, le système de la veine porte étant ou paraissant indépendant de la circulation générale. Néanmoins, c'est un fait qu'on ne peut nier aujourd'hui, que la circulation abdominale est suppléée, en cas d'obstacle, par des veines appartenant à la circulation générale. Nous avons plusieurs fois traité cette question dans nos *Revues*, et nous avons eu soin de rapporter les faits à l'appui. D'ailleurs, nous devons rappeler que M. Cl. Bernard a, chez le cheval il est vrai, trouvé des communications manifestes entre la veine cave et la veine porte, et entre les veines diaphragmatiques et sus-hépatiques, d'nne part, et la veine porte de l'autre. (V. Gaz. Méd., 1849, p. 571 et 643.) Chez l'homme, on n'a pas constaté jusqu'ici de disposition semblable, et l'on en est réduit, pour établir la possibilité d'une communication entre les deux systèmes, à invoquer les anastomoses des veines du rectum avec les dernières ramifications de la veine hypogastrique. Quoi qu'il en soit, nous le répétons, la possibilité de cette communication est mise hors de doute par l'anatomie pathologique, et dès lors il est un peu moins difficile de comprendre comment un obstacle au dégorgement des veines sus-hépatiques dans la veine cave peut aboutir à la réduction et à la presque annihilation du système de la veine porte. On peut penser que les veines de ce système reviennent sur elles-mêmes, parce que le sang, forcé de prendre un autre cours, s'en détourne insensiblement; de même qu'on a vu plus haut la veine cave inférieure, devenue presque inutile, diminuer de calibre. Nous devons ajouter que l'auteur, qui n'entre pas daos cet ordre de considérations, penche néanmoins vers l'opinion d'une commuoication entre les deux circulations veioeuses, mais pour une raison d'un autre ordre, à savoir, l'absence d'épanchement abdominal, malgré la petitesse de la veine porte et l'obstacle situé à l'embouchure des veines sus-hépatiques. Il exprime même le regret que l'état de putréfactioo du cadavre ne lui ait pas permis de faire des recherches à cet égard.

Le sujet n'avait présenté peodant la vie aucun symptôme qu'on pût rapporter aux dispositions anormales décrites plus haut. M. Lyons ajoute même qu'il était gros et hien musclé. L'existence d'une assez grande quantité de graisse, coexistant avec une cyrrhose du foie, ne dépose peut-être pas en faveur d'une opinion récente qui attribue au foie la propriété de fabriquer, en partie du moins, la graisse de l'écoomie ; mais nous sommes loin de vouloir tirer de ce fait isolé des conclusions absolues.

De la contagion du choléra; par le docteur Daniel Donovan.

Les mémoires en faveur de la contagion se multiplient tellement que nous sommes obligés de réduire nos analyses aux faits les plus saillants, ou qui se recommandent par quelques circonstances particulières ; nous ne ferons donc que signaler, daos le présent travail, plusieurs cas de transmission du choléra d'un endroit envahi par la maladie à un autre jusque-là préservé, traosmission dont on n'a pu suivre la filiation d'individu à individu. Mais nous nous arrêterons un instant, avec l'auteur, sur une question jusqu'ici fort controversée, et, il faut le reconnaître, fort controversable. Le choléra peut-il être traosmis par un individu qui, ayant séjourné dans une atmosphère cholérique, n'a pas été lui-même atteint de la maladie? C'est une question de faits. On en a cité déjà plusieurs ; voici, à cet égard, le contingent fouroi par M. Donovan.

L'aoteur commence par affirmer qu'il a vu des affections contagieuses autres que le choléra se transmettre de cette manière : ainsi un médecin ayant eu à soigner, à l'hôpital, une scarlatine (la seule, ajoute l'auteur, de toute la contrée), son propre enfant et son beau-frère furent atteints, *peu de jours après*, de la même maladie, bien que lui-même soit resté sain et sauf. Une femme qui avait dooné des soins à un varioleux (le seul, dit encore M. Donovan, qui existât dans le pays), assista, huit jours après, une dame en couches. Huit jours après la naissance, l'eofant fut pris de variole.

Disons toot de suite que la signification de ces faits n'est pas exempte d'obscurité : à supposer que les deux cas de scarlatine et de variole aient été d'abord complètement isolés dans le pays, il n'y a rien d'étonnant qu'il s'en soit développé d'autres quelques jours après *dans le même pays*, et il y aurait quelque témérité à assurer que ces autres cas ont été le produit d'une transmission, et non de l'influence épidémique qui avait engendré les premiers. Cela serait téméraire, surtout pour la seconde observation, où l'on voit un intervalle de quinze jours eotre le premier cas de variole et le second. Celte réserve posée, voyons les faits, ou plutôt le fait (car il n'y en qu'un), concernant directement le choléra.

Un individu qui monrut du choléra fut soigné par une femme qui retourna chez elle immédiatement après le décès. Trois jours plus tard, le fils de cette femme, enfant de 6 ans, fut attaqué de la même maladie. Ce cas fut nbservé dans une rue habitée par trois cents personnes, et exempte à ce moment de toute affection cholérique. L'auteur ne dit pas si celle rue fut envahie plus tard.

On voit que la remarque faite tout à l'heure au sujet des cas de variole et de scarlatine est applicable ici. Nous ne prétendons pas que ces cas soient absolument dépourvus de la signification qu'on leur prête ; nous disons seulement qu'on peut leur en donner une autre, et c'est assez pour s'abstenir de toute affirmation absolue. De tels faits ne pourraient acquérir une valeur un peu positive qu'en se multipliant, et jusqu'ici c'est à peine si on a pu en réunir quelques-uns.

IV. MEDICAL TIMES.

Les numéros d'octobre, novembre et décembre 1849 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Rétraversion de l'utérus comme cause de stérilité*; par M. Rigby. 2° *Cas de tumeur ostéo-cartilagineuse enlevée du fémur*; par M. Quain. 3° *Sur l'alcool, le méthyle, l'amyle, le cyanogène et l'ammoniaque*; par M. Muspratt. 4° *Cas d'insertion du placenta sur le col*; par M. Waller. 5° *Sur l'emploi du bisulfure de carbone dans le choléra*; par M. Hastings. 6° *Reflexions sur l'épidémie récente de choléra*; par M. Ross. 7° *Statistique du choléra dans la métropole en 1848-49*; par M. B. Smith. 8° *Sur la communicabilité du poison cholérique d'homme à homme*; par M. Ebsworth. 9° *Cas d'insertion du placenta sur le col*; par M. Vidal. 10° *Convulsions puerpérales traitées par le chloroforme*; par M. Agar. 11° *Sur l'emploi de l'éther et du chloroforme dans la pratique des accouchements*; par M. Waller. 12° *Recherches sur les pertes séminales involontaires et sur les désordres qui les accompagnent*; par M. M'Dougall. 13° *Médecine continentale*; par M. Kidd. 14° *Plusieurs cas de choléra bilieux traité par les applications d'eau chaude*; par M. Bulley. 15° *Observations de choléra traité par le calomel et l'ipécacuanha*; par M. Tripe. 16° *Cas d'anévrisme poplité guéri par la compression*; par M. Henry Thompson. 17° *Le choléra à Torpoint*; par M. Meclure. 18° *Sur le choléra*; par M. William Hall.

TUMEUR OSTÉO-CARTILAGINEUSE ENLEVÉE DU FÉMUR ; par M. QUAIN.

Outre le volume de la tumeur, la justesse avec laquelle les indications d'agir furent ici saisies, jointe à l'habileté de la manœuvre opératoire, nous semble recommander particulièrement ce fait à l'attention des lecteurs.

OBS. — Miss. B. E., âgée de 26 ans, de bonne santé, porte une tumeur qui s'élève du côté interne du fémur droit, près de son extrémité inférieure. Son origine date de 17 ans; et depuis lors elle a toujours été en augmentant de volume. Sans être douloureuse en elle-même, cette masse devenait une cause d'anxiété pour la malade. Son volume était celui d'un poing fermé; son sommet répondait à la face antérieure de l'os, tandis que son extrémité inférieure, base, s'engageait sous les muscles du bord interne de l'espace poplité.

Sondée solidement avec le fémur, elle avait une consistance osseuse, raboteuse à sa surface. Les parties molles qui la recouvraient étaient saines, ainsi que les ganglions de l'aine. Santé générale intacte. Le fémur a son volume et sa forme naturels ; il ne semble pas avoir participé à l'altération.

Cette dernière circonstance, jointe à l'état normal des parties molles, fit penser que la tumeur n'était point de nature maligne. Comme, d'autre part, elle prenait un volume de plus en plus considérable, que ses progrès rendraient l'opération toujours plus difficile, qu'il était même à craindre que la masse morbide n'envahît l'articulation du genou, on se décida à en pratiquer immédiatement l'extirpation.

Après avoir placé un tourniquet et fléchi modérément le genou, M. Quain fit une incision longitudinale sur toute la face postérieure de la tumeur, au devant de la veine saphène; du milieu de celle-ci une seconde incision alla vers le bord antérieur de la base de la tumeur. Il disséqua alors les lambeaux formés par les téguments et le vaste interne, en tenant le bistouri aussi rapproché que possible de la surface inégale de la tumeur. Il ne restait entre elle et le fémur qu'un étroit espace par où l'on put introduire un ciseau, à l'aide duquel on divisa le pédicule par lequel cet ostéochondrophite et se continua avec le fémur. La patiente, qui avait été chloroformisée, se trouva bien pendant les cinq premiers jours. Il survint alors une tension inflammatoire modérée dans la partie malade. Puis un érysipèle se déclara à la face, et se termina par un abcès de la paupière inférieure. Plus tard, il y eut un abcès phlegmoneux près du grand trochanter, qu'il fallut évacuer par une incision. Malgré l'affaiblissement sérieux qui résulta de cette suite d'accidents, la plaie de l'opération se cicatrisa, et enfin la malade recouvra parfaitement les fonctions de son membre.

Compacte au milieu de sa base, la tumeur est divisée, dans une grande partie de sa circonférence, en une série de tiges osseuses qui émergent du centre, et supportent, comme de petits pédicules, les extrémités arrondies et épaisses qui donnent à la surface de la tumeur son aspect irrégulier. C'est, en un mot, une disposition en forme de chou-fleur.

L'intérieur de cette substance est principalement osseux, avec du tissu cartilagineux en quelques points, surtout dans les petites pièces séparées vers la circonférence de la tumeur. En outre une mince couche de cartilage recouvre la surface entière de la tumeur. La portion osseuse a l'aspect normal des os; mais près de la circonférence il y a un tissu dense, blanc, comme calcifié. Une grande quantité de substance graisseuse y est mêlée.

La tumeur s'implantait sur le fémur, dans une étendue assez longue, mais étroite. Le tissu compacte de cet os se continuait dans la masse morbide, de sorte que, après qu'elle fut enlevée, c'est le tissu spongieux du fémur qui resta à découvert.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 9 SEPTEMBRE.

RECHERCHES ANATOMIQUES SUR LES PLIS OU CIRCONVOLUTIONS CÉRÉBRALES DES SINGES.

M. PIERRE GRATIOLET lit un mémoire sur les plis cérébraux de l'homme et des primates. L'auteur s'est principalement proposé pour but, dans ce mémoire, de remplir une lacune de la science en étudiant les circonvolutions des singes, comme on a étudié celles de l'homme, de déterminer d'une manière précise les limites naturelles des groupes que forment dans l'homme les circonvolutions cérébrales, et de décider jusqu'à quel point les différences que le cerveau des singes présente, peuvent servir d'éléments pour la délimitation naturelle des genres et des espèces.

Les plis cérébraux, dit M. Gratiolet, n'existent pas à un égal degré de développement dans tous les singes. Il y a des singes à plis cérébraux abondants, comme l'orang ou le chimpanzé. Il y a des singes à plis cérébraux rudimentaires comme les sagouins; il y en a d'autres enfin dont le cerveau est absolument lisse comme les ouistitis. Le cerveau des singes ne peut donc être caractérisé par ce fait de la présence ou de l'absence des plis cérébraux ; mais toutes les fois que ces plis apparaissent, ils se développent dans un ordre ai constant, qu'il réveille l'idée d'un type commun.

Il y a autour du lobe central, absolument lisse chez tous les singes, à l'exception peut-être de l'orang et du chimpanzé, quatre lobes et douze plis principaux, à savoir trois plis pour chacun des quatre lobes. Tous les plis d'un même lobe sont parallèles entre eux; mais les plis d'un lobe ne sont point parallèles à ceux d'un lobe voisin.

Outre les 12 plis principaux, il faut encore en signaler quatre dont l'importance n'a point été jusqu'à présent reconnue.

Ces plis passent du lobe occipital au lobe pariétal et au lobe temporal. L'auteur les désigne sous le nom de plis de passage. Ce sont ces plis qui lui ont fourni les caractères distinctifs.

Voici en quels termes il résume le résultat général auquel l'ont conduit ses recherches :

Dans tous les singes, la forme générale du cerveau demeure à peu près la même ; mais les lobes occupent sur la surface une étendue relative très-variable. Dans les singes les plus élevés, le lobe frontal diminue, à mesure qu'on s'abaisse dans la série des primates, cette proéminence abandonne le lobe frontal et passe successivement au lobe pariétal et au lobe occipital. Il en est de même pour les plis cérébraux. Dans les groupes les plus élevés, les plis frontaux diminuent. Les plis du lobe occipital sont relativement réduits.

Dans les groupes moins élevés l'importance relative des plis postérieurs s'accroît d'une façon singulière.

M. Gratiolet a recherché ensuite s'il y a entre les vertèbres céphaliques et les principales régions cérébrales un rapport constant et nécessaire. En prenant avec soin le moule intérieur de plusieurs crânes, on démontre *évidemment*, dit-il, par la trace des sutures que laissent sur ces moules les sutures pariéto-frontales et pariéto-occipitales, que ce rapport n'a rien d'essentiel ; c'est là un nouvel argument à opposer aux partisans du diagnostic cranioscopique, soit qu'ils acceptent la méthode de Gall, soit qu'ils préfèrent les hypothèses de MM. Spix et Carus.

DU PHOSPHÈNE OU SPECTRE LUMINEUX OBTENU PAR LA COMPRESSION DE L'ŒIL COMME SIGNE DE LA VIE FONCTIONNELLE DE LA RÉTINE.

M. SERRES (d'Alais) envoie la première partie d'un mémoire ayant pour titre : Du phosphène ou spectre lumineux obtenu par la compression de l'œil comme signe direct de la vie fonctionnelle de la rétine et de son application à l'ophthalmologie.

L'auteur s'est proposé dans ce mémoire d'utiliser comme signe diagnostique pour la distinction des maladies oculaires dans lesquelles il est si important de constater l'état de la rétine et le degré d'affaiblissement qu'elle a subi, le phénomène suivant.

Une faible pression exercée sur le pourtour de l'œil, fait naitre deux impressions lumineuses simultanées ; la plus forte apparait au point opposé dans l'intérieur de l'organe, la plus faible sous le doigt ou le corps qui le presse, et l'un et l'autre sous la forme d'une portion d'anneau lumineuse diversement colorée, circonscrivant un fond obscur quelquefois et clair dans certains moments. Dans ce dernier cas, l'anneau en question est toujours annexé à un autre anneau foncé, concentrique.

Lorsque la pression a lieu à la partie externe de l'œil, la photopsie est formée par un cercle lumineux dans les 3/4 de sa circonférence; le quart qui manque correspond en arrière et semble se perdre sous la voûte orbitaire du côté du nez.

Sur la partie interne, la pression fait naître la photopsie du côté de la tempe avec des caractères un peu différents. La tache apparaît sous une forme plus grande, les bords en sont bien limités et l'intérieur un peu plus clair.

La partie supérieure de l'œil pressée de la même manière est le siége de la perception d'un fragment de cercle lumineux au point opposé, c'est-à-dire sur le rebord orbitaire inférieur ; il est à contours bien dessinés ; la section qui manque est en arrière.

Le phénomène lumineux se montre près du rebord orbitaire supérieur, lorsque le globe oculaire est comprimé à la partie inférieure, mais réduit extrêmement quant à la section du cercle dont on n'aperçoit que le tiers environ.

M. Serres, après avoir étudié ce phénomène dans tous ses détails, décrit en ces termes la manière dont on doit chercher à obtenir le phosphène.

Pour avoir le phosphène le plus apparent possible, dit-il, il convient de presser l'œil avec un corps dur et un peu anguleux et de renouveler le choc au moins deux fois dans une seconde, la plus grande intensité ne dépassant pas ce temps en durée moyenne. Puis il faut agir de préférence sur la partie de l'œil qui est du côté du nez. Sur plus de 1,000 épreuves faites en ce point, le cercle lumineux s'est toujours rencontré, et en outre, il a toujours été ou plus brillant ou au moins aussi brillant que les autres, nés sous la pression des parties restantes du pourtour de l'œil.

En supposant la non existence du phosphène, il ne faut pas trop se hâter de prononcer sur la valeur de cette négation, car elle peut ne pas être bien établie ; mais si, à plusieurs reprises et pendant plusieurs jours de suite, aucune lumière annulaire ne se manifeste dans l'œil, on peut en conclure hardiment que la rétine est paralysée, que toutes opérations faites sur la cornée, sur l'iris, sur le cristallin seront des opérations stériles.

— M. A. BECQUEREL communique un travail sur le traitement de la fièvre typhoïde par les mercuriaux. (Voir plus haut.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 10 SEPTEMBRE.—PRÉSIDENCE DE M. BRICHETEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend seize lettres du ministre de l'agriculture et du commerce :

La première avec envoi de pièces relatives à la vaccine et à une demande de récompense pour M. le docteur Clovis, médecin à Madrs.

La deuxième, accompagnée d'un mémoire de M. le docteur Dezaulière, médecin à Decize (Nièvre), en réponse aux attaques dirigées contre la vaccine, par MM. Carnot et Dayard. (Comm. de vaccine).

Trois lettres relatives à des notices sur les eaux minérales, dont l'une sur les eaux minérales de Guagno (Corse), et une autre sur une source nouvelle à Magny-les-Hameaux (Seine-et-Oise), découverte par M. Sigismond Jaccoud, étudiant en médecine. (Comm. des eaux minérales.)

Toutes les autres lettres sont relatives à des remèdes secrets ou à la vaccine.

M. le préfet de police transmet le relevé statistique des décès dans la ville de Paris pour le mois de juillet dernier.

M. le préfet de la Haute-Garonne adresse des données sur les naissances constatées pendant l'année 1849, dans le département de la Haute-Garonne, pour compléter les renseignements statistiques qu'il a envoyés sur le service de la vaccine de la même année.

CHOLÉRA.

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL donne lecture d'une lettre de M. Mélier, adressée de Marseille et relative aux cas de choléra qui se sont manifestés récemment dans cette ville. M. Mélier communique avec cette lettre un travail qui a été fait à sa demande, par M. le docteur Dugas, médecin des épidémies et membre du conseil de salubrité; c'est une sorte d'enquête entreprise dans le but d'examiner jusqu'à quel point était fondée l'idée qu'on s'était faite à Marseille de l'importation et de la propagation du choléra dans les murs de cette ville. « Cette enquête, dit M. Mélier, a mis hors de doute, en ce qui concerne les cas en question (au nombre de dix) les deux propositions suivantes : 1° que des dix cas de choléra dont il s'agit dans la note, aucun ne s'est montré sur des personnes venant de lieux où régnait actuellement le choléra; 2° que tous, au contraire, se sont déclarés sur des personnes habitant depuis plus ou moins longtemps, quelques-unes depuis très-longtemps la ville de Marseille et ne l'ayant pas quittée; que tous sont isolés, étrangers les uns aux autres et nullement engendrés les uns par les autres.

Le tableau complet et officiel de tous les décès de cholériques jusqu'à ce jour est adjoint au rapport de M. Dugas et à la lettre de M. Mélier.

(Ces pièces sont renvoyées à la commission du choléra).

HUILE IODÉE.

M. DESCHAMPS (d'Avallon), pharmacien en chef de la maison de Charenton, envoie une note sur la préparation d'une huile destinée à remplacer l'huile de foie de morue.

Des faits exposés dans cette note, l'auteur conclut que les huiles iodées convenablement lavées, peuvent être considérées comme des médicaments capables de rendre de grands services, et peuvent permettre aux médecins d'administrer l'iode au malade, en toute sécurité, puisque l'iode devient réellement une partie intégrante de l'huile iodée;

Qu'en mélangeant un poids quelconque d'huile iodée avec de l'huile d'olive, on peut préparer une huile analogue à l'huile de foie de morue ou une huile plus active;

Que la prescription de l'huile iodée ne présente aucune difficulté, puisque le médecin peut toujours connaître la quantité d'iode qu'il administre à son malade, et puisqu'il n'a pas besoin de tenir compte de la répugnance que celui-ci peut avoir pour cette huile qui est inodore;

Qu'on peut faire prendre ces huiles en les mélangeant avec des sirops pour former des mixtures, ou les administrer sous la forme de looch, etc., et en préparer des cérats, etc.

Et que le pharmacien doit, après chaque opération, analyser un peu d'huile, pour connaître la proportion d'iode qu'elle contient, parce que l'iode peut varier suivant le soin que l'opérateur a mis à la préparation (Comm. MM. Guibourt et Soubeiran).

PHÉNOMÈNE DU SCINTILLEMENT DE L'ŒIL (CHOLESTÉRITIS).

M. DESMARRES adresse une note dans laquelle il annonce que depuis la présentation qu'il a faite à l'Académie, le 22 juin 1847, de deux malades offrant le singulier phénomène du scintillement du fond de l'œil, il a revu le même phénomène chez plusieurs autres malades avec cette différence que les reflets lumineux occupaient chez les uns la chambre antérieure, chez les autres, l'intérieur de la capsule du cristallin, chez d'autres enfin très-probablement la membrane de Jacob.

Après avoir extrait ces corps flottants de la chambre antérieure, il a été reconnu qu'ils étaient formés de cholestérine. Cette maladie paraît dépendre, suivant M. Desmarres, d'un état pathologique des diverses séreuses de l'œil qu'il désigne sous le nom de *cholestéritis* de l'œil.

TRAITEMENT DES TAIES DE LA CORNÉE PAR L'OPERCULE DU TURBO RUGOSUS.

M. CORNAY (de Rochefort) adresse une note sur le traitement des taies de l'œil au moyen de l'opercule du turbo rugosus (coquille de mer qui renferme un animal auquel est attaché une petite plaque pierreuse nommée opercule, d'une dimension variable); c'est cet opercule qui sert aux oculistes populaires du côté de l'Océan dans le traitement des taies de la cornée.

ATROPHIE MUSCULAIRE PROGRESSIVE.

M. ARAN, médecin du bureau central des hôpitaux, transmet les conclusions d'un mémoire qu'il se propose de communiquer ultérieurement à l'Académie. Ce mémoire a pour but la description d'une maladie qu'il croit n'avoir pas été encore décrite et à laquelle il propose de donner le nom d'atrophie musculaire progressive.

NOUVEAU CARACTÈRE DES TACHES PRODUITES PAR LA MATIÈRE CÉRÉBRALE.

M. LASSAIGNE informe l'Académie qu'en répétant les intéressantes expériences que M. Orfila a publiées concernant les caractères microscopiques et chimiques des taches produites sur les tissus par la matière cérébrale, il a constaté qu'il était possible d'y ajouter un autre caractère non moins certain, qui devient en quelque sorte le complément de ceux que M. Orfila a indiqués dans son mémoire. Le moyen que M. Lassaigne a employé est fondé sur la formation de l'acide phosphorique par la calcination à l'air de la substance cérébrale desséchée.

DOCUMENTS RELATIFS A L'HISTOIRE DE L'ACADÉMIE ROYALE DE CHIRURGIE.

M. DUVAL fait hommage à l'Académie de diverses pièces intéressant l'histoire de l'Académie royale de chirurgie, savoir : 1° de l'ordonnance royale, du 6 février 1719, qui accorde à M. de la Peyronie la survivance de la charge de premier chirurgien du roi; 2° le brevet en date du 7 février 1740 qui accorde une pension de 10,000 fr. en faveur de M. de la Peyronie; 3° l'ordonnance royale du 19 mars 1743 qui nomme de la Peyronie premier chirurgien du roi; 4° le rapport fait à l'Académie de chirurgie, en la séance du jeudi 24 mai 1792, sur la maladie, la mort et l'ouverture du corps de M. Louis, par M. Pelletan; 5° une notice historique sur François Chopart, professeur de pathologie externe à la Faculté de médecine de Paris (discours prononcé à la séance publique de la Faculté, le 23 nov. 1812), par M. P. Sue, professeur de médecine légale et trésorier; 6° enfin un mémoire de M. Duval, publié en 1808, ayant pour titre : RECHERCHES HISTORIQUES SUR L'ART DU DENTISTE CHEZ LES ANCIENS.

—M. DUFRESNE DE CHASSAIGNE, inspecteur des eaux thermales de Chandesaigues, transmet à l'Académie un fœtus né sans cerveau (anencéphale complet) avec une relation succincte de ce qui s'est passé pendant l'accouchement. (Comm. MM. Serres et Danyau.)

Le même médecin adresse une observation sur une tumeur cancéreuse du sein droit accompagnée de nombreux ganglions engorgés et dégénérés dans le creux de l'aisselle. (Comm. M. Robert.)

— M. A. BECQUEREL communique un mémoire sur le traitement de la fièvre typhoïde par les mercuriaux. (Voir plus haut.) (Comm., MM. Serres et Grisolle.)

—M. VAUVERT DE MÉAN, ancien consul à Panama, écrit pour demander si les graines de cédrore envoyées à l'Académie par le consul de France à Costa-Rica sont les mêmes que les graines de cédrone qu'il a envoyées lui-même lorsqu'il remplissait les fonctions de consul de France à Panama. Il ajoute quelques nouveaux renseignements sur les vertus de cette graine (comm. MM. Duméril et Mérat).

— M. MÉNIÈRE, pharmacien à Angers, adresse un travail sur les eaux ferrugineuses du département de Maine-et-Loire (comm. des eaux minérales).

REMÈDE CONTRE LES MAUX DE GORGE.

M. MÉRAT lit un rapport sur des graines ou fèves envoyées à l'Académie par M. Colomb, provenant de la côte occidentale d'Afrique et présentées comme utiles dans les grands maux de gorge (sic) (comm. MM. Serres, Grisolle et Mérat rapporteur).

Les commissaires ne possédant qu'un très-petit nombre de ces graines n'en ont point fait l'essai; ils pensent d'ailleurs que rien ne peut justifier la confiance que l'auteur de la communication parait avoir dans leur efficacité.

En conséquence M. le rapporteur propose de remercier M. Colomb et de déposer sa notice aux archives pour servir, au besoin, de renseignements.

APPLICATION DU DÉCRET DU 3 MAI 1850, CONCERNANT LE CODEX.

M. H. GAULTIER DE CLAUBRY lit, au nom de la commission des remèdes secrets, un rapport officiel sur la question de savoir s'il y a lieu d'appliquer le décret du 3 mai dernier à la santonine brune produit du *semen contra* pour laquelle M. Gaffard, pharmacien à Aurillac, sollicite la publicité.

La commission propose de répondre à M. le ministre que dans son état actuel le procédé de préparation de la santonine brune ne peut être admis à jouir du bénéfice du décret du 3 mai.—Adopté.

M. H. G. DE CLAUBRY lit un deuxième rapport dans lequel il propose au nom

de la même commission d'appliquer pour la première fois les dispositions du décret du 3 mai, à la préparation des pilules de carbonate de fer, dites pilules de Blaud, sur lesquelles leur auteur appelle cette faveur.

Une discussion assez animée s'élève sur ce dernier rapport. MM. Soubeiran, Bouchardat et Boullay se fondant sur ce que les pilules de Blaud, par leur facile altérabilité, ne sauraient constituer une préparation officinale et doivent être considérées comme un médicament magistral, s'opposent à l'adoption des conclusions du rapport.

M. Bossy ajoute aux mêmes motifs la considération des graves inconvénients qui résulteraient pour la dignité de l'Académie de l'espèce d'authenticité que donnerait son approbation à une foule de préparations et de remèdes pour lesquels on ne manquerait pas de solliciter la même faveur.

M. le rapporteur se retranche derrière le texte même du décret du 3 mai, duquel il résulte que la préparation dont il s'agit rentre parfaitement dans la catégorie de celles qui sont susceptibles d'en recevoir l'application.

MM. Robinet et Cibert appuient les conclusions du rapport qui leur paraissent motivées par l'utilité et l'efficacité depuis longtemps démontrées des pilules de Blaud, et par cette autre considération que le Codex n'est pas exclusivement consacré aux formules officinales et qu'on y trouve aussi un certain nombre de formules magistrales.

Les conclusions du rapport mises aux voix, après une première épreuve douteuse, sont rejetées à une seconde épreuve à une très-faible majorité.

La parole est à M. Roux pour une communication.

Extirpation d'un goitre (bronchocèle).

M. Roux : J'ai pratiqué il y a deux mois une opération qui jusqu'ici n'a eu qu'un très-petit nombre de succès, c'est l'extirpation d'un goitre ou bronchocèle. L'insuccès qui suit le plus ordinairement ces opérations, s'explique par les caractères et par les conditions particulières de ces sortes de tumeurs parsemées d'un grand nombre de vaisseaux et avoisinant des organes importants, d'où des difficultés et des dangers de toutes sortes contre lesquels on a à lutter. Dans le cas que j'ai l'honneur de communiquer en ce moment à l'Académie, j'ai eu le bonheur de réussir de la manière la plus complète. Mais je dois me hâter d'ajouter que, dans ce cas, comme dans les quelques autres du même genre que j'ai opérés, je ne m'y suis déterminé qu'à mon corps défendant, vaincu en quelque sorte par les vives instances du malade et par la ferme volonté qu'il m'exprimait de courir plutôt les chances de la mort que de conserver son infirmité.

L'homme dont il est question, âgé de trente-quatre à trente-cinq ans, est fort, vigoureux et d'une très-bonne santé. Il portait à la région antérieure gauche du cou une tumeur datant de douze à quinze ans, et qui, du volume d'une noisette environ à son origine, avait acquis dans ces derniers temps le volume d'un très-gros poing. Cette tumeur était située au niveau du corps thyroïde, et s'étendait beaucoup plus à gauche qu'à droite ; à droite, elle débordait la ligne médiane de quelques centimètres seulement, tandis qu'à gauche elle se prolongeait jusque sous le bord antérieur du muscle sternomastoïdien. En haut, elle remontait peu au-dessus du niveau de l'os hyoïde ; mais en bas elle descendait non-seulement jusqu'au niveau de l'extrémité interne de la clavicule et du sternum, mais elle paraissait encore se prolonger un peu en arrière de ce dernier os.

Cette tumeur, complétement indolente et sur laquelle la peau glissait librement, offrait elle-même très-peu de mobilité ; elle paraissait adhérer très-intimement au larynx. Les vaisseaux thyroïdiens n'étaient point sensiblement augmentés de volume ; l'artère carotide, située en dehors, n'avait aucune connexion avec la tumeur.

Malgré ces conditions favorables, me rappelant combien les opérations de ce genre sont peu suivies de succès, c'est à mon corps défendant, dit M. Roux, et sur les instances réitérées du malade qui préférait, disait-il, la mort à cette infirmité, que je me suis décidé à l'opérer. L'opération a été faite en présence de MM. Rigal (de Gaillac), Seutin, Gerdy et quelques autres chirurgiens. Une longue incision verticale et unique, s'étendant du niveau de l'os hyoïde à la base du sternum, suffit, avec quelques dissections de la peau de chaque côté, pour mettre la tumeur presque complétement à découvert ; j'en fis alors l'énucléation avec assez de facilité, en ayant le soin de faire la ligature des vaisseaux à mesure qu'ils étaient ouverts et en comprenant également dans une ligature tous ceux qui couraient le risque d'être lésés. Je suis parvenu ainsi à extirper la totalité de cette tumeur sans que le malade perdît une grande quantité de sang et sans qu'il eût de syncope. Seulement, à un certain moment de l'opération, il éprouva une grande dispnée et devint presque complétement aphone, ce qui paraît avoir eu pour cause la section du nerf récurrent ; depuis l'opération, en effet, la voix est restée plus faible et enrouée.

La tumeur extirpée pesait 325 grammes. Sa grande circonférence, mesurée par le diamètre vertical, était de 27 à 28 centimètres environ ; dans le sens transversal, elle avait 22 centimètres. Il n'y a point eu d'hémorrhagie consécutive ; l'inflammation et la suppuration ont été modérées, et la cicatrisation s'est opérée assez rapidement ; elle a été complète au bout d'un mois. Aujourd'hui, on ne trouve plus d'autres traces de cette tumeur qu'une cicatrice verticale légèrement déprimée sur la ligne moyenne du cou.

L'opéré est présenté aux membres de l'Académie.

M. Velpeau, tout en félicitant M. Roux et surtout le malade du succès de cette opération, exprime la crainte que ce succès ne puisse coûter cher peut-être à quelques autres malades, en encourageant des tentatives téméraires dont le résultat pourrait bien n'être pas aussi heureux. Pour être fondé à imiter M. Roux, il faudrait rencontrer des goitres isolés, mobiles, à base étroite et pédiculée et encore même doit-on être circonspect dans ces cas, quand on songe qu'il ne s'agit que d'une infirmité qui ne compromet pas la vie ; aussi, dans des conditions contraires, l'opération doit-elle être interdite.

M. Roux rappelle à M. Velpeau qu'il a fait à cet égard toutes ses réserves et que ce n'est que sur les pressantes instances du malade qu'il s'est déterminé à l'opérer. Aussi n'a-t-il pas présenté ce cas comme devant encourager de nouvelles tentatives, mais uniquement comme un exemple rare de succès.

M. Bégin cite à cette occasion une opération semblable qu'il a faite lorsqu'il était chargé du service chirurgical de l'hôpital militaire de Strasbourg, et à la suite de laquelle il survint un accident qui faillit déterminer la mort du malade, c'était une congestion ou une sorte d'apoplexie de la thyroïde.

Huile iodée.

M. Marchal (de Calvi) lit une note dont l'objet est de réclamer la priorité de l'emploi thérapeutique de l'huile iodée sur M. J. Personne, pharmacien en chef de l'hôpital du Midi, qui a communiqué récemment un travail sur ce sujet à l'Académie. La réclamation de M. Marchal est fondée sur ce qu'il a introduit, il y a environ 6 ans, au Val-de-Grâce, l'usage de l'huile iodée, qui a été employée depuis dans plusieurs hôpitaux militaires et expérimentée à l'hôpital du Midi même par M. Ricord.

Épidémie de grippe.

M. Espiaud lit en son nom et celui de M. Louis un rapport sur un mémoire relatif à une épidémie de grippe qui a régné, en 1847, à bord du *Louqsor*, bâteau-poste de l'État, faisant le service régulier de Marseille à Alexandrie, — par M. le docteur Renault, attaché comme médecin au *Louqsor*.

Les principales particularités de ce mémoire sont déjà connues de nos lecteurs par le résumé qui en a été publié lors de sa communication à l'Académie. M. le rapporteur, après en avoir fait ressortir les points les plus intéressants dans son analyse, termine en exprimant le regret qu'un médecin aussi bon observateur que M. Renault n'ait pas trouvé jusqu'ici l'occasion d'exercer sur un sujet moins connu et plus important que celui que sa position et les circonstances l'ont mis à même de traiter ici. Les commissaires n'en proposent pas moins d'accueillir avec faveur ce mémoire et de le déposer honorablement dans les archives.

Ces conclusions sont adoptées.

La séance est levée à 5 heures.

BIBLIOGRAPHIE.

Dei miglioramenti sociali efficaci e possibili a vantaggio degli agricoltori, etc. (Des améliorations sociales efficaces et possibles dans l'intérêt des agriculteurs, etc.) ; del dottore Giuseppe Luigi Gianelli. — Brochure.

Il s'agit, dans cette brochure publiée par un médecin de l'Université de Padoue, des améliorations à introduire dans cette plaine lombarde coupée de tant de canaux, couverte d'une si grande masse liquide, ce qui n'est pas sans influence sur le climat et la salubrité du pays. Des travaux de cette nature méritent toujours d'être encouragés. Ils ne sont pas stériles, car ils se proposent un but utile et provoquent une prochaine application. Ils sont dans la voie véritable du progrès. En enseignant comment on peut corriger certaines influences, ils conduisent, en effet, à l'amélioration physique de l'homme, et à cette sorte de réhabilitation physiologique qui est nécessaire pour que la race ou la nation devienne capable de grandes choses. Sans doute l'éducation seule peut produire dans un corps frêle et maladif une certaine énergie morale, une certaine puissance spirituelle ; mais cette puissance et cette énergie s'usent vite ; il leur faut le soutien d'un corps bien constitué et entretenu dans de suffisantes conditions hygiéniques pour leur fournir des chances de durée. La science qui trace les règles par lesquelles on arrive à ces résultats, est donc de la plus haute importance, au point de vue de l'intérêt social ; elle forme un de nos plus beaux titres à la reconnaissance des hommes, puisqu'il n'y a que nous qui puissions l'enseigner.

L'auteur M. Gianelli, se prévalant de cette sorte d'ubiquité que permet la médecine lorsqu'on l'a étudiée dans son ensemble et la nombreuse série de ses rapports, ne se renferme pas uniquement dans ce qui appartient spécialement à la science. Il fait de l'hygiène avec détail, mais aussi il fait de l'économie politique. Il n'oublie pas que le premier qui ait traité avec quelque portée cette science de la richesse et du bien-être des nations dont les problèmes sont aujourd'hui étudiés avec tant de zèle, il n'oublie pas, disons-nous, que cet homme de renom était médecin. Il est heureux pour la France qu'elle puisse le revendiquer comme lui appartenant. Ce fondateur de l'économie politique est en effet Quesnay, dont personne de notre profession ne doit ignorer ni la gloire ni les services.

Ces études, plus ou moins éloignées du sujet principal, en complétent les développements au lieu de lui nuire. Il serait trop long de les discuter ou de les développer avec soin ; il vaut mieux pour nos lecteurs nous renfermer dans le cadre médical, car à lui seul il suffit à contenir bien des questions controversées et bien des points de vue intéressants.

Qu'on n'oublie pas, en effet, qu'il s'agit d'un pays très-différent des pays limitrophes. Nous ne dirons pas que l'Italie ne ressemble à aucun pays du monde. Si elle a son originalité, elle présente aussi cette communauté de rapports qui permet les comparaisons et même les rapprochements. Mais la Lombardie, à cause de son mode de culture très-généralement répandu, à cause de sa richesse hydrographique qui la place sous ce rapport au-dessus de toutes les contrées de notre continent, à cause aussi des maladies qui y règnent, sort des règles ordinaires et des conditions prévues ; elle mérite une étude à part, et c'est en cela que le travail dont nous parlons a son originalité propre et a droit à quelque attention.

Et d'abord l'hygiène publique est très-bien entendue dans le pays lombard. La vieille Université de Padoue ne dort pas sur son ancienne gloire; elle travaille et fait travailler. En 1836, il sortait de cette école un travail assez remarquable qui porte pour titre : DE L'INFLUENCE DE LA MÉDECINE PUBLIQUE SUR LE BIEN-ÊTRE PHYSIQUE ET MORAL DES POPULATIONS. Le programme qui s'y trouve développé et qui est celui du docteur Gianelli dans son œuvre, est exprimé de la manière suivante : « Toutes les fois, dit-il, qu'il s'agit de veiller à la santé des habitants d'un État, et de faire connaître le meilleur moyen d'atteindre ce but, toutes les fois qu'il s'agit de le protéger directement ou indirectement contre les maladies régnantes, toutes les fois qu'il est nécessaire d'empêcher l'atteinte ou de revendiquer la conservation des droits de la société contre toute personne qui transgresse les lois protectrices de la santé publique et privée, enfin lorsqu'il est question de tracer des règles de conduite au corps médical, de lui imposer des devoirs et d'élargir des priviléges, il appartient à la médecine de proposer et de décider, et à la législation de donner à ces propositions force de loi. » Tout cela est bien large. Il y a bien des obligations, bien des devoirs renfermés dans ce programme. L'indépendance médicale y tient aussi sa place, mais à une condition qui n'existe pas en France, mais qui devrait cependant exister. La médecine publique peut se diviser en trois parties, dit-il encore : la police médicale, la médecine légale et la jurisprudence médicale. Celle-ci n'est-elle pas la responsabilité des membres vis-à-vis de l'État et vis-à-vis du corps médical lui-même? Une profession qui croit pouvoir dicter des projets de loi à un gouvernement doit veiller à sa discipline et la faire régner avec justice et fermeté. Sans cela, elle peut perdre et perd réellement des droits à la confiance publique et à celle de l'État lui-même.

La première question qui se présente quand on s'occupe de la Lombardie, c'est celle de la pellagre. Comment cette maladie se développe-t-elle? Quelle est la cause, la véritable cause de cette altération de la peau qui se complique de folie? Depuis M. Brierre de Boismont jusqu'à MM. Baillarger et Roussel, sans compter la foule des médecins italiens et étrangers qui ont cherché à jeter quelque lumière sur le problème, la maladie a été exactement analysée dans ses symptômes et dans ses caractères; mais est on parvenu à bien établir son étiologie ? La causalité est la philosophie de la science en général, et de la médecine en particulier. Quand on s'engage dans cette voie ténébreuse, la vue faiblit, quelque perçante qu'elle soit, et si elle parvient à discerner quelque chose, trop souvent elle ne discerne que des illusions. La question se trouve ainsi posée : La nourriture par le blé de Turquie, et le blé de Turquie imparfaitement sec, comme le dit M. Roussel, est-elle la véritable cause de la pellagre? en d'autres termes, peut-on devenir pellagreux sans s'être nourri de blé de Turquie? Les Italiens devaient surtout se préoccuper de trouver des réponses. Vivant et exerçant sur les lieux, pouvant recueillir de nombreuses observations, et surtout ayant la possibilité de les analyser de manière à établir régulièrement l'enchaînement des causes, ils devaient se promettre d'arriver plus sûrement à des résultats définitifs. Une occasion s'offrait pour cela, et ils s'empressèrent de la saisir. Avant que l'agitation révolutionnaire ne troublât le repos charmant dans lequel vivait la péninsule, il y régnait une autre agitation toute pacifique, qui se traduisait en travaux sérieux et en fêtes brillantes : cette agitation, amie du progrès, était produite par les congrès scientifiques qui s'ouvraient tantôt à Florence, tantôt à Rome, tantôt à Gênes, dans toutes ces capitales enfin illustrées à l'envi par l'histoire et les monuments. C'est dans celui qui s'ouvrit à Lucques que fut prise la résolution de s'occuper de cette pellagre si répandue dans la partie agricole de la population, et si peu connue, comme nous le disions précédemment, dans son essence et sa nature.

L'auteur du travail que nous analysons était très-bien placé pour juger la question, ou du moins pour en connaître tous les éléments. Nommé président de la commission permanente instituée par le congrès, il se trouvait naturellement le centre où tout devait arriver, communications et observations, explications et hypothèses. Voici ce qui fut décidé : le point de départ de la maladie résidait dans les appareils organiques qui président aux fonctions digestive, nutritive et assimilatrice, et la cause qui avait la plus grande influence dans le développement de l'altération appartenait aux substances alimentaires habituellement en usage dans la population où la pellagre s'observait le plus fréquemment. Mais quelles étaient ces substances impropres à l'alimentation, ou sujettes à une altération assez rapide pour déterminer un état morbide dans les organes de la digestion? Était-ce le blé de Turquie, considéré depuis longtemps comme la cause nécessaire de l'altération pellagreuse par le plus grand nombre des auteurs qui ont écrit sur la question ? Sans doute, mais avec des conditions qui modifient singulièrement le rôle qu'on lui attribue. Ainsi ce genre d'alimentation peut produire la pellagre, lorsqu'il s'accompagne d'un abandon à peu près absolu de substances alimentaires mieux appropriées aux besoins de l'organisme, et surtout lorsqu'il se complique de circonstances propres à déterminer une altération fonctionnelle dans les organes de la digestion et dans l'action assimilatrice. Cette catégorie de circonstances consiste dans la faiblesse du corps par cause originaire ou acquise, par une dépense prématurée des forces, les souffrances morales, la misère, l'épuisement sous toutes ses formes, les travaux pénibles et insalubres, etc.

Cela prouve qu'il y a beaucoup de causes, et non pas une cause essentielle qui produit la pellagre; il y en a une qu'on ne compte pas, et qui ne manque pas cependant d'avoir de la portée, celle de l'influence du climat sur des corps impuissants à réagir contre elle. Nous l'avons signalée, nous l'avons fait valoir, cette cause, dans un travail sur le climat péninsulaire (LE CLIMAT DE L'ITALIE SOUS LE RAPPORT HYGIÉNIQUE ET MÉDICAL, 1849); mais c'est à regret qu'il faut le dire : la médecine s'occupe peu des influences du ciel dans ses rapports avec le développement des maladies de l'homme. Elle passe à côté des questions qui relèvent de la climatologie médicale, ou les écarte comme un embarras. Les complications thermométriques, barométriques, lui pèsent; elle fait les calculs, se bornant aux chiffres plus ou moins contestables des statistiques, comme si elle croyait qu'il suffit d'une addition bien faite pour éclairer les problèmes les plus difficiles de l'art de guérir. Un jour viendra où, dans la vaste étiologie des phénomènes de l'ordre physiologique et de l'ordre morbide, il y aura place pour la climatologie. Quand on entrera sérieusement dans cette voie, on mettra en lumière des faits d'une grande importance, et on verra clairement enfin l'étroite connexion qui existe entre eux et les modifications plus ou moins profondes, plus ou moins caractéristiques, que subit l'organisme humain.

On nous pardonnera sans doute cette longue parenthèse, car elle nous conduit directement à une des conditions les plus importantes, comme influence, de l'état du territoire lombard : il s'agit de cette hydrographie, la plus riche assurément de l'Europe; car il n'y a pas de région continentale traversée par plus de fleuves et de rivières et couverte de plus de lacs. Sur cette surface, qui s'étend des Alpes à la mer, et de l'Apennin, qui borde la rivière de Gênes, à la chaîne allemande qui protége au nord la Lombardie, l'humidité est entretenue d'une manière permanente. Elle tient aux conditions de la température relativement à l'état du sol; mais elle résulte aussi du mode de culture qui multiplie les surfaces liquides, lorsque la température présente le plus d'intensité. Ce mode de culture, on n'ignore pas en quoi il consiste. Dans la plus grande partie du territoire lombard, les rizières dominent, ou sont même l'unique forme agricole sous laquelle la terre est exploitée. Il faut joindre à cela les prairies pour le pâturage, qui exigent aussi des irrigations et même des inondations artificielles, afin de donner de bons produits. Tout le monde a vu des prairies : il est donc inutile de dire jusqu'à quel point ce mode d'exploitation agricole peut être nuisible à la santé publique et à l'état hygiénique des agriculteurs; mais il faut avoir visité la partie septentrionale de l'Italie pour se bien rendre compte de ce que c'est qu'un terrain cultivé en rizière.

Quand on entre dans le Milanais, à l'époque de la culture du riz, c'est-à-dire à l'ouverture de la belle saison, on est surpris de voir le sol recouvert, dans toutes les directions, d'une couche d'eau qui lui donne l'aspect d'un lac sans limites. On a bientôt reconnu qu'on se trouve dans la zone des rizières, en voyant cette nappe liquide occupée par des rangées d'arbres ou des levées de terre qui servent de séparation aux diverses propriétés. Quand le travailleur est dans les champs de riz, on juge aussitôt du peu d'épaisseur de la couche d'eau, et on en tire la conséquence que cette submersion si peu profonde n'est pas sans influence sur les conditions de la salubrité. Il n'y a pas de médecin qui ne sache que la température élevée des effluves plus dangereuses des surfaces sur lesquelles la couche liquide est mince, que sur celles où elle mesure une certaine épaisseur. L'action solaire, en s'exerçant sur l'eau quand elle présente un tirant considérable, n'élève qu'une masse de vapeur suffisamment pure. Dans le cas contraire, c'est-à-dire quand le tirant est faible, la vapeur élevée est toujours chargée

de matériaux qui appartiennent au sol submergé. Cette différence dans les conditions d'influence de l'eau vaporisée a fait songer à une opération toute simple pour assainir les lieux où règne endémiquement la fièvre intermittente, et où cet état est entretenu par des marais de faible profondeur. On coupe la surface inondée de canaux qui réunissent les eaux par masses profondes, tandis qu'en relevant les terres sur les côtés, on les place à une hauteur qui leur conserve une sécheresse permanente. Mais en Lombardie et dans les parties du sol consacrées aux rizières, on ne peut suivre cet exemple. Les exigences de la culture veulent que l'eau soit étendue en couches légères, et que le champ où doit germer et croître le grain de riz soit entretenu en marécage pendant une partie de l'année. Il n'y a donc pas de remède à ce mal. Il s'y joint une autre nécessité agricole qui n'est pas sans importance; car elle a aussi ses inconvénients, sinon ses dangers.

Le travailleur est obligé de se tenir dans le marécage, car le riz n'est pas abandonné pendant la submersion du sol à la liberté de son évolution. Des plantes parasites se développent à côté du grain, et il faut les éliminer pour préserver la récolte. On doit juger les inconvénients qui en résultent pour celui qui est obligé de passer des journées tout entières les pieds dans l'eau jusqu'à mi-jambe ou jusqu'à la hauteur de la cheville. Sans parler des affections des organes essentiels à la vie, comme le système respiratoire par exemple, combien de maladies peuvent être l'effet immédiat de cette longue submersion! Les altérations du tissu cutané, les varices et tant d'autres maladies dont il est inutile de faire l'énumération, peuvent être déterminées par cette cause, et, dans un délai assez court, venir frapper d'impuissance pendant le reste de ses jours, l'individu le mieux organisé, le mieux pourvu de force de résistance, du moins en apparence.

Les questions suivantes se présentent donc. Faut-il ou ne faut-il pas considérer les rizières et les prairies consacrées au pâturage comme des causes d'insalubrité si puissantes qu'il semble nécessaire d'en diminuer l'étendue ou même de les supprimer? N'y a-t-il pas des moyens, des précautions hygiéniques qui, en sauvant la culture du riz qui forme un des plus grands revenus agricoles de la Lombardie, préserve la salubrité publique et protége la santé de l'agriculteur? Nous allons dire les réponses d'après l'auteur du livre dont nous exposons en les discutant les parties les plus dignes d'intérêt.

Il est impossible de ne pas reconnaître que la culture du riz est insalubre, et que cette culture établie sur une grande échelle doit déterminer nécessairement de graves effets pathologiques sur les populations. Dans les travaux cependant qui ont été faits dans ces dernières années et qui consistent dans des livres ou mémoires écrits pour élucider cette haute question d'hygiène, il y est dit que la misère, le manque à peu près absolu des choses nécessaires à la vie, l'absence de toute précaution contre les influences, jouent un très-grand rôle et peut-être le premier rôle dans les altérations que contractent les agriculteurs. Il y est dit aussi que la somme des avantages produits par l'établissement des rizières est si grande, qu'elle surpasse de beaucoup la somme des inconvénients. Mais aux yeux d'hommes recommandables et qui tiennent un rang élevé dans la médecine italienne, comme le docteur Puccinotti par exemple, les inconvénients sont si graves que les rizières doivent être condamnées comme moyen de production. Le docteur Gianelli ne va pas si loin. Toutefois il ne juge pas cette forme d'agriculture avec la bienveillance absolue de quelques optimistes plus portés à voir le bon que le mauvais côté d'une question. Pour lui les marais artificiels exigés pour la mise en rapport des rizières sont très-comparables sous le rapport des influences aux marais naturels. Les uns comme les autres produisent la fièvre intermittente avec plus ou moins d'intensité; les uns comme les autres peuvent déterminer avec le concours de circonstances analogues les effets morbides dont nous avons précédemment parlé. Donc, sans rayer les rizières de la série des différents modes de culture, il faut faire pour elles ce qu'on tente contre les industries insalubres, à savoir: concilier la conservation de l'industrie avec celle des hommes qui se vouent à sa prospérité.

Dans cette condition spéciale, ce qu'il y a à faire, c'est d'agir principalement sur les agriculteurs par des règlements de police médicale et par une assistance bien organisée. Il ne faut pas que des hommes qui manquent de tout, qui n ont ni des vêtements suffisants pour se couvrir, ni une nourriture saine et fortifiante pour se sustenter, ni même un abri pour se défendre contre les influences nocturnes, soient en quelque sorte livrés sans moyens de protection aux effets insalubres des rizières. Le propriétaire doit avoir une partie de la charge hygiénique de son employé, si l'État prend l'autre pour lui. L'assistance qui provient du gouvernement ne peut jamais être assez prévoyante ni assez opulente dans ses ressources, pour parer à tous les inconvénients; il faut qu'il y en ait une autre toute détail, qui fasse le mieux et le plus possible ce que l'autre ne peut pas faire. Ainsi l'usage du vin doit être imposé, ainsi qu'un règlement pour les heures de travail, et les précautions à prendre pendant les intervalles de repos. Le gouvernement n'est pas resté d'ailleurs au-dessous du devoir qui lui était imposé. Ces règlements existent. Dans l'Italie tout entière, excepté peut-être dans les États romains, une organisation médicale et de secours pharmaceutiques a été établie en des lieux où vainement en France on parviendrait à fixer un pharmacien et un médecin.

La Lombardie est à tel point la devancière de bien des gouvernements qui se croient les porte-lumières de la civilisation, qu'on ne pensait pas en France à la loi sur le travail des enfants dans les manufactures, qu'elle était en vigueur depuis longtemps dans ce pays.

Le tableau fait par le docteur Gianelli est très-étendu, car il comprend d'autres questions. Sans vouloir le suivre plus loin, nous devons donner un aperçu des sujets traités avec plus ou moins de soin par l'auteur, surtout dans les notes où sont consignés les arguments et les tableaux statistiques à l'appui. La question de la meilleure culture à appliquer au sol est complétée, comme on l'a vu, par les développements donnés à celle des rizières; cette question est bien traitée. De là, le docteur Gianelli passe successivement à l'utilité des colonies agricoles, qu'il n'admet que sous certaines conditions, et même au communisme, cette doctrine dont nous avons vu le progrès, et dont nous assistons heureusement à la décomposition cadavérique. Dans les notes développées jointes à l'ouvrage, et qui forment la plus grande partie de la brochure, il y a des tableaux sur la taxe des pauvres aux États-Unis; des observations sur l'augmentation progressive de la somme des matières alimentaires produites annuellement dans la Lombardie; des détails assez curieux sur les résultats des essais de colonisation faits d'après les programmes de Saint-Simon, d'Owen et de Fourier. Dans les notes qui se rapportent plus directement à l'hygiène, on trouve des pages consacrées à l'indication du rôle du médecin dans les institutions de prévoyance, et enfin une série de statistiques et de détails pour la comparaison entre l'Allemagne, la France, la Belgique, l'Angleterre et les provinces lombardes, sur les irrigations et les rotations de la culture, les manufactures et l'industrie, les routes et les communications secondaires, la charité publique, et enfin sur l'instruction élémentaire et technique, et le service sanitaire. Sous le rapport des irrigations, il n'est pas besoin de dire que la Lombardie est au-dessus de tous les pays du monde.

Nous n'adoptons pas toutes les opinions, toutes les idées du docteur Gianelli; mais nous nous associons de tout cœur à l'opinion d'un homme qui place la morale et la fidélité respectueuse aux traditions au rang des conditions importantes de l'hygiène publique. Nous croyons comme lui que le passé vaut quelque chose, et que le moyen de rendre fécond le présent, c'est de ne pas oublier que le premier a existé et qu'il peut donner de bons exemples et d'utiles leçons.

Dr Ed. C.

VARIÉTÉS.

— Nouvelles du choléra. Les nouvelles reçues jour par jour au ministère du commerce sur l'état sanitaire de Marseille, sont tout à fait rassurantes. On peut regarder les craintes qu'on avait conçues à cet égard, comme entièrement dissipées.

Le choléra règne encore dans diverses parties de l'Allemagne. A Vienne (Autriche), quoique le gouvernement n'en dise rien, il paraît qu'il y a des cas assez nombreux. A Lubeck, du 17 juillet au 24 août, il y a eu 918 cas de choléra et 431 décès. Cette ville avait compté en 1832 800 décès cholériques; et en 1848, du 18 septembre au 30 novembre, il y a eu 515 cas et 301 décès.

Les dernières nouvelles de Malmoë dans la Scanie (Suède) portent que la maladie sévissait encore avec intensité; il y a plus de 300 cas en moins d'un mois; mais la mortalité est peu considérable; elle est au-dessous du quart du chiffre des cholériques.

Tableau de la mortalité du choléra a Londres, de 1840 a 1850.

Années.	1er trim.	2e trim.	3e trim.	4e trim
1840	3	4	53	6
1841	1	1	23	3
1842	0	7	106	13
1843	0	8	60	14
1844	4	9	49	5
1845	4	2	26	11
1846	7	9	197	15
1847	3	4	98	12
1848	9	17	153	468
1849	516	268	12,847	494
1850	8	9	»	»

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — SUCCÉDANÉS DU SULFATE DE QUININE : ARSENIC, SEL MARIN. — DE L'HUILE IODÉE.

Nécessité est mère d'industrie. Depuis que le sulfate de quinine est devenu si onéreux à la bourse des fébricitants, les succédanés se multiplient à plaisir, n'élevant pour la plupart, quant à leur prix de vente, que les plus humbles prétentions. Une fièvre intermittente était ruineuse pour beaucoup de personnes; dorénavant on pourra se guérir à peu près pour rien. Il ne faudrait pas avoir à sa disposition un peu de sel marin, un peu d'arsenic, ou d'hydroferrocyanate de potasse et d'urée, ou de *bebeerine*, etc., pour vivre plusieurs jours seulement avec la fièvre. La dernière séance de l'Académie de médecine est bien faite pour entretenir dans cette agréable confiance. Deux communications y ont été faites, l'une sur l'arsenic, l'autre sur le sel marin; elles donnent l'idée la plus avantageuse de la vertu antipériodique de ces deux substances. Et pourquoi se montrer méfiant? L'expérience est une maîtresse sage; quand elle parle avec autorité, il est toujours bon de l'écouter, sauf à voir plus tard si elle ne nous a pas trompés.

L'arsenic est décidément sous le patronage de la médecine militaire. Introduit dans la pratique par M. Boudin, il n'a pas de plus fort champion que M. Maillot, médecin en chef de l'hôpital de Lille. L'exposé statistique lu par M. Maillot fait à l'acide arsénieux une belle place parmi les antipériodiques; c'est, dit la première conclusion, *un médicament fébrifuge d'une grande puissance*. Il est un peu moins sûr, à la vérité, que le sulfate de quinine, auquel même il a fallu recourir plusieurs fois pour couper des accès réfractaires à l'arsenic; son action est également moins prompte que celle du sulfate de quinine, puisque la première administration de ce sel coupe l'accès dans les trois quarts des cas, et l'arsenic dans la moitié des cas seulement. Mais aussi ce dernier médicament paraît avoir sur le premier l'avantage de rendre les rechutes moins fréquentes et moins tardives. Ce sont, comme on voit, des résultats passablement satisfaisants. Que pouvons-nous en dire? Rien, si ce n'est que nous désirons qu'ils soient confirmés par l'expérience universelle. M. Maillot n'a eu en vue que de consigner le produit brut des recherches thérapeutiques qu'il a poursuivies. Malgré les quelques distinctions établies par lui entre les cas traités, on voit qu'il n'a pas essayé de déterminer, après la valeur comparative des deux substances, les propriétés spéciales de chacune d'elles et les conditions où ces propriétés trouvent une utile application. Cette manière de comprendre la question a eu pour lui l'avantage de mieux soustraire ses résultats à l'esprit de controverse et d'imprimer à son travail un caractère de sévérité; mais aussi elle l'a exposé au reproche de se dérober un peu trop aisément aux exigences scientifiques, en même temps qu'elle l'a entraîné dans un luxe de chiffres dont l'aridité faisait mal ressortir l'intérêt et l'importance réelle de la lecture. En somme ce qui peut se déduire légitimement du mémoire de M. Maillot, c'est que, dans une série très-considérable d'expériences, l'acide arsénieux a témoigné d'une vertu antipériodique non douteuse et même, suivant son expression, puissante; vertu qui serait plus précieuse encore si, comme le pense l'auteur, elle donnait lieu à des résultats plus solides et plus durables que ne le fait le sulfate de quinine. Actuellement ce qu'il y aurait à voir, ce que nous proposerions volontiers à l'activité et à l'habileté bien connue de M. Maillot de rechercher, c'est s'il existe des indications d'emploi spécialement propres à l'un et à l'autre fébrifuge, et quelles sont ces indications.

L'autre communication sur le traitement des fièvres intermittentes est due à M. Piorry. M. Scelle-Mondezert, médecin à Carentan, dans un travail adressé à l'Académie, avait préconisé le sel marin, à la dose de 15 à 30 grammes, comme un bon antipériodique. Chargé de présenter un rapport sur ce travail, M. Piorry n'a voulu s'en rapporter qu'à sa propre expérience, et des essais ont été commencés à l'hôpital de la Pitié. Ces essais ne sont pas encore bien nombreux; mais s'ils tiennent ce qu'ils promettent, ils seront on ne peut plus favorables à la nouvelle médication. Le sel marin a été administré dans sept cas : il a réussi tout autant. Nous savons bien que ce nombre est insuffisant; que d'autres médicaments, à peu près abandonnés depuis, avaient d'abord donné des résultats aussi beaux ou plus beaux encore; que la fièvre intermittente guérit souvent d'elle-même et expose ainsi le praticien à se faire, en toute sécurité de conscience, honneur d'un succès qui revient tout entier à la bonne nature. Néanmoins il y a, dans les expériences de M. Piorry, une particularité digne d'attention, et qui ne laisserait pas que d'être très-significative si elle se confirmait. La rate diminuerait rapidement de volume presque aussitôt après l'emploi du sel. On comprend qu'un pareil effet, par l'action spécifique qu'il révélerait, ne contribuerait pas peu à rapprocher le sel marin des médicaments réellement fébrifuges. On prévoit assez l'objection qui pourra naître dans l'esprit de quelques personnes; elle a dû venir particulièrement à M. Maillot, qui, dit-il, a *le plus souvent* trouvé la rate exempte de gonflement dans les fièvres soumises à son observation. Mais il est inutile pour l'instant de s'arrêter à ce genre d'argument; nous préférons attendre.

— Ce qui est arrivé du sulfate de quinine arrive maintenant de l'huile de foie de morue. Un débit considérable en a exhaussé le prix, et une huile qui était, il y a quelques années, à la portée de tous, est presque devenue un médicament de luxe. Pour parer aux inconvénients de cet engouement, deux expérimentateurs ont imaginé de remplacer l'huile de foie par une huile quelconque, d'olives ou d'amandes douces, contenant le principe présumé actif de la première, c'est-à-dire l'iode : de là une double revendication de priorité qui s'est produite dans les deux dernières séances de l'Académie de médecine.

Disons d'abord qu'en fait de médicament composé, la substitution d'un produit artificiel à un produit naturel n'est pas en général propre à inspirer une très-grande confiance. Il est à craindre qu'il y ait entre l'huile iodée et l'huile de foie de morue la même différence qu'entre une eau minérale artificielle et une eau naturelle. Néanmoins il est juste d'établir à cet égard, entre les deux huiles iodées qui se disputent le mérite de l'invention, une différence notable, différence qui permet de faire une juste part à chaque contendant. M. Marchal (de Calvi) n'a eu manifestement d'autre but que d'administrer une *solution huileuse* d'iode, ne faisant de l'huile qu'un moyen d'enveloppement pour ainsi dire, et croyant en cela imiter autant que possible l'huile de foie de morue ou de raie. Si ce procédé pouvait être perfectionné, il ouvrait néanmoins une voie nouvelle. C'est là le mérite de M. Marchal. M. Personne, pharmacien en chef de l'hôpital du Midi, n'est venu que quelques mois plus tard; qu'il se soit inspiré ou non de l'idée de son devancier, ce n'est pas notre affaire. M. Personne affirme qu'il ne connaissait pas l'huile iodée, et nous ne faisons au-

Feuilleton.

LETTRES D'ITALIE.

N° XI.

PROMENADE MÉDICALE DE NAPLES AU CAP MYSÈNE.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

En quittant Pouzzoles, saluons ces vénérables ruines réticulaires : c'est, dit-on, le portique, la maison de Cicéron. Cicéron n'est-il pas cher à tout le monde, et aux médecins en particulier? Nous serions bien ingrat de ne pas dire mot de l'homme dont la plume a tracé ces mots : *Homines ad deos nullâ se proxiùs appropinquant quàm hominibus salutem dando.*

Le lac Lucrin, que nous trouvons bientôt, à quelques pas de la route, n'est plus qu'une petite lagune communiquant avec la mer.

Le 29 septembre 1838, l'île d'Ischia, située non loin du cap Mysène, tremblait sur ses fondements, et son volcan, l'Époméé, lançait des gerbes de flamme. Au même instant une montagne, le Monte-Nuovo, surgissait au milieu du lac Lucrin, dont les eaux refluèrent, avons-nous dit, sur l'emplacement du temple de Sérapis. La voilà cette montagne créée en un jour! C'est ce cône aride et triste, amas confus de cendres, de scories, dont l'aspect désolé repousse le regard et se refuse à la germination.

Quelles bonnes huîtres il y avait jadis dans le lac Lucrin! si on en croit Horace, qui certes mérite bien d'être cru en pareille matière :

« Non me Lucrina juverint conchylia. »

Aujourd'hui ces coquillages sont à peine médiocres. Des huîtres au vin blanc, il n'y a qu'un pas; du Lucrin au coteau de Falerne, il n'y a pas loin. Le Falerne est toujours un vin agréable; mais certes il ne vaudrait plus la peine d'être célébré en maint endroit par un poëte comme Horace.

Nous nous occupons beaucoup trop d'Horace. Ce joli viveur dut avoir bien des fois besoin des médecins, pour indigestion ou pour autre chose. Vous allez voir comme il était reconnaissant. Cicéron n'était pas un ingrat comme lui :

Ambubajarum collegia, PHARMACOPOLÆ
Mendici, mimæ, balatrones, hæc genus omne
Mœstum ac sollicitum, est cantoris morte Tigelli.

Dans quelle belle compagnie sont envoyés les pauvres médecins qui tenaient officine le long du Palatin! Laissons bien vite Horace. Nous sommes d'ailleurs arrivés au lac Averne.

Il ne faut pas que ce mot vous effraye. Vous ne trouverez plus cet Averne dont Virgile dit :

..... Tuta lacu nigro nemorumque tenebris,

ce réceptacle d'enfer, dont les exhalaisons asphyxiaient les oiseaux qui passaient

cue difficulté de le croire. Toujours est-il qu'il n'est pas le premier en date, et il en convient même volontiers dans sa note; mais ce qu'on ne lui contestera pas, c'est d'avoir reconnu que l'on pouvait, par la réaction de l'iode sur les matières grasses, obtenir une huile dans laquelle l'iode entrât, non plus à l'état de simple dissolution, mais bien *comme partie intégrante*, c'est-à-dire dans un état analogue ou même semblable à celui où il se trouve dans l'huile de foie. Suivant lui, une portion de l'iode enlève aux matières grasses, à l'état d'acide iodhydrique, une certaine quantité d'hydrogène, à laquelle une autre portion d'iode se substitue, équivalent à équivalent. La formule donnée par M. Personne, conformément à cette théorie, est donc sienne, et l'on peut ajouter que, si le fait est reconnu exact par la commission chargée de l'examen du travail, l'huile de foie ne sera peut-être pas remplacée avec tout le désavantage qu'on aurait pu craindre d'abord.

MALADIES ENDÉMIQUES.

ÉTUDES SUR LA MALADIE PALUDÉENNE; par M. A. DUCHASSAING (de la Guadeloupe), D. M. P.

I. — CONSIDÉRATIONS SUR LA MALADIE PALUDÉENNE CACHECTIQUE.

(MAL D'ESTOMAC; CHLOROSE DES ANTILLES; HYDROPISIES PALUDÉENNES; PHÉNOMÈNES DITS D'ACCLIMATEMENT.)

OBS. I. — C., négre de 35 ans. Juillet 1846. Il n'est point sujet aux fiévres intermittentes.

ÉTAT ACTUEL. — Face bouffie, les paupiéres inférienres surtout, ce qui fait paraître ses yeux trés-petits ; conjonctives boursouflées, yeux larmoyants, brillants ; peau d'un noir terne et sale, ventre énormément tumébié, ainsi que le scrotum et la verge; le nombril est trés-saillant en avant; matité à la partie inférieure de l'abdomen, s'élevant au-dessus de l'ombilic; matité, fluctuation, œdème des membres inférieurs; respiration extrêmement gênée, suffocations; bruit de souffle doux au premier temps du cœur et dans les carotides; palpitations, essoufflement; peu d'appétit, langue et muqueuse tres-pâles, un peu de diarrbée. Au début il avait de la constipation. La rate déborde les côtes de 0m.07 c. Le malade se traîne à peine; pas de fievre, pouls assez fort, plein; lenteur et apatbie extrêmes.

Depuis six mois on employait contre cet état les ferrugineux, un régime tonique (vin, viandes noires). Son état empirait; on allait lui pratiquer la ponction ; nous proposons d'essayer, avant le traitement suivant :

Sulfate de quinine. . . . 0,75 tous les jours.

On continue ce traitement pendant trois semaines ; tous les accidents disparaissent, sanf un léger bruit de souffle au cœur qni persiste.

On suspend le sulfate de quinine, les accidents ci-dessus décrits se reproduisent pour disparaître de nouveau par le même traitement continué pendant un mois, à la même dose. Le mois suivant on éloigne successivement les doses.

4 janvier 1848. Cet bomme meurt d'une bernie étranglée. La maladie précédemment décrite ne s'était pas reproduite.

OBS. II. — Une négresse âgée de 18 ans. 1846. Constitution forte, bien développée.

Cette jeune fille depuis quelque temps est devenue lente au travail; active autrefois, elle est d'une noncbalance remarquable. Sa peau, qui était d'un noir intense et brillant, a pâli, perdu son éclat et pris une teinte d'un noir jaune et terne ; ses muqueuses sont très pâles.

Appétit diminué, dépravé; mange de la terre; constipation babituelle; la menstruation, qui était bien établie, est devenue irrégulière; urines albumineuses; céphalalgie fréquente, pulsations, étourdissements, bourdonnements d'oreille, paresse, somnolence. Chaque fois qu'elle le peut, elle se couche et dort, n'importe dans quel endroit. Indifférence extrême.

Essoufflement considérable au moindre exercice; palpitations de cœur fortes, énergiques, visibles à l'œil; bruit de souffle au premier temps du cœur; souffle carotidien ; jamais de fièvre.

Ces accidents augmentant, il survient de l'œdème de la face, de l'infiltration des paupiéres inférieures; les yeux paraissent rapetissés, larmoyants; conjonctives tuméfiées; jambes infiltrées.

TRAITEMENT. — Depuis trois mois on la traite par les moyens suivants : safran de mars, 1 gr. par jour; vin, viandes, toniques amers.

La maladie augmente ; nous substituons à notre traitement le sulfate de quinine à 1 gramme pendant un mois.

Les mois suivants éloigner les doses.

Au bout d'un mois tous les accidents sont disparus, sauf un peu de souffle carotidien.

OBS. III. — C., négresse de 35 ans. Octobre 1847.

On nous appelle pour cette femme, que l'on traite depuis trois mois par le sel de mars de Rivière et par les toniques.

ÉTAT ACTUEL. — Malade depuis trois mois, face d'un noir jaunâtre et terne, lèvres et muqueuses d'un blanc sale, langue blanche, face bouffie, surtout les paupieres inférienres; œdème malléolaire disparaissant en partie par le décubitus prolongé.

Peu d'appétit, constipation, rate un peu tuméfiée, urines légèrement albumineuses.

Lenteur et paresse extrêmes, quoique avant sa maladie elle fût très-active.

Essoufflement au moindre mouvement, palpitations de cœur, souffle artériel et cardiaque.

Traitement *ut suprà*. Guérie.

OBS. IV. — R., mulâtresse, 4 ans.

Le 24 septembre 1846 sa mère nous l'amène. Cette jeune fille était vigoureuse, bien portante, d'une vivacité extrême; sa peau était d'un jaune brillant. Maintenant elle est lente, paresse invincible ; sitôt qu'on la laisse seule, elle se couche et reste dans un état d'assoupissement; sa peau a perdu son éclat, est d'un jaune sale et terne. Ses paupiéres sont gouflées ; on voit à peine ses yeux. Face bouffie; levres d'une pâleur extrême, ainsi que les muqueuses et la langue, que recouvre un enduit blanchâtre. Mange peu ; constipation entremêlée de diarrbée; abdomen volumineux ; la rate déborde les fausses côtes de trois travers de doigt; un peu d'eau dans l'abdomen ; membres inférieurs infiltrés gardant l'impression du doigt.

Un rien essoufle cette petite malade. (Pr. : sulf. de quinine, 0,50 tous les jours.)

Le 4 décembre, nous revoyons cette malade; l'infiltration de la face a disparu, les malléoles sont un peu empâtées. (Continuer le traitement.)

Le 15, guérison.

OBS. V. — Négresse de 2 ans, décembre 1848. Cette enfant, à la suite de plusieurs accès de fièvre, présente l'état suivant : pâleur extrême ; sa peau est d'un noir jaunâtre sale ; les pieds sont enflés ; les levres et les muqueuses sont d'une pâleur extrême; faiblesse considérable ; elle peut marcber à peine; la face est tuméfiée ; rate et foie d'un volume normal. (Pr. : Quinquina, 2 grammes tous les jours.) Guérison.

---

sur le lac. Ici tout est encore changé, mais cette fois à l'avantage des temps modernes. Rien ne rappelle plus l'infernale réputation de l'Averne, rien que ces ruines sombres suspendues sur les eaux : c'était le temple de Pluton. Partout ailleurs votre œil se repose sur de fraiches collines, et l'oreille est égayée par le chant des oiseaux.

Le lac Averne occupe un ancien cratére; on prétend qu'il a 400 pieds de profondeur. Ses eaux sont douces, contrairement à celles du Lucrin. Ces deux lacs communiquent ensemble par un canal creusé, sous l'édilité d'Agrippa, par 20,000 esclaves.

La grotte de la Sibylle, par laquelle Énée fit sa descente aux enfers, est à quelques pas du rivage. Puisque nous sommes en pleine ÉNÉIDE, pourquoi ne ferions-nous pas un petit voyage, comme le fils d'Anchise? Ce n'est guère médical, me direz-vous, et il est impossible qu'une telle course soit hygiénique. Cher lecteur, ne vous en déplaise, vous en avez, comme moi, envoyé plus d'un dans l'autre monde; vous y trouverez peut-être plus de connaissances que vous ne voudrez. Je puis vous garantir, d'ailleurs, que Cerbère ne mord jamais les médecins ; il se couche dolemment à leurs pieds. Vous devez prévoir aussi que l'impitoyable Caron, pour lequel nous sommes si bons fournisseurs, nous donnera le passage gratis. Quant aux Parques, elles pourraient bien nous chercher dispute : nous devançons quelquefois leurs ciseaux; mais elles doivent en avoir pris bravement leur parti, ces trois affreuses sœurs, car la concurrence ne date pas d'aujourd'hui.

On va en enfer fort commodément. La grotte s'ouvre par un long corridor souterrain, large et baut, taillé par l'bomme dans la colline qui sépare le lac Averne de la ville de Cumes. On s'aperçoit encore que ce vestibule du Tartare était orné de stucs, de fresques, de mosaïques et de rocailles. On parcourt ainsi deux cents pas, sur un sol uni qui rend la marche facile; puis on tourne à droite. Ici le passage est étroit, la pente roide, la nuit noire, et les torches jettent une lueur douteuse et rougeâtre. Les guides vous prennent sur le dos : c'est qu'au fond de l'enfer on trouve, non du feu, mais de l'eau, depuis que le Monte-Nuovo a exhaussé le niveau des lacs.

La partie la plus déclive de la grotte, dans laquelle nous sommes arrivés, consiste en deux chambres communiquant l'une avec l'autre par un couloir et par une sorte de fenêtre. La seconde servait de bains à la sibylle; les deux lits de repos, en pierre, existent encore. Dans la première, se rendaient les fidèles qui voulaient consulter la prêtresse; elle leur répondait de son lit de repos, par la fenêtre ou chatière, fort commodément, sans se déranger, sommeillant à demi. La tradition prétend que Néron prenait des bains avec la sibylle, et que sur le deuxième lit de repos se couchait ce cruel empereur.

Je ne pense pas qu'on sache d'où provenait l'eau destinée aux bains. Il est possible que des eaux thermales y étaient apportées, ou peut-être existait-il dans le fond de la grotte une source thermale qu'on ne peut reconnaître depuis l'envahissement par les eaux de l'Averne.

La sibylle n'arrivait pas dans la grotte par l'entrée vulgaire que nous avons prise. Un très-long souterrain conduisait du temple de Cumes à la chambre des bains. On voit encore, à son origine, une vingtaine de degrés qui annoncent un large escalier; mais les éboulements nous empêchent d'aller plus loin.

J'ai voulu goûter de l'eau des bains de la Sibylle; mal m'en a pris : je crois que

Obs. VI. — V., négre, 8 ans, décembre 1848. Depnis quinze jours, cet enfant a des accés de fièvre intermittente.

27 décembre. Face d'un janne noirâtre, blanc des yeux jaunâtre, langue couverte d'un enduit jaune et épais; céphalalgie opiniâtre. (Pr. : Ipécacuanba, 2 grammes.)

Vomissements abondants; la céphalalgie disparaît; la fièvre continue les jours snivants.

La face devient pâle, se tuméfie; les lévres, la langue sont d'une pâleur extrême; les membres inférieurs s'infiltrent; le petit malade peut à peine se traîner; rate et foie d'un volume normal; bruit de souffle très-fort dans les carotides. (Nons employons un médicament qui sert et qui réussit assez souvent à couper les fièvres intermittentes, la décoction d'écorce de *bignonia pentaphylla*. L'action de ce médicament n'est pas toujours certaine.)

An bout de quinze jonrs de ce traitement, gnérison.

Nous remarquons ici que, dans les hydropisies produites par le miasme paludéen, on trouve de l'albumine dans les urines. Il en est de même dans presque toutes les hydropisies, seulement la quantité d'albumine varie. Dans certaines, elle est énorme; dans d'autres, elle est si minime, que les acides ne peuvent la démontrer, la chaleur seule peut la mettre à découvert. Étant interne dans le service de M. Bean à la Salpêtrière, j'ai examiné les urines de toutes les hydropisies, *quelle que fût leur cause*; la présence de l'albumine a presque toujours été constante, quelquefois il est vrai en très-petite quantité. C'est ainsi que, dans les hydropisies produites par la cachexie cancéreuse, par les lésions organiques du cœur, etc., nous avons pu constater de l'albumine dans les urines.

Ces hydropisies, causées par le miasme paludéen, ne trouvent pas leur explication dans des obstacles mécaniques à la circulation, obstacles produits par des tumeurs comprimant les vaisseaux. Dans les observations V et VI, aucun viscère n'est affecté. Dans les observations I, II, III et IV, il n'y a qu'une médiocre hypertrophie de la rate.

Ces hydropisies ont la plus grande analogie avec l'œdème malléolaire que l'on observe dans la chlorose, et qui ne peut s'expliquer par une interception du cours du sang.

Dans l'état normal, les vaisseaux renferment une quantité de sang proportionnel à leur calibre. Dans les diverses cachexies, ainsi que M. Beau l'a démontré, la masse du sang est trop grande pour la capacité des vaisseaux; elle les distend et produit des bruits de souffle, des étouffements, des palpitations, des mouvements énergiques et tumultueux du cœur, qui cherche à se débarrasser de cet excès de liquide. Quand une veine volumineuse est comprimée par une tumeur, le sang qui arrive au-dessous de l'obstacle distend le vaisseau qui, trop rempli, laisse transsuder au travers de ses parois la partie la plus séreuse, et se débarrasse ainsi de son trop plein. Dans la cachexie, ce n'est pas un vaisseau, ce sont tous les vaisseaux qui, distendus par un excès de liquide, se débarrasseront de la même manière; d'où une exhalation séreuse générale. Aussi, les hydropisies cachectiques sont ordinairement généralisées. C'est pourquoi nous voyons ici non-seulement les pieds œdématiés, mais encore la face.... Cependant, en général, l'œdème des parties inférieures sera plus considérable, parce que ces parties sont plus déclives et que les liquides s'y accumuleront conséquemment en plus grande quantité.

Les modifications qu'éprouvent les habitants des pays tempérés, lorsqu'ils viennent s'établir dans les pays chauds, sont mal appréciées; on a attribué à l'action du climat un certain nombre de modifications qu'ils éprouvent, et cela à tort, comme nous allons le démontrer.

Ces modifications attribuées au climat sont de deux sortes : 1° celles qui sont produites immédiatement; 2° celles qui exigent pour leur entier développement un laps de temps plus ou moins considérable.

1° Les seules choses que le nouvel arrivant éprouve dans les premiers temps de son arrivée, sont de la céphalalgie, des épistaxis, des éruptions cutanées (ordinairement un eczéma rubrum). Le soleil le fatigue beaucoup; sa chaleur animale appréciée par le thermomètre n'est pas modifiée, car elle a atteint 36°,15 à 37°.

2° Quand le séjour se prolonge, l'économie subit de profondes modifications; la face pâlit, prend une teinte jaunâtre; les muqueuses sont pâles; l'activité diminue, on devient indifférent pour les choses ordinaires; en même temps la susceptibilité nerveuse s'augmente, un rien vous irrite comme un rien vous calme; la résistance à la fatigue diminue; on aime les aliments salés, épicés. Si nous pénétrons dans l'économie, nous verrons que ces phénomènes ne sont que l'expression de modifications plus profondes.

Les extrémités sont froides, le thermomètre ne marque que 35° à 36° centigrades, le pouls est plein, fort, il bat 70 chez l'homme, 80 à 90 chez la femme; souvent un léger bruit de souffle existe au premier temps du cœur ou aux carotides; la rate est presque constamment tuméfiée; la constipation est habituelle; le sang est pâle, diffluent, le sérum abondant; la saignée s'arrête difficilement; dans les inflammations, le sang est peu couenneux.

Ordinairement il s'écoule un, deux, quelquefois trois ans avant que ces modifications soient accomplies.

Les individus qui les présentent sont dits acclimatés, et c'est à tort; elles se trouvent, il est vrai, chez presque tous les acclimatés, mais elles ne leur sont pas nécessaires, et ceux qui ne les présentent pas ont une santé plus robuste que ceux qui les offrent.

On trouve, aux Antilles, un certain nombre d'individus bien acclimatés, nés dans le pays même ou Européens, ils ne sont jamais affectés de maladie paludéenne, leur santé est vigoureuse, la plupart sont habitants d'endroits élevés et secs, des falaises dominant une mer profonde, situées sur la côte est, balayées du vent qui vient de la mer sans avoir passé avant sur d'autres terres (notons ici que ces falaises n'ont pas plus de 200 pieds de hauteur verticale). La face de ces individus est rouge, vultueuse même; les capillaires de la face ont un développement remarquable; les oreilles sont épaisses, d'un rouge bleuâtre; on dirait que le sang va jaillir de leurs pores; ils ont les muscles bien développés, l'appétit robuste; toutes leurs parties exposées à l'air, telles que les mains, le cou, la poitrine chez quelques-uns, sont très-rouges; chez ceux où cet état est poussé à l'extrême, il y a une certaine lourdeur intellectuelle, de la tendance au sommeil.

Voici des individus bien acclimatés, et présentant un état précisément opposé aux précédents; qu'en conclure? C'est que les phénomènes décrits comme étant ceux de l'acclimatement ne lui appartiennent pas. Ce sont des modifications survenant chez les acclimatés, mais tenant à une cause particulière qu'il s'agit de déterminer.

Remarquons, avant d'aller plus loin, que cet état de turgescence que nous venons de décrire, cette face rouge, vultueuse, ce sang rouge et plastique, on peut se le procurer artificiellement aux Antilles; en un mot, on peut s'acclimater sans laisser son sang s'appauvrir.

Voici deux observations fort importantes, à ce point de vne.

---

c'est le Lethé lui-même. Mon imprudence m'a ôté la mémoire de tout ce que j'ai pu voir en enfer; je ne suis pas même sûr d'y être allé.

Nous nous rattraperons aux Champs Élysées, que je vous ferai voir en réalité, sans mentir.

Avant d'arriver à Baïa, la grand'route est resserrée contre la mer par une masse verticale de tuf volcanique. Des bouffées de vapeur s'échappent d'ouvertures creusées sur le flanc perpendiculaire : ce sont les étuves de Néron ou de Tritoli. Les cavités, taillées dans le roc vif, sont dues aux Romains, qui peut-être n'ont fait qu'achever l'ébauche de la nature. Sur les parois de quelques chambres rectangulaires, on voit encore les espèces de niches qui recevaient les parfums et les huiles odoriférantes. Dans l'une de ces chambres, débouche un étroit couloir tout à fait obscur : c'est le souterrain sans issue qui s'enfonce sous la colline de tuf, et aboutit à la source thermale cachée dans sa profondeur. Les vapeurs s'exhalent de la source, remplissent le couloir et sont vomies au dehors.

Le gardien, homme élancé et maigre (on va voir qu'il a ses raisons pour cela), ôte tous ses vêtements, moins un léger pantalon, allume une torche, prend quatre œufs, un par voyageur, les met dans un seau qu'il prend à la main, et nous montre le chemin de la source. « Quand je reviendrai, dit-il, les œufs seront cuits durs, et vous me verrez rouge comme un homard qui sort du chaudron. — On entre là comme chez soi, » répondis-je imprudemment en suivant le guide dans l'étuve. Deux de mes compagnons imitèrent mon exemple. Notez bien que le custode était à peu près nu, et moi, tout habillé, ganté, cravaté, gibus sur la tête, album et canne sous le bras. Mes compagnons se trouvaient également en toilette complète.

En entrant dans le couloir, nous fûmes saisis, nous manquâmes étouffer, et de l'hésitation se manifesta dans la petite troupe. Heureusement que notre excellent guide, sans rancune contre ma forfanterie, nous cria charitablement : « L'air est plus frais contre la terre; baissez-vous, excellences. » On respire en effet avec moins de gêne en se tenant fortement courbé.

Nous avançons toujours. Nous sommes inondés; notre chemise et nos habits sont mouillés à les tordre; la sueur ruisselle de nos cheveux sous notre cravate, et, sans mauvaise plaisanterie, sans exagération, le long du dos et du ventre, jusque dans nos souliers. Les vapeurs se condensent à la voûte, et tombent en larges gouttes sur notre tête et sur nos épaules; les parois du couloir sont tapissées d'un réseau de cascatelles; tout ruisselle autour de nous et sur nous. Je cherche à faire éventail de mon gibus; mais l'air est saturé, et l'eau qui me couvre le visage refuse de se convertir en vapeur.

Un de mes compagnons suffoque et parle de s'en aller. Malgré ma bonne envie d'en faire autant, je persévère; moi, le donneur d'exemple, je dois aller de l'avant jusqu'au bout, sous peine d'être cruellement plaisanté! Je fais le brave, et ma bravoure se communique à la petite compagnie.

Cependant le passage devient plus difficile, le sol plus anfractueux, le couloir plus étroit, la pente plus roide; nous tournons à droite. Ce coude est un des endroits les plus pénibles de tout le voyage souterrain; la chaleur s'y concentre; les vapeurs s'en échappent par bouffées. L'air me manque, je suffoque, je vois trouble, mes oreilles tintent, mon cerveau se congestionne, mes jambes chancellent, j'entends battre mes artères. Le moment est critique, et le lieu fort mal choisi pour se trouver mal. Je reprends le dessus; j'avance, à tâlons, en titubant,

OBS. VII. — M. L., de race blanche, âgé de 40 ans, arrive aux Antilles, sujet à la maladie paludéenne pyrétique intermittente (fièvre intermittente) : il est devenu faible, pâle, en un mot, offre tous les phénomènes décrits plus haut, et que l'on a désignés sous le nom de phénomènes de l'acclimatement. (Pr. : Sulfate de quinine, 1 gramme pendant une semaine ; éloigner et diminuer ensuite les doses jusqu'à ce qu'il ne prenne plus que 0,50 tous les huit jours ; continuer toujours cette dernière dose et aux mêmes époques.)

M. L. est maintenant gros et fort, sa face est rouge, vultueuse ; les capillaires de la face, des oreilles surtout, sont très-développés ; tendance au sommeil ; appétit robuste.

OBS. VIII. — M. J. B., sujet à la maladie paludéenne, face pâle, un peu jaune ; abdomen volumineux ; le foie déborde les fausses côtes de trois travers de doigt ; cet organe est douloureux à la pression. (Pr. : 30 sangsues tous les huit jours sur la région hypogastrique droite ; 1 gramme de sulfate de quinine tous les jours, pendant un mois ; puis il prendra tous les huit jours 0,40 de sulfate de quinine.

Voici un an que M. J. B. est soumis à ce traitement ; son affection du foie est guérie, et il offre les mêmes phénomènes que le précédent sujet, mais à un degré un peu moindre ; il n'est pas enclin comme lui au sommeil.

Nous avons dit que les phénomènes décrits par les auteurs comme ceux de l'acclimatement demandaient 1, 2, quelquefois 3 ans pour se développer ; il est des cas où ils pourront le faire en très-peu de temps, en un ou deux mois. Ainsi, qu'un nouveau débarquant soit affecté de maladie paludéenne pyrétique chronique (fièvre intermittente chronique), au bout de un, deux mois, quelquefois plus tôt, il offrira tous les phénomènes mentionnés plus haut, et même à un plus haut degré.

Nous voyons que les phénomènes dits de l'acclimatement peuvent être produits par quelques accès de maladie paludéenne pyrétique intermittente, qu'ils peuvent disparaître par le spécifique de la maladie paludéenne : le sulfate de quinine ; si nous ajoutons à cela que les individus habitant les endroits secs, élevés, au bord d'une mer profonde, balayés par le vent qui vient du large, conservent leurs couleurs plus longtemps, voient ces phénomènes se développer d'une manière plus lente, quelquefois même ne pas se développer du tout, ne sommes-nous pas en droit de conclure que :

1° Les phénomènes dits par les auteurs « de l'acclimatement » ne lui appartiennent pas ;

2° Que ces phénomènes sont produits par l'action lente et graduelle du miasme paludéen ;

3° Que par conséquent l'on peut s'acclimater sans éprouver ces modifications, et qu'il faut tâcher (ce qui est possible) de s'acclimater sans les subir, car alors la santé est plus robuste.

Quelle est la nature de cet état que présentent les individus dits acclimatés ?

Évidemment l'examen de ces phénomènes nous montrera qu'ils ne sont autre chose que des symptômes légers de *chlorose* ; c'est le premier degré de la maladie connue aux Antilles sous le nom de *mal d'estomac*.

Il résulte de là que presque tous les habitants des Antilles sont un peu chlorotiques.

Chez un certain nombre d'individus, la maladie reste à peu près stationnaire au point que nous avons décrit ; mais chez d'autres, elle s'aggrave. Tantôt, sans qu'il y ait fièvre, le miasme paludéen agit d'une manière lente et graduelle sur le sang qu'il altère (ces cas sont très-fréquents) ; tantôt la fièvre accompagne le développement de cet état, dont la marche est alors beaucoup plus rapide ; mais qu'il y ait fièvre ou non, les modifications produites sont les mêmes ; seulement, dans le premier cas, leur marche est aiguë ; dans le second, elle est chronique.

DEUXIÈME DEGRÉ. — (Le premier degré est, avons-nous déjà dit, ce que les auteurs ont nommé phénomènes de l'acclimatement.) La face devient plus pâle, si c'est un nègre ; au lieu de ce noir brillant qui caractérise la santé chez les individus de cette race, la peau prend une teinte d'un noir jaunâtre et sale ; les muqueuses sont d'une pâleur extrême, l'appétit diminue, il y a appétence pour les aliments de haut goût, douleurs pulsatives à l'estomac, constipation, menstruation irrégulière ou supprimée, souvent il y a de la céphalalgie frontale, des étourdissements, des bourdonnements d'oreilles ; le pouls est large, le cœur bat avec force ; palpitations au moindre effort ; essoufflement au moindre mouvement ; quand le malade se baisse, il est si étourdi qu'il manque de tomber alors qu'il se relève ; bruit de souffle au premier temps du cœur et dans les carotides.

Nous avons vu qu'au premier degré il y avait un peu de paresse, jointe à une grande susceptibilité nerveuse. Ces phénomènes augmentent : paresse invincible ; les individus affectés se couchent aussitôt qu'ils le peuvent ; le mouvement est pour eux un supplice, somnolence, un rien les irrite, les fait pleurer.

En même temps il survient une légère bouffissure de la face, de la paupière inférieure surtout ; les yeux paraissent rapetissés, les conjonctives sont boursouflées, les yeux sont brillants et paraissent nager dans les larmes ; les malléoles deviennent le siége d'un œdème léger qui disparaît par le décubitus horizontal ; l'appétit est dépravé, les malades mangent de la terre ; cette perversion du goût est si forte que ni les conseils, ni les menaces, ni les châtiments ne peuvent empêcher les malades de s'y livrer.

TROISIÈME DEGRÉ. — Tous ces phénomènes augmentent : la pâleur est extrême, la paresse et l'indifférence insurmontables ; là où le malade se trouve il se couche, sans s'inquiéter si cela peut lui nuire ou non ; à peine si les conseils peuvent le décider à s'asseoir ou à faire quelques pas. La face est fortement tuméfiée, ce qui fait paraître les yeux excessivement petits ; les membres inférieurs s'infiltrent, se distendent énormément ; des épanchements abdominaux très-considérables se forment.

Il n'y a plus d'appétit ; le malade n'a pas même le courage de porter la nourriture à sa bouche ; à la constipation succède parfois une diarrhée légère qui achève de l'épuiser.

Les palpitations de cœur sont énormes au moindre mouvement ; essoufflement considérable ; les malades se plaignent d'un étouffement continuel. Bruits de souffle artériels et cardiaques. Enfin le malade meurt épuisé.

Dans cette maladie les urines sont albumineuses. A l'autopsie on trouve de la sérosité dans l'abdomen, le tissu cellulaire sous-cutané et les muscles sont pâles, comme lavés ; les poumons n'ont surtout frappé par leur pâleur extrême ; ils sont blancs comme du papier.

Le sang est pâle, diffluent.

On trouve souvent le foie ou la rate un peu hypertrophiés, mais jamais à un degré assez considérable pour gêner la circulation abdominale ; à peine si la rate, dans les cas par nous observés, dépassait les fausses côtes de deux à trois travers de doigt.

Nous voyons que les phénomènes du mal d'estomac sont ceux de la chlorose portée à son plus haut degré. Cependant il y a une grande différence entre ces deux maladies : la chlorose naît sous l'influence de la mauvaise nourriture, de la mauvaise habitation, du chagrin, etc. ; le mal d'estomac (maladie paludéenne cachectique) est produit par l'action du miasme

---

mais enfin j'avance. « Que la source est loin ! » s'écrie alors un des touristes. Le fait est que je ne veux pas essayer d'estimer l'étendue du souterrain : je prendrais les mètres pour des lieues.

Quelques pas encore, et nous atteignons le but de notre pénible course. Voilà la source thermale ; elle occupe un petit bassin de roc, dans la partie la plus déclive et la plus reculée du souterrain. Le custode prend de l'eau chaude dans le seau, et les œufs se mettent à cuire..... ; nous aussi. Excellentissimes, dit alors notre cicérone, restons ici quelques instants, si vous voulez que les œufs soient durs. — Gardons-nous en bien, répondis-je, je les hais durs, je les adore mollets. Bravache ! disais-je en moi-même, en revenant prestement sur mes pas.

Le retour fut moins pénible que l'allée ; nous avions en perspective un air frais, et non plus un *crescendo* de chaleur. D'ailleurs nous abrégeâmes un peu, en prenant, à mi-route, un autre couloir.

Nous mangeâmes les quatre œufs ; ils étaient, ma foi, cuits à point. Il nous fallut rester un quart d'heure dans la pièce d'entrée, pour nous sécher un peu ; en sortant, la brise de mer, qui nous parut bien fraîche, acheva de nous essuyer.

Le custode eut 2 carlins par personne ; mais, poursuivant mon rôle jusqu'au bout, je voulus les assaisonner d'un pourboire : Brave homme, je ne conçois pas que vous vous donniez la peine de vous déshabiller pour faire cette petite promenade d'agrément.

Être appelé excellence, et même excellentissime, n'être cuit qu'à moitié, manger un œuf frais, avoir fait bravachement une prouesse de touriste anglais, s'en retirer sans fluxion de poitrine : tout cela pour 2 carlins, 17 sous ! Pourtant je ne recommencerais pas. En Algérie, je prenais un bain maure par semaine, mais c'est assez d'un bain de Néron dans toute sa vie.

Si vous voulez jeter un coup d'œil sur la place où fut Cumes, *regna cumana*, gravissez les rampes, et faites quelques centaines de pas dans l'intérieur des terres. Les ruines sont répandues sur un vaste espace, mais informes et presque sans intérêt intrinsèque. On reconnaît à peine l'amphithéâtre et les restes d'un arc-de-triomphe. Le temple où siégeait notre fameuse consœur, la sibylle de Cumes, n'a plus pierre sur pierre.

Au delà de Cumes, voilà, séparée de la mer par une étroite langue de terre, la nappe mythologique de l'Achéron, aujourd'hui Fusaro ; c'est là qu'exerçait son métier notre bon ami Caron. Ce n'est pas un fort bel endroit ; mais il est pourtant dépouillé de ses terreurs antiques.

On sait que le golfe de Baïa était le séjour de plaisance de tous les nobles et riches Romains. Une foule de splendides villas se pressaient le long du rivage ; leurs terrasses escaladaient les rampes ; leurs fondations empiétaient sur la mer. Tibère, Néron, Adrien, Antonin le Pieux, Cicéron, Salluste, Lucullus, etc., eurent des palais à Baïa. Horace chante en plusieurs passages les délices de ce golfe ; mais les philosophes se réunissent pour flétrir l'infâme débauche qui régnait dans ces riches demeures. Un grave sénateur réprimanda fortement Cicéron, par cela seul qu'il y possédait une villa. Passer une saison à Baïa, suffisait pour compromettre un homme réputé sage. Properce l'appelle la ville corrompue ; Sénèque flétrit en elle le rendez-vous de tous les vices. C'est à Baïa que les plus célèbres courtisanes venaient tendre leurs filets aux riches

paludéen. Aussi quand nous avons voulu, comme on le fait aux Antilles, traiter le mal d'estomac par les toniques, les ferrugineux, le vin, la bonne nourriture, nous avons constamment échoué; mais quand ayant remonté à la cause du mal d'estomac, l'ayant reconnue, nous lui avons appliqué le spécifique de la maladie paludéenne, c'est-à-dire le sulfate de quinine, nous avons réussi fréquemment à guérir cette maladie, que l'on regarde comme guérissable par exception.

Mais pourquoi, dira-t-on, si le miasme paludéen est cause du mal d'estomac, les nègres y sont-ils plus sujets que les blancs? La réponse est bien facile. Tous les auteurs qui ont traité de la maladie paludéenne s'accordent à reconnaître que les individus aisés qui ont une bonne nourriture, du vin, une bonne hygiène, des habitations saines, y sont moins sujets. Or le blanc aux Antilles a de la viande, du vin; les habitations sont toutes sur des collines, elles sont sèches; il porte de bons vêtements; le nègre ne vit que de légumes et d'un peu de poisson salé; ses cases sont basses et humides, et la maladie paludéenne attaque de préférence ceux qui sont épuisés. Nul doute que si le nègre vivait comme le blanc, il ne fût moins sujet au mal d'estomac; mais c'est qu'alors plus fort, plus robuste, il résisterait plus aux causes des maladies. Mais il est encore une cause puissante du mal d'estomac chez le nègre, c'est qu'il fait un grand usage d'eaux de mares, lesquelles renferment une masse de substances végétales en putréfaction; le blanc, au contraire, boit en général des eaux de pluie que l'on conserve dans de grandes jarres.

Nous venons de dire que le mal d'estomac était produit par le miasme paludéen; nous ne voulons pas prétendre par là qu'il n'y ait aux Antilles des cas de chlorose produits par les mêmes causes qu'en France; loin de là, nous en avons observé nous-même plusieurs; mais nous voulons montrer seulement que la majorité des cas est produite par ce miasme et demande un traitement spécifique.

Nous pouvons donc conclure :

1° Que les phénomènes dits d'acclimatement ne sont que les symptômes d'un état cachectique, qui n'est lui-même que le premier degré de la maladie nommée mal d'estomac;

2° Que le mal d'estomac n'étant qu'une lésion produite par la maladie paludéenne, il devra être traité comme les autres manifestations produites par la même cause, c'est-à-dire par le sulfate de quinine;

3° Que ce traitement devra être aussi celui d'un certain nombre d'hydropisies, qui naissent sous l'influence de ce même état cachectique.

Nous voyons ici un état cachectique produit par la maladie paludéenne. Il est plusieurs autres causes qui peuvent produire la cachexie: telles sont le cancer, la syphilis, la maladie saturnine, la mauvaise nourriture, les privations. La cachexie n'est donc pas une maladie, mais une lésion générale qui peut être produite par différentes maladies. Le traitement de cette lésion variera donc avec la cause qui l'a produite. Toutes les cachexies, quelle que soit leur cause, présenteront généralement les mêmes symptômes; ainsi ceux de la cachexie syphilitique sont les mêmes que ceux de la cachexie saturnine, cancéreuse, chlorotique, paludéenne; c'est d'après la marche, les antécédents, les lésions concomitantes, l'étude des causes, que l'on pourra parvenir à reconnaître la nature intime de chacune d'elles, et à leur appliquer un traitement convenable. Nous devons toutefois faire ici, à propos du traitement, une observation applicable à toutes ces lésions: c'est que dans toutes les cachexies il y a nne débilitation profonde de l'économie; l'usage des toniques devra donc être général, mais il sera insuffisant si on n'y joint pas le traitement de la maladie productrice de la cachexie.

De ce que nous venons de dire sur les modifications que fait subir à l'économie l'action lente et prolongée du miasme paludéen sur les habitants des pays chauds, résultent des conséquences importantes pour le traitement des maladies dans ces régions.

Habitué à traiter en France les affections inflammatoires, les pneumonies entre autres, par la formule de M. Bouillaud, nous avons été étonné de la voir échouer entièrement quand nous l'avons appliquée aux Antilles. A quoi cela tient-il? Cela ne vient pas de ce que les pneumonies des pays chauds sont bilieuses ou autres rêveries semblables, mais à ce que ces lésions existent chez des individus tous, sauf quelques très-rares exceptions, plus ou moins chlorotiques. Aussi ai-je vu souvent des pneumonies disparaître rapidement chez eux sous l'influence de la formule de M. Bouillaud, mais les malades restaient à la suite du traitement dans un état de faiblesse tel qu'ils expiraient, les uns deux ou trois jours après la complète disparition de tous les symptômes de la pneumonie; ils s'éteignaient sans fièvre; les autres vivaient quinze jours, un mois, puis périssaient dans le dernier degré de la chlorose.

Il faut donc bien se pénétrer de cette idée que la formule de M. Bouillaud, qui, en France, a été adoptée généralement dans le traitement des phlegmasies, ne peut être appliquée qu'exceptionnellement dans leur traitement dans les pays où la maladie paludéenne domine. Nous avons rencontré peu de malades qui pussent supporter coup sur coup plus de trois saignées de deux à trois palettes chaque. Aussi faut-il compter beaucoup, dans ces pays, sur le tartre stibié à haute dose et sur les vésicatoires.

Une chose à remarquer dans le traitement des phlegmasies de nos pays, c'est qu'elles donnent au malade souvent une sorte de vigueur factice qui peut faire croire au médecin qui n'en a pas l'habitude, qu'il peut supporter une déplétion sanguine beaucoup plus forte qu'il n'est susceptible. Aussi avons-nous été surpris, au début de notre pratique à la Guadeloupe, de voir l'abattement considérable des forces qui survenait par des émissions sanguines fort modérées, chez des individus qui en apparence pouvaient en supporter de beaucoup plus considérables.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

DE L'EMPLOI COMPARATIF DE L'ACIDE ARSÉNIEUX ET DU SULFATE DE QUININE DANS LE TRAITEMENT DES FIÈVRES INTERMITTENTES (lu à l'Académie de médecine, séance du 17 septembre); par M. MAILLOT, médecin en chef de l'hôpital militaire de Lille.

Du 11 février au 16 juillet 1850, nous avons eu 166 cas de fièvres intermittentes, fournis par 148 malades, 16 d'entre eux ayant eu chacun deux entrées et un seul trois entrées. Sur ce chiffre de 166 figure pour 126 le 26e de ligne, quoiqu'il ne constitue pas la moitié de la garnison de Lille; mais un an auparavant il avait habité Dunkerque où les affections paludéennes sont fréquentes.

Ces fièvres ont été simples en général; quelques malades seulement ont offert des engorgements de la rate, des viscères abdominaux ou des traces

---

voluptueux. Levina, Cintia et Triphena, célébrées par Martial, Properce et Pétrone, étalaient leurs grâces perfides à Baïa.

Quand la barbarie snccéda à la civilisation romaine, et pendant les âges de renaissance, Baïa conserva, parmi ses ruines, quelques palais, villas ou bains, où l'on vit accourir les princes Angevins, Durasques, Aragonais. Le château de Pierre de Tolède, véritable forteresse, est le seul monument postérieur aux temps anciens, qui subsiste aujourd'hui. Si Baïa n'était plus alors que l'ombre d'elle-même, sous le rapport de l'étendue, de la splendeur et de la population, elle n'en resta pas moins fidele à ses mœurs dépravées d'autrefois. Pétrarque, Pontano, Boccace, qui visitèrent Baïa déchue, l'appellent le village du libertinage, la ruine des jeunes gens, la perte des vieillards.

De toutes les magnificences romaines, que reste-t-il? des ruines sans forme et des souvenirs. Non loin des étuves de Néron, on retrouve pourtant un groupe de temples et de thermes dignes de l'attention du touriste. Le temple de Mercure se fait surtout remarquer par une fort belle coupole encore debout. Les temples de Vénus et de Diane offrent chacun leur intérêt spécial. Ils paraissent avoir fait partie de vastes Thermes; c'était le point central de Baïa, la maison de jeu, de danse, de bain et de conversation. Mais c'était encore autre chose; dans de mystérieux réduits creusés sous la colline, et sur l'un desquels on voit encore des bas-reliefs en stuc, se célébraient les mystères obcènes de Vénus. Près de ces chambres existe, fouillée également sous la colline, une vaste salle de bains, dans laquelle la main des modernes nous semble avoir maladroitement disposé des espèces de baignoires. Celui des trois temples qui élève isolément, sur le bord de la mer, sa haute coupole à demi-tombée, pourrait bien avoir été, non pas un sanctuaire de divinité, mais la salle d'apparat des Thermes, la Pinacothèque. C'est là une opinion que nous hasardons avec réserve.

Non-seulement Baia n'est plus habité; il n'est plus habitable. Des marécages s'étendent jusque sous les voûtes des temples; les aqueducs sont rompus, les conduits oblitérés; la putréfaction remue toute la surface et s'exerce jusque dans les profondeurs de la terre, poreuse, volcanique, riche en débris aptes à lui fournir d'abondantes matières. Les terrains plutoniens de la côte occidentale d'Italie sont naturellement insalubres; ce n'est qu'à force de soins, d'industrie et de science, que l'homme parvient à en extirper les fièvres endémo-épidémiques. Si son travail se ralentit, la maladie reprend bientôt son empire. Où sont aujourd'hui les trente-trois cités volsques (1) qui florissaient sur le site des marais Pontins? De rares pâtres décharnés et pâles nous montrent quelques pierres sous les hautes herbes des marais. L'Agro Romano, dont Pline, Columelle et Varron nous vantent les populeux villages agricoles, est aujourd'hui un désert. Le séjour d'Ostie est mortel; les plus belles campagnes de la riche Étrurie sont incultes et fiévreuses. Tant vaut l'homme, tant vaut le sol, dit un proverbe fort vrai. Partout, comme à Baia, la maladie et la mort se sont hâtées de reprendre le domaine que l'homme et la civilisation leur lâchaient pied à pied. Tant de décadence est chose bien triste à considérer. Mais la volonté humaine est toujours là; elle n'attend qu'une impulsion pour se mettre à l'œuvre et pour chasser le miasme. Le grand-duc de Toscane a déjà montré à

(1) Pline l'Ancien.

de cachexie paludéenne ; 2 fois il y a eu fièvre pernicieuse sous forme comateuse. Tous ces cas se sont terminés par la guérison.

Sous le rapport du type, ces fièvres se divisent ainsi :

Quotidiennes	48
Tierces	114
Tierce doublée	1
Quartes	3
	166

Sous le rapport de l'ancienneté de la maladie, elles se partagent de la manière suivante :

Première invasion	79
Première récidive	48
Deuxième récidive	27
Troisième récidive	8
Quatrième récidive	3
Huitième récidive	1
	166

Les récidives succédaient généralement à un ou plusieurs traitements par le sulfate de quinine.

Ces 166 fièvres intermittentes ont été traitées et guéries de la manière suivante :

Par l'expectation ou un vomitif	33
Par l'acide arsénieux seul	77
Par le sulfate de quinine seul	42
Par l'acide arsénieux et le sulfate de quinine	14
	166

Dans la majorité des cas, nous n'avons commencé le traitement qu'après avoir constaté au moins un accès à l'hôpital.

EXPECTATION.

Nous avons eu 33 cas de guérisons, sans traitement médicamenteux ou par un simple vomitif, dans l'ordre suivant :

Première invasion	18
Première récidive	7
Deuxième récidive	6
Troisième récidive	1
Quatrième récidive	1
	33

6 malades sur 33 ont été guéris par un simple vomitif ; 3 n'ont plus eu d'accès à partir du moment où ils l'ont pris ; les 3 autres n'ont eu qu'un accès.

Des 27 restants n'ayant rien pris à la caserne,

Chez	5	l'apyrexie avait commencé avant l'entrée.
	12	il n'y a pas eu d'accès à l'hôpital.
	8	il y a eu un accès à l'hôpital.
	2	deux accès.
	27	

De ces malades, un seul est rentré à l'hôpital pour récidive, après vingt-huit jours d'apyrexie ; il a été une deuxième fois guéri sans traitement.

ACIDE ARSÉNIEUX.

Sous l'influence de la médication arsenicale, nous avons eu 77 guérisons dans le rapport suivant par ancienneté de la maladie.

Première invasion	40
Première récidive	19
Deuxième récidive	12
Troisième récidive	5
Quatrième récidive	1
	77

Ce tableau ne confirme pas l'assertion suivant laquelle l'arsenic ne serait efficace que dans les intoxications anciennes.

Chez 14 malades soumis au même traitement, la cure a dû être complétée par le sulfate de quinine, comme nous le dirons plus bas.

L'acide arsénieux a été administré en solution dans la proportion de 1 centigr. pour 30 grammes d'eau distillée. Dans des cas très-rares et tout exceptionnels, la dose a été portée à 3 ou 4 centigr. Mais en général l'accès une fois constaté, il n'a été donné qu'à 2 centigr. par jour, à prendre par cuillerée d'heure en heure, l'administration de la solution en une seule fois ayant été reconnue moins innocente. Cette dose a été continuée ou quelquefois portée à 3 centigr. jusqu'à l'apyrexie. Et celle-ci une fois obtenue, les malades ont tous les jours pris 1 centigr. jusqu'à leur sortie. De cette façon la dose moyenne d'un traitement complet a été de 19 centigr. Dans quelques cas, par suite de rechutes qui ont fait reprendre la dose de 4 centigr., elle a été portée à 40, 45 et même 50 centigr. impunément. Dans des cas opposés et par essai, il a suffi de 4 et même 2 centigr. Ajoutons que les malades ont été fortement nourris avec avantage ; souvent ils étaient au quart le jour même de la fièvre, et presque constamment à la demie, dès le premier jour d'apyrexie.

Sous l'influence de cette médication, voici quels ont été les phénomènes observés :

La circulation n'a pas paru notablement modifiée; chez plusieurs malades, le pouls a été soigneusement examiné et compté tous les jours à la même heure ; il n'a jamais révélé que des oscillations insignifiantes et passagères.

Quelques malades ont manifesté un appétit insolite.

La quantité des urines n'a pas paru augmentée; l'analyse de ce liquide, plusieurs fois répétée et par les procédés les plus délicats, a dénoté la présence de l'arsenic en quantité minime, impondérable, mais évidente. Pareil examen a été porté sur la salive et la sueur, mais sans résultats.

Les phénomènes les plus prononcés ont été fournis par le tube digestif. Sous l'influence de 3 et même 2 centigr., nous avons vu de la soif, des nausées, des vomissements bilieux, de l'embarras gastrique, de la diarrhée; mais ces phénomènes ont été passagers et ont disparu sur-le-champ par la suppression du médicament, la diminution de la dose, l'addition d'une quantité d'eau plus grande, quelquefois même sans que la dose du médicament ait été modifiée, comme s'il s'était établi une certaine tolérance de la part de l'estomac.

---

l'Italie ce que l'on peut espérer d'efforts intelligents et soutenus. Les papes et le roi des Deux-Siciles ont également assaini certaines localités de leurs États.

Dans le village de Baccola (Bauli), qu'on trouve un peu avant d'arriver à l'ancien port de Mysène, les habitants ont presque tous ce cachet spécial qui dénote l'existence des fièvres endémo-épidémiques. Quelle différence entre leur aspect chétif et l'apparence de santé qui brille sur toutes les physionomies, le long de la côte de Sorrente et de Vico, située de l'autre côté du golfe de Naples, en allant au cap Massa! Vous avez trop bien rendu compte du pourquoi de ces différences, très-cher, pour que je revienne ici sur ce sujet épuisé par votre plume.

Nous ne ferons que signaler la villa d'Agrippine. On visite, aux flambeaux, le dédale souterrain dans lequel l'empereur fit mettre à mort sa mère. Nous sommes ici un peu dans le domaine de la médecine ; le meurtre de sa mère n'est-il pas le dernier acte de la monomanie de cruauté dont Néron fut affecté pendant tout son règne?

La conservation de l'eau potable est certainement un des points capitaux de l'hygiène. Sous ce rapport, l'étude des citernes romaines nous appartient. Les plus beaux réservoirs de Constantine, si renommés pourtant, ne peuvent rivaliser avec la *piscina mirabilis*, située sur le rivage du port de Mysène. C'est une véritable cathédrale souterraine, à trois nefs, soutenue par quarante-huit pilastres. La voûte est percée de regards, par lesquels venaient faire de l'eau les marins de la célèbre flotte de 100,000 hommes, commandée par Pline l'Ancien. La *piscina mirabilis* a presque conservé toute sa fraîcheur primitive ; ses murs sont revêtus de concrétions, déposées par les eaux, qui augmentent leur solidité et rendent les parois imperméables. Aujourd'hui ce vaste édifice souterrain est à sec.

D'autres citernes, plus petites, se rencontrent aux environs de la *piscina mirabilis*. De l'autre côté du cap Mysène, on trouve la *grotta dragonaria*, autre réservoir, très-vaste, dit-on, qui paraît avoir été commencé par la nature et achevé par l'homme.

A nos pieds, sous la terrasse de la *piscina mirabilis*, bleuissent les eaux du port de Mysène, enfermé au sud par une langue de terre où quelques ruines sont baptisées maison de Salluste, au nord par la presqu'île élevée dont la pointe forme le cap Mysène. On sait que la flotte de 100,000 hommes était mouillée dans ce port, en 79 après J.-C., sous les ordres de Pline l'Ancien, cet aimable conteur auquel la médecine doit la conservation de beaucoup de documents précieux. Dès que l'amiral apprit que le Vésuve couvrait de ses déjections les malheureuses cités assises à ses pieds, il se hâta de voler à leur secours ; mais l'homme était impuissant devant ce grand courroux de la nature. On lira avec émotion, dans Pline le Jeune, le saisissant récit de la mort de son oncle, qui périt, victime de son zèle, sur le rivage de Stabia, la moderne Castellamare.

Le fond du port de Mysène s'ouvre dans la mer Morte, petite nappe autour de laquelle Virgile place les Champs-Élysées. Sur les pentes qui viennent mourir dans ces eaux dormantes, verdissent sans doute d'agréables bosquets, mais cependant on pourrait trouver, pour les âmes des héros, quelque chose de mieux, le long de la côte italique. Ce séjour n'est, du reste, bon que pour des ombres ; les vivants seraient bientôt expédiés dans l'autre monde, par les

Dans un seul cas, nous avons eu une gastro-entérile qui a duré quelques jours.

Voici dans quelles proportions ces accidents se sont présentés :

Soif, nausées, vomissement	12
Douleurs et embarras gastrique	8
Coliques et diarrhées	4
Gastro-entérite	1
	25

Si nous envisageons l'emploi de l'acide arsénieux sous le rapport de la rapidité de la guérison, nous trouvons qu'à partir de la première dose :

N'ont plus eu d'accès	38
Ont en un seul accès	31
deux accès	7
plusieurs accès	1
	77

Sur ce nombre, 2 malades avaient, au début, pris sans succès une potion vomitive.

Dans la moitié des cas, on le voit, la fièvre a été arrêtée immédiatement par la solution arsenicale; nous avons voulu mettre ces cas en regard de l'assertion à laquelle nous avons fait allusion plus haut, et nous avons constaté :

Première invasion	16
Première récidive	9
Deuxième récidive	9
Troisième récidive	4
	38

Des 77 malades guéris, 11 ont eu une rechute à l'hôpital, 2 ont eu deux rechutes, en tout quinze rechutes. Toutes les rechutes ont été traitées de nouveau par l'acide arsénieux à 2 et 3 centigr. Après la première prise :

N'ont plus offert d'accès	4
Ont en un accès	9
deux accès	1
trois accès	1
	15

Résultats moins heureux que ceux que les sujets avaient offerts lors de leur entrée.

Les malades ne sont sortis de l'hôpital que quinze à vingt jours après leur dernier accès, à part quelques exceptions justifiées par des circonstances étrangères à la maladie. Ils ne présentaient à leur sortie aucune différence avec leur camarades traités par le sulfate de quinine.

8 dans le 26ᵉ de ligne ont eu à la chambre des rechutes passagères qui n'ont pas nécessité leur envoi à l'hôpital ; de ce nombre, 2 seulement nut pris du sulfate de quinine. 11 ont dû rentrer, 7 ont été de nouveau soumis à l'acide arsénieux et guéris ; 2 ont été guéris par le sulfate de quinine; les 2 derniers ont été traités et guéris par les deux médicaments.

SULFATE DE QUININE.

Nous avons eu 42 guérisons par le sulfate de quinine, se divisant ainsi :

Première invasion	14
Première récidive	20
Deuxième récidive	5
Troisième récidive	2
Huitième récidive	1
	42

Presque tous les malades ont suivi le traitement suivant : l'accès une fois constaté, il a été donné une potion de sulfate de quinine à 8 décigrammes, et dans les cas où la fièvre n'était pas brusquement arrêtée, il a été administré une deuxième potion à 4 décigrammes ; enfin, vers le douzième jour de l'apyrexie, une nouvelle dose de sulfate de quinine, de 4 décigrammes, a été donnée en vue des récidives. La sortie a eu lieu après quatorze ou dix-huit jours d'apyrexie. Ce traitement n'a été modifié que par essai, pour 2 on 3 adultes, qui ont pris 5 décigrammes, et quelques enfants de troupe.

Voici les résultats produits par cette médication. Après la première potion :

N'ont pas eu d'accès	32
Ont eu 1 accès	8
2 accès	2
	42

La fièvre a donc été coupée dans les trois quarts des cas ; par l'arsenic, elle ne l'a été que dans la moitié des cas.

Nous avons un chiffre de rechutes plus élevé qu'il ne l'est habituellement, par suite des circonstances qui suivent : 3 enfants de troupe, de 11, 14 et 15 ans, qui avaient subi une première intoxication à Dunkerque, en ont offert 5 à eux seuls. En second lieu, un malade d'une huitième récidive de fièvre d'Afrique, avec engorgement des viscères abdominaux, en a offert 3.

Quoi qu'il en soit, voici le tableau de ces rechutes :

Ont eu une	rechute	6
2	rechutes	3
3	—	1

En tout 10 rechutants présentaient une somme de 15 rechutes. De ce chiffre, 11 seulement ont été traités par le sulfate de quinine avec le résultat suivant. Après la première potion :

N'ont plus présenté d'accès	8
Ont présenté 1 seul accès	3

Dans les 4 autres rechutes, la fièvre n'a pas reparu, quoique aucun traitement n'ait été employé.

Nous avons cru utile de noter l'époque des rechutes après chaque médicament, et de les rapprocher comme on le voit dans le tableau suivant :

---

méphitiques vapeurs qu'exhale la zone marécageuse qui borde la *mare Morto*.

A quelques kilomètres du cap Mysène, s'élèvent les îles Ischia, Procida, Vivara. Ischia, qui étale ses bosquets au pied du volcan Epomée, intéresse le médecin par ses eaux minérales ; on n'y compte pas moins de quatorze sources et de quatre étuves. Elles sont si diversement minéralisées que l'homme de l'art peut y satisfaire à presque toutes les indications. Le thermomètre y marque depuis 26° ou 28° cent. jusqu'à 60°. N'ayant pas visité Ischia, nous n'y conduirons pas le lecteur; mais, pour terminer la course, il est à propos de récapituler rapidement, en nous complétant, les sources thermales disséminées le long du rivage du golfe de Baïa ; ce sont :

Subventi homini, Lipposi, Sérapis, sources acidules, salines et ferrugineuses ;

Acqua della Pietra, eau ferrugineuse et alcaline, marquant 26° ;

Bagnoli, ou les Étuves de Néron ;

Sans compter la grotte de la Sibylle, du Chien, la grotte ammoniacale, les étuves de Sao-Sermano, et quelques autres établissements du même genre, la Solfatare, etc.

Il serait sans doute poli, maintenant, de ramener à Naples le lecteur qui a eu la patience de nous suivre jusqu'au bout; mais nous pensons qu'il a assez de notre babillage, et, sans cérémonie, nous le plaçons là, sur le promontoire de Mysène. Le soleil est bas sur l'horizon; ses clartés rougeâtres colorent les ruines de la maison de Salluste, et glissent, en traits de feu, sur les eaux sombres du port et de la mer Morte. Ces vapeurs douteuses ne seraient-elles pas les âmes errantes dans les Champs-Élysées? Ces bruits confus des flots sur la plage, ressemblent au lointain murmure qui devait s'exhaler de la grande flotte. Les airs sont pleins d'harmonies.... Est-ce Énée pleurant son fidèle écuyer Mysène, ou bien le dernier chant du cygne, l'improvisation de Corinne sur le promontoire? Nous ne pouvons pas laisser le lecteur en meilleure compagnie, et devant un plus magique spectacle.

FÉLIX JACQUOT.

ERRATA. — LETTRES D'ITALIE. N° 20, p. 371, col. 1, l. 17, au lieu de 100 hommes à l'hôpital, sur un effectif de 1,000, lisez 700.

N° 25, p. 525, col. 2, l. 12, au lieu de *raquer*, lisez *rogner*.

— p. 526, col. 2, l. 8, au lieu de *verrues*, lisez *veines*.

— p. 527, col. 1, l. 6, au lieu de *facilement*, lisez *tacitement*.

INSTRUCTION PUBLIQUE EN ESPAGNE. — Dans le cours de l'année scolaire qui vient de s'écouler, il y a eu 19,631 étudiants inscrits dans les universités, les colléges et les séminaires. Dans ce nombre, 13,453 appartenaient aux classes de philosophie; 1,157 à celles de théologie; 3,750 aux facultés de droit; 1,646 à celles de médecine; 144 à la chirurgie; 539 à la pharmacie.

	Après l'arsenic.	Après le sulf. de quin
Le 18e jour de l'apyrexie.	3	»
Le 17e — —	1	»
Le 16e — —	1	»
Le 15e — —	»	1
Le 14e — —	2	4
Le 13e — —	1	2
Le 12e — —	2	»
Le 11e — —	2	»
Le 10e — —	2	2
Le 9e — —	»	1
Le 8e — —	»	3
Le 7e — —	1	2
	15	15

Moyenne pour l'arsenic . . . . 13 jours 1/2.
Moyenne pour le sulfate de quinine . . . . . . 11 jours.

L'acide arsénieux donnerait-il une immunité plus longue ? Il faudrait des chiffres beaucoup plus nombreux pour décider la question.

Quant aux accidents déterminés par le sulfate de quinine, nous avons vu, dans un cas, la dose de 3 décigrammes provoquer des vomissements chez un enfant de 11 ans. Dans un second cas, chez un adulte, il y a eu, quelque temps après l'administration d'une potion à 8 décigrammes, des coliques assez vives et une diarrhée qui a duré quelques jours.

Il n'a pas été tenu note, à la caserne, des malades qui ont rechuté à la chambre après le traitement par le sulfate de quinine.

3 sont rentrés à l'hôpital pour récidive ; 2 ont été de nouveau guéris par le sulfate de quinine, le troisième par un simple vomitif.

ACIDE ARSÉNIEUX ET SULFATE DE QUININE.

Il nous reste à étudier 14 malades qui, ayant été préalablement soumis à l'acide arsénieux, ont dû prendre ensuite du sulfate de quinine. Ils se partagent ainsi, sous le rapport de l'ancienneté de la maladie :

Première invasion	7
Première récidive.	2
Deuxième récidive.	4
Quatrième récidive.	1
	14

Chez 4 malades, l'acide arsénieux ne suspendant pas les accès, et de plus entraînant des accidents tels que vomissements, diarrhée, etc., il a été remplacé par le sulfate de quinine, qui a terminé la guérison. Un sujet a pu, après un jour de repos, reprendre la solution arsenicale sans danger.

Les 10 autres malades avaient eu la fièvre coupée par la solution arsenicale. Après la première potion :

N'avaient pas eu d'accès.	3
Avaient eu 1 accès	6
3 accès.	1
	10

Mais chez tous il y a eu rechute à l'hôpital. 4 ont été soumis alors au sulfate de quinine, et de ce nombre, 2 ont été guéris complétement. Chez les 2 autres, la fièvre a été également suspendue ; mais il y a eu une deuxième rechute, et chez l'un même une troisième. Toutes ces rechutes ont été traitées par le sulfate de quinine, et dans un seul cas, il y a eu un accès après la première administration du médicament.

Quant aux 6 autres malades, ayant rechuté après le traitement arsenical, ils se divisent en deux groupes.

3 ont été remis immédiatement à l'arsenic ; mais chez deux, les accès persistant, le sulfate de quinine a été administré avec plein succès. Chez le troisième, les accès se continuant et s'accompagnant en outre de vomissements, il a été soumis également au sulfate de quinine, et avec le même bonheur.

Enfin les trois derniers malades, remis aussi à l'arsenic, ont été guéris après un ou deux accès ; mais tous trois ont été pris d'une seconde rechute. Ils ont alors été traités par le sulfate de quinine, qui a parfaitement réussi, excepté dans un cas, où il y a eu encore une troisième et dernière rechute.

Des 14 malades soumis à ce traitement complexe, 2 avaient, au début, pris sans résultat une potion vomitive. 2, après leur sortie, ont rechuté à la chambre, mais ont guéri sans traitement ; 2 sont rentrés à l'hôpital, et ont été tous deux traités et guéris par le sulfate de quinine.

CONCLUSIONS.

L'acide arsénieux est un médicament fébrifuge d'une grande puissance.

Son action cependant est moins sûre que celle du sulfate de quinine, puisque ce dernier médicament n'a jamais été en défaut, et que de plus, dans plusieurs cas, nous avons dû y recourir pour mettre fin à des accès qui, malgré l'emploi de l'acide arsénieux, persistaient avec ténacité.

Son action aussi est moins prompte que celle du sulfate de quinine, puisque, après la première dose, la fièvre a reparu dans la moitié des cas, tandis qu'après la première administration du sulfate de quinine, les accès ont manqué dans les trois quarts des cas, dernier résultat, il est vrai, que l'on n'obtient pas en donnant le sulfate de quinine à des doses moindres que celle que nous avons indiquée.

L'acide arsénieux paraît avoir sur le sulfate de quinine l'avantage de rendre les rechutes moins fréquentes et plus tardives.

Les accidents primitifs déterminés par l'acide arsénieux ne me paraissent pas avoir la moindre importance ; ils se dissipent immédiatement, soit en suspendant pendant un jour ou deux l'administration du remède, soit en l'étendant dans une quantité plus grande d'eau distillée.

Quant aux accidents consécutifs, je n'en ai pas vu, et il est constant pour moi que les auteurs qui nous ont fait un si triste tableau de l'état des malades qui avaient été soumis à ce traitement, même dans des proportions infiniment moindres que les nôtres, ont confondu les accidents consécutifs des fièvres intermittentes avec ceux du traitement. N'est-ce pas ce qu'on a fait pendant des siècles pour le quinquina ? N'est-ce pas ce qu'on a fait plus récemment pour le sulfate de quinine ?

Je crois qu'il faut tenir très-peu compte des plaintes exagérées que peuvent faire des soldats qui sont déjà prévenus contre la médication par le nom seul qu'elle porte ; ce sont de ces accusations que je leur ai si souvent entendu formuler contre le sulfate de quinine, qu'elles sont pour moi sans valeur aucune. Ce qu'il y a de certain, c'est que tous ces malades mangeaient avec beaucoup d'appétit, qu'ils avaient une alimentation très-substantielle, qu'ils se promenaient toute la journée, que leur teint accensait le retour à la santé, et que 11 seulement sur 77 ont dû rentrer à l'hôpital ; ce qu'il y a de certain encore, c'est que des malades traités par le sulfate de quinine, dans mes salles et dans un autre service, *cherchaient à se procurer de la solution arsenicale*, ce qui donne la mesure de l'importance que l'on doit attacher aux plaintes des autres.

Aussi je n'hésite pas à déclarer qu'il n'y a *aucun danger* à traiter les fièvres intermittentes par l'acide arsénieux ; que ce médicament est jusqu'à ce jour le *meilleur succédané* des préparations de quinquina ; qu'il leur est peut-être supérieur, si on ne donne celles-ci qu'à de faibles doses, comme on a généralement l'habitude de le faire, et qu'il a l'avantage d'être d'un prix tellement minime que l'on peut à peine en évaluer les frais.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

LETTRE ET OBSERVATION SUR LE STRABISME DROIT ; par M. J.-B. BORELLI, docteur agrégé à l'Université de Turin, chirurgien de l'hôpital Majeur des Saints-Maurice et Lazare.

Monsieur le rédacteur,

La question des rétractions musculaires relatives à l'explication des différentes formes de strabisme est loin d'avoir reçu son dernier mot de solution. La vive polémique élevée naguère entre les honorables MM. Corvisart, Philippe et la GAZETTE MÉDICALE, sur l'existence du strabisme *droit* ou *direct* admis et défendu par le premier, et la divergence d'opinion entre tous les trois sur les effets immédiats de *contracture* et de *rétraction* musculaire par la paralysie des muscles antagonistes, sont là pour attester que beaucoup de faits se trouvent encore à l'état de contestation et même de problème.

Or, en médecine, plus qu'en toute autre science, les faits simples et nettement caractérisés ont quelquefois une très-grande portée pour résoudre des questions longues et compliquées. Ces faits, que la nature semble se complaire à produire de temps à autre avec toute sa propre naïveté, au milieu des recherches et des discussions les plus opiniâtres, sont autant de pierres angulaires qui font surgir solidement le grand édifice médical auquel travaillent depuis si longtemps tant de générations et de talents distingués.

L'observation que je vous adresse, monsieur le rédacteur, m'a paru renfermer quelques-uns de ces faits simples dégagés de toute contestation sur ses plus appréciables manifestations, et propres à vous fournir une occasion pour éclaircir quelques questions relatives aux formes si variées de strabisme, question, du reste, que vous avez si bien illustrée avec vos investigations scientifiques. Je vous la communique en conséquence dépourvue de tout commentaire, comme elle s'est d'abord offerte à moi et comme elle a été conduite à un assez heureux résultat par un traitement simple et rationnel. Veuillez bien l'agréer dans le pur intérêt de la science, et l'insérer dans un prochain numéro de votre toujours intéressant journal.

STRABISME DOUBLE DIVERGENT AVEC BLÉPHAROPTOSE (PARALYSIE DE LA TROISIÈME PAIRE DES NERFS CÉRÉBRAUX); SEMI-FATUITÉ; APPLICATION RÉPÉTÉE DE VÉSICATOIRES PAR LE COLLODION CANTHARIDAL SUR LES RÉGIONS PERI-ORBITALES; AMÉLIORATION; PRÉPARATIONS DU STRYCHNOS A L'INTÉRIEUR; GUÉRISON PRESQUE COMPLÈTE DES STRABISMES ET DES BLÉPHAROPTOSES; AMÉLIORATION PEU SENSIBLE DE LA FATUITÉ.

OBS. — Un individu âgé de 50 ans, voiturier, de constitution originairement nerveuse et très-robuste, de tempérament sanguin, d'humeur gaie, quelquefois très-irritable, ordinairement bien portant, affecté cependant depuis beaucoup d'années d'un herpès squammeux héréditaire à toute la chevelure, a commencé au mois d'août dernier à souffrir des vomissements secs sans cause appréciable, excepté toutefois les causes ordinaires atmosphériques inhérentes à sa profession, et plus encore, selon toute probabilité, pour avoir, pendant un an et demi, passé la plupart des nuits couché sur la paille dans une écurie humide et exposée au nord. Après deux semaines, les vomissements cessèrent, et il survint une tendance telle au sommeil qu'il aurait dormi des journées entières. Ce n'était qu'avec de grandes difficultés qu'on pouvait parvenir à le réveiller pour sa nourriture et ses autres besoins; il se rendormait ensuite où qu'il se trouvât. Dans ce temps a commencé un certain degré de fatuité avec un grand affaiblissement de mémoire.

Cet état a duré environ deux mois. La somnolence ayant ensuite diminué, il est survenu de forts maux de tête et de dents qui ont duré un autre mois. Enfin, sur le commencement de décembre, ayant l'habitude d'appuyer très-souvent sa tête sur une étuve en fer, on s'aperçut que l'œil gauche déviait de sa direction normale et restait tourné en dehors, tandis que le malade accusait des tournoiements des objets environnants. Cependant, après quelques semaines, l'œil gauche se remit tant soit peu de sa divergence, et alors le droit commença à son tour à se porter en dehors, de manière qu'en peu de jours la divergence fut presque complète, et dans le même temps la paupière supérieure devint tellement procidente que l'œil fut complètement fermé. Alors le strabisme gauche recommença aussi à se faire plus prononcé, et la paupière supérieure correspondante à se rendre procidente.

J'oubliais de dire que dès l'invasion de la maladie, c'est-à-dire dès l'apparition des vomissements, l'herpès avait beaucoup diminué de ses desquammations habituelles. Pareillement, il y a cinq ou six ans, l'écaillement de la chevelure ayant diminué, il survint à l'œil et au côté gauche de la figure un érythème érésipélateux, qui quoique guéri, a laissé une petite croûte sur l'aile gauche du nez qui subsiste encore maintenant.

Quand je reçus le malade dans ma clinique, le 18 du mois de mars dernier, il se trouvait dans l'état suivant: procidence complète de la paupière supérieure droite sans le moindre mouvement, quoique le muscle orbiculaire conserve encore sa motilité. En élevant forcément la paupière, on aperçoit une divergence telle de l'œil que plus des deux tiers de la cornée restent cachés sous l'angle orbitaire externe. L'œil ne peut absolument faire aucun mouvement. Le bord de la paupière supérieure de l'œil gauche n'est distant du bord de l'inférieure que d'un tiers de centimètre; la moitié de la cornée de l'œil est aussi cachée sous l'angle orbitaire externe; tout mouvement pour élargir l'ouverture des paupières et pour changer la position de l'œil est impossible. La vue cependant n'est pas trop altérée, et en élevant la paupière procidente de l'œil droit, le malade distingue clairement tous les objets; les deux pupilles ont une dilatation moyenne et sont peu mobiles à l'impression de la vive lumière. En lui tenant les yeux ouverts, le malade n'éprouve pas de diplopie, mais il se rappelle avoir vu les objets doubles dans le commencement de la maladie. Il marche encore avec un certain aplomb, mais il est forcé d'élever beaucoup la tête et de la bien tourner du côté droit, soit pour étendre horizontalement, soit pour porter en plus droite direction des objets, le petit champ de vision qui lui reste entre les bords des paupières de l'œil gauche.

Le malade présente un air de fatuité assez prononcé, quoiqu'il raisonne encore juste et sache jusqu'à un certain point donner quelques renseignements sur sa maladie; cependant les détails lui échappent, et ce n'est que par le moyen de sa femme que j'ai pu les avoir assez complètement, comme je viens de les exposer.

L'appétit est bien senti, et ses digestions se font avec toute perfection. Les fonctions évacuatrices, avec toute probabilité, se font encore avec conscience, quoiqu'elles se fassent depuis quelque temps dans le lit du malade. En effet, quand il est levé, il va dans un coin quelconque pour les faire, et interrogé sur son action, il allègue pour excuse qu'il se croyait sur la chaise; quelquefois même il descend encore du lit pour ses besoins naturels. Il mange par lui-même, et il semble qu'il distingue encore le goût des aliments. Dernièrement, étant déjà chez lui, on l'a surpris à prendre de grandes poignées de cendre pour se faire, une semoule dont il paraît très-gourmand. De même un jour, étant seul à la maison, il prit des couverts qu'il porta chez un épicier, où il les changea contre des œufs, qu'il cassa ensuite; rentré chez lui, il cherchait à les faire cuire tout seuls dans un pot. En un mot, ses facultés intellectuelles sont manifestement altérées, mais il semble qu'en général il se trompe moins sur le but que sur le moyen de l'obtenir.

Tout le reste des fonctions s'exécute assez normalement; il n'a pas de fièvre; seulement la figure est un peu injectée et les yeux rouges; le pouls, resserré et céphalique, donne environ 85 pulsations.

Je commence mon traitement par la diète, le repos, deux saignées, et le tartre stibié en lavage, afin de dissiper un certain degré de congestion cérébrale qu'on pouvait présumer compliquant la lésion plus profonde qui causait la paralysie de la double troisième paire des nerfs cérébraux.

Après une semaine de ce traitement, tout symptôme de congestion et de surexcitation se dissipe; mais la fatuité du malade semble aussi avoir augmenté; les strabismes et blépharoptoses restent au même état.

Je me décide alors à appliquer le collodion cantharidal sur les régions périorbitales, c'est-à-dire frontales, sourcilières, temporales, et sur les paupières même (1).

Au bout de douze heures, on remarquait déjà beaucoup de vésicules sur les régions collodionnées; et dans les vingt-quatre heures, toute la figure était littéralement érysipélateuse.

Après cinq ou six jours passés avec un peu de fièvre, de cuisson, de douleur et d'agitation, il ne restait plus que la peau du pourtour des yeux rougie et écaillense. L'œil gauche s'ouvrait déjà plus de la moitié, et sa divergence avait beaucoup diminué. De même les paupières de l'œil droit commençaient à s'entre-ouvrir, et le globe a se retourner tant soit peu vers la ligne médiane.

Le collodion cantharidal fut appliqué deux fois sur les deux yeux, et, de plus, deux autres fois sur l'œil droit. En outre, je lis prendre au malade des pilules d'extrait de noix vomique à la dose de 5 centigrammes dans la journée, en y ajoutant plus tard 1 centigramme par jour de strychnine.

Les premières doses de préparations strychnoïdales furent senties par le malade, qui accusait des sursauts dans la nuit. Cependant ce n'était qu'à chaque disparition des irritations érysipélateuses produites par le collodion cantharidal qu'on remarquait plus directement le progrès de l'amélioration, c'est-à-dire une plus ample ouverture des paupières et moins de divergence des globes oculaires.

Après vingt jours de ce traitement, l'œil gauche se trouvait presque à l'état normal; la divergence avait disparu et la paupière supérieure se relevait complètement. Les mouvements du globe n'étaient cependant pas tout à fait rétablis; l'œil ne pouvait pas outre-passer la ligne médiane dans sa convergence. Les paupières de l'œil droit pouvaient s'élargir d'environ un centimètre, et l'œil se trouvait presque à sa position normale, quoique non encore parfaitement sur la ligne médiane. Les mouvements en dehors sont aussi impossibles, comme pour l'œil gauche. Ainsi, en portant un objet sur le côté droit de la figure du malade, et en le faisant regarder sans lui laisser tourner la tête, on voit l'œil droit se porter avec toute facilité vers l'angle orbital externe, tandis que l'œil gauche arrivé sur la ligne médiane s'arrête sans pouvoir suivre les mouvements de l'autre œil. Le même fait s'observe en faisant l'expérience sur le côté gauche, avec la seule différence que l'œil droit ne peut pas parvenir tout à fait jusqu'à la ligne médiane.

Dans aucun cas, le malade n'accuse de la diplopie. — Pourrait-on reporter cette forme de strabisme au *direct* ou *droit* de M. Corvisart? Dans ce sens, il y aurait strabisme *direct* ou *droit* DOUBLE.

En attendant, vu le peu d'amélioration de la fatuité, vu le dégât de toutes manières que le malade apportait chaque jour sur quelques objets, vu d'un autre côté la guérison presque complète des strabismes et blépharoptoses, je me suis décidé à laisser partir le malade de l'hôpital; mais je ne l'ai point perdu de vue, et je continue à lui donner quelques soins chez lui. Maintenant, après un autre mois et une double dose de préparations strychnoïdales sus-indiquées, l'amélioration a encore tant soit peu progressé; le malade se promène tous les jours tranquillement tout seul par la ville; l'œil droit arrive jusqu'à la ligne médiane, et le gauche peut même l'outre-passer de quelques millimètres sous des mouvements un peu forcés; la fatuité aussi a diminué; le malade comprend parfaitement toute question; il se rappelle plus facilement les choses passées; il ne salit plus si souvent son lit; il se plaint d'appétit dévorant; sa figure exprime encore de l'hébété, mais il est dans le cas de comprendre jusqu'à un cer-

(1) Le collodion cantharidal, préparé selon la méthode de son inventeur, M. Hisch, pharmacien de Saint-Pétersbourg, m'a rendu de véritables services dans la pratique. Ainsi, je m'en suis servi avec la plus grande satisfaction toutes les fois que je ne pouvais employer des bandages pour contenir les vésicatoires; et maintenant je m'en sers presque exclusivement à tout besoin. Le vésicatoire *monstre* au genou, selon la méthode de M. Velpeau, trouve une très-commode application dans le collodion cantharidal. D'après une trentaine environ d'applications du collodion cantharidal, j'en suis venu aux conclusions suivantes :

1° L'application des vésicatoires par le collodion cantharidal est plus prompte et plus facile.

2° Elle épargne toutes sortes de bandages et évite tous leurs inconvénients;

3° Elle peut se faire sur presque toute la surface du corps.

4° Elle produit une douleur comparativement moindre.

5° Elle donne une vésication plus profonde et maintient un écoulement plus long en raison de l'épaississement de la couche.

6° Elle ne donne point d'irritation vésicale ni autre, quoique appliquée sur une grande surface. (Voir DEL COLLODION NELLE SUE VARIE APPLICAZIONI TERAPEUTICHE, Torino, per G.-B. Borelli; et GAZETTA MEDICA ITALIANA, Stati sardi.)

tain point l'état pitoyable dans lequel il se trouve, et de faire la comparaison avec celui des temps antérieurs à sa maladie.

NOTE DE RÉD. — Dans ce fait, il s'agit d'une paralysie à différents degrés des muscles adducteurs de l'œil. En raison de cette paralysie, l'œil a cessé de se porter en dedans pendant que celui du côté sain se portait en dehors; et ce défaut d'harmonie dans les mouvements a donné lieu à la désharmonie dans la situation des yeux.

Nous avons dit, à propos du travail de M. Corvisart et de la discussion qu'il a soulevé, que cette irrégularité ne devait pas s'appeler strabisme, et encore moins *strabisme droit*. Il ne faut jamais que la confusion des mots amène celle des choses. Or l'absence du mouvement de l'œil dans une déviation par suite de paralysie est un symptôme de paralysie et non une difformité, et non un strabisme, pas plus que le défaut de flexion du pied par suite de la paralysie actuelle des muscles extenseurs ne constitue un pied-bot. Le fait cité par M. Borelli ne peut donc que confirmer notre manière de voir.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS DES DÉPARTEMENTS.

I. JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX.

Les numéros d'octobre, novembre et décembre 1849, janvier, février et mars 1850 comprennent les travaux originaux suivants : 1° *Observations de tétanos spontané : opium, musc, affusions froides ; guérison ; — de contracture musculaire des doigts et des poignets (acrodynie) : opiacés; guérison ; — de contracture des psoas et iliaque gauche, guérie par l'opium;* par M. Costes. 2° *Tétanos traumatique; inhalation de chloroforme; guérison;* par M. Bitot. 3° *Observation de morve;* par M. Henri Gintrac. 4° *Observations de paralysie du poignet et de myélite;* par M. Sainte-Marie. 5° *Du mode de propagation du choléra-morbus;* par M. Aug. Bonnet. 6° *Cancer de la mâchoire supérieure; extirpation de la tumeur;* par M. Hirigoyen. 7° *Observation d'une angine de poitrine, terminée par la mort;* par M. Dupont. 8° *Observation d'un cas d'enclavement de la tête;* par M. Barnetche. 9° *Observation de cancer du foie;* par M. Oré. 10° *Existe-t-il des fièvres intermittentes qu'on doive traiter par d'autres moyens que le quinquina?* mémoire par M. Bertulus. 11° *Observations de plaies pénétrantes de l'abdomen;* par M. Soulé. 12° *Observation d'un cas d'hydropisie générale traitée et guérie par l'emploi de la gomme gutte;* par M. Oré. 13° *Mémoire sur la nécessité des irrigations dans la ville de Bordeaux;* par M. Jeannel.

OBSERVATION DE MORVE; par le docteur HENRI GINTRAC.

Bien que l'observation de M. Gintrac n'offre pas de particularités spéciales bien remarquables, nous croyons devoir la reproduire en peu de mots, comme un nouvel exemple bien authentique et bien circonstancié de transmission de la morve du cheval à l'homme.

OBS.—Un charretier, âgé de 39 ans, fut porté à l'hôpital le 1er juin 1849, dans un état de délire. On ne put recueillir de lui aucun renseignement; mais les personnes qui l'accompagnèrent dirent qu'il se plaignait *depuis huit jours* de fièvre, avec malaise, douleurs vagues dans les membres, et que, déjà la veille, il était en proie à une agitation extrême, à des convulsions et à du délire.

Voici les symptômes que présentait alors le malade : face colorée; pouls peu développé, mais fréquent, à 104; soubresauts des tendons; délire vague; mouvements continus des membres supérieurs; agitation permanente; conjonctives injectées; pupilles contractées; ventre indolent; évacuations involontaires. Le plus léger mouvement imprimé à l'articulation de l'épaule gauche arrache des cris; cette partie est chaude et gonflée. (15 sangsues sur l'épaule; sinapismes aux pieds; orge; lavement.)

Le 2, pouls à 102; la douleur de l'épaule semble avoir un peu diminué; du reste, même état. (Vésicatoires aux jambes; lavement avec assa fœtida et camphre; sinapismes.)

Les deux jours suivants, peu de changement. Le délire n'est pourtant pas aussi constant ni aussi prononcé; pouls à 88. (Vésicatoire sur l'épaule malade. Le reste, *ut suprà.*)

Le 5, pendant la nuit, le malade est pris pour la première fois d'un frisson violent, qui dure quelques heures, et auquel succède de la chaleur. Le matin, la sueur est abondante et générale; pouls à 104, petit, peu résistant; délire; urines et selles involontaires; langue sèche, avec enduit brunâtre au centre; ventre indolent; la face n'est pas colorée; les pupilles sont à l'état normal. (Potion avec extrait mou de quinquina, 2 gr.; sulfate de quinine, 0g,60; camphre, 0g,10.

Le soir, le pouls est à 120; délire; soubresauts des tendons, *une teinte rouge avec gonflement se manifeste sur le nez.*

Le 6, au matin, le nez est le siége d'une tuméfaction très-prononcée, avec teinte livide, violacée; un ichor roussâtre, sanguinolent, purulent, fétide, s'écoule de la narine droite; l'œil droit est rouge; de la paupière inférieure tombe une matière jaunâtre. Aux membres supérieurs, il y a sept ou huit pustules ayant de l'analogie avec celles de la variole, sans être pourtant ombiliquées. Sur la cuisse droite se voient deux plaques ovalaires d'un à deux centimètres de diamètre, d'un rouge violacé; à la cuisse gauche, des plaques analogues existent, mais elles font une légère saillie au-dessus de la peau et paraissent ramollies au centre. (Potion au quinquina et au camphre; lotions avec la décoction de quinquina camphrée.)

Ce fut alors qu'on reconnut la nature du mal, et que des renseignements recueillis au domicile du sujet apprirent qu'il soignait un cheval malade, lequel venait d'être soumis à l'examen d'un vétérinaire. Ce dernier déclara que l'animal était morveux.

Le soir et le lendemain 7, les symptômes s'aggravèrent; la rougeur du nez s'étendit aux pommettes et au front; l'écoulement nasal et celui des conjonctives allèrent en augmentant. La poitrine et l'abdomen présentèrent quelques pustules phlysaciées, de dimensions inégales; de nouvelles plaques violacées se montrèrent sur les membres inférieurs; alternatives d'agitation et de stupeur. Pouls de plus en plus petit et fréquent.

Mort vers le milieu de la journée du 7.

L'*autopsie* révéla les altérations les plus caractéristiques de la morve aiguë. Les pustules des membres renferment une matière concrète, paraissant formée par du tissu cellulaire mortifié. Sous les plaques érysipélateuses, on trouve des collections purulentes. En dehors de l'articulation scapulo-humérale gauche, entre la capsule et le muscle deltoïde, existe une poche contenant un liquide purulent, épais et jaunâtre. Aucune altération des tissus articulaires. Le genou gauche, qui n'avait offert aucun phénomène pathologique pendant la vie, contient une synovie épaisse, opaque, jaunâtre, dans laquelle l'examen microscopique constate la présence de globules de pus. Aucune trace d'injection dans les ligaments et la capsule de cette articulation. Mêmes lésions, mais à un moindre degré, dans le genou droit.

Rien de particulier dans les ganglions des aines et des aisselles.

La muqueuse de la narine droite est injectée, ramollie, infiltrée d'un liquide séro-sanguinolent, tapissée d'un mucus sanieux brunâtre; elle est parsemée d'ecchymoses et d'ulcérations arrondies, recouvertes d'une matière grise. On y distingue aussi quelques granulations.

Aucune lésion dans les sinus maxillaires et frontaux, ainsi que dans les os de la base du crâne.

Substance cérébrale à l'état normal; méninges très-pâles. Pas de sérosité dans les ventricules.

Sous la plèvre viscérale gauche, tumeurs circonscrites du volume d'un pois, constituées par une substance solide, dure et jaunâtre. Autour de chacune d'elles, le parenchyme pulmonaire est rouge et ramolli, mais surnage à l'eau.

Dans les cavités droites du cœur, le sang est vermeil et fluide; les gauches contiennent des caillots jaunâtres et consistants. La membrane interne des ventricules a une teinte livide violacée; cette teinte se retrouve à l'origine des gros vaisseaux.

Les organes abdominaux sont exempts d'altération.

Une circonstance de ce fait digne d'être notée, c'est l'apparition tardive des signes caractéristiques de la maladie. Le gonflement du nez ne s'est montré qu'une quarantaine d'heures avant la mort, l'écoulement nasal et les pustules plus tard encore. Et la maladie avait déjà quatorze jours environ de durée. Il est bien facile de comprendre comment, en l'absence de tout renseignement, le diagnostic a pu s'égarer si longtemps. On a cru, et c'est l'erreur ordinaire dans les cas de ce genre, qu'on avait affaire à un rhumatisme aigu, compliqué d'accidents cérébraux. On aurait pu aussi bien supposer une fièvre cérébrale avec douleurs musculaires. Il est des cas où c'est à une fièvre typhoïde ou à une angine maligne qu'on croit avoir affaire. Rien ne permet d'asseoir un diagnostic assuré tant que les signes caractéristiques de la morve ne se sont pas montrés.

La maladie s'est terminée ici comme partout ailleurs, par la mort. On ne possède pas, que nous sachions, un seul exemple de morve aiguë terminée par la guérison.

DU MODE DE PROPAGATION DU CHOLÉRA-MORBUS; par le docteur AUG. BONNET.

On peut réduire à ce qui suit l'argumentation dirigée par M. Bonnet contre l'opinion de la contagionabilité du choléra.

On confond à tort la contagion avec l'infection. Les maladies *infectieuses* ne naissent et ne se propagent que par le moyen de l'air; *elles résultent de l'action exercée sur l'économie par des miasmes morbifiques.* Les maladies *contagieuses* sont produites par des virus qui n'ont pas besoin de l'atmosphère pour se répandre; le contact est leur mode habituel de transmission; néanmoins ils sont transmissibles *par divers milieux.* Quel est de ces deux modes de propagation celui qui préside au développement du choléra? Les faits d'*importation* qu'on a cités lors de la première épidémie, pour prouver la propriété contagieuse, ne reposent que sur des *on dit*:

« Partont où l'on en a avancé de pareils, il s'est rencontré des médecins, en égal nombre au moins, qui les ont contestés ou même argnés de faux. » Les faits empruntés à l'épidémie de 1849 ne sont en réalité que de simples coïncidences, même ceux qui se sont produits devant l'Académie de médecine. En jetant un conp d'œil sur les détails qui ont été fournis à l'égard de chacun d'eux, on se convainc que les individus qui sont supposés avoir introduit l'épidémie dans un pays, l'*ont effectué,* non pas parce qu'on les avait touchés, mais bien parce qu'ils étaient dans des conditions hygiéniques telles que *les miasmes et les émanations qui se dégageaient de leur corps et de leurs déjections* avaient dû nécessairement vicier l'air ambiant et transformer leurs appartements ou leurs maisons en de puissants foyers d'infection. D'ailleurs le choléra s'est développé dans une foule de localités sans qu'on sache comment, et ces faits d'un autre ordre ne sont pas seulement de nature à *contre-balancer* les premiers ; *ils les annihilent complétement*. S'il est vrai que dans les rues mal aérées, dans les petits appartements, le choléra une fois entré fait ordinairement beaucoup de victimes, cela tieut, *non à la transmission d'un germe morbifique par le contact*, mais à la viciation de l'air *par des miasmes dégagés du corps et des déjections des cholériques.* Enfin, on ne comprend pas pourquoi une maladie qni se propagerait par contagion s'arrêterait dans sa marche ; et comme il est évident que sa canse productrice préexiste en tont cas au principe de la contagion, la canse prodnctrice qni a engendré la maladie une fois peut bien l'occasinnner plus tard, sans qu'il soit besoin de recourir à l'hypothèse d'un germe de transmission.

On voit, par cet exposé, que si nous vonlions rétnrquer l'argumentation de M. Bonnet avec l'étendue que comporteraient l'importance et la complexité du snjet, il fandrait faire une sorte de traité de la contagion. Mais benreusement l'autenr a pris soin d'abréger notre besogue, en n'opposant guère anx adversaires de la contagion que des considérations générales nn de simples allégations. Il ne nous sera pas bien difficile, ce nous semble, de montrer qu'il n'y a pas là de quoi renverser une opinion à laquelle se rattache un nombre toujours croissant de bons observateurs et de bons esprits.

Mais avant d'aller plus loin, sur quoi discute-t-on ici? Ou M. Bonnet n'a pas réussi à bien préciser le point qui le sépare des contagionistes, en prenant leur doctrine telle qu'ils la donnent, ou M. Bonnet lui-même est contagioniste. Toute distinction scolastique à part, que dit-il ? que le choléra ne se transmet jamais par le contact, comme d'autres maladies dites contagieuses, la variole par exemple ; mais qu'il peut se propager, à l'aide de miasmes émanés des corps on des déjections des cholériques, en d'autres termes par *infection*. Or des miasmes répandus dans l'air par un cholérique et qui, atteignant d'autres individus, leur communiquent non pas indifféremment une fièvre typhoïde, ou une fièvre purnlente, ou de la diarrhée, comme pourrait faire un air vicié par de mauvaises odeurs on l'encombrement, mais bien une maladie identique à celle qui les avait eux-mêmes engendrés, c'est-à-dire un vrai choléra, ces miasmes-là sont doués d'une spécificité entièrement comparable à celle des miasmes émanés d'un varioleux et qui, en l'absence de tout contact, vont transmettre à d'autres la variole. Et l'autenr l'entend bien ainsi; car avant de déclarer que le choléra peut se transmettre par infection, il avait recounu (p. 640) que les maladies infectieuses, aussi bieu que les contagieuses, *ne déterminent jamais d'autres lésions qu'elles*. Donc, dans sa propre opinion, le choléra peut se propager suivant un des modes de transmission dont jouissent les affectinns le plus incontestablement contagieuses, telles que la variole, la rougeole et la scarlatine. Seulement ces dernières auraient un privilége qui n'appartiendrait pas au choléra, celui de pouvoir se transmettre par contact. Or, en conscience, quelle différence fondamentale y a-t-il, au point de vue pratique, entre la transmission d'une maladie par un principe morbide répandu dans l'air et la transmission par un principe que le toucher ou l'inoculatinn communiquent? Est-ce que la présence, dans les deux cas, d'un germe morbide transmissible, ne constitue pas un trait de ressemblance intime et essentielle entre les deux modes de transmission ? Appelez maintenant, si vous voulez, contagion la transmission par contact et infection la transmission par l'air; rien ne s'y oppose; mais les faits en seront-ils changés?

Autre remarque. Si le choléra peut se propager par infection, on ne comprend pas bien l'insistance que met l'auteur à établir que cette maladie n'a jamais été importée. Il ne veut pas qu'un cholérique transporté dans un lieu jusque-là préservé y ait transmis la maladie par contact. Admettons cela; mais ce cholérique, il a des évacuations qui vont dégager des *miasmes morbifiques ;* il va en fouruir de toutes les parties de son corps. Pourquoi ces miasmes ne communiqueraient-ils pas le choléra à ceux qui vont les respirer? et s'ils se communiquent, le choléra peut donc s'importer. Et nous croyons fermement qu'il l'a été plus d'une fois. Il est possible que, plus fréquemment, le développement dans les différentes localités ait été spontané ; mais comment M. Bonnet a-t-il pu avancer que ces faits *annihilent complétement les premiers?* Depuis quaud un fait peut-il pu en annihiler un autre, quand tous deux peuvent coexister sans contradiction ? Un fait qu'on peut annuler, ce n'est pas un fait, c'est uue erreur. Or il fandrait prouver que les faits allégués d'importation sont erronés.

M. Bonnet s'étonne qu'une affection épidémique, contagieuse de sa natnre, puisse s'arrêter. Nous demanderions volontiers en quoi la chose serait plus concevable d'une affection uniquement infectieuse. Et puis M. Bonnet ne réfléchit pas qu'il fait ici le procès aux maladies dont la contagion, même par contact, est la mieux prouvée à ses propres yeux. Pourquoi une épidémie de variole finit-elle par s'éteindre ? Elle s'éteint pourtaut, bien qu'elle ait une puissance de transmissibilité de beaucoup supérieure à celle que les plus intrépides aient jamais prêtée au choléra. C'est qu'elle n'est pas transmissible toujours, de tout le monde à tout le monde. Nous avouons humblement n'en pas savoir davantage là-dessus.

OBSERVATION D'UN CAS D'ENCLAVEMENT DE LA TÊTE; par M. BARNETCHE.

En obéissant à une inspiration tout à fait en dehors des règles théoriqnes, M. Barnetche nous paraît avoir pris ici le seul parti qui permît de sauver sa malade. L'événement, dn reste, lui a pleinement donné raison. Voici les principales circonstances de ce fait.

OBS. — An mois de mai 1849, M. Barnetche fut appelé auprès d'une femme en travail depuis trois jours, et qni n'avait pu encore être délivrée. Elle avait déjà eu un premier accouchement très-laborieux.

Cette fois les eaux étaient écoulées depuis plus de vingt-quatre heures, l'enfant mort, la femme extrêmement affaiblie. On a avait tenté sans succès la version. La tête, immobile, n'avait pn ni être refoulée en baut, ni amenée dans l'excavation pelvienne. Pouls fréquent, mou ; faciès altéré ; peu de douleurs utérines.

L'examen qne fit M. Barnetche confirma à ses yeux les inquiétndes qu'un autre médecin et une sage-femme, appelés avant lui auprès de la malade, avaient déjà exprimées. L'utérus était oblique, couché presque transversalement, de droite à gauche, dans l'abdomen. L'orifice du col regardait presque entièrement à gauche et transversalement. Le doigt reconnut la présence du front à gauche et à peu près en travers ; tontefois il regardait un peu en avant, mais ne dépassait pas l'éminence iléo-pectinée. L'occiput répond en arrière et à droite à peu près à la symphyse sacro-iliaque droite. Promené tout autour de la tête, le doigt rencontre partout un obstacle qui l'arrête. Seulement à la partie antérieure et gauche, il sent quelque chose d'impossible à caractériser, mais qui comblait un vide.

Refouler la tête était impossible, persister à opérer la version aurait accusé un manque de logique. Redresser l'utérus avait déjà été inutilement tenté.

En désespoir de cause, on essaya encore l'applicatiou du forceps, puis l'introduction d'une de ses branches comme levier. La tête ue fut ébranlée en rien.

Enfin il fallut en venir à la crâniotomie. L'introduction des ciseaux de Smellie fut rendue difficile par la direction anormale du col. Toutefois on broya le cerveau ; puis on fit l'extraction de plnsieurs pièces osseuses. Malgré cela la tête restait toujours immobile.

Enfin à force d'enlever des fragments d'os, M. Barnetche finit par reconnaître à gauche et au-dessus du détroit supérieur une main qui pendait, sans tendre à s'y engager. C'est alors que lui vint l'idée d'utiliser ce membre pour tirer sur lui afin de corriger l'obliquité utérine, cause première et essentielle de toutes les difficultés. Il se proposa par là de se servir du bras comme d'une puissance appliquée à l'extrémité d'un levier représenté par l'utérus placé transversalement, afin de faire basculer l'autre extrémité.

Ce plan fut aussitôt mis à exécution. Avec la main gancbe M. Barnetche saisit plusieurs doigts, et tirant snr eux, amena d'abord l'avant-bras, puis le bras. Alors, armé d'une force accrue par le point et la direction suivant lesquels elle s'exerçait, il vit sous cette influence l'utérus redressé s'approcher de la ligne médiane. Un vide se fit au côté gauche du bassin de la mère. La main y fut portée dès qu'on eut placé un lacq sur le bras amené à la vulve. Par suite des tractions le bras se sépara de l'épaule. La sage-femme, remplaçant alors l'opérateur barrassé, alla à la recherche des pieds et entraîna tout le corps au dehors de cette manière. La base du crâne fit seule quelque résistance pour sortir.

La délivrance fut immédiate. Il n'y eut heureusement point d'hémorrhagie. La malade, exténuée, s'est cependant peu à peu rétablie ; mais il lui est resté une fistule vésico-vaginale, effet sans doute de la longue pression exercée par la tête sur les organes génitaux internes.

EXISTE-T-IL DES FIÈVRES INTERMITTENTES QU'ON DOIVE TRAITER PAR D'AUTRES MOYENS QUE LE QUINQUINA ? par le docteur BERTULUS.

Ce titre exprime très-infidélement le contenu du travail de M. Bertulus, travail qui consiste en une véritable histoire pratique des fièvres d'accès, et où la question qu'on vient de lire n'est pas traitée entièrement dans le sens indiqué par la Société de médecine de Bordeaux. M. Bertulus, après une étude intéressante des causes diverses des fièvres d'accès, des lésions anatomiques qui leur sont prnpres, se borne à tracer le *traitement prophylactique* de ces fièvres. Parmi les moyens qu'il indique, et qui rentrent

principalement dans les pratiques hygiéniques, il en est un que nous voulons indiquer : c'est l'usage d'une eau ferrugineuse. L'auteur voudrait en rendre la consommation vulgaire dans les localités à marécages. Cette vue est fondée sur le résultat d'analyses du sang faites par le professeur André Cossi sur quatre fébricitants des marais de la Toscane, habitant le pays depuis longtemps. Le sang offrait une diminution considérable, mais sans changements dans les proportions normales, de fibrine, d'albumine et de matières grasses. Chez trois d'entre eux, le sang contenait une forte proportion de cholestérine et manquait complétement de phosphates. Chez le quatrième, on a trouvé une certaine quantité de phosphates, mais presque pas de cholestérine.

Si ces résultats étaient constants, on n'y trouverait peut-être pas une indication suffisante de l'emploi du fer; car il n'est pas dit que les globules soient diminués de quantité. Mais c'est précisément une diminution des globules qu'ont signalée d'autres expérimentateurs, MM. Léonard et Folley (1845), chez des sujets travaillés depuis longtemps par la fièvre intermittente. Nous transmettons avec plaisir ce renseignement à M. Bertulus, qui ne cite que le travail de M. Cossi.

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 9 SEPTEMBRE.

DE L'ACTION TOXIQUE DES AGENTS PROTECTEURS DES MATIÈRES ANIMALES MORTES CONTRE LA COMBUSTION.

M. Robin communique sur ce sujet une note dont voici le résumé.

Les agents, dit l'auteur, qui protégent les matières animales mortes contre la combustion lente par l'oxygène humide sont des poisons pour les végétaux comme pour les animaux. Ce n'est point par une action directe sur le système nerveux, ni sur le cœur, ni par la coagulation de l'albumine qu'ils déterminent la mort; c'est en s'opposant, pendant la vie comme après la mort, à la combustion lente par l'oxygène humide.

Dans mes notes actuellement publiées, j'ai dit :

Tout agent qui, soit en se combinant avec les matières animales mortes et changeant leur nature, soit en paralysant d'une manière quelconque l'action de l'oxygène humide sur ces matières, les tient complétement à l'abri de la putréfaction en présence de l'oxygène humide, c'est-à-dire les protége complétement contre la combustion lente par ce gaz, ne doit pouvoir s'introduire à dose convenablement forte dans la circulation, pendant la vie, sans exercer sur les globules et les éléments protéiques du sang la même protection qu'après la mort.

J'ai ajouté : La liaison intime existant entre l'entretien, entre l'activité de la vie et la combustion incessante dans la circulation, conduit à penser que tout agent qui, en présence même de l'oxygène humide, s'oppose à la combustion lente des matières animales mortes, ne saurait pendant la vie pénétrer dans la circulation aux doses qui protégent contre la combustion lente sans être, suivant la dose, sédatif, stupéfiant ou poison faisant mourir par asphyxie.

A l'appui de cette manière de voir, je me suis borné jusqu'ici à montrer, tant par les expériences et les observations appartenant à la science que par celles qui me sont propres :

1° Qu'il n'existe pas un seul agent capable de protéger les matières animales contre la combustion lente, qui ne soit poison quand il est introduit en quantité suffisante dans la circulation pendant la vie.

2° Que les phénomènes essentiels accomplis sous l'influence de tels agents pendant la vie, et sur un même animal et sur les animaux des différentes classes, comme aussi les caractères qu'on observe après la mort, sont précisément ceux qui se produiraient si le mode d'action que j'indique était réellement exercé.

3° Qu'en outre, ceux d'entre ces mêmes agents qui protégent le mieux contre la combustion lente les matières animales mortes sont en général pendant la vie les poisons les plus actifs.

Je savais que l'action toxique d'un grand nombre de ces agents préservateurs de la combustion lente en présence de l'oxygène humide (l'acide hydrocyanique, les éthers, le chloroforme, le camphre, la benzoïne, la liqueur des Hollandais, les arsénieaux) avait été attribuée à une influence directe sur le système nerveux ; mais comme on ne leur connaît sur ce système aucune action de nature à produire les phénomènes observés dans les animaux en général ; que dès lors, c'est là une assertion toute gratuite, j'avais cru suffisant de montrer que le mode d'action présenté par la chimie, pour ainsi dire comme inévitable, était en rapport parfait avec les phénomènes constatés pendant la vie et après la mort.

Dans le travail que je présente aujourd'hui, j'aborde la question de l'influence directe de ces poisons sur le système nerveux, et afin que la réfutation puisse s'appliquer à tous les cas, je cherche à prouver que, même en l'absence d'un tel système, les agents qui préservent de la combustion lente les matières animales mortes s'opposent pendant la vie à l'exercice d'une fonction capable, par son interruption, de causer la mort de tous les êtres organisés.

Après avoir successivement étudié l'action que les préservateurs de la combustion lente exercent sur les végétaux, sur les matières organiques mortes et sur les animaux vivants, M. Robin résume en ces termes le résultat de ces nouvelles recherches :

Les conservateurs des matières animales et végétales, même en contact avec l'oxygène humide, c'est-à-dire les protecteurs contre leur combustion lente par ce gaz humide, ne sont pas des poisons seulement quand ils coagulent l'albumine ; ils n'empoisonnent pas seulement les êtres organisés qui ont un cœur, ceux qui ont un système nerveux. Que ces préservateurs de la combustion lente soient ou non capables de coaguler l'albumine, que la coagulation ait ou n'ait pas lieu pendant leur influence sur l'économie vivante, qu'ils exercent cette influence sur des êtres organisés ayant ou n'ayant pas de cœur, ayant ou n'ayant pas de système nerveux, ils sont poisons pour tous les animaux, pour tous les végétaux, sauf tout au plus, parmi ces derniers, quelques-uns des dernières classes.

C'est, par exemple, ce qui a lieu pour les éthers, pour le chloroforme, pour les divers anesthésiques, pour l'acide cyanhydrique, pour les sels métalliques convenablement solubles, etc.

L'action toxique est générale, il lui faut une cause générale. Une seule, je crois, remplit cette condition : c'est la cause qu'indique leur propriété commune d'être protecteurs des matières organisées contre la combustion lente par l'oxygène humide. Exerçant ce pouvoir pendant la vie comme après la mort, dans les végétaux comme dans les animaux, ils ralentissent ou interrompent complétement une fonction essentielle à la vie des végétaux comme à celle des animaux, la respiration d'oxygène humide ; ils sont dès lors, suivant la dose, médicaments sédatifs chez les animaux, poisons asphyxiants chez tous les être organisés.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 17 SEPTEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. BOULLAY (en l'absence de M. Bricheteau.)

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle ne comprend qu'une seule lettre de M. le ministre du commerce, demandant l'avis de l'Académie sur une plante présentée comme succédanée du sulfate de quinine. (Comm. des remèdes secrets.)

— M. Bégin prévient l'Académie que des occupations multipliées et l'état de sa santé ne lui permettent plus de s'acquitter des travaux imposés à la commission du prix d'Argenteuil ; il demande en conséquence à être remplacé.

La démission de M. Bégin est acceptée. Il sera procédé à son remplacement dans la prochaine séance.

— M. Hotin, chirurgien en chef des Invalides, communique un fait d'extirpation de goître volumineux qui a beaucoup d'analogie avec celui dont M. Roux a entretenu l'Académie dans la dernière séance ; il en diffère seulement en ce que la tumeur n'envahissant qu'un côté seulement de la glande thyroïde, la moitié saine de cette glande a pu être conservée, d'où est résultée une légère difformité après la guérison. (Comm. : MM. Roux et Velpeau.)

— M. Cazentre (de Bordeaux) écrit pour donner quelques renseignements sur la graine de cédron, dont il a un certain nombre d'échantillons entre les mains. Ces renseignements concordent entièrement avec ceux qui ont déjà été donnés à l'Académie par M. Herran. (Renvoyé à la commission précédemment nommée, et qui se compose de MM. Renault, Duméril et Mérat.)

— M. le docteur Michalski (de Vierzon) envoie un mémoire intitulé : Mémoire sur un empoisonnement par le pain moisi. (Comm. : MM. Adelon, Orfila et Poiseuille.)

— M. Cornay (de Rochefort) envoie une note sur le moyen d'opérer facilement la déglutition des pilules, des bols et des plus grosses capsules gélatineuses. (Comm. : MM. Gueneau de Mussy et Soubeiran.)

— M. le docteur Roy informe l'Académie qu'il est à la veille de partir avec une administration pour l'exploration de la Californie. Il se propose d'étudier particulièrement les fièvres intermittentes et la dysenterie, qui y sont endémiques, ainsi que certaines questions d'hygiène. Il prie l'Académie de lui signaler quelques points de pathologie à étudier et de lui transmettre quelques instructions.

DÉCRET DU 3 MAI. — PILULES DE BLAUD.

M. Dubois (d'Amiens) appelle l'attention de l'Académie sur ce qu'il y a d'insolite dans la situation qui résulte de la décision prise par l'assemblée au sujet des conclusions du rapport de M. Gaultier de Claubry. Il résulte en effet do cette décision, que le secrétaire de l'Académie a à communiquer au ministre des conclusions négatives, en contradiction avec le rapport de la commission. Dans cette situation, le bureau a pensé qu'il serait convenable de renvoyer le rapport à la commission ou à une commission nouvelle, afin qu'il fût rédigé d'une manière conforme à la décision de l'Académie.

M. Gibert appuie la proposition. Il y a utilité, d'après lui, à ce que le rapport soit renvoyé à la commission, renforcée des membres opposants.

M. Soubeiran : Le rapport n'ayant pas été adopté, n'appartient plus à l'Académie : il reste l'œuvre de la commission et de son rapporteur; nous n'avons donc plus à nous en occuper. Ce sont les conclusions votées par l'Académie qui doivent seules être envoyées au ministre, le rapport restant aux archives.

M. H. Gaultier de Claubry s'oppose à cette proposition. Le rapport ne peut être ni annulé ni modifié. Il est impossible d'agir autrement qu'en envoyant au ministre le rapport tel qu'il est sorti des mains de la commission, avec le compte rendu de la discussion et les conclusions adoptées par l'Académie.

M. Bégin : Il y a deux partis à prendre : ou écrire simplement au ministre que l'Académie n'a pas jugé qu'il y eût lieu d'appliquer le décret, sans entrer dans plus de détails ; ou bien lui envoyer le rapport en le faisant suivre du résumé de la discussion et de la décision de l'Académie. C'est entre ces deux partis que l'Académie doit se décider.

M. Gibert pense qu'on ne peut se dispenser de motiver les conclusions aux yeux du ministre. Il faut par conséquent mettre sous ses yeux tous les éléments de la discussion.

L'Académie, consultée, décide qu'il sera envoyé au ministre un compte rendu complet de la discussion.

TRAITEMENT DES FIÈVRES D'ACCÈS PAR LE SEL MARIN.

M. Piorry : Je demande la permission à l'Académie d'appeler un instant son attention sur l'emploi du sel marin dans le traitement des fièvres d'accès. Depuis très-longtemps j'avais essayé une infinité de substances réputées succédanées du quinquina, sans que jamais j'aie réussi à obtenir la diminution de la rate. Depuis quelques jours que j'ai essayé le chlorure de sodium, j'ai obtenu des succès extrêmement remarquables. Dans 8 cas, dont 6 dans mon service de la Pitié et 2 en ville, j'ai vu, sous l'influence de l'administration du sel marin, la rate diminuer de volume plus rapidement même qu'avec le sulfate de quinine. Dans quelques-uns de ces cas, il m'a suffi de deux doses de ce sel pour ramener la rate tuméfiée à son volume normal. Je signale ce moyen, en appelant sur lui l'expérimentation.

— M. Maillot, médecin en chef de l'hôpital militaire de Lille, lit un mémoire ayant pour titre : De l'emploi comparatif de l'acide arsénieux et du sulfate de quinine dans le traitement des fièvres intermittentes. Nous publions textuellement ce travail. (Voir plus haut.)

(Renvoyé à la commission nommée pour les communications de M. Boudin sur le même sujet. Cette commission est composée de MM. Chomel, Begin et Gibert.)

RÔLE DE L'OXYGÈNE DANS L'ÉCONOMIE.

M. Mialhe lit un travail intitulé : Considérations sur le rôle de l'oxygène dans l'économie animale, et en particulier dans les phénomènes chimiques de la nutrition.

Le travail de M. Mialhe tend à démontrer cette proposition, savoir, que l'oxygène est l'agent provocateur des réactions chimiques les plus remarquables et la ressource des phénomènes vitaux. Il entretient en même temps la chaleur et la vie, en attaquant incessamment les diverses substances avec lesquelles il est en contact et en les brûlant pour les besoins des diverses réactions chimiques nécessaires à l'accomplissement des fonctions nutritives. (Commissaires : MM. Orfila, Chevallier et Lecanu.)

HUILE IODÉE.

M. Personne, pharmacien en chef de l'hôpital du Midi, lit une note en réponse à la réclamation de M. Marchal (de Calvi), sur l'huile iodée.

M. Personne rappelle que, dans la note qu'il a lue il y a quelques semaines à l'Académie, et qui a fait l'objet de la réclamation de M. Marchal, il disait qu'après avoir constaté l'action de l'iode sur les corps gras, il avait été conduit à proposer l'emploi d'une huile iodée renfermant l'iode dans un état de combinaison intime, qui devait être l'analogue de celui sous lequel ce métalloïde se trouve dans les huiles de foie de raie et de morue naturelles, et qui devait avoir sur celles-ci l'avantage de renfermer l'iode dans des proportions bien déterminées.

La réclamation de M Marchal, ajoute-t-il, provient uniquement de ce qu'il n'a pas compris la différence qui existe entre une dissolution d'iode dans l'huile et l'assimilation chimique de l'iode avec les éléments du corps gras.

En faisant dissoudre de l'iode dans l'huile, M. Marchal, qui ne s'était pas douté de la réaction qui pourrait se produire, et qui administrait à ses malades, sans le savoir, un mélange en proportions variables d'iode libre, d'iode combiné et d'acide iodhydrique, est-il bien en droit de réclamer, comme sa propriété, une formule dans laquelle l'iode reçoit une forme nouvelle qui peut être comparée aux combinaisons que la nature a produites dans les huiles de foie de raie et de morue.

J'avoue, dit en terminant M. Personne, que je ne connaissais pas l'huile iodée, ou la dissolution de l'iode dans l'huile, de M. Marchal. Mais cette connaissance n'aurait rien changé à la note que j'ai publiée.

APPAREIL DÉRIVATIF POUR LE TRAITEMENT DES SURDITÉS CATARRHALES.

M. le docteur Junod lit la note suivante :

Ayant eu occasion de traiter une personne atteinte d'une surdité catarrhale qui avait résisté à tous les moyens, j'ai été conduit à penser que le vide opéré sur les muqueuses qui tapissent les fosses nasales, pourrait réussir chez elles, et le résultat a répondu à mon attente.

Pour opérer le vide sur l'une de ces cavités, il suffit de fermer l'ouverture pharyngienne par le procédé ordinaire. Toutefois, l'obturateur se compose d'une petite poche en baudruche, remplie d'eau. Cette poche doit avoir à peu près le volume d'une cerise.

On peut obtenir le même résultat à l'aide d'une sonde droite pourvue d'un robinet à l'une de ses extrémités, tandis qu'à l'autre on lie la poche de baudruche dont nous avons parlé plus haut. Lorsque la sonde a été engagée jusqu'au pharynx, on y injecte de l'eau ou de l'air, de manière à remplir la poche en baudruche, et l'on ferme le robinet.

L'orifice externe de la fosse nasale est fermé à l'aide d'un morceau de cire blanche ramollie, laissant passer l'extrémité d'une sonde élastique destinée à opérer le vide. Cette application est simple, d'une innocuité parfaite, et n'occasionne aucune douleur.

Nous avons employé ce moyen comme dérivatif, et pour aspirer, par la trompe d'Eustache, des fluides accumulés dans les cavités de l'oreille moyenne. (Commissaire : M. Poiseuille.)

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

Du choléra de 1849 dans l'arrondissement de Rouen, et des épidémies qui y ont régné depuis 1814 ; par le docteur Vingtrinier, médecin des épidémies, membre du conseil d'hygiène publique, etc. — Brochure in-8°.

Le premier cas de choléra-morbus à Rouen a été constaté le 18 février 1849, chez la femme d'un marinier de Paris dont le bateau était amarré à l'extrémité *ouest* du port ; le second, sur une jeune fille des Andelys, en passage à Rouen et logée sur le port, à l'extrémité *est*. Il y a lieu de regretter qu'on ne sache pas (M. Vingtrinier du moins n'en dit rien) d'où arrivaient en dernier lieu ces deux premières victimes, non plus que les circonstances particulières qui ont précédé l'invasion du choléra chez elles. Dès avant cette époque, la maladie existait au Havre d'une part, à Saint-Denis d'autre part ; elle avait été apportée, dans la seconde de ces villes, par un bataillon de chasseurs à pied venu en chemin de fer le 29 janvier, de la garnison de Douai, où régnait l'épidémie. Quoi qu'il en soit, à partir des deux cas précités, la maladie prit le caractère épidémique à Rouen, et comme en 1832, en commençant par le faubourg Saint-Sever, au midi de la ville. « L'air ambiant, dit l'auteur, était méphitisé. »

Dans l'arrondissement de Rouen, le choléra de 1849 a frappé moins de localités et de personnes que celui de 1832. Il y a eu seulement 9 communes atteintes, 1,759 cas et 954 morts, tandis qu'en 1832, l'épidémie avait envahi 45 communes, et l'on constata 3,207 cas et 1,373 décès.

M. Vingtrinier signale une recrudescence qui eut lieu à Boudeville, dans les premiers jours de septembre, recrudescence annoncée par l'état simultané de 30 ou 40 personnes qui habitaient un carrefour d'environ 100 mètres. Il se faisait alors, à 50 mètres de distance, un remuement et un enlèvement de terre pour la reconstruction d'un pont écroulé. « Ces terres, » ajoute l'auteur, ont été, sur ma demande, arrosées pendant quelques jours » avec de l'eau chlorurée et une solution de sulfate de fer. Après ce soin, » pris par M. le maire, il n'a plus été observé de cholériques. » Nouvel exemple de l'heureuse influence d'une désinfection méthodique, opération dont le succès a été pareillement constaté à Givet, par le docteur Pellarin, vers la même époque ; à Lyon, par le docteur Gensoul, en novembre et décembre.

Sur la contagion, voici comment M. Vingtrinier s'exprime : « Ici nous » nous bornerons à dire que les observations de contagion bien prouvées » sont si rares qu'on peut, qu'on doit même, sans compromettre la sûreté » publique, déclarer que le choléra *n'est pas contagieux*. Il est certain » d'ailleurs que l'opinion contraire ferait plus de victimes par l'abandon » qu'elle amènerait. » Voilà une manière de voir que nous ne saurions partager. En bonne logique, combien faut-il de faits négatifs pour détruire un fait positif, à supposer qu'un seul de ces faits positifs existe, ce que semble très disposé à concéder l'auteur lui-même pour ce qui concerne la contagion du choléra? Sous un autre rapport, nous pensons, avec Condorcet, que *le véritable ennemi du genre humain*, c'est l'erreur, et l'histoire des épidémies de choléra en fournirait au besoin la preuve. Il ne faut pas oublier que la contagion, pour ceux qui l'admettent, n'est point une nécessité inévitable ; elle est un danger dont les suites funestes peuvent être ordinairement prévenues au moyen de quelques précautions, la plupart simples et faciles, danger redoutable, au contraire, et fréquemment suivi d'effets désastreux si l'on néglige ces précautions.

M. Vingtrinier ajoute, il est vrai : « Il ne faut pas publier des faits in» quiétants, mais indiquer les précautions bonnes à prendre. » Et pourquoi voulez-vous qu'on tienne compte de ce dernier avis, si vous commencez par persuader qu'il est parfaitement inutile, aucun danger de contagion n'existant?... Voulez-vous savoir ce qui résulte de cette contradiction de

langage du médecin avec l'évidence des faits? C'est que le public perd bientôt toute confiance en sa parole, et de là des inconvénients plus réels que ceux qu'on voulait éviter. Ce n'est pas tout : avec ce parti pris contre la possibilité de la contagion, ce qui est chez beaucoup de médecins un préjugé datant de l'ère du physiologisme, on persiste à mettre les cholériques pêle-mêle avec les autres malades dans les salles des hôpitaux, et M. Briquet nous a montré naguère en chiffres irréfutables, pour l'hôpital de la Charité notamment, ce qui résulte d'une telle pratique. On envoie, comme cela s'est fait l'automne dernier en Algérie, pour un détail d'armement sans urgence, un corps de troupes dans une ville infestée, et ce corps laisse en route, au retour, le tiers de ses hommes, victimes d'une imprudence qui ne saurait se justifier à aucun point de vue.

Nous n'admettons donc pas que l'on puisse, sans compromettre la sûreté publique, déclarer que le choléra n'est pas contagieux et agir en conséquence, si c'est le contraire qui est la vérité. Or il y a pour nous plus que des présomptions en faveur de la transmissibilité du typhus asiatique. Il importe, dans un grand intérêt d'humanité, que cette question de la contagion du choléra soit envisagée en elle-même, indépendamment des considérations spécieuses qui en ont fait jusqu'à présent écarter la discussion sincère.

Que notre confrère nous pardonne cette observation. Il y a beaucoup plus de conformité entre son opinion et la nôtre sur le principe de la maladie, quand il considère le choléra comme « un empoisonnement miasmatique analogue à celui qu'on observe dans les lieux marécageux. » « Pendant les épidémies de la basse Seine, en 1828 et 1829, j'ai noté, dit-il, plusieurs des symptômes que fait observer le choléra, tels que le froid, la disparition du pouls, la perte de la voix et même la cyanose à un certain degré. »

HYGIÈNE DES BAIGNEURS, COMPRENANT L'HISTOIRE DE TOUTES LES VARIÉTÉS DE BAINS USITÉS CHEZ LES PEUPLES ANCIENS ET MODERNES, AVEC L'EXPOSÉ DE LEURS PROPRIÉTÉS HYGIÉNIQUES ET MÉDICALES ; par M. A. DEBAY. — 1 vol. in-18 ; 2e édition.

La GAZETTE MÉDICALE a déjà rendu compte de plusieurs productions de M. Debay. Le but de cet auteur, avons-nous dit, est de propager les bons conseils de la médecine et de l'hygiène, parmi les gens du monde, et de lutter contre les trompeurs arcanes du charlatanisme.

Les bains, avec toutes leurs formes et toutes leurs variétés, sont certainement un des sujets qui pouvaient fournir à sa plume la matière la plus abondante. M. Debay a été un peu bref sur plusieurs points, même pour des gens du monde. Les conseils du reste sont sages et prudents ; mais ils ne répondent pas à tous les besoins, notamment dans les articles bains thermaux et bains de mer. En revanche, les bains de toilette, les bains cosmétiques occupent longuement l'auteur. La classe de lecteurs à laquelle s'adresse M. Debay explique cette inégale importance accordée à divers sujets qui, au point de vue médical, demanderaient une classification contraire. Il ne faut pas oublier de se placer au même point de vue que l'auteur, quand on prétend juger son œuvre.

Le style de l'auteur est rapide et facile ; la citation suivante, dans laquelle M. Debay peint d'après nature, en donnera une idée. Il s'agit d'un bain maure :

« J'étais debout sur un tabouret, la sueur ruisselait à grosses gouttes de tous mes pores ; le téleck m'essuya rapidement avec une éponge et me fit étendre sur des tapis, dans une position horizontale. Alors la main armée d'un gant de peau épaisse et molle, il me frotta le corps doucement, ensuite un peu plus ; la friction arriva, par degrés, jusqu'à son plus haut point ; et, quand mon épiderme fut rouge comme une cerise, il jeta son gant pour me malaxer la chair à mains nues, tantôt à droite, tantôt à gauche, avec mesure et symétrie. Cela fait, il me tira les membres et fit craquer si violemment les surfaces articulaires qu'à chaque instant je craignais une dislocation.

» Le téleck s'évertua ainsi sur mon corps pendant quinze à vingt minutes, au bout desquelles il procéda au savonnage. Je m'assis sur un tabouret : il m'oignit les cheveux et le corps d'un savon parfumé demi-consistant, puis se mit à me frotter avec les deux mains. Les nouvelles frictions étaient tout à fait différentes des premières : ses mains glissaient rapidement sur mes reins, tournaient sur ma poitrine, descendaient, remontaient de nouveau, embrassaient mes membres, et cela avec une adresse qui doit exiger une longue habitude. Bientôt je fus couvert de mousse de savon, de la tête au pied ; les frictions continuèrent encore quelque temps, en augmentant de vitesse. J'étais aveuglé, les yeux me cuisaient, j'allais crier merci, lorsque je me sentis tout d'un coup arrosé d'une pluie fine d'eau chaude. On me fit ensuite passer sous un large robinet, où je fus lavé à grande eau. Après cette opération, le téleck m'enveloppa d'un drap de laine, m'ouvrit la porte et me conduisit dans la pièce attenante, etc., etc. »

M. Debay termine son ouvrage par une énumération de tous les établissements de bains de Paris, avec indication de la spécialité et des ressources de chacun d'eux. Ce sont là de précieux renseignements pour les baigneurs, car à Paris où l'on possède de tout on ne se doute souvent de rien.

VARIÉTÉS.

— Le MONITEUR contient le décret suivant, qui modifie ainsi la formation du conseil de santé des armées :

1° Le conseil de santé des armées sera formé, à l'avenir, de cinq inspecteurs nommés sans distinction de profession.

2° Le membre du conseil de santé, appelé à la direction de l'École d'application de la médecine militaire, sera considéré comme hors cadre pendant toute la durée de ses fonctions, et remplacé dans son emploi au conseil.

3° Le conseil de santé sera présidé par l'inspecteur le plus ancien en grade.

4° Les dispositions antérieures, contraires aux dispositions ci-dessus, sont et demeurent abrogées.

NOUVELLES DU CHOLÉRA. — Ce fléau exerce aujourd'hui ses ravages en Égypte.

A Alexandrie, il y a 50 morts par jour. Au Caire, le chiffre de la mortalité a doublé.

A Copenhague, il est très-grave ; le 24 août, on y a compté 450 cas et 108 morts.

— On lit dans le MONITEUR ALGÉRIEN du 5 septembre :

« L'épidémie s'est déclarée à Bone, venant de Tunis. Jusqu'au 5 août, le nombre des cas de choléra a été, tant dans la population civile de Bone que dans la garnison, de 60 environ, dont les deux tiers suivis de mort. Le mal perdit bientôt de son intensité, et le 20 août, la commission sanitaire, en ayant constaté la fin, fit donner patente nette à tous les navires.

» Pendant que le choléra disparaissait de Bone, il sévissait déjà sur plusieurs autres points de la province de Constantine. A Guelma, où il s'est déclaré le 27 juillet, il a exercé principalement ses ravages sur des militaires débilités par la fièvre et la dyssenterie, que la colonne expéditionnaire avait laissés à l'hôpital à son passage. Depuis le 17 août, il n'y a eu ni cas nouveau ni décès. A cette époque, on comptait, tant militaires que civiles, 36 personnes atteintes, dont 28 morts et 5 guérisons ; 3 restaient encore en traitement.

» A Sétif, 17 personnes ont été atteintes, parmi lesquelles 7 sont mortes. A Bougie, un caporal de la 9e compagnie de discipline est mort le 24 juillet. Ce cas est heureusement le seul qui se soit produit dans la ville.

» C'est surtout parmi les indigènes que le fléau a fait le plus de mal. Il s'est déclaré le 16 juillet dans les tribus kabyles du cercle de Bougie, sans qu'on pût savoir comment il y a été apporté.

» Ses ravages ont cessé le 7 août, après avoir emporté 385 personnes sur une population de 1,500 habitants. M. Philippe, chirurgien sous-aide de l'hôpital de Biskara, est allé à Sidi-Okba donner ses soins aux Arabes. Ce jeune officier de santé y a contracté les germes de la maladie dont il est mort à Biskara, victime de son noble dévouement.

» A Biskara, le choléra a frappé les animaux avec la même violence que les hommes. Les chiens, les bestiaux, les volailles, ont payé tribut au fléau. On voyait les animaux atteints tomber subitement et mourir en tordant leurs membres contournés et racornis ; la volaille avait le plumage retroussé et le cou tordu en arrière.

» Le choléra étend ses ravages à Bramis, Saada, le Zab-Dahri et les Ouled-Djellal. Il sévit à El-Outaïa, El-Kantara et dans la vallée de l'oued Abdi. Les communications sont interrompues entre les tribus infectées et Batna, ainsi que Constantine, qui jusqu'à présent ont été heureusement préservées.

» En résumé, le choléra, qui s'était déclaré avec violence dans la subdivision de Bone, le cercle de Bougie, Sétif et les Ziban, a complétement cessé à Bone ; son intensité a considérablement diminué dans le cercle de Bougie, et ses ravages ne s'exercent plus qu'à Biskara et dans le pays compris entre cette ville et Batna, d'où nous espérons bientôt le voir disparaître. »

—On écrit de Vienne, le 7 septembre :

« Le choléra sévit avec une violence extrême parmi les ouvriers employés aux travaux du chemin de fer du mont Sœmmering. A Pesth (Hongrie), il augmente aussi ; mais c'est surtout dans une petite ville de la Moravie, à Grossbœflein, que le fléau a fait de grands ravages ; en deux jours, il a enlevé 68 personnes, ou 5 pour 100 de la population totale, qui est de 1,300 personnes. A Vienne, du reste, le choléra semble avoir perdu de son intensité, ou du moins il reste stationnaire. Depuis sa réapparition, on compte 1,019 cas, dont 432 guérisons, 422 décès et 165 encore en traitement. »

— Les nouvelles de Mexico, à la date 13 août, signalent la disparition du choléra, qui avait régné dans cette ville pendant cent jours et qui y a enlevé pendant ce temps 18,000 habitants. En revanche, à Pueblo, patrie des Fra-Diavolo mexicains, le fléau faisait des ravages incalculables qui promettaient une razzia complète de ces honnêtes commerçants de grand chemin.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : DE L'EXTIRPATION DU GOÎTRE. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE : DU TRAITEMENT DES ABCÈS PAR CONGESTION AU MOYEN DES INJECTIONS IODÉES.

Une extirpation de goître fait sans doute beaucoup d'honneur à l'habileté du chirurgien qui sait la mener à bonne fin. Si l'on s'en fiait uniquement aux exemples qui se succèdent depuis trois séances à l'Académie de médecine, on serait induit à penser que cette opération n'a pas toute la gravité qu'on lui prête généralement, et à Dupuytren et Blandin on opposerait tranquillement MM. Roux, Hutin et Cabaret. Nous ne saurions recommander à cet égard une trop grande réserve Tout en félicitant les opérateurs, les malades surtout, de ces triomphes de l'art, ne peut-on pas craindre que de tels coups de hardiesse n'aillent inspirer au commun des chirurgiens une confiance décevante et leur préparer ainsi de fâcheux mécomptes? Le bonheur en chirurgie a ses privilégiés comme tout bonheur. Puis il est de ceux qu'on montre volontiers, et nul ne pourrait dire par combien de malheurs il se balance dans la pratique. On sait le nombre des ablations de goître suivies de guérison, d'autant plus qu'elles ne sont pas encore bien difficiles à compter; on ne sait pas combien il y en a dont la tombe n'a jamais parlé et ne parlera jamais. *Id manes credis curare sepultos?*

C'est à l'occasion d'un nouvel exemple de guérison, dû à M. Cabaret et communiqué à l'Académie par M. Velpeau, que la discussion s'est rouverte sur ce sujet. Mais, nous regrettons de le dire, au lieu de se tenir à la hauteur de la question scientifique, qui était pourtant assez belle, elle est rapidement descendue à une question de pure terminologie. La faute en est un peu à M. Sédillot, qui a pris la parole à titre de membre correspondant. La connaissance approfondie de la matière et la facilité d'élocution dont il a fait preuve en cette circonstance, ne le lavent pas tout à fait à nos yeux du tort d'avoir placé le nœud de la question là où il ne devait pas être, et d'avoir paru attacher à des distinctions connues et de domaine public, une importance particulière. M. Roux, appuyé en ceci très-fortement, et même un peu plus qu'il n'eût désiré, par M. Velpeau, avait insisté sur l'extrême danger des extirpations de goître et sur quelques-unes des dispositions qu'il fallait exiger de la tumeur pour se décider à y porter l'instrument. M. Velpeau surtout avait spécifié l'isolement, la forme pédiculée, la mobilité, comme conditions indispensables, C'est là-dessus que M. Sédillot a cru devoir intervenir. Il a soutenu que l'opportunité ou l'inopportunité de l'opération doit se tirer principalement, non des caractères extérieurs de la tumeur, mais bien de sa composition intime, et qu'il existe à cet égard une confusion dans la nomenclature des différents modes de développement anormal de la glande thyroïde. Suivant lui, il y a de vrais goîtres et de faux goîtres. Les vrais goîtres sont constitués uniquement par l'hypertrophie de la glande; ceux-là ne doivent jamais être opérés. Les faux goîtres consistent en des kystes aqueux, des amas albumineux. lypomateux, cancéreux, etc. Ils peuvent être extirpés avec succès; ce sont de faux goîtres, ce sont des tumeurs kystiques, qu'ont enlevées MM. Roux, Hutin et Cabaret.

L'argumentation de M. Sédillot, quelque sérieuse qu'elle paraisse au fond et quoique appuyée sur des distinctions réelles, consacre d'abord une doctrine hasardée, dont il serait impossible, dont il n'est pas venu à bout lui-même, de justifier la forme absolue. M. Sédillot ne peut dire combien il y a d'espèces de faux goître; il déclare néanmoins que toutes sont opérables. On ne peut pourtant pas affirmer l'inconnu. Il est une espèce au moins à laquelle, pour notre compte, nous craindrions plus encore de toucher qu'à la glande hypertrophiée : c'est le goître dit anévrismatique. Donc, il est inexact d'avancer que tous les faux goîtres, puisque faux goître il y a, soient susceptibles d'extirpation. Une doctrine ainsi suspendue dans le vide ne pouvait offrir un terrain solide à la discussion.

D'un autre côté, M. Sédillot n'apportait à la question aucun élément nouveau, ni aucun précepte à la thérapeutique. Personne ne prétend qu'il n'y a point de distinction à établir entre les différentes tumeurs désignées par le nom commun de goître ou de bronchocèle, ni que ces distinctions ne doivent nullement peser sur la détermination du chirurgien : on nie seulement qu'elles doivent être sa principale règle de conduite, en ce qui concerne l'opportunité de l'opération; de sorte que la dissidence de fond qui semblait séparer M. Sédillot de ses collègues s'est bientôt trouvée réduite, comme nous le disions en commençant, à une question de mots que l'intervention d'autres orateurs a encore compliquée. M. Sédillot voulait qu'on réservât la dénomination de goître à l'hypertrophie thyroïdienne, M. Piorry n'en veut pour aucune maladie. M. Rochoux l'accepte volontiers, mais à la condition d'établir entre les tumeurs du cou force distinctions, par la raison que « plus on établit de distinctions dans les sciences, plus on leur fait faire de progrès. »

Nous l'avons dit souvent, et à cet égard nous nous empressons de constater notre accord avec M. Rochoux, nous ne sommes pas difficiles sur les mots, pourvu qu'ils soient bien définis. Un mot est, de soi, la chose du monde la plus indifférente ; il ne s'agit que de s'entendre sur sa signification. L'usage a consacré le mot goître; quelques-uns lui préferent celui de bronchocèle. Nous nous arrangerions aussi bien de tout autre qu'on aurait pu imaginer. Aucun d'eux n'empêche le chirurgien d'établir ensuite entre les différentes tumeurs toutes les distinctions qu'il voudra, comme l'ont très-bien montré MM. Roux et Velpeau. Le fait est le même, avec un mot ou avec un autre; mais ce mot ne veut rien dire! goître (de *guttur*) signifie gorge! Eh! tant mieux : on n'en est que plus à l'aise. Pourrait-on nous dire ce que veut dire homme, table, cheval? Est-ce que ces mots-là ne se comprennent pas, et cela s'oppose t il à ce qu'on reconnaisse différentes races d'hommes ou de chevaux, différentes espèces de tables? C'est la science qui porte les mots et non les mots qui portent la science; c'est donc elle qu'il faut faire marcher, si l'on veut avancer dans le progrès.

— Il a été présenté, à l'une des dernières séances de la Société de chirurgie, un mémoire sur le traitement des abcès par congestion au moyen des injections iodées. L'auteur de ce travail, M. le docteur Boinet, rapporte quatre observations de guérison à l'appui de cette méthode, et il ne compterait jusqu'ici que des succès. Ce serait là un résultat tout à fait digne de l'attention des praticiens. Cependant la discussion à laquelle a donné lieu cette communication n'est guère propre à faire admettre que les espérances de l'auteur soient aussi bien fondées qu'il le suppose. Et d'abord, des quatre observations qu'il a communiquées, une seule est relative à un abcès par congestion véritable, c'est-à-dire abcès produit par la tuberculisation d'un point de la colonne vertébrale, et donnant lieu à une collection purulente qui se manifeste à l'aine. Mais. ainsi qu'on l'a fait justement remarquer. ce seul cas, s'il était bien établi, serait déjà d'une réelle importance. Or ce qui a été dit à cet égard, et ce que l'on peut induire de

---

Feuilleton.

CHRONIQUE MÉDICALE.

Nomination aux chaires du Val-de-Grâce. Victimes intéressantes. Caractère du futur enseignement. Deux nouveaux inspecteurs. — Le décret du 3 mai 1850. Codex et Bulletin de l'Academie. Une idee de la CHRONIQUE. — Monument à Desault. — Malheurs d'un confrère. — Exécution capitale d'un autre. — Une vipère fantastique. — Cas rare.

La voilà donc toute prête à fonctionner, cette École d'application du Val-de-Grâce dont on a dit tant de bien et tant de mal! La voilà opérée cette concentration de l'enseignement de la médecine militaire! et chacun peut voir de ses yeux, flairer de sa narine, dans le vase de prédilection, l'essence superfine, *genuine essence*, comme disent les parfumeurs d'outre-Manche, que l'alchimie ministérielle a su tirer des produits réunis et cohobés de Paris, Lille, Metz et Strasbourg. Le produit messin est le seul dont l'alambic n'ait rien tiré. Telle qu'elle est, la liqueur nous semble exhaler un parfum assez agréable, qui ne donne pas mauvaise idée de sa qualité intrinsèque. Beaucoup assurent néanmoins qu'elle n'est pas de force à flatter suffisamment les nez diplômés, auxquels elle est, comme on sait, exclusivement réservée. Ils affirment que de jeunes docteurs, abreuvés de science, bouffis d'observation, hydropiques d'expérience, et à qui une Faculté aura conféré le droit ***saignandi et tuandi per totam terram***, allongeront la lèvre inférieure devant les maigres tentations du Val-de-Grâce. Nous espérons, quant à nous, que ce pronostic ne se réalisera pas, et nous en avons dit ailleurs la raison.

En parcourant la liste des chaires auxquelles il vient d'être pourvu, on voit qu'elles ne comprennent pas toutes celles qui appartenaient à l'École de perfectionnement. Les chaires d'anatomie pathologique, de pathologie médicale, de pathologie chirurgicale, d'histoire naturelle et de botanique, n'ont pas été relevées. Il y a de quoi faire jeter les hauts cris aux titulaires dépossédés, et assurément, s'ils se livrent à cet exercice, ce n'est pas nous qui le trouverons mauvais. La malédiction leur est permise, même au delà de vingt-quatre heures. Toutefois il faut être juste : il y a sans doute quelque chose de violent à démolir ainsi, d'un coup de plume, des positions qui étaient la conquête du travail et du talent, et nous souhaitons autant que personne à chacune des victimes un prompt dédommagement; mais on voudra bien remarquer que la suppression de certaines chaires était une conséquence forcée du principe même de la nouvelle institution. L'École actuelle du Val-de-Grâce est une école d'*application*. Les stagiaires qu'elle doit recevoir seront docteurs; ils seront nantis des notions théoriques et pratiques indispensables à tout médecin, dans quelque sphère d'exercice qu'on le suppose. Ils connaîtront ou seront censés connaître la botanique, l'histoire na-

la plus simple connaissance des choses, tendent à établir que notre confrère est tombé dans une méprise. Quelques mots suffiront pour le prouver.

Et d'abord M. Boinet s'est complétement abstenu de dire si, pour évacuer le pus, il avait eu recours ou non à la méthode sous-cutanée. Nous sommes disposés à croire qu'il ne s'est pas privé des avantages de cette méthode. Dans cette supposition, il conviendrait de savoir si cette dernière, qui guérit très-bien les abcès par congestion sans iode, a eu, dans les cas rapportés par M. Boinet, besoin du concours de la solution iodée. Nous ne craignons pas d'affirmer le contraire. En effet, pour qui connaît la disposition du canal qui, dans les abcès par congestion, conduit le pus du foyer vertébral à l'aine, il n'est pas possible d'admettre que l'injection iodée ait pu pénétrer jusqu'à ce foyer. On sait, en effet, que le pus se creuse un trajet, la plupart du temps, le long des muscles psoas et iliaque, ou se creuse quelque sinuosité celluleuse analogue; or comment supposer que ces canaux étroits, sinueux, toujours occupés par une certaine quantité de pus, même quand la collection est vidée, puissent livrer passage à la matière de l'injection jusqu'à la portion malade de la colonne? L'action de la solution iodique n'a donc pu s'exercer que sur la paroi même de l'abcès. Mais ces parois sont inertes; elles résultent d'un écartement mécanique des mailles du tissu cellulaire, par l'accumulation, dans un point, du pus sécrété plus loin. Elles ne sont pas la maladie, ni même, à proprement parler, quoi que ce soit de la maladie: ce n'est donc qu'à l'aide d'une simple illusion que M. Boinet est parvenu à croire que l'injection iodée, en agissant sur la surface interne de la poche purulente d'un abcès par congestion, ait pu et puisse guérir l'abcès lui-même.

Quant aux abcès froids, la méthode pourrait, avec plus d'apparence de raison, invoquer un bénéfice quelconque des injections iodées. Il y a déjà longtemps que M. Jobert (de Lamballe) a fait des tentatives de ce genre; il les avait mentionnées dans la discussion académique sur L'HYDROCÈLE; mais à cette époque comme aujourd'hui, nous avons fait remarquer que ces tentatives, si elles avaient eu quelques résultats, elles ne l'avaient dû qu'à l'emprunt des ponctions sous-cutanées. Or ces dernières guérissent très-bien sans le secours de l'iode, et elles guérissent sans exposer à aucune espèce d'accidents. Qu'est-il besoin dès lors de leur substituer une autre méthode qui n'a de succès que par elles, et qui n'a certainement pas le privilége d'une égale innocuité? Nous attendrons avec plaisir les explications de M. Boinet, faisant remarquer qu'il n'a pas jugé à propos de les présenter à la Société de chirurgie, bien qu'il y eût été invité par un de ses collègues.

AMÉDÉE DECHAMBRE et JULES GUÉRIN.

PHYSIOLOGIE.

EXAMEN PHYSIOLOGIQUE DU MÉCANISME DE L'ÉRECTION, A PROPOS D'UNE VARIÉTÉ DE PRIAPISME QUI NE SE PRODUIT QUE PENDANT LE SOMMEIL; par E. DEBROU, chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Orléans, membre correspondant de l'Académie de médecine.

Il arrive parfois de rencontrer des circonstances pathologiques que l'on ne sait pas expliquer à l'aide des connaissances ordinaires de la physiologie. On éprouve alors le besoin d'étudier la partie physiologique qui sert de base à la question que l'on examine, et si on la trouve obscure et incertaine, on a le désir naturel, au moins de l'exposer, si on ne peut l'éclairer d'une manière satisfaisante. Je me suis trouvé dans cette situation d'esprit, à l'occasion d'une particularité inaperçue, je pense, dans l'histoire du priapisme, maladie ou symptôme de maladie, que l'on ne décrit plus guère pour eux-mêmes, sans doute parce qu'on croit les connaître assez. Les pathologistes, aujourd'hui, renvoient généralement ce symptôme, à l'examen des maladies qui le produisent, et s'en reposent, pour l'expliquer, sur la physiologie. Celle-ci, à son tour, s'en occupe peu, peut-être parce qu'elle le regarde comme étant du domaine de la pathologie, et de là est résulté que le fait lui-même est imparfaitement connu dans tous ses détails. J'espère démontrer au moins cette imperfection. J'exposerai d'abord la particularité spéciale que je veux signaler dans le priapisme; ensuite, je chercherai à l'expliquer en examinant le mécanisme de l'érection sous le rapport de l'anatomie et de la physiologie.

§ I.

La particularité que je veux faire connaître est que, dans certains cas de priapisme, l'érection a lieu uniquement pendant le sommeil, de façon que *la cause qui produit l'érection se développe pendant le sommeil, et par le fait même du sommeil.* Je ne sais pas au juste si le priapisme qui se comporte ainsi constitue une variété spéciale, parce que lorsqu'on observe un phénomène nouveau, on éprouve toujours de l'embarras pour déterminer sa fréquence relative ou absolue; mais tout en proposant provisoirement d'admettre que les cas que j'ai observés constituent une variété de priapisme, j'avoue être peu éloigné de croire que l'influence du sommeil sur les érections pathologiques est un fait général qu'il sera facile de constater, à mesure que l'on dirigera l'attention sur ce point. Les remarques que je veux publier peuvent sembler, au premier abord, sans nouveauté, car les pathologistes ont noté depuis longtemps la fréquence avec laquelle les érections se montrent pendant la nuit, et on a même cherché à expliquer cette préférence par la chaleur du lit, le décubitus sur le dos, et plusieurs autres circonstances; mais j'espère que le fait et l'explication que j'en proposerai moi-même ne manqueront pas de quelque intérêt. J'espère aussi que l'on ne songera pas à m'accuser d'attacher de l'importance à une question minime, quand on aura réfléchi que l'on ignore encore aujourd'hui le véritable mécanisme de l'érection, et que malgré beaucoup d'opinions émises sur ce point obscur et délicat de physiologie, on peut lui appliquer ce que Haller disait en parlant d'une autre fonction: *Hæc particula difficillima est physiologiæ.*

Voici d'abord dans quelles circonstances j'ai pu constater l'influence du sommeil sur le développement du priapisme. J'ai été consulté par un malade, M. de X., âgé de 60 et quelques années, qui était tourmenté depuis vingt-cinq ans environ d'un priapisme pour lequel il a inutilement pris les conseils d'un grand nombre de médecins de Paris et d'ailleurs. Il me fit remarquer lui-même que sa maladie différait des autres cas de priapisme, en ce que les érections ne se montraient que pendant le sommeil. « Chose » singulière, me disait ce monsieur, l'érection qui est toujours douloureuse » alors — et qui ne pourrait être employée à la consommation de l'acte du » mariage — n'a pas lieu lorsqu'il m'arrive, dans certaines préoccupations » d'affaires ou d'esprit, de passer la nuit entière au lit et sans dormir. Dès » que le sommeil s'empare de moi, l'érection survient et me réveille le plus

turelle médicale, l'anatomie normale, l'anatomie pathologique, l'histoire didactique des maladies internes et externes. Sur tous ces points, l'éducation du Val-de-Grâce n'a rien à leur apprendre. Si nous ne nous trompons, la mauve, la violette, le blanc de baleine, le castoréum des camps ressemblent beaucoup à ceux des villes; il n'y a pas grande différence, quant à la conformation de l'estomac ou la composition intime d'un cancer, entre le militaire et le bourgeois, et chez l'un comme chez l'autre, la pneumonie ou le choléra offrent les mêmes caractères généraux.

Voilà donc autant de matières, déjà assimilées, dont il était inutile de surcharger itérativement le programme des études. Mais il manquera aux docteurs frais émoulus des Facultés les notions des conditions spéciales de pratique où devra les placer la carrière militaire; ils auront à se bien rendre compte de la différence notable qui existe, sous plus d'un rapport, entre la pathologie de l'armée et celle de la population civile; c'est à quoi pourvoit l'institution des chaires de clinique médicale et de clinique chirurgicale. Nous ferons seulement remarquer, à ce sujet, que les deux professeurs ne donneraient pas à leur enseignement toute l'utilité qui est dans le but de l'institution, si, d'une part, ils le circonscrivaient strictement dans les faits éventuels que pourront offrir les salles d'hôpital, et si, de l'autre, ils le laissaient trop s'emporter dans le domaine de la pathologie commune ou classique. Par la première manière, ils réduiraient la portée de l'institution; par la seconde, ils en altéreraient le caractère. Un cours de clinique suppose, il est vrai, un sujet actuel d'observation, où l'exemple vienne appuyer le précepte; mais, nous l'avons dit dans un autre article, loin des camps, en temps de paix, l'occasion manque à la pratique militaire de produire les différences qui la séparent de la pratique civile; en sorte qu'un enseignement clinique étroitement confiné dans l'observation du lieu et du moment préparerait très-incomplétement le stagiaire à l'œuvre qu'on doit exiger de lui au bout d'une année. Ce sera au professeur de rattacher par le lien de l'analogie les faits particuliers qui passeront sous ses yeux, avec les données acquises de l'observation générale; ce sera à lui d'ouvrir, derrière le calme horizon de l'hôpital, la perspective du champ de bataille, des marches forcées ou des mauvais campements. Mais, en même temps, et c'est le second souhait que nous formions tout à l'heure, il importe de faire converger tous ces efforts de l'enseignement vers les seuls points où la pratique reçoit des conditions où elle s'exerce, un caractère qui ne se retrouve pas dans la pratique civile. Des excursions au delà de ces limites seraient d'autant plus susceptibles de tenter les professeurs, qu'elles s'accorderaient avec l'étendue notoire de leurs connaissances et la diversité de leurs aptitudes; mais c'est pour cela même que, dans notre prudence, nous les dénonçons par anticipation. Il n'y a pas un moment à dérober au temps si court qui doit mesurer le stage.

Nous avons entendu demander pourquoi, si l'on voulait spécialiser l'enseignement militaire, on a maintenu les chaires d'opérations, d'hygiène et de médecine légale, de chimie et de toxicologie, en même temps qu'on supprimait les chaires de pathologie médicale et de pathologie chirurgicale, bien que les premières comme les secondes existassent déjà dans les Facultés. La chose nous paraît pourtant assez intelligible. On a supprimé les cours de médecine interne et de médecine externe; oui, mais on a conservé ceux de *clinique*, et, par eux, un moyen, et le meilleur, d'initier les stagiaires aux notions spéciales

» ordinairement. Aussitôt que je m'éveille, l'érection cesse. En un mot, me » dit-il, l'érection qui me tourmente toutes les nuits depuis vingt-cinq ans, » et qui ne me permet de prendre que des sommeils courts et interrompus, » n'a jamais lieu sans le sommeil, et offre cette singularité de dépendre » uniquement de lui, de sorte que *je n'y serais point sujet si je pouvais* » *ne point dormir*. » J'avoue que je partageai la surprise de mon malade touchant cette bizarre influence du sommeil sur les érections, influence que je cherchais vainement à m'expliquer, et dont je ne pus trouver le signalement dans aucun ouvrage qui traite du priapisme. J'examinai avec attention toutes les circonstances de la santé de M. de X., ses habitudes, son genre de vie, ses goûts, l'état de la vessie et des organes génitaux, l'état des organes digestifs; rien ne put me faire soupçonner une cause, ni dans le tempérament, ni dans une affection actuelle ou antérieure, locale ou générale, qui pût rendre compte soit de la persistance de ce priapisme, soit de la circonstance singulière qui le caractérisait. Plusieurs fois je me suis entretenu de ces érections maladives avec M. de X., qui est un homme très-éclairé, versé dans l'étude de plusieurs sciences, et j'ai été obligé d'admettre moi-même qu'il n'y avait rien à reprendre à ses réflexions et à ses remarques, sur la singularité d'une affection dont mes conseils, pas plus que d'autres, n'ont pu le délivrer.

Ce premier fait m'avait beaucoup frappé, et je le regardais comme exceptionnel, lorsque je rencontrai bientôt un autre malade, plus jeune, âgé de 35 ans, qui était, lui aussi, tourmenté d'un priapisme opiniâtre depuis quinze ans. Je trouvai chez lui la même circonstance que je viens de signaler, c'est-à-dire point d'érection hors le temps du sommeil. Chez ce second malade, l'affection me parut d'abord pouvoir être rapportée à des douleurs habituelles qu'il éprouvait dans le ventre depuis une très-longue époque, à une entéralgie ancienne et à une constipation très-opiniâtre. Mais je dus plus tard abandonner cette pensée, parce que les fonctions digestives s'étant améliorées, la constipation et les douleurs abdominales ayant cessé sous l'influence de deux voyages aux eaux, le priapisme n'a lui-même subi aucun changement. De façon que, chez ce second malade, aussi bien que chez le premier, j'ignore quelle est la cause de la maladie; et je ferai remarquer à ce propos que, si le priapisme est ordinairement un symptôme plutôt qu'une affection propre, que si sous ce rapport la pathologie moderne a un peu raison de ne plus le comprendre dans ses cadres de description, je crois néanmoins que l'on a exagéré cette idée juste en elle-même, et qu'il existe certaines formes de priapisme que l'on ne sait à quoi rattacher, et qui constituent une véritable maladie, car elles font le tourment du malade aussi bien que le désespoir du médecin, qui épuise vainement toutes ses ressources à en connaître la cause et à en obtenir la guérison.

Les deux faits précédents suffisent pour établir la circonstance que j'ai voulu signaler, savoir que le sommeil est une cause directe ou indirecte d'érections chez certaines gens qui ont un priapisme. Il est inutile de rapporter en détail toutes les précautions que j'ai prises pour m'assurer qu'en effet le sommeil était ici la seule cause agissante; que les rêves, les pensées érotiques, soit de jour, soit de nuit, la plénitude de la vessie ou la nature du coucher ne jouaient aucun rôle à cet égard. Par cela même que ces deux cas me semblaient exceptionnels, je n'ai rien négligé pour dégager de toutes les autres influences celles dont l'action moins facile à expliquer provoquait mes recherches.

Je dois ajouter cependant, qu'en réfléchissant sur ces faits, je suis arrivé à penser qu'ils ne sont pas aussi exceptionnels qu'ils me l'avaient paru d'abord, et peut-être que plusieurs de ceux qui me lisent en ce moment auront devancé cette remarque. Je suis assez porté à croire maintenant que la plupart des érections maladives se montrent dans l'état de sommeil, et, pour faire ressortir une dernière fois l'importance de cette action du sommeil, je rappellerai ceci : chez des hommes bien portants, des érections ont lieu fréquemment pendant la nuit, et sans être provoquées par des rêves; ces érections n'amènent point le réveil parce qu'elles ne sont pas douloureuses comme dans le cas de priapisme; on ne s'en aperçoit que le matin à la fin du sommeil, et alors elles cessent d'elles-mêmes, au bout de quelques instants, sans qu'il y ait besoin de vider sa vessie, de changer la position du corps, de faire aucun mouvement; elles cessent par cela seul que l'on est éveillé et que l'esprit reprend le cours de ses pensées. Cette simple remarque de physiologie normale est précieuse à mes yeux, parce qu'elle contient l'explication que je donnerai plus loin du phénomène pathologique lui-même.

§ II.

Si l'on vent chercher cette explication, il vient naturellement à l'esprit de la demander aux notions établies sur le mécanisme de l'érection. Malheureusement on aperçoit bientôt, en consultant les anatomistes et les physiologistes, combien ce phénomène est encore peu connu et mal expliqué. A son égard, on sait seulement deux faits généraux, savoir que le sang est en plus grande abondance dans la verge; que l'action du centre nerveux est nécessaire à cette accumulation de sang, et par suite à l'érection. Mais quelle est la cause de cette accumulation de sang? quelle est l'action du système nerveux pour la produire? Un rapide exposé des opinions diverses émises sur ces points fera suffisamment voir l'obscurité qui entoure cette question de physiologie.

1° On a d'abord pensé que la verge se remplissait d'esprits animaux, et que les muscles du périnée la dressaient comme un bâton qui serait soutenu par des cordes. Ce rôle attribué aux muscles ischio-caverneux fut consacré par Vésale, qui nomma ces muscles *erectores penis*, nom qui fut maintenu jusqu'à Winslow, lequel lui substitua celui d'*ischio-caverneux*. De Graaf s'éleva vivement contre l'action érigeante de ces muscles; mais après lui beaucoup d'auteurs conjouèrent à adopter l'ancienne opinion. Si de nos jours la plupart des anatomistes ont renoncé à accorder une action aussi grande aux muscles ischio-caverneux, plusieurs, et je suis parmi eux, pensent encore qu'ils contribuent à soutenir la verge et à la maintenir droite. Il faut remarquer seulement qu'ils ne concourent à ce but que lorsque le pénis a déjà subi un commencement de tension, par l'afflux ou la réplétion du sang.

De Graaf fut le premier qui démontra que l'érection résulte de la présence du sang accumulé dans la verge. En poussant de l'eau par les artères tonteuses, dans la verge d'un cadavre, il fit voir que l'organe se distendait et s'érigeait, comme et même plus que sur le vivant, *ut in vivis vix magis*, dit-il. Ayant lié la verge à sa racine chez un chien, à l'instant du coït, il trouva que ce corps ne contenait que du sang, et que, celui-ci sorti, le pénis redevenait flasque, *eo effluxo, penis flacesceret*. Il eut donc ce mérite. En outre, ce qui était une conséquence naturelle de sa découverte, il pressentit que la turgescence des corps caverneux pouvait tenir à un défaut d'équilibre entre la sortie et l'arrivée du sang, et il rechercha quels obstacles pouvaient s'opposer à la sortie du sang veineux. Les muscles

---

de médecine et de chirurgie, dont ils ne sauraient se passer. S'il eût existé à la fois, dans l'ancienne École de perfectionnement, un cours et une clinique d'hygiène, un cours et une clinique d'opérations et appareils, un cours et une clinique de toxicologie, vraisemblablement le gouvernement eût retranché à chaque science l'un des modes d'enseignement. Mais le mode d'enseignement était unique. Fallait-il le supprimer? C'eût été déclarer que la médecine militaire n'a rien de spécial à gagner à l'étude des opérations, de l'hygiène, de la médecine légale, de la chimie et de la toxicologie. Or il s'en faut bien qu'il en soit ainsi. Qui ne comprend combien il importe de fortifier autant que possible, sur la pratique des opérations et des bandages, les jeunes docteurs destinés à la carrière militaire? Qui ne comprend que tout ici est exceptionnel : nature des désordres qui appellent l'instrument, bases d'indication, gravité habituelle des opérations, accidents consécutifs, circonstances concomitantes, mode de pansement ou de transport, etc.? Qui pourrait, en un mot, assimiler une ambulance ou un hôpital improvisé à nos commodes hôpitaux des villes? L'hygiène, la médecine légale elle-même, ont aussi, qu'on nous passe le mot, leur côté militaire, et l'ordonnance de nomination a bien soin de spécifier que c'est à ce titre seul qu'elles entrent dans l'enseignement du Val-de-Grâce. Quant à la toxicologie et à la chimie, elles seront sans doute, à l'École d'application, à peu près ce qu'elles sont dans les Facultés. Cependant, en tant qu'applicables à l'hygiène des armées, elles participent du caractère spécial de cette dernière; aussi, la chaire y affectée est-elle formellement consacrée aux *manipulations de toxicologie et de chimie appliquées à l'hygiène*. Ajoutons que la chimie est le complément indispensable de tout centre d'enseignement médical, parce qu'elle est un des instruments les plus utiles de la recherche scientifique; de telle sorte que, à défaut de chaire de chimie, il y eût eu nécessité au moins de conserver un laboratoire avec un chef des travaux.

La liste des professeurs nouvellement nommés montre assez que l'intention du gouvernement a été de ménager autant que possible les droits acquis. Tous les élus auraient été pris dans le corps enseignant de l'ancienne École de perfectionnement, si deux membres de ce corps n'avaient été promus au grade d'inspecteur, mode d'éviction dont nous supposons qu'ils ne se plaindront pas. Ces deux jouets de l'instabilité des choses humaines sont MM. Baudens et Lévy. Un maître homme, ce M. Lévy! Il s'est mis à courir un beau matin, allant tout droit devant lui, comme un lapin à qui on aurait coupé les corps striés, et en moins de rien il a enjambé les sommets les plus ardus de la science et de la hiérarchie; si bien que la GAZETTE MÉDICALE, qui le tenait naguère encore par les deux pieds, ne saura bientôt plus où le prendre. Mais non, le fil qui les unissait par le cœur ne s'est pas rompu dans cette course furieuse. Nous n'aurions qu'à le tirer doucement pour faire descendre encore sur ces colonnes la plume connue qui fut si souvent l'agrément hebdomadaire du lecteur.

— Le ministre de l'agriculture et du commerce avait cru faire un vrai cadeau à l'Académie de médecine, en la gratifiant du décret du 3 mai 1850. Plus de tracasseries au sujet des remèdes secrets. Sont réputés tels tous ceux qui ne sont pas inscrits au Codex, quelque excellents qu'ils soient, quelque vieille que soit la dernière édition du bouquin officiel : que l'Académie désigne les nouveaux médicaments qu'elle trouve bons, et l'insertion au BULLETIN de leur mode de préparation ou de leur formule vaudra l'inscription au Codex jusqu'à la

ischio-caverneux, dont il avait contesté l'action érigeante, furent pour lui la cause de cet obstacle. Ces muscles, en comprimant la racine du corps caverneux, génent d'abord le retour du sang par les veines, et ensuite forcent celui qui arrive par les artères à refluer dans la partie antérieure des corps caverneux et dans le gland. Cette question ne détruisait donc pas entièrement la participation des muscles ischio-caverneux à l'érection ; mais, ainsi qu'il le remarque lui-même, leur action à cet égard était indirecte..... *sanguinem primariam penis extensionis causam esse, secundariam vero penis musculos*. (Regneri de Graaf OPERA OMNIA, Lyon, 1678, p. 62.) Hunter adopta plus tard la dernière partie de l'opinion de Graaf : « Les muscles érecteurs, dit-il, sont assez forts chez le mâle parfait pour faire passer le sang tout d'une fois, *comme par expression*, des racines de la verge dans le corps même de l'organe. » (ŒUV. COMPLÈT., traduct. de M. Richelot, Paris, t. IV, p. 93.)

La voie nouvelle ouverte par de Graaf a été et est encore de nos jours suivie par plusieurs anatomistes, qui cherchent à expliquer la turgescence du pénis par un ralentissement dans la sortie du sang veineux. Cette opinion était devenue dominante vers le dix-huitième siècle, et nous voyons les anatomistes de l'ancienne Académie des sciences de Paris l'admettre à peu près sans contestation ; mais alors, comme aujourd'hui, on ne s'accordait point sur l'obstacle qui s'opposait à la sortie du sang. Cet obstacle ne saurait être, comme on l'a dit, sur le trajet de la veine dorsale de la verge, puisqu'elle n'est point comprimée entre l'arcade pubienne et les corps caverneux ; et d'ailleurs cette veine ne reçoit point le sang de l'intérieur de la verge, mais seulement de ses enveloppes et du tissu spongieux de l'urètre. L'obstacle serait-il sur les branches profondes qui sortent du corps caverneux et sur la veine honteuse interne? Krause, au rapport de Muller, aurait prouvé qu'il en est ainsi, et attribuant cet effet aux muscles ischio-caverneux, qui, dit-il, resserrent et compriment les racines des corps caverneux, il rétablit presque en entier l'ancienne explication de de Graaf. On peut être assurément ébranlé par l'assentiment d'un homme aussi judicieux que Muller, assentiment partagé par Huscke ; mais j'avoue que je ne puis comprendre un tel mécanisme, déjà autrefois victorieusement réfuté par Haller. Et Muller lui-même reconnaît que la rétention du sang par les muscles est difficile à concevoir chez le cheval, où les veines du corps caverneux, dit-il, ont tant de couloirs différents. (MANUEL DE PHYSIOLOGIE, traduct. de Jourdan, t. II, p. 619.)

M. Mercier a proposé l'opinion suivante, que je vais transcrire littéralement. Il remarque d'abord « que toutes les veines de la verge vont aboutir » aux sinus de Santorini, qui sont placés entre la face postérieure de la » symphyse pubienne et la prostate; que ces sinus se divisent bientôt pour » se porter en arrière vers les parties latérales du bas-fond de la vessie, et » gagner enfin les veines hypogastriques; que, dans ce trajet, ces sinus » forment des plexus très-développés, principalement entre les faces latérales de la prostate, où les veines sont maintenues fixes par le feuillet » descendant de l'aponévrose pelvienne. » Cela posé, il admet que « les » portions verticales des muscles pelviens, en se contractant, compriment » les veines contre les faces latérales de la prostate, et produisent ainsi la » stase du sang dans les tissus érectiles de la verge. » (RECHERCHES SUR LES MALADIES DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES, Paris, 1841, p. 62 et 93.) — Je ne puis admettre cette explication, par la raison que voici : l'accumulation d'une grande quantité d'urine dans la vessie, ou même l'hypertrophie de la prostate, devraient comprimer le sinus veineux en question, beaucoup plus que ne le fait la contraction des releveurs de l'anus, et cependant l'érection n'est pas un phénomène habituel chez les gens qui ont une rétention d'urine ou une hypertrophie de la prostate, ou les deux affections réunies. — Je n'adopte pas davantage cette autre idée du même auteur, que la veine honteuse interne peut être comprimée entre l'épine sciatique par les contractions du muscle grand fessier, ce qui ajouterait une nouvelle cause au ralentissement de la circulation veineuse. Il y a ici, comme en plusieurs autres points analogues, une arcade fibreuse qui protége les vaisseaux contre toute compression.

Avant d'abandonner les opinions diverses qui acceptent le fait d'un obstacle mécanique à la sortie du sang veineux, je veux leur adresser une objection générale qui n'a pas encore été présentée contre cette théorie. Je reconnaîtrai d'abord que tous les auteurs qui adoptent l'une des nuances de cette doctrine admettent implicitement, sinon formellement, que l'obstacle à la sortie du sang veineux n'est que partiel et incomplet, car autrement la gangrène du pénis serait la suite inévitable d'une stase indéfinie du sang. Mais même avec cette réserve, qui est de toute nécessité, il y a des difficultés qui me semblent inconciliables avec la théorie. Celle-ci, par exemple : au commencement de l'érection, il est possible que tout le sang artériel apporté ne s'échappe point par les veines; mais si l'érection persiste et dure longtemps, plusieurs heures, ainsi qu'on l'a vu dans certains cas de satyriasis, il faut bien qu'autant de sang sorte qu'il en entre, puisque l'on ne voit pas la gangrène survenir dans tous ces cas d'érection permanente. Or, si autant de sang sort qu'il en entre dans l'érection prolongée, comment admettre qu'il n'en est pas ainsi dans la turgescence ordinaire?

C'est sans doute à cause des difficultés que l'on rencontre pour trouver un obstacle réellement efficace au cours du sang veineux, que d'autres auteurs ont rejeté toutes les explications mécaniques du phénomène de l'érection, et ont invoqué une propriété spéciale empruntée au vitalisme, l'*érectilité*. Ghaussier et M. Adelon, qui représentent assez bien en physiologie le mouvement vitaliste d'il y a quelques années, n'hésitent point à regarder la turgescence de la verge comme dépendante d'une propriété *sui generis* dont est doué le tissu érectile.

Ils citent, à l'appui de leur manière de voir, l'érection du mamelon chez la femme, et celle de la crête des gallinacées, érection que l'on ne saurait expliquer en effet par la compression des veines. On peut faire remarquer aux partisans de cette théorie que Schwann a décrit dans la caroncule placée sur le nez du dindon, un faisceau musculaire qui rend suffisamment compte de la mobilité de ce prolongement; que la prétendue érection du mamelon est plutôt analogue au froncement du dartos, ou à ce que l'on nomme *la chair de poule* à la peau, qu'à la turgescence du pénis; que d'ailleurs, sans nier et rejeter les propriétés vitales, il est néanmoins permis de rechercher les conditions organiques et mécaniques des phénomènes vitaux, et que chaque pas heureux fait dans cette direction est un progrès réel en physiologie.

Conséquemment à cette dernière vérité générale, je vais faire connaître maintenant quelques dispositions anatomiques, nouvellement découvertes, dont l'une au moins peut avoir une grande importance dans le mécanisme de l'érection.

Muller a annoncé que les capillaires artériels, répandus dans les corps caverneux et dans la substance spongieuse de l'urètre, présentent de petits renflements contournés en forme de diverticules (*artères hélicines*), diverticules isolés ou réunis en grappes, qui sont des dilatations du système

---

prochaine édition. C'était simple comme bonjour, à première vue. Ah bien oui! La discussion qui a eu lieu récemment au sujet des pilules de Blaud a bien montré que tout n'est encore, en cette matière, que ténèbres et confusion. Et en effet, la même difficulté habite le paradis du Codex et les limbes du Bulletin, et ce n'est pas une petite difficulté. Laissons la chicane des magistraux et des officinaux; il est trop clair que le Codex n'est pas seulement ouvert aux médicaments officinaux, puisqu'on y rencontre le looch, la potion de Rivière et autres compositions de la même cuisine; c'est, le mot l'indique, un code, un ensemble de prescriptions obligatoires, destiné à prévenir les écarts de la pharmacomanie. Mais voici la pierre d'achoppement. La non inscription au Codex, ou, ce qui est actuellement la même chose, la non-insertion au Bulletin de l'Académie est, avons nous dit, le signe distinctif du remède secret. Or il y a bon nombre de remèdes non encore admis dans l'une ou l'autre de ces publications, et qui sont pourtant susceptibles de rendre des services à la thérapeutique; les pilules de Blaud et de Dupasquier sont dans ce cas. Il faut donc leur ouvrir au plus vite la porte officielle. Très-bien; mais d'un autre côté on répond ceci : L'inscription au Codex entraîne le droit ou l'usage incontesté (ce qui est ici la même chose), de préparer le remède en gros, d'en tenir un dépôt, de l'expédier par grandes quantités. Or très-souvent ce remède s'altère avec rapidité, de telle sorte que sa vertu est en partie perdue ou altérée au moment où on l'administre. C'est encore ce qui arrive aux pilules de Blaud et de Dupasquier. Gardez-vous donc bien de leur accorder un privilége. Octroyez-le plutôt, pour ce qui concerne les préparations simplement ferrugineuses, aux pilules de Vallet et, pour l'iodure de fer, contentez-vous de celui que viennent d'obtenir tout récemment les pilules de Blancard reconnues inaltérables. On dit bien que la police médicale est instituée précisément pour poursuivre la vente des remèdes détériorés. Mais quelle mystification ce serait de conférer à quelqu'un le droit de tenir dépôt d'un remède rapidement altérable qu'on viendrait saisir quelques jours après!

Dans cet état de choses, il nous paraît nécessaire que le but, le caractère du Codex soit, dans la prochaine édition, clairement et nettement défini. Nous croyons même qu'on ne s'en tirera pas d'une manière satisfaisante, sans changement radical dans la disposition et la contexture du livre. Un Codex devrait, suivant nous, être conçu de manière à ne permettre la conservation et le dépôt que des médicaments peu ou point altérables, et en même temps, de n'omettre aucune préparation digne d'intéresser la thérapeutique; le tout sans considération du temps nécessaire à la préparation. Le moyen serait simple. Il consisterait à diviser l'ouvrage en deux parties : l'une, qui serait le *formulaire officinal*, contiendrait la série de préparations que tout pharmacien pourrait et devrait posséder dans son officine; l'autre, qui serait le *formulaire magistral*, renfermerait toutes les formules et recettes jugées bonnes par la commission du Codex, mais dont la préparation ne saurait avoir lieu que sur ordonnance de médecin.

Qu'on n'objecte pas la difficulté de fixer le temps précis qu'il faut à une substance médicamenteuse pour se détériorer; cette difficulté existe dans le système actuel et ne pourra jamais être évitée; les médicaments le plus essentiellement officinaux, tels que les extraits dont la possession constante est même obligatoire pour le pharmacien, finissent aussi par se détériorer. Mais, du moins,

artériel, et qui, du reste, rampent dans l'épaisseur des cloisons et ne s'ouvrent point dans les cellules veineuses. D'après cet auteur, ces artères ou varicosités artérielles s'empliraient de sang comme les cellules veineuses pendant l'érection. Mais Valentin nie l'existence d'une telle disposition; il dit que les ramuscules artériels, après s'être dilatés en forme d'entonnoir, se continuent avec les veines; et Krause admet aussi qu'elles s'ouvrent dans les cellules veineuses. Huscke fait remarquer que si la disposition en entonnoir, ou en diverticules clos, était très-importante pour le mécanisme de l'érection, elle existerait dans tous les points de la verge, ce qui n'a pas lieu, notamment pour le gland. — D'ailleurs, on peut ajouter que la forme contournée et en tire-bouchon des derniers rameaux artériels s'explique par les variations de volume que doit subir l'organe, et qu'elle est ici semblable à ce qui a lieu pour les artères de la matrice. Enfin, la terminaison susindiquée des artères hélicines eût-elle une part réelle dans le mécanisme de l'érection, que l'on y verrait sans doute un moyen de faire séjourner un peu le sang dans les artères de la verge; mais il faudrait déterminer encore en vertu de quelle cause la disposition anatomique précitée, quoique permanente, donnerait des effets passagers et intermittents comme l'érection.

Muller encore a décrit dans le corps caverneux de l'éléphant, et même de l'homme, des fibres d'un rouge pâle, placées entre les veines, et qui seraient analogues à des fibres musculaires. Ce serait un tissu semblable au tissu contractile des artères. Valentin, qui a étudié ce sujet après Muller, affirme qu'il y a çà et là des fibres musculaires dont la composition est semblable à celle des fibres musculaires de l'intestin, et qui s'insèrent sur les fibres tendineuses que l'on trouve entre les cellules veineuses. Hunter avait déjà admis ces fibres de nature musculaire dans les corps caverneux, et il ajoute même les avoir vues se contracter, sous l'influence d'un stimulant, chez un cheval récemment tué. Stanley croit avoir aussi observé en elles une contraction lente et insensible. Cependant, moins heureux sous ce rapport, Muller n'a pu obtenir de contractions à l'aide d'une forte pile électrique ni sur un chien ni sur un âne (MANUEL DE PHYSIOL., t. I).

Je crois ne pas trop m'avancer en disant que cette dernière disposition anatomique est plus satisfaisante que toutes celles indiquées jusqu'ici pour rendre compte du mécanisme de l'érection; et je me demande comment Muller ne semble pas avoir songé à en tirer parti, plutôt que d'adopter le rôle si contestable des muscles ischio-caverneux. On peut se plaindre, au reste, que sur ce point, comme sur plusieurs autres, le physiologiste allemand manque de précision et de clarté. Mais, quoi qu'il en soit, si l'on admet l'existence de ces fibres musculaires répandues à l'intérieur de la verge, on conçoit que le tissu érectile ainsi rendu vraiment contractile puisse imprimer des mouvements au sang qui arrive dans le pénis, dilater ou resserrer les cellules où le sang s'épanche, activer ou ralentir sa sortie, par une suite de contractions analogues à celles qui ont lieu dans l'intestin pour faire cheminer les matières alimentaires, en haut, en bas et dans tous les sens.

2° Une disposition anatomique capable de permettre l'accumulation du sang dans le tissu érectile de la verge, n'est pas la seule condition qui soit nécessaire à l'érection. Celle-ci exige de la part du système nerveux un concours qui lui-même demande à être examiné.

Le cervelet et la moelle épinière ont été considérés tour à tour comme la partie des centres nerveux qui tient l'érection sous sa dépendance. Je ne veux pas établir ici une discussion dont on peut trouver les éléments dans la plupart des traités modernes sur le système nerveux, ainsi que dans l'ouvrage de M. Deslandes sur l'*onanisme*, et dans celui de M. Lallemand sur les *pertes séminales*. Je dois supposer cette question connue de ceux qui me lisent, et il me suffira de dire que je regarde le débat comme terminé en faveur de la moelle épinière, par le mémoire publié en 1836 par M. Pétrequin (GAZ. MÉD., 1836, p. 545), et par les développements qu'a ajoutés à la question M. Longet dans le tome Ier de son ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE DU SYSTÈME NERVEUX.

Les physiologistes qui ont établi que c'est la moelle épinière qui tient l'érection sous sa dépendance, ont négligé de dire comment s'exerce cette influence. Ollivier (d'Angers), qui a rapporté un grand nombre de faits pathologiques favorables à cette doctrine, n'essaye point d'en donner une explication, et M. Pétrequin garde le même silence. M. Longet se borne à dire que « l'on peut se rendre compte de la turgescence du pénis, en se » rappelant l'influence remarquable que la moelle épinière exerce sur la » circulation capillaire. » (TRAITÉ D'ANAT. ET DE PHYSIOL. SYST. NERV., t. Ier, p. 802.) Cette citation fait supposer que, pour M. Longet, l'action de la moelle a lieu directement sur les vaisseaux capillaires de la verge. — Muller émet une opinion qui semble renfermer une autre explication. Il regarde comme *mus par l'action réflexe de la moelle* les muscles du périnée, du sphincter, de l'élévateur de l'anus, des bulbo et ischio-caverneux, pendant l'émission du sperme à la suite de l'irritation des nerfs du pénis. (PHYS. DU SYST. NERV., t. Ier, p. 201.) A la vérité, l'acte par lequel le sperme est éjaculé est distinct de celui de l'érection. Pour l'éjaculation, l'action des muscles du périnée est évidente et incontestée, tandis qu'elle est contestable et contestée dans l'érection. Mais, le même auteur dit ailleurs que « l'érec» tion peut être provoquée par une excitation directe des parties génitales, » attendu que les effets centripètes des nerfs sensitifs déterminent la moelle » épinière à exercer une influence motrice sur les muscles qui agissent pendant l'érection. » (MANUEL DE PHYSIOLOGIE, t. Ier, p. 178.) Il ajoute encore dans un autre endroit, qu'après une longue abstinence de l'acte vénérien, il suffit que l'attention du sensorium soit portée sur les rapports des sexes pour déterminer l'érection, et que « l'idée peut en quelque sorte décharger » la moelle épinière et produire, au moyen de l'influence nerveuse émanée » d'elle, l'accumulation du sang dans la verge. » (PHYSIOL. DU SYST. NERV., t. Ier, p. 369.)

De ces différents passages, il ressort, en premier lieu, que Muller admet que la moelle agit sur l'érection, par le moyen de son *pouvoir reflexe*; ensuite que ce pouvoir réflexe s'exerce par l'intermédiaire des muscles du périnée : car on n'a pas oublié qu'il regarde comme prouvé, après Krause, que ce sont ces muscles, et notamment les ischio-caverneux, qui amènent la turgescence du pénis, en comprimant les corps caverneux et faisant obstacle au retour du sang des veines profondes.

Voilà, si je ne me trompe, tout ce que la physiologie a dit encore de plus précis sur ce sujet, et peut-être pensera-t-on que la théorie de l'érection n'est pas beaucoup plus avancée sous le rapport de l'influence nerveuse qu'eu égard à la partie mécanique que j'ai examinée précédemment.

(La fin au numéro prochain.)

---

une désignation nominative des remèdes officinaux, basée sur une appréciation aussi exacte que possible de leur degré d'inaltérabilité, n'aurait pas les inconvénients de cette autorisation arbitraire qu'à jusqu'ici conférée la seule inscription au Codex, et la police médicale pourrait agir d'après des bases moins arbitraires. Dans ce système, la limonade purgative, par exemple, fût-elle inscrite dans ce livre, si elle ne l'était que dans la partie *magistrale*, comme s'altérant assez promptement, ne pourrait être conservée dans les officines. D'un autre côté, la réunion de *tous* les remèdes magistraux reconnus utiles lèverait une des difficultés du Codex actuel. En choisissant parmi les remèdes de même nature, bons à des degrés divers, ceux qu'il juge être les meilleurs, il crée un embarras pour le praticien. Il peut arriver, en effet, que celui ci ne soit pas de l'avis du Codex, ou que, pour un motif tout accidentel, il préfère une préparation non inscrite. Cette préparation, nous le supposons, est d'invention récente; elle ne peut être obtenue qu'à l'aide d'un procédé compliqué dont la formule est difficile à retenir. Que va-t-il arriver? Si la formule était devenue officielle, le praticien la désignerait d'un mot, comme il dit : *Sirop de quinquina du Codex, pommade de Desault*, etc.; et l'ordonnance serait valable. En l'état de choses, le voilà forcé ou de faire appel à son habileté, toujours un peu suspecte, il faut bien le reconnaître, dans l'art de formuler, ou de renvoyer à un recueil privé, se contentant, par exemple, d'ordonner des pilules de Vallet. Mais qu'est-ce qui garantit la fidélité de la préparation? *Pilules de Vallet*, ce n'est pas là une formule; un pharmacien n'est pas obligé de comprendre ce qu'on lui demande, encore moins de l'exécuter. Le formulaire où il va se renseigner peut être inexact. Avec l'inscription au Codex, tous ces inconvénients s'évanouissent.

Ajoutons que ce système éclaircirait singulièrement la définition du remède secret. Du moment où tout bon remède serait officiellement reconnu, tout remède non inscrit serait nécessairement un mauvais remède ou un remède secret.

— Nous avons annoncé dans le temps l'ouverture d'une souscription ouverte dans la presse médicale, par les soins de M. Lélut, pour l'érection d'un monument à Desault, à Lure (Haute-Saône), sa ville natale. La statue, haute de 2 mètres et demi, fait partie d'un groupe ou la ville de Lure, personnifiée, trace sur une colonne pyramidale les traits principaux de la vie du grand chirurgien. C'est l'œuvre d'un concitoyen, M. Vantalon. Un buste de Desault, par le même artiste, est destiné à l'une des salles de l'Hôtel-de-Ville. A bientôt la grande cérémonie. Il nous semble que la médecine ne fait pas trop mauvaise figure dans cette exhibition de grands hommes, devenue tant à la mode depuis quelques années.

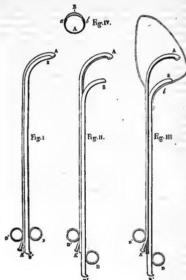
— Par exemple, en voici un qui ne prend pas le chemin de pareils honneurs, à moins que l'apothéose ne vienne après le martyre, ce qui s'est vu. La Cour d'appel a confirmé sur tous les points le jugement correctionnel qui avait condamné certain docteur, chef de la doctrine des soupes épaisses, à trois jours de prison et à 100 fr. d'amende, pour avoir, contrairement aux règlements sur la pharmacie, fait vendre, rue de Valois, par un prête-nom, élève en pharmacie, des médicaments préparés par lui-même. Les trois jours d'emprisonnement sont motivés par l'état de récidive du confrère, condamné une première fois, pour une semblable contravention, à 50 fr. d'amende.

— Une histoire plus triste est celle de M. Webster, qui vient enfin, après avoir épuisé toutes les chances de salut, d'être pendu dans la prison de Boston. Une

MÉDECINE OPÉRATOIRE.

MÉMOIRE SUR UN MALADE AFFECTÉ D'UN CALCUL DUR ET VOLUMINEUX, AVEC RÉTENTION D'URINE COMPLÈTE DUE A UNE VALVULE DU COL DE LA VESSIE, ET RADICALEMENT GUÉRI PAR LA LITHOTRIPSIE ET L'EXTRACTION ARTIFICIELLE DES FRAGMENTS, SUIVIES DE L'EXCISION DE LA VALVULE ; communiqué à l'Académie des sciences, le 15 avril 1850, par M. le docteur L. AUG. MERCIER.

Dans divers travaux que j'ai eu l'honneur d'adresser à l'Académie, j'ai fait voir, d'une parl, que la rétention d'urine, lorsqu'elle complique un calcul de la vessie, ne peut plus être considérée comme nne contre-indication à l'emploi de la lithotripsie, puisque ma sonde évacuatoire à douhle courant dont je donne ici la figure (1), employée seule ou aidée par le lithotribe à cuillers, permet d'extraire les fragments jusqu'à la dernière parcelle, lors même que pas une seule goutte d'urine ne peut sortir spontanément. Qu'il me suffise ici de faire remarquer que ce perfectionnement di-



(1) Cette fignre est loin d'être parfaite ; cependant elle donne une idée exacte de ma sonde et de son mécanisme. L'instrument a, si on le suppose fermé et prêt à être introduit dans la vessie, la forme d'une sonde droite dans presque toute sa longueur et condée à 25 millim. de son extrémité, de manière à former un angle un peu plus ouvert que l'angle droit. Mais cette sonde est, suivant sa longueur, formée de deux pièces dont l'une (voy. BB', fig. 1, 2 et 3), correspondant à la concavité, forme les deux tiers de la circonférence, et dont l'autre AA', qui correspond à la convexité, forme le troisième tiers. Les bords de la portion droite de cette dernière, que j'appelle *mâle*, sont reçus dans une rainnre que présente chacun des bords de la portion correspondante (voy. *a* et *b*, fig. 4) de la pièce que j'appelle *femelle*. De cette manière, lorsqu'on fait glisser la pièce mâle dans les rainures de la pièce femelle, lenr bec s'éloigne l'un de l'autre (voy. fig. 2 et 3).

La pièce femelle offre sor sa convexité on dos nne gouttière très-profonde dans sa portion droite, peu profonde au contraire dans la partie qui forme le bec.

La pièce mâle présente également nne gouttière, mais sur sa concavité. Cette gouttière est destinée à compléter le canal formé par la gouttière de l'autre pièce lorsque tontes deux sont assemblées (voy. une coupe perpendiculaire à l'axe, fig. 4). Ce canal a 6 millim. de diamètre, pourvu que l'instrument en ait seulement 8.

Mais cette pièce mâle offre une particnlarité, c'est qu'elle est formée de deux lames concentriques faisant partie de circonférences inégales, de telle sorte qu'il existe entre ces lames, dans toute lenr longnenr, nn petit canal en forme de croissant (B, fig. 4). Ce canal se termine, à l'extrémité externe, par nn entonnoir A', et, à l'extrémité interne, il s'ouvre par plusieurs petits trous placés sur les parties latérales et un peu antérieures (A, fig. 1, 2 et 3). Je ne fais plus faire aujourd'hui que deux trous ovalaires, mais plus larges, nn de chaque côté : j'ai quelques raisons de croire cette disposition préférable.

Ainsi l'instrument, lorsque les deux pièces sont assemblées, forme deux canaux : l'nn, qui est très-large et circnlaire (A, fig. 4), doit donner passage au détritus ; l'autre, qui est beaucoup plus étroit et en forme de croissant (B, fig. 4), sert à pousser nn courant d'eau dans la vessie. On voit, d'une part, qu'en faisant glisser la pièce mâle sur la pièce femelle, le premier canal se trouve largement onvert dans la vessie, et prêt à donner passage à tous les fragments dont le diamètre n'excède pas le sien (BB', fig. 3, offre une coupe parallèle à l'axe) ; on voit, d'autre part, que le bec de cette pièce mâle A s'éloigne du bas-fond de la vessie (je le suppose tourné en arrière), et que si l'on pousse un courant d'eau par le canal qui le traverse, le conrant s'échappera par les trons dont le bec est percé, ira frapper contre les parois latérales de la vessie, pour venir ensnite converger vers le bas-fond où le détritus se tronve, le déloger, le mettre en mouvement et l'entraîner par le large canal.

Mais, pour éloigner, comme je viens de le dire, le bec de la pièce mâle de celui de la pièce femelle, il est important de maintenir la vessie dilatée, et par conséquent d'empêcher l'écoulement du liquide qu'elle contient.

L'entonnoir de la pièce mâle se ferme à l'aide d'un robinet qui n'est pas représenté sur les figures précédentes ; l'autre canal, au moyen d'une sorte de piston qui n'est également pas représenté et qui avance ou recule avec la pièce mâle, à laquelle une vis de pression le fixe à volonté. On conçoit qu'il serait difficile de maintenir autrement le canal fermé dans tous les rapports qui penvent exister entre les deux pièces qui le forment. (Pour plus de détails, voir mon MÉMOIRE SUR LA LITHOTRITIE CONSIDÉRÉE SPÉCIALEMENT DANS LES CAS COMPLIQUÉS DE RÉTENTION D'URINE. Broch. In-8°.)

---

circonstance touchante de ce lugubre épisode, c'est le trait de générosité de la veuve de la victime. Une souscription ayant été onverte au profit de la famille de M. Webster, laissée sans fortune, madame Parkmann y a contribué, dit-on, pour la somme considérable de 500 livres sterling.

— Nons avions cru enterré le projet de certaine expérience publique dans laquelle un original d'étudiant en médecine devait se faire mordre par une vipère, dans le but d'éprouver la vertu de la pondre de cédron ; mais nn journal sérieux jurait encore l'autre jour que l'expérience aurait lieu. La chose sera visible à l'Hôtel-Dieu. L'étudiant sera endormi par le chloroforme, le bras placé devant une cage percée d'un trou qui donnera passage à la tête du reptile. *Ledit reptile sera irrité par un des médecins assistants...* Il ne manque sans doute, pour cette expérience, qu'une vipère, un individu qui se laisse bonnement piquer, des médecins capables de se prêter à un tel jeu, et par-dessus tout un moyen curatif. Si pourtant quelqu'un voulait se dévouer, le mieux serait de prendre un de ces hommes remplis de malice et de venin dont parle J.-B. Rousseau :

> Un gros serpent mordit Aurèle:
> Que croyez-vous qu'il arriva?
> Qu'Aurèle en mourut? Bagatelle!
> Ce fut le serpent qui creva.

De cette manière, il n'y aurait aucun danger.

— Encore une anecdote, et ce sera tout. Celle-ci s'intitule, dans un journal non moins sérieux que le précédent : *Constitution apoplectique exagérée.* Elle concerne nn brave Espagnol de 70 ans, auquel on aurait pratiqué, dans nn intervalle de cinquante-cinq ans, plus de *deux mille saignées*, toutes de 500 grammes au moins. Aujourd'hui encore on le saigne deux ou trois fois en quinze jours.

On ne doit pas s'étonner sans doute qu'on saigne largement dans le pays de Sangrado. Mais deux mille saignées ! Les confrères qui se permettraient un pareil luxe mériteraient bien d'aller rejoindre aux enfers celui dont parle le *théâtre de la foire* :

> ARLEQUIN : Eh bien ! dites-moi, quel homme est-ce ?
> BELPHÉGOR : C'est un célèbre médecin.
> ARLEQUIN : *Ergo*, très célèbre assassin.
> BELPHÉGOR : Justement.
>
> *Sur celui de certain livre*
> Il établissait son plan,
> Croyant que l'homme, pour vivre,
> N'avait pas besoin de sang.

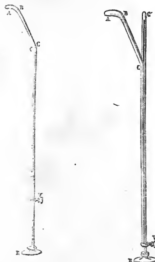
— M. le docteur Letalenet, chirurgien attaché à l'état-major de la garde nationale, et lauréat de l'Académie de médecine, vient d'être nommé chevalier de la Légion-d'Honneur.

minue considérablement le nombre des cas qui appartenaient au domaine de la taille, puisque ma sonde est applicable à tous ceux de paralysie de vessie, de déformation du col vésical par hypertrophie de la prostate ou par toute autre cause, à tous ceux en un mot où l'urèthre n'est pas rétréci, et même à ceux de rétrécissement toutes les fois que l'élargissement du canal sera possible. On sait d'ailleurs que cet élargissement n'est guère moins nécessaire dans la taille pour l'introduction du cathéter destiné à guider la marche des instruments. Ainsi cette dernière opération ne sera indispensable à l'avenir que chez ces malades dont l'incurie ou la pusillanimité auront laissé leur vessie se désorganiser sous l'influence d'une inflammation prolongée, ou leur pierre atteindre un volume démesuré.

En second lieu, j'ai démontré qu'un grand nombre de rétentions d'urine dont la cause était peu ou même point connue et qui, par cela même, étaient attribuées à des paralysies essentielles de la vessie, sont au contraire dues à des obstacles matériels, et notamment à des déformations particulières de l'orifice interne de l'urèthre que j'ai nommées *valvules du col de la vessie*. Ces valvules, je les ai distinguées en deux espèces, suivant qu'elles sont formées par une rétraction du tissu musculaire qui, à l'état normal, ferme l'orifice en question (1), ou par une hypertrophie générale et uniforme des granulations moyennes ou sus-montanales de la prostate.

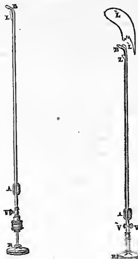
Dans quelques cas, j'ai obtenu de bons résultats de la dilatation forcée du col de la vessie, faite avec l'instrument dont je donne ici deux figures. La première le représente fermé et prêt à être introduit dans la vessie; la seconde donne une idée de sa forme lorsque, arrivé dans cet organe, on a poussé la branche RC'. On voit qu'il suffit alors de tirer plus ou moins fortement sur les deux branches, fixées préalablement au moyen d'une vis V, pour dilater d'une manière plus ou moins forte l'orifice interne de l'urèthre.

Toutefois cette méthode ne convient que lorsque la maladie n'est pas



encore très-avancée, et j'ai lieu de croire que les résultats ne seront pas aussi durables que ceux obtenus par les suivantes.

J'ai rapporté 31 observations, et aujourd'hui j'en pourrais citer une trente-deuxième, dans lesquelles j'ai divisé la valvule par l'urèthre avec le premier des instruments que je représente ici (1), employé seul ou aidé du second (2).



Dans ce nombre, il n'y a pas eu un seul accident sérieux : cinq ou six fois seulement il se fit un écoulement de sang assez abondant, mais qui n'eut pas de suites fâcheuses. On ne coupe, en effet, que des vaisseaux capillaires sans importance.

Même dans les premiers temps qui suivirent l'opération, je n'ai jamais vu d'incontinence d'urine, ce qu'il aurait été certainement impossible de prévoir avant l'époque où j'ai fait voir que les fibres obturatrices du col de la vessie font partie d'un plan musculaire qui occupe tout l'intervalle existant entre l'orifice interne de l'urèthre et les uretères; de telle sorte que si les antérieures viennent à être divisées, elles peuvent être suppléées par celles qui se trouvent derrière.

Sur ces 32 malades, j'ai obtenu 28 fois soit une guérison complète, soit une simple amélioration. Je ne discuterai pas les degrés de plus ou de moins : j'ai donné les faits avec toute la sincérité possible (3). Et d'ailleurs mon opération ne vient pas, comme la lithotritie, par exemple, se substituer à une autre; il n'y a par conséquent point de comparaison à établir, et le bien que j'ai fait, quel qu'il soit, ne peut m'être contesté, puisqu'il s'agit de maladies incurables avant moi, plus fréquentes et au moins aussi dangereuses que la pierre. D'ailleurs, qu'on le remarque bien, par de simples améliorations j'ai sauvé la vie à quelques malades.

Je n'ai encore vu que deux ou trois personnes qui m'aient accusé une légère diminution du bien obtenu, et encore j'ai eu plus lieu de m'en pren-

(1) Un critique se demande, dans une analyse récente insérée dans les ARCHIVES DE MÉDECINE, si mes valvules musculaires « ne sont pas tout simplement un point de l'histoire de la cystite que j'ai présenté sous certaine couleur et en exagérant son importance. » L'inflammation de la vessie est quelquefois, il est vrai, et non toujours à beaucoup près, cause de ces valvules; mais il n'est pas rare aussi qu'elle détermine la formation de calculs vésicaux; ne devrait-on, par la même raison, se demander si les calculs de la vessie ne sont pas tout simplement un point de l'histoire de la cystite? Un rétrécissement de l'urèthre n'est-il rien autre chose qu'une uréthrite? Avec un peu de réflexion, mon critique aurait compris combien sa question est illogique et ses insinuations déplacées. Dans ces divers cas, l'affection secondaire, une fois produite, a une existence à elle et des effets qui lui sont propres, à ce point qu'il est tout à fait indispensable de la détruire avant de songer à guérir l'affection primitive.

(1) C'est une tige coudée et à petit bec, comme ma sonde exploratrice. Lorsque l'instrument est arrivé dans la vessie et tourné du côté de la valvule, il suffit de tirer sur la rondelle R pour faire saillir la lame L. Une précaution importante, c'est que l'extrémité de la lame ne puisse sortir du bec de la tige.

(2) La gaine de cet instrument ressemble à celle du précédent. Une lame, dont on voit la figure en L'', coupant par toute sa circonférence, se trouve exactement cachée dans l'épaisseur du coude au moment de l'introduction. Elle est solidement fixée sur un mandrin qui traverse la tige et se termine extérieurement par une rondelle R; de sorte qu'on peut la faire saillir du côté du talon L', ou vers la concavité L, suivant qu'on pousse ou qu'on tire le mandrin. La course de celui-ci est limitée, dans un sens ou dans l'autre, par deux vis V,V', placées à l'extrémité externe de la tige, sur ses faces latérales.

(3) RECH. SUR LES VALVULES DU COL DE LA VESSIE, nouv. édit.; 1 vol. in-8° de 500 pages. 1850.

dre à une recrudescence de l'inflammation chronique qui existait primitivement dans la partie profonde de l'urèthre, qu'à une véritable reproduction de l'obstacle. Chez la plupart, je n'ai pas entendu parler de changements, et chez quelques-uns même, le temps a amené une amélioration incontestable.

Une fois j'ai vu une récidive complète ; mais je dois dire aussi que j'avais été forcé de quitter le malade aussitôt après l'opération, et que les précautions que je prends habituellement pour prévenir le rapprochement et la réunion des bords de la division n'avaient pas été mises en usage. Je puis même ajouter que, chez ce malade, qui depuis plus de trois ans n'urinait pas une seule goutte sans sonde, la rétention fut sept mois à se reproduire (1).

Ce n'est donc que dans 3 ou 4 cas seulement sur 32 que les résultats ont été nuls, et je dois dire qu'il n'en est résulté, dans la position des malades, aucune aggravation. Aujourd'hui que j'ai moins de crainte, plus de confiance et d'habitude et des moyens d'une action plus sûre, je suis certain de voir la proportion des insuccès diminuer encore.

Ainsi, par exemple, j'ai reconnu, par l'étude comparative de ces faits, que l'incision, que j'ai préférée jusqu'à présent d'une manière générale, convient moins aux valvules prostatiques qu'aux valvules musculaires. Tandis qu'après la division de celles-ci les lèvres de la plaie tendent d'elles-mêmes à s'écarter, dans les premières, au contraire, elles restent pressées l'une contre l'autre. J'ai tâché, dans quelques cas, d'amoindrir cette pression en faisant deux incisions voisines avec un instrument semblable à l'avant dernier de ceux que je viens de représenter, mais ayant deux lames parallèles, distantes de 5 millimètres. Par ce moyen, je déterminais un petit lambeau n'adhérant plus que par sa base, devant par cela même s'atrophier bientôt et permettre à l'urine un écoulement plus facile. Malgré cela, le résultat, quoique bon, ne m'a pas encore complétement satisfait.

J'ai donc pensé qu'au lieu de laisser ainsi un lambeau médian, il vaudrait mieux l'exciser complétement. Cette opération est celle qui m'était venue la première à l'esprit ; mais j'avais été forcé d'y renoncer, parce que l'instrument que j'avais imaginé pour cela ne pouvait que donner des résultats trop imparfaits. Si l'on consulte la page 254 de mes RECHERCHES SUR LES VALVULES DU COL DE LA VESSIE, on verra qu'il ne différait que très-peu de celui que je vais décrire, et cependant les légères modifications que je lui ai fait subir lui donnent une valeur bien différente.

Mon exciseur actuel a une certaine ressemblance avec le lithotribe à deux branches ; seulement l'angle qu'il forme est plus fermé et presque droit. Il se compose également de deux pièces, l'une *mâle* BG, et l'autre *femelle* AE.

Le bec de celle-ci A, long de 25 millimètres, épais de 5, est arrondi à son extrémité, quadrilatère, mais à angles mousses, dans le reste de son étendue. Près du coude D, il est fenêtré de part en part et offre une espèce de mortaise C dont les bords sont tranchants du côté de la concavité, tandis que ceux qui correspondent à la face dorsale sont autant adoucis que possible. Cette mortaise est longue de 13 millimètres et large de 4. La tige est cannelée dans toute sa longueur pour recevoir l'autre pièce ; mais près du coude, dans une étendue de 15 millimètres, les bords de cette cannelure sont échancrés profondément.

La pièce mâle a un bec B de longueur et largeur précisément égales à celles de la mortaise de la pièce précédente dans laquelle il doit entrer à frottement. Ce bec a sa face dorsale excavée, de manière que les bords qui la circonscrivent soient aussi tranchants que possible ; sa face opposée forme, en s'unissant à la tige qui le supporte, un plan incliné très-doux et un angle rentrant très-ouvert. Quant à la tige, elle est droite et glisse dans la cannelure de la branche femelle.

La valvule doit être saisie entre les deux becs que je viens de décrire, et c'est par leur rapprochement que toute la portion saisie se trouve excisée. Comme le bec mâle pénètre presque complétement dans la mortaise de la pièce femelle, il est impossible que l'excision soit imparfaite et le lambeau tombe dans la vessie, d'où il sort plus tard avec l'urine : s'il ne sortait pas, il serait facile de l'extraire à l'aide d'un petit brise-pierre.

Pour que le rapprochement des deux branches se fasse avec toute la force et en même temps avec toute la douceur possibles, j'ai muni l'extrémité externe de la pièce femelle d'un écrou brisé F qui s'engrène à volonté sur une vis G adhérente à la pièce mâle. En quelques tours que j'imprime à cette vis au moyen de la rondelle H, je rapproche les becs jusqu'à ce que l'un pénètre dans l'autre, sans secousse, sans tiraillement.

On verra dans le fait suivant, si remarquable par la complication de deux maladies extrêmement graves, par la simplicité de l'opération et de ses suites et par la guérison complète qui en fut le résultat, ce qu'on doit augurer des diverses idées que je viens d'émettre aussi succinctement qu'il m'a été possible.

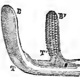
OBS. — M. Bailly-Caffieri, négociant à Saint-Omer, âgé de 55 ans, fort, vigoureux et père de trois enfants bien constitués, a eu à 20 ans des difficultés d'uriner qui lui firent craindre la pierre. A 21 ans, il passa en Angleterre, où, malgré la vie active et le régime échauffant auxquels il se soumit dans ce pays, il vit, au bout de quelques années, les troubles qu'il éprouvait du côté de la vessie se dissiper graduellement, au point qu'il ne resta plus qu'un peu de lenteur dans l'émission de l'urine, surtout en présence de témoins.

Mais vers 1840, c'est-à-dire à l'âge de 46 ans environ, les accidents se réveillèrent : les urines apparurent troubles ; le besoin de les rendre devint de plus en plus fréquent, presque continuel, et tellement douloureux que le malade se décida, en 1849, à venir chercher des secours à Paris. Le cathétérisme ayant constaté la présence d'une pierre dans la vessie, M. Bailly me fut adressé, le 24 août, par le docteur Bourguignon.

Je le trouvai donc affecté d'une rétention d'urine presque complète et d'un calcul dans la vessie. Celui-ci était libre dans le bas-fond, et je le saisis plusieurs fois par un diamètre de plus de 4 centimètres, qui n'était probablement pas le plus étendu. Quant à la rétention, elle était produite par une valvule très-saillante et assez épaisse du col vésical, valvule qui se rapprochait de ce que j'ai appelé *tumeurs à large base* de la portion sus-montanale de la prostate. Les lobes latéraux étaient considérablement hypertrophiés dans tous les sens ; de sorte que le col de la vessie était très-haut et le diamètre antéro-postérieur de la région prostatique notablement augmenté (1).

Ayant vu quelquefois, dans des cas compliqués de calcul vésical et de rétention d'urine, celle-ci diminuer après l'extraction de celui-là, je résolus de procéder immédiatement au broiement de la pierre.

La première séance eut lieu le 27 août, avec mon brise-pierre à mors plats et fenêtré, dont je représente ici le bec (2). J'étais aidé par le docteur Bourguignon.



(1) *Op. cit.*, p. 457.

(1) Voir mes RECH. SUR LES. MAL. URINAIRES DES HOMMES AGÉS.

(2) La branche femelle de ce lithotribe est épaisse et largement fenêtrée près du talon T ; la branche mâle présente, dans le point correspondant, une saillie T', qui, lorsque l'instrument est fermé, remplit exactement la fenêtre de l'autre branche. C'est surtout au niveau de la courbure que l'instrument a besoin de force : aussi lui ai je donné une grande épaisseur antéro-postérieure dans cet endroit. Mais, au-dessus de la fenêtre, les becs se trouvant pleins, n'ont plus besoin de la même épaisseur, d'autant plus qu'ils s'élargissent et se terminent en bec de cane, disposition très-avantageuse pour ramasser le détritus dans le bas-fond.

Ces mors plats sont aussi forts et s'engagent plus facilement entre les parois de la vessie et le calcul que les mors épais des lithotribes à dents ou complétement fenêtrés ; ils saisissent bien mieux les petits fragments et les broient plus complétement. D'un autre côté, ils n'ont pas l'inconvénient de s'engorger à chaque instant, comme ceux du lithotribe à cuillers, puisque le détritus ne peut se fixer ni près du talon d'où il est chassé, ni sur la surface des mors qui est plane et hérissée seulement de petites aspérités propres à empêcher le corps saisi de glisser.

Du reste, je n'ai jamais dit que, dans certains cas compliqués comme celui que je publie, on ne pût retirer quelque avantage des autres brise-pierres. Tout ce que je prétends, c'est que le mien suffit, dans la majorité des cas, pour mener à bien une lithotripsie depuis le commencement jusqu'à la fin, tandis qu'auparavant il fallait nécessairement au moins deux brise-pierres, l'un à dents pour fragmenter le calcul, et un autre à cuillers pour pulvériser les fragments. Par la même raison, il va plus vite et est moins douloureux, puisque, dès la première séance, il peut broyer tous les fragments qui se présentent, quel que soit leur volume, et que, ne pouvant s'engorger, on n'est pas obligé de l'extraire et de le réintroduire à chaque instant. (Voir mon MÉMOIRE SUR LA LITHOTRITIE.)

Je saisis bientôt le corps étranger par le milieu; mais des efforts de percussion très-énergiques et persévérants n'aboutirent qu'à rapprocher les branches de quelques millimètres, et comme les besoins d'uriner étaient vifs et incessants, je fus obligé de lâcher la pierre et de remettre à un autre jour. Les suites furent des plus bénignes, et je pus recommencer le 30.

Ce jour-là, je changeai d'instrument. Pensant que les mors larges et plats du mien avaient été cause de mon insuccès en agissant sur une surface trop étendue, je me servis du brise-pierre à dents, imaginé par M. Heurteloup; mais le résultat fut absolument le même, et je fus encore obligé de renoncer pour ce jour-là à l'éclatement de la pierre. Tout se passa favorablement.

La troisième séance eut lieu, le 3 septembre, avec le même instrument. Cette fois encore je voyais le moment où mes efforts allaient échouer : les mors, après avoir encore pénétré de quelques millimètres dans la pierre, étaient devenus immobiles, malgré une percussion des plus vigoureuses. J'eus alors l'idée de les desserrer lentement, en même temps que j'appuyais avec douceur l'extrémité du corps étranger sur les parois vésicales, de manière à changer quelque peu ses rapports avec l'instrument. J'espérais que celui-ci, délogé à moitié des rainures qu'il avait creusées d'abord, et portant ainsi à faux, aurait peut-être une action plus efficace, et en effet, après quelques coups de marteau, j'eus la satisfaction de voir la pierre céder tout à coup.

Le 6, je revins à mon lithotribe à mors plats.

J'en fis autant les 10, 13 et 17.

Le broiement marchait ainsi avec rapidité; mais le détritus restait presque en totalité dans la vessie. A peine en sortait-il quelques parcelles avec les injections qu'on faisait à chaque cathétérisme qu'exigeait la rétention d'urine, devenue complète.

Le 18, j'introduisis ma sonde évacuatoire à double courant, et je retirai une notable quantité de détritus. Néanmoins cette opération ne se fit pas sans quelque difficulté, tant à cause de l'extrême sensibilité de la vessie que de l'abondance des fragments qui obstruèrent plusieurs fois le large canal, et que j'étais obligé de repousser avec une sonde en gomme élastique.

Les 20, 24 et 26, nouvelles séances de lithotripsie. Je commençai avec le lithotribe à mors plats, et je terminai par quelques extractions avec le lithotribe à cuillers.

Le 29, nouvelle application de la sonde évacuatoire.

Nouvelles séances de broiement les 1er et 3 octobre. La dernière fut suivie de l'emploi de la sonde évacuatoire.

Enfin, le 11, des recherches faites avec le lithotribe me firent découvrir encore quelques fragments que je pulvérisai.

Le calcul, formé d'urates en couches concentriques et compactes et d'une croûte seulement de phosphates, était d'une grande dureté. Malgré cette condition défavorable, malgré la rétention d'urine et l'irritabilité extrême des voies urinaires, aucun accident n'était survenu, ainsi que le témoignent les courts intervalles qui s'écoulèrent entre chaque séance. Malheureusement, trois ou quatre jours après la dernière, M. Bailly étant allé se promener au Jardin des plantes, et s'étant assis pendant un temps assez long sur un banc de pierre, fut pris, le soir même, d'une épididymite du côté gauche qui le retint à Paris jusqu'au 22, et m'empêcha de faire de nouvelles explorations, qui d'ailleurs ne me semblaient pas indispensables, puisque, ainsi qu'on va le voir, le malade était obligé de revenir bientôt.

J'ai déjà dit que la rétention d'urine, au lieu de diminuer, était devenue complète. J'avais habitué le malade à se sonder chaque fois qu'il avait besoin d'uriner. Malgré son vif désir d'être débarrassé de cette infirmité, je l'engageai, à cause de la mauvaise saison dans laquelle nous allions entrer, et surtout de la complication dont il venait d'être atteint, à aller passer l'hiver chez lui, et de donner à l'engorgement de l'épididyme le temps de se résoudre.

Les choses se passèrent en effet comme je l'avais espéré : les forces se rétablirent d'une manière remarquable; les urines devinrent presque claires; l'épididyme revint à son état normal; mais la miction ne s'améliora en aucune manière. Bien plus, le passage fréquent de la sonde fatiguait, enflammait le canal. Aussi, du moment que les froids les plus vifs furent passés, M. Bailly s'empressa de revenir à Paris, malgré les avis de son médecin, qui, imbu des idées qui règnent dans la science, le croyait atteint d'une paralysie essentielle de la vessie, et par conséquent incurable. C'était à la fin de février 1850.

Pendant son séjour à Saint-Omer, il avait plusieurs fois ramené de petits fragments dans les yeux de la sonde; une nouvelle exploration m'en fit sentir encore quelques-uns, que j'ai extraits. Enfin un dernier lavage fait, le 16 mars, à l'aide de ma sonde évacuatoire, nous donna l'assurance qu'il ne restait plus rien dans la vessie. Je résolus donc d'attaquer la cause de la rétention d'urine le surlendemain.

Ce n'était cependant pas sans une certaine appréhension que je voyais approcher ce moment. La lithotritie, que je venais de pratiquer, avait été conduite à bonne fin dans des circonstances très-difficiles; mais la valvule était de celles qui jusqu'à présent m'avaient donné bien du mal et des succès presque toujours imparfaits. Pour cette raison, je me décidai à revenir à l'excision, après avoir perfectionné mon premier instrument.

Le 18 mars, l'opération fut pratiquée en présence du docteur Bourguignon; voici comment j'y procédai.

La vessie ayant été remplie par une injection, j'y introduisis l'instrument fermé. Alors je tournai son extrémité vésicale en arrière, et j'écartai le bec mâle de celui de la branche femelle de 2 centimètres environ; j'attirai ensuite doucement le premier dans la région prostatique, au-dessous de la valvule, manœuvre qui se fit sans difficulté, parce que j'ai eu soin, comme je l'ai dit plus haut, d'adoucir autant que possible l'angle formé par le bec avec la tige qui le supporte.

Cela fait, la valvule se trouva comprise entre les deux becs, et après avoir imprimé à ceux-ci quelques légers mouvements de latéralité pour que la saillie morbide s'engage entre eux d'une manière plus complète, il ne me resta plus qu'à faire saillir l'écrou et à tourner la vis pour opérer l'excision. Le malade le sentit à peine.

L'instrument se trouvant alors fermé et parfaitement libre, je le retirai. Mais, en passant au col de la vessie, je me servis de son talon comme je me sers de ma sonde exploratrice, et je trouvai que la valvule n'avait pas été tout à fait atteinte jusqu'à sa base : je divisai immédiatement ce qui restait avec le valvulotôme à coulisse figuré précédemment.

Aussitôt après l'opération, M. Bailly rendit l'injection avec un jet assez volumineux, non pas cependant tout d'un trait, parce qu'il n'éprouvait aucun besoin de la rendre et que le liquide ne sortait que par la contraction des muscles abdominaux, ce qui annonçait d'ailleurs une grande liberté du canal. Conformément aux principes que j'ai exposés dans mon ouvrage, je fis une injection pour ne pas laisser la vessie vide. Je bornai le régime à des potages.

Une heure et demie après, l'opéré urina avec aisance, bien que des caillots de sang fussent mêlés au liquide; il en fut de même dans la journée.

Le soir, je le trouve sans fièvre et n'éprouvant au col de la vessie qu'une douleur modérée. Je le sonde : il sort de l'urine et quelques caillots. Je fais ensuite plusieurs injections d'eau tiède, et, en retirant la sonde, je ramène avec elle le lambeau excisé qui s'était engagé par l'un de ses angles dans l'un des œils de l'instrument. Ce lambeau est presque triangulaire : l'un de ses angles correspond au bord libre de la valvule; il est couvert par la muqueuse et arrondi; un autre correspond au point où l'excision a commencé dans l'urètre; le troisième au point où elle a fini sur le trigone vésical. Ce lambeau a 12 ou 13 millim. d'avant en arrière, 15 environ de haut en bas, et 4 d'un côté à l'autre.

19. La nuit a été bonne : M. Bailly a uriné toutes les heures à peu près, couché sur le côté et sans effort. Sa chemise étant un peu mouillée par le bas, il me dit que c'est après avoir uriné que quelques gouttes s'échappent. *Ce matin l'urine n'est plus teinte de sang.* La sonde, introduite après la miction, ne donne issue qu'à quelques cuillerées de liquide. Je fais une injection que la vessie tolère assez impatiemment. Du reste, point de fièvre, peu de douleur.

Le soir, tout va bien.

20. Cette nuit, vers trois heures du matin, il est survenu un frisson assez intense, et au bout d'une heure, le besoin d'uriner s'étant manifesté, le malade a rendu une urine rouge et mêlée de quelques caillots, dont un assez volumineux. Le frisson a fait place à de la chaleur, et puis il y eut une sueur assez abondante. A neuf heures, le pouls est à 72 et un peu vif. Il y a depuis hier défaut d'appétit. Je prescris 50 centigrammes de sulfate de quinine en deux pilules, l'une devant être prise à trois heures et l'autre à dix heures du soir. Dans la soirée, le malade est mieux.

21. Ce matin, état tout à fait satisfaisant. La miction s'est très-bien faite, toutes les deux heures environ et sans la moindre trace d'incontinence; l'urine est claire; le pouls est extrêmement calme et l'appétit revient. Je fais continuer le sulfate de quinine à la même dose. — Le malade sort une grande partie de la journée.

22, 23. Il est très-bien et va se promener.

24, 25. Je commence la dépression avec une forte bougie à courbure fixe.

26, 27. J'introduis dans la sonde mon dépresseur en acier.

28. Les besoins d'uriner s'éloignent de plus en plus, et en même temps le catarrhe se dissipe : l'urine n'est plus que louche. Pas la moindre incontinence. M. Bailly pisse devant moi à plein canal; *il dit uriner mieux qu'il n'a jamais fait* et veut partir pour son pays; mais je n'y consens pas, de crainte que la cicatrice ne soit pas encore parfaite et que les bords de la plaie ne se rapprochent.

Je continue la dépression de plus en plus forte jusqu'au 3 avril, époque où M. Bailly voulut absolument partir. Il me quitta dans un parfait état, n'éprouvant le besoin de vider sa vessie que trois fois la nuit et à peu près autant le jour. *Sur ma demande, il urine devant moi, bien qu'il n'y eût que très-peu de temps qu'il eût satisfait à ce besoin*, et il rendit une petite quantité de liquide. Pour m'assurer si la vessie était vide, j'introduisis la sonde *et il sortit à peine une cuillerée d'urine.* M. Bailly me répète, dans les termes les plus vifs, qu'il n'a jamais uriné aussi bien. L'urine qui, avant l'opération, dépassait la quantité normale, surtout la nuit, perd de son abondance et devient de plus en plus claire.

Je conseille de passer encore pendant quelque temps de grosses bougies à courbure fixe, une fois par jour, afin de régulariser le travail de cicatrisation.

Vers la fin de mai, M. Bailly m'écrivit qu'il allait de mieux en mieux et me demanda s'il devait encore continuer l'usage de la sonde. Je lui ai répondu qu'il pouvait cesser.

Aujourd'hui, 20 septembre, je viens de voir un de ses fils qui me donna les renseignements les plus satisfaisants sur l'état de sa santé.

Je n'ai pas besoin de mettre en relief les difficultés que j'ai surmontées si heureusement dans ce cas compliqué. Quelques mots cependant sur une question pathologique et sur un point qui touche au traitement.

En premier lieu, comment se fait-il que l'extraction du calcul, qui habituellement, dans les cas analogues, apporte un amendement à la dysurie, l'ait au contraire aggravée et rendue complète dans celui-ci?

Le problème, ce me semble, est facile à résoudre.

Quand la dysurie est due à un spasme des fibres musculaires obturatrices du col de la vessie, sous l'influence de l'irritation causée par le calcul, il est évident qu'elle doit disparaître ou au moins diminuer lorsque sa cause,

c'est-à-dire lorsque le calcul n'existe plus. Mais, dans le cas présent, c'était un engorgement de la prostate qui causait la difficulté d'uriner ; j'aurais dû prévoir, d'après mes idées sur la nature de cet engorgement, et c'était d'ailleurs ce que je craignais beaucoup, que la destruction du calcul n'y apporterait aucun changement. J'aurais peut-être même pu prévoir l'aggravation de la dysurie, si j'eusse réfléchi que, tandis que l'obstacle resterait le même, la vessie, cessant d'être stimulée par la présence d'un corps étranger, ne serait plus le siége de contractions aussi énergiques.

Enfin, je ferai remarquer que l'écoulement de sang a été très minime après l'opération, qu'elle a même été moindre qu'après la simple incision.

Ce phénomène me semble encore assez facile à expliquer. Dans l'incision, les capillaires artériels se trouvent divisés d'une manière nette et restent béants : il faut à la nature un certain temps pour les oblitérer ; mais, dans l'excision telle que je la pratique, si facilement que se fasse la séparation du lambeau qu'on retranche, les surfaces mises à nu participent toujours quelque peu de la nature des plaies mâchées, c'est-à-dire que les vaisseaux ont été comprimés, tiraillés et par conséquent oblitérés avant de céder à l'action de l'instrument. Je n'hésite donc pas, même sous ce rapport, à concevoir pour l'avenir les plus belles espérances.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS DES DÉPARTEMENTS.

III. REVUE THÉRAPEUTIQUE DU MIDI.

Les numéros de janvier, février et mars 1850 de ce nouveau journal, rédigé par M. Fuster, contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Maladies régnantes* ; par M. F. 2° *De l'emploi de l'arsenic dans le traitement des fièvres intermittentes*. 3° *Des dangers et de l'inutilité de l'application hâtive des bandages à fracture* ; par M. Alquié. 4° *Grave épistaxis arrêtée par l'application des sinapismes entre les épaules* ; par le même. 5° *Recherches sur l'absorption de l'iode et de ses composés* ; par M. Brousse. 6° *Décomposition du cyanure de potassium par son association avec la digitale en poudre* ; par M. Sauvan. 7° *Fracture de la rotule* ; par M. Bouisson. 8° *Grave hémorrhagie à la suite de l'ouverture de l'artère labiale supérieure* ; par M. Barthès. 9° *Nouvel exemple de réduction de la mâchoire inférieure par le procédé de M. Nélaton* ; par M. Coste. 10° *Bons effets du camphre contre la toux nerveuse* ; par M. Alquié. 11° *De la luxation complète de l'astragale* ; par M. Chabanon. 12° *Ulcération cancéreuse d'une aile du nez ; rhinoplastie ; succès* ; par M. Moutet. 13° *De la falsification et de la pulvérisation du safran* ; par M. Sauvan. 14° *Extirpation d'une tumeur volumineuse formée par un kyste développé dans la région du cou* ; par M. Benoit. 15° *Observations sur la chaleur animale dans les fièvres intermittentes paludéennes* ; par M. Guibal. 16° *Guérison de la cataracte sans opération* ; par M. Alquié. 17° *Note sur l'art de formuler les pilules* ; par M. Sauvan.

DE L'EMPLOI DE L'ARSENIC DANS LE TRAITEMENT DES FIÈVRES INTERMITTENTES ; par le docteur FUSTER.

En parlant, dans notre dernier numéro, de la communication de M. Maillot à l'Académie de médecine, relativement aux propriétés fébrifuges de l'arsenic, nous rappelions que cette substance avait été introduite, à ce titre, dans la thérapeutique par un autre chirurgien militaire, M. le docteur Boudin. Nous ne prétendions pas par là rapporter à M. Boudin la première idée de l'emploi de l'arsenic dans le traitement des fièvres intermittentes, mais seulement rendre à notre confrère la justice de reconnaître qu'il avait *réhabilité* la médication arsenicale, et, de plus, qu'il en avait soumis l'administration à des règles spéciales. L'acide arsénieux et ses composés ont été regardés depuis longtemps déjà comme un bon succédané du quinquina, surtout par les médecins allemands. La dissertation de Harles (DE ARSENICI USU IN MEDICINA, 1811) contient à cet égard des renseignements historiques précieux en même temps que le compte rendu d'expériences nouvelles. On peut consulter encore Fowler, les Plenciz, Heim, Burger, Schœnlein, Fodéré, J. Frank, M. Gasc, etc. L'arsenic n'était alors employé qu'à la dose de 1/12, 1/8, 1/4 de grain. Fodéré en faisait précéder ordinairement l'usage par un vomitif, et ne changeait pas l'alimentation habituelle des fébricitants. Ce qui appartient en propre à M. Boudin, c'est d'avoir insisté plus que Fodéré lui-même sur l'utilité du vomitif, qu'il répète pour peu que la fièvre persiste ; c'est d'avoir élevé la dose de l'arsenic à 3 centig. dès le premier jour, à 6 centigr. si l'accès n'est pas coupé aussitôt, sans compter 3 centigr. administrés dans un lavement ; c'est enfin d'avoir associé à ces moyens, non pas seulement le régime ordinaire, mais un régime animalisé et un large emploi du vin.

Ces détails étaient nécessaires pour mettre le lecteur en état de bien apprécier les nouvelles expériences entreprises par M. le professeur Fuster à l'Hôtel-Dieu de Saint-Éloi. Ces expériences, en effet, portent séparément et sur l'ancienne méthode et sur la méthode de M. Boudin ; l'acide arsénieux y a été employé à petites et à hautes doses, sous toutes les formes, combiné ou non avec un régime substantiel, aidé ou non d'une administration copieuse de vin.

Trois observations seulement, toutes de fièvres quotidiennes, sont relatives à l'emploi de l'arsenic à petites doses. — Dans la première, le médicament, prescrit d'abord aux doses les plus minimes, est porté peu à peu à celle d'*un cinquième* de grain par jour. Les accès persistent. Après trente-trois jours, il survient des vertiges, de l'épigastralgie, des selles liquides. On suspend l'arsenic. Le malade retourne dans une contrée marécageuse où néanmoins les accès cèdent à l'emploi persévérant du sulfate de quinine. — Dans le second cas, deux émétiques sont d'abord administrés à deux jours de distance ; les accès sont coupés ; ils reviennent le surlendemain du dernier vomitif, et persistent pendant cinq jours, mais à des heures différentes. Ils manquent de nouveau les cinq jours suivants pour reparaître encore. L'arsenic est donné à la dose de 4 milligr. Dès la seconde prise, les accès sont définitivement coupés. — Dans la troisième observation, un vomitif suspend la fièvre pendant cinq jours ; puis les accès, primitivement quotidiens, reviennent en tierce. Un purgatif les arrête de nouveau pendant dix jours. Nouvel accès. Second vomitif qui n'a aucun succès et n'empêche pas la fièvre de revenir, d'abord sous le type quotidien, puis de nouveau sous le type tierce. L'arsenic à la dose de 4 milligr. par jour coupe la fièvre dès la première prise ; on l'abandonne au bout d'une douzaine de jours à cause d'accidents gastro-intestinaux ; la guérison se maintient ; seulement neuf jours après la cessation de traitement, survient un accès de fièvre qui n'était que le prélude d'une variole.

Trois observations également concernent l'emploi de l'arsenic à haute dose. — La première est curieuse en ce qu'elle établit l'efficacité relative des diverses doses d'arsenic, depuis un demi-grain jusqu'à un grain, sur une fièvre paludéenne très-opiniâtre. La fièvre, en effet, qui se présentait sous le type quarte, si réfractaire au traitement, résiste d'abord et aux premières doses d'arsenic et à de fortes doses de quinquina ; mais en élevant rapidement la dose d'arsenic, en la portant à un grain, la fièvre est aussitôt coupée. — La seconde observation est relative à une femme travaillée par une fièvre tierce, revenant pour la troisième fois depuis trois ans. Deux vomitifs et un purgatif demeurant sans efficacité, 30 milligrammes d'acide arsénieux dans du vin blanc sont administrés en une seule fois. L'accès manque le lendemain. Même dose ce jour-là ; léger accès le soir. Néanmoins la fièvre n'a plus reparu, bien que quelques accidents gastro-intestinaux aient forcé à cesser l'emploi du médicament. — Dans la troisième observation, il s'agit d'un enfant âgé de 14 ans, atteint d'une fièvre quotidienne. Un vomitif suspend les accès pendant vingt-cinq jours. Comme ils se reproduisent, on a recours à une solution vineuse d'arsenic, dont la dose est successivement portée de 1/5 à un 4/5 de grain. Les accès diminuent, sans disparaître tout à fait. On élève la dose d'arsenic à un grain. La fièvre est arrêtée temporairement, puis revient sous le type tierce ; l'engorgement splénique ne varie pas. Bien que la tolérance soit parfaite, on change le mode d'administration du remède, et on le donne sous la forme de sirop, à la dose de 2 et 3 centigrammes par jour. A partir de ce moment, la fièvre disparaît sans retour, et la rate diminue de volume. Cette circonstance est remarquable, en ce qu'elle atteste, ainsi que le fait remarquer M. Fuster, ce qu'on peut attendre parfois d'une simple variation dans le mode d'administration d'un remède. Impuissant sous une forme, il est très-efficace sous une autre, sans qu'on puisse dire pourquoi.

Ces diverses observations sont, comme on peut voir, assez favorables à la médication arsenicale. Elles ont surtout l'avantage de porter sur de véritables fièvres de marais, qui ne ressemblent pas, pour la ténacité et les chances de récidives, aux fièvres intermittentes de Paris. Dans la plupart des cas aussi, il s'agissait de fièvres revenues pour la deuxième ou la troisième fois, et de sujets pâles, débilités, cachectiques. Le succès de la médication n'en est donc que plus significatif. M. Fuster possède, dit-il, *des faits très-nombreux qui confirment, en général, les principes de M. Boudin*. Ne pouvant les rapporter tous, il promet d'en détacher les plus intéressants, ceux qui lui paraîtront le plus propres à reproduire les principales circonstances de cette nouvelle pratique. L'intérêt de la science et le talent de l'observateur nous le font désirer vivement.

RECHERCHES SUR L'ABSORPTION DE L'IODE ET DE SES COMPOSÉS ; par le docteur BROUSSE.

On sait bien que l'iode administré à l'intérieur, ou injecté dans des cavités à surfaces absorbantes, peut être retrouvé dans le sang et les urines.

Sa présence est surtout facile à constater dans ce dernier liquide. Il n'en est pas tout à fait de même dans le sang, où le mélange d'une solution d'amidon et l'addition de quelques gouttes d'acide nitrique, sans autre préparation, ne suffit pas pour produire la couleur bleue caractéristique, si le médicament n'a pas été pris à haute dose. M. Brousse a cherché un moyen capable de déceler la présence de l'iode et de ses composés, même en quantité très-minime, non-seulement dans le sang, mais dans presque tous les liquides de l'économie. Voici ce procédé.

Quel que soit le liquide auquel on a affaire, on ajoute une quantité de potasse suffisante pour le rendre manifestement alcalin, et on évapore à siccité dans une capsule de porcelaine sur le feu, ou mieux encore sur une lampe à alcool. Dès qu'on a obtenu un résidu sec, on le divise en fragments aussi petits que possible, afin de pouvoir les remuer continuellement et les exposer successivement au fond de la capsule portée au rouge cerise, jusqu'à carbonisation complète. Il faut éviter de trop élever la température, parce que, bien que l'iodure de potassium soit un sel fixe, il s'en volatilise néanmoins des quantités très-notables, si la chaleur est extrême. D'un autre côté, il importe que la carbonisation soit complète; car les substances organiques, suspendues dans une solution, tendent à masquer les réactions. Or la carbonisation est complète quand l'eau distillée dans laquelle on fait bouillir le charbon passe à travers le filtre complètement incolore.

La masse carbonisée et pulvérisée est soumise à trois reprises à l'action de l'eau distillée bouillante, en ayant soin de jeter chaque fois sur ce filtre. Le liquide filtré est réduit au volume d'un centimètre cube, et c'est alors seulement qu'on y ajoute une solution d'amidon nouvellement préparée, puis quelques gouttes d'acide nitrique fumant.

Ce procédé a décelé la présence de l'iode dans 250 grammes de sang, auxquels on avait ajouté 1 milligramme d'iodure de potassium.

Les malades dont les liquides ont été l'objet d'expériences prenaient en moyenne 1 gramme 25 centigr. par vingt-quatre heures.

Dans l'*urine*, l'iode se trahit avec une extrême facilité. On en a retrouvé *onze minutes* après l'ingestion de 5 décigrammes d'iodure de potassium. On l'a cherché en vain dans 30 grammes de *sang* extraits quatre heures après l'administration de 75 grammes de ce sel; mais on en a trouvé des traces dans 120 grammes de sang extraits *une heure* après l'ingestion de la même quantité. — Il a pu être décelé aussi dans la *salive*. Les malades, après avoir pris la potion iodurée, se rinçaient la bouche deux fois, avant et après déjeuner, et c'est postérieurement que la salive était recueillie pour être analysée. — Pour procéder à des recherches sur le *mucus nasal*, on coupait en deux un mouchoir; une moitié était soumise aux réactifs, afin de s'assurer que son tissu ne contenait aucun composé d'iode. Le sujet se mouchait dans l'autre moitié, qui, brûlée et traitée comme il a été dit plus haut, a constamment présenté des traces manifestes d'iode. — Enfin un procédé analogue a mis à découvert la présence de la même substance dans les sueurs; on opérait sur un linge qu'on avait placé pendant quelque temps sous l'aisselle des malades.

On peut conjecturer, par ce qui précède, que d'autres liquides de l'économie, traités de la même manière, donneraient lieu aux mêmes résultats. C'est aussi ce que dit M. Brousse, appuyé en cela sur des expériences qu'il se propose de publier. Il serait à désirer que des recherches analogues fussent régulièrement poursuivies et appliquées à tous les médicaments directement ou indirectement absorbables.

FRACTURE TRANSVERSALE DE LA ROTULE; APPLICATION DU BANDAGE UNISSANT DES PLAIES EN TRAVERS; DEXTRINE, GUÉRISON PAR UN CAL OSSEUX; par M. BOUISSON.

OBS. Razimbaud, Louis, âgé de 38 ans, fit, le 2 juin 1849, du haut d'une échelle assez élevée, une chute dans laquelle le genou gauche porta contre le sol. En se relevant, il sentit un craquement et ne put étendre complétement la jambe de ce côté.

Transporté immédiatement à l'hôpital Saint-Éloi, il fut d'abord traité par des résolutifs locaux. Malgré leur emploi, le gonflement fit des progrès si rapides que le lendemain M. Bouisson ne put constater que les signes rationnels d'une fracture de la rotule : douleur fixe au centre du genou, dépressibilité anormale de sa face antérieure, impossibilité d'étendre la jambe sur la cuisse et de la soulever au dessus du plan du lit.

Au bout de quatre jours le gonflement étant dissipé, on reconnut une fracture transversale, avec écartement de près de 2 centimètres, quand les muscles étaient au repos. Ce faible degré d'écartement fit supposer qu'il y avait eu rupture incomplète des tissus fibreux qui recouvrent la rotule. On plaça d'abord le membre sur un plan ascendant formé de coussins empilés, le genou moins élevé que le pied, la cuisse à demi fléchie sur le bassin, et la jambe étendue sur la cuisse.

Le 8 juin, l'ecchymose étant dissipée, on appliqua l'appareil, composé : 1° d'une bandelette de linge dont on mit le plein sur l'extrémité supérieure de la rotule; ces deux chefs se croisent dans le creux du jarret pour être ramenés ensuite en avant et au-dessous de l'extrémité inférieure de la rotule. Par-dessus cette bandelette fut appliqué le bandage appelé *kiastre*; enfin sur le tout on plaça le bandage unissant des plaies en travers; puis le membre fut couché dans la position précédemment décrite.

Le 22 juin, la détuméfaction du membre ayant eu lieu, on enleva l'appareil; puis on le réappliqua de la même façon, en ayant soin d'en imbiber les pièces d'une solution de dextrine. On le laissa ensuite jusqu'au 15 juillet.

La consolidation étant alors achevée, on put constater qu'il n'existait pas le moindre intervalle entre le fragment supérieur et l'inférieur; la hauteur verticale de la rotule, comparée à celle du côté opposé, n'était pas augmentée; on distinguait seulement une petite crête saillante dans la direction transversale du cal, produite par l'inclinaison légère du fragment supérieur, dont la base avait été refoulée en arrière par la pression de la bandelette appliquée directement au-dessus de ce point.

Sorti le 20 juillet, Razimbaud marchait solidement, bien qu'il conservât encore de la roideur dans le genou et l'articulation coxo-fémorale; mais ces jointures reprirent graduellement leur souplesse.

Ce fait de consolidation osseuse si régulière méritait assurément d'être connu. En se préoccupant des moyens auxquels il est dû, M. Bouisson discute l'opinion des chirurgiens qui conseillent l'extension complète et permanente des divers segments du membre inférieur, et les craintes de ceux qui, pour éviter la roideur consécutive, engagent le praticien à se contenter d'une demi-extension du genou et à imprimer de temps en temps quelques mouvements à cette articulation. Pour M. Bouisson c'est l'opinion des premiers qui doit prévaloir. En effet, la roideur du genou à la suite de la fracture n'est pas aussi fréquente qu'on l'a assuré; on la prévient en ne prolongeant pas outre mesure la durée du traitement; cette gêne des mouvements peut se dissiper à la longue par l'emploi des moyens convenables; enfin si l'ankylose se produit, cet inconvénient se trouve tempéré par la direction même du membre qui, étant dans la rectitude, permet fort bien la marche. D'ailleurs, si les fragments de la rotule ne sont unis que par un tissu fibreux, et que celui-ci ait une certaine longueur, il en résulte une gêne dans la marche beaucoup plus grave que l'ankylose du genou ne pourrait la produire. Placé entre ces deux écueils, le praticien doit donc songer à écarter le plus redoutable; et nous venons de voir que, avec quelques soins, il peut espérer de les éviter tous les deux.

Au résumé, il ne faut négliger aucun moyen d'assurer la coaptation des fragments, ou de les rapprocher le plus possible : dans ce but, la flexion de la cuisse sur le bassin, et l'extension de la jambe sur la cuisse sont indispensables.

NOUVEL EXEMPLE DE RÉDUCTION DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE PAR LE PROCÉDÉ DE M. NÉLATON; par M. COSTE.

Les faits se multiplient en faveur de cette innovation dictée par la plus saine interprétation des données de l'anatomie pathologique. Le cas suivant offre à la fois un nouvel exemple de succès, et l'indication d'un léger changement apporté à la méthode originelle.

OBS. — Gourdon, âgé de 20 ans, vient, dit M. J. Coste, me trouver le 18 janvier dernier. En l'apercevant, il m'est facile de voir qu'il a une double luxation de la mâchoire qui lui était survenue en baillant. Gourdon se tient debout devant moi; j'applique mes deux pouces au devant des joues, et je sens distinctement, à travers les parties molles, les apophyses coronoïdes déplacées; j'engage le malade à ouvrir la bouche pour relâcher les muscles élévateurs, et je profite de ce moment pour pousser en arrière les apophyses. Mais afin de favoriser ce temps de la réduction, *je place trois doigts de chaque main derrière les angles de la mâchoire, et je pousse ces angles directement en bas et en avant.* Le malade ferme la bouche, et le claquement caractéristique m'indique que la réduction est obtenue.

Je puis dire que j'ai été surpris de la facilité et de la rapidité avec lesquelles elle s'est faite.

GUÉRISON DE LA CATARACTE SANS OPÉRATION; par M. ALQUIÉ.

Cette communication rappelle la plupart de celles que ce sujet a déjà vu éclore. Du raisonnement, des expériences, des théories, des demi-succès, beaucoup; des faits complets, infiniment peu. M. Alquié parle d'abord d'essais qu'il a faits avec les acides sulfurique et nitrique sur des yeux de cadavre humain, puis d'animaux vivants. En répandant l'un de ces acides sur les paupières fermées, de manière à ce qu'il ne touchât pas directement la cornée, il a vu le cristallin devenir blanc et complétement opaque. Au contraire, le cristallin est demeuré transparent toutes les fois que l'acide avait été en contact immédiat avec le globe oculaire. Dans ce cas, la cornée seule a perdu sa transparence.

Ces recherches, très-intéressantes en elles-mêmes et que l'avenir fécondera peut-être, ont conduit M. Alquié à tenter la dissolution de la cataracte, à l'exemple de Gondret et de Pugliatti, par la vésication à l'ammoniaque du pourtour de l'orbite. Sans vouloir deviner ce qu'il peut y avoir d'iatrochimisme dans la pensée qui a peut-être conclu de l'action *opaci-*

fiante des acides à la vertu *diaphanopoiétique* de l'ammoniaque, nous allons reproduire le fait qui paraît à M. Alquié prouver qu'il est dans la voie du succès.

Obs.—Un imprimeur, âgé de 56 ans, robuste, issu d'un père atteint de cataracte, jouissait lui-même d'une excellente vue, quand depuis plusieurs années, il sentit cette fonction s'affaiblir de plus en plus. Lorsque M. Alquié examina ses yeux, au mois de décembre dernier, il constata une teinte d'un noir verdâtre, placée derrière les pupilles mobiles, bordée d'un cercle foncé et projeté par l'iris, sans douleur de tête, sans autre lésion de la vision qu'une diminution notable de cette fonction..... M. Alquié commença le traitement de ce malade par l'application de ces deux petits vésicatoires avec l'ammoniaque liquide, près de l'angle temporal de l'orbite, et il renouvela plusieurs fois ce topique, où la suppuration était entretenue à l'aide du papier Leperdriel. En même temps, il purgea son malade deux fois par mois avec les pilules d'Anderson.

Au bout de deux mois de ce traitement, la vue était bien moins *pénible*; les objets étaient bien plus nets, les champs pupillaires avaient recouvré en grande partie leur couleur normale. Enfin cet homme disait récemment que maintenant il distingue très-bien le guidon d'un fusil de chasse, ce qu'il ne pouvait pas faire auparavant.

M. Alquié a encore associé aux moyens précédents les pilules avec l'iode et les frictions mercurielles sur les paupières.

— Ce malade était-il réellement atteint d'opacité cristallinienne? C'est ce qui nous paraît douteux, malgré la discussion détaillée à laquelle M. Alquié se livre pour prouver l'existence chez lui d'une cataracte lenticulaire.

IV. GAZETTE MÉDICALE DE STRASBOURG.

Les numéros d'octobre, novembre, décembre 1849, janvier, février et mars 1850 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Sur la contagiosité du choléra;* par M. Rousseau. 2° *Quelques considérations sur les tumeurs;* par M. Sédillot. 3° *Opération de gastro-stomie;* par le même. 4° *De l'emploi du gutta percha associé au chloroforme dans le traitement de l'eczéma rubrum;* par M. Robert. 5° *Note sur l'anatomie pathologique des granulations de la conjonctive;* par M. Gérhard. 6° *Sur la dilatation instantanée des rétrécissements de l'urètre;* par M. Rigaud. 7° *Observations recueillies par M. Mustou.* 8° *Des moyens d'assurer la réussite des amputations des membres;* par M. Sédillot. (Nouveaux documents statistiques, extrêmement probants en faveur du nouveau mode de pansement, que le professeur de Strasbourg a adopté.) 9° *Sur les variations des sources minérales, et particulièrement de celle de Niederbronn;* par M. J. Kuhn. 10° *De la syphilis comme cause de troubles fonctionnels graves de l'encéphale, simulant des affections idiopathiques du cerveau;* par M. Schützenberger. 11° *Extirpation complète du scapulum avec la moitié externe de la clavicule;* par M. Rigaud. (Voy. Gaz. Méd., 1844, p. 469.)

Sur la contagiosité du choléra; par le docteur Rousseau.

La note de M. Eissen, destinée à fournir divers renseignemeets sur l'épidémie de Strasbourg, ne contient qu'un passage fort court sur la contagion du choléra. Nous reproduisons ce passage, parce qu'il est donné comme l'expression des sentiments de l'*immense majorité* des médecins de la localité, et acquiert ainsi une grande autorité. On verra aussi que notre confrère attache au mot contagion la même signification que nous. C'est un accord que nous tenons à constater. « L'observation et le raisonnement, dit M. Eissen, ont amené l'immense majorité de nos confrères à admettre la contagiosité du choléra. Nous parlons à des hommes nourris, pour la plupart, d'études sérieuses, formés à une école qui n'a pas encore désappris le langage scientifique, et nous ne craignons pas par conséquent d'être mal compris. *Contagieux* ne veut pas dire, pour nos lecteurs, *se communiquant par le contact* de la main ou d'une autre partie du corps, ou des vêtements ou d'autres effets du malade. *Contagieux* veut dire pour eux *transmissible* et reparaissant sur tous les individus frappés de la même maladie, en les rendant aptes à propager à leur tour la même maladie. »

De la syphilis comme cause de troubles fonctionnels graves de l'encéphale simulant des affections idiopathiques du cerveau; par M. Schützenberger.

Malgré le titre un peu trop compréhensif de ce travail, nous n'hésitons pas à appeler sur les faits qui y sont contenus l'attention la plus sérieuse des praticiens : ils y trouveront un enseignement profitable à voir comment le savant professeur de Strasbourg a été amené, par voie de déduction, à pouvoir guérir rapidement des maladies que l'on avait regardées presque généralement comme au-dessus des ressources de l'art.

Obs. I. — Fecker, menuisier, 35 ans, entra à l'hôpital le 20 mai 1849. Depuis le mois de mars dernier, il éprouvait presque chaque jour, surtout le soir, un vertige avec tremblement des extrémités et engourdissement du bras gauche. Ces accès s'aggravèrent au point de se transformer en convulsions épileptiformes, avec perte de connaissance. Ils laissaient après eux un peu de trouble dans les idées.

Vers le commencement de mai, il s'y joignit une céphalalgie assez violente, continue, s'exaspérant le soir, fixée surtout au côté droit du front.

Croyant d'abord à une épilepsie, M. Schützenberger ordonna l'indigo. Les accidents ne faisant que redoubler d'intensité, il songea à la possibilité d'une méningite chronique, et eut recours aux sangsues et aux purgatifs. Il y eut d'abord un amendement; mais dès le 29 mai, l'attaque convulsive revint plus forte que jamais. Le même jour, il remarqua que la pupille droite, plus dilatée, avait la forme d'une ellipse à grand diamètre, oblique en bas et en dedans. L'iris de ce côté offre une teinte fauve. Du reste ni photophobie, ni douleur à l'œil, ni injection des membranes. La vision est un peu troublée.

L'imminence d'une iritis porta l'attention du médecin vers sa cause la plus ordinaire. Le malade, interrogé, nia d'abord, mais finit par avouer deux chancres, puis une éruption roséolique antérieure. On découvre sur le sternum une surface tuméfiée et douloureuse, sur laquelle existent deux ulcères superficiels. Il y a eu quelques douleurs nocturnes au début de cette affection. On constate enfin que la partie droite du frontal est douloureuse à la pression.

Un traitement spécifique est dès lors commencé : il consiste en des frictions faites tous les deux jours avec 5 grammes d'onguent mercuriel double. Ce traitement, que la salivation força de suspendre deux fois, dura six semaines; il exerça l'influence la plus heureuse sur les accidents. La salivation avait éclaté à la troisième friction. Dès la cinquième, les attaques devinrent plus légères et plus rares, se transformant en une espèce de vertiges avec tremblement convulsif des membres.

Le 12 juillet, le malade se croyant guéri, voulu sortir et reprit ses travaux; mais le 3 octobre, il rentra à l'hôpital. Tous les symptômes avaient reparu, s'accompagnant de vomissements. (1 gramme d'iodure de potassium.)

Dans la journée et le soir, les vertiges et les vomissements reparaissent; les douleurs *deviennent plus intenses*. Secousses convulsives. Le médicament est rejeté et semble augmenter les vomissements. (On le continue, mais en frictions, à la dose de 5 grammes dans de l'axonge.)

Les jours suivants, persistance des accidents; l'intelligence *s'affecte davantage*. Le malade se lève sans but, prend un objet pour un autre et ne sait où il est. Continuation des frictions iodiques. Les nausées ayant diminué, on revient à l'usage interne de l'iodure, qui de 5 décigrammes est successivement porté à 3 grammes. Au bout de vingt jours de ce traitement, secondé par l'application locale de vésicatoires volants à la tête, les accidents s'amendent; la céphalalgie disparaît; l'intelligence redevient normale.

Le 16 décembre, il quitte l'hôpital, avec le conseil de reprendre encore l'iodure pour prévenir toute récidive. Jusqu'au 25 février 1850, il n'a rien éprouvé de fâcheux.

— Avant d'aller plus loin, nous devons placer ici une remarque sur les effets de l'iodure de potassium. Ainsi qu'on l'a vu, l'administration de ce médicament, si bien indiquée cependant par la forme et la période de la maladie, a été immédiatement suivie d'une exaspération des accidents. Il serait difficile d'attribuer ce phénomène à une simple coïncidence. Faut-il admettre, avec M. Rodet (de Lyon), que l'iodure donné si peu de temps après le mercure, et chez un sujet atteint déjà de troubles cérébraux, devait nécessairement les augmenter?... Mais il faut observer qu'après une exacerbation momentanée très-réelle (et qui semble d'abord fortement plaider en ce sens, les mêmes accidents ont fini par céder sous l'influence de la même médication. Pour nous, cette singularité tient uniquement à la dose du remède, qui, surtout dans le cas de congestion cérébrale, ne doit pas être de prime abord aussi élevée. Effectivement, son effet n'a été ensuite que bienfaisant lorsque, à une seconde reprise, on a débuté par 5 décigrammes.

Obs. II. — Erbel, 51 ans, entra, le 8 décembre 1848, à l'hôpital. Autrefois robuste, il avait actuellement l'aspect cachectique. Face terreuse; regard éteint; débilité profonde; mouvements lents, incertains, tremblotants comme ceux d'un vieillard. La marche est vacillante, l'intelligence hébétée, la mémoire infidèle. Il n'a jamais fait abus de liqueurs spiritueuses. Dans sa jeunesse, il a eu trois blennorrhagies et un petit chancre. Plus tard il eut à la jambe gauche une affection très-douloureuse, qui s'améliora sous l'influence du mercure.

Ces accidents datent de plusieurs mois; ils ont commencé par une céphalalgie frontale continue, s'exaspérant souvent, soit le jour, soit la nuit.

La démarche de ce malade ressemble à celle d'un homme ivre. Le lendemain de son entrée, il a voulu sauter par la fenêtre, et ne se rappelle plus ensuite cette tentative. Plongé dans un état d'hébétude habituel, il exécute des actes automatiques, dont il ne peut rendre compte. Il n'y a jamais eu chez lui de mouvements convulsifs.

Le tibia gauche présente à sa partie moyenne et supérieure un gonflement notable, mais indolent : c'est une exostose diffuse, résidu de l'ancienne maladie de la jambe. La pression de la région frontale est très-douloureuse.

M. Schützenberger, jugeant qu'il s'agissait d'une affection syphilitique, prescrit les pilules de Hufeland, 4 d'abord, en augmentant de 2 tous les deux jours. Frictions de deux jours l'un avec 5 grammes d'onguent napolitain et boisson sudorifique. Une stomatite assez intense se déclara à la septième friction. On

put néanmoins continuer le traitement pendant six semaines. Dans les derniers temps, la dose des pilules était de 12 par jour.

Sous l'influence de cette médication, l'amélioration de l'état cérébral a été rapide. Dès la cinquième friction, le 26 décembre, la céphalée cessa complétement; l'intelligence redevint nette, la démarche ferme et assurée. Le tremblement des mains persista plus longtemps, mais finit par disparaître.

Cependant, comme l'état cachectique ou du moins son apparence se montrait encore, on soumit le malade à un bon régime. Vers le milieu de février, il prit de l'iodure de potassium, 5 décigr. d'abord, puis 4 grammes par jour. L'état général s'améliora notablement.

Malgré son état excellent, cet homme ne sortit de l'hôpital que le 4 mai; il était alors fort et vigoureux, et ne présentait plus aucune trace de sa maladie cérébrale. La tumeur du tibia gauche n'a subi aucune modification.

Le 5 février 1850, on a revu cet homme; il se portait parfaitement bien.

M. Schützenberger pense, et avec toute raison, selon nous, que, dans ces cas, il ne s'agissait point d'une affection syphilitique de la pulpe cérébrale. Il y a eu probablement périostose ou exostose de la table interne des os du crâne, de même qu'on voit souvent ces lésions affecter, sous l'influence de la syphilis, la face externe de ces mêmes os. Or une phlegmasie chronique peut bien alors s'étendre aux organes contigus, au cerveau, aux méninges. Des phénomènes de compression peuvent se manifester, ainsi que des phénomènes d'irritation céphalique, absolument comme dans les maladies cérébrales idiopathiques.

— A l'appui de cette opinion, nous pourrions encore faire valoir une circonstance, à nos yeux très-importante, à savoir *le peu de rapidité* de l'amélioration obtenue par le traitement. Sans doute, sous le rapport purement pratique, c'est une guérison bien assez prompte que celle qui met fin, en trois ou quatre semaines, à des tortures durant plusieurs mois; mais il est toutefois digne de remarque que lorsqu'on a affaire à un symptôme tenant directement à la syphilis, la médication en vient beaucoup plus promptement à bout. C'est en trois ou quatre jours, souvent plus tôt, qu'on voit les douleurs ostéocopes céder à l'iodure de potassium. De même, la roséole la plus accentuée perd de sa teinte, en huit ou dix jours, sous l'influence du mercure.

Si donc les accidents ont mis, chez les malades de M. Schützenberger, plus de temps à s'accumuler, c'est qu'ils n'étaient pas *essentiellement* de nature syphilitique, mais seulement, ainsi qu'il l'exprime fort bien luimême, dépendant d'une *lésion simple*, causée par la syphilis.

P. DIDAY et A. DECHAMBRE.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 23 SEPTEMBRE.

STAPHYLORAPHIE.

M. SÉDILLOT présente ses instruments de staphyloraphie, et rapporte l'observation d'une malade chez laquelle il a dernièrement opéré l'oblitération d'une large perte de substance du voile du palais, causée par une ulcération vénérienne.

« La moitié droite du voile avait été réduite à une très-grande minceur par la destruction d'une grande partie de la paroi postérieure ou pharyngienne.

» Le côté gauche avait conservé ses diamètres normaux. Les incisions latérales pratiquées pour donner au voile une laxité suffisante avaient permis la réunion de la plaie centrale. Mais nonobstant la réapplication d'un des points de suture, un ptyalisme très-intense, accompagné d'un violent gonflement œdémateux, vint détruire nos espérances d'une réunion immédiate.

» Je jugeai alors possible de tirer parti de l'incision latérale droite, en dédoublant de dehors en dedans l'épaisseur du voile, de manière à former un lambeau renversé peu à peu et par une dissection successive vers la ligne médiane. Ce lambeau, soutenu plus tard par un nouveau point de suture et étendu aux extrémités supérieure et inférieure de la perte de substance finit par combler la plaie et en opérer l'oblitération.

» J'ajouterai à cette occasion qu'il me paraît possible d'amener le relâchement très-complet du voile par une opération un peu différente de celle dont j'ai déjà exposé les détails. On peut détacher presque complétement les côtés du voile du palais sans pénétrer dans l'arrière-bouche et sans inciser par conséquent la muqueuse palato-pharyngienne. Il suffit de conduire le bistouri le long du rebord libre du palais, jusqu'au-dessous de l'arcade dentaire. Après avoir divisé la muqueuse et les cryptes muqueux qui constituent une couche très-épaisse, on tombe sur l'aponévrose du muscle péristaphylin interne que l'on divise au-dessous du crochet de réflexion de l'apophyse ptérygoïde. Plus en dehors, on coupe les attaches de l'élévateur supérieur du pharynx, puis plus profondément encore le muscle péristaphylin externe.

» Le voile représente alors la moitié antérieure d'un anneau attiré en avant par les fibres du constricteur supérieur qui se portent du palatostaphylin à l'épiglotte et tendent à rapprocher les deux moitiés complétement ou incomplétement divisées du voile, d'après le même mécanisme qui met en contact les deux côtés de la glotte dans les mouvements de déglutition. On rétrécit, sans doute, de cette manière, l'anneau représenté par le voile, mais on en rétablit l'intégrité et le moins grand diamètre de cet organe ne paraît pas défavorable au rétablissement des fonctions. Dans le cas où le voile resterait encore trop tendu de haut en bas, on ferait la section du pilier postérieur, et alors la laxité des parties deviendrait très-considérable et permettrait des réunions véritablement inespérées. »

APPLICATIONS DES APPAREILS HÉMOSPASIQUES.

M. JUNOD lit un mémoire intitulé : THÉRAPEUTIQUE SPÉCIALE, OU MOYEN CERTAIN D'OBTENIR UNE GRANDE ÉCONOMIE DANS LES HÔPITAUX, LES HOSPICES ET AUTRES ÉTABLISSEMENTS DE BIENFAISANCE.

L'auteur s'attache à démontrer qu'on peut et qu'on doit substituer l'application de l'appareil hémospasique à celle des sangsues toutes les fois que ces dernières ne seront pas jugées indispensables :

1° Parce qu'on en obtient ainsi des effets thérapeutiques plus puissants sans le moindre inconvénient;

2° Parce qu'il en résulte clairement une économie considérable.

SUR LE PHÉNOMÈNE DU PHOSPHÈNE.

M. MARTINET adresse la note suivante, relative au phénomène du phosphène.

« La communication faite à l'Académie des sciences, dans la séance du 9 septembre courant, par M. Serres (d'Alais), m'engage à vous adresser le résultat de recherches faites depuis plusieurs années sur le phénomène lumineux qui se produit sous la pression du globe de l'œil, et que M. Serres vient de désigner sous le nom de phosphène.

» Ces résultats, qui concordent en partie avec ceux de M. Serres, vous sembleront peut-être en outre tendre à perfectionner le diagnostic des maladies de l'organe de la vision.

» Et d'abord, sans revendiquer en rien toute question de priorité, j'aurai l'honneur de vous exposer que, dans un mémoire lu par moi à l'Académie nationale de médecine, dans la séance du 6 août dernier, mémoire dans lequel je me proposais d'éclairer le diagnostic au moyen de l'exploration électrique, je citais l'exemple d'un jeune garçon affecté d'amaurose, chez lequel j'avais constaté l'absence, à la pression de l'œil, de toute sensation lumineuse, dernier indice de la sensibilité de la rétine, mais qui, m'ayant offert la sensation lumineuse de l'étincelle dans l'électrisation explorative du globe oculaire, me fit augurer que la rétine n'était point encore complétement paralysée; ce malade dut effectivement sa guérison au traitement par l'électricité qui fut alors employé.

» Quelques années plus tard, à la Charité, je signalais à plusieurs médecins la persistance du phosphène dans certaines maladies de l'œil, notamment en 1846, époque où je recueillis plusieurs observations de maladies des muscles intrinsèques de cet organe.

» Revenons à ce qui a trait au phosphène.

» J'ajouterai, à ce que M. Serres a écrit relativement aux points où se développe la sensation lumineuse, qu'elle se produit toujours dans la région orbitaire externe d'un œil, quand on comprime l'œil opposé, dans la même région orbitaire supérieure et externe.

» J'ai toujours trouvé le phosphène dans les simples cataractes. Je l'ai rencontré également dans la paralysie des troisième, quatrième et sixième paires cérébrales, tandis qu'il a manqué dans la paralysie complète de la deuxième. Je l'ai observé chez un homme affecté d'une amaurose incomplète qui revenait sous le type tierce, c'est-à-dire de deux jours l'un, vers midi. Il existait dans toute sa plénitude dans deux cas de mydriasis, dont l'un accidentel, irrégulier, reparaissait à des intervalles plus ou moins longs, des heures, quelquefois des jours, s'accompagnant constamment alors d'une paralysie également momentanée de quelques-uns des filets de la troisième paire, et en particulier de ceux qui se rendent aux muscles élévateurs de la paupière et droit interne.

» En somme, je pense, d'après ce que j'ai constaté nombre de fois :

» 1° Que s'il est bien reconnu que l'absence du phosphène est un signe d'amaurose, il est nécessaire de confirmer la valeur de ce signe négatif, par l'exploration électrique, qui en dernier ressort jugera si la rétine est encore douée de quelque excitabilité.

» 2° Que quand on ne parvient pas à provoquer le phosphène temporal par la pression de la région nasale de l'œil amaurotique, il faut, avant d'affirmer qu'il y a amaurose complète, s'assurer, par la pression de la région orbitaire externe de l'œil opposé, que ce phénomène ne se produit réellement point.

» 3° Enfin, que certaines maladies, telles que la cataracte, la paralysie des sixième, quatrième et troisième paires cérébrales, alors même qu'il existe de notables troubles de la vision, ne s'accompagnent point de l'absence du phénomène lumineux désigné par M. Serres sous le nom de phosphène. »

LIGATURE DE L'ARTÈRE ILIAQUE PRIMITIVE.

M. CHASSAIGNAC, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, adresse la lettre suivante :

« Jeudi dernier 19 septembre, j'ai pratiqué à l'hôpital Saint-Antoine la ligature de l'artère iliaque primitive chez un homme âgé de 49 ans. Il s'agissait d'enlever chez ce malade une tumeur cancéreuse, occupant la partie interne de la cuisse et pénétrant jusque dans le bassin à travers le trou sous-pubien dont les rebords étaient détruits.

» La ligature de l'iliaque avait pour objet de mettre à l'abri d'une hémorrhagie grave, peut-être même immédiatement mortelle, pendant le temps que devait

exiger l'extirpation complète d'une semblable tumeur. Deux ponctions qui y avaient été faites la veille, au moyen d'un instrument très-fin, avaient donné toutes les deux un jet de sang artériel.

» Quoique l'opération n'ait point été couronnée de succès, puisque le malade a succombé le lendemain, il est néanmoins très-réel que le but de la ligature a été parfaitement rempli et que l'ablation complète de la tumeur s'est faite non-seulement sans hémorrhagie, mais avec une très-faible perte de sang. Et cependant toutes les branches principales de l'artère hypogastrique et plusieurs des branches de la fémorale profonde ont été nécessairement divisées.

» J'ai cru que la ligature de l'iliaque primitive n'ayant point encore été pratiquée en France, du moins d'après le témoignage des ouvrages les plus estimés et notamment celui de M. Velpeau, la communication que j'ai l'honneur de vous adresser n'était pas dénuée d'opportunité. »

—M. le docteur de Sandouville adresse un mémoire intitulé : Des mesures administratives a prendre dans le but d'empêcher la propagation des maladies vénériennes; avec des notes de M. Trébuchet, chef de bureau à la préfecture et membre du conseil de salubrité.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 24 SEPTEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. ORFILA, VICE-PRÉSIDENT.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend neuf lettres du ministre du commerce dont les objets sont :

1° Une demande de M. le docteur Grimand tendant à ce qu'il soit fait application du décret du 3 mai à deux médicaments dont il croit avoir fait la découverte (le sulfate de brucine et le sulfate de strychnine). (Renvoyé à la commission des remèdes.)

2° Une réclamation de M. le docteur Buron, médecin-inspecteur des eaux minérales de Cauterets, relativement aux difficultés qui s'opposent à ce qu'il se conforme aux instructions de la commission de l'Annuaire des eaux minérales, en ce qui concerne les observations scientifiques, difficultés qui résultent de la situation, du nombre et de la distribution des sources. (Renvoi à la commission.)

3° L'envoi de quatre caisses renfermant les produits d'évaporation et les dépôts d'eaux minérales des établissements thermaux de Luxeuil, Lamotte, Aix et Chaudesaigues. (Commission des eaux minérales.)

4° Demande d'avis à l'Académie sur un encouragement que sollicite M. Robert, médecin à Strasbourg, pour la publication d'un ouvrage relatif aux eaux minérales de l'Alsace et des Vosges. (Même comm.)

5° Lettre par laquelle le médecin inspecteur des eaux de Rennes signale les différences qu'il a remarquées en comparant avec un thermomètre à mercure de Biancu le thermomètre que lui a expédié récemment la commission des eaux de France. (Renvoi à cette commission.)

6° Envoi d'un procès verbal d'analyse des eaux d'Alet, à joindre aux documents précédemment envoyés sur ces mêmes eaux. (Même comm.)

7° Envoi d'un rapport de M. le docteur Tellier, médecin des eaux minérales de Bourbon-Lancy (Saône-et-Loire), sur le service médical de ces établissements pendant l'année 1849. (Même comm.)

Les autres lettres du ministre sont relatives à la vaccine et aux remèdes secrets.

— M. le préfet de police transmet le relevé statistique des décès dans la ville de Paris pour le mois d'août dernier.

— M. Duplan, chirurgien principal à l'établissement thermal et militaire de Baréges, envoie quelques documents sur l'emploi thérapeutique de ces eaux. (Comm. des eaux minérales.)

— M. Vauvert (de Méan) informe l'Académie qu'il est au moment de partir pour Saint Martin (Nouvelle-Grenade). Il annonce qu'il adressera de sa nouvelle résidence des branches, écorces et fleurs de cédron, ainsi que tous les renseignements qui peuvent être utiles.

HÉMORRHAGIE FACIALE PÉRIODIQUE.

M. le docteur Chrestien (de Montpellier) informe l'Académie qu'il vient d'observer un fait semblable à celui que M. Bousquet de Saint-Chinian a adressé à l'Académie, et sur lequel M. Gibert a fait récemment un rapport. Ce fait, dans lequel le rôle du sang fut manifeste, lui paraît propre à éclairer sur la nature de l'exsudation anormale dont il a été question au sein de l'Académie. En voici les principales circonstances :

Il s'agit d'une jeune demoiselle, qui avait été envoyée aux bains de Rennes pour régulariser son flux menstruel, lequel ne s'était jamais fait jour chez elle par les voies génitales, et suintait depuis plusieurs mois par les pores de la peau des régions malaires. Des gouttelettes de sang s'y développaient de temps à autre; et, se réunissant entre elles, tombaient ensuite sur les joues. Épongées avec soin, ces gouttelettes étaient remplacées plus ou moins promptement par d'autres que l'on voyait apparaître et se former comme les premières, et de cette succession continue résultait une hémorrhagie de 120 ou 160 grammes environ dans la journée. Cette hémorrhagie faciale, spontanée, s'était déjà reproduite plusieurs fois, à des intervalles semblables à ceux qui séparent les époques menstruelles, et la menstruation proprement dite n'avait pas été établie.

M. Chrestien pense que ce fait, bien que différent sous plusieurs rapports de celui qu'a communiqué M. Bousquet, autorise à admettre, avec MM. Gibert, Castel et Bérard, que l'exsudation observée par ce médecin a été de nature sanguine.

PRIX D'ARGENTEUIL.

L'Académie reçoit en outre six mémoires pour le concours du prix d'Argenteuil, dont voici les titres :

1° Mémoire sur divers procédés opératoires pour combattre les rétrécissements de l'urètre; par M. Blanchard, médecin de l'Hôtel-Dieu de Reims;

2° Mémoire sur le traitement des rétrécissements de l'urètre par le galvanisme; par le docteur Léopold Wertheimber;

3° Recherches anatomiques, pathologiques et thérapeutiques sur les rétrécissements de l'urètre; par M. Aug. Mercier (deuxième édition, augmentée);

4° Mémoire sur les rétrécissements de l'urètre; par M. Reybard (de Lyon);

5° Nouveau brise-pierre pulvérisateur a pression intermittente; par M. Guillon;

6° Description de divers instruments dilatateurs, etc.; par M. Perrève.

RECHERCHES SUR LA LUMIÈRE.

M. le Secrétaire perpétuel présente, au nom de M. Récamier, une note contenant le résultat de recherches sur la lumière ou puissance motrice, capable de produire le mouvement des corps. M. Récamier rapporte, dans cette note, des expériences qui l'ont conduit à admettre l'existence de la lumière comme substance physique locomotrice.

L'Académie procède au scrutin pour la nomination d'un membre dans la commission du prix d'Argenteuil, en remplacement de M. Bégin, démissionnaire.

Pendant le scrutin, la parole est donnée à M. Velpeau pour une communication.

EXTIRPATION D'UN GOÎTRE.

M. Velpeau communique, de la part de M. le docteur Cabaret (de Saint-Malo), la relation d'une extirpation de goître opérée avec succès.

Voici la relation du fait dont M. Velpeau a presenté une analyse sommaire devant l'Académie :

M. H., âgé de 67 ans, d'une constitution très-robuste, avait toujours joui jusque-là d'une très-bonne santé, lorsque, dans les premiers jours de septembre 1849, il s'aperçut sur la ligne médiane, à la partie antérieure du cou qui correspond au corps thyroïde, de la présence d'une petite tumeur, peu apparente d'abord, et qui augmenta ensuite graduellement, au point qu'en cinq ou six semaines elle parvint à égaler le volume d'un petit œuf. Nonobstant l'emploi de divers moyens, et notamment de l'éponge brûlée, la tumeur continua d'augmenter de volume, au point que le sieur H., commençant à en éprouver de la gêne dans la respiration, vint consulter M. Cabaret, qui constata, le 23 avril 1850, l'état suivant :

Situé sur la ligne médiane, le goître, en forme d'ellipsoïde, ressemblait parfaitement à un petit œuf d'autruche, et s'étendait depuis le milieu du cartilage thyroïde jusqu'à la partie supérieure du sternum, sur laquelle toutefois il ne reposait que par son poids. Il n'avait contracté aucune adhérence avec les téguments de cette région. En avant et en bas, la tumeur était mobile; en arrière et dans la partie profonde du cou elle était dure, adhérente et d'une immobilité complète. La délimitation de la tumeur était difficile à établir à cause de l'engorgement du tissu cellulaire environnant. Il était facile cependant de distinguer supérieurement l'os hyoïde; latéralement les muscles sterno-mastoïdiens et les pulsations des artères carotides; inférieurement, en refoulant la tumeur, on parvenait à glisser les doigts entre elle et l'échancrure sus-sternale.

Aucune douleur ne s'y faisait sentir lorsqu'elle n'était soumise à aucune pression; mais si l'on comprimait, même légèrement, sa surface, on faisait éprouver au malade un sentiment de suffocation. Le malade était essoufflé au moindre effort, ou même lorsqu'il marchait un peu plus vite que de coutume. Le larynx faisant masse avec la tumeur, la parole était gênée et le son de la voix anormal. La déglutition, sans être douloureuse, ne s'exécutait pas avec autant de liberté que dans l'état naturel. Toutes les autres fonctions, d'ailleurs, s'exécutaient parfaitement.

Après avoir essayé sans résultat des frictions avec la pommade d'iodure de plomb et l'administration intérieure de l'iodure de potassium, la tumeur faisant toujours des progrès, M. Cabaret, malgré sa répugnance pour une semblable tentative, vaincu par les pressantes sollicitations du malade, se décida à pratiquer l'extirpation de cette tumeur.

Cette opération fut pratiquée le 28 mai 1850. Voici en quels termes l'auteur en décrit les détails :

« Le malade étant assis. La peau étant saine et la tumeur volumineuse, je commençai par pratiquer une incision verticale dans le sens du grand diamètre de la tumeur, depuis son sommet jusqu'à la partie supérieure du sternum.

» Une seconde incision, menée par le milieu de la tumeur, de droite à gauche, joignit la première de manière à la rendre cruciale. Cette première partie de l'opération, dans laquelle furent incisés les téguments, les muscles peauciers sterno-hyoïdien et sterno-thyroïdien, fit naître des hémorrhagies fournies par quelques veinules, mais surtout par des branches artérielles qui furent soumises, les plus volumineuses, à la ligature, les autres, en bien plus grand nom-

bre, à la torsion. Alors commença une dissection pénible et laborieuse, que j'exécutai en me servant tantôt du manche d'un scalpel, tantôt d'une spatule, de préférence à l'instrument tranchant, et moyennant laquelle je séparai la tumeur, à droite et à gauche, des muscles sterno-mastoïdiens; puis, agissant avec une prudence croissante, je l'isolai des troncs des carotides, de la veine jugulaire interne et des gros troncs nerveux, et la détachai successivement, moitié par incision, moitié par énucléation, par ses côtés et par son bord inférieur, de l'échancrure sus-sternale et de la face antérieure de la trachée-artère. Je m'arrêtais à chaque instant, car les adhérences de la tumeur, lâches sur les côtés, devenaient très-serrées sur le milieu de son insertion; d'une autre part, il fallait tordre ou lier souvent des vaisseaux nombreux qui donnaient lieu à l'écoulement du sang. Redoublant d'attention, chaque adhérence était explorée préalablement et liée ou tordue avant ou aussitôt après sa section.

» En procédant de bas en haut, j'étais sûr, en liant ou en tordant les vaisseaux à mesure qu'ils étaient divisés, de ne placer qu'une seule ligature sur chacun d'eux, puisque je ne les atteignais que dans leur partie la plus inférieure, et en outre j'avais l'avantage, en jetant une ligature sur une branche considérable, d'empêcher les hémorrhagies qui auraient pu succéder à l'ouverture de ses rameaux.

» Revenant vers les bords de la tumeur, que je relevai en saisissant celle-ci à pleine main, je disséquai avec ménagement sa large base, qui adhérait intimement aux cartilages thyroïde et cricoïde et aux trois premiers anneaux de la trachée artère. Je rencontrai plusieurs artères d'un fort calibre, les thyroïdiennes supérieures probablement, et, pour éviter une très-dangereuse hémorrhagie, je résolus de pratiquer la ligature de ces vaisseaux avant d'achever l'extirpation. Je passai aussitôt sous les artères et dans le point où elles s'engageaient dans la tumeur une aiguille courbe et mousse armée d'un épais fil ciré; j'y plaçai deux ligatures à quelques millimètres l'une de l'autre, et je divisai chaque artère entre les deux liens. Je continuai à séparer la masse morbide de bas en haut; ensuite, dans le but de prévenir avec certitude toute hémorrhagie, je posai autour de la terminaison de la tumeur une troisième ligature, et j'achevai l'extirpation sans que les parties comprises dans cette ligature fournissent la plus petite quantité de sang.

» Après m'être assuré, à l'aide d'un scrupuleux examen, de l'état des surfaces de la plaie, et que celle-ci ne contenait plus aucune portion morbide qui méritât l'extirpation, nous nous occupâmes de rechercher si quelque orifice artériel n'avait pas besoin d'être oblitéré. Quelques torsions, reconnues indispensables, ayant été effectuées, il ne subsista qu'un léger suintement sanguin à la surface de la plaie, dont on différa le pansement pendant deux heures.

» Pendant l'opération, qui dura quarante-cinq minutes, M H... perdit à peine 500 grammes de sang. L'ablation de la tumeur avait mis à nu le larynx, la trachée-artère et la face interne des muscles sterno-mastoïdiens.

» Au bout de deux heures, aucune hémorrhagie ne s'étant manifestée, on procéda au pansement. »

La tumeur extirpée, inégale, bosselée, pesait 250 grammes.

Quant aux suites de l'opération, elles ont été très-heureuses; la cicatrisation a été complète le trente-huitième jour de l'opération.

M. Sédillot demande la parole sur cette communication.

M. Sédillot : Exerçant dans une contrée où le goître est très-commun, j'ai eu l'occasion d'en observer un grand nombre et d'en opérer quelques-uns. Aussi ne saurais-je partager l'opinion de M. Velpeau, qui a paru craindre qu'on n'encourageât des tentatives téméraires par la publicité donnée aux cas de succès.

Il m'a paru qu'il y aurait une distinction importante à faire entre le vrai goître et le faux goître, que l'on confond trop souvent.

Le premier est une hypertrophie du corps thyroïde, c'est celui qu'on observe endémiquement dans certaines contrées. On sait qu'il peut acquérir des proportions énormes; c'est à mon avis un indice de détérioration de la race. Contre cette espèce de goître, la chirurgie est impuissante, il serait excessivement dangereux d'agir; dans ce cas, il faut absolument s'abstenir.

Le faux goître est très-différent; il est constitué par des tumeurs de diverse nature développées dans le corps thyroïde, telles que kystes, hypertrophies partielles, transformations diverses, etc. Lorsque ces tumeurs sont isolées, plus ou moins circonscrites et pédiculées, on peut les enlever avec succès. Le fait rapporté par M. Roux, ainsi que ceux de MM. Hutin et Cabaret, n'étaient autre chose que des exemples de ces faux goîtres. Pour ma part, j'ai enlevé trois fois d'énormes tumeurs thyroïdiennes caractérisées de goître, mais qui n'étaient en réalité que de faux goîtres, comme ceux dont on vient de nous entretenir.

L'une de ces tumeurs avait le volume de la tête d'un enfant et pendait sur la poitrine. Une ligature, dans les trois cas, fut placée sur les dernières insertions de la masse morbide et les malades guérirent.

Les difficultés de ces opérations sont assez grandes en raison du nombre et du volume des veines qui se gonflent sous la main de l'opérateur. Le procédé que j'ai suivi a consisté à placer successivement sur ces plexus veineux deux ligatures, l'une du côté de la tumeur, l'autre du côté opposé, afin de pouvoir diviser ces vaisseaux sans hémorrhagie.

M. Velpeau : M. Sédillot vient de soulever un point très-important de l'histoire du goître. Si j'ai bien compris, il voudrait qu'on réservât le nom de goître à l'hypertrophie du corps thyroïde. Je ne crois pas qu'on accepte cette distinction. On est convenu d'entendre, par le mot goître, toutes les tumeurs qui siégent dans la région du corps thyroïde. Dire qu'il ne faut pas enlever des goîtres proprement dits, et que les tumeurs que l'on a enlevées jusqu'ici n'étaient pas des goîtres, c'est s'exposer à n'être pas compris. Nul doute qu'il existe sous le nom de goître des tumeurs de nature différente; ces distinctions existent; mais pour admettre celle que M. Sédillot voudrait établir, il faudrait qu'il précisât d'abord ce qu'il entend par vrai goître et faux goître.

M. Sédillot revient sur ce point capital, suivant lui, que le nom de goître proprement dit devrait être réservé à l'hypertrophie simple et générale de la glande thyroïde. Quant aux autres tumeurs de la région antérieure du cou, on pourra faire entrer elles toutes les distinctions qu'on jugera convenables, mais celle-ci est essentielle en ce que le goître vrai ne doit jamais être touché par le chirurgien.

M. Roux partage l'opinion de M. Velpeau. Il croit qu'il y aurait des inconvénients à changer le langage reçu, et à n'appeler goître que l'hypertrophie endémique du corps thyroïde. Il présente à cette occasion quelques courtes considérations sur les caractères particuliers que présente dans ses altérations le corps thyroïde.

M. Piorry croit que toutes les difficultés soulevées à ce sujet proviennent de la mauvaise dénomination, du mot goître. Toutes ces difficultés disparaîtraient, suivant lui, si l'on désignait chacune des tumeurs diverses du cou par un nom qui rappelât son siége ou sa nature.

M. Rochoux : Ce n'est pas sur les mots, c'est sur les choses qu'il faut faire porter les distinctions. Tout mot est bon lorsqu'il rappelle un objet bien défini. Mais ce n'est pas là le point important de la discussion. La question soulevée par M. Sédillot est une question de pathologie générale. On ne saurait trop approuver toute tentative faite dans la voie des distinctions; c'est par les distinctions que les sciences font des progrès. Je pense donc que la distinction que M. Sédillot cherche à établir serait très-avantageuse pour la science.

— M. Félix Voisin, médecin des aliénés de Bicêtre, lit l'introduction d'un travail ayant pour titre : De l'état actuel de la science médicale sur la nature de l'homme, de ce qui a été fait, de ce qui est a faire, etc. (Comm. : MM. Falret, Londe et Collineau.)

COMPOSITION CHIMIQUE DE LA LAITANCE DE CARPE.

M. Gobley lit des recherches chimiques sur la laitance de carpe.

L'auteur conclut de ses expériences, entre autres conclusions les suivantes :

1° Que la laitance de carpe présente une grande analogie de composition non-seulement avec le jaune d'œuf de poule et les œufs de carpe, mais encore avec la matière cérébrale;

2° Qu'elle renferme plus de la moitié de son poids d'eau;

3° Qu'elle contient une matière albumineuse, et en outre un corps particulier qui se divise dans l'eau sans qu'on puisse le séparer;

4° Que la substance grasse présente une si grande analogie de propriétés et de composition avec celle du cerveau, que l'on pourrait être amené à croire qu'elle est destinée à former le système nerveux du jeune animal;

5° Que la matière grasse est formée de lécithine, de cérébrine, de cholestérine, d'oléine et de margarine; que ces substances présentent les propriétés et la composition de celles que l'auteur a trouvées dans le jaune d'œuf de poule et dans les œufs de carpe;

6° Que la lithicine, la cérébrine, la cholestérine, l'oléine et la margarine s'y trouvent dans d'autres proportions que dans le jaune d'œuf et les œufs de carpe;

7° Enfin qu'elle renferme les sels qui ont été rencontrés dans les œufs de carpe.

EXTIRPATION DE L'ASTRAGALE.

M. Gerdy présente un homme d'une cinquantaine d'années, sur lequel il a pratiqué, il y a douze ans, l'extirpation de l'astragale. Cet homme, dans une chute, s'était luxé le pied, et la violence avait été si grande que l'extrémité inférieure du tibia et l'astragale faisaient issue à travers la peau. Il fallut extirper ce dernier os, la réduction ayant été impossible autrement. Il ne reste chez cet homme d'autre trace de cette mutilation qu'une sorte d'évidement de la région plantaire du pied et une légère claudication.

Il est cinq heures, la séance est levée.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

SÉANCE DU 25 MAI 1850. — PRÉSIDENCE DE M. VLEMINCKX.

La séance est ouverte à dix heures et demie.

M. Sauveur donne lecture du procès-verbal de la dernière séance.

M. le ministre de l'intérieur annonce à l'Académie qu'il lui enverra incessamment en communication les rapports qu'il a reçus des commissions médicales provinciales sur les maladies qui se sont déclarées à la suite de la crise alimentaire de 1846, et qu'il se propose de lui communiquer également les documents de même nature qui parviendront à son administration.

— M. le docteur Henriette réclame, au nom du conseil central de salubrité de Bruxelles, dont il est secrétaire, contre un passage du rapport de M. Craninx, relatif au travail de M. Van Berchem sur la variole et la varioloïde. L'honneur d'avoir proposé la revaccination comme moyen de conjurer les épidémies varioliques revient, dit-il, de plein droit au conseil de salubrité de Bruxelles; c'est ce qu'atteste un rapport lu devant ce corps, dans sa séance du 26 novembre 1838, et publié dans le premier volume de ses annales. (Renvoi à l'avis de la deuxième section.)

— L'Académie a reçu un second mémoire en réponse à la question proposée sur la pleuropneumonie épizootique des bêtes à cornes. (Renvoyé à la commission chargée de l'examen du premier mémoire.)

— M. le président annonce que M. Cunier demande à pouvoir donner lecture des lettres qu'il a reçues de MM. les docteurs Jaeger et Flarer, au sujet de la maladie du maréchal Radetski. — L'Académie décide que cette communication aura lieu dans la séance.

TOPOGRAPHIE MÉDICALE DE LA BELGIQUE. — Rapport fait au nom d'une commission, composée de MM. BROECKX, MARESKA, GOUZÉE, SAUVEUR et DE MERSSEMAN, chargée de présenter le plan pour la confection d'une topographie médicale de la Belgique; par M. DE MERSSEMAN, rapporteur.

D'après l'intention du gouvernement, la topographie médicale du royaume doit consister dans l'examen et dans l'appréciation, au point de vue médical, de tout ce qui, dans la Belgique, touche aux grandes questions d'intérêt général.

Conformément au plan qui a été demandé par le gouvernement, l'œuvre se divisera de la manière suivante : partie physique, partie hygiénique, partie statistique, partie médicale, partie politique, partie historique.

La *partie physique* renfermera plusieurs sections et se subdivisera naturellement en géographie, hydrographie, géologie, météorologie.

§ Ier. — La géographie indiquera la position, la circonscription des lieux. Elle décrira l'exposition du terrain, ses ondulations, ses montagnes, ses collines, ses buttes, ses dunes; elle en indiquera la nature et donnera un relevé des terres labourables, des prairies, des forêts, des bois, des bruyères, des marais et des terrains vagues ou abandonnés; elle en détaillera les productions végétales et animales, d'abord sous le point de vue de la richesse, ensuite sous le rapport de l'alimentation; enfin elle consacrera une partie de ses recherches à déduire les ressources que la pharmacie et la médecine peuvent retirer du produit de ces deux règnes.

§ II. — L'hydrographie devra embrasser toutes les notions acquises sur les côtes, sur les marées, sur les fleuves, les rivières et les canaux; sur les travaux hydrauliques, si nombreux et si utiles à la fois dans la Belgique; sur les voies d'écoulement et les moyens d'irrigation; sur les inondations, les irruptions des eaux de la mer; sur les eaux de source et surtout celles qui sont douées de quelque qualité médicale.

§ III. — La partie géologique traitera de tout ce qui se rapporte à la composition de cette partie de la croûte solide de notre globe qui constitue la Belgique. Elle décrira les diverses phases géologiques par lesquelles a passé cette masse solide; elle décrira les roches qui la composent et donnera toutes les notions sur les tourbières qui s'étendent presque sous toutes les parties basses du sol de la Belgique; sur l'ensablement de certaines parties de nos côtes, et sur l'envahissement d'autres parties par la mer; sur l'origine et la formation de ces criques, de ces vastes plaines que notre langue désigne sous le nom de *schoren*, et que l'industrie de nos habitants a définitivement conquise, sur la mer en les endiguant, et en formant les *polders* les terres les plus riches, les plus fertiles peut-être du pays, mais aussi celles où les affections endémiques sont les plus fréquentes.

§ IV. — La constitution de l'atmosphère et l'examen de tous les phénomènes qui s'y passent formeront la partie météorologique, qui se développera dans l'ordre suivant : analyse et composition de l'air dans les diverses saisons et dans les localités les plus importantes; température, ses variations diurnes et annuelles; hygrométrie comparée des parties opposées du pays; variations diurnes et annuelles de la quantité de vapeur d'eau contenue dans l'atmosphère; nuages, brouillards, rosée, gelée blanche, pluie, neige, grêle, oscillations barométriques, courants aériens, électricité atmosphérique, orage, foudre, trombes, oscillations de l'aiguille aimantée, aurores boréales, lumière zodiacale, étoiles filantes, bolides et aérolithes, etc.

La *partie hygiénique* se divise en deux sections : l'hygiène publique et l'hygiène privée.

La partie relative à l'hygiène publique cherchera à découvrir ce que les villes, villages, hameaux offrent de favorable ou de défectueux sous le rapport de la salubrité. Elle décrira les sections, les quartiers, les faubourgs, les rues, les places publiques, les marchés couverts ou en plein vent, recherchera les règlements qui sont en vigueur pour donner les garanties voulues sur la qualité et les bonnes conditions des subsistances qu'on y débite, sur leur curage et leur nettoyage, et sur les méthodes employées pour les aérer; elle s'occupera des eaux publiques, rivières, canaux, remparts, ruisseaux, fontaines, puits, des eaux usuelles domestiques, de leur origine (pluie ou source), leur distribution, leurs voies d'écoulement, et de tout ce qui se rapporte à la petite et à la grande voierie, de la structure, de l'état d'entretien, du curage des égoûts, de leur mode d'écoulement, des réservoirs, des dépôts d'immondices, de la voirie où l'on transporte les animaux morts, des vidanges, des moyens employés pour en atténuer et en neutraliser l'infection, et des règlements qui en établissent la police; elle indiquera la situation, l'étendue, l'entretien et la police des cimetières, en insistant surtout sur la distance des habitations; elle décrira les habitations et leur distribution; elle constatera la qualité de l'eau qui sert à l'usage domestique; enfin on s'y occupera de tous les établissements consacrés soit à l'usage, soit au soulagement des indigents, de la situation, de la construction et des règlements des locaux où un grand nombre de personnes vivent en commun, tels que les prisons et les maisons de détention, les casernes, les communautés religieuses et les pensionnats, les écoles, etc.; elle s'éclairera sur toutes les questions que l'exercice d'une industrie peut faire naître au point de vue hygiénique; enfin sur tout ce qui se rattache à la prostitution.

L'hygiène privée étudiera, dans les différents degrés de l'échelle sociale, la manière de se nourrir et de se vêtir, la méthode d'élever les enfants, les mœurs, les habitudes, les usages des familles, afin de découvrir leurs effets sur le développement des forces et sur l'état physiologique.

Dans les classes de la population vouées au travail, on devra examiner le genre, la durée, la distribution du travail.

La *partie statistique* recherchera la corrélation qui existe entre les besoins qu'entraîne la vie et les ressources dont l'homme dispose pour les satisfaire; elle déterminera les fluctuations de la population et mettra à profit les renseignements que le gouvernement possède à cet égard, sous le triple point de vue de la population, de la production, de l'état civil.

La *partie médicale* sera divisée en quatre sections, qui traiteront séparément des maladies professionnelles, des maladies endémiques, des maladies épidémiques, des maladies sporadiques, enfin, une cinquième section traitera des épizooties et des maladies du bétail.

La section des maladies endémiques comprendra deux subdivisions, et traitera d'abord des maladies endémiques qui règnent en permanence et sans interruption, comme, par exemple, les scrofules, le scorbut, l'anémie, la phthisie et d'autres encore, et en second lieu, des maladies endémiques qui se montrent par intervalle et seulement sous l'empire de certaines influences, dont l'action semble s'assoupir et se ranimer alternativement, telles que les fièvres intermittentes, les fièvres typhoïdes et toutes leurs nuances, la dyssenterie, etc.

Les maladies épidémiques seront décrites avec tout le soin qu'elles méritent; en particulier les plus fréquents, telles que la rougeole, la scarlatine, la variole et toutes ses nuances, la coqueluche, la grippe, la cholérine, le choléra, etc., etc.

Les affections qui sont contagieuses sans être épidémiques, telles que, la gale, la syphilis, réclameront une attention particulière.

Les maladies sporadiques seront traitées avec tous les détails propres à éclairer les questions relatives à leur origine, à leur fréquence, à leur intensité. Toutefois, la plus utile de toutes les questions de cette espèce au point de vue topographique, est celle qui se rapporte aux modifications que les maladies sporadiques peuvent subir par suite de l'influence du climat et des localités et à l'importance que le praticien doit y attacher relativement au traitement médical.

Enfin les maladies du bétail réclament à juste titre une part dans la topographie médicale. Le médecin vétérinaire les décrira exactement dans l'ordre suivant : 1° maladies propres aux diverses espèces; 2° celles qui proviennent des influences locales; 3° les épizooties; 4° les maladies qui ont la fatale propriété de se communiquer par infection ou par inoculation.

La *partie politique* de la topographie médicale s'occupera des relations qu'une nation entretient avec les autres nations, sous le rapport de la santé publique (quarantaines); elle s'occupera encore des lois promulguées sur la pratique de toutes les parties de l'art de guérir, et enfin de toutes les dispositions légales prises dans l'intérêt de la salubrité générale.

La *partie historique* fournira des connaissances sur les diverses races qui ont alternativement peuplé la Belgique et qui y ont imprimé leur trace dans la population; elle apportera des renseignements sur les grandes épidémies qui ont décimé nos contrées tant de fois éprouvées; et appreudra la part que les médecins belges ont prise au développement de la science médicale et les œuvres qui leur ont assigné une place dans la littérature.

— L'Académie décide que ce rapport sera envoyé, en son nom, à M. le ministre de l'intérieur.

ESSAI SUR UN NOUVEAU MODE DE DÉLIVRANCE DANS LES CAS D'ANGUSTIE EXTRÊME DU BASSIN; par M. DIDOT. — Rapport de la troisième section sur ce mémoire; par M. SEUTIN, rapporteur.

Messieurs,

Le but du mémoire que M. le docteur Didot a présenté à l'Académie est de faire connaître une nouvelle méthode de crâniotomie, la désarticulation des os du crâne, et d'indiquer les circonstances dans lesquelles cette opération doit être pratiquée.

» L'auteur commence par apprécier les diverses méthodes employées dans les cas de viciation du bassin, et les divise en deux catégories, suivant qu'elles sont appliquées aux organes de la mère ou à ceux de l'enfant. A la première appartiennent l'accouchement prématuré artificiel, la symphyséotomie et l'opération césarienne. La seconde comprend les crochets, le céphalotribe de Baudelocque; le forceps-scie de M. Van Huevel, les grands ciseaux de Dugès et les désarticulateurs inventés par M. Didot lui-même. J'ai cru devoir me dispenser de vous faire la description de cette dernière méthode, elle serait inférieure à celle que nous donne l'auteur dans son intéressant mémoire. M. Didot a peu de confiance dans la symphyséotomie; il approuve, au contraire, l'accouchement prématuré lorsqu'on est consulté à temps, et l'opération césarienne lui paraît préférable à l'embryotomie tant que l'enfant est vivant. Cette dernière opinion n'est-elle pas trop absolue, en présence des insuccès presque constants de l'hystérotomie, dans les villes, et surtout dans les hôpitaux? Ne convient-il pas au moins, en pareil cas, de s'en remettre à la volonté de la femme, du mari ou des parents, relativement au sort de l'enfant?

Pour M. Didot, un des grands défauts de l'opération césarienne, c'est l'écartement des bords de la plaie utérine qui permet l'hémorragie et l'écoulement du fluide lochial dans la cavité du péritoine. Pour l'éviter, il recommande la suture utérine; il décrit, en passant, deux procédés fort ingénieux qu'il a imaginés pour ne pas laisser de fils cirés en contact avec le péritoine Mais ces fils n'augmenteront-ils pas l'irritation et la phlogose de l'utérus? ne déchireront-ils pas les tissus au lieu de les réunir? et par suite de cette même irritation, ne mettront-ils pas obstacle à la cicatrisation plutôt qu'ils ne la favoriseront? Cependant, si tout se passait régulièrement comme le dit M. Didot, la suture deviendrait très-utile. Si la réussite de l'opération césarienne dépendait d'une suture bien établie,

celle que l'on appelle *suture du pelletier* offrirait, à mon avis, de grands avantages ; une des extrémités du fil pourrait être dirigée à travers le col et servir à favoriser l'écoulement lochial par cette ouverture ; après quelques jours, il serait facile de le retirer. C'est un point sur lequel j'appelle l'attention des praticiens.

Cette méthode n'exposerait pas, comme celle de M. Godefroy (de Mayenne), à laisser et à abandonner le fil.

M. Didot indique ensuite les conditions qui assurent le succès de l'opération césarienne ; puis il critique sévèrement, mais justement, les anciens instruments destinés à pratiquer l'embryotomie. Sa tâche devient plus difficile lorsqu'il arrive au forceps-scie, et ici je dois chercher à le combattre.

Disons d'abord que M. Didot semble ne pas avoir connu les dernières modifications apportées à cet instrument et qui ont pour but de prévenir plusieurs des inconvénients qu'il lui reproche.

1° Il dit qu'il doit y avoir impossibilité fréquente d'application de l'instrument, à cause de la largeur des cuillers, de l'étroitesse du bassin et du défaut d'engagement du vertex retenu au-dessus du pubis. Cette objection s'adresse à l'ancien forceps-scie ; le nouveau, fait depuis plus d'un an, est long, à cuillers étroites, fortement recourbées en avant, et portant les gaines de la scie tout près du bord antérieur. On comprend donc que son introduction doit être plus facile que celle du forceps ordinaire, qu'on peut le porter très-haut et saisir la tête, lors même qu'elle est située très en avant sur le bord du pubis ; enfin, qu'après la section de la tête, le morceau saisi peut être entraîné sans autres efforts que ceux qu'on exerce avec le forceps ordinaire.

2° Faute d'avoir scié le crâne dans toute sa hauteur, M. Didot pense que l'extraction des morceaux est impossible sans exercer des violences sur la mère. A cela je réponds que le forceps-scie étant assez long, il dépendra de l'adresse de l'opérateur de le porter à la profondeur voulue ; ensuite, l'expérience a prouvé que quand la division ne s'étendait que du sommet du crâne au milieu de la face, le chevauchement et l'aplatissement des morceaux suffisaient encore à leur extraction simultanée. Si la viciation trop forte du bassin s'opposait à ce résultat, on pourrait porter le forceps plus haut et recommencer une nouvelle section ; par suite des premières tractions, la tête sciée descendra plus bas, ou du moins offrira moins de résistance à la pénétration de l'instrument dans le bassin. Et quant au temps et aux peines que cette deuxième opération réclamera, que seront-ils en comparaison des longueurs des autres procédés ?

3° La scie peut se graisser ou la chaînette se briser, dit encore M. Didot. Pour mon compte, je n'ai jamais rencontré un cas où cet accident soit arrivé ; cependant, je dois convenir que si je n'ai pas vu la scie se briser, je n'en dirai pas autant des petits crochets. J'ai vu survenir deux fois cet inconvénient ; il peut avoir lieu quand on commence à scier, avant que les premiers anneaux de la chaînette ne soient au fond des crochets (1) ; dans ce cas, l'opération peut se continuer en enveloppant d'un morceau de linge l'extrémité de la scie ; au reste, on peut être pourvu d'une deuxième scie, comme on le recommande pour les amputations. Cet accident ne pourrait apporter que du retard dans l'opération. La scie doit naturellement se graisser par la pulpe cérébrale, mais sans s'opposer pour cela à sa marche et à son action.

4° L'auteur du mémoire signale les dangers des manœuvres accessoires pour extraire les segments. Toutes ces manœuvres consistent aujourd'hui à tirer sur le forceps ; après la section, le morceau postérieur est entraîné, et parfois toute la tête. S'il y a résistance, on dégage l'instrument ; puis, avec une tenette, on saisit ce morceau par la fainure et l'on tire à soi directement ou en faisant de légers mouvements latéraux de va-et-vient. Au reste, ce temps de l'opération doit être abandonné à la sagacité et à l'adresse de l'opérateur ; aucune indication fixe ne peut être donnée.

5° M. Didot suppose de grandes difficultés pour l'application du forceps-scie quand le corps du fœtus étant sorti, la tête est retenue dans le bassin. C'est, au contraire, la présentation la plus avantageuse, et si ce n'était la difficulté, le danger de la version, en cas de rétrécissement pelvien, on pourrait toujours commencer par cette manœuvre.

Les critiques de M. Didot, applicables à l'ancien forceps-scie, ne le sont donc plus au nouveau. Toutefois, cet instrument reste toujours coûteux, compliqué et d'une manœuvre assez délicate ; ces inconvénients, M. Didot nous annonce qu'il les a évités à l'aide de ses désarticulateurs. Ceux-ci sont au nombre de deux : 1° un doigtier articulé, dont on arme l'indicateur, et qui est destiné à disjoindre les os ; 2° le *diatrypteur*, pince droite articulée qui se disjoint, qui s'écarte quand on rapproche les branches destinées à être introduites entre les sutures et à les faire éclater. Ces instruments doivent être introduits dans les narines, dans les orbites ou dans les fontanelles postérieures et inférieures : il faut donc que la face ou la base du crâne soient accessibles, et quand elles ne le sont pas, il faut les amener à l'ouverture du bassin par une manœuvre préalable. L'honorable M. Didot rapporte trois faits qui l'ont conduit à inventer sa méthode, et qui prouvent qu'elle est parfaitement applicable. Mais l'est-elle toujours ? Je ne le pense pas, car il est des cas où la version, le changement de position de la tête, sont impossibles. Cela a lieu, par exemple, lorsque après l'écoulement des eaux, la matrice est fortement revenue sur l'enfant ; lorsque la voûte du crâne s'est fortement allongée sans que la base ait franchi le détroit supérieur, et que le col utérin s'est retiré au-dessus de la tête ; lorsque la tête, descendue dans l'excavation, y est retenue par un rétrécissement du détroit inférieur du bassin. Quand les extrémités abdominales étant sorties les premières, le menton reste accroché au-dessus du pubis ou de la marge postérieure du détroit supérieur, le bassin vicié pourra-t-il permettre à la main et à l'avant-bras toutes les manœuvres nécessaires, sans se fatiguer, sans s'engourdir ? Dans ce cas, le diatrybe, qui est un instrument droit, ne pourrait parvenir à la face, et les préceptes de M. Didot ne seraient pas facilement applicables, à moins de rendre cet instrument courbe. En revanche, ils le sont toutes les fois que la face ou la base du crâne se présentent ou qu'on peut amener ces positions. Quant au plus ou moins de difficulté et de longueur des manœuvres, je laisse à l'expérience le soin d'en juger. Toutefois, je pense que dans bien des cas ce ne doit pas être chose facile d'aller, au milieu d'un bassin rétréci et de parties molles irritées, désarticuler un crâne, tomber juste dans telle et telle suture. C'est à l'expérience, dis-je à prononcer en dernier ressort ; tout procédé est bon en des mains intelligentes.

En résumé, les instruments dont il s'agit sont beaucoup plus simples et moins coûteux que le forceps-scie, auquel M. Didot se plaît d'ailleurs à rendre justice. Cependant je ne pense pas qu'ils puissent le remplacer dans tous les cas ; ils le pourraient peut-être, dans les mains d'un opérateur persévérant, courageux, fort, et habitué à surmonter toutes les difficultés comme l'honorable M. Didot, mais non dans celles de tous les praticiens.

Je terminerai en émettant le vœu que le forceps-scie de M. le professeur Van Huevel et les désarticulateurs de M. Didot, destinés à rendre tant de services à l'humanité, soient déposés, par les soins de l'autorité, dans chaque chef-lieu de canton, et que tous les praticiens soient obligés non-seulement d'en connaître l'usage, mais aussi les modes d'application. L'Académie pourrait, avant tout, nommer une commission chargée de recueillir les faits, tant à Liége qu'à Bruxelles, propres à établir un parallèle entre les deux méthodes, et décider ensuite laquelle des deux devrait obtenir la préférence.

Puissent ces deux découvertes utiles n'avoir point le même sort que bien d'autres !

La nouvelle méthode de crâniotomie que M. Didot vous a fait connaître vient ajouter un nouveau titre aux titres déjà si nombreux que s'est acquis notre collègue à la reconnaissance publique et à celle des praticiens en particulier. Empressons-nous donc, messieurs, de voter à l'honorable membre des remerciments pour les services qu'il essaye de rendre à la science et à l'humanité, et d'ordonner l'impression de son travail dans le recueil des mémoires de l'Académie.

M. Seutin : Messieurs, ainsi que je l'ai dit dans le rapport que je viens de lire, au nom de la troisième section, je voudrais que l'Académie provoquât des mesures pour propager, autant que possible, les deux méthodes dont il s'agit. Je désirerais que la compagnie émît ce principe, que l'opération césarienne et l'embryotomie, faites par les anciens procédés, sont des opérations presque toujours mortelles, et qu'elle fît une démarche auprès du gouvernement pour que le forceps-scie et les désarticulateurs de M. Didot fussent, par ses soins, déposés dans tous les chefs-lieux de province ou de canton. Les praticiens désireux de s'instruire pourraient se rendre à Liége ou à Bruxelles, pour obtenir des notions sur l'emploi de ces instruments qui offrent quelques complications et quelques difficultés d'application. Nous rendrions ainsi un grand service à l'humanité, et nous ne serions plus témoins de ces nombreuses opérations césariennes que l'on fait quelquefois avec assez de légèreté et qui amènent des accidents qu'il est possible d'éviter.

Vous savez, messieurs, qu'indépendamment de l'adresse de l'opérateur, le hasard et les circonstances sont pour beaucoup dans les opérations césariennes, et que la plupart des femmes y succombent, surtout dans les hôpitaux. Il serait donc utile, selon moi, que l'Académie voulût bien nommer une commission à Bruxelles et une autre à Liége, pour expérimenter les deux méthodes nouvelles de céphalotomie et en préciser la valeur. Quant à M. Van Huevel et à moi, qui ai fait dans deux circonstances usage du forceps-scie, je puis donner l'assurance que nous nous rendrions partout où l'on nous appellerait pour faire l'application de ce procédé bienfaisant.

De toutes les inventions utiles, certaines, qui ont été faites jusqu'ici, je n'en connais pas de plus positive. Avec le forceps-scie, on parvient à scier, sans difficulté, la tête d'un fœtus, et sans que la mère puisse souffrir des suites de l'opération.

Dans une autre circonstance, M. Mascart a cherché à vous prouver que l'opération césarienne n'est pas aussi cruelle que je le prétends. Je ne veux pas critiquer les intentions qui l'ont dirigé ; mais dans un cas comme celui qu'il nous a cité, lorsque la question se présentera de savoir s'il faut sacrifier l'enfant ou la femme, je serai toujours d'avis de sacrifier le fœtus plutôt que la mère. Avec le forceps-scie, l'opération marche régulièrement, et elle est terminée en peu de temps. Lorsque le tronc est sorti, lors même que la tête est détronquée, si vous ne pouvez prendre le milieu de la tête, vous en enlevez un morceau, le cerveau s'évacue, et si la base du crâne doit être de nouveau sciée, ce qui est très-rare, vous la reprenez dans le forceps. Vous parvenez ainsi à faire sortir les parties qui n'auraient pu passer autrement ; car, comme je l'ai dit dans mon rapport, il est difficile de manœuvrer avec la main lorsqu'elle est en quelque sorte serrée comme dans un étau. Or c'est ce qui se présente lorsqu'un bassin n'offre, dans son diamètre sacro-pubien, que 2 pouces d'étendue.

J'ajouterai que si le forceps-scie ne pouvait passer dans un bassin ayant un pouce et demi de rétrécissement, on pourrait rendre ses branches encore plus étroites ; mais à quoi servirait alors de diviser la tête, si le corps ne peut passer sans violences extrêmes ? Avec cet instrument on est toujours sûr de sauver la mère sans de grandes souffrances. Il est vrai qu'une femme, sur laquelle on a fait l'emploi de cet instrument, est morte ; mais lorsque nous fûmes appelés, M. Van Huevel et moi, la métro-péritonite était déclarée et la femme presque froide. Persuadé qu'elle allait mourir, M. Van Huevel s'est dit : « Il ne faut pas la laisser succomber sans l'avoir délivrée, » il a donc fait l'opération, qui a été terminée en deux ou trois minutes. La mère a été soulagée, mais la métro-péritonite n'en a pas moins continué et l'a enlevée.

M. Sauveur : D'après la manière dont s'exprime M. Didot, dans un chapitre de son mémoire consacré à la section césarienne, il suffirait de pratiquer quelques

(1) Cet inconvénient a été prévenu dans le nouveau forceps-scie.

points de suture sur les bords de l'utérus divisé, par l'instrument tranchant, pour obtenir une cicatrisation immédiate entre les deux parties saignantes, qui s'agglutineraient, suivant lui, comme tous les autres tissus placés dans les mêmes circonstances.

Je ne puis admettre, avec notre collègue, que la plaie faite à l'utérus, dans la section césarienne, se tienne par première intention, c'est-à-dire d'une manière immédiate ou primitive. Je ne pense pas non plus qu'il faille, comme il le propose, adopter pour règle de placer des points de suture à la matrice, dans le but de prévenir l'écartement des bords de la plaie faite à cet organe.

Voici comment un des accoucheurs les plus distingués de l'Allemagne, M. le professeur Kilian (de Bonn), s'exprime sur le premier point, dans une note qu'il a bien voulu m'adresser :

« Je considère comme un fait certain, indubitable, constaté par mes recherches et par celles d'autres accoucheurs, que la guérison de la plaie faite à l'occasion de l'opération césarienne s'opère à l'aide de l'enveloppe péritonéale de ce réservoir, et à l'aide des organes voisins, spécialement de la paroi abdominale. Les lames du péritoine produisent une grande quantité de matière exsudée plastique; celle-ci se répand sur les bords de la plaie de l'utérus, qui sont appliqués très-étroitement et très-solidement l'un à l'autre, et en s'organisant, cette matière exsudée produit une réunion de la plaie si solide, que les douleurs les plus fortes d'un accouchement subséquent ne parviennent pas à la rouvrir. C'est ce dont je me suis assuré chez la femme Charoubet, sur laquelle j'ai fait trois fois avec succès la section césarienne; cette femme vit encore.

» Quelquefois, et ce fait n'est pas moins certain que le premier, la matière exsudée du péritoine produit, en s'organisant, une adhérence assez solide entre l'utérus et la paroi abdominale antérieure; mais ordinairement cette adhérence ne persiste pas. Elle se rompt après un temps plus ou moins long, et la matrice se trouve ainsi dégagée des liens qui l'avaient momentanément enchaînée.

» On voit donc que ce mode de réunion a la plus grande analogie avec celui que l'on observe dans les plaies de tube intestinal, de l'estomac, de la vessie et des autres organes creux.

» Le point de savoir si les plaies de l'utérus peuvent guérir d'une autre manière, et spécialement si la réunion par première intention est possible, constitue une question indépendante de la première. On ne peut nier la possibilité de ce mode de réunion, mais il n'existe, que je sache, aucun fait bien observé qui montre qu'il ait eu lieu. On ne peut donc l'admettre en ce moment. »

Cette note résume les données de l'observation sur la question que M. Didot soulève dans son mémoire. Je pense donc qu'il ne convient pas de placer des points de suture à l'utérus, divisé par la section césarienne. Cette opération est difficile, délicate, et on ne peut la faire sans accroître les dangers déjà si grands qui environnent l'hystérotomie.

M. Mascart : M. Didot s'est attaché, dans son mémoire, à étudier les causes qui compromettent le succès de la section césarienne, et parmi ces causes, il a particulièrement fixé son attention sur l'écartement des lèvres de la plaie de la matrice, écartement qui permet aux eaux de l'amnios de s'épancher dans le péritoine, et s'oppose à la réunion immédiate de la plaie de l'utérus.

Pour prévenir ce double inconvénient, notre honorable collègue cherche à réhabiliter la suture de la matrice : il accorde à l'emploi de ce moyen une confiance qu'il ne m'est pas permis de partager.

Je n'ignore pas que des auteurs recommandables ont prétendu que la matrice ne se contracte pas au point d'effacer l'ouverture faite à ses parois, de manière à affronter les lèvres saignantes de la solution de continuité, et que les bords de la plaie laissent entre eux un écartement de plusieurs lignes; mais ces allégations me paraissent, à certains égards, fort contestables.

Dans les opérations césariennes déjà assez nombreuses que j'ai pratiquées ou auxquelles j'ai assisté, j'ai toujours remarqué les particularités suivantes :

Il est très-vrai que peu d'instants après l'extraction de l'enfant et du placenta, les lèvres de l'incision présentent un écartement assez considérable; mais à mesure que la matrice se contracte, qu'elle se débarrasse des fluides qu'elle renferme, l'incision perd insensiblement sa forme plus ou moins arrondie; elle devient bientôt linéaire, et ses lèvres sont dans un état de rapprochement favorable à la réunion de la plaie.

Ces variations de forme et d'étendue de la plaie m'ont décidé, depuis plusieurs années, à adopter un certain mode de compression sur lequel je me permettrai d'appeler l'attention de l'Académie.

Pour prévenir l'épanchement des eaux de l'amnios dans le péritoine et empêcher que l'intestin ne soit lésé par le bistouri, les accoucheurs donnent le précepte de charger deux aides bien entendus d'appliquer leurs mains sur les côtés et sur le fond de l'utérus, de manière qu'il ne forme en quelque sorte qu'une seule masse avec les parois abdominales.

L'inefficacité de cette manœuvre est évidente pour celui qui assiste avec attention à une opération césarienne.

En effet, et ceci se passe particulièrement dans les cas ou l'opération est pratiquée avant la rupture de la poche des eaux, à peine le bistouri a-t-il pénétré dans la cavité de la matrice, que les eaux s'écoulent en abondance par la plaie; en même temps le volume de la matrice subit des oscillations continuelles, qui sont en rapport avec les contractions utérines.

Quelle que soit l'intelligence des aides, ils ne réussissent pas à maintenir les enveloppes abdominales et la matrice dans un état de rapprochement tel que les eaux de l'amnios ne puissent fuser dans le péritoine.

A cette méthode de compression, je propose de substituer le procédé suivant :

Deux aides pratiquent, au début de l'opération, la compression prescrite par les auteurs; mais aussitôt qu'une ouverture est pratiquée à la matrice, ils y introduisent successivement la pulpe des doigts, pendant que le bord radial du pouce et de la main appuie sur les lèvres de l'incision des parois abdominales. Ils exercent ainsi une compression douce et modérée qui a pour résultat d'opposer un obstacle insurmontable au passage des eaux de l'amnios dans le péritoine, de soustraire cette membrane séreuse à l'action de l'air atmosphérique, et d'empêcher que les ligaments de l'utérus ne soient exposés à des tiraillements, à des déchirures pendant les tractions assez fortes auxquelles on doit parfois se livrer pour extraire l'enfant ou le placenta.

Dans les cas d'hémorrhagie produite par l'inertie de l'utérus, les aides sont en mesure d'irriter les lèvres de l'incision de la matrice, afin de provoquer ses contractions.

Après la délivrance, les doigts sont successivement retirés, à mesure que la matrice se contracte et verse au dehors les fluides qu'elle contient.

Dans cet état de choses, la plaie de la matrice est réduite à de faibles dimensions; et comme les efforts expulsifs convergent vers le col utérin, c'est-à-dire vers le point par lequel doivent naturellement s'écouler les eaux de l'amnios, il ne reste plus, pour prévenir autant que possible tout épanchement dans le péritoine, qu'à pratiquer le toucher à des intervalles assez rapprochés, afin de débarrasser le col utérin de la présence des caillots qui pourraient s'opposer au libre écoulement des lochies par le vagin.

M. Mascart termine en signalant les accidents graves que la suture de la matrice lui paraît devoir provoquer. Parmi ces inconvénients, il insiste surtout sur la nécessité de laisser séjourner longtemps des corps étrangers dans les fibres de la matrice, cause nécessaire de métrite; sur la difficulté d'appliquer régulièrement et de maintenir les ligatures au milieu des changements incessants qui surviennent dans le volume de la matrice; enfin, sur le danger de la suppuration dans les points de l'utérus qui sont en contact avec le péritoine.

M. Didot, après avoir protesté contre toute prétention d'avoir voulu préconiser son diatrypteur au détriment du forceps-scie de M. Van Huevel, et d'avoir cherché à substituer son invention à celle d'un de ses confrères, répond et ces termes aux observations qui lui ont été faites relativement à l'opération césarienne :

J'ai dit dans mon travail que l'opération césarienne convient surtout lorsque la femme et le chirurgien ayant la certitude que l'enfant est en vie, il y a possibilité de sauver à la fois et la mère et son fruit. M. Seutin a élevé un doute à cet égard, et se demande si, même en pareille circonstance, il ne serait pas permis, s'il ne serait pas préférable d'employer le forceps-scie ou le diatrypteur, attendu que le fœtus n'a encore qu'une vie plus ou moins problématique, et qu'en présence des dangers que va courir la mère, il vaut mieux lui conserver l'existence par des moyens certains en sacrifiant l'enfant. Cette question, messieurs, est extrêmement grave : elle touche de trop près aux principes de morale sociale, aux principes d'ordre public, pour être résolue par une simple incidence. Je sais bien que, dans certains pays, on a mis de côté les scrupules qu'elle soulève; mais je ne crois pas qu'elle soit assez mûrie en ce moment pour qu'on puisse la résoudre dans un sens affirmatif, et surtout d'une manière absolue. Dans ces sortes de questions, ce sont, la plupart du temps, les circonstances qui guident le praticien et mettent fin à la perplexité si cruelle qui le tourmente. Il consulte la famille; il expose les conséquences présumées de telle ou telle autre dénomination, et souvent l'avis émis par les intéressés, la volonté de la femme surtout, lui dictent la conduite la plus sage. Mais pour ce qui me concerne, j'avoue que j'hésiterais beaucoup à porter l'instrument tranchant sur le corps d'un enfant qui vivrait, et dont l'existence me serait parfaitement connue.

L'opération césarienne est presque toujours mortelle, dit M. Seutin. Je me permettrai de protester contre une assertion opposée à tous les documents recueillis par la science. Les états statistiques dressés dans toute l'Europe nous apprennent que l'on obtient généralement deux succès sur trois opérations. En Belgique, nous avons été plus heureux encore : M. le docteur Hoebeke a pratiqué seize fois l'opération césarienne en quelques années, et onze fois il l'a faite avec succès.

M. Mascart vient de vous dire que plusieurs fois il a pratiqué l'opération césarienne, et que dans beaucoup de cas il a réussi. Dans l'avant-dernière séance, le même membre vous a entretenus d'une opération césarienne faite à la Hulpe et qui a encore été suivie d'un succès complet. Les auteurs anciens rapportent de nombreuses histoires de femmes qui ont subi trois, quatre, cinq et sept fois la même opération, et qui chaque fois se sont parfaitement rétablies.

On n'est donc pas autorisé à dire que la gastro-hystérotomie est toujours mortelle. Elle sera mortelle lorsqu'elle se fera tardivement, lorsque l'élément inflammatoire jouera un rôle dans cette scène de désolation, lorsque enfin vous porterez le bistouri sur des tissus voués d'avance à la destruction. Mais vous réussirez au contraire si, après avoir de bonne heure constaté les dimensions du bassin, après avoir acquis la certitude que la filière pelvienne ne peut donner passage à une tête de fœtus, vous pratiquez l'opération césarienne dès le début du travail, alors que l'organisme jouit de toutes les conditions qui assurent le succès de chaque opération chirurgicale.

J'aborde la question de la suture utérine comme moyen de coaptation des lèvres de la plaie qui suit la section césarienne.

M. Seutin propose la suture du pelletier comme moyen de parer à quelques-uns des inconvénients qu'il croit attachés à la suture utérine en général. Je ne puis partager cette manière de voir, et en voici les motifs : dans la suture du pelletier il y a solidarité entre tous les points, puisque tous sont pratiqués avec le même fil; il faut donc nécessairement que chacun d'eux ait coupé les

tissus qu'il embrasse avant que le fil puisse être dégagé, tandis que par les autres procédés, vous avez toujours les moyens de retirer isolément chaque fil, et de diminer par conséquent le nombre et le volume des corps étrangers retenus dans l'utérus. On comprendra, au contraire, par l'exposé des procédés que j'ai munitieusement décrits dans mon mémoire et qu'il serait trop long de reproduire ici, que la suture utérine n'est ni compliquée ni difficile, et qu'elle est très-souvent au contraire de l'application la plus simple.

L'honorable M. Sauveur a mis en doute la possibilité de la réunion immédiate des lèvres de la plaie utérine. Il a dit qu'il devait nécessairement s'établir un tissu intermédiaire; qu'il devait y avoir un épanchement de matière plastique destiné à l'agglutination des lèvres de la solution de continuité, et que la cicatrisation des plaies de l'utérus soumise à des lois spéciales ne s'opérait pas exactement comme celle des autres tissus. Je ne comprend pas, je l'avoue, la possibilité d'une cicatrisation quelconque sans épanchement plastique; je ne comprends pas qu'il puisse s'opérer la moindre réunion immédiate, fût-ce même à la surface du corps, sur la peau la plus délicate, la plus vivante, sans interposition d'une substance organisable. L'organisme accomplit son œuvre de restauration normale au moyen de la lymphe plastique qui s'épanche d'abord, s'organise bientôt, et laisse voir un tissu de nouvelle formation. Si le vide à combler est considérable, ce tissu sera également considérable; si, au contraire, l'affrontement est complet, ce sera une ligne imperceptible à la vérité, mais à coup sûr elle existera. C'est ainsi que la nature procède partout et toujours; ce serait une erreur de croire que l'utérus fasse exception.

Si maintenant vous rejetez la suture utérine, si vous ne la pratiquez pas à la suite de l'opération césarienne, il arrivera que l'action des fibres circulaires de ce muscle creux écartera les lèvres de la plaie et tiendra celle-ci béante; que la sécrétion plastique devra être bien plus considérable, devra former un magma bien plus volumineux pour obturer la solution de continuité et la mettre dans des conditions favorables à la cicatrisation : vous perdrez donc des chances, et vous serez obligés de demander au temps l'organisation du tissu nouveau. Mais que d'accidents peuvent venir enrayer ou détruire cette organisation! Dans combien de circonstance la nature se montrera-t-elle impuissante pour accomplir un travail aussi considérable! Les enseignements du passé sont là; les annales de la science ont enregistré assez de faits qui prouvent la thèse que je défends.

Si donc il est bien entendu que la réunion des plaies utérines se fait au moyen de l'organisation d'une exsudation plastique, où est l'inconvénient de la suture, même au point de vue de l'honorable M. Sauveur? Vous rapprochez les lèvres de la plaie, vous les tenez en contact, et vous laissez à l'organisme le soin de faire les frais de la restauration d'une pellicule linéaire.

L'honorable M. Mascart, de son côté, nous confesse qu'il n'a aucune confiance dans la suture utérine; il dit que l'écartement des lèvres de la plaie n'existe pas, parce qu'à la fin de la grossesse tous les plans musculaires sont confondus et ont perdu leur action isolée.

Mais si l'action des muscles utérins est annihilée à la fin de la grossesse, comment expliquerez-vous le travail de l'accouchement, qui est bien à coup sûr un phénomène musculaire?

L'honorable membre auquel je réponds en ce moment a eu parfaitement raison d'adopter la pratique qu'il vient de nous faire connaître, dans le but de s'opposer à tout épanchement dans le péritoine des eaux amniotiques ou du sang provenant de la plaie : aussi je suis tout le premier à le féliciter de cette application des mains sur les deux côtés de la section abdominale; je suis tout le premier à applaudir à cette précaution qui consiste à tenir les lèvres de la division utérine exactement appliquées contre la solution des parois abdominales. Ce sont là des précautions heureuses, je le répète; mais, si heureuses qu'elles soient, elles n'ont d'efficacité que pour le moment de l'opération, et n'ont pas la moindre influence sur les suites. En effet, après qu'on a terminé la section césarienne, ramené le grand épiploon, fermé mieux la plaie abdominale et établi des points de suture à la peau, la plaie utérine n'en reste pas moins béante, et on n'a écarté aucun des dangers que j'ai signalés dans une de vos précédentes séances.

L'honorable M. Mascart redoute les accidents qui peuvent, selon lui, devenir la conséquence de la suture utérine. Il craint que l'inflammation soit appelée par le séjour des fils dans la substance utérine, qu'il se développe des métro-péritonites du caractère le plus fâcheux. Je ne puis partager ces craintes, parce que les sutures en général ne sont jamais le point de départ d'une inflammation grave, lorsqu'il n'existe pas en même temps un état intérieur saburral ou autre qui domine la marche de la maladie chirurgicale. Au contraire, nous voyons dans le plus grand nombre des cas, je dirais même toujours, les points de suture déterminer un travail purement local, qui s'arrête aux parties comprises dans la striction du lien; la suppuration s'y développe franchement, les tissus s'enflamment d'une manière légitime, circonscrite et non diffuse; puis au bout d'un temps plus ou moins long, ils se trouvent divisés et les fils sont libres. Dans le petit nombre des cas où la suture utérine a été pratiquée, les choses se sont passées ainsi; il n'y a eu aucune inflammation anormale, il n'y a eu aucun signe d'acuité. Je crois donc qu'en thèse générale, on ne doit pas regarder la suture comme une cause directe d'inflammation grave, et qu'en conséquence on peut aborder son emploi avec confiance.

Mais l'honorable M. Mascart va plus loin, et parmi les inconvénients de la suture il range l'écartement des lèvres de la plaie utérine dans l'intervalle des points de suture. Cette objection fournit un nouvel argument en faveur de la suture, car celle-ci abrégera considérablement la tâche réparatrice de l'organisme, en tenant rapprochées autant que possible des parties qui sans cela subiraient un écartement considérable.

J'aborde maintenant l'examen de la partie du rapport qui a trait au forceps-scie, et je reprends une à une les observations faites au jugement que j'ai porté sur cet ingénieux instrument.

La lecture attentive et un examen approfondi des écrits de M. Van Huevel, joints à des essais du forceps-scie, m'ont dicté six objections principales que j'ai consignées dans mon mémoire. L'honorable rapporteur a discuté ces objections; permettez-moi de prouver en peu de mots qu'il ne les a point renversées.

La première est toute simple. J'ai dit que, pour que le forceps-scie de M. Van Huevel puisse agir, il faut qu'il puisse être introduit. Or ce n'est pas dans les cas où vous aurez des bassins de 2 pouces, 2 p. et un quart ou 2 p. et demi, que vous parviendrez toujours à faire manœuvrer cet instrument. Si, dans des cas ordinaires, avec des bassins ayant toutes les dimensions normales, on éprouve quelquefois des difficultés sérieuses dans l'application du forceps ordinaire, comment voulez-vous que l'on pose en règle générale que le forceps-scie sera employé dans tous les cas où il y a angustie extrême du bassin? Cela n'est point possible.

En second lieu, le forceps-scie étant appliqué, il faut qu'il puisse être engagé assez profondément et assez haut pour embrasser toute la tête du fœtus. Mais avec un bassin vicié, avec un bassin de 2 pouces ou environ, la tête ne s'engagera jamais; elle restera clouée au-dessus du détroit supérieur, et vous aurez toutes les peines du monde à la saisir assez complétement pour la diviser en segments bien isolés.

Si, au contraire, vous observez un commencement de pénétration de l'occiput, par exemple, dans une filière pelvienne ainsi déformée, n'espérez pas davantage d'obtenir une division complète de toute la hauteur du crâne. Dans ce cas, la tête s'est allongée, les parties molles cèdent à la pression, il y a augmentation dans la longueur du diamètre, mais il n'y a pas engagement proprement dit, puisque la boite osseuse reste fixée au-dessus de l'anneau pelvien et ne peut y pénétrer. Dans ce cas, vous éprouveriez donc les plus sérieuses difficultés à faire pénétrer le forceps-scie assez avant pour diviser la tête dans toute sa hauteur et obtenir un segment mobile que vous puissiez extraire isolément. Or, dans ce cas encore, quel est le bénéfice du forceps-scie actuel? Vous devrez donc replacer l'instrument d'une autre façon, chercher une autre position, recommencer à scier, et tâcher d'arriver enfin à enlever le segment dont l'extraction doit réduire le volume de la tête. Sans doute on réussira quelquefois, mais dans combien de circonstances cette manœuvre sera-t-elle impossible?

Quant à la scie, j'ai dit qu'elle se brisait, qu'elle se graissait, qu'elle se tordait, qu'elle ne marchait que par le concours de deux intelligences et de quatre mains parfaitement exercées. Je n'ai rien hasardé en tenant ce langage. Vous venez de voir le forceps-scie appliqué par M. Seutin lui-même sur une tête sèche du fœtus, et vous avez été, tout aussi bien que moi, frappé des difficultés de la manœuvre, des hésitations de l'instrument, si je puis me servir de pareille expression, de ses dérangements fréquents, etc. Or si un homme comme M. Seutin éprouve des difficultés sérieuses pour faire fonctionner la scie et l'appareil entier, que feront les accoucheurs ordinaires, les praticiens de campagne, qui n'ont ni la même adresse ni la même habitude, et qui d'ailleurs ne sont pas initiés au secret de l'emploi de cet instrument?

Je suppose encore que la tête de l'enfant soit parfaitement embrassée par les cuillers du forceps; mais, d'un autre côté, je suppose aussi qu'elle soit fixée sous le bassin d'une manière invariable, qu'elle soit en quelque sorte enclavée et solidement fixée dans la position qu'elle occupe, comme cela arrive souvent dans les accouchements irréguliers. On adapte la scie à chaînette avec un conducteur, on commence la section qui marche à merveille; mais une douleur survient, la femme exécute un mouvement imprévu qui ne peut être exactement suivi par celui qui tient le forceps; la tête de l'enfant, plus solidement fixée par le bassin qu'elle n'est invariablement saisie par l'instrument, exécute un léger mouvement de rotation dont l'axe se trouve dans les cuillers; qu'en résulte-t-il? C'est que le rapport exact de la scie avec la section commencée est détruit; si l'on continue l'opération, la scie se tord, se tourmente, on n'avance plus. Cela tient uniquement à ce que les rapports de la scie et de la section sont changés.

Le plus grand bénéfice qui résulte de la méthode de M. Van Huevel consiste dans l'immunité qu'elle procure à la mère, dans la neutralité parfaite que l'on a promise à ces organes. Mais lorsque le segment crânien est détaché, il s'agit de l'enlever. On n'a qu'à abaisser, dites-vous, les cuillers du forceps vers le sacrum, en relevant les manches vers le pubis, et vous amenez aussitôt ce segment au dehors. Cela est tout naturel, je le sais bien; cependant je demandrai comment il est possible d'exécuter cette manœuvre dans un bassin de deux pouces ou deux pouces et demi; je demanderai comment on s'y prendra pour abandonner la tête elle-même, exécuter le mouvement de bascule indiqué, et saisir le segment détaché, dans un espace qui est exactement occupé par la largeur des cuillers.

On ajoute, à la vérité, qu'en cas de non-réussite dans cette partie de l'opération, il faut employer des tenettes, les introduire dans la section, tordre le segment, et enfin l'arracher! Est-ce là de la neutralité pour la mère? est-ce là cette immunité parfaite qu'on lui avait promise? Je ne comprends pas, je l'avoue, l'innocuité de cette manière de procéder. Que M. Seutin, que M. Van Huevel obtiennent des résultats aussi heureux, c'est ce qui n'étonnera personne; mais prétendre que tous les praticiens puissent les obtenir comme eux, c'est ce que chacun niera avec moi.

Mais ce n'est pas tout. Le dégagement et l'extraction du segment crânien sont, dans certains cas, un remède si peu efficace pour abattre les obstacles qui s'opposent à la sortie du fœtus, que l'honorable inventeur du forceps scie donne lui-même le conseil de recourir à l'emploi des crochets, dans le cas où l'accouchement ne se terminerait pas après l'issue du segment scié. Mais c'est rentrer en plein dans les vieux abus que tous nous avons condamnés avec

de la Motte; c'est remettre en honneur ces instruments aveugles, d'une brutalité excessive, dont Mauriceau a fait si bonne justice; c'est, en un mot, s'exposer à produire les plus grands accidents.

J'aborde enfin, un dernier ordre de considérations qui ne sont pas sans importance. Nous savons tous que, dans les accouchements survenant chez des femmes dont le bassin est notablement vicié, la position de l'enfant est généralement mauvaise, parce que le sommet de l'ovoïde fœtal plonge irrégulièrement et ne peut se placer convenablement. Dans ces circonstances, l'accoucheur est trop souvent forcé d'intervenir d'une manière active dès le début du travail, et de pratiquer la version aussitôt que la dilatation utérine le permet. Le corps de l'enfant est donc extrait. Mais qu'arrive-t-il alors? Les épaules du fœtus sont appuyées sur les parties molles extérieures de la mère, pendant que la tête reste fixée au-dessus du détroit supérieur, et que le col est tendu de l'un aux autres. Dans de telles circonstances, avec la présence de ce col dans le canal pelvien déformé, comment s'y prendra-t-on pour introduire et adapter les branches du forceps-scie? Comment parviendra-t-on à le faire manœuvrer? Il faudra nécessairement en venir à la détroncation, cette manœuvre que tous les auteurs s'accordent aujourd'hui à considérer comme une faute grave.

Eh bien! que ce soit une faute grave selon les uns, ou bien un accident selon les autres, je ne balancerais pas, en pareille circonstance, à me faire jour et à détacher la tête du fœtus pour la soumettre librement ensuite à l'action, soit du forceps-scie, soit du diatrypteur. J'en appellerais aux expérimentateurs cliniques de la décision des savants, et j'ai la ferme confiance que l'on ne tarderait pas à reviser ce point de la science, pour le régler par des formules moins absolues. Je crois, du reste, que le forceps-scie est, en pareil cas, appelé à rendre des services que je m'empresse de reconnaître.

Vous voyez donc que si, d'une part, j'ai dû obéir à mes convictions en signalant les imperfections du forceps-scie, d'autre part, je rends une justice éclatante à la découverte du professeur bruxellois.

Permettez-moi maintenant, Messieurs, d'aborder la question du diatrypteur en lui-même.

Plusieurs reproches ont été formulés contre l'instrument tel qu'il est construit. Sans doute, je n'ai jamais eu la prétention d'avoir imaginé un appareil parfait et convenable pour tous les cas; cependant, tel qu'il est, j'ai la conviction qu'il doit et peut rendre des services signalés, et qu'il répondra parfaitement à sa destination.

M. Seutin croit que l'instrument fonctionnerait mieux et plus utilement si, au lieu d'être droit, il présentait une courbure appropriée à la direction des différents axes du bassin. Tel n'est pas mon avis, et voici pourquoi: lorsque le diatrypteur est introduit, la main doit, autant que possible, l'avoir précédé dans l'utérus où elle lui sert de guide, de soutien, de conducteur, pour le mettre en rapport avec les endroits qu'il doit attaquer. Cette même main rectifie, autant que faire se peut, la position qui serait peu favorable. Maintenant est-il nécessaire que l'instrument qui doit exécuter cette manœuvre possède une courbure appropriée à la direction des différents axes du bassin? Nullement, car pour agir dans le sens de l'axe du détroit supérieur avec un instrument droit et du volume du diatrypteur, il suffit de l'incliner vers le coccyx, de l'appuyer légèrement contre la fourchette, et l'on a toutes les facilités désirables pour opérer la désarticulation.

Je conseille, en général, de chercher à pénétrer d'abord dans les narines pour luxer et disjoindre les maxillaires; de pénétrer ensuite dans les deux orbites et dans la fente sphénoïdale pour faire éclater le sphénoïde, d'enfoncer la lame ethmoïdale pour faire éclater le frontal et désagréger profondément la pulpe cérébrale, qui s'échappe de tous les côtés et par toutes ces issues. La position de la tête est-elle telle que l'on ne puisse attaquer la face? on fait pénétrer le diatrypteur par les fontanelles, par les sutures, par les articulations occipito-temporales, en un mot par tous les points. Lorsque les téguments sont trop résistants pour se prêter à la pénétration des mors arrondis de l'instrument, on pousse le dard caché qui fait trouée et facilite l'introduction. Alors il suffit de presser sur les deux branches du levier qui forment poignée, et l'on fait irrésistiblement éclater tout ce qui fait obstacle. Veut-on retirer des os détachés ou mobiles, il suffit de les engager entre les mors du diatrypteur, qui devient alors une pince d'extraction par la seule puissance du ressort qui agit entre ses branches, ou bien une machine d'écrasement par la force que lui communique une vis de pression agissant sur la poignée. J'ai fait de nombreuses expériences sur le cadavre, et je n'ai pas rencontré de tête de fœtus qui ait résisté à l'action de cet instrument.

Mais il n'est pas toujours nécessaire de disjoindre tout à fait les os de la base du crâne, et surtout d'en faire l'extraction; dans bien des circonstances, il suffira d'en briser quelques-uns pour réduire le diamètre incompressible, et surtout de donner issue à la pulpe cérébrale, dont la masse constitue un obstacle réel à la délivrance. Or, il n'est pas possible de trouver un instrument plus convenable et en même temps plus inoffensif. Peu importe l'endroit du crâne que vous choisissiez; du moment qu'il existe une jointure, vous y pénétrerez, et au moyen de quelques mouvements circulaires exécutés dans la boîte crânienne, et suivis de la dilacération des parties molles par l'écartement des branches du levier, vous obtiendrez toujours l'évacuation du cerveau, et une réduction telle du volume de la tête, que fréquemment la délivrance s'ensuivra. Notez bien, messieurs, que tout cela n'est ni long ni difficile, et que le premier praticien venu exécutera cette manœuvre *tuto, cito et jucundè*, comme le dit l'adage ancien.

Dans le cas d'hydrocéphalie ou d'hydrorachis considérables, l'on éprouve parfois de sérieuses difficultés à opérer la délivrance: vous connaissez les moyens proposés pour en triompher. Eh bien! le diatrypteur rendra des services et plus prompts et plus faciles, lorsqu'on le portera sur la poche aqueuse dans laquelle on le fera pénétrer avec la plus grande facilité, puis, les deux leviers s'écartant, on ouvrira une large issue au liquide épanché.

Avant de finir, je répéterai encore, messieurs, qu'il n'a pu entrer dans ma pensée de proposer une méthode ou un procédé applicables à tous les cas de viciation grave du bassin, à tous les cas où il existe une disproportion marquée entre les dimensions de la tête du fœtus et celles de la filière pelvienne. Telle n'a jamais été ma pensée. Ayant constaté le danger des méthodes anciennes, pénétré de l'insuffisance de la plupart des moyens les plus vantés, j'ai cru que je ferais chose utile et opportune en proposant un procédé nouveau, et, sans prétention aucune, je suis venu vous exposer mes idées.

M. Seutin: M. Mascart, dans l'opposition qu'il a faite à la suture, nous a donné des idées bien sages et dont je me propose de profiter lorsque j'aurai l'occasion de faire l'opération césarienne, dans laquelle je trouve, moi, que la réussite est rare. Croyez-le bien, Messieurs, on fait sonner bien haut les succès, mais on laisse de côté tous les revers; si on allait au fond des choses, on verrait que l'opération césarienne échoue bien plus souvent qu'elle ne reussit. Je dirai, par exemple, que si M. le docteur Hoebeke a obtenu onze succès sur quinze opérations, il n'y a pas de comparaison à établir entre ces opérations et celles que j'ai pratiquées ou vu pratiquer depuis trente à quarante ans à Bruxelles. Quand on nous apporte des femmes dans les hôpitaux et à la Maternité pour être opérées, quelques-unes sont déjà aux trois quarts mortes. J'ai entendu parler beaucoup de succès, mais je connais vingt-cinq opérations césariennes qui ont été pratiquées et dont on n'a jamais parlé, parce que l'issue en a été malheureuse! Je sais que des succès ont été obtenus. Il s'est trouvé un endroit, appelé Sotteghem, où toutes les femmes qui faisaient le métier de tricoteuses et qui habitaient le long d'un ruisseau, dans un vallon humide, etc., étaient atteintes d'ostéo malacie et avaient le bassin vicié. M. Hoebeke les opérait dès les premiers symptômes de l'accouchement, et je conviens qu'il a été extrêmement heureux; mais cela n'offre pas un point de comparaison à établir avec les opérations qui se font généralement, et surtout dans les hôpitaux.

Les succès qu'a obtenus M. Mascart, je désirerais savoir s'il les doit au procédé qu'il nous a si bien décrit.

Je ne suis pas d'avis que la suture ne peut pas être employée. Que faisons-nous dans la plupart des cas où les tissus sont divisés? Nous rapprochons les bords de la plaie au moyen des sutures ou autrement. Nous devons, dans ces cas-ci, éviter l'épanchement lochial ou le passage des épiploons ou des intestins par la plaie utérine.

Eh bien! la suture que j'ai proposée a l'avantage de rapprocher les lèvres de la plaie faite à la matrice, et de permettre de retirer facilement le fil qui a servi à la suture. Pendant deux ou trois jours, vous aurez au moins mis obstacle à tous ces inconvénients, et je suis parfaitement de l'avis de M. Didot que tout rapprochement doit être favorisé; on le fait pour les plaies ordinaires; pourquoi ne le ferait-on pas pour celles de la matrice?

J'ai entendu avec plaisir l'explication que M. Mascart nous a donnée sur la compression des parois de l'abdomen en même temps que des tissus utérins. Cette observation conduira peut-être à une perfection dans l'opération, c'est-à-dire que nous pourrions employer, à défaut d'aides intelligents, des espèces de grosses serres-fines, ou maintenir, à l'aide de pinces plates, les parties en rapport, et éviter ainsi que l'épanchement ne s'établisse.

Vous savez que dans les hôpitaux on opère bien, qu'on y a toujours plusieurs aides intelligents; eh bien! j'ai vu des aides habiles appliquer les mains sur les téguments pour que les eaux de l'amnios ne pénétrassent pas dans l'abdomen; néanmoins, par suite des mouvements de la femme, on ne réussissait pas toujours. Il n'y a pas de doute, surtout, que les intestins ont une tendance à s'échapper. Il y a peu de temps, j'ai été voir une femme qui, à la suite de l'opération, avait ainsi les intestins pendants entre les cuisses. Nous avons réduit tant bien que mal; nous avons fait la suture de la plaie; mais cette femme a été prise d'accès convulsifs et de toux, et bien que j'eusse des aides intelligents, ses intestins sortaient toujours. M. Mascart nous a dit que cet inconvénient arrive fréquemment. Mais l'idée qu'il nous a communiquée de comprimer les parois de l'abdomen me sourit beaucoup, et je crois que nous pourrons en faire notre profit.

Pour moi, j'ai toujours regardé comme un grand avantage de pouvoir placer l'épiploon sur la surface divisée de la matrice; mais vous savez que toutes les précautions sont quelquefois vaines. On attribue souvent le succès à la manière dont l'opération a été faite, tandis que j'ai vu opérer par des gens qui ne savaient pas manier un bistouri, et l'opération réussissait. On ne peut établir, à cet égard, de données certaines ni de statistiques.

Quant aux inconvénients sur lesquels M. Didot s'est appesanti concernant l'emploi du forceps-scie, quant aux difficultés que nous avons nous-même éprouvées, je dis que ce ne serait pas rendre justice à cet instrument que de vouloir en juger par son application dans les conditions où je me trouvais tout à l'heure. J'ai appliqué le forceps-scie sur une tête sèche d'enfant, et non pas sur une tête de fœtus dans le sein de sa mère; vous avez vu combien il fallait de temps pour opérer, tandis que je puis vous assurer que dans le cas où il s'agit de l'employer, quatre à cinq minutes suffisent pour terminer l'opération.

M. Didot prétend que quand un bassin est trop vicié, il est impossible d'y introduire le forceps-scie. Je crois avoir répondu d'avance à cette objection. Quand le bassin est par trop vicié, alors que la base du crâne, ou le plus petit diamètre de l'enfant ne peut passer (M. Van Huevel avait moi avait prévu l'objection), alors, mais alors seulement, on pratique l'opération césarienne, même quand l'enfant est mort.

On dit que les fragments mêmes ne pourront pas passer. Ce sont là des circonstances que l'opérateur a à apprécier; c'est à lui de prévoir les difficultés qui se présenteront. M. Van Huevel tout le premier a fait, il n'y a pas bien long-

temps encore, l'opération césarienne, ayant le forceps-scie à côté de lui. Ce n'est donc pas là une objection qui peut détruire ce que nous avons établi.

On a parlé des inconvénients qui peuvent résulter des mouvements de la femme ; mais vous aurez remarqué que le forceps-scie peut suivre ces mouvements. D'ailleurs, si les patientes ne sont pas sous l'influence du chloroforme, elles sont toujours parfaitement tenues. Dans tous les cas, ceux qui tiennent le forceps-scie ne doivent pas résister même aux mouvements de l'enfant, ils les suivent. Que si le forceps-scie dévie un peu, en faisant rétrograder la scie et les lames conductrices, on lui rend sa liberté d'action.

Ce qui tourmente beaucoup M. Didot, c'est la présence du col de l'enfant dans le vagin. Plût à Dieu qu'on ne rencontrât jamais d'autre obstacle dans l'application du forceps-scie ; cette position est tellement avantageuse qu'on devrait toujours la désirer. Dans cette position, vous soulevez le fœtus et le cou qui sert de conducteur à l'instrument. Ainsi, au lieu d'être un inconvénient, c'est un avantage.

J'ai parlé du défaut de courbure du diatrypteur ; en effet, comment arriver au détroit supérieur, à moins d'appuyer sur le périnée, avec l'instrument ? Je sais qu'on pourra toujours y parvenir, mais avec plus ou moins de difficulté.

J'ai fait, dans mon rapport, une omission bien involontaire. Je veux dire que dans nos hôpitaux, d'après la marche adoptée par les chirurgiens, aucun élève n'ignorera soit l'instrument de M. Van Huevel, soit le diatrypteur de M. le docteur Didot, dont l'application leur est démontrée ; il en résultera que les jeunes praticiens ne se permettront pas, à l'avenir, de pratiquer l'opération césarienne sans avoir établi, au préalable, les avantages et les inconvénients réciproques de ces deux méthodes.

J'ai demandé, dans mon rapport, qu'il soit nommé deux commissions chargées de faire l'application des deux méthodes et de recueillir les faits. Je voudrais que ces commissions fussent composées de trois ou quatre membres qui se rendraient là où il serait nécessaire, et que leurs travaux, aussitôt qu'ils auraient été produits, ne restassent point oubliés dans nos cartons.

M. Mascart : M. Seutin m'a demandé si je crois devoir attribuer les succès que j'ai obtenus à la compression dont j'ai parlé.

J'accorde à la compression que j'ai adoptée une certaine confiance ; mais je crois aussi que les résultats obtenus tiennent à d'autres circonstances.

La principale condition du succès de la section césarienne est de pratiquer cette opération au début du travail, avant qu'une péritonite commençante ne constitue déjà par elle-même une maladie presque nécessairement mortelle.

Dans les grandes villes règnent des conditions hygiéniques défavorables à la réussite de l'opération. Aussi serait-il à désirer que la gastro-hystérotomie ne fût plus désormais pratiquée dans les centres populeux.

M. Didot : M. Seutin vient de dire que l'opération césarienne réussit rarement, mais que c'est parce qu'on la fait trop tard. Je prends acte de ces paroles, et j'en déduis la conséquence que lorsque cette opération est faite en temps convenable, elle réussit. Cette conséquence est parfaitement logique et ne sera pas déniée, je l'espère, par mon savant contradicteur.

L'honorable M. Mascart vient de confirmer cette proposition, en ajoutant que les opérations césariennes pratiquées dans les campagnes sont généralement couronnées de succès, et d'ailleurs sa propre expérience le prouve assez, tandis que ces mêmes opérations sont trop souvent mortelles dans les grandes villes et surtout dans les hôpitaux. Eh ! messieurs, qu'est-ce que cela prouve ? C'est que toutes les opérations chirurgicales, en général, réclament impérieusement le concours de l'hygiène la mieux entendue, et que l'on doit redoubler d'attention, surtout quand il s'agit d'opérations pratiquées pendant l'état puerpéral.

M. Seutin, revenant sur l'opération césarienne, élève encore quelques doutes sur l'efficacité de la suture utérine, et ajoute que la précaution de bien attirer le grand épiploon au devant de la plaie utérine, avant de clore la plaie abdominale, donne des garanties suffisantes dans la plupart des cas. Je croyais cette question assez jugée par la discussion qui a eu lieu dans l'avant-dernière séance, et je pensais ne plus devoir y revenir. Je rentre donc dans le débat pour y suivre mon célèbre contradicteur. M. Seutin a rarement vu réussir l'opération césarienne, dit-il ; je le veux bien. Mais M. Seutin opérait à Saint-Pierre, premier désavantage ; il opérait tardivement, deuxième inconvénient ; enfin il attirait le grand épiploon devant la section utérine, troisième condition d'insuccès. C'est, en effet, une pratique désastreuse que celle-là, si on n'y joint pas, au préalable, la suture utérine.

Pour prévenir cette issue, il faudrait ménager un écoulement aux liquides par l'angle inférieur de la plaie abdominale. Mais on s'expose à toutes les conséquences de la pénétration de l'air dans le péritoine et aux effets qu'il produit toujours sur les tissus divisés. Afin d'échapper sûrement à tant de dangers, que faut-il donc faire ? Peu de chose, selon moi : d'abord, ne jamais opérer tardivement ; ensuite, pratiquer la suture utérine, et se hâter enfin de clore la plaie abdominale. En pratiquant la suture utérine, on intercepte toute communication de l'intérieur de l'utérus avec le péritoine, on prévient donc tout épanchement : libre à chacun alors d'étendre et d'abaisser le grand épiploon au devant de la section utérine, ou de l'abandonner à lui-même ; ce n'est là qu'une question tout à fait secondaire et dont nous n'avons pas à nous occuper spécialement.

Revenant enfin au forceps-scie de M. Van Huevel, M. le rapporteur confesse que, dans le cas où le bassin présente des dimensions ou des dispositions telles que l'instrument ne puisse être introduit, force est bien de s'arrêter, et qu'alors M. Van Huevel n'a pas la prétention d'amener la délivrance au moyen de son appareil. Je le crois ; mais, dans ce cas-là encore, il ne faut pas désespérer de tout, et si le forceps-scie ne peut servir, d'autres instruments seront peut-être d'un emploi plus avantageux. En effet, si l'on admet que la main de l'accoucheur pourra pénétrer là où le forceps ne serait pas reçu, je n'hésite pas à dire que le rôle du diatrypteur commence surtout au moment où finit celui du forceps-scie.

M. Seutin a dit, avec beaucoup de justesse, que le séjour prolongé de la main dans un utérus contracté amènera de l'engourdissement, de la douleur et l'anéantissement de la puissance musculaire. Cela est vrai ; mais je ne puis admettre que ces effets doivent être portés à un degré bien plus élevé chez une femme dont le bassin serait vicié que chez une autre bien constituée. D'abord, la main portée dans l'utérus n'aura à remplir qu'un simple rôle de protection ou de direction, à moins que l'indicateur, armé du doigtier, n'ait lui-même une œuvre de désarticulation à accomplir, ce qui sera l'exception ; en toute autre circonstance, cette main sera, pour ainsi dire, neutre, elle se fatiguera donc très-peu.

Y aura-t-il une influence résultant de la viciation même du bassin ? Je ne le crois pas ; je ne l'ai jamais éprouvée personnellement, et je me l'explique parfaitement du reste. Lorsqu'un bassin est vicié, en quoi consiste généralement cette viciation ? Le voici : trois types de viciation existent qui ont leurs caractères propres, mais qui souvent se confondent l'un avec l'autre. Ainsi, la projection en avant de la base du sacrum entraînera une saillie exagérée de l'angle sacro-vertébral ; ou bien le refoulement en arrière ou en avant des deux branches du pubis écrase ou allonge en feuille de trèfle l'ouverture supérieure du petit bassin ; ou bien enfin les deux tubérosités de l'ischion sont incurvées en dedans, et par leur rapprochement déterminent l'occlusion à peu près complète de son orifice inférieur : cette dernière déformation est la plus grave, parce que le bassin est transformé en un simple pertuis qui n'admettra aucun instrument, pas plus le forceps-scie que la main qui doit guider le diatrypteur. Mais je prends seulement pour exemples les deux premières déformations, et je dis que si les diamètres sont rétrécis dans un sens ils sont élargis dans un autre, et que, par conséquent, l'opérateur trouvera toujours moyen de faire passer la main et l'avant-bras, là où le forceps-scie avec ses formes symétriques ne pourra pénétrer, et ne trouvera point d'espace pour loger ses deux cuillers. Or, si la main arrive à l'utérus, le diatrypteur la suivra toujours, et c'est là un des grands avantages de cet instrument.

L'honorable M. Seutin ne comprend pas, dit-il, que la tête du fœtus, saisie par le forceps, puisse exécuter des mouvements qui ne seraient pas exactement suivis par le forceps lui-même. La chose est cependant aussi exacte que facile à saisir, et je m'y suis arrêté assez longuement.

M. Seutin persiste à croire qu'il vaudrait mieux que le diatrypteur reçût une courbure. Mais, si vous adoptiez ce mode de construction, vous perdriez tous les avantages de puissance et de force qu'il possède aujourd'hui. Un levier bien fort est nécessairement droit ; si vous le coudez dans le sens de l'écartement des branches, vous perdez immensément de force ; si, au contraire, vous le courbez latéralement, vous en perdez davantage encore et vous le réduisez à peu près à l'impuissance. Je persiste donc à croire que la rectitude doit être maintenue pour le diatrypteur, tout comme on l'a adoptée pour le terebellum, pour les ciseaux de Smellie et autres appareils du même genre.

Je n'ai plus qu'un seul mot à ajouter relativement à l'opération césarienne. La question est grave, elle est importante surtout au point de vue de la pratique et des résultats : or, puisqu'elle s'est produite, il est bon que tous les faits se fassent jour et soient généralement connus. En voici quelques-uns, qui sont des plus remarquables et que j'extrais de mon travail : « Nous savons que Sonnius (de » Bruges) pratiqua sept fois la même opération sur sa propre femme ; nous con» naissons le fait non moins remarquable rapporté par Bartholin, qui avait connu » la femme d'un chirurgien de Paris, cinq fois opérée par son mari sans que la » guérison fût jamais compromise. En 1837, M. Charlton (d'Édimbourg) a fait » connaître l'histoire d'une femme qui a été opérée quatre fois, savoir : en 1826, » par le docteur Zwanck ; en 1830, par le docteur Wiedman ; en 1832 et en 1836, » par le docteur Michaëls, et qui continuait à jouir de la meilleure santé. Enfin, » le docteur Rouvin (de Lagny) communiqua à l'Académie de médecine de Paris » l'observation d'une femme qu'il opéra deux fois en deux ans, et qu'il délivra » de deux petites filles aussi bien portantes que leur mère. »

De tels faits, messieurs, valent tous les commentaires ; aussi n'ajouterai-je pas un mot de plus.

M. Joseph Bosch : Messieurs, je ne croyais pas prendre la parole dans la présente discussion ; mais les assertions si défavorables que l'honorable M. Seutin a émises contre l'opération césarienne m'y obligent. Je suis, sans contredit, l'un des praticiens du pays qui a eu les plus fréquentes occasions de la pratiquer avec succès : je l'ai faite cinq fois, et quatre fois avec réussite complète. Je ne puis donc pas la considérer comme aussi meurtrière qu'on le dit, et je la regarde, au contraire, comme une ressource extrême, mais précieuse.

Mais pour que la section césarienne réussisse, il faut l'entourer de tous les éléments de succès, et voici, en peu de mots, en quoi ils consistent : j'avais, chaque fois, bien constaté d'avance l'impossibilité de l'accouchement par les voies naturelles et préparé la femme à pouvoir supporter une opération aussi grave. Au moment du travail, je me suis bien gardé de toute manœuvre propre à exciter l'organisme, et attendant le moment opportun, j'ai procédé à l'opération avant qu'un long travail eût épuisé les forces. J'ai toujours opéré suivant les règles les plus sévères de l'art ; entre autres précautions, j'ai eu le plus grand soin, comme l'honorable M. Mascart vient encore de le recommander, de faire maintenir en parfait contact les parois abdominales avec celles de la matrice, pour empêcher des épanchements sanguins et amniotiques et la sortie des intestins, je puis vous assurer que j'y ai parfaitement réussi, malgré l'opinion de M. Seutin qui regarde ce dernier accident comme presque inévitable. Je n'ai jamais pratiqué la suture de l'utérus. Enfin, après l'opération, j'ai, chaque fois, mis en usage le traitement antiphlogistique le plus énergique, même chez des personnes très-chétives et très-faibles, parce que je considère l'inflammation de la matrice et du péritoine comme l'accident le plus à redouter et, pour ainsi dire, comme la cause unique des non-succès de cette opération.

Voilà comment et pourquoi, je pense, j'ai réussi quatre fois sur cinq. J'ajouterai que ces cas se sont présentés la plupart dans un hôpital assez considérable, celui de la ville de Maestricht, contenant en moyenne de 100 à 150 malades, auquel est annexé un hospice de vieillards et d'infirmes des deux sexes, renfermant constamment une population de 200 à 300 individus. L'opération césarienne peut donc reussir dans un grand hôpital.

Le seul cas d'insuccès que j'aie eu à déplorer a été observé chez une femme de la campagne. C'était à trois lieues de Maestricht, chez une personne en travail, je pense, depuis trois jours, épuisée dans un état d'erethisme voisin de l'inflammation, et chez laquelle la matrice était rompue et l'enfant passé en partie dans le ventre. Il y avait impossibilité d'amener l'enfant par les voies naturelles, et je fus bien obligé de pratiquer la gastrotomie quoique l'enfant fût mort. La femme elle-même ne mourut que le troisième ou le quatrième jour. M. le docteur Roger, actuellement professeur à l'Université de Liége, était présent et peut témoigner de ce fait.

Je crois devoir ajouter que, deux fois, j'ai pratiqué la section césarienne sur la même femme. Cette femme et ses deux enfants vivent encore. De plus, je connais à Maestricht une seconde femme, encore vivante également, qui, je crois, a aussi subi deux fois la même opération. Une fois M. le docteur Wyllants, une seconde fois cet estimable confrère et moi l'avons opérée. Ce sont, certes, là des exemples bien encourageants pour ceux qui ont à pratiquer l'opération césarienne.

Je ne pouvais laisser s'accréditer, sans la combattre, l'opinion émise par l'honorable M. Seutin, qu'il faut toujours sacrifier l'enfant lorsque le bassin a ce degré d'étroitesse qui, empêchant l'accouchement par les voies normales, permet encore l'application du forceps-scie, dont, selon moi, il tend à trop généraliser l'usage.

J'ai cru de mon devoir de m'inscrire contre cette doctrine, car je n'hésite pas à la déclarer pernicieuse, et je considérerais son adoption comme un fort déplorable abus.

M. Seutin : Malgré les succès de M. Bosch, et je ne m'en étonne pas du tout, bien qu'il ait réussi quatre fois sur cinq, je déclare et persiste à croire que l'opération césarienne est le plus souvent mortelle, et que nous devons faire tous nos efforts pour l'éloigner.

La discussion est close.

M. le Président : Les conclusions du rapport se divisent en deux parties. La première tend à voter des remerciments à M. Didot, et à ordonner l'impression de son travail dans le recueil des memoires de l'Académie.

Il est procédé, au scrutin secret, au vote sur cette première conclusion. Elle est adoptée à l'unanimité.

M. le Président : Il y a encore deux conclusions du rapport de M. Seutin sur lesquelles l'Académie doit délibérer ; la première tend à ce qu'il soit nommé une commission chargée de recueillir les faits relatifs à l'une et à l'autre méthode, et de décider ensuite laquelle doit obtenir la préférence.

M. Didot demande que l'on supprime, dans la proposition de M. Seutin, ce qui est relatif à une superiorité quelconque à accorder à l'un ou à l'autre des deux instruments, à l'une ou à l'autre des deux méthodes.

M. Seutin est d'avis que ces instruments devraient être remis aux commissions médicales, pour qu'elles les missent à la disposition des praticiens de leur ressort qui ne seraient pas à même de se les procurer.

M. le Président : M. Seutin renonçant à la partie de ses conclusions qui tend à faire nommer une commission chargée d'établir un parallèle entre les deux méthodes, il reste la proposition qui a pour objet d'émettre le vœu que les instruments soient déposés au secrétariat de chaque commission médicale.

M. Lombard pense que si les instruments dont il s'agit n'étaient déposés que dans les villes où des commissions médicales sont établies, ce serait bien insuffisant.

Il propose d'émettre le vœu que les instruments de MM. Van Huevel et Didot soient déposés, par les soins de l'autorité, dans chaque *chef-lieu d'arrondissement*.

M. Mareska propose de nommer deux commissions qui seraient établies, l'une à Liége, l'autre à Bruxelles, chargées de faire l'application des deux méthodes.

M. Fallot propose d'ajouter à la proposition de M. Mareska les mots : « afin de fixer l'opportunité de chacune d'elles, suivant les cas. »

La proposition ainsi amendée est mise aux voix et adoptée.

L'Académie décide que le bureau nommera les deux commissions.

Vient maintenant l'amendement de M. Lombard, qui tend à faire déposer les instruments de MM. Van Huevel et Didot aux chefs-lieux d'arrondissement. Cet amendement est adopté.

Séance du 29 juin. — Présidence de M. Fallot.

— M. le docteur Trompeo, de Turin, fait hommage d'un exemplaire de ses ouvrages, et sollicite le titre de membre correspondant.

— M. Ferrus, membre honoraire, transmet un exemplaire de l'ouvrage qu'il vient de publier sur les prisonniers, l'emprisonnement et les prisons.

— M. le professeur Heyfelder, membre correspondant, adresse à l'Académie un mémoire sur la résection totale des deux os maxillaires supérieurs, opération qu'il a pratiquée deux fois. — Renvoyé à l'examen de la troisième Section.

— M. Delahaye, pharmacien à Aunay (France), transmet la formule d'un nouveau sirop qu'il préconise pour le traitement de la coqueluche. — Envoyé à l'examen de la deuxième Section.

— M. le président annonce que, conformément à la décision prise par l'Académie, dans sa dernière séance, le Bureau a composé ainsi qu'il suit les deux Commissions qui seront chargées de faire l'application du forceps-scie de M. Van Huevel et du diatrypteur de M. Didot, afin de fixer l'opportunité de chacune de ces méthodes : pour la Commission de Liége, MM. Didot et Simon; pour celle de Bruxelles, MM. Seutin et Marinus.

Mémoire sur l'emploi thérapeutique de l'eau de fontaine froide dans les maladies aigues internes et externes; par M. le docteur Moreau (de Couvin).

Voici les points sur lesquels est basé ce travail : 1° sur les effets médicaux et physiologiques de l'eau de fontaine froide dans les maladies aiguës de la poitrine, telles que les pneumonies et les pleuro-pneumonies dans tous leurs degrés, et dans celles du système cutané, telles que la scarlatine, la variole, la rougeole; 2° sur les systèmes soutenus en médecine par des hommes célèbres, et principalement la doctrine de Broussais; 3° sur les méthodes prônées par Rasori et Bouillaud dans ces affections des poumons; 4° sur les causes déterminantes éloignées et les causes prochaines, occasionnelles et effectives des maladies, appelées aussi par l'auteur causes morales et causes physiques.

Dans ce mémoire M. Moreau a amplement détaillé le traitement qu'il emploie, en montrant l'homme atteint de ces graves affections, en proie à la fièvre, revenir, par cette médication seule, dans l'état normal. Il expose aussi le bon état des organes digestifs, la fraîcheur de la langue, la régularité de la respiration et des mouvements du cœur, et la moiteur de la peau qui résultent de ce traitement.

Par des faits, au nombre de 120, observés dans l'espace de quatre ans, et par des relevés statistiques, aidés de l'examen physiologique, il montre la puissance de cette méthode sur les grands émonctoires de la vie : 1° la salive, 2° l'expectoration, 3° les urines, 4° les sueurs, en accordant à chacune de ces excrétions sa part de succès dans le traitement.

Cet examen l'a conduit à ne pas reconnaître, sans cependant les rejeter tout à fait, les causes matérielles comme principe, comme motif des maladies inflammatoires, ou en d'autres termes, les lesions trouvées ou supposées dans nos divers organes, comme provoquant et occasionnant toujours ces maladies. Il existe pour lui un autre ordre d'agents provocateurs des maladies mentionnées; en commentant les idées consacrées par les anciens et quelques modernes, il prouve que le sang ou les humeurs jouent le plus grand rôle dans ces sortes d'affections.

M. Moreau a comparé les résultats de sa pratique avec les relevés statistiques dressés par les partisans de Rasori et par Bouillaud lui-même. D'après les tables dressées par Lecouteleux, en 1834, le nombre de décès est de 1 sur 5, et d'après celles de Bouillaud, il est de 1 sur 8 1/2, tandis que dans les siennes il est de 1 sur 15; ce qui tendrait à prouver les avantages de cette méthode.

Il traite ensuite des causes déterminantes ou éloignées, et des causes prochaines ou effectives des maladies.

Il fait voir combien les causes morales et les causes physiques, qu'on peut aussi appeler causes déterminantes et causes effectives, ont d'empire sur l'imagination et sur la disposition individuelle de bien des personnes. Il cite pour preuve l'influence de ces causes sur le choléra dont elles ont alimenté les ravages.

Ce mémoire est renvoyé à l'examen d'une Commission composée de MM. Tallois et Lequime.

(M. Verheyen remplace M. Fallot au fauteuil.)

Note sur le feu sacré; par M. Fallot, membre titulaire.

Dans une lecture qu'il a faite dans la séance du 24 novembre dernier, notre honorable collègue, M. le docteur de Mersseman, a cherché à établir que la maladie dite *feu sacré*, dont il est fait si souvent mention dans les chroniques du moyen âge, était la lèpre, et, à l'appui de cette thèse, il a produit des arguments et fait des rapprochements dont je ne suis pas très sûr qu'une sévère critique et une intelligence éclairée des faits puisse s'accommoder. Le savant auteur n'ignorait pas qu'à la fin du peu de pages consacrées à l'étude des épidémies du feu sacré par Ozanam, dans son *Histoire médicale des maladies épidémiques* (t. II, p. 316), ce médecin conclut que cette maladie était l'ergotisme, mais, par une raison que je vous dirai plus loin, il a cru ne pas devoir s'occuper de cette opinion. Je l'ai examinée à mon tour avec attention et impartialité, je l'ai rapprochée des histoires du feu sacré, et je l'ai crue plus probable que celle de notre honorable collègue. J'y ai été confirmé surtout par la méditation du travail d'un homme qui a fait sur cette maladie les études les plus étendues et les plus approfondies. Je prends la confiance, Messieurs, de vous apporter aujourd'hui le fruit de mes réflexions.

Le travail, auquel je fais allusion et emprunte les principaux matériaux du mien, est du docteur Fuchs; il est intitulé : *Das heilige Feuer im Mittelalter* (Du feu sacré au moyen âge), et il a été publié à Berlin en 1834.

Disons un mot d'abord de l'historique et de la synonymie de l'affection.

Les chroniques antérieures au dixième siècle la désignent sous le nom générique de *peste*, mais à dater de cette époque on la trouve décrite sous ceux de *ignis sacer, feu sacré, arsura, mal des ardents, clades ou p stis igniaria;* après le douzième siècle, on la nomme *ignis sancti Antonii, sancti Martialis, beatæ Virginis, ignis invisibilis ou infernalis.* Ensuite, c'est-à-dire après le quatorzième siècle, et c'est une circonstance bien remarquable, il n'est plus fait mention du *feu sacré*, ou, pour parler plus exactement, les auteurs ne donnent plus cette dénomination à la maladie pour laquelle ils l'avaient jusque-là réservée, mais ils désignent plutôt par là la gangrène, ou le sphacèle, les morti-

fications en général; ils la donnent d'autres fois aux dermatoses les plus variées, telles que les dartres, le zona, le charbon, etc. Plusieurs auteurs modernes, en s'en servant, l'ont appliquée tantôt à la grande peste d'Athènes, tantôt à l'érysipèle gangréneux, tantôt à la fièvre charbonneuse (Schnurrer), d'autres à la scarlatine (Hensler), au scorbut (Bateman), à la variole (Moore et Krause) et à d'autres affections semblables, tandis que Tissot et la plupart des écrivains français, dont le docteur Fuchs partage le sentiment, ont pensé que c'était l'ergotisme.

Il ne nous est pas possible de reproduire ici les nombreuses raisons par lesquelles l'auteur allemand légitime sa manière de voir, et qu'il puise principalement dans l'étiologie de l'affection.

La symptomatologie appuie également cette manière de voir. D'abord, malgré la différence des temps et des lieux, les symptômes étaient, à peu de chose près, toujours les memes. « Le feu sacré, dit M. Fuchs, était une maladie de langueur, une peste lente; des douleurs atroces allant toujours en augmentant torturaient les patients, qui se lamentaient sans cesse, grinçaient des dents et jetaient souvent de grands cris. Un feu invisible caché sous la peau, détachait la chair des os et la consumait. La peau des membres atteints et, dans quelques épidémies, celle de la face également, celle des seins et des parties génitales prenait une teinte livide, violette, ou noirâtre; rarement on y remarquait des phlyctènes; d'autres fois elle était comme mortifiée et collait aux os. La température était basse à l'extérieur, et les malades étaient tellement transis de froid que rien ne pouvait les réchauffer. A un degré plus avancé de la maladie, les parties attaquées noircissaient comme du charbon, tombaient en sphacèle, on s'ulcéraient et se putréfiaient. Les chairs abandonnaient les os, et l'air autour du malade était empesté. Les membres finissaient par se détacher, surtout les mains et les pieds, et on vit des malades à qui il ne restait plus que le tronc et la tête. Les infortunés invoquaient la mort, comme unique soulagement à leurs maux, mais elle n'arrivait généralement qu'après la destruction des membres et avoir envahi les viscères. Les malades se croyaient alors consumés par un feu intérieur et succombaient promptement dans d'affreuses douleurs ou dépérissaient lentement. Quelquefois cependant les viscères semblaient tout d'abord attaqués; alors les malades périssaient sans signe extérieur de gangrène. La maladie se terminait-elle heureusement, ce qui n'arrivait jamais qu'après la chute des membres, une chaleur intense s'emparait des membres glacés, et il fallait avoir recours à un traitement spécial pour parer à la dégénérescence cancéreuse. L'émaciation des traits, les cicatrices, la perte de l'un ou de l'autre membre donnait aux convalescents un aspect hideux. »

Comparez ces symptômes avec ceux de l'ergotisme gangréneux tels qu'ils nous sont donnés par les auteurs qui l'ont vu régner épidémiquement, Salerne, Vétillard, Read et d'autres, et vous serez frappés de l'analogie qui existe entre les uns et les autres.

Le rapprochement et l'interprétation physiologique de ces différentes circonstances me paraissent rendre au moins probable que le *feu sacré* et l'*ergotisme* gangréneux sont une même maladie, et que la seule différence entre elles consiste dans la substitution à un nom fourni par un de ses principaux symptômes de celui d'un autre nom emprunté à sa cause.

On comprend sans peine que, dans des temps où la culture des céréales était imparfaite et son produit peu abondant, la dégénérescence spéciale du seigle dont l'ergot est l'expression a dû être plus commune que de nos jours, et l'usage des grains altérés ou viciés plus général. C'est ce qui explique le retour fréquent des épidémies du feu sacré. Celles que le docteur Fuchs a étudiées spécialement sont au nombre de vingt-huit; elles ont sévi dans un espace de cinq cents ans environ.

Ajoutons que dans le récit même de quelques-unes de ces épidémies, les auteurs signalent comme cause productrice la mauvaise qualité du pain. Dans celle du Dauphiné en 1089, qui paraît avoir été surtout dévastatrice, et dont Ozanam parle comme ayant fait également de grands ravages dans la basse Lorraine, il est fait mention de pain *sanglant*.

Nous empruntons une dernière considération à la thérapeutique. On rapporte que, dans l'épidémie de 945, Hugues Capet nourrit six cents malades dans l'église de Notre-Dame, à Paris, et que la plupart guérirent; que ceux dont la guérison avait été ainsi obtenue étaient ressaisis de leur maladie aussitôt que, rentrant dans leurs foyers, ils retournaient à leur nourriture ordinaire, mais qu'ils parvenaient à s'en débarrasser de nouveau par un séjour dans l'église et une admission à une alimentation meilleure. Il est fréquemment fait mention, dans les chroniqueurs, des guérisons merveilleuses obtenues sur les tombeaux ou dans les chapelles, et attribuées à l'intervention miraculeuse des saints qui y reposaient ou auxquels ils étaient dédiés. On y parle aussi de cures opérées dans les couvents. Ces faits sont très-probablement exacts, et leur explication la plus naturelle, c'est que les établissements religieux, si riches, si puissants et, comparativement au reste de la population, si éclairés, étaient munis d'aliments de bonne qualité dont au dehors on était dépourvu. On sait, en effet, que les terres cultivées, appartenant presque toutes aux ordres privilégiés, le clergé conservait pour sa consommation les meilleures denrées et emmagasinait dans les années bonnes et abondantes pour parer aux disettes éventuelles.

Notre honorable et savant collègue, M. de Merssemau, à qui j'ai communiqué ces notes avant de vous les soumettre, m'a confirmé dans la pensée qu'il avait parfaitement connu les travaux qui leur servent de texte, ajoutant n'avoir pu en adopter les conclusions, par la raison qu'elles sont en opposition directe avec ce fait, qu'à l'époque où régnait le feu sacré, le seigle n'entrait que pour une faible proportion dans l'alimentation, d'où résulte pour lui que la cause n'existant pas, l'effet n'a pu se produire.

Après avoir réfléchi à cette objection, j'ai cru reconnaître qu'elle n'a peut-être pas toute la valeur dont son auteur la juge pourvue. En effet, l'ergotisme, dans le sens médical, ne s'entend pas seulement des maladies produites par le *secale cornutum*, mais encore de toutes celles qui résultent du mélange du grain avec des graminées malfaisantes, telles que le *raphanus raphanistrum* ou *sylvestris*, les diverses espèces d'ivraie, ou celles qui sont dues à la dépravation, la rouille ou le charbon des grains, le *rubigo* ou *erugo*, l'*uredo*, le *fuligo*; ensuite l'ergot proprement dit, *sclerotium*, *clavus*, n'est pas une altération morbide exclusive au seigle, mais encore aussi à d'autres céréales et notamment à l'orge. Or, à l'époque à laquelle notre honorable collègue fait allusion, avant l'introduction du seigle dans l'alimentation journalière du peuple, l'orge était généralement employée pour la confection du pain et la préparation des soupes.

Je me borne à ces courtes réflexions. Mon but, en vous les communiquant, n'est pas de provoquer une polémique, moins encore d'attaquer le mérite de l'excellent travail à l'occasion duquel elles me sont venues: j'ai voulu seulement indiquer les motifs du doute qu'il a laissé dans mon esprit sur l'exactitude des conclusions auxquelles son auteur est arrivé.

M. de Merssemau: Je ne puis que remercier mon honorable collègue de ce qu'il a bien voulu s'occuper de mon travail. J'ai médité sur les objections qu'il a eu la bonté de me communiquer avant de les produire dans cette enceinte, et je demanderai à l'Académie la permission de répondre à la critique si modérée qu'il a présentée. Faire de cela l'objet d'une discussion, serait peut-être inutile; il me suffira de répondre par une note que je communiquerai dans une prochaine séance, si l'Académie veut bien m'y autoriser.

(M. Fallot reprend sa place au fauteuil.)

Thérapeutique expérimentale. — Rapport sur l'ouvrage de M. le docteur Bocker, relatif à la thérapeutique expérimentale; par M. de Meyer, rapporteur.

Messieurs,

Sous le titre de Beitrage zur heilkunde, M. le docteur Bocker a présenté à votre appréciation le premier volume d'un travail qu'il publie sur la thérapeutique expérimentale: ce volume est spécialement consacré à la diététique.

Il est presque uniquement destiné à l'exposition des faits qui ont trait à l'action des condiments sur l'économie animale. Voici la définition que l'auteur en donne: «Les condiments sont des agents par l'influence desquels l'assimilation et certaines sécrétions sont changées en quantité et en qualité, dont l'usage modéré est cependant compatible avec la santé.» L'auteur traite de trois condiments, le sucre, le café et l'alcool.

M. Bocker se base en grande partie sur des expériences faites avec le plus grand soin, pour apprécier l'action du sucre sur la sécrétion urinaire, sur la production de l'acide carbonique dans les poumons, sur la quantité d'eau expirée. En examinant ensuite si le sucre peut être considéré comme aliment, il conclut que, non-seulement cette substance ne peut à elle seule entretenir la vie, mais même, fort de ces expériences, il est porté à croire que le sucre ne peut pas être considéré comme aliment.

Des expériences aussi neuves qu'intéressantes semblent avoir prouvé que cette substance ne se change ni en tissu adipeux, ni en bile, et ne peut figurer ici que sous le titre de condiment; c'est sous ce point de vue que l'auteur en énumère les usages. Lui-même en a fait usage pendant longtemps, et un des faits les plus intéressants qu'il rapporte, c'est qu'il lui semble hors de doute que le sucre ralentit la nutrition des organes, qu'il a une action spéciale sur les os, dont il diminue la quantité de phosphate de chaux. Examinant ensuite l'action thérapeutique du sucre dans différentes maladies, il émet des idées qui, quoique fort ingénieuses, exigeraient la sanction d'une plus longue expérience.

Nous tomberions dans des redites en analysant ce que l'auteur dit du café et de l'alcool; il suit, à peu de chose près, en relatant ses expériences, la même marche qu'il a suivie pour la substance précédente. Nous citerons cependant l'appréciation de la différence que l'auteur établit entre les différents genres de vins du Rhin les plus en usage en Allemagne.

Nous n'avons pu juger par la lecture de ce premier volume, qui traite à peine de la thérapeutique proprement dite, du mérite de l'ouvrage tout entier; son contenu nous semble toutefois annoncer un travail consciencieux et des plus intéressants.

Nous vous proposons, messieurs, de voter des remerciments à l'auteur, et de le prier de faire parvenir à l'Académie la suite de son ouvrage.

M. Martens: Si j'ai bien compris, l'auteur soutient que le sucre ne doit pas être considéré comme une matière alimentaire; qu'il n'est qu'un condiment ou un assaisonnement.

M. de Meyer, rapporteur: C'est l'opinion de l'auteur.

M. Martens: Eh bien! l'expérience prouve que le sucre est une matière alimentaire; il y a des vieillards qui ne se nourrissent que de sucre; d'ailleurs il est démontré que l'amidon même, pour devenir nutritif, se transforme en sucre.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

(La suite prochainement.)

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS DE JUILLET 1850; par M. le docteur LEBERT, secrétaire.

I. — PHYSIOLOGIE VÉGÉTALE.

1° DE LA NATURE DES COLÉORHIZES, ET DU MODE DE L'ACCROISSEMENT DE L'ÉCORCE CHEZ LES RACINES ET LES TIGES; par M. le docteur ERNEST GERMAIN (de Saint-Pierre).

Le mode d'accroissement des tiges a été, pendant ces dernières années, l'objet de nombreuses controverses dont le résultat n'a pas été jusqu'à ce jour de porter une même conviction dans l'esprit des observateurs; l'espoir de contribuer par de nouvelles observations à une solution définitive de cette importante question, m'a déterminé à poursuivre assidûment l'étude de la structure des racines qui, jusqu'à ce jour, a été beaucoup plus négligée que l'étude des tiges qu'elle devait nécessairement éclairer.

Je rendrai compte dans cette note des résultats auxquels j'ai été conduit par l'examen d'un organe accessoire de certaines racines, connu sous le nom de coléorhize, organe regardé jusqu'ici comme une membrane assez insignifiante, et dont l'origine était restée obscure.

La coléorhize a été considérée comme propre aux végétaux de l'embranchement des monocotylédonés; on la décrit comme une sorte de sac membraneux, d'abord sans ouverture, qui renferme la radicule et qui ne tarde pas à être perforé par cette radicule dès la première période de la germination de l'embryon.

J'ai constaté que chez les liliacées, dans le genre *allium* par exemple, la coléorhize n'est autre chose que la radicule ou racine primordiale elle-même qui est traversée de haut en bas, selon son axe, par des racines nées postérieurement et qui la réduisent à l'état de gaine; — que chez les graminées, au contraire, chez le froment par exemple, la radicule primordiale que j'ai démontré (BULL. SOC. PHILOMATIQUE, 20 avril 1850) être la partie dorsale de l'hypoblaste, reste rudimentaire et n'est pas traversée par la seconde racine; cette seconde racine se développe en dehors et en liberté et c'est elle-même qui est traversée par une troisième racine et se trouve réduite à l'état de gaine ou coléorhize.

Voici donc la première racine pleine chez le froment, tandis qu'elle est convertie en coléorhize chez les *allium*, et la seconde racine pleine chez les *allium*, tandis qu'elle est convertie en coléorhize chez le froment. — De ce fait qu'un même organe est susceptible d'être racine pleine ou d'être racine tubuleuse engainante, je conclus que les coléorhizes sont en réalité des racines qui se trouvent converties en gaines par suite de l'emboîtement d'une racine plus récente qui descend dans leur axe et qui, étant douée d'une force de végétation plus active, les traverse et continue son évolution au dehors.

Ce fait de racines qui s'emboîtent l'une dans l'autre est loin d'être propre aux monocotylédonés, les seuls végétaux auxquels on attribuait une coléorhize; au contraire, il m'est facile de démontrer que chez les dicotylédonés les racines dites pivotantes sont en réalité composées de racines emboîtées. — On a toujours considéré la racine du radis (*raphanus sativus*) comme le type d'une racine pivotante; or cette racine est constituée dans l'origine par deux coléorhizes soudées par leurs bords et qui descendent manifestement de la base de chacune des feuilles cotylédonaires. Plus tard, de nouvelles racines descendent dans l'axe de la première comme dans un tube et écartent par leur masse croissante les deux coléorhises dont elle se composait et qui deviennent libres tantôt par lambeaux, tantôt dans toute leur étendue (j'en ai rencontré adhérentes encore au pivot par leurs extrémités et libres seulement dans leur partie moyenne, au point où la racine se rétrécit brusquement pour devenir filiforme). Or, les racines descendues entre les coléorhizes ne diffèrent des coléorhizes elles-mêmes qu'en ce qu'elles restent adhérentes entre elles au lieu de devenir libres après avoir été adhérentes. En effet, chez le radis, après la destruction ou l'écartement de la coléorhize, qui constituait d'abord l'écorce colorée de la racine, on trouve une seconde écorce également colorée et de la même nature que la première, qui représente des coléorhizes sous-jacentes ne différant des premières qu'en ce qu'elles restent soudées à la racine pivotante.

Les coléorhizes du *raphanus sativus* avaient avant moi attiré l'attention de plusieurs observateurs; j'ai remarqué récemment que la racine pivotante des *chenopodium album*, *murale* et *hybridum* est munie de coléorhizes qui ne diffèrent en rien de celles du radis, et ces espèces ne sont sans doute pas les seules où cet organe est manifeste.

Quant aux racines pivotantes non coléorhizées, il me semble évident qu'elles ne diffèrent des racines coléorhizées qu'en ce que leur coléorhize reste adhérente à la masse au lieu de s'en séparer.

Ce fait que les coléorhizes sont des racines étant bien démontré, il devenait important de connaître leur structure; or, une coupe longitudinale de la racine du *raphanus sativus* démontre parfaitement que les coléorhizes sont la continuation de la partie cellulaire de la base des feuilles; quant aux faisceaux vasculaires des feuilles, on les voit se diriger, à partir de la naissance de la coléorhize, vers le centre du pivot dans lequel ils descendent.

De la structure des coléorhizes, il me semble qu'il découle les conséquences suivantes :

1° La base de la première ou des premières feuilles d'une plante émettant un prolongement descendant, les feuilles suivantes, qui sont de même nature que les premières, émettent de semblables prolongements soudés ou non;

2° La coléorhize des feuilles cotylédonaires constituant l'écorce de la racine, la partie analogue des feuilles suivantes constitue l'écorce de la tige;

3° Les faisceaux fibro-vasculaires que nous avons vus descendre avec les coléorhizes des feuilles cotylédonaires du radis, et se diriger vers le centre de la racine, constituent, au niveau des feuilles caulinaires, la partie ligneuse des tiges.

J'ajouterai, comme dernier argument, un exemple manifeste de coléorhizes appartenant aux feuilles supérieures d'une tige aérienne. Dans la section *armeria* du genre *statice*, il existe à la base de chacune des feuilles de l'involucre du capitule un prolongement libre beaucoup plus long qu'elles-mêmes; or, ces prolongements ont été à tort condamnés comme des éperons, car un éperon est une dépression située au-dessus de la base d'une feuille et présente une cavité ouverte, tandis qu'ici les prolongements sont situés au-dessous de la base des feuilles et ne présentent pas de cavité; ces prolongements sont donc de véritables coléorhizes; ils descendent de la base des feuilles sans adhérer à la tige, et s'ils étaient adhérents à la tige, ils en constitueraient l'écorce (écorce qui, dans le cas actuel, est le prolongement des feuilles supérieures à celles dont les prolongements sont libres).

Ce fait éclaire le phénomène de la décurrence foliacée des feuilles, si remarquable chez certaines espèces de *cirsium*, par exemple, où ces décurrences occupent toute la longueur de l'entre-nœud; il devient manifeste que ces décurrences foliacées ne montent pas de la partie inférieure de la plante, mais descendent de la base des feuilles, puisque chez le *statice armeria* ces décurrences, qui sont de la même nature que celles des *cirsium*, sont libres dès leur naissance par leur partie inférieure.

Il résulte des observations précédentes, que les coléorhizes constituent, selon la hauteur des feuilles mères, l'écorce de la racine ou l'écorce de la tige. Il en résulte surtout ce fait important dans la discussion non terminée sur le mode d'accroissement des tiges, que cet accroissement, pour ce qui concerne l'écorce, a lieu, en partie du moins, par suite de l'élongation de la partie cellulaire des feuilles au-dessous de leur base.

II. — ANATOMIE COMPARÉE ET ZOOLOGIE.

1° NOTE SUR LE VOLVOX GLOBATOR; par M. LAURENT.

M. Laurent met sous les yeux de la Société des *volvox globator*, dont les uns ne contiennent que des gemmes et les autres que des corps oviformes ou de véritables œufs.

Les gemmes, qui sont verdâtres, transparents et recouverts de cils vibratiles comme les mères, sont quelquefois assez avancés dans leur développement pour se mouvoir en tournoyant dans l'eau qui remplit la cavité sphéroïde du corps de ces individus mères. Les individus gemmaires contiennent, a-t-on dit, d'autres gemmes assez avancés eux-mêmes pour se mouvoir de la même manière dans ces individus gemmaires non encore nés. M. Laurent, qui en a observé un très-grand nombre pendant toutes les saisons de l'année, n'a jamais eu l'occasion d'observer dans l'état de tournoiement les deux générations emboîtées dans un même volvox libre et nageant dans l'eau. Il a vu seulement les individus gemmaires non encore nés se mouvoir en tournoyant dans la cavité sphérique de leur mère et contenir les rudiments de leurs corps reproducteurs. Il rapproche ce dernier fait de l'observation de M. Carus qui, ayant ouvert le cadavre d'une jeune femme morte en état de grossesse très-avancée et celui du fœtus femelle, trouva dans les ovaires de ce fœtus des ovules bivésiculaires concentriquement. Ce qui permet d'admettre dans un seul individu trois générations, dont deux sont emboîtées dans l'individu mère. L'observation ne permet donc point d'admettre l'emboîtement au delà de la troisième génération.

Les corps oviformes, dont la nature n'avait point encore été constatée, sont orangés et même rouges, opaques et toujours immobiles. Ehrenberg a considéré les volvox qui les contiennent comme appartenant à une espèce différente qu'il a désignée sous le nom de *volvox aureus*. M. Laurent, ayant conservé pendant tout l'hiver ces corps oviformes rouges du *volvox globator*, les a vus éclore, et il en est sorti de véritables *volvox globator* très-verts, qui se sont eux-mêmes reproduits par des corps gemmiformes. Il recueillait cette observation dans les vases placés dans son cabinet. Il s'empressa alors d'aller s'assurer si les volvox, qui avaient disparu pendant l'hiver dans les localités de la campagne où il avait trouvé ceux dont il s'était procuré les œufs, reparaissaient, et c'est ce qui, en effet, avait lieu, et ces volvox de la campagne provenant, de même que ceux nés dans les vases dans son cabinet, évidemment de ces corps oviformes rouges, ne lui laissent plus aucun doute à cet égard.

Le *volvox aureus* d'Ehrenberg ne doit donc plus être considéré comme une espèce, ni même comme une variété, ainsi que l'avait proposé O.-F. Muller.

A l'appui de ce premier résultat de ses observations, M. Laurent met encore sous les yeux de la Société un individu de *volvox globator*, contenant en même temps quatre corps gemmiformes et quatre corps oviformes; ce fait, dont il avait soupçonné l'existence avant de l'avoir confirmé par l'observation, est assez commun et prouve que chez les volvox, de même que dans les espèces gemmipares et ovipares en même temps, du règne animal, on trouve dans une même saison des individus isolés se reproduisant les uns par gemmes, les autres par des œufs, et d'autres individus produisant en même temps des gemmes et des œufs.

2° RÉSUMÉ DU MÉMOIRE ZOOLOGIQUE SUR LES VIPÈRES DE FRANCE; par M. DUGÈS.

Ce mémoire, destiné non pas à donner une monographie des vipères de France, mais à relever quelques erreurs commises à leur sujet ou à combler des lacunes de leur histoire, se divise en cinq chapitres.

Le premier chapitre est consacré aux descriptions;

Le deuxième aux habitudes;

Le troisième au venin;
Le quatrième à quelques auteurs cités;
Le cinquième contient un corollaire du mémoire.

A. Deux types auxquels se rapportent toutes les variétés dont on a fait souvent des espèces ou des genres, suffisent pour renfermer les reptiles qui sont le sujet de ce travail; les voici en parallèle :

VIPERA ASPIS.	PELIAS BERUS.
Tête plate uniformément. Granulations sur la partie antérieure; granulations acuminées sur le milieu,	Tête arrondie comme les couleuvres, sans groin. Granulations antérieures plus larges. Pas d'écailles acuminées.
Carénées sur l'occiput.	Les carénées commencent après les trois plaques.
Museau en groin.	Idem.
Une écaille surcillaire large, et ordinairement une autre entre les deux crochets, faisant former saillie à la peau sous les yeux.	Trois larges écailles, dont la plus grande est antérieure et placée entre les écailles surciliaires.
Au pourtour inférieur de l'œil, écailles granulées.	Idem.
Pupille verticale dilatable.	Idem.
Narine en C, à concavité postérieure et dans une fossette.	Idem;
Tempes, surface massétérine, intervalle sous-oculaire, pourtour des narines et granulations antésiennes des museau, sans carènes.	Idem.
Écaille rostrale médiane triangulaire.	Écaille rostrale pentagone, à base inférieure.
Voir les fig. A 1, 2, 3, 4.	Fig. B 1, 2, 3.
Cou étroit.	Cou moins étroit.
Écailles carénées sur le corps et la queue qui se termine par un ongle corné.	Idem.
Plaques simples sous la gorge, le ventre et l'anus; doubles sous la queue.	Idem.
Taille ordinaire, 70 centim.	D'un quart plus petit.

La couleur est fauve, brune, grise, peu accusée.

Les pélias sont souvent roux, et chez eux l'iris est toujours d'un rouge sanglant. Les mélas appartiennent aux deux types. Le ventre varie du noir au blanc presque pur. Les taches qui changent avec chaque individu, mais paraissent plus constantes chez les pélias, ont pour type le dessin suivant : Une bande transversale devant les plaques surciliaires, et son milieu se prolongeant en forme de T sur le crâne pour venir rejoindre le sommet d'un triangle qui s'épanouit sur l'occiput. Ce triangle, à base postérieure, donne naissance à une rangée de taches alternatives qui, par l'accolement de leurs extrémités, forment le triangle dorsal. Une marque au coin externe de l'œil et au dessous une autre qui, passant sur la joue et le cou, s'arrête sur le commencement du tronc où elle est remplacée par une série de points alternant avec les taches du dos.

B. Les vipères aiment la chaleur et surtout la chaleur humide; elles se baignent et boivent volontiers, mais refusent ordinairement de manger en captivité.

Marche brusque, embarrassée, irrégulière.

Les vipères ne sont pas nocturnes.

On ne trouve guère les aspis que dans le midi; mais cependant le nord n'en est pas complètement dépourvu.

Leur naturel est sauvage et irascible; mais on peut les toucher sans danger quand on ne leur fait ni peur ni mal.

C. Le venin est jaune, visqueux. Les crochets conducteurs sont creusés d'un canal ouvert à la base de la dent et à son sommet, en laissant à la face antérieure une rainure qui s'efface quelquefois. Le venin paraît agir bien plus vivement chez l'homme que chez les animaux; ainsi un lézard de muraille est mort en une demi-heure; mais un orvet a résisté, et le venin pris sur lui et inoculé à un lézard est resté sans effet. Un triton idem. Une vipère qui s'implante elle-même ses crochets dans la mâchoire inférieure n'en meurt pas. Viennent pour l'homme les expériences de M. Dusoard qui cite 4 cas de mort et 7 de guérison par les frictions d'huile d'olive chaude et l'ingestion du même liquide à hautes doses. Ligature, frictions d'huile, cautérisation, voilà les trois moyens à employer successivement dans un cas de morsure.

D. Dans ce chapitre sont critiquées et jugées les figures données par Schlegel, ainsi que celles de l'atlas qui accompagne le grand ouvrage de Cuvier, actuellement fini, le RÈGNE ANIMAL. Ces figures pèchent par les caractères essentiels, quoique celles de Schlegel soient de beaucoup les plus mauvaises.

Richard, dans sa ZOOLOGIE MÉDICALE, se trompe sur la forme des morsures, et ne décrit pas le pélias comme espèce venimeuse. Mérat et de Lens ont commis une erreur aussi en ne donnant au col. chersæa (*pelias berus*) que 6 pouces de longueur, et nié à tort, en France, l'existence des vipères noires. — Suit la description des figures soit originales, soit copiées.

E. COROLLAIRE. Deux espèces seulement en France, le *pelias berus* et le *vipera aspis*.

Caractère bien moins redoutable qu'on ne l'a dit.

Venin plus actif chez l'homme que chez les animaux, et efficacité de l'huile d'olive.

III. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET PATHOLOGIE.

1° NOTE SUR UN CAS DE PLEURÉSIE PURULENTE, par M. GUBLER.

M. Gubler met successivement sous les yeux des membres de la Société les pièces pathologiques prises sur deux sujets qui ont succombé l'un à une pleurésie purulente, l'autre à une hydrocéphale aiguë.

Le premier était un jeune homme de dix-huit ans malade depuis cinq semaines lorsqu'il entra dans le service de M. Bouillaud, et présentant alors avec une profonde cachexie tous les signes d'un énorme épanchement pleurétique à gauche, développé à la suite d'un point de côté avec fièvre et insolemment traité au début par un médecin de la ville. Au-dessus de cet épanchement, immédiatement sous la clavicule; on constatait au moment de l'entrée ce bruit exagéré fourni par la percussion qui a été signalé pour la première fois par Skoda (de Vienne), et dont M. Gubler a déjà entretenu la Société dans une autre occasion. Les vésicatoires volants réitérés, combinés aux diurétiques, n'eurent aucun succès; un moment l'épanchement augmenta encore, la matité envahit les deux premiers espaces intercostaux; plus tard, il revint du son dans la même région. Cependant le jeune homme, sollicité par ses parents, quitta l'hôpital où il fut forcé de rentrer au bout de quelques jours parce que son état s'était beaucoup empiré. Tous les soirs, à la suite d'un frisson, la fièvre s'allumait pour s'apaiser le matin : les sueurs étaient devenues excessives. A ces symptômes on soupçonna que l'épanchement était devenu purulent. D'ailleurs une tumeur fluctuante apparut dans la région thoracique antérieure gauche et ne laissa plus aucun doute sur ce point en raison de la communication évidente du liquide avec l'intérieur de la cavité pectorale. La mort ne tarda pas à survenir, et l'autopsie révéla les lésions suivantes. La cavité pleurale gauche renfermait un litre de pus phlegmoneux, mélangé de flocons albumineux, les deux feuillets de la plèvre étaient épaissis par l'addition de fausses membranes organisées et couvertes de masses molles jaunâtres, comme caséeuses. Sur la paroi deux ouvertures arrondies placées, l'une au-dessus, l'autre au-dessous de la quatrième côte, conduisaient au travers des intercostaux dans deux cavités purulentes séparées au niveau du mamelon par une cloison irrégulière. Pas de tubercules dans les poumons. Cependant l'abdomen présente les lésions de ce qu'on nomme la péritonite tuberculeuse qui chez ce sujet était restée à peu près latente, comme cela se voit souvent. Ces lésions consistaient en un peu d'épanchement avec des fausses membranes stratifiées et parsemées de granulations opaques.

2° NOTE SUR UN CAS D'HYDROCÉPHALE AIGU; par le même.

Voici en quelques mots l'histoire du deuxième sujet. C'est un homme de 28 ans, coiffeur, sur les antécédents duquel on n'a aucun renseignement. Le lundi 15 juillet, au milieu d'une bonne santé, il se sent à son réveil sous l'influence d'un violent mal de tête; néanmoins il se lève pour ouvrir sa boutique, mais il est forcé de se recoucher; dans la journée se produisent des vomissements, la nuit suivante est fort agitée; le mardi, la céphalalgie persistant au même degré, il se manifeste quelques troubles du côté de l'intelligence, puis des hallucinations et bientôt un délire si violent que plusieurs personnes suffisent à peine à maintenir le malade dans son lit.

A cette exaltation fébrile, à ces mouvements désordonnés succède un calme trompeur; alors les membres sont seulement animés de quelques secousses; par moments ils se roidissent, ou bien ils tombent dans le relâchement. Pendant ce temps-là le malade semble avoir perdu connaissance; c'est alors qu'on le transporte à la Charité. Au moment de la visite du soir il était dans le coma; ses membres présentaient une résolution complète sans être d'ailleurs tout à fait privés de motilité ni de sensibilité : car chacun d'eux à peu près indifféremment se contractait sous l'influence d'une piqûre ou d'une autre épreuve douloureuse.

La respiration stertoreuse, la précipitation et l'irrégularité du pouls font prévoir une issue funeste et prochaine. En effet, la mort arrive le lendemain 18.

A l'autopsie on trouve la pie-mère cérébrale fortement congestionnée; le tissu cellulaire et les espaces sous-arachnoïdiens sont infiltrés de sérosité transparente; l'arachnoïde présente au voisinage des scissures de Sylvius quelques granulations blanches opaques du volume d'une tête d'épingle; l'une d'elles plus grosse que les autres est pédiculée, flasque quoique résistante sous le doigt et peut équivaloir à un grain de chènevis. La substance corticale du cerveau n'adhère pas notablement à la pie-mère : le cerveau est généralement mou et sablé; mais les parties centrales sont converties en une sorte de pulpe ou de putrilage inodore.

L'altération porte principalement sur la voûte à trois piliers, le septum lucidum et la surface des ventricules latéraux ainsi que du troisième ventricule. Une sérosité trouble comme du petit-lait baigne toutes ces parties, et par l'agitation on développe dans son sein les lambeaux de la membrane ventriculaire, des filaments vasculaires et des débris des parties affectées de ramollissement.

M. Gubler a apporté aussi la calotte crânienne du même individu pour faire remarquer à la Société l'existence d'une plaque osseuse, d'apparence vermoulue, sur chaque pariétal. Ces plaques, épaisses d'un millimètre environ et larges de quatre centimètres en diamètre, sont d'un blanc laiteux qui tranche sur la nuance jaunâtre du reste de l'os; elles sont aussi plus mates et doivent leur aspect vermoulu aux sillons vasculaires très-nombreux dont elles sont creusées : le scalpel en détache très-facilement des lambeaux, ce qui n'a pas lieu pour la table interne des os du crâne en général. M. Gubler, qui a rencontré déjà des couches osseuses semblables chez des hommes, les croit de nouvelle formation et les rapproche de

celles qui ont été si bien décrites chez les femmes récemment accouchées par M. le docteur Ducrest.

3° NOTE SUR UNE TUMEUR INDÉTERMINÉE DES OS MAXILLAIRES DU BOEUF; par M. DAVAINE.

M. Davaine présente deux mâchoires inférieures et une supérieure du bœuf, offrant toutes les trois une tumeur considérable. La nature de ces tumeurs n'a point encore été bien déterminée; elles sont indiquées sous le nom d'*ostéo-sarcome* dans les ouvrages de médecine vétérinaire. Ces pièces pathologiques, remises à M. Rayer par M. Collignon, vétérinaire inspecteur de l'abattoir Montmartre, sont assez rares; car sur plus de 300 bœufs reçus dans cet établissement, trois seulement ont offert cette maladie. Ces trois bœufs provenaient des prairies marécageuses des environs de la Rochelle.

PREMIER CAS. — Sur l'une des mâchoires inférieures, la tumeur, qui occupe le côté droit, est assez considérable pour rendre ce côté de la face extrêmement difforme. La peau qui recouvre les parties tuméfiées offre plusieurs ouvertures fistuleuses. L'os maxillaire, considérablement augmenté de volume, forme la plus grande partie de la tumeur. A la surface de cet os, le derme, le tissu cellulaire sous-cutané et le périoste sont confondus, épaissis, dégénérés, plus denses et comme fibreux; ils résistent sous le scalpel. Dans ces parties indurées existent plusieurs foyers d'où, par la pression, l'on fait sortir une matière d'un gris jaunâtre, ayant l'apparence du tubercule ramolli; mais examinée au microscope, cette matière n'offre point les caractères du tubercule ni des débris bien distincts de pus altéré. En d'autres points l'on trouve une matière pulpeuse, mollasse, d'apparence fongueuse, d'une couleur jaune rougeâtre, qui, malgré la pression exercée sur les parties voisines, reste adhérente aux parois du foyer qui la contient. Cette matière, examinée au microscope, n'offre point de cellule cancéreuse. Quant à l'os lui-même, l'on constate, par des coupes faites en divers sens, que ses tables interne et externe sont considérablement écartées par une matière morbide semblable à celle qui se trouve dans le tissu sous-cutané. Cette matière existe en quelques points à l'état d'infiltration. En d'autres points, elle forme des masses plus ou moins volumineuses, quelques-unes aussi grosses qu'un marron, qui ont écarté, raréfié ou détruit les mailles du tissu osseux; de sorte que celles qui occupent la surface de l'os se confondent avec les produits morbides de la couche sous-cutanée. Çà et là quelques portions de l'os maxillaire sont épaissies et irrégulières. Le canal dentaire, les vaisseaux et les nerfs qu'il renferme sont intacts. Les dents, implantées dans la tumeur, sont pour la plupart vacillantes. Le tissu de la gencive est ramolli et comme fongueux.

DEUXIÈME CAS. — Sur l'autre mâchoire inférieure existe une altération semblable.

TROISIÈME CAS. — Quant au troisième cas, dans lequel la tumeur occupe la mâchoire supérieure, l'altération des tissus est de la même nature que les deux précédentes.

La dégénérescence envahit principalement la tubérosité maxillaire et le bord alvéolaire. Les dents sont fortement déviées; le sinus maxillaire est presque effacé.

En résumé, ces tumeurs consistent :

1° En une altération très-complexe du système osseux, raréfié dans une certaine étendue, condensé et hypertrophié dans d'autres points plus limités;

2° En production d'un tissu fongoïde plus ou moins ramolli;

3° En de petites masses d'une matière jaune qui n'a point les caractères microscopiques du tubercule ni celui du pus, mais qui est peut-être une transformation de ce dernier produit morbide;

4° En un épaississement et une induration du périoste et du tissu cellulaire sous-cutané.

Les autres parties du squelette n'offraient point de tumeurs analogues, et, d'après le témoignage de M. Collignon, il n'existait dans les viscères de ces animaux aucune trace soit de dégénérescence cancéreuse, soit de dégénérescence tuberculeuse. La dénomination d'*ostéo-sarcome*, qui a été généralement employée pour désigner des dégénérescences cancéreuses des os, ne devrait donc pas être appliquée à ces tumeurs, qui paraissent constituer une altération particulière des os.

NOTE DU SECRÉTAIRE. — L'examen d'une de ces pièces m'a démontré qu'il s'agit, dans ces cas, d'une hypertrophie du tissu osseux et de celle du tissu cellulaire qui revêt les aréoles osseuses. Celui-ci a subi l'altération fibro-plastique, qui, dans bien des endroits, est infiltrée d'une quantité notable de matière grasse et granuleuse.

4° OBSERVATION SUR UNE TUMEUR ÉPITHÉLIALE DU CUIR CHEVELU, AYANT DÉTRUIT EN PARTIE LES OS DE LA VOUTE CRANIENNE, ET PRÉSENTANT UNE STRUCTURE TOUTE SPÉCIALE; par M. ROUGET, interne des hôpitaux.

La femme Rosalie Robin, épuisée par de longues souffrances, à l'époque de son entrée à l'hôpital (hôpital Saint-Antoine, service de M. Chassaignac, salle Sainte-Marthe, n° 1), paraît avoir joui autrefois d'une bonne constitution. Elle est d'une famille saine; elle a eu elle-même plusieurs enfants qui vivent et sont bien portants.

A l'âge de 25 ans, cette femme s'aperçut qu'elle portait sur le sommet de la tête deux petites tumeurs, de la grosseur d'une noisette, indolentes même au toucher, mobiles, molles, dégarnies de cheveux, présentant en un mot tous les caractères des loupes, si fréquentes dans cette région.

A 40 ans, ces tumeurs avaient à peine acquis le volume d'une noix, lorsque la femme Robin fut frappée à la tête par une branche de framboisier, dont une épine pénétra dans une des loupes. Cette ponction accidentelle donna issue à une matière d'un blanc crémeux, peu liquide, semblable à du fromage blanc, au dire de la malade. Les suites de ce léger accident étant négligées, la petite plaie ne se referma pas. La tumeur ne causait toujours aucune douleur, et la femme Robin n'y apportait d'autre soin que de la presser tous les jours et d'en faire sortir quelques parcelles de cette matière athéromateuse dont nous avons parlé. La santé générale est du reste excellente.

La femme Robin a un enfant, le nourrit elle-même. Quelques années après, les règles se suppriment sans causer d'autres accidents que quelques douleurs lombaires, et pendant dix ans encore la femme Robin continue à jouir d'une santé excellente. Les deux tumeurs, toujours indolentes, augmentaient lentement de volume : en trente ans, elles avaient à peine atteint celui d'un œuf de poule.

A 60 ans, les choses étant déjà dans cet état, Rosalie Robin fait une chute de voiture et tombe sur le sommet de la tête, précisément sur le point où étaient situées les deux tumeurs. Une hémorrhagie assez abondante a lieu. Quinze jours après, de vives douleurs, des élancements insupportables, se montrent dans les tumeurs, qui s'accroissent rapidement et égalent bientôt le volume du poing. En même temps la petite plaie, qui depuis vingt ans était restée stationnaire et avait à peine un demi-centimètre de diamètre, s'élargit rapidement. L'ulcération qui en résulte donne lieu presque tous les jours à un écoulement de sang très-abondant. La suppuration est aussi très-abondante et très-fétide. La femme Robin se décide alors à consulter un médecin, qui lui conseille de ne rien tenter pour la guérison de sa maladie.

Cinq ans se passent, pendant lesquels la constitution de la femme Robin s'affaiblit lentement sous l'influence, tant des hémorrhagies répétées que des élancements, des douleurs violentes, dont les tumeurs sont le siége.

A 65 ans, une nouvelle exacerbation a lieu dans la maladie. La tumeur recommence à croître et atteint bientôt un volume énorme. L'ulcération, de son côté, fait des progrès, mais plus en surface qu'en profondeur. Enfin, il y a deux ans, deux tumeurs nouvelles apparaissent vers l'occiput. Dès le début, elles sont le siége de douleurs violentes; elles s'accroissent rapidement, acquièrent le volume du poing, et rejoignent bientôt la première tumeur, qui n'occupait que le sommet de la tête.

Au commencement de juillet 1850, lorsque la malade, alors âgée de 68 ans, entre à l'hôpital, elle est dans un état d'épuisement profond. La face est d'un jaune de cire, bouffie, légèrement œdématiée, ainsi que les pieds et les mains. La femme Robin mange à peine; elle ne dort plus, tant les douleurs sont violentes. Ses forces sont épuisées, la respiration même se fait difficilement.

La région crânienne est surmontée d'une tumeur énorme qui s'évase vers le haut, et présente assez bien le volume et la forme d'une toque ou d'un turban.

La face supérieure de cette tumeur est largement ulcérée, inégale, bosselée, présentant çà et là des excavations, des anfractuosités. La surface de l'ulcération est d'un gris rougeâtre et saigne très-facilement. Quant à la tumeur elle-même, elle est formée de plusieurs bosselures volumineuses, dont quelques-unes sont le siége d'une véritable fluctuation.

Pendant le séjour de la malade à l'hôpital, deux hémorrhagies assez abondantes ont lieu par la surface ulcérée. La suppuration est excessivement abondante et très-fétide. L'ulcération gagne de plus en plus en profondeur, et ses progrès sont encore accélérés par une cautérisation avec le crayon de potasse caustique, pratiquée par M. Chassaignac. Les os eux-mêmes, détruits par les progrès de l'ulcération, laissent bientôt apercevoir la dure-mère à nu, et il est facile de constater les battements du cerveau.

Cependant les forces de la malade déclinent de jour en jour; la respiration est de plus en plus gênée. Bientôt elle tombe dans un assoupissement continuel, et enfin succombe dans un état véritablement comateux.

L'autopsie a lieu le 26 juillet, trente-six heures après la mort.

Tous les viscères sont parfaitement sains, sauf le cerveau, qui, dans le point correspondant au fond de l'ulcération, présente une teinte d'un gris verdâtre qui s'étend à toute l'épaisseur de la substance grise.

Les ovaires sont couverts de petits kystes séreux. Un petit corps fibreux, de la grosseur d'un grain de maïs, existe dans la paroi postérieure de l'utérus.

EXAMEN DE LA TUMEUR. — Les cinq sixièmes de la tumeur ont disparu; aux limites de la région qu'elle occupait, il existe seulement une espèce de couronne, constituée par ses débris. La voûte crânienne est presque entièrement à nu. Les os, recouverts seulement d'une couche mince de tissus malades, sont dénudés dans beaucoup de points. Leur surface est érodée, couverte de petites fossettes parcourues elles-mêmes par d'innombrables sillons vermiculaires. Au milieu, une large solution de continuité laisse apercevoir la dure-mère, recouverte en ce point de plaques d'un blanc grisâtre, épaisses à peu près d'un millimètre. A la région frontale existe encore une des bosselures de la masse primitive, présentant très-nettement la fluctuation que nous avons signalée : c'est un kyste du volume d'un œuf, entièrement rempli d'une substance gélatiniforme, aréolaire, semblable à de la matière colloïde.

Quant aux portions de la tumeur qui restent encore, ce n'est pas sans étonnement qu'au lieu de matière cancéreuse que l'on s'attendait à y rencontrer, on les trouve constituées par une substance d'aspect singulier : presque entièrement composée de petits grains blanchâtres, pour la plupart de la grosseur d'un grain de chènevis, beaucoup ont à peine le volume d'une tête d'épingle; quelques-uns égalent presque une petite noisette. Ce sont de petits kystes logés dans une espèce de gangue, amorphe, d'un blanc mat, sèche à la coupe et d'apparence peu vasculaire, à laquelle ils adhèrent si peu qu'on peut les extraire très-facilement avec la pointe du scalpel. On trouve de ces kystes dans toutes les portions de la tumeur et à tous les degrés de développement. Dans certains points, ils parais-

sent constituer toute la masse ; dans d'autres, ils sont épars au milieu d'une substance finement grenue. Quelques-uns de ces petits kystes sont logés comme dans une alvéole, dans de petites fossettes creusées à la surface des os.

La peau qui recouvre ces débris de tumeur paraît saine en grande partie ; elle est garnie de cheveux et n'adhère pas aux tissus malades, qui, au contraire, font en quelque sorte corps avec les couches subjacentes.

Les kystes renferment tous, dans leur intérieur, une matière demi-liquide, d'apparence caséiforme, qui ne se dissout pas dans l'eau, mais s'y divise à l'infini.

L'examen microscopique nous montre cette matière constituée entièrement par des cellules épidermiques polygonales, en partie déformées et détruites ; mais en grattant les parois des kystes, on obtient de petites masses caséiformes plus consistantes, qui, traitées par l'acide acétique, se résolvent en cellules épidermiques entières et à noyau très-évident. Nulle part je n'ai trouvé de cristaux de cholesterine. Les parois mêmes des petits kystes paraissent constituées, dans toute leur épaisseur, par des cellules épidermiques. Ces mêmes cellules paraissent être aussi l'élément constituant de la gangue où sont logés les kystes.

J'ai dit que, dans certains points de la tumeur où les kystes étaient moins nombreux, on voyait une substance finement grenue. Examinée à de faibles grossissements, cette substance paraît entièrement composée d'utricules glandulaires pédiculées et réunies en grappe. Il ne m'a pas été possible d'isoler, dans cette masse, le conduit excréteur commun. A de plus forts grossissements, ces utricules montrent, à travers une paroi enkystée, un contenu grenu de cellules probablement épidermiques. Enfin ces mêmes cellules constituent les plaques grisâtres qui recouvrent la face externe de la portion de la dure-mère dénudée.

RAPPORT SUR L'OBSERVATION PRÉCÉDENTE ; par M. LEBERT.

Dans la précédente séance, M. Robin nous a déjà rendu compte, d'une manière générale, de divers travaux présentés à la Société par M. Rouget ; cependant l'observation actuelle est un cas si rare, si unique dans la science, qu'un rapport spécial, l'appréciation de la nature de cette affection, ne sera pas, nous l'espérons, sans intérêt pour la Société.

Nous voyons une femme arrivée à l'âge de 68 ans, qui offre tous les signes d'une cachexie fort avancée, présentant au cuir chevelu une vaste tumeur, largement ulcérée au centre, au point que les battements du cerveau sont distinctement aperçus au fond de l'ulcère. Au premier abord, en faisant abstraction des antécédents et des résultats de l'examen anatomique, rien ne paraît plus légitime que de porter le diagnostic du cancer encéphaloïde ulcéré. Il n'en est rien cependant, et nous rencontrons ici un de ces cas fort instructifs qui démontrent la différence qui existe entre l'étude sérieuse de tous les caractères cliniques et autres d'un produit morbide, et cette pathologie des impressions qui, loin d'approfondir, base ses doctrines sur un examen souvent superficiel, sur des analogies plutôt apparentes que réelles, et qui a jeté tout ce qui a rapport au cancer dans une confusion inextricable. Depuis quelques années seulement, ces opinions commencent à faire place à des doctrines plus vraies, basées sur l'application des méthodes exactes dans l'observation clinique et les études microscopiques comme complément indispensable de l'étude anatomique.

Dans ce rapport, nous nous proposons de démontrer que, pour le cas actuel, la marche de la maladie montre déjà qu'il ne s'agit pas d'une affection carcinomateuse ; l'autopsie cadavérique fournit ensuite les preuves incontestables de ce fait, et nous serons conduits à compléter la détermination de sa véritable nature.

Avant d'entrer dans ces détails, rendons justice avant tout à la sagacité avec laquelle M. Rouget a su apprécier, sinon tous les détails, au moins les traits principaux de cette altération remarquable ; et si, sur plusieurs points, nous cherchons à rectifier ses opinions, nous ne sommes pas moins convaincus qu'il a fallu être doué d'un bon jugement et mettre beaucoup de discernement à reconnaître, d'une manière juste et vraie, plusieurs caractères essentiels de ce produit morbide.

Jetons d'abord un coup d'œil sur la marche de la maladie.

Pendant trente-cinq ans, cette femme porte des tumeurs enkystées au cuir chevelu, avec l'innocuité qui caractérise cette affection ; et pourtant, à l'âge de 40 ans, une épine de framboisier avait pénétré dans l'une des tumeurs, et une fistule s'était établie dès cette époque, qui donnait issue à de la matière sébacée. A cette première violence extérieure vient s'ajouter, à l'âge de 60 ans, une autre beaucoup plus grave. Elle fait une chute d'une voiture, elle tombe sur le sommet de la tête et s'y fait une plaie assez considérable pour avoir une forte hémorrhagie ; les tumeurs sont meurtries et fortement contuses ; aussi s'accroissent-elles rapidement, deviennent-elles douloureuses, et la petite fistule de l'une d'elles, qui depuis vingt ans avait existé sans inconvénient, se transforme en ulcère. Cependant l'orage se calme jusqu'à un certain point, la santé générale reste assez bonne, et pendant cinq ans encore les tumeurs s'accroissent, l'ulcération fait des progrès incessants, des hémorrhagies fréquentes ont lieu, et pourtant la constitution ne subit que des altérations lentes et graduelles, qui s'expliquent parfaitement par le mal local. Ce n'est qu'à l'âge de 65 ans qu'une nouvelle exacerbation a lieu, et c'est pendant les deux dernières années que des nombreuses tumeurs apparaissent sur divers points de la tête. L'ulcération, par ses progrès naturels, use dans une large étendue une partie des os de la tête ; la dure-mère en constitue bientôt le fond ; la surface du cerveau lui-même s'enflamme et hâte la mort de la malade. La suppuration abondante, les hémorrhagies fréquentes avaient de plus en plus miné sa constitution.

Lorsqu'on tient compte de l'absence de tout engorgement de glandes lymphatiques, de l'absence de tumeurs dans d'autres points du cuir chevelu, de la marche lente, de la nature toujours strictement localisée, de l'affection, des accidents simplement consécutifs à des violences externes, on est déjà par cela même autorisé à écarter le diagnostic d'un vrai cancer, et à envisager l'affection comme l'inflammation, l'ulcération et la multiplication de tumeurs enkystées du cuir chevelu.

A l'autopsie, on constate l'absence de toute lésion viscérale, et on ne voit qu'un mal purement local avec les conséquences de sa propagation sur place. M. Rouget qui, avec beaucoup de modestie, dit qu'il n'est qu'au commencement de ses études microscopiques, reconnaît cependant et affirme, sans hésiter, que tous les caractères à l'œil nu et microscopiques du tissu cancéreux manquent totalement ; et l'examen ultérieur, fait par M. Follin et moi, confirme pleinement cette manière de voir. On trouve de nombreuses tumeurs dans la partie profonde du derme, variant entre le volume d'une tête d'épingle et celui d'une noisette, dont l'étude m'a conduit à n'y voir autre chose qu'un développement tout à fait insolite de glandes sébacées. En effet, on voit, dans les plus petites, les lobules de ces glandules, et dans toutes, une extrémité pointue et allongée, qui correspond à leur conduit excréteur, et leur structure montre une membrane anhyste d'enveloppe, des lamelles superposées d'épithélium à la face interne, et un contenu sébacé et épithélial dans leur cavité. Nous y avons vainement cherché des éléments pileux, et l'opinion de leur origine par des follicules pileux doit être complétement rejetée. Ces petits kystes étaient partout faciles à énucléer, et bon nombre d'entre eux s'étaient creusé des fossettes à la surface des os du crâne. La substance intermédiaire entre ces kystes ne nous a présenté qu'un tissu fibroïde avec des éléments fibro-plastiques, infiltré çà et là d'amas d'épiderme. Nous n'avons pas pu constater l'existence des feuillets épidermiques à la surface de la dure-mère, ce qui tient probablement au fait que la pièce était déjà un peu altérée lorsque nous l'avons étudiée. La perte de substance, assez étendue dans les os du crâne offre, comme l'a du reste fort bien reconnu M. Rouget, tous les caractères d'une usure moléculaire insensible, suite d'un travail ulcéreux, lent et progressif.

Il résulte donc, d'une manière non douteuse, que l'affection a en son siége dans les glandes sébacées dès le début et jusqu'à la fin, et que la destruction, pendant les dernières années, n'était due qu'à l'ulcération progressive d'une de ces tumeurs qui, occupant une large surface, usant tous les plans sous-jacents jusqu'aux enveloppes du cerveau, donnant lieu à une suppuration abondante et sanieuse, à des hémorrhagies fréquentes, devait fatalement altérer la santé générale, amener un état cachectique et hâter la fin par l'atteinte du cerveau.

Ce qui donne à cette observation un cachet spécial, c'est que nous ne connaissons pas d'autres exemples dans la science dans lesquels un nombre si prodigieux de tumeurs glandulaires se serait développé à la tête ; car, d'un autre côté, l'inflammation et l'ulcération d'une tumeur sébacée volumineuse ne constitue pas un fait extrêmement rare. Nous avons, entre autres, observé un exemple de ce genre, en 1843, dans le service de M. Bérard, à l'hôpital de la Pitié, et dans ce cas, comme dans d'autres analogues, on avait cru que la tumeur avait dégénéré, ce que l'examen ultérieur de la pièce réfuta complétement.

En jetant à présent un coup d'œil sur tous les détails de cette observation curieuse, on peut se convaincre, une fois de plus, qu'un diagnostic juste et exact est la plupart du temps possible, lorsqu'on s'en tient plutôt à l'observation qu'à l'autorité des doctrines. Nous avons également, par ce cas, une nouvelle preuve combien peu la bénignité ou la malignité des tumeurs peut constituer un principe de classification.

La communication de M. Rouget nous paraît en tous cas constituer un beau titre pour appuyer plus tard sa candidature à la Société de biologie.

5° TUMEUR ENKYSTÉE D'UNE GLANDE SÉBACÉE MONTRANT LE CONDUIT EXTÉRIEUR OBLITÉRÉ ; par M. LEBERT.

La tumeur dont il s'agit avait le volume d'une petite noix ; elle prenait son origines dans les lames profondes du derme et s'étendait de là dans le tissu cellulaire sous-cutané. Elle avait été extirpée avec la peau ambiante ; il était facile de l'énucléer. Sa composition montrait les éléments ordinaires des tumeurs enkystées, et, en outre, une hypertrophie fibro-plastique et comme mamelonnée de la paroi de cette glande sébacée hypertrophiée.

La partie importante et instructive de cette pièce était une autre tumeur beaucoup plus petite, du volume d'un petit haricot, qui se trouvait dans le proche voisinage de la première. Après l'avoir énucléée, on lui reconnaît une surface lobulée un peu allongée, et on arrive par une dissection soignée à la suivre jusqu'à un petit conduit excréteur d'un demi-millimètre de largeur et de 4 à 5 millimètres de longueur, par l'on voit se perdre dans la substance du derme, tout près de sa couche épidermique. L'intérieur de cette tumeur montre tous les éléments épidermiques gras et sébacés, que l'on rencontre dans les tumeurs enkystées de cette nature. Le conduit excréteur est oblitéré ; il est d'une teinte jaune pâle ; on voit fort bien son origine à la surface de la petite tumeur, avec laquelle il est en rapport de continuité incontestable.

Nous avons donc ici la preuve anatomique directe d'un fait que nous avons établi depuis longtemps d'après l'examen microscopique, savoir : que les tumeurs dites enkystées de la peau ne sont autre chose que des glandules sébacées distendues et hypertrophiées par suite d'une oblitération de leur conduit excréteur.

En extirpant dernièrement une tumeur de ce genre, nous avons été frappé du fait que l'énucléation ayant été faite partout avec un même soin, il n'y a eu qu'une portion située à la surface et presque sur le milieu du sommet de la tumeur, qui paraissait beaucoup plus fortement adhérente au derme et où la tumeur avait été légèrement entamée, et nous sommes à nous demander si ce n'est pas là l'endroit où la glande débouchait dans son conduit excréteur.

6° PLACENTAS PROVENANT DE FEMMES SYPHILITIQUES ; par le même.

Deux placentas provenant d'enfants venus au monde, l'un et l'autre d'une

mère syphilitique atteinte de symptômes secondaires, m'ont été communiqués par l'obligeance de M. Cullerier. J'y ai trouvé une altération assez remarquable, savoir des granulations jaunes, d'apparence tuberculeuse, en quantité considérable entre les feuillets de l'amnios. Ces granulations, qui étaient ou isolées ou groupées ensemble, du volume d'une tête d'épingle ou tout au plus d'un grain de chènevis, avaient à l'œil nu la plus grande ressemblance avec les tubercules miliaires. Le microscope montre de plus, dans leur intérieur, des corpuscules semblables à ceux du tubercule. Dans l'un de ces placentas, il y avait en outre à la surface des points plus volumineux de la grosseur d'une noisette et au delà d'une substance blanchâtre d'apparence fibrineuse, situés dans le voisinage de l'insertion du cordon ombilical. Ils se montraient, en effet, composés de fibrine à l'examen microscopique et résultaient probablement d'anciens épanchements sanguins.

Nous signalons le fait sans en tirer pour le moment de conclusions.

7° PRODUCTION CORNÉE AU FRONT; EXAMEN MICROSCOPIQUE; par le même.

Une femme déjà âgée était entrée au service de M. Grisolle, à l'hôpital Saint-Antoine. Elle dit avoir eu depuis un grand nombre d'années beaucoup de ces cornes, qui étaient toujours à la même place, et qui, au bout d'un certain temps, étaient tombées pour se reproduire ensuite. La dernière a amené un accident as ez grave. Un chirurgien a voulu la lier à sa base, il s'en est suivi une inflammation très-vive et un érysipèle du cuir chevelu qui a fait succomber la malade. La corne, qui m'a été communiquée par l'obligeance de M. Grisolle, est tournée en spirale; elle a 6 centimètres de hauteur, ce qui ferait de 10 à 11, si elle était déroulée, et elle offre une épaisseur de 15 millimètres; elle paraît sur toute sa longueur striée et comme composée de couches longitudinales; en pratiquant des coupes dans divers sens et en soumettant ces coupes à l'examen microscopique, on peut se convaincre aisément que toute la corne est de formation épidermique; elle est composée de feuillets épidermiques comme cornifiés, qui, sur une coupe longitudinale, ont une apparence presque fibreuse, tandis que sur une transversale, on les voit former des couches concentriques dans lesquelles on reconnaît également des feuillets épidermiques, sans noyau, se présentant par place de profil et dans d'autres de face. Au centre de ces couches concentriques on voit distinctement un certain nombre de coupes de vaisseaux sanguins remplis encore d'un plasma rougeâtre qui teint en rouge l'eau dans laquelle on délaye ces tranches. Il y a de plus sur cette coupe des lacunes complétement vides.

En disséquant la base cutanée de cette tumeur, nous n'avons point pu découvrir comme origine un follicule sébacé; mais il est vrai que l'inflammation qui a entraîné la mort de la malade peut avoir bien notablement modifié cette base.

IV. — TÉRATOLOGIE.

FAUX HERMAPHRODISME (ANDROGYNE MASCULIN GURLT.) OBSERVÉ SUR UN CHEVREAU; par MM. RAYER et BERNARD.

Un chevreau, âgé de 6 mois environ, fut adressé à M. Rayer par M. le docteur Lenepveu, médecin à la Chataigneraie (Vendée). Cet animal, bien portant, ne présentait aucun autre vice de conformation en dehors de son hermaphrodisme apparent.

1° ORGANES GÉNITAUX EXTERNES. — Il existe au périnée, à 4 ou 5 centim. au-dessous de l'anus, un prolongement légèrement rosé, simulant une sorte de pénis imperforé ou de clitoris recouvert en partie par un fragment de peau qui joue le rôle d'un prépuce. Immédiatement au-dessus de cette verge avortée, entre elle et l'orifice de l'anus, on remarque une fente longitudinale, tapissée par une membrane muqueuse et par où s'échappe l'urine pendant la miction de l'animal.

On voit au dehors deux testicules contenus dans un scrotum qui occupe sa position normale, et qui se trouve par conséquent situé bien au devant de l'ouverture urinaire ci-dessus indiquée (à environ 6 centim. plus bas et en avant). On remarque encore immédiatement en avant des testicules deux mameloos assez allongés et recouverts de poils.

2° ORGANES GÉNITAUX INTERNES. — D'abord il a été constaté que les organes urinaires n'offraient aucune anomalie. La vessie était disposée comme à l'ordinaire, et le canal de l'urètre se continuait depuis le col vésical jusqu'à l'ouverture urinaire extérieure. Seulement il recevait dans sa portion membraneuse la communication de deux *conduits séminifères* et d une sorte de matrice.

La matrice de cet androgyne se trouve placée sur la ligne médiane, entre la vessie et le rectum. Elle a généralement la configuration d'une matrice normale se terminant en haut par deux cornes et se continuant en bas avec un conduit qui représente le vagin et vient s'aboucher dans la partie membraneuse du canal de l'urètre. Les cornes de la matrice sont de la grosseur d'une plume de corbeau à leur origine, et vont chacune en diminuant successivement de calibre et dégénèrent en une sorte de ligament rond qui s'accole au canal déférent, l'accompagne jusqu'à la tête de l'épididyme où il se perd en se confondant avec le tissu cellulo-fibreux de l'enveloppe du testicule sans qu'on puisse nettement préciser cette terminaison. A leur origine, les deux cornes utérines sont perforées, ainsi qu'on le constate en y poussant un liquide coloré; mais bientôt ce liquide s'arrête et toute la portion qui accompagne le cordon spermatique est imperforée. Le corps de cette matrice ne présente rien d'anormal, si ce n'est un très-petit volume; il se continue en bas avec une cavité beaucoup plus spacieuse qui représente le vagin; mais qui au lieu de communiquer au dehors vient s'ouvrir dans la portion membraneuse de l'urètre par un orifice rétréci. Il résulte de cette disposition que, chez cet animal, c'est le vagin qui s'ouvre dans l'urètre au lieu que ce soit, comme dans le cas normal, l'urètre qui débouche dans le vagin. Cette espèce de vagin était considérablement dilatée par l'accumulation d'une assez grande quantité de liquide ayant l'apparence du pus. Examiné au microscope, ce liquide contient en effet des globules de pus mêlés de beaucoup d'autres corpuscules de forme indéterminée. On n'a pu y constater la présence d'animalcules spermatiques.

Les deux testicules, qui étaient normalement descendus dans le scrotum, présentaient leurs enveloppes et leurs vaisseaux disposés comme à l'ordinaire. L'épididyme régulièrement conformé donnait naissance, pour chaque testicule, au canal déférent qui rentrait dans le ventre en étant accompagné, ainsi qu'il a été dit, par le prolongement ligamenteux provenant des cornes de la matrice. Après être rentré dans le bassin, le canal déférent, de chaque coté, venait se placer en arrière du vagin et suivait sa face postérieure pour venir s'ouvrir dans la portion spongieuse du canal urétral, immédiatement à côté et un peu en arrière de l'orifice appartenant à la communication uretro-vaginale. Près de l'insertion des conduits séminifères dans l'urètre et en dehors d'eux, se trouvait une vésicule séminale. Chaque canal déférent communiquait avec sa vésicule correspondante. Un liquide blanchâtre remplissait chacune des deux vésicules séminales. Examiné au microscope, on y a constaté des globules particuliers et des lamelles d'épithélium, mais on n'a pas pu y découvrir de spermatozoaires.

BIBLIOGRAPHIE.

ÉTUDES BIOSTATIQUES (BIOSTATISCHE STUDIEN); par le docteur WALFER, à Roth (royaume de Wurtemberg).

C'est sous ce titre qu'a paru en 1849, dans le cahier annuel d'histoire naturelle du Wurtemberg, un mémoire sur lequel M. le docteur Diruf fit un rapport à la Société allemande des médecins et naturalistes, à Paris, dans sa séance du 21 mai 1850. Nous empruntons à ce recueil l'extrait suivant :

Quoiqu'il soit suffisamment connu que le nombre des naissances et des morts varie d'heure en heure, de jour en jour, de mois en mois, mais qu'après un certain laps de temps, on les voit reparaître, et en même nombre, ce qui fait paraître les naissances et les morts comme des fonctions qui dépendent évidemment des rapports variables de la terre avec le soleil, on s'est toujours contenté d'indiquer les valeurs variables de ces fonctions, sans essayer de déterminer le rapport qui existe entre la grandeur variable indépendante et la fonction dépendante variable.

Le docteur Walfer vient d'essayer pour la première fois de déterminer, sinon la fonction même, du moins la somme équivalente, en se servant pour ce calcul des séries de Fourier, au moyen desquelles on peut transformer en un équivalent, qui la représente en toutes circonstances, toute fonction connue ou inconnue. Le médecin wurtembergeois s'est proposé spécialement de résoudre ce problème : *« Quelle est l'influence qu'exercent les époques de la journée et de l'année sur la reproduction et la mort physique de l'organisme humain dans une localité donnée? »*

Dans le but de se procurer les éléments nécessaires pour ce calcul, l'auteur a dépouillé les registres des naissances et des morts de toutes les paroisses du district wurtembergeois de Leutkirch, de 1808 à 1845, en enregistrant chaque cas d'après l'année, le mois, le jour et l'heure, moyen par lequel il a en à sa disposition 23,960 morts et 27,801 naissances, éléments qui n'avaient jamais été utilisés jusque-là, du moins dans ce but.

Après avoir fait l'exacte description géographique de ce district et en avoir considéré la longitude, la latitude, la superficie en milles (8,075 milles géographiques), la hauteur moyenne, l'élévation au-dessus de la mer, les degrés extrêmes et moyens de température, la quantité d'eau météorique, l'état moyen du baromètre, du thermomètre et du psychromètre, la direction moyenne des vents, la population (de 20,934 âmes), les produits agricoles et la nature des aliments, et même l'état sanitaire, en comparant d'une manière succincte le nombre des morts à celui des cas de maladie, l'auteur en vient à calculer la courbe moyenne annuelle et quotidienne, met en parallèle la courbe résultant de ses calculs avec celle que démontre l'observation, et à l'aide de ces données, il répond aux questions suivantes :

1° Quelle est la mortalité à une heure quelconque de l'année?

2° A quel moment de la journée ou dans quel mois observe-t-on le maximum et le minimum dans la mortalité?

3° Quels changements subit-elle pendant tel ou tel laps de temps?

4° Quelle est la somme des décès qui ont eu lieu pendant un laps de temps quelconque?

Dans la courbe annuelle, le maximum de la mortalité correspond aux mois de mars et d'avril, et son minimum à celui de juillet. La courbe quotidienne présente une *augmentation* presque *régulière* de minuit à huit heures du matin, pour offrir de cette heure-là à midi une *diminution* tout aussi *régulière* du nombre des décès. En revanche, après midi, on observe des oscillations irrégulières jusqu'à une heure du matin, moment de la journée où la mortalité est à son minimum.

La chaleur solaire et la pression atmosphérique n'exercent évidemment aucune influence sous ce rapport; mais l'analogie de cette courbe avec les oscillations de déclinaison de l'aiguille aimantée est très-remarquable. De même que la mortalité atteint à huit heures du matin son point de retour, de même l'aiguille de déclinaison quitte alors sa direction orientale pour s'acheminer vers l'ouest. De même que la mortalité a atteint à une heure de la nuit le point le plus bas de sa décroissance, et monte dès lors avec des oscillations irrégulières jusqu'à six heures du matin, moment où elle commence à descendre pour atteindre de nouveau son minimum absolu à une heure de la nuit : de même aussi l'aiguille aimantée atteint, dans la partie de la terre où nous sommes justement à cette même heure, le point le plus occidental de sa marche, et se dirige dès lors en formant des oscillations irrégulières vers l'est, pour revenir au point le plus oriental de sa marche précisément à la même heure.

Comme on a toute raison, continue l'orateur, de chercher la principale source du magnétisme terrestre dans le soleil, l'influence directe de cet astre sur les oscillations quotidiennes de la mortalité se trouve ainsi prouvée. L'observation faite par Bouzorini des rapports intimes qui unissent le choléra et le magnétisme terrestre présente à ce point de vue beaucoup d'intérêt.

M. le docteur Walser exprime dans son mémoire le désir que les résultats de ses recherches soient contrôlés par de nouvelles recherches faites dans d'autres lieux, et autant que possible avec des matériaux plus nombreux encore.

Nous nous abstenons donc pour le moment de tout jugement sur cette question, et nous avertissons ceux de nos confrères qui désireraient s'occuper de recherches analogues que la société allemande des médecins et des naturalistes à Paris (rue Hautefeuille, n° 32) est chargée par l'auteur de leur donner des exemplaires du mémoire.

Des travaux de ce genre aideraient à trouver la solution des questions importantes traitées dans ce mémoire, si leurs résultats confirmaient ceux qui s'y trouvent exposés; aussi croyons-nous devoir appeler l'attention du public médical français sur ce travail dans le but d'engager les savants à de nouvelles recherches sur ce sujet.

Dans une lettre que M. Welser a dernièrement adressée à la société allemande, il lui communique en quelques mots la découverte qu'il vient de faire d'une nouvelle loi, dont voici le résumé : si l'on considère le rayon solaire, c'est-à-dire la distance variable de l'espace qui sépare le soleil de la terre comme la grandeur variable d'une force décomposable en ses deux facteurs F et G, d'après deux axes coordonnés, perpendiculairement l'un à l'autre, et dont l'un passe par le zénith et le nadir, tandis que l'autre, qui lui est perpendiculaire, passe par le point du plan horizontal, dont l'azimuth est égal à =0, où par conséquent la distance variable du soleil à la terre serait comme résultante de F et de G ; — *le changement de mortalité pendant l'année est directement proportionnel à la somme des forces composantes et (inversement) parallèle au cube des résultantes.*

Nous ne pouvons que donner brièvement ici ce résultat, dont l'exposé plus détaillé se trouvera dans la prochaine livraison du recueil périodique publié par la société wurtembergeoise des sciences naturelles.

EMPLOI MÉDICAL DE L'ARSENIC, PARTICULIÈREMENT DANS LES MALADIES DE LA PEAU ET LES FIÈVRES INTERMITTENTES ; par le docteur GIBERT, médecin de l'hôpital Saint-Louis. — Broch. in-8° de 52 pages. — Paris 1850.

Presque oubliées depuis Fodéré, qui les avait, à l'imitation des médecins de l'Allemagne et de l'Angleterre, accueillies dans le traitement des fièvres intermittentes, les préparations arsenicales, de nouveau préconisées par Biett contre les *maladies de la peau*, semblent aujourd'hui reprendre quelque faveur.

M. Gibert, qui depuis longues années se livre à l'enseignement clinique des maladies de la peau, a repris les expériences de Biett, et publie aujourd'hui le résultat de ces expériences, précédées dans la brochure que nous analysons non-seulement d'un résumé pratique de l'emploi médical de l'arsenic dans les *fièvres intermittentes* et le *cancer*, mais encore de l'exposé historique complet de la médication arsenicale.

Sans partager, à beaucoup près, l'enthousiasme de quelques dermatologues qui ont préconisé outre mesure cette médication dans toute affection dartreuse rebelle, M. Gibert combat les craintes singulièrement exagérées que certains praticiens ont exprimées sur l'emploi médical de l'arsenic. Il ne croit pas à l'espèce d'empoisonnement lent et tardif annoncé presque comme inévitable par quelques hommes de l'art timorés, chez les malades traités d'après cette méthode, pourvu qu'à l'imitation des médecins anglais et allemands du dernier siècle, et surtout à l'exemple de M. Boudin, on n'administre l'*acide arsenieux* qu'à l'état de dissolution très étendue, et qu'on ait soin, comme le pratiquait Biett, de suspendre l'administration du remède dès que se développent des indices un peu prononcés d'irritation gastro-intestinale.

M. Gibert a adopté dans sa pratique la formule de M. Boudin, qui n'est elle-même que la reproduction à dose réduite et plus rationnelle de la liqueur arsenicale préconisée contre le cancer, dès 1775, par le docteur Lefèvre de Saint-Ildefond.

Dissous à chaud dans l'eau distillée à la dose de 5 centigr. pour 500 gr. de liquide, l'acide arsenieux peut, sans inconvénient aucun, être administré à la plupart des sujets adultes de la manière suivante.

On partage en cinq fioles la liqueur ci-dessus formulée, et chaque fiole, contenant un centigramme d'acide arsenieux, sert de dose quotidienne.

Un grand nombre de sujets atteints de *psoriasis* ont été traités d'après cette méthode à l'hôpital Saint-Louis, dans les salles de M. Gibert. Mais on peut, pour plus de sûreté, diviser encore cette dose et l'étendre davantage, en ne donnant chaque matin que la moitié de la fiole et l'ajoutant à un demi-verre d'eau et de sirop de gomme.

Nous trouvons dans le Mémoire de M. Gibert un assez grand nombre d'exemples de maladies diverses, et particulièrement d'affections graves de la peau, où la médication arsenicale a paru jouir d'une efficacité réelle. Toutefois, et pour le *psoriasis* en particulier, le relevé numérique tracé par l'auteur est loin d'établir la supériorité de cette médication sur les autres plus usitées.

On en jugera facilement par l'exposé succinct des faits :

Les observations relatives au traitement des affections squammeuses (*psoriasis* et *lepra vulgaris*) sont divisées en deux catégories : les unes ont trait aux sujets soumis à diverses médications usitées dans les maladies dartreuses; les autres sont relatives aux sujets traités par la médication arsenicale.

Cette seconde division comprend 98 malades, dont 40 ont été guéris, soit par la solution de Pearson (à la dose de 1 à 3 grammes par jour, élevée quelquefois jusqu'à 5 ou 6), soit, plus communément, par la *liqueur acide* formulée précédemment, dont la dose ordinaire représentait 1 centigramme d'acide arsenieux en solution dans 100 grammes d'eau.

Mais tous ces individus ont employé concurremment des remèdes topiques qui ont pu contribuer à la guérison, tels que bains de vapeur, bains sulfureux, fumigations sulfureuses, lotions chlorurées, pommades résolutives. Quelques-uns seulement n'ont pris que les bains (ordinairement impuissants quand ils sont employés seuls), et n'ont point usé d'autres topiques. Vingt cas ont été réfractaires au traitement, bien que pour quelques-uns le séjour de l'hôpital ait été prolongé durant plus d'un mois.

Les autres malades n'ont éprouvé qu'une amélioration et une résolution de l'éruption qui ont permis la sortie de l'hôpital, mais qui ne sauraient équivaloir à une guérison. Chez plusieurs, la récidive a eu lieu au bout d'un certain temps.

Donc, en résumé, sur 98 cas de psoriasis traités par les préparations arsenicales (secondées par l'usage des bains et divers topiques), nous trouvons 40 guérisons, 20 cas d'insuccès et 38 cas d'amélioration ou de résolution, soit complète, soit passagère. Cette proportion est certainement encore très-avantageuse au traitement arsenical, et il n'est pas douteux que, parmi les 40 cas de guérison, on ne doive compter plusieurs récidives.

Voyons maintenant les résultats obtenus dans les 119 cas où les préparations arsenicales n'ont point été administrées. Les médicaments externes sont restés les mêmes, quelquefois même ils ont été employés seuls.

Nous comptons ici 59 guérisons, la moitié des sujets, proportion plus forte, par conséquent, que pour le traitement arsenical, mais sujette aux mêmes réserves pour la durée et la solidité de la cure. La plupart de ces malades ont pris à l'intérieur des purgatifs, soit les pilules de belloste, soit l'eau de Sedlitz (beaucoup plus habituellement), soit le jalap. Quelques-uns ont pris l'acétate d'ammoniaque; trois seulement le sirop de dento-iodure ioduré (ils avaient des antécédents syphilitiques); un assez grand nombre usait alternativement de l'eau sulfureuse d'Enghien et de l'eau de Sedlitz.

De tous les topiques résolutifs employés, la pommade au goudron s'est montrée la plus active et la plus efficace, tellement que l'éruption, restée stationnaire chez plusieurs sujets, n'a cédé que lorsqu'on l'a attaquée avec ce topique. Toutefois, les bains de vapeur, les fumigations sulfureuses et les bains sulfureux se sont toujours montrés de puissants auxiliaires; ils ont même eu, dans certains cas, tous les honneurs de la cure. Il n'en a pas été de même des bains de sublimé vantés outre mesure par un professeur de la Faculté de Paris. Ils ont été essayés pendant 20, 30, 40 jours de suite chez une douzaine de malades. Un seul en a éprouvé des effets bien supérieurs à ceux des autres bains salins. Chez plusieurs individus, ils n'ont produit aucune amélioration. La formule était la suivante :

25 grammes de sublimé corrosif dans 120 grammes d'alcool, ajoutés à

une bouteille d'eau distillée qu'on versait dans l'eau du bain au moment de le prendre.

23 cas ont été réfractaires au traitement, après un séjour à l'hôpital variant de un à plusieurs mois. C'est encore une proportion plus avantageuse que pour le traitement arsenical, où 20 cas ont résisté sur 98.

Les autres cas ont présenté cette résolution plus ou moins complète qui est regardée comme suffisante par les malades, et qui les engage à quitter l'hôpital, sauf à y revenir plus tard si l'éruption se reproduit de nouveau avec quelque intensité.

On voit, en dernière analyse, qu'en comparant les deux séries de faits qui appartiennent, l'une à la médication arsenicale, l'autre à des médications différentes, on trouve des résultats assez analogues, quoique à tout prendre plus avantageux encore dans le second cas que dans le premier.

Or, comme dans les deux séries la médication externe est restée à peu près la même, il paraît très-légitime de conclure que c'est surtout à celle-ci, c'est-à-dire aux bains, aux lotions et aux pommades résolutives qu'il faut attribuer les résultats obtenus. Ces résultats donnent d'une manière très-générale un peu moins de la moitié des malades guéris par un traitement dont la durée varie d'un mois à deux, trois, quatre, cinq mois et quelquefois plus, un cinquième à un sixième des cas complétement réfractaire ou à peu près; le reste, enfin, n'obtenant qu'une résolution soit incomplète, soit temporaire.

Toutefois, gardons-nous de donner aux relevés arithmétiques la valeur thérapeutique qu'une école moderne s'est efforcée de leur assigner. Ce n'est pas à des masses que le médecin a affaire, c'est à des individus, et il lui suffit d'avoir constaté l'efficacité d'une certaine combinaison de moyens thérapeutiques dans un nombre de cas déterminés pour conseiller ces remèdes aux malades qui accourent à lui, car il ne lui est pas toujours possible de prévoir si l'individu qui le consulte sera appelé à faire partie du chiffre des guérisons ou de celui des insuccès, et, dans le *psoriasis* en particulier, il a du moins, dans la grande majorité des cas, l'espoir de procurer une amélioration qui pourra se soutenir au moyen d'une persévérance suffisante dans l'emploi des remèdes qui ont réussi.

Mais, dira-t-on, si les préparations arsenicales n'ont pas montré une efficacité supérieure à celle des autres médicaments, pourquoi les prescrire puisqu'elles sont plus dangereuses que toutes les autres?

D'abord (répond M. Gibert) nous avons éprouvé qu'administrés dans la mesure et avec la surveillance convenables, et surtout à l'état de dilution dans une grande quantité de véhicule aqueux, elles n'offraient pas plus de danger que beaucoup d'autres remèdes, que les purgatifs répétés, par exemple, dont on a fait de tout temps un si grand usage dans le traitement des maladies de la peau. En second lieu, puisqu'elles ont montré de l'efficacité chez un certain nombre de sujets, comment les bannir du traitement d'affections qui offrent si souvent une opiniâtre résistance à tous les remèdes qu'on leur oppose? Seulement nous pensons qu'on a beaucoup exagéré leur vertu, et surtout qu'on a beaucoup trop généralisé leur emploi. On doit les réserver uniquement pour les cas réfractaires aux médications ordinaires, et sous ce rapport le *psoriasis* rentre parfaitement dans la classe des affections où il est permis d'y avoir recours.

Dans ce chapitre, M. Gibert n'a pas cru devoir, comme dans les précédents, rapprocher de ses propres observations celles publiées par d'autres observateurs. Ce n'est pas (dit-il) assurément que nous prétendions suspecter la bonne foi de personne, mais c'est que nous savons combien il est facile de se faire illusion, soit sur la part que l'on peut attribuer aux préparations arsenicales dans les résultats obtenus, soit sur la durée et la certitude de ces résultats. Ne nous est-il pas arrivé plus d'une fois à nous-même de regarder comme guéris des sujets chez lesquels l'éruption seulement palliée se reproduisait presque aussitôt? N'avons-nous pas vu sous la seule influence de conditions hygiéniques favorables disparaître des éruptions dont on aurait pu, sans contredit, attribuer la cure aux préparations arsenicales, si celles-ci avaient été prescrites aux malades?

VARIÉTÉS.

— HOPITAL DU VAL-DE-GRACE; ÉCOLE D'APPLICATION DE LA MÉDECINE MILITAIRE. — Nous venons d'apprendre les nominations des directeurs et des professeurs de cet établissement, qui fixe déjà les regards de tout le corps de santé de l'armée, et qui comme fondation nouvelle et d'intérêt public mérite d'attirer aussi l'attention et la sollicitude du monde médical :

M. l'inspecteur Alquié, membre du conseil de santé, a fixé le choix du ministre, et est appelé, en dehors du service ordinaire des inspecteurs, à organiser et à diriger cette institution à laquelle la médecine militaire devra sans doute un nouvel éclat.

Les professeurs ordinaires sont MM. Maillot (clinique interne), Sedillot (clinique externe), Lustreman (médecine opératoire), Champouillon (hygiène et médecine légale), Poggiale (chimie).

— JURYS MÉDICAUX. — Par décision du ministre de l'instruction publique, les sessions des jurys médicaux pour 1850 sont ainsi réglées :

Paris (1re division, M. Adelon, président) : Maine-et-Loire, 30 septembre; Ille-et-Vilaine, 4 octobre; Sarthe, 9 octobre; Calvados, 13 octobre; Seine-Inférieure, 17 octobre; Seine-et-Oise, 28 octobre. — (2e division, M. Bérard, président) : Somme, 15 septembre; Pas-de-Calais, 12 septembre; Nord, 27 septembre; Aisne, 4 octobre; Yonne, 11 octobre; Indre-et-Loire, 15 octobre.

Montpellier (1re division, M. Boyer, président) : Charente-Inférieure, 30 septembre; Charente, 7 octobre; Dordogne, 14 octobre; Gironde, 21 octobre; Lot-et-Garonne, 30 octobre; Gers, 6 novembre; Basses-Pyrenées, 11 novembre; Haute-Garonne, 18 novembre; Aude, 30 novembre. — (2e division, M. Bech, président) : Bouches-du-Rhône, 30 septembre; Vaucluse, 12 octobre; Isère, 19 octobre; Puy-de-Dôme, 30 octobre.

Strasbourg (1re division, M. Stœber, président) : Doubs, 3 septembre; Côte-d'Or, 9 septembre; Rhône, 16 septembre. — (2e division, M. Tourdes, président) : Meurthe, 4 septembre; Marne, 11 septembre.

— On sait que d'après les intéressantes recherches de M. Chatin, l'iode se rencontre dans presque toutes les eaux douces; il existe dans les plantes, les animaux terrestres, dans les liqueurs fermentées, le vin, le cidre, le poiré, dans le lait, les œufs. Il fait partie de la terre arable, et sa présence en un mot est presque générale dans tous les aliments qu'emploie l'homme. L'iode fait-il défaut dans les eaux de certaines sources et de certaines contrées, on remarque dans ces pays moins de santé chez les habitants, et une prédisposition toute particulière aux scrofules et au goitre. Les eaux de puits, toutes si malfaisantes, ne contiennent pas, à beaucoup près, autant d'iode que les eaux douces, et l'eau provenant de la fonte des neiges en est totalement dépourvue.

Ces observations ont conduit M. le docteur Quesneville à examiner quelle serait la meilleure forme sous laquelle on pourrait administrer l'iode en médecine. L'iodure d'amidon soluble lui a paru remplir les meilleures conditions.

Combiné à un corps comme l'amidon, si facilement assimilable aux autres principes de la digestion, l'iode se trouve mis à nu aussitôt son arrivée dans l'estomac, et dégagé de sa combinaison. Il agit alors comme agirait l'iode s'il était administré à l'état de pureté, et non combiné aux alcalis ou aux métaux qui lui font perdre une partie de ses vertus.

En essayant de reproduire l'iodure d'amidon soluble, M. Quesneville a remarqué que le sucre, chauffé pendant quelque temps avec l'iodure d'amidon précipité en pâte, avait la propriété de lui donner de la solubilité, et que le sirop qu'on obtenait était d'une couleur bleue très-foncée et parfaitement transparent; ce qui permet de préparer un sirop avec l'iodure d'amidon.

L'iodure d'amidon n'a aucune saveur désagréable, il n'irrite point l'estomac, et il peut sans inconvénient être pris à haute dose, ce qui ne sera pas du reste nécessaire, car il agit avec une grande activité et très-promptement, comme nous en avons été témoin. Voulant savoir à quelle dose on pourrait préparer un sirop d'iodure d'amidon, M. Quesneville en a préparé lui-même et il a pu obtenir les proportions de 10 grammes d'iodure d'amidon par kilogramme de sirop, ce qui représente, d'après la composition de l'iodure d'amidon, 4 grammes d'iode par kilogramme.

— ÉTAT SANITAIRE DE LONDRES. — Au 31 août, l'état sanitaire était dans de meilleures conditions qu'habituellement. Il y a eu, pendant la dernière semaine, 882 morts. Le chiffre de la mortalité, à cette époque de l'année, étant de 968, cela fait une réduction de 86.

Dans la dernière semaine d'août 1849, le choléra avait enlevé 1,663 personnes, et la diarrhée (diarrhœa), 234. Cette année, les cas de choléra n'ont pas été au delà de 4; le chiffre des diarrhées ne dépasse pas 118.

Les maladies qui ont été les plus fréquentes sont le typhus et la scarlatine. Le typhus a enlevé 14 enfants, 23 adultes et 3 personnes âgées; 40 cas mortels en totalité. La scarlatine a été fatale à 24 enfants, à 4 adultes et à 1 vieillard.

Du 31 août au 7 septembre, 899 morts et 1,474 naissances ont été enregistrées pendant la semaine. Cette mortalité est près de la moyenne et le chiffre des naissances la dépasse de 575.

Dans la première semaine de septembre 1849, 3183 personnes moururent à Londres, dont 272 de diarrhée (*diarrhœa*) et 2026 de choléra. C'est dans cette semaine que la mortalité a été la plus élevée. Aujourd'hui il y a eu 75 morts par suite de diarrhée et 8 de choléra. Ces derniers cas sont ainsi caractérisés :

Choléra anglais	3
Cholera infantum	3
Cholera biliosa	1
Choléra malin	1

Il y a eu 35 cas mortels de scarlatine ou d'angine maligne principalement sur des enfants; et 48 cas de typhus.

Des comités d'hygiène viennent d'être nommés par acte de l'autorité dans 17 villes dont les principales sont Carlisle, Darlington, Southampton, Exmouth, etc. Ils fonctionneront sous la direction du comité général d'hygiène publique.

— *Un document officiel* nous donne le chiffre suivant des dépenses du *Comité général d'hygiène* jusqu'au 31 mars de cette année. Ces frais s'élèvent à 202,080 fr. Les frais de voyages et autres dépenses de la commission chargée d'inspecter les asiles des *aliénés*, ont été pendant l'année qui vient de s'écouler de 58,800 fr. La chambre a voté à la dernière session 200,000 fr. pour les dépenses de chacune de ces institutions d'intérêt public et de haute utilité.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : EMPLOI DU SEIGLE ERGOTÉ DANS LES ACCOUCHEMENTS.

Il faut croire qu'il est très difficile de suivre tout simplement le droit chemin de l'expérience et de la raison, et qu'on trouve un charme particulier à se jeter dans les opinions extrêmes ; il le faut croire, quand on voit, sur un sujet vulgaire de pratique, les hommes que leur âge ou leur position désignent comme les plus expérimentés, se laisser entraîner à des exagérations telles que celles qui se sont produites dans la dernière séance de l'Académie de médecine. Ceci s'adresse particulièrement aux membres qui ont voulu décharger le seigle ergoté de tous les méfaits sans exception dont l'accuse l'opinion générale et qui l'ont traité en *victime de la calomnie*, sans pourtant épargner tout à fait quelques-uns de ceux qui se sont appliqués à faire ressortir les malheurs imputables à l'emploi de ce médicament. Frappé de l'accroissement continu du nombre proportionnel des enfants mort-nés, informé d'ailleurs par MM. les médecins vérificateurs des décès dans la ville de Paris que l'ergot de seigle avait été administré dans un grand nombre de cas où l'enfant avait succombé pendant le travail de l'accouchement, M. le préfet de la Seine s'était adressé à l'Académie de médecine pour savoir si, en réalité, on devait mettre sur le compte de l'ergot cette augmentation de mortalité, et si, en conséquence, il ne serait pas à propos de prendre à cet égard quelque mesure d'intérêt public. M. le préfet, agrandissant la question, demandait encore si la même substance ne pouvait pas entraîner des suites funestes pour la mère et ne mettait pas trop aisément entre les mains des malintentionnés un moyen commode d'avortement.

Ce dernier point n'a pas été abordé dans la discussion ; mais sur tous les autres la lutte s'est engagée et a pris bientôt, grâce à M. Gerdy, une vivacité qu'elle ne promettait pas tout d'abord. Un rapport sensé et prudent qui, par la sagesse du fond et la modération de la forme, semblait porter la paix dans ses flancs, et où l'auteur n'avait pas même laissé percer, avec tout le relief qu'il y a mis plus tard, ses mauvaises dispositions à l'égard du seigle ergoté comme moyen obstétrical, un rapport, disons-nous, dû à la plume correcte de M. Danyau, avait établi que le seigle ergoté, *imprudemment administré*, pouvait déterminer la mort de l'enfant et des lésions plus ou moins graves chez la mère. M. Velpeau a fortement appuyé cette conclusion ; M. Moreau plus fortement encore, en ajoutant que dans le cours d'une pratique de quarante ans, il n'avait peut-être pas employé dix fois le seigle ergoté. C'est à ce moment qu'est intervenu M. Gerdy. Au faubourg Saint Germain, théâtre assez commun de la pratique de M. Moreau, il a opposé le faubourg Saint-Martin où il paraît que l'honorable orateur a jadis exercé l'art des accouchements. Si l'argumentation de M. Gerdy avait été aussi solide qu'elle a été véhémente, s'il avait réservé pour elle toute la vigueur qu'il a déployée dans le geste et dans la voix, toute résistance eût été impossible. Mais, que M. Gerdy nous permette de le lui dire, le caractère absolu et excessif de son opinion suffirait à lui seul pour en éloigner quiconque y réfléchira avec calme pendant quelques secondes. M. Gerdy n'a *jamais* vu le seigle ergoté produire d'accidents. Tout le mal qu'on en dit n'est que calomnie ; c'est un médicament qui répond toujours à l'appel du médecin et ne le trompe en aucun cas. Mais voyons : le seigle ergoté exerce-t-il sur la matrice une action puissante, oui ou non ? L'emploi en est-il, oui ou non, soumis à de certaines indications ? Est-il indifférent de l'administrer au début de l'accouchement ou à la fin, dans l'état d'inertie de la matrice ou dans l'état contraire, quand le col est contracté ou quand il est dilaté, quand le plancher périnéal est assoupli ou quand il est rigide ? Les doses ne doivent-elles pas être appropriées à certaines conditions particulières ? Est-il vrai enfin que les résultats diffèrent suivant que l'administration du remède a été, sous un rapport ou sous un autre, opportune ou intempestive. Sur tous ces points, la réponse ne saurait être douteuse, et M. Gerdy lui-même répondrait sans doute comme tout le monde. Eh bien ! c'en est assez, ce nous semble, pour condamner l'outrecuidance de son opinion. Quoi ! le seigle ergoté aurait eu, dans le faubourg Saint-Martin, ce singulier privilége d'être toujours venu à point, pour aider la nature et non pour la contrarier ! il n'aurait jamais rencontré un praticien inexpérimenté, une sage-femme ignorante ! Nous n'avons qu'un mot à répondre. Si M. Gerdy n'a jamais vu d'accidents imputables au seigle ergoté, il en verra, pour peu qu'il en soit curieux. Et nous allons plus loin : si tous les accoucheurs réunis faisaient la même déclaration que M. Gerdy, nous leur tiendrions le même langage. Et encore ce serait de notre part pure politesse ; car nous penserions au fond du cœur qu'ils auraient mal observé. L'observation et l'expérience elles-mêmes sont récusables quand elles vont contre le bon sens et la logique.

Mais est-ce qu'il n'y a pas de preuves plus directes de la funeste action du seigle ergoté sur l'enfant et sur la mère ? Assurément il y en a. Parmi celles que la discussion a fournies, il en est qui n'ont pas toute la valeur désirable, mais ce qui en reste suffit bien pour édifier tout esprit exempt de prévention.

Nous n'attachons pas une très-grande importance à la statistique qu'a invoquée M. Velpeau. Il se peut que le chiffre *officiel* de la mortalité des nouveau-nés soit plus élevé qu'il ne l'était avant l'emploi de l'ergot ; cela ne prouve pas que l'ergot ait été la cause d'une augmentation de mortalité, ni même que la mortalité se soit réellement accrue. M. Villermé, si compétent en ces sortes de matières, a fait remarquer que l'élévation de ce chiffre date d'une époque postérieure à l'introduction de l'ergot dans la pratique obstétricale, et il l'attribue, pour sa part, au soin plus scrupuleux qu'on apporte maintenant à la confection des tables statistiques. Il en serait autrement de relevés analogues à ceux qui ont éveillé l'attention de M. le préfet, plus étendus seulement et plus complets, dans lesquels chaque constatation de naissance, que l'enfant fût mort ou vivant, serait accompagnée d'une mention concernant l'emploi ou le non-emploi du seigle ergoté ; mais nous n'en sommes encore sur ce point qu'aux *desiderata*.

Les données de l'observation physiologique et pathologique sont plus positives. Le seigle ergoté éveille la contractilité de l'utérus, personne ne le nie ; mais s'il a été donné à dose un peu forte, il ne se borne pas à rendre plus fréquentes et plus énergiques les contractions naturelles ; il provoque un état de rigidité continue, en quelque sorte tétanique, de la fibre utérine, et les contractions expulsives n'en sont que la plus haute expression. Cette remarque de M. Moreau est de toute justesse. Il faut ajouter que ce n'est pas là peut-être toute la différence qui sépare les contractions na-

Feuilleton.

IMPRESSIONS DE LECTURE. — UN VIEUX CATALOGUE.

« Publiez vos vers et qu'on n'en parle plus. »
(H. DE LA TOUCHE.)

Vous est-il arrivé quelquefois, cher lecteur, de parcourir un *vieux catalogue* de livres de médecine et de chirurgie ? En tout cas, essayez-en ; il n'est peut-être pas de lecture plus digne d'un homme grave et plus instructive. Je ne connais rien de mieux, rien de comparable pour anéantir les décevantes illusions du mirage que se fait toujours un auteur, même le plus modeste. En effet, quel cimetière qu'un vieux catalogue de livres de médecine ! Combien de doctrines anéanties, combien de systèmes aujourd'hui ignorés, combien de livres morts depuis longtemps ! Que de noms oubliés, que de réputations effacées, de prétentions avortées, d'échasses brisées ! Ah ! oui, il n'y a qu'à voir ce qui reste de ces réputations d'autrefois, de ces fanfares de renommée, pour se calmer dans son ambition au cas que ce démon exalte et flatte secrètement le cœur. Et maintenant, si chacun de ces auteurs entendait ce qu'on dit de son livre, en supposant, chose extraordinaire, qu'on en parle quelquefois, à coup sûr son orgueil serait rudement froissé, cruellement puni ! C'est une terrible leçon, c'est un effrayant modérateur de l'amour-propre qu'un vieux catalogue : je ne dis pas un catalogue d'un siècle ou deux, mais seulement de cinquante et même de vingt ans. Encore une fois faites-en l'expérience.

A quoi cela tient-il ? Le voici : C'est que si l'on faisait la sévère énumération des vérités, je dis de ces vérités inébranlables, acquises par la science au profit de l'humanité, le compte en serait bientôt fait. N'est-ce pas une espèce de charlatanisme de l'esprit humain que ces immenses collections de volumes rangés avec faste dans nos bibliothèques et qui la plupart périssent de poussière, de sécheresse ou d'humidité ? Otez-en ce qui n'est qu'opinion, incertitudes, système, conjectures, discussions, rêveries, chimères, médisances, vous aurez une bibliothèque tout à fait modeste, et le catalogue n'en sera ni long ni ennuyeux. Les livres nous écrasent, disait-on à un homme illustre ; « c'est que vous ne les pesez pas, » répondit-il, et rien de plus vrai. Malheureusement ils sont tous alignés, tous exposés par ordre alphabétique dans de vieux catalogues ; pas un n'y manque ; ce sont véritablement des registres mortuaires où les grands, les petits, les médiocres, les riches, les pauvres, les bons, les mauvais sont placés sous leur numéro d'ordre ; ici on ne voit que les noms et les titres ; autant d'épitaphes.

Toutefois, en lisant avec attention un vieux catalogue, à quelque distance d'époque qu'on le place, on ne tarde pas à s'apercevoir qu'il convient de faire des distinctions parmi ces livres, quoique leur sort soit en apparence le même. On connaît le mot de Martial : *Habent sua fata libelli* ; mais le poëte n'a pas aussi complétement raison que le croient et l'espèrent la sottise, l'ignorance et la vanité ; il n'est pas difficile d'en acquérir la preuve. Ces livres étalés dans un

turelles des contractions provoquées. Le mode, la direction, l'harmonie des premières a été prédéterminée, sans doute, par la nature en vue de l'acte qu'elles sont destinées à accomplir. Les secondes ont-elles le même caractère? Qui pourrait l'affirmer? Bien plus, il est au moins un rapport sous lequel les deux modes d'action ne sont pas parfaitement assimilables. Tandis que la contraction physiologique se distribue de manière à porter toute son action vers le col utérin qui, ordinairement, se laisse dilater par le fœtus, il est des cas où la contraction provoquée porte à tel point sur le col, que celui-ci semble opposer une résistance proportionnée à l'effort dirigé contre lui; souvent même il ne cède qu'en se déchirant; ou, s'il finit par s'ouvrir, il se resserre immédiatement après la sortie du fœtus et met un obstacle sérieux à la délivrance. Nous devons à un accoucheur distingué, M. Depaul, la connaissance d'un cas de ce genre, où il fallut dilater, non sans peine, l'anneau avec les doigts rapprochés en cône pour aller chercher le délivre dans la matrice.

Quoi qu'il en soit de cette question spéciale, la continuité des contractions provoquées par l'ergot de seigle constitue à elle seule un grand danger pour l'enfant. Nous concevons bien qu'on ne se contente pas de quelques observations d'enfants venus morts après l'administration du seigle ergoté; mais la question n'en est pas réduite à ce seul élément. L'auscultation, par exemple, fournit, ce nous semble, un excellent moyen de faire toucher du doigt la fâcheuse influence des contractions. A l'état normal même, les battements du cœur fœtal deviennent obscurs et se ralentissent dans les fortes douleurs; le fœtus continue à vivre néanmoins; pourquoi? Parce que la circulation se rétablit dans les intervalles de repos. Mais si la contraction est presque continue, si l'organe central de la circulation est incessamment gêné dans son mécanisme, comme l'atteste le trouble durable des battements cardiaques. que doit-il infailliblement arriver? Ce qui arriverait à un adulte dont le cœur serait comprimé, c'est-à-dire l'asphyxie. C'est en effet l'asphyxie, comme l'a très-bien dit M. Danyau, qui tue les enfants dans le sein de la mère après l'administration intempestive du seigle ergoté. A cet égard, nous croyons que c'est tout à fait à tort que beaucoup d'accoucheurs font dépendre la mort du fœtus des fortes pressions auxquelles son corps est soumis. Le forceps est là pour dire que la tête du fœtus peut endurer, sans danger de mort, d'assez grandes violences; les poumons, qui ne servent encore à rien, et les viscères abdominaux, passablement malléables, ne sont pas, croyons-nous, plus susceptibles, à moins de ruptures internes, et l'autopsie n'en constate guère dans de telles circonstances. La cause principale, essentielle, de la mort est manifestement dans l'interruption trop prolongée et trop complète de la circulation utérine et placentaire, soit par suite de la contraction et de la condensation du tissu utérin, soit par suite d'un aplatissement trop soutenu du placenta, probablement par les deux causes réunies.

Quant aux dangers que l'administration intempestive de l'ergot fait courir à la mère, on s'en est peu occupé dans la discussion. Ils sont du reste si manifestes, qu'on conçoit à peine qu'on puisse les contester. L'honorable rapporteur a rappelé la rupture du col, du corps même de l'utérus, la mortification de quelques parties molles du bassin incessamment foulées par la tête du fœtus, la production de fistules vésico-vaginales, etc. Nous n'avons rien à ajouter à ce tableau.

On le voit, nous ne ménageons guère le seigle ergoté; nous lui reconnaissons des inconvénients graves; nous le chargeons d'une triste responsabilité. Est-ce à dire pourtant que nous allions aussi loin dans nos répugnances que les adversaires qu'il a rencontrés à l'Académie? Pas tout à fait. Nous avons dit que M. Moreau n'avait pas employé ce remède, en tant que moyen obstétrical, plus de dix fois en quarante ans; sur quoi M. Danyau a renchéri, en déclarant qu'il ne l'avait employé que deux fois en vingt ans. Cependant il serait à propos de ne pas oublier, et M. Danyau le reconnaît lui-même dans son rapport, que les dangers de l'ergot sont inhérents à l'abus qu'on en fait, non à un usage raisonné et prudent. Il y a des cas bien avérés où le seul obstacle à la terminaison de l'accouchement, le vagin étant bien élargi et humecté, le plancher périnéal étant bien souple, réside dans l'inertie de la matrice. Alors il n'y a de choix qu'entre le forceps et le seigle ergoté. Mais qui ne sait à quelles réserves est condamné le forceps, surtout dans la pratique civile? Et puis, quand l'indication du seigle ergoté est si positive, n'y a-t-il pas moyen, par un dosage approprié, de n'obtenir de lui que la somme d'action nécessaire à la facile terminaison du travail? Quand, après la délivrance, l'utérus ne revient pas sur lui-même, que fait-on? On porte la main dans sa cavité, et après l'avoir débarrassée des caillots, on en titille les parois. On ramène ainsi les contractions. Le même effet peut être obtenu, ce nous semble, avec l'ergot, mais employé à dose telle qu'il soit susceptible, non plus de provoquer ces fortes et durables contractions dont nous parlions tout à l'heure, mais seulement de ranimer, de *mettre en branle*, pour ainsi dire, les contractions physiologiques. Avec cette précaution, et dans les conditions d'opportunité où nous nous supposons, nous croyons qu'on serait à l'abri de tout malheur.

On a insinué qu'il serait à propos d'interdire l'emploi de l'ergot aux sages-femmes. Il faut pourtant, si la loi reconnaît une profession, qu'elle laisse les moyens de l'exercer. Elle a déjà, par une disposition expresse, interdit aux sages-femmes l'usage du forceps. Que leur restera-t-il contre les cas d'inertie de l'utérus? Il leur restera, dit-on, la ressource d'appeler un médecin. A la bonne heure; mais à ce compte, il n'y aurait pas grand mal à supprimer les sages-femmes; de bonnes garde-malades feraient l'affaire. Nous ne pensons pas non plus qu'on puisse interdire, comme l'a proposé le même membre, l'emploi de l'ergot dans les cas où le travail sera présumé devoir durer encore trois quarts d'heure environ. C'est trop ou trop peu. Il est des circonstances où l'ergot donné à une époque plus voisine de la fin du travail peut occasionner des accidents; il en est d'autres où il pourra être administré avec avantage à une époque plus reculée. C'est là une de ces propositions désespérées dont la mise à exécution soulève plus de difficultés qu'elle n'en résout.

L'Académie a mieux fait de renvoyer, conformément à la conclusion du rapport, tout ce qui concerne les attributions des sages-femmes, à la législation attendue sur la pratique de la médecine. Elle avait déjà voté la conclusion relative aux dangers de l'ergot *imprudemment* administré.

A. Dechambre.

---

vieux catalogue doivent être placés dans des rangs bien différents. De tous les temps, il a existé de ces charlatans qui font un livre pour vanter leurs drogues, annoncer leur médicament, leur procédé curatif; Dieu sait les arguments, les niaiseries, les sottises, les mensonges, auxquels ils ont recours; nouvelle preuve que toute la boue ne va pas dans les égoûts; cependant les voilà dans le vieux catalogue, bien et dûment enregistrés. Un peu au-dessus d'eux on remarque des auteurs médecins qui ont la prétention de *se poser en célébrités*; faire un peu de bruit et gagner beaucoup d'argent, tel est leur but réel. En effet, avec une certaine habileté, un certain public, ils font parler de leur méthode, de leur livre, des surprenantes guérisons qu'ils opèrent, mais la gloire de leurs ouvrages est absolument viagère, car elle dépasse rarement la vie de l'auteur. On pourrait en rapporter de nombreux exemples; je me contente d'un seul. Pomme, médecin du dernier siècle, s'avisa ou feignit de croire que les maladies nerveuses n'étaient que le résultat du *racornissement des nerfs*, qu'il fallait en conséquence prendre des bains de cinq, de dix, de quinze heures, faire même, s'il était possible, sa demeure de sa baignoire. Ce ridicule système n'en eut pas moins une vogue extraordinaire à la cour et à la ville, comme on disait alors. Pomme s'enrichit, et son livre sur les *vapeurs* est placé comme un autre dans un vieux catalogue. En vérité, quand on a vécu, quand on a réfléchi, on est toujours étonné du bruit que certains noms ont fait et du succès que certains hommes ont eu; mais c'est pour peu de temps: il y a un sceau indélébile d'impuissance et de vanité qui ne tarde pas à frapper les bons esprits.

Rien n'est beau que le vrai, le vrai seul est *durable*.

Cette maxime, si recommandée par un illustre poëte, est surtout applicable en médecine, même quand les ouvrages ne se lisent plus, le nom de l'auteur n'en est pas moins consacré dans les annales de la science; mais ce qui passe et disparaît plus vite, ce qui est rapidement abandonné, méprisé, ce sont les doctrines médicales. Les livres qui les contiennent figurent seulement pour mémoire dans les vieux catalogues; il y a tant de volumes, ils ont paru chez tel libraire et en telle année: voilà ce qui en reste. Le profond savoir, l'habileté, la haute réputation de Boerhaave, ne font plus lire ses ouvrages; bien plus, Broussais, notre contemporain, a déjà presque subi le même sort. Malgré son éloquence, malgré sa polémique ardente, ses bilieuses dénégations et ses fougueuses affirmations, les ouvrages qu'il a laissés ne se vendent plus et se lisent à peine. Encore quelque temps, un vieux catalogue et sa statue au Val-de-Grâce seront les seuls témoignages de son existence, de son triomphe brillant, mais éphémère. Il y a vraiment de ces hommes qui dominent et qui passent, comme il y a de ces courants d'influence scientifique auxquels peu de contemporains échappent d'abord.

De pareils hommes sont pourtant remarquables et leurs livres fixent un instant le regard dans un vieux catalogue; on se dit: ils ont cherché, ils ont creusé, ils ont fait des efforts pour trouver la vérité. Il n'en est pas de même de cette foule d'auteurs, ni bons ni mauvais, ni trop bas ni trop élevés, mais qui ne sont jamais sortis du cercle d'une fade et rampante médiocrité. Compilateurs sans discernement, écrivains sans élan et sans vigueur, vraies cervelles à petit diamètre, frelons bourdonnant sans cesse autour de la ruche scientifique pour y piller le miel d'autrui, regratteurs de doctrines usées et abandon-

PHYSIOLOGIE.

EXAMEN PHYSIOLOGIQUE DU MÉCANISME DE L'ÉRECTION, A PROPOS D'UNE VARIÉTÉ DE PRIAPISME QUI NE SE PRODUIT QUE PENDANT LE SOMMEIL; par E. DEBROU, chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Orléans, membre correspondant de l'Académie de médecine.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

§ III.

Maintenant que nous avons vu ce que l'anatomie et la physiologie nous enseignent sur la turgescence de la verge, nous allons rechercher l'explication de la circonstance particulière que j'ai voulu signaler dans ce travail. Je rappelle, pour ceux qui l'auraient oublié, qu'il s'agit de rendre compte de *l'influence du sommeil sur le priapisme et sur l'érection en général.*

Mais auparavant, afin de débarrasser la question et de la rendre nette, je dois écarter toutes les fausses explications que l'on pourrait présenter.

La cause à trouver ici n'est point dans la chaleur du lit, ni dans le contact d'un coucher dur avec la région dorsale ou lombaire; car le phénomène ne se produit que pendant l'état de sommeil, que celui-ci arrive au commencement ou à la fin de la nuit; il a lieu uniquement durant le sommeil, que l'on soit couché sur le dos, sur le côté ou sur le ventre; que l'on ait même placé (ainsi que cela a été recommandé pour éviter l'érection) un nœud de serviette sur les reins de manière à empêcher le contact du dos avec le lit. Un caleçon de taffetas gommé, que j'avais fait porter à un de mes malades, afin d'établir une sorte d'isoloir entre le corps et le lit, n'a même en rien changé l'état des choses. — La cause n'est pas davantage dans l'accumulation de l'urine dans la vessie, car cette influence agirait tout aussi bien pendant la veille au lit que durant le sommeil; et en outre quant à la valeur générale de cette cause, on remarquera que bien des malades, affectés de rétention d'urine, et ayant la vessie distendue, n'ont point d'érection. Que l'on note d'ailleurs que je ne prétends point nier entièrement, et dans tous les cas l'action de ces causes diverses pour faire naître des érections; je veux seulement indiquer que ces influences diverses sont distinctes de celle qui se développe par le fait même du sommeil.

Comment donc expliquer cette influence du sommeil? Je crois que l'on ne peut trouver une réponse à ce sujet que dans la manière dont agit la moelle sur les moyens mécaniques qui permettent au sang de remplir et de distendre la verge.

Si l'on éloigne l'explication d'une propriété spéciale, l'érectilité, comme étant une ressource qui ne doit être acceptée qu'en désespoir de toute autre théorie satisfaisante, on conviendra que l'idée d'une action musculaire réunit le plus grand nombre de motifs en sa faveur. D'abord, parce que le système nerveux agit sur les fibres musculaires d'une façon connue et appréciable; ensuite, et cette raison est importante, parce que la cause qui détermine l'accumulation du sang dans la verge, étant passagère, transitoire, comme le phénomène de l'érection lui-même, on ne voit pas *quel autre moyen qu'une contraction musculaire* pourrait satisfaire à cette condition.

Dans cette hypothèse d'une action musculaire jouant le rôle mécanique pour déterminer la turgescence du pénis, on ne sera pas surpris si je récuse maintenant la participation des muscles du périnée, et je renvoie sur ce point aux développements que j'ai donnés dans le paragraphe précédent. Que reste-t-il alors, si ce n'est l'action des fibres musculaires disséminées dans l'intérieur du corps caverneux et du tissu spongieux? A la vérité, on pourra constater la présence réelle de ces fibres, parce que leur description est du ressort d'une anatomie délicate et sujette à erreur. Je ne veux pas dissimuler moi-même que cette base de la question est encore jusqu'à un certain point mal assise, et que l'on se trouverait plus à l'aise si l'on pouvait admettre avec Krause, Muller, Husche, etc., que les muscles prétendus érecteurs, les ischio-caverneux, suffisent pour amener la turgescence de la verge en ralentissant le cours du sang veineux; mais on peut affirmer que l'admission des fibres musculaires intrinsèques du pénis peut seule rendre compte de la turgescence; et j'ajoute que si des preuves anatomiques manquaient encore pour les faire accepter, la raison physiologique serait elle-même ici un complément de preuve. Ce n'est pas la première fois que la physiologie a affirmé, là où l'anatomie n'a pu encore fournir une démonstration complète; témoin l'action du nerf spinal sur le larynx, action prouvée par les vivisections et que les dissections les plus minutieuses n'ont pu prévoir ni expliquer.

La condition mécanique de la turgescence étant donc celle-là, l'influence de la moelle sur l'érection rentrera dans une des lois connues sur le mouvement. Or je n'hésite pas à avancer que la moelle agit ici par son *pouvoir réflexe*, pouvoir réflexe que j'ai déjà essayé de représenter dans un autre travail, comme étant un pouvoir moteur involontaire (ARCH. DE MÉD., t. XV, 4e série, 1847, p. 72 et 222). On a déjà vu précédemment que Muller, tout en interprétant mal la condition mécanique de la turgescence, admet l'action réflexe de la moelle sur l'érection. Aussi je ne prétends pas avoir le premier cette idée, bien que je l'énonce d'une manière plus formelle. D'ailleurs, si l'on voulait de suite une raison tirée du sujet lui-même, pour se déterminer à accueillir cette opinion, il suffirait de considérer que l'érection se comporte absolument comme un mouvement réflectif; c'est-à-dire que, d'une part, elle se montre après une excitation portée sur les organes génitaux ou leur voisinage, la région dorsale ou lombaire; que, d'autre part, cette excitation est transmise à la moelle par des nerfs sensitifs qui, par réflexion, provoquent l'action de la moelle. Si l'on objecte que l'érection survient en l'absence d'excitation extérieure, à la vue ou à la pensée même d'un objet érotique, je ferai remarquer que Muller ne voit pas là un motif suffisant pour nier l'influence réflexe de la moelle, et que le vomissement qui est cependant bien un mouvement réflectif peut aussi être provoqué par une simple émotion morale.

La question ainsi préparée, la solution que je cherche, savoir: la participation du sommeil au phénomène de l'érection, ne paraît pas encore surgir, mais il va nous être facile de la dégager, en invoquant l'une des propriétés de l'action réflexe de la moelle. C'est ici surtout que le travail que j'expose peut offrir un caractère de nouveauté.

Je rappellerai d'abord le fait de physiologie normale que j'ai énoncé dans la première partie, que chez un homme sain, il existe quelquefois à la fin de la nuit une érection qui disparaît avec le sommeil, et cesse aussitôt que le cerveau a repris son activité. On peut constater alors que le réveil

---

nées. Oh! pour ceux-là, vous en trouverez en foule dans un vieux catalogue tant soit peu étoffé. Il est aussi des ramasseurs de quelques faits, de quelques observations plus ou moins justes, redisant, répétant, ressassant ce qu'on a dit avant eux, mais qu'ils délayent pour arriver au volume, à la vérité sans couleur, sans vie, sans avenir, et qui néanmoins tient sa place dans un vieux catalogue. Ce sont là des *brasseurs* de livres à chacun desquels on pourrait appliquer ce que dit Montesquieu: « Voilà un sot qui a grandement peur de n'être pas pris pour tel. » En effet, il s'est fait imprimer, il a mis son petit travail en lumière, son nom, son œuvre compteront donc dans un vieux catalogue, sans jamais espérer d'aller plus loin. Que voulez-vous? Laissez passer la justice du temps. — Qu'a-t-il donc manqué à ces écrivains comparses? Cette force intime, ce diamant intellectuel, l'idée, ce don éminent de penser par soi-même, de voir dans les choses ce qu'on n'y avait point encore aperçu, précisément ce qui fait vivre un ouvrage, ce qui lui donne du poids, de la valeur, surtout quand la forme répond au fond, et qu'on y retrouve le précieux cachet de l'originalité. Tel livre est mort, bien mort depuis longtemps; qui est ce qui l'a tué? Personne autre que l'auteur lui-même. Il est certain que toutes ces réflexions viennent d'elles-mêmes s'offrir à l'esprit quand on lit avec attention un vieux catalogue, vrai capharnaüm des célébrités médicales, chirurgicales d'autrefois. Consolons-nous, le genre d'ouvrages médiocres dont on vient de parler est assez rare aujourd'hui; un amour-propre surexcité, certain aplomb de jactance, un savoir superficiel ne suffisent pas maintenant auprès des éditeurs de plus en plus difficiles. Et puis les médecins aujourd'hui lisent peu, très-peu, à Paris moins que partout ailleurs; ils n'ont plus, comme jadis, l'amour et l'orgueil d'une belle bibliothèque, ils s'en tiennent à quelques ouvrages qui ont une certaine vogue, sauf à les remplacer par d'autres qui pousseront les premiers dans quelque recoin obscur d'un rayon de bibliothèque et d'un vieux catalogue. Aussi frappé de cette perpétuelle instabilité des livres scientifiques, même ayant quelque valeur, je me demande parfois, dans la simplicité de mon âme, quelle sera la part de renommée future des auteurs de ce temps-ci? quelle couronne leur est réservée dans la génération suivante? enfin qu'en pensera dans trente ou quarante ans le lecteur d'un vieux catalogue? Bien téméraire serait celui qui, dans ce cas, prétendrait assigner les lots, mesurer la dose de gloire et de célébrité permanentes qui doit revenir à chacun de nos auteurs. Heureusement et en attendant que le temps fasse son œuvre en appliquant son crible, chaque écrivain se donne d'avance l'encens qu'on lui doit dans le présent et dans l'avenir, dût son piédestal être singulièrement raccourci, dût-il revenir dans la suite *Gros-Jean comme devant.* Soyez tranquille, l'amour-propre tempère toujours la crainte de ceux qui écrivent, et à peu d'exceptions près, les auteurs ressemblent aux maris *trompés*, ils sont toujours les derniers à être sûrs de leur fait.

Cependant, parmi les ouvrages de fondation pour ainsi dire qui se retrouvent toujours dans un vieux catalogue, il faut compter les travaux de l'antiquité, et dont Haller a fait une si belle collection; puis viennent les ouvrages que l'âge a consacrés comme monuments du génie médical de nos ancêtres. Mais que les uns et les autres reposent en paix dans nos bibliothèques et les vieux catalogues; car je le demande, qui est-ce qui les lit en France, qui est-ce qui s'en soucie? Peut-être quelque docteur du dernier siècle égaré dans le nôtre, montrant

seul suffit à cette circonstance, sans qu'il soit besoin de se déplacer dans son lit, de vider sa vessie, etc. Ce simple fait prouve en lui-même que le sommeil tend à décharger vers le pénis le pouvoir moteur involontaire dont le principe est dans la moelle.

Des remarques de pathologie, des expériences sur les animaux prouvent de plus que l'action réflexe de la moelle se comporte ainsi d'une manière générale, c'est-à-dire que *cette action s'exerce avec d'autant plus d'intensité que l'influence cérébrale et les mouvements volontaires sont plus abolis.*

Ainsi, M. Fouquier avait déjà appris, à une époque où les phénomènes de l'action réflexe n'avaient pas frappé l'attention des physiologistes, que la strychnine a plus d'action et provoque plus de mouvements dans les parties paralysées que dans celles qui continuent à obéir aux mouvements volontaires. Depuis on a démontré que chez des individus paralysés par suite d'une lésion cérébrale, le galvanisme suscite des contractions beaucoup plus vives dans les membres paralysés que dans ceux qui sont restés sains. Marshall Hall cite des cas d'hémiplégie où l'irritabilité était devenue tellement grande que les malades, en toussant ou en éternuant, avaient des mouvements involontaires dans les membres frappés de paralysie. — Les vivisections ont donné des résultats identiques. Si l'on coupe la moelle épinière à une grenouille par une section transversale, les membres du train postérieur, qui ne communiquent plus qu'avec le tronçon correspondant de la moelle, sont plus sensibles au galvanisme que les antérieurs qui communiquent encore avec le cerveau par le tronçon antérieur de la moelle. Et voici comment M. Brown-Séquard, qui a très-bien aperçu et apprécié la portée de ces faits, s'explique, en comparant ce résultat à ceux de la pathologie : « Lorsque le cerveau, dit-il, n'agit plus pour produire des » mouvements volontaires, une des moitiés latérales de la moelle est dans » la même condition que la portion postérieure de la moelle chez les gre- » nouilles qui ont subi une section transversale de cet organe. Cette moi- » tié de moelle sur laquelle la volonté n'agit plus produit sans cesse de » l'influx nerveux qui, n'étant pas dépensé, s'accumule en elle et dans les » nerfs; qu'une excitation ait lieu et des contractions plus fortes se pro- » duisent dans les parties paralysées que dans celles qui sont saines. » (Thèse, Paris 1846, p. 13.)

Enfin je citerai encore, comme allant droit à la même conclusion, la fréquence avec laquelle on rencontre les érections chez les individus atteints de paralysie, depuis la poitrine jusqu'en bas, par suite d'une blessure du rachis. On pourra voir des exemples de ce genre, dans le TRAITÉ DES MALADIES DE LA MOELLE, d'Ollivier (d'Angers), et notamment aux observations 9, 15, 19, 22.

Mais les faits les plus remarquables que je connaisse sont les deux suivants, que je ne puis résister au désir de citer ici à cause de leur extrême importance.

Un aide de camp du général Dumouriez était atteint d'une paralysie complète des extrémités inférieures, survenue à la suite d'une chute de cheval. Cette paralysie coïncidait avec un priapisme considérable qui l'incommodait beaucoup, et lui faisait éprouver des rétentions d'urine contre lesquelles on était dans la nécessité d'employer les réfrigérants les plus actifs. Passant à Montpellier pour se rendre à Balaruc, il se reposa quelques jours à l'hôpital militaire, où l'on eut à le sonder plusieurs fois. Lorsqu'il fallait en venir à ce moyen, on était obligé de lui découvrir tout le corps, de le laisser exposé quelque temps à l'air, et de l'arroser d'eau froide; encore fallait-il sonder avec promptitude, sans quoi l'érection survenait bientôt par le seul attouchement de la verge et par la sensation que causait la présence de la sonde dans l'intérieur de l'urètre. — Les bains de Balaruc dissipèrent presque complétement la paralysie. Or à mesure que le mouvement des extrémités inférieures se rétablit, le priapisme disparut. (Deslandes, TRAITÉ DE L'ONANISME, Paris 1839, p. 410.) Ainsi érection par le fait d'une paralysie de mouvements volontaires, disparition du priapisme à mesure que cesse la paralysie. — Voici un autre exemple qui n'est pas moins précieux, et qui a été recueilli par M. Lallemand, il est trop remarquable pour que je ne le donne pas textuellement. « Un soldat du génie, » voulant sortir de la citadelle pour aller coucher avec sa maîtresse, se » laissa tomber d'une grande hauteur sur les fesses; il en résulta une forte » commotion, mais aucune fracture. Malgré les saignées, les sangsues, les » ventouses, les cautères, etc., les membres inférieurs restèrent paralysés; » plus tard, le galvanisme leur rendit seulement quelques faibles mouve- » ments et un peu de sensibilité. Mais le gland, le prépuce, la peau de la » verge et celle du scrotum restèrent constamment et complétement in- » sensibles : on pouvait les pincer, les piquer, y enfoncer des épingles sans » que le malade s'en aperçût. Le cathétérisme qu'il fallut pratiquer sou- » vent dans le principe ne provoqua jamais de plaintes. Cependant des » symptômes de catarrhe chronique de la vessie s'étant manifestés ensuite, » je cautérisai cette cavité ainsi que son col, et cette opération fut suivie » d'aussi vives douleurs que chez les autres malades. Les suites furent heu- » reuses, car les urines, d'abord sanguinolentes et troubles, perdirent leur » aspect purulent, devinrent tout à fait transparentes, et furent expulsées » avec plus de force et de facilité. Pendant que ces choses se passaient, » j'avais souvent trouvé la verge dans une érection complète et même ex- » traordinaire. J'en fis la remarque au malade, il m'apprit alors qu'il était » très-souvent dans cet état de priapisme qu'il trouvait fort désagréable, à » cause de l'obstacle qui en résultait pour l'expulsion de l'urine. Afin de » le faire cesser, il avait essayé bien des fois de se livrer à la masturbation; » mais il n'avait jamais pu déterminer l'éjaculation, quelque violente qu'eût » été l'érection, quelque persévérance qu'il eût mise dans ses manœuvres. » Au reste, il n'y éprouvait aucun plaisir, et ne s'y livrait que dans l'es- » poir de se débarrasser de ce priapisme incommode. M'ayant demandé la » permission de sortir, tantôt pour prendre l'air, tantôt pour des affaires, il » se faisait transporter chez cette maîtresse pour laquelle il avait escaladé » les remparts d'une manière si malencontreuse, il passait avec elle plu- » sieurs heures dans une copulation presque continue, à laquelle l'épuise- » ment de cette femme pouvait seul mettre une fin; mais il n'en résulta » point d'éjaculation, pas même la moindre sensation. Ces *expériences* » dont il ne me fit part que plus tard eurent donc le même résultat que les » autres. Du reste, toutes les fonctions s'exécutaient bien, excepté la défé- » cation qui était un peu paresseuse. L'embonpoint augmentait tous les » jours, et le moral n'était pas affecté. Des pollutions nocturnes assez abon- » dantes avaient lieu à des époques éloignées : elles étaient précédées de » rêves érotiques, mais accompagnées de peu de plaisir. » (Lallemand, DES PERTES SÉMINALES INVOLONTAIRES, t. II, p. 64.)

Il me semble que les diverses preuves précédentes suffisent pour établir l'influence que doit exercer le sommeil, c'est-à-dire la suspension des actions cérébrales et volontaires sur l'érection. Mais j'ai besoin maintenant de faire une remarque pour que l'on apprécie cette influence à sa juste valeur, et cette remarque servira à mieux faire comprendre le rôle

---

ses parchemins de savant, son blason d'érudit inconnu ou incompris, peut-être encore quelque auteur ayant besoin d'une citation, d'une autorité, ou qui, fouillant dans les trésors du temps passé, veut *actualiser* une vieille idée et s'en faire honneur, voilà tout. Fernel, Baillou, Sydenham, de Haën, Baglivi, Van Swieten, Morgagni même et une foule d'autres presque aussi éminents, sont quelquefois cités, mais jamais lus, étudiés, commentés. Leur ancienne réputation, le fruste de la vétusté dont ils sont recouverts, ne les sauve pas de l'odieuse bibliophobie dont nous sommes atteints. *Pâlir sur des bouquins*, comme on dit, n'est plus de notre temps, les préoccupations sont ailleurs; Dieu sait pourtant si l'on s'en trouve mieux dans cette époque de sophisme universel, dans notre société blasée de révolutions, pleine d'angoisse et de scepticisme.

Il est encore des ouvrages qu'on retrouve fréquemment dans les catalogues anciens ou modernes, ce sont ceux qui touchent aux grandes vérités de la science et dont l'esprit est philosophique, notamment lorsque l'auteur sait allier le rare et difficile mérite du style aux belles conceptions de l'intelligence. Il est probable, pour en citer quelques exemples, qu'on lit et qu'on lira toujours les NOUVEAUX ÉLÉMENTS DE LA SCIENCE DE L'HOMME, par Barthez; presque tout ce qu'a écrit Bordeu; le TRAITÉ DE L'EXPÉRIENCE, de Zimmermann; les RAPPORTS DU PHYSIQUE ET DU MORAL DE L'HOMME, de Cabanis, ainsi que sa magnifique LETTRE SUR LES CAUSES PREMIÈRES, tout en rejetant les opinions de l'auteur; le SYSTÈME PHYSIQUE ET MORAL DE LA FEMME, par Roussel; les RECHERCHES SUR LA SENSIBILITÉ ANIMALE, par Deseze, etc., etc., sans compter ce qui tient à l'histoire même de la science. C'est que les illustres auteurs de ces ouvrages ont su joindre au talent de bien voir, à la puissance d'observer, qui constituent le médecin, cette profondeur de vues, cette solidité de jugement qui font le philosophe; c'est qu'on trouve dans leurs écrits de hautes pensées scientifiques, une élaboration studieuse et profonde des faits, enfin de ces traces vives et lumineuses qui, de l'âme de l'auteur, se réfléchissent dans leur livre.

Quant aux ouvrages traitant essentiellement de médecine pratique ou de chirurgie, écrits en français, tous sont marqués d'un signe funèbre de décadence dans un vieux catalogue, et le *nécrologe* de pareils livres est très-long. Connaissez-vous la MÉDECINE PRATIQUE en 3 vol. d'Arnaud de Nobleville? Vous est-il arrivé de lire celle de Lieutaud? Étudie-t-on Cullen aujourd'hui? Savez-vous qu'il y a un TRAITÉ DE L'ÉCONOMIE ANIMALE, par Quesney? Sans compter les nombreux traités faits jadis sur chaque maladie en particulier. Il en est ainsi des ouvrages de chirurgie, de pharmacie et d'accouchements. On en voit même qui nous touchant de près, n'en sont pas moins éclipsés, oubliés. Pinel, avec le titre fastueux de son livre sur la *nosographie*, avec ses six éditions, n'est pas admis parmi les bibliothèques nouvelles, son ouvrage ne compte point parmi les livres qu'on lit et relit : *Nunc, olim et semper.* Qu'on ne s'imagine pas cependant que ces ouvrages, ainsi que d'autres dans ce genre, aient été sans valeur; au contraire, ils en avaient beaucoup à l'époque de leur apparition. On l'a dit, quelque chose de *nouveau* et de *vrai*, telle est la seule excuse d'un livre. Eh bien! de pareilles conditions existaient dans les ouvrages dont nous venons de parler, et maintenant ils en sont dépourvus. Ainsi les livres de pure science se dévorent et s'annulent pour ainsi dire les uns les autres, la génération nouvelle ne lit plus ceux qui ont instruit la génération précédente :

que joue l'action réflexe de la moelle dans le phénomène. Je n'ai voulu nier en rien la part que peuvent prendre à l'érection certaines circonstances accidentelles ou pathologiques, telles que la chaleur du lit, la fermeté du coucher, même si l'on veut l'accumulation d'urine dans la vessie, l'excitation extérieure portée sur la verge, le périnée, les fesses ou la colonne vertébrale; des douleurs intérieures nées dans la vessie par la présence d'un calcul, ou développées dans l'urètre par l'inflammation d'une gonorrhée : toutes ces circonstances peuvent, en agissant à la manière d'une excitation ou d'une irritation portées sur la moelle épinière, mettre en jeu l'action réflexe de celle-ci et provoquer l'érection. Dans l'état ordinaire des choses, la turgescence du pénis pourra avoir lieu sous l'influence de ces causes, soit pendant la veille, soit durant le sommeil. Mais ces causes auront d'autant plus d'effet que le pouvoir moteur involontaire de la moelle aura plus de facilité à être mis en jeu. Or, ainsi qu'il résulte de ce qui précède, ce pouvoir devra agir plus facilement pendant le sommeil à cause de la suspension des actions cérébrales. Il se pourra donc qu'une cause qui, pendant la veille, serait insuffisante pour provoquer le pouvoir réflexe de la moelle, et par suite l'érection, devienne capable de produire celle-ci par cela même que le sommeil existe; et alors *le sommeil, sans être une cause directe de l'érection et du priapisme, en deviendra une indirecte et déterminante.*

En cherchant bien et en étudiant d'autres phénomènes d'action réflexe de la moelle, on pourrait citer des faits analogues à celui que j'examine, et qui, par conséquent, viennent encore à l'appui de l'explication que je propose. Ainsi les médecins ont remarqué que la toux dans la bronchite est plus fréquente pendant la nuit et le sommeil que durant le jour et la veille. Cela est bien évident, par exemple, chez les enfants, qui sont presque toujours pris subitement, pendant les premières heures de leur sommeil, de cette toux croupale qui est si effrayante pour les parents. Bien des fois j'ai constaté que la toux chez les enfants, dans le rhume simple ou la coqueluche, est plus fréquente la nuit que le jour, pendant le sommeil que durant la veille. Peut-être cela est-il plus marqué chez les enfants que chez les adultes, à cause de la plus grande irritabilité des premiers et du plus grand développement chez eux du pouvoir réflexe de la moelle. Chez eux aussi le sommeil est plus profond, et les enfants, comme on le sait, éprouvent, longtemps avant de s'éveiller, une toux qui, à sa première explosion, éveillerait un adulte.

Je suis porté à croire que l'on pourrait expliquer de la même manière l'incontinence nocturne des urines chez les enfants. Ce n'est point seulement par paresse ou insouciance qu'ils urinent au lit. Plusieurs, déjà assez âgés pour vouloir se débarrasser de cette infirmité, font tous leurs efforts pour se retenir, et y parviennent facilement avant le sommeil; mais celui-ci venu, l'urine s'échappe involontairement. Or c'est là encore un effet de l'action réflexe de la moelle. Mais, dira-t-on, quelle partie se contracte dans le cas de l'incontinence nocturne d'urine? Est-ce le corps de la vessie qui se resserre, ou le col qui cesse d'être fermé, ce qui suppose non une contraction, mais un relâchement? J'avoue qu'il est assez difficile de répondre sur ce point, par la singulière circonstance que la thérapeutique guérit la maladie par des moyens entièrement opposés. Ainsi, elle guérit par la strychnine à l'intérieur (Mondière) qui active les contractions, ou par la belladone (MM. Bretonneau, Thomas, Trousseau) qui en diminue la force. Est-ce que le premier de ces remèdes donnerait plus de force au sphincter vésical, et le second, au contraire, paralyserait la tunique musculaire de la vessie? Je ne vois pas de meilleure raison à donner de cette singulière action concordante de deux remèdes opposés.

Si la théorie que je viens d'exposer est vraie, elle doit rendre compte de toutes les causes variables, pathologiques ou normales, qui déterminent la turgescence de la verge. Chemin faisant, j'ai déjà indiqué un assez grand nombre de cas où elle est applicable, par exemple pour les maladies de l'urètre ou de la vessie. On accordera aussi, je pense, sans difficulté, que les plaies, les déchirures de la moelle, font naître dans cette partie nerveuse une irritation qui aura pour effet de mettre en jeu son pouvoir réflexe. La congestion sanguine active des méninges qui enveloppent la moelle devra produire le même résultat. Chez les pendus, l'érection s'explique par l'excitation que ne peut manquer d'amener la congestion passive des méninges rachidiennes, et le refoulement du liquide cérébro-spinal à l'intérieur du rachis; car on ne préférera pas admettre, sans doute, que le sang qui distend la verge dans la suspension y soit porté par la pesanteur : M. Pétrequin a déjà invoqué « la congestion sanguine dans le rachis et la perturbation locale qui en résulte, » pour faire comprendre l'intervention de la moelle dans cette circonstance. (Mémoire cité.)

Peut-être sera-t-on surpris de la variété des causes incitantes qui peuvent amener l'érection, et de la diversité de leur point de départ. Mais cette circonstance se rencontre également pour d'autres mouvements qui dépendent de l'action réflexe de la moelle. Le vomissement, par exemple. Celui-ci est provoqué par une titillation du gosier, une irritation de l'estomac, un pincement de l'intestin, l'état particulier de la grossesse, l'absorption de l'huile de croton-tiglion par la peau dénudée, l'injection du tartre stibié dans les veines, ou même par le fait d'une simple émotion morale. Dans mon mémoire sur *les mouvements involontaires produits par des muscles de la vie animale*, j'ai essayé d'établir que cette circonstance tend à faire admettre, pour certains mouvements réflectifs, un centre d'action dans un point déterminé de la moelle, comme, au reste, depuis les travaux de Ch. Bell, on en admet un dans la moelle allongée pour les mouvements respiratoires. Je crois aujourd'hui qu'il faut étendre la même conclusion au principe moteur de l'érection; et si l'on voulait déterminer le siége de ce principe, on pourrait faire remarquer que les érections sont particulièrement fréquentes dans les blessures du rachis, surtout lorsque la lésion porte sur la région cervicale (Ollivier, M. Pétrequin).

On sera peut-être surpris encore de l'influence que l'imagination exerce sur l'érection. Mais il faut reconnaître que l'intervention du cerveau n'est pas exclue des phénomènes réflectifs; et si Marshall-Hall nie cette intervention, Muller est plus près de la vérité en l'admettant, ainsi que le prouvent le bâillement et le vomissement, lorsqu'ils sont produits par une simple émotion morale. Au reste, l'empire de l'imagination sur les états de la verge mérite de nous arrêter un instant.

L'imagination agit de deux manières opposées sur le pénis, et celui qui veut en donner la raison éprouve combien il faut réfléchir sur les faits les plus ordinaires de la physiologie. Tantôt elle contribue au développement de l'érection, tantôt au contraire elle la paralyse. Dans le premier cas, l'imagination ne fait que développer un instinct, un désir qui siége dans un point de la masse encéphalique : c'est ce qui arrive, par exemple, à la vue d'un objet qui promet ou qui rappelle la sensation du plaisir vénérien. Le cerveau intervient alors, parce qu'il est le siége de l'instinct aussi bien que de l'intelligence, comme Gall l'a démontré, parce que dans l'ordre de la nature les occasions de satisfaire à cet instinct parviennent à notre connaissance par les sens de

---

« Chacun brille un instant, nul ne brille toujours. »

Cela doit être, car, ainsi que le dit Pascal, tout se perfectionne par le progrès et périt par le progrès. La science ne peut pas dire : Je marche et je grandis sans cesse; mais elle peut dire : Je m'agite toujours, donc je suis. De plus, elle change d'aspect, elle se modifie dans toutes ses parties. Si les grandes découvertes sont rares, les méthodes, les procédés, les interprétations des faits, les applications de principes, varient sans fin; rien donc ne vieillit plus vite et à plus juste titre qu'un livre scientifique. J'entends; on espère bien révéler l'inconnu, recueillir d'importantes observations, ouvrir de nouveaux horizons; on espère placer son nom si haut qu'il sera toujours remarquable; c'est là une belle mais presque toujours une vaine espérance, à moins d'avoir un génie extraordinaire, et l'on conviendra que cela est assez rare. Ordinairement le livre le plus instructif, celui qui est fait avec soin, comme ils doivent l'être tous, finit toujours par être frappé de déchéance, parce que ce qui était nouveau est devenu vieillerie, parce que le paradoxe d'autrefois est devenu vulgaire aujourd'hui; enfin, parce que la science est vivante, active, progressive, tandis que l'auteur, chétif mortel, caduc de corps et d'esprit, a fait son temps, qu'il n'a vu que comme on voyait de son temps.

Mais si les livres ayant par eux-mêmes du poids et de la valeur, écrits avec une certaine hauteur de vues, n'ont guère, après quelques années, que le droit d'enregistrement dans un vieux catalogue, que sera-ce de ceux dont le but, en général, est de servir à l'instruction scolaire, et qu'on appelle *classiques?* Pour ceux-là, ils abondent d'autant plus dans les vieux catalogues, que leur réputation est singulièrement éphémère, quel que soit d'ailleurs le talent des auteurs. Haller a beau dire avec une sorte d'enthousiasme, d'un ouvrage de ce genre, *aureum in summâ brevitate libellus*, ce livre n'en est pas moins inconnu aujourd'hui. Lors de mes premières études médicales, l'anatomie de Gavard, le traité de Boyer, celui de Sabatier étaient nos livres et nos guides habituels; or, quels sont maintenant les élèves qui s'en servent et même qui les connaissent? J'ai vu, dans le même temps, le traité de *matière médicale* de Desbois (de Rochefort), très-recherché par les étudiants et les praticiens, ensuite est venu l'ouvrage de Schwilgué sur le même sujet, puis celui d'Alibert, médecin singulièrement sceptique en fait de médicaments, puis d'autres, et ainsi de même sur toutes les autres parties de la science. Richerand lui-même, dont les ouvrages classiques ont eu tant de vogue, à cause du mérite du style, est à peu près complètement délaissé. Ce n'est pas que ces livres, quand ils sont faits avec goût et discernement, soient inutiles; au contraire, mais ils tombent rapidement dans le domaine de la vieillerie bibliographique. A peine l'auteur est-il mort, et même de son vivant, qu'un autre écrivain, bien placé, bien posé, jouissant d'une certaine réputation, profitant de quelques découvertes, de nouvelles doctrines, de nouveaux mouvements de la science, fait un livre sur le même objet, et le succès est presque toujours assuré. Toutefois, les ouvrages précédents n'en figurent pas moins dans un vieux catalogue, en mémoire et comme preuve qu'ils ont jadis existé. En outre, ils s'amoncèlent dans les bibliothèques, qu'ils encombrent de leur nombre, qu'ils fatiguent de leur nullité, qu'ils écrasent de leur poids. Le calcul en a été fait; on comptait autrefois deux cents toises carrées d'ouvrages de théologie sur double rang, qui

la vue, de l'ouïe, de l'odorat ou du toucher, le cerveau qui est le réceptacle de ces sens devait être un intermédiaire pour la production du phénomène qui est nécessaire à la satisfaction elle-même. L'encéphale, sous ce rapport, donne en quelque sorte un simple avertissement, ou s'il agit c'est en mettant en jeu l'instinct de la reproduction et de l'union des sexes.

Mais au contraire, si au lieu de remplir ce simple rôle d'intermédiaire et d'avertisseur, ou si au lieu d'agir avec l'instinct le cerveau agit avec l'intelligence et la volonté, il paralyse le phénomène. On sait qu'il existe sur la turgescence du pénis certaines influences qui, en faisant de l'érection un acte capricieux et bizarre, indocile et rebelle aux désirs les plus ardents et les plus à portée d'être réalisés, semblent dérouter à son endroit toutes les théories. L'impuissance soudaine qui frappe l'amant au moment même du bonheur, et rend sa honte égale à son infortune, ne semble avoir sa cause que dans un sortilége ou dans les caprices d'une propriété vitale dont les ressources et les complaisances sont inépuisables pour certains vitalistes. Eh bien ! ces circonstances, qui paraissent inexplicables, sont un résultat clair et facile à saisir de la manière dont agit la moelle sur le pénis. Par cela même, d'abord, que l'érection dépend du pouvoir moteur *involontaire* ou *réflexe* de la moelle, la volonté de l'esprit ne peut rien pour la produire, pas plus qu'elle ne peut produire la toux, l'éternuement et plusieurs autres mouvements réflectifs. Ensuite, ainsi que cela a été rappelé dans ce travail, le pouvoir moteur involontaire de la moelle étant en raison inverse du pouvoir moteur volontaire qui a sa source dans le cerveau, plus celui-ci fera d'efforts pour se manifester, et plus il paralysera l'autre. On conçoit donc que la moelle pour agir ait besoin de l'éloignement de toute émotion morale, du repos et du silence des actions du cerveau. Celui que l'impuissance saisit au sein du plaisir pourrait se régénérer et recouvrer sa puissance s'il tombait tout à coup dans le sommeil. En un mot, la nature a voulu que l'esprit demeurât étranger à cet acte, et elle punit d'un désenchantement celui qui veut lui sacrifier en apportant des agitations morales là où elles sont inutiles.

Je terminerai par une remarque de thérapeutique. Lorsque le priapisme est produit par l'influence du sommeil, cela suppose une susceptibilité extrême dans l'influence qu'exerce la moelle épinière sur le pénis, et cette disposition, qui peut être congénitale ou amenée par une modification lente et profonde de l'organisation, doit être fort difficile à guérir. J'ai échoué chez mes deux malades par toute espèce de traitement hygiénique ou autre. Je pense que l'on pourrait mieux réussir par un emploi prolongé de la belladone à l'intérieur, tel que le conseillent MM. Bretonneau, Moreau, Trousseau et Blache contre l'incontinence nocturne d'urine chez les enfants; traitement que je n'ai pas pu moi-même mettre en usage, mais que je conseille à ceux qui pourraient avoir à soigner des cas semblables.

THÉRAPEUTIQUE.

CONSIDÉRATIONS SUR LES INJECTIONS IODÉES DANS LES ABCÈS PAR CONGESTION; par M. le docteur Fleury, professeur à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont.

S'il est en chirurgie des maladies qui ont résisté à toutes les ressources de l'art, et qui doivent par cela même éveiller la sollicitude des praticiens, ce sont assurément les collections purulentes qui sont symptomatiques des altérations des os et principalement du corps des vertèbres. Le plus ordinairement nos moyens de traitement sont dirigés contre l'effet d'un mal dont nous ne détruisons pas la cause. Les moxas, les cautères que l'on conseille le plus généralement sont employés à une époque où la maladie a déjà fait des progrès considérables et lorsque la collection purulente qui en est l'effet se montre à l'extérieur. Jusque-là, ou l'affection est restée très-obscure, on l'incurie de ceux qui en ont été atteints s'est opposée à ce qu'un traitement énergique ait été employé; aussi qu'en résulte-t-il? C'est que l'abcès devient de plus en plus étendu, jusqu'au moment où le pus a une tendance à se frayer une issue à l'extérieur. Qu'une ouverture soit ensuite pratiquée par le chirurgien, ou que l'on attende qu'elle se fasse spontanément, l'issue de la maladie n'en est pas moins funeste; et si, dans quelques cas où la maladie est abandonnée à elle-même, les accidents sont moins prompts, ils n'en sont pas moins graves.

M. J. Guérin a proposé, dans ces derniers temps, un traitement à l'aide duquel il a guéri la moitié des malades qui y ont été soumis (1). Mais il faut remarquer qu'il l'a surtout employé chez des enfants, dont le plus âgé n'avait pas dépassé l'âge de 13 ans; on pouvait donc penser que chez eux la collection purulente était plutôt symptomatique de la présence de tubercules scrofuleux que d'une carie vertébrale, et que les remèdes généralement le mal local en même temps qu'ils modifiaient l'état général de la constitution.

J'ai employé chez trois adultes le même traitement, sans en obtenir les mêmes résultats. Les ponctions sous-cutanées rendent moins prompte, il est vrai, la terminaison de la maladie, mais l'issue en est toujours la même (2). Quant au traitement interne, ou les malades ne peuvent point le supporter, ou les accidents qui se développent forcent bientôt à le suspendre.

Les injections iodées attaquent seulement l'effet d'un mal dont elles ne détruisent point la cause. Il suffit, du reste, d'avoir pratiqué l'autopsie de quelques-uns des malades qui ont succombé aux suites d'une carie vertébrale pour juger de la difficulté ou plutôt de l'impossibilité qu'ont les liquides injectés à arriver jusqu'au foyer du mal. C'est par des trajets sinueux dont les parois sont constituées par des aponévroses que le pus descend dans la fosse iliaque. Ces canaux étroits, comme on le fait observer, sont toujours occupés par une certaine quantité de pus; le liquide ne peut donc agir que sur la partie la plus large du foyer et n'a aucune action sur les points les plus élevés.

J'ai eu recours à cette médication chez deux malades, et les résultats en ont été si peu satisfaisants, que je n'en aurais pas publié l'observation si l'attention des lecteurs de la Gazette Médicale n'eût été récemment éveillée par un mémoire qui a été lu par M. Boinet à la Société de chirurgie.

Les sujets traités appartiennent l'un et l'autre à des régiments d'infan-

(1) Rapport de la commission des hôpitaux, 1848.

(2) La distinction établie par notre honorable correspondant entre l'affection tuberculeuse et la carie, pour expliquer la différence de ses résultats n'est pas fondée. Nous avons obtenu des succès dans les deux cas; nous reconnaissons cependant qu'ils sont plus fréquents chez les enfants que chez les adultes; mais la cause de cette différence est toute physiologique.

---

remplissaient plusieurs salles de la bibliothèque nationale. On peut être certain que ce nombre est aujourd'hui surpassé par celui des livres de médecine, de chirurgie, pharmacie, en exceptant même ceux des sciences accessoires. Qu'on s'étonne maintenant de l'ampleur d'un vieux catalogue, de l'effroi qu'il inspire, surtout quand on pense qu'un livre n'est excusable, comme nous l'avons dit, que quand il réunit ces deux conditions, qu'il renferme du *nouveau* et du *vrai*.

Est-il maintenant besoin d'autre preuve pour démontrer l'importance d'un vieux catalogue, qui, comme les bons et anciens amis, est ordinairement fort négligé? On se trouve souvent bien petit, en faisant cette lecture salutaire. On y reçoit une leçon de retenue, de modestie, une conviction de sa faiblesse, qui sont choses inappréciables; c'est la sagesse du doute que d'autres remplacent par la folie de la vanité. Vous qui prétendez vous distinguer dans la carrière, vous qui voulez contribuer au progrès, éclairer vos confrères, apporter votre part de bonnes recherches, initier la jeunesse dans le sanctuaire; vous qui avez le désir de trouver la vérité et de la faire connaître, qui aspirez à graver votre nom dans le panthéon de la science, croyez-moi, lisez, étudiez, méditez un *vieux catalogue*, c'est la voix du passé qui vous instruira du présent et de l'avenir. Il vous apprendra toute l'étendue du *quid valeant humeri*, à compter avec vos forces plutôt que sur vos forces. Si vous avez du cœur et de l'élan, ce sera encore un heureux stimulant, parce qu'on fait alors plus d'efforts et l'on grandit par cela même. On comprend, par cette lecture, que vouloir se placer hors de ligne, que s'élever, acquérir une célébrité de bon aloi, une célébrité qui dure, est pénible, difficile, laborieux; que les bons ouvrages, c'est-à-dire ceux qui restent et qui vivent, se font avec science, avec conscience, avec patience, enfin, qu'après avoir tout fait pour le succès, et le succès durable, il faut s'en rapporter au temps, à la justice de la postérité, et dire : Je n'ai rien négligé, j'ai fait de mon mieux, advienne que pourra. Oh! que de choses dans un vieux catalogue! Toutefois, après l'avoir lu, médité comme une haute leçon de philosophie, s'il faut se défier de ses lumières, on ne doit pas non plus se livrer au découragement. Tel écrivain dont l'ouvrage n'est plus lu n'en a pas moins largement payé son tribut au progrès; aussi son nom est-il éternellement inscrit sur le livre de vie de la science. De pareils auteurs passent, se succèdent sans interruption, mais les vérités qu'ils ont trouvées, enseignées, sont autant de points de départ pour en trouver d'autres, et c'est en quoi consiste leur gloire. Il en est des générations intellectuelles comme des générations physiques, les hommes, selon la magnifique comparaison de Lucrèce, se transmettent le feu vital de l'un à l'autre,

Et quasi cursores, vitai lampada tradunt.

De même, dans l'ordre moral, les savants ressemblent à ces coureurs qui se transmettent de l'un à l'autre le flambeau de la vie scientifique.

Reveillé-Parise.

terie ; leur santé avait été jusque-là excellente ; nous pouvions donc espérer que le mal ne se rattachait ni à une affection constitutionnelle ni à un principe héréditaire.

Obs. I. — Le premier de ces malades, qui fut reçu à l'Hôtel-Dieu de Clermont, le 11 février de cette année, avait d'abord été envoyé dans un service de médecine, pour y être traité de douleurs rhumatismales ; mais on s'aperçut bientôt qu'une tumeur existait dans la fosse iliaque gauche, et on le fit passer dans les salles de chirurgie.

Ce jeune soldat, âgé de 27 ans, dont la santé avait toujours été bonne, était au régiment depuis cinq ans et n'avait jamais été forcé de suspendre son service pour entrer à l'infirmerie et à l'hôpital.

Depuis vingt mois, nous dit-il, des douleurs se faisaient sentir dans les régions lombaires ; il les attribuait à un effort qu'il aurait fait pour soulever un fardeau. Depuis quatre mois, il avait remarqué du gonflement à la fosse iliaque du côté gauche. La fluctuation que l'on percevait dans cette région ne pouvait laisser de doutes sur l'existence d'une collection purulente. Deux cautères furent placés sur les côtés des vertèbres lombaires, et trois semaines après, lorsque la suppuration fut établie, je donnai issue au liquide que contenait l'abcès, au moyen d'une ponction sous-cutanée pratiquée avec un trois-quarts plat. Il sortit un demi-verre de pus clair, d'un blanc grisâtre, sans odeur. Une injection iodée, dans les proportions d'un tiers d'iode et de deux tiers d'eau, fut pratiquée dans la tumeur. Le contact du liquide fut peu douloureux ; au bout de vingt-quatre heures seulement, il s'y développa une inflammation que nous dûmes considérer comme d'un augure favorable ; mais bientôt la collection purulente se reproduisit, et une ouverture se fit spontanément à la partie la plus déclive de la tumeur dans les premiers jours du mois de mai. Cinq semaines après l'injection, elle donna issue à une énorme quantité de pus mêlé à du sang. Bientôt la langue rougit, se sèche, du dévoiement survient, un sentiment de constriction se manifeste au gosier ; le pouls est fréquent, la peau terreuse, la maigreur extrême ; quelques vomissements se manifestent de temps en temps. Cet état se prolonge pendant deux mois. Dans les derniers jours de l'existence du malade, ce n'est plus qu'une sanie sanguinolente qui s'échappe de l'abcès.

A l'autopsie, nous trouvons le corps des deux dernières vertèbres lombaires cariées, érodées à leur superficie ; point de lésions, du reste, dans les principaux viscères de l'économie.

Un pareil résultat était loin d'encourager à faire de nouvelles tentatives, mais je pensai que peut-être l'affection était trop avancée lorsque la médication iodée avait été employée. Ce qui me confirmait dans cette opinion, c'était la persistance des douleurs lombaires que les cautères n'avaient point amendées.

Un cas analogue au précédent, mais dans des conditions qui me paraissaient meilleures, s'offrit bientôt. Je voulus tenter une fois encore le même remède ; car valait-il encore mieux expérimenter un moyen qui pourrait réussir dans quelques cas que d'abandonner les malades à une mort certaine.

Obs. II. — L'individu qui fait le sujet de cette seconde observation était un jeune soldat du même régiment, âgé de 26 ans. L'affection était bien moins ancienne, et on nous l'adressait pour que nous lui fissions délivrer un bandage herniaire. La tumeur, que l'on prenait pour une hernie, était encore peu apparente et se faisait sentir un peu en dehors de l'anneau inguinal gauche. La position verticale augmentait un peu la saillie qu'elle formait dans la fosse iliaque, mais elle ne disparaissait point lorsque le malade était couché. Cette particularité dut éveiller notre attention, et bientôt, en palpant la tumeur avec soin, nous crûmes y sentir une fluctuation profonde.

Ce jeune soldat, interrogé sur ses antécédents, nous dit qu'il s'était toujours bien porté, qu'il n'avait jamais eu l'habitude de la masturbation, et qu'il n'était entré qu'une seule fois à l'hôpital depuis son incorporation au régiment, c'était pour y être traité d'une maladie vénérienne. Depuis cinq à six mois, ajouta-t-il, des douleurs se faisaient sentir dans les reins ; mais comme il espérait qu'elles se dissiperaient seules, il avait continué son service jusqu'au 25 juin 1850 ; il entra alors à l'hôpital dans une des villes du département où il était en garnison. Trois jours après son admission, il avait senti dans le flanc gauche une petite tumeur ovoïde, sans changement de couleur à la peau, indolente à la pression. Le chirurgien qui lui donnait des soins crut lui reconnaître un bubon et ordonna des frictions avec de l'onguent napolitain ; mais s'apercevant bientôt qu'elle augmentait au lieu de diminuer, il pensa que c'était une hernie inguinale, et il dirigea le malade sur l'hôpital de Clermont où il fut reçu le 25 juillet.

Le surlendemain de son entrée, quatre ventouses scarifiées sont placées sur les côtés de la région lombaire de la colonne vertébrale dans les points où des douleurs se sont manifestées, le malade n'en éprouve aucun soulagement. Nous avons alors recours à deux larges cautères. Sous l'influence de cette médication, les douleurs diminuent très-vite ; nous pouvons dès lors espérer que l'affection est peu profonde et qu'une injection iodée pourra être suivie de succès ; mais nous attendons pour la pratiquer que les douleurs aient complétement disparu et que la suppuration des exutoires soit établie.

Au bout de trois semaines, une ponction exploratrice directe est faite dans la tumeur, au moyen d'un trocart capillaire, du pus s'en écoule ; le trocart à hydrocèle est substitué au précédent, et nous retirons a peu près 60 grammes d'un pus clair, grisâtre et sans odeur.

Une injection iodée est pratiquée dans la tumeur ; elle est peu douloureuse.

Trois jours après une inflammation assez vive se développe ; le malade éprouve un léger mouvement fébrile ; la tumeur est tendue, douloureuse à la pression ; mais bientôt, sous l'influence d'un traitement antiphlogistique, les accidents se calment, les parois du ventre reprennent leur souplesse, et nous pouvons espérer une cure radicale. Pendant cinq semaines le malade est aussi bien que possible ; mais au bout de ce temps une nouvelle collection se forme et devient bientôt plus apparente que la première.

Nous revenons alors à une seconde application de moxas et au traitement imaginé par M. Jules Guérin, qui est bien supporté par le malade. Deux ponctions sous-cutanées ont déjà été faites, de l'eau de Sedlitz est administrée tous les deux jours, mais la rapidité avec laquelle le pus se reproduit, nous fait craindre que cette nouvelle médication n'ait pas plus de succès que la précédente.

Ces deux observations sont bien de nature à nous faire douter des résultats obtenus par M. Boinet, et elles viennent à l'appui des réflexions qu'on a pu lire dans le dernier numéro de la Gazette Médicale (1).

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS DES DÉPARTEMENTS.

(Suite et fin.)

V. GAZETTE MÉDICALE DE LYON.

(Octobre, novembre, décembre 1849, janvier, février et mars 1850.)

OBSERVATION DE MÉTRORRHAGIE GRAVE ARRÊTÉE PAR UN NOUVEAU PROCÉDÉ DE TAMPONNEMENT ; par M. DIDAY.

Nous supprimons, comme peu importants à connaître, les antécédents de la malade chez laquelle l'auteur pratiqua avec succès ce nouveau mode de tamponnement. Il suffit de savoir que l'hémorrhagie était abondante, incoercible, et avait compromis sérieusement l'existence.

Ceci constaté, M. Diday entreprit de tamponner avec un appareil en caoutchouc de M. le docteur Gariel. Cet appareil, excessivement simple, construit en caoutchouc vulcanisé, représente une petite vessie terminée par un long tube. Vide et roulée sur elle-même, la poche a une grosseur et une longueur bien au-dessous de celles du petit doigt.

M. Diday la graissa et l'introduisit, conduite sur l'indicateur, aussi profondément que possible dans le vagin. Puis, tout en la maintenant toujours en place du bout du doigt, il souffla avec la bouche dans le tube resté au dehors. Il donna ainsi à la vessie une dilatation dont il avait pris idée d'avance par une insufflation préalable ; et ce petit corps, qu'il avait pu faire pénétrer presque inaperçu, prit instantanément une ampliation telle qu'il constitua une sphère d'environ 33 centim. de circonférence.

Pour retenir l'air, il suffit de nouer d'un nœud simple l'extrémité du tube. Aucun moyen contentif n'est nécessaire pour fixer cet obturateur. L'exacte application de sa surface externe contre la face interne du conduit à oblitérer assure en même temps et sa fixation en place et la cessation de tout écoulement sanguin.

L'hémorrhagie s'arrêta à l'instant. L'appareil laissé à demeure pendant près de soixante-quatre heures, fut très-aisément extrait. Pour exécuter cette manœuvre sans efforts ni secousses, on commence par aspirer avec la bouche à l'orifice du tube (après avoir dénoué celui-ci), afin de donner à la vessie qui va sortir le plus petit volume possible. Aussi fut-il retiré sans que la perte de sang ait depuis lors reparu.

L'auteur insiste sur la commodité de l'instrument et la promptitude du manuel opératoire. Ainsi qu'il le fait observer, ce corps, adhérent par lui-même, n'ayant pas besoin pour être maintenu du bandage qui est nécessaire lorsqu'on a entassé, selon le procédé ordinaire, des bourdonnets de charpie, ce corps, disons-nous, agit sans échauffer, sans fatiguer, sans comprimer trop fortement. Il permet, en outre, de diminuer peu à peu le tamponnement d'une manière aussi simple que rapide, c'est-à-dire en laissant graduellement échapper une partie de l'air contenu.

M. Diday fait aussi remarquer que ce petit ballon est demeuré soixante-quatre heures au milieu de la chaleur humide d'un sang en travail de décomposition sans rien perdre de sa forme et de son élasticité.

Enfin cette vessie, quoique n'étant gonflée qu'au tiers ou au quart de son extensibilité naturelle, a néanmoins le même poli de surface que si elle était distendue autant que possible. Au contraire, la vessie animale, qu'on a préconisée comme propre au même but, reste molle, dépressible, plissée,

(1) Nous avons reçu de M. Boinet les explications que nous avions provoquées. Nous les publierons avec notre réponse dans le prochain numéro de la Gazette Médicale.

incapable par conséquent de servir au tamponnement, tant qu'on ne l'a pas insufflée à l'excès.

Le principal motif de la supériorité de ce tamponnement vient surtout de ce qu'il ne se relâche jamais, tandis que, au bout d'un petit nombre d'heures, le tamponnement ordinaire fait avec la charpie, maintenue par le bandage en T, se desserre et a besoin d'être replacé, si l'on veut qu'il agisse efficacement.

EXTIRPATION D'UN NÉVROME, FAITE EN LAISSANT LE NERF INTACT; par M. BONNET.

Les névromes des nerfs profonds sont uniquement formés par le développement anormal du tissu cellulaire compris entre les filaments. Par conséquent le nerf lui-même n'est point malade, du moins primitivement, dans les cas de ce genre.

Comme corollaire pratique important, il résulte de cette notion qu'on doit alors chercher à enlever la tumeur par énucléation et conserver le nerf. L'opération, qui reste tout aussi efficace comme moyen curatif des douleurs, épargne ainsi au malade la paralysie et les attitudes vicieuses consécutives, accidents inséparables de l'ancien procédé, par lequel on faisait la section du cordon nerveux au-dessus et au-dessous de la tumeur.

Sans nous arrêter à discuter jusqu'à quel point l'observation suivante, même confirmée par un ou deux autres cas analogues, suffit pour faire passer à l'état de loi générale la remarque précédente, nous la reproduisons comme exemple des plus intéressants de l'application de la nouvelle méthode.

OBS. — J. Gardet, âgé de 56 ans, à la suite d'un choc reçu il y a vingt ans sur le jarret gauche, s'aperçut au bout de trois ans d'une petite dureté dans ce point. Ce ne fut néanmoins qu'à partir de la neuvième année que la tumeur, augmentant lentement, commença à devenir le siége de quelques douleurs qui s'irradiaient dans la jambe.

Depuis deux ans ces douleurs augmentèrent d'intensité au point que la marche, la chaleur du lit, les rappelaient : il en était de même de la pression. Elles s'étendaient dans toute la jambe jusqu'au bord interne du pied. Crampes fréquentes pendant la unit, empêchant le sommeil.

A son entrée à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le 22 novembre 1849, M. Bonnet, outre les symptômes précédents, constata, quant à l'état local, une tumeur oblongue du volume d'un œuf de poule, offrant son grand diamètre de haut en bas et siégeant à la limite inférieure du creux poplité. Pulsations isochrones aux battements artériels, sensibles lorsqu'on appuie la paume de la main sur la tumeur, mais disparaissant quand on déplace celle-ci, soit en dedans, soit en dehors. Pas de bruit de souffle à l'auscultation; pas de changement de couleur à la peau.

Ayant admis, d'après l'interprétation de ces signes, l'existence du névrome du nerf sciatique poplité interne, M. Bonnet procéda à l'opération ainsi qu'il va être dit.

Le 30 novembre, après avoir endormi le malade avec l'éther, il fit à la peau, puis à l'aponévrose d'enveloppe, une incision cruciale. Il écarta ou coupa ensuite quelques libres musculaires aplaties qui recouvraient la tumeur, et aperçut alors une tumeur du volume d'une grosse noix, traversée dans son plus grand diamètre par un nerf volumineux, que l'on reconnut être le poplité interne. L'union du nerf et de la tumeur paraissait des plus intimes. Néanmoins M. Bonnet, qui avait déjà eu occasion d'observer un cas à peu près semblable, douta encore de l'altération du cordon nerveux. Il fendit donc lentement la tumeur en deux parties, couche par couche, jusqu'à ce qu'il fût arrivé sur le nerf, qu'il trouva intact.

Ce troisième temps de l'opération permit aux deux moitiés du névrome de sortir d'elles-mêmes de la poche celluleuse qui les renfermait, et laissa voir le nerf poplité situé à la face interne et antérieure de l'enveloppe, qu'on excisa en même temps.

On ne tenta pas la réunion immédiate. La plaie, pansée à plat, guérit sans accident, et le malade put sortir le 26 janvier 1850.

Immédiatement après l'opération, les douleurs, qui étaient si vives et si fréquentes auparavant, disparurent complétement. Le malade n'éprouva plus ces crampes qui occasionnaient une insomnie si tenace. Dès la première nuit, il put dormir comme il ne l'avait pas fait depuis plus de deux ans.

OBSERVATION SUR UN ÉTAT PARTICULIER D'IVRESSE ALCOOLIQUE REVÊTANT D'EMBLÉE LES CARACTÈRES DU DELIRIUM TREMENS; par le docteur FONTERET.

En publiant cette observation, l'auteur a eu pour but : premièrement, de produire un nouvel exemple de *delirium tremens* à invasion brusque, et en second lieu de soulever la question de savoir si l'ammoniaque, employée, comme on sait, contre l'ivresse simple, ne serait pas applicable « à une autre série d'accidents alcooliques, à celle qu'on a désignée sous le nom de *delirium tremens*. » Voici les circonstances qui peuvent mettre le lecteur en état de juger si le fait a bien le caractère et justifie les vues thérapeutiques indiquées par l'auteur.

OBS. — Un homme âgé de 42 ans, de tempérament sanguin, exerçant la profession de marinier, livré à des excès de boisson qui lui laissent habituellement du malaise, des nausées, des vomituritions, rentrait chez lui le 13 août 1849, vers le soir, après d'abondantes libations, quand il apprend qu'un de ses camarades en état d'ivresse vient de se noyer et que le frère de ce dernier va éprouver le même sort si on ne lui porte secours au plus vite. G..., quoique passablement aviné, se dirige en toute hâte vers la rivière, s'y jette et est assez heureux pour sauver son camarade.

Au sortir de l'eau, il se sentit, suivant son expression, *tout saisi*, n'accusant toutefois qu'un malaise vague. Plus tard, dans la nuit, survinrent de l'agitation, de l'insomnie, du délire. En proie à d'incessantes hallucinations de l'ouïe. G... se lève à plusieurs reprises, court à sa porte, fait quelques pas dans la rue, et répond à des voix imaginaires qu'il croit entendre appeler au secours. Il a peine à regagner son lit.

Néanmoins, quand le jour parut, il ne restait plus qu'un malaise, et G... sortit avec l'intention de vaquer aux travaux ordinaires de sa profession. Pour se réconforter, il but un petit verre d'élixir. A partir de ce moment, il sentit vaciller ses jambes *et s'aperçut qu'un léger tremblement agitait ses membres supérieurs;* puis survinrent des nausées et un malaise tel qu'il lui fallut rentrer pour se mettre au lit. Pendant le trajet, il fut obligé de s'appuyer contre les murailles, tant il chancelait sur ses jambes; il présentait, à ce qu'il dit lui-même, l'aspect d'un homme ivre.

A partir de ce moment, la maladie se caractérisa de plus en plus. Alternatives d'agitation et d'assoupissement avec respiration bruyante et réveil en sursaut. Délire, hallucinations de l'ouïe et de la vue; le malade croit voir des noyés et entendre l'appeler au secours. Vers cinq heures du soir, au sortir d'un état assez prolongé de somnolence, tout à coup il pousse des cris étouffés, grince des dents, se roidit et tombe dans de violentes convulsions, qui occupent principalement le tronc. C'est alors que M. Fonteret fut appelé. Il fut frappé, en approchant du malade, de l'odeur alcoolique de son haleine. Les convulsions se suspendent pendant quelques instants, puis reparaissent avec la même force. Langue humide, *tremblotante*, piquetée de rouge à la pointe et sur ses bords. Peu de chaleur à la peau; les pieds, les mains, le front et le visage sont même froids. Pouls radial petit, sans résistance, donnant de 55 à 60 pulsations; face moins rouge que de coutume; yeux fermés : en soulevant la paupière, on constate une arborisation très-prononcée de la conjonctive; les globes oculaires sont convulsés en haut. Pupilles dilatées, ne se resserrant pas à l'approche d'une vive lumière. *Membres thoraciques agités d'un tremblement manifeste* lorsqu'on les soustrait au plan horizontal sur lequel ils reposent.

En présence de ces accidents, M. Fonteret ne crut pas devoir recourir à un vomitif, par la raison que l'estomac était vide depuis vingt-quatre heures et que le cerveau était congestionné. Son soin principal fut de chercher à dissiper cette congestion, et la jugeant de nature passive, il s'arrêta à l'idée de la combattre par les stimulants diffusibles. C'est à ce titre qu'il prescrivit 15 gouttes d'ammoniaque liquide dans une potion additionnée en outre de 10 grammes d'eau de laurier-cerise, à prendre en deux doses à demi-heure d'intervalle!

Immédiatement après l'ingestion de la première dose, et bien avant que la chaleur générale eût eu le temps de se ranimer, le malade recouvra comme par enchantement la connaissance et la parole, ouvrit les yeux, s'assit sur son lit, regardant autour de lui d'un air étonné et demandant aux personnes qui l'environnaient le motif de leur présence. Pour se conformer à leur désir, il se coucha, et un sommeil tranquille remplaça bientôt l'état comateux des heures précédentes. Cependant s'étant réveillé en sursaut, il s'élança encore hors de son lit et courut à la porte de la rue. Mais ce fut le dernier signe de trouble cérébral. Revenu bientôt à lui-même, il prit la seconde moitié de la potion, retourna volontiers à son lit et s'endormit encore.

Trois heures après la visite de M. Fonteret, une chaleur halitueuse s'était répandue dans tout le corps. Le tremblement des membres persistait à un faible degré. Le malade, qui accusait une soif brûlante et éprouvait de nouveau des nausées, fut mis à la limonade gazeuse. Ces deux symptômes ne tardèrent pas à disparaître. La nuit suivante fut très-bonne, le sommeil calme. Plus de tremblement des membres. Guérison complète.

Nul doute que cet ensemble de symptômes n'appartienne à la forme de délire qu'on a appelée délire des ivrognes ou crapuleux. Les antécédents, l'odeur alcoolique de l'haleine, le délire, les hallucinations, les mouvements convulsifs, et surtout le tremblement de la langue et des membres supérieurs, sont des symptômes très-significatifs. Il faut y joindre les nausées et la soif brûlante qui survécurent à l'accès. L'auteur a soin de dire que le sujet n'avait jamais offert le moindre signe d'une affection de ce genre. C'est donc, comme l'indique le titre, un *delirium* survenu d'*emblée*, mode d'invasion assez rare, mentionné pourtant par la plupart des traités sur la matière. Nous ne contestons pas, on le voit, le caractère attribué à l'observation par M. Fonteret. Néanmoins, on nous permettra une remarque. Une des formes de délire qui se rapprochent le plus de celle-ci, c'est le *délire nerveux* apyrétique, non pas seulement le délire dit *traumatique*, mais celui qui succède à de grandes émotions ou à de graves lésions internes. L'analogie est telle qu'un auteur recommandable, M. Léveillé (MÉM. DE L'ACAD. DE MÉD., t. Ier), a cru devoir les confondre. Pour lui, le délire nerveux n'est autre qu'un délire crapuleux, dont l'explosion a été provoquée par une cause puissante d'ébranlement cérébral. D'un autre côté, ceux qui se sont occupés le plus attentivement du délire des ivrognes, accordent qu'il éclate quelquefois tout à coup dans le cours d'une maladie

aigué on à la suite d'une émotion violente. Sans vouloir assimiler trait pour trait les deux formes de délire, et en admettant, avec M. Calmeil (Dict. de méd., art. *Delirium tremens*), qu'elles doivent être distinguées dans la nosologie, nous ne pouvons nous empêcher de reconnaître de grandes ressemblances dans leur expression symptomatologique. Si le tremblement des lèvres, de la langue, des membres, l'incertitude de la voix, caractérisent très-nettement le délire des ivrognes, on les observe, quoique plus rarement et à un moindre degré, dans le délire nerveux. Nous ne croyons pas, comme M. Léveillé, que ce dernier ait aussi nécessairement que l'autre son point de départ dans des excès de boissons alcooliques. Mais ce qui ne nous paraît pas contestable, c'est qu'un accident susceptible d'ébranler violemment le système nerveux chez un individu livré à ce genre d'excès, d'une part, ne soit souvent la cause déterminante du *delirium tremens*, particulièrement de celui qui éclate tout à coup, et, d'autre part, ne communique à l'accès des caractères corrélatifs à la nature de cette cause. En d'autres termes, l'accès accidentellement provoqué avant le temps où l'imprégnation alcoolique seule eût pu le faire naître, n'offrira qu'à un médiocre degré les caractères du vrai délire crapuleux, et, en revanche, revêtira quelques-uns de ceux du délire nerveux proprement dit. Or, dans l'observation de M. Fonteret, que voyons-nous? Un homme habituellement adonné à la boisson fait un nouvel excès. Il n'en résulte d'abord qu'un peu d'ivresse. Mais cet homme est vivement impressionné par la mort d'un camarade et le danger couru par un autre; il se plonge, tout échauffé par le vin, dans de l'eau froide. La maladie qui en résulte se caractérise par du délire, des hallucinations, le tremblement des membres et de la langue, tous symptômes du délire crapuleux; mais ce tremblement, qui s'observe quelquefois aussi dans le délire nerveux, est peu prononcé; le tremblement des lèvres, presque inséparable du délire des ivrognes, n'existe pas; du moins il n'en est pas fait mention dans l'observation. On ne dit pas non plus que la voix ait été incertaine au sortir de ce premier sommeil qui, on a pu le voir, n'avait pas complétement terminé l'accès.

On peut donc, d'après toutes ces considérations, présumer que l'affection décrite par M. Fonteret, bien que légitimement rattachée par lui au délire des ivrognes, n'offre pas néanmoins de ce délire une forme simple et dégagée de complication. C'est, pour nous, un délire à la fois crapuleux et nerveux, où l'action de l'alcool sur la fibre cérébrale et l'ébranlement du cerveau par une impression morale et par l'impression physique du froid ont joué un rôle inégal, peut-être, mais simultané. Il est juste, d'ailleurs, d'ajouter que l'action subite du froid sur toute la surface extérieure du corps, en arrêtant la perspiration cutanée, et en fermant ainsi une voie de départ aux principes alcooliques, a pu contribuer d'une autre manière à développer l'accès. Elle a pu augmenter l'intoxication.

L'ingestion de quelques gouttes d'ammoniaque a été suivie *immédiatement* d'un retour à la connaissance. On sait que ces terminaisons brusques de l'accès appartiennent plus au délire purement nerveux qu'au délire des ivrognes. Nous ne voulons pas néanmoins tirer grande conséquence de ce fait, et nous faisons sans peine à l'ammoniaque honneur de la guérison. Son action se conçoit d'autant mieux ici que le sujet était encore sous l'influence de l'ivresse, comme en témoigne l'odeur fortement alcoolique de son haleine. Nous savons bien que cette efficacité de l'ammoniaque contre l'ivresse a été contestée. Les faits portent à croire qu'en effet elle n'est pas constante et qu'elle est subordonnée à des conditions encore inconnues; mais c'est aller trop loin, à notre sens, que de la nier absolument.

Quant à l'idée d'étendre l'emploi de l'ammoniaque au traitement du *delirium* lui-même, on pourra en tenter l'application. La guérison obtenue par ce moyen, chez un sujet actuellement sous l'influence de vapeurs alcooliques, ne permet pas de préjuger l'effet qu'il pourrait avoir en l'absence de l'ivresse. Nous ferons seulement remarquer que le conseil d'administrer l'ammoniaque et autres stimulants diffusibles dans les accès de *delirium* succédant de près à un excès de boisson est donné par plus d'un auteur classique.

Observations de névropathie produite par la force de l'imagination et par une espèce d'imitation; par le docteur Lavirotte.

Voici, en quelques mots, le fond de ce travail. Deux frères et la femme de l'un d'eux présentèrent successivement des symptômes nerveux très-variables et mobiles, que l'auteur rattache, non sans raison, à l'hypocondrie, bien que quelques-uns d'entre eux puissent être considérés, malgré le sexe de deux des malades, comme étant de nature hystériforme. Or le premier malade avait assisté récemment à une attaque d'apoplexie qui avait enlevé son frère; le second malade avait été témoin des souffrances du premier; enfin, la femme de l'un d'eux avait donné des soins assidus à son mari, dont l'état de souffrance l'avait vivement inquiétée.

L'analogie symptomatologique des trois affections et cette circonstance que toutes trois ont succédé *à la vue d'un malade*, sont les motifs qui ont amené l'auteur à y voir un produit de l'imagination et de l'imitation. Nous sommes parfaitement disposé, pour notre compte, à admettre d'une manière générale, pour les maladies hypocondriaques ou hystériformes, cette nature d'étiologie. Nous ne nions pas non plus absolument qu'elle soit applicable à l'espèce, mais nous sommes frappé de certaines difficultés que nous soumettons à l'auteur lui-même.

En premier lieu, l'analogie des symptômes ne peut être invoquée que pour deux des observations. Le premier malade avait vu son frère en proie à une attaque d'apoplexie; or rien ne ressemble moins à une attaque d'apoplexie que les frissons, les pandiculations, les céphalées, les défaillances de l'hypocondrie. Ce premier malade ne peut donc pas entrer en ligne de compte, à moins qu'on ne juge utile de prouver ce que tout le monde admet, à savoir : l'influence des émotions morales sur le développement des affections nerveuses. L'expérience ne commence donc en réalité qu'avec le second malade qui avait assisté aux souffrances du premier. Mais ces deux malades étaient eux-mêmes frères; or cette circonstance mérite d'être prise en considération, parce qu'elle introduit tout de suite dans le problème à résoudre une question d'hérédité. Le second malade n'était-il pas prédisposé à l'hypocondrie comme le premier, et la vue des souffrances de son frère n'a-t-elle pas agi sur son moral comme avait agi sur le moral de celui-ci l'attaque d'apoplexie de leur frère commun? Et de même que le témoin de l'attaque n'avait pas rapporté de cette pénible scène une maladie analogue, puisqu'il avait été pris d'hypocondrie, de même le témoin de l'hypocondrie, s'il a présenté à son tour la même affection, a pu la devoir non à *une espèce d'imitation*, comme il est dit au titre de l'article, mais à une simple impression morale aidée d'une prédisposition héréditaire.

Reste le troisième cas, dont le sujet est la femme d'un des précédents malades. Ici l'hérédité est hors de cause; mais nous devons dire que les symptômes éprouvés par cette malade (céphalalgie, accélération du pouls, terreurs, impossibilité de toute application intellectuelle) sont de ceux qu'on retrouve souvent chez les femmes éprouvées par une émotion durable et la fatigue, comme l'avait été celle ci par suite de la longue maladie de son mari. On peut n'y voir autre chose qu'un simple épuisement du système nerveux, sans être obligé de faire intervenir l'imagination dans le sens où l'entend l'auteur, ni l'imitation.

P. Diday et A. Dechambre.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Cette séance a été consacrée à des objets entièrement étrangers à la médecine.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 1er octobre. — Présidence de M. Orfila, vice-président.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle ne comprend qu'une seule pièce relative aux vaccinations dans le département de l'Oise pour 1849.

Choléra.

M. Bonnafont, chirurgien de l'hôpital militaire d'Arras, envoie un mémoire sur la nécessité de réunir un congrès sanitaire universel pour aviser aux moyens d'arrêter ou de détruire la cause du choléra.

L'auteur propose dans ce mémoire l'application de quelques mesures hygiéniques propres à atteindre le choléra dans son origine, ou du moins dans celle que lui assignent tous les médecins qui se sont occupés de la marche de ce fléau. (Comm. du choléra.)

L'ordre du jour appelle M. Danyau à la tribune pour la lecture d'un rapport officiel sur le seigle ergoté.

Influence du seigle ergoté sur la vie des enfants.

M. Danyau lit, au nom d'une commission composée de MM. Orfila, Adelon, Villeneuve, Mérat et Danyau, le rapport suivant : Rapport en réponse a une lettre de M. le préfet de la Seine, ayant pour objet d'appeler l'attention de l'Académie et de réclamer son avis sur la question suivante : « Quelle peut être l'influence du seigle ergoté sur la vie des enfants et sur la santé des mères? »

M. le préfet de la Seine frappé d'un accroissement presque annuel dans le nombre et la proportion des enfants mort-nés, et informé par le rapport de MM. les médecins vérificateurs des décès de la ville de Paris, que le seigle avait

été administré dans un grand nombre de cas où l'enfant était évidemment mort pendant le travail de l'accouchement, s'est ému de cette coïncidence. Un tel mal ne doit-il pas être attribué à l'abus ou tout au moins à l'emploi malhabile d'un médicament qui ne devrait être prescrit qu'avec un juste discernement et une extrême prudence? M. le préfet s'est également préoccupé des suites funestes que le seigle aurait eues pour la santé des mères et des nombreux avortements qu'il aurait provoqués, et avant de prendre les mesures que de si graves résultats lui semblent devoir réclamer, il consulte l'Académie.

Après avoir posé la question qui fait l'objet principal de sa lettre et dont nous venons de rappeler les termes, il termine par le paragraphe suivant que nous reproduisons textuellement: « Dans le cas où le corps médical se prononcera affirmativement sur le danger de l'administration imprudente de ce médicament, j'aurais à vous demander en outre, monsieur le président, si vous ne jugeriez pas convenable de faire publier, par les divers organes de la presse médicale, l'opinion qui aurait été émise par l'Académie, afin de rappeler aux médecins, par cette publication, la prudence avec laquelle ils doivent faire leur prescription à cet égard. Cette publication me paraîtrait surtout utile aux jeunes médecins qui, bien que suffisamment instruits, sont souvent portés à s'appuyer trop facilement sur les ressources de leur art. Cet avis pourrait rappeler en outre que les sages-femmes ne peuvent administrer elles-mêmes le seigle ergoté, et qu'en le faisant, elles s'exposent à des poursuites que l'administration saura, au besoin, provoquer. »

On ne conteste plus, de nos jours les propriétés obstétricales du seigle ergoté. Son action sur la contractilité de l'utérus est un fait désormais acquis à la science, et les services qu'il peut rendre à la pratique sont avoués et reconnus. L'enthousiasme, l'opposition, le dédain, qui, de même qu'à tous les moyens thérapeutiques nouveaux, ne lui avaient pas manqué au début, ont abouti, après bien des débats, à un jugement plus impartial basé sur une juste appréciation des faits. C'est sur le terrain des indications et quand elles eurent été bien nettement posées ainsi que les conditions favorables à l'emploi de l'ergot, que cette fusion s'est opérée. Alors fut formulé, pour servir de règle aux accoucheurs, un certain nombre de préceptes dont l'exposition s'est ensuite retrouvée dans tous les traités généraux et dans tous les cours d'obstétrique. Délicate comme tout ce qui concerne la pratique de l'art, l'application de ces préceptes exige, sous peine d'insuccès, une grande sûreté de diagnostic et la vigilance la plus exacte; si le seigle n'était jamais prescrit qu'à propos, si ses effets étaient toujours attentivement surveillés, si, prenant conseil des modifications de la circulation fœtale, on savait où pouvait toujours terminer à temps l'accouchement avec le forceps dans le cas d'insuffisance et de danger pour l'enfant, on n'aurait point à déplorer les résultats qui, à diverses époques, ont été signalés en Amérique et en Angleterre et qui le sont aujourd'hui chez nous.

On enseigne sans doute que le seigle ne doit être donné aux femmes en travail que lorsque l'ampleur du bassin, la bonne conformation des parties molles, l'absence de tout état pléthorique, les dimensions convenables et la bonne présentation du fœtus, la régularité de la position, la complète dilatation ou l'extrême dilatabilité de l'orifice utérin, la souplesse du plancher périnéal et de la vulve, toutes conditions si essentielles, se trouvent réunies et, qu'il n'y a d'autre obstacle à l'accouchement que la longueur, la suspension, en un mot l'insuffisance des contractions utérines. S'ensuit-il que ces règles si précises soient toujours exactement suivies? Que de mal l'inexpérience, une exploration superficielle, l'impatience et quelquefois aussi une trop longue attente ne peuvent-elles pas produire! Tantôt on aura méconnu un rétrécissement du bassin, médiocre peut-être, mais néanmoins suffisant pour arrêter la tête et frapper l'utérus d'inertie. Quel bien pourrait faire, ou plutôt quel mal ne fera pas le seigle ergoté dans un cas où l'insuffisance des contractions tient à une pareille cause! Tantôt la résistance de l'orifice utérin aura été mal appréciée, et loin de céder au seigle ergoté, l'obstacle grandit, quand il aurait suffi, pour le vaincre, d'une saignée faite à propos, d'une fumigation, d'un bain, ou seulement d'une intelligente expectation. Ici il y aura eu erreur complète sur la présentation: elle était vicieuse, et le seigle n'a fait qu'augmenter les difficultés et les dangers; là il s'agissait d'une présentation naturelle, mais la partie fœtale était défléchie, inclinée, retenue transversalement dans le bassin, et ces détails si importants de diagnostic ont échappé à un observateur superficiel, fort étonné ensuite que le réveil et la suractivité des contractions utérines restent sans effet. Une autre fois, pour citer un exemple encore, ce sera contre un volume excessif du fœtus, contre une hydrocéphalée méconnue, etc., etc., que le seigle luttera vainement au grand préjudice de la mère ou de l'enfant, sinon de tous deux. Et qu'on ne croie pas purement gratuites ces suppositions et quelques autres qu'il nous serait facile de produire. Nous pourrions invoquer le témoignage des faits; ils attestent la fréquence des erreurs que nous venons de signaler et leurs fâcheuses conséquences. Il n'est pas d'accoucheur souvent appelé pour les cas difficiles, qui n'ait maintes fois constaté la légèreté extrême et l'aveugle facilité dont se plaint aujourd'hui M. le préfet de la Seine.

Qui pourrait mettre en doute la désastreuse influence d'une telle pratique sur la vie des enfants? Personne assurément, personne surtout parmi les partisans déclarés et éclairés du seigle ergoté. C'est que, malgré leur confiance, ils sont loin de procéder avec cette témérité. Praticiens expérimentés, explorateurs habiles, fidèles observateurs des règles prescrites, ils n'administrent le seigle qu'après un très-scrupuleux examen, n'ignorant pas que c'est amener les choses à un point véritablement critique, et qu'une fois le seigle donné, une terminaison prompte, spontanée ou artificielle, importe au salut de l'enfant. Ne perdant jamais de vue la nature des contractions produites par l'ergot, le spasme permanent, l'état tétanique de la matrice qui succède si souvent à l'usage de ce moyen, la gêne, la suspension de la circulation utero placentaire qui en est la conséquence, et comme dernier effet l'asphyxie possible, complète ou incomplète du fœtus, ils ne se décident, les conditions fussent-elles favorables, qu'après avoir épuisé les moyens plus simples de remédier à l'inertie utérine, et se gardent également d'une précipitation funeste et d'une trop tardive prescription. Familiers avec l'auscultation qui leur révèle d'une manière si sûre l'état de la circulation fœtale, ils l'observent attentivement, et s'ils la trouvent déjà plus ou moins profondément troublée, ils s'abstiennent dans l'intérêt de l'enfant comme dans celui du seigle lui-même; le moment favorable est passé; l'extraction immédiate est indiquée. Ont-ils, au contraire, jugé opportun d'administrer l'ergot, et ce ne sera jamais sans être sûrs de pouvoir terminer l'accouchement au premier signe d'urgence et sans avoir tout préparé à cet effet, leur oreille vigilante constate à des intervalles rapprochés l'état des bruits du cœur fœtal. Ces bruits conservent-ils leur rhythme normal, leur force et leur régularité, l'accouchement est abandonné à lui-même, et la nature continue d'agir sous l'influence du seigle. Leur fréquence devient-elle excessive, ou au contraire s'abaisse-t-elle beaucoup, de 140 à 100 ou 90 p., en même temps leur régularité est-elle troublée, leur force diminuée, résultats malheureusement assez communs et que n'exclue pas absolument l'absence de toute action expulsive bien évidente, le moment d'agir est venu; une plus longue attente serait funeste, l'enfant est extrait sans retard.

Avec cette prudente réserve, sous ce contrôle incessant d'une oreille exercée, quand on est toujours prêt à agir, suffisamment sûr de soi et légalement autorisé, quand d'ailleurs on n'use que de doses modérées à des intervalles convenables, 2 à 3 grammes par exemple, en trois ou quatre prises à vingt minutes ou demi-heure de distance, le seigle ergoté peut être administré sans danger pour la vie de l'enfant.

Mais cette innocuité n'est pas constante; on vient de voir à quelles conditions elle peut être obtenue. Elle n'est pas surtout de longue durée; un temps assez court, une couple d'heures quelquefois, une heure le plus souvent, et dans quelques cas même une demi-heure suffisent pour rendre son action très-funeste à l'enfant. Nous avons dit comment. Nous ajouterons que l'emploi le plus rationnel ne met pas toujours à l'abri d'un péril qui, une fois déclaré, réclame une vive décision, une prompte et habile intervention. Mais souvent rien n'est prêt, le temps se passe en préparatifs, et cependant de plus en plus compromis l'enfant succombe; ou bien comptant plus sur le seigle que sur l'habileté de sa main, l'accoucheur, jeune encore, espère toujours, hésite, ne réclame que tardivement un avis, ou plus hardi sans être plus adroit, tente, mais sans succès, une application de forceps.

Placées dans cette situation délicate, les sages-femmes sortent-elles plus heureusement du pas difficile dans lequel elles se sont engagées? moins bien encore assurément. D'abord il n'est pas douteux que si beaucoup d'entre elles consultent scrupuleusement les indications et les contre-indications et s'y conforment, il en est quelques-unes moins consciencieuses qui, mues par l'espoir de se suffire à elles-mêmes, abusent singulièrement du seigle ergoté. Une fois entrées, sans conseil et sans contrôle, dans cette voie périlleuse, elles vont jusqu'au bout, soit qu'elles répugnent absolument à toute intervention étrangère, soit que, pleines d'une aveugle confiance, elles attendent tout du remède et ne se lassent pas d'attendre, soit que chez elles à un mauvais sentiment se joigne l'ignorance des effets délétères du seigle et de l'auscultation qui permet de les constater et de les suivre. L'enfant est expulsé sans doute après un temps plus ou moins long et le mérite de cette expulsion leur appartiendra tout entier; mais il a cessé de vivre ou naît dans un état d'asphyxie dont il est impossible de le tirer. Les sages-femmes plus instruites et mieux pénétrées de leurs devoirs, celles même qui ne donnent le seigle ergoté qu'à propos, réussiront sans doute dans bon nombre de cas; mais placées dans des conditions moins favorables que les accoucheurs, elles seront exposées à perdre des enfants qu'ils auraient sauvés. En effet, l'unique voie de salut ne leur est-elle pas fermée? La loi, précise à cet égard, ne leur interdit-elle pas l'usage du forceps? En supposant qu'elles aient vu le péril et qu'elles se soient hâtées de réclamer les conseils et l'assistance d'un accoucheur, auront-elles la certitude que le secours, qui ne peut être efficace qu'à la condition d'être prompt et quelquefois immédiat, leur arrivera en temps opportun? Ainsi périront des enfants qui, sous une direction entièrement libre et maîtresse d'elle-même, seraient nés vivants. Pourquoi dès lors, dans leur intérêt comme dans celui des femmes confiées à leurs soins, les sages-femmes, avant d'administrer le seigle ergoté, ne réclameraient-elles pas, si les circonstances le permettent, l'avis d'un accoucheur qui, appelé au partage d'une responsabilité qu'il aurait acceptée, se tiendrait prêt à agir à la première manifestation du danger?

Nous n'avons jusqu'ici répondu qu'à la première partie de la question qui est adressée à l'Académie par M. le préfet de la Seine. Encore n'avons-nous pas touché quelques points contestés sur lesquels nous reviendrons plus tard. Avant de les aborder et pour compléter ce que nous avons à dire des résultats de la pratique ordinaire, nous examinerons quelle peut être l'influence du seigle ergoté sur la santé des mères.

A dose médicamenteuse ou, si je puis ainsi dire, obstétricale, c'est-à-dire à petites doses et prises convenablement espacées, le seigle ergoté ne produit d'autre effet général sur la mère qu'une diminution plus ou moins marquée dans la fréquence du pouls. Encore ce résultat est-il loin d'être constant. Si quelques expérimentateurs ont observé sur eux et sur d'autres des symptômes d'empoisonnement avec des doses qu'on ne peut pas considérer comme toxiques, administrées d'ailleurs en une seule fois et non pendant une série de jours, si le docteur Cusack a vu chez trois femmes auxquelles le seigle avait été donné à la dose de 1 gramme 1/2, de la stupeur, des épistaxis, etc., etc.; si Fleetwood Churchill a observé dans plusieurs cas, pour des doses de 3 grammes en trois fois d'heure en heure, une violente céphalalgie, du délire, une demi-stupeur et un ralentissement très-notable du pouls, ces résultats n'en sont pas moins des exceptions, et doivent même être considérés comme des exceptions très-rares. Quant à l'ergotisme complet succédant à l'usage obstétrical du seigle, il semble presque impossible, quelles que soient les quantités ingérées; suivant la remarque de

M. Arnal, une bonne partie de la substance, quand la dose est considérable et prise dans un très-court espace de temps, ne fait que traverser le canal intestinal et n'est point absorbée. Aussi le fait de M. Levrat Perroton, relatif à une femme en travail chez laquelle l'ergotisme fut porté jusqu'à la gangrène des extrémités à la suite de plusieurs gros de seigle administré par une sage-femme, est-il fort remarquable. Mais unique peut-être, cette exception confirme mieux encore que les autres la règle générale. D'ailleurs, quelques cas assez concluants dans un autre sens pourraient lui être opposés, en particulier celui de J. Paterson, qui, pour provoquer l'accouchement avant terme, fit prendre impunément à une femme plus de 100 grammes d'ergot dans l'espace de quelques jours. Tout en tenant compte de quelques faits très-exceptionnels, nous pouvons donc redire ici, avec tous les accoucheurs, que l'usage du seigle ergoté dans la pratique des accouchements, même à des doses un peu fortes et quelquefois de beaucoup supérieures à celles qui sont généralement employées, n'expose les femmes à aucun accident toxique.

Il ne s'ensuit pas malheureusement qu'il soit pour elles d'une complète innocuité. Les violentes contractions qu'il produit ne sont pas seulement funestes à l'enfant; elles peuvent aussi avoir de bien graves conséquences pour la mère. Dans les cas où le seigle a été administré à contre-temps et à contre-sens, quand le bassin est rétréci, par exemple, n'a-t-on pas vu l'utérus surexcité, luttant de toute son énergie et sans succès contre un invincible obstacle, se rompre tout à coup? La continuité prolongée de ces contractions peut produire sur les organes maternels des lésions d'un autre genre, moins graves sans doute, mais pourtant bien tristement fâcheuses. Si le long séjour de la tête du fœtus dans l'excavation pelvienne suffit dans quelques cas pour mortifier plus ou moins profondément les parties molles, que ne doit-on pas craindre du spasme permanent produit par le seigle et de la pression incessante qui en résulte? Ne serait-ce pas à cette cause, bien plus qu'à toute autre, qu'il faudrait attribuer le nombre beaucoup plus considérable qu'autrefois des fistules vésico-vaginales? Si cette plus grande fréquence signalée par un illustre chirurgien est réelle, si une certaine affluence dans les hôpitaux ne tient pas uniquement aux efforts heureux faits dans ces derniers temps pour guérir ces fistules, et à l'espoir si avidement embrassé par les malheureuses qui en sont affligées de trouver enfin la guérison d'une infirmité autrefois réputée incurable, en un mot si le seigle joue ici, comme nous le pensons, un rôle funeste, n'est-ce pas un motif de plus d'être très-réservé dans l'administration de ce médicament et particulièrement attentif sur ses effets?

Il ne faut pas toutefois assombrir le tableau. Les accidents que nous venons d'indiquer tiennent moins au seigle lui-même qu'à la manière de l'administrer et au choix des cas dans lesquels on l'administre. N'en est-il pas au reste de même de la plupart de nos moyens thérapeutiques? Un bon diagnostic, un à-propos bien saisi, une indication bien remplie, assurent des succès aux uns, tandis que les autres ne rencontrent que des revers, faute de connaissances suffisantes, de tact et d'attention. En tous cas, le seigle donné pendant le travail, dans l'intention d'accélérer l'accouchement ou pour remplir tout autre but, est absolument sans influence, je veux dire sans influence fâcheuse, sur les suites de couche. Rendrait-il même les accidents puerpéraux plus rares, ainsi qu'on l'a prétendu, et assurerait-il aux femmes un rétablissement plus prompt? nous n'oserions l'affirmer. Qui pourrait dire, en effet, quelle est ici la part des simples coïncidences, et, cette part faite, ce qui resterait de la prétendu influence préventive de l'ergot? Quoi qu'il en soit de ce doute, il est au moins bien démontré que les femmes, une fois accouchées, n'ont rien à redouter de l'usage qu'elles auraient fait du seigle en accouchant.

Forts de cette conviction, les accoucheurs font un large et fréquent emploi du seigle pour prévenir ou arrêter les hémorrhagies qui compliquent ou suivent la délivrance. Son action, presque souveraine en pareil cas, suffirait pour faire bénir la découverte des propriétés obstétricales d'une substance qui n'a été si longtemps connue que par ses propriétés toxiques. Avant la naissance de l'enfant, le seigle, à côté de ses avantages, a ses inconvénients, ses dangers; ici l'action bienfaisante demeure seule et tout entière, le péril a disparu. La délivrance est-elle accomplie, le seigle est donné sans retard à doses et à distances convenables. Ne l'est-elle pas au contraire, s'il y a urgence et que le cas soit de ceux qui ne requièrent pas quelque opération préalable, sans retard encore ce médicament est administré. L'enfant vient-il de naître et s'agit-il, non d'une hémorrhagie à arrêter, mais d'une prédisposition à combattre, d'une action préventive à obtenir, on attend le décollement du placenta et un commencement d'engagement dans l'orifice avant de donner une première dose. Cette opération, recommandée par beaucoup de praticiens, suivie à l'hôpital d'accouchement de Dublin et à la Maternité de Paris, a pour but de prévenir une complication qui pourrait résulter de l'administration un peu prématurée du seigle ergoté, à savoir la rétraction spasmodique de l'orifice utérin et la rétention du placenta. Si toutefois on tient compte des heureux résultats obtenus tant de fois avec le seigne donné plus tôt encore et pourtant à une époque très-rapprochée de l'accouchement, les craintes d'une rétention du placenta diminuent beaucoup si elles ne s'évanouissent pas tout à fait. Il est heureux, parce qu'il est beaucoup plus sûr pour le but qu'on se propose d'atteindre, qu'on puisse, sans crainte d'un fâcheux effet, faire prendre une première dose d'ergot quelques instants, un demi-quart d'heure, avant l'expulsion désormais assurée de l'enfant. Que de fois n'a-t-on pas eu à se féliciter d'en avoir agi ainsi, soit qu'on eût affaire à une femme qui avait plus ou moins abondamment perdu à un accouchement antérieur, soit qu'on eût à diriger un accouchement qu'on prévoyait devoir être extrêmement rapide, soit au contraire que le travail, près de finir, eût considérablement traîné en longueur et qu'on voulût se prémunir contre une inertie ultérieure de l'utérus.

Dans de telles circonstances, en présence d'un pareil danger, quand le remède, et un remède si puissant, est là, tout prêt, sous la main, n'est-ce pas le devoir le plus impérieux et le plus pressant d'une sage-femme de l'administrer sans retard? Les moments sont précieux; si elle ne peut les mettre à profit, s'il lui faut attendre l'arrivée d'un médecin, l'hémorrhagie, qui n'était qu'imminente, se déclarera, celle qui était médiocre deviendra grave, celle qui était grave déjà sera bientôt menaçante pour la vie. Lui faudra-il assister désarmée aux progrès incessants du mal? Sera-t-elle condamnée à voir laisser entre ses mains, graduellement et à chaque minute perdue, la puissante vertu de l'ergot? Le remède en effet agit d'autant mieux qu'il est employé plus tôt. Est-il donné de bonne heure, son action est prompte et sûre; plus tard, elle devient incertaine et lente; trop tard, nulle ou presque nulle. Nous ajouterons qu'au dire de quelques praticiens elle pouvait même cesser d'être bienfaisante. S'il devait en effet produire un ralentissement très-prononcé du pouls, il aggraverait, loin de l'amender, l'état d'une femme qu'une hémorrhagie abondante aurait plongée dans un grand état de faiblesse.

Les considérations qui précèdent démontrent la nécessité de laisser aux sages-femmes une grande liberté d'action dans les cas d'hémorrhagie, que ces hémorrhagies d'ailleurs succèdent à l'accouchement ou compliquent une fausse couche. Restreindre en pareil cas le droit de prescription et d'administration dont elles ont joui jusqu'à ce jour serait exposer aux plus grands dangers les femmes confiées à leurs soins. Si, pour de tels accidents, le droit doit être entier et sans réserve, sera-t-il facile, possible même de le limiter quand il s'agira de donner le seigle pour accélérer l'accouchement? Comment permettre dans un cas et interdire dans l'autre? une sage-femme ne pourra-t-elle pas toujours arguer d'une hémorrhagie qui lui paraissait à craindre et qu'elle a voulu prévenir? Les restrictions, les entraves, seraient donc presque toujours illusoires. Mais d'ailleurs seraient-elles bien légales? La loi du 19 ventôse an XI, qui n'a pas cessé d'être en vigueur, dispose, art. 32, que les sages-femmes devront être examinées sur les accidents qui peuvent précéder, accompagner ou suivre l'accouchement et sur les moyens d'y remédier, ce qui implique sans doute que le libre emploi de ces moyens leur est accordé. Si un doute pouvait exister sur le droit qui leur est conféré par cet article, le soin pris dans le suivant d'établir une exception, une exception unique relativement à l'application des instruments, trancherait la question d'une manière nette et précise.

En présence d'une législation qui ne fixe point de limites aux prescriptions des sages-femmes, qui par conséquent leur laisse, en ce qui concerne le seigle ergoté, une si grande latitude, le devoir le plus impérieux des personnes chargées de les instruire, n'est-il pas de leur exposer de la manière la plus minutieuse l'ensemble des règles que nous avons rappelées plus haut, de leur en faire sentir toute l'importance et de s'efforcer de les rendre prudentes et réservées? Celui des sages-femmes elles-mêmes n'est-il pas de se bien pénétrer de ces préceptes et de les appliquer religieusement? Si la loi est imparfaite, c'est ainsi seulement qu'on remédiera à ses imperfections. Ne laissât-elle rien à désirer, c'est encore aussi par de vives et sérieuses instructions d'une part, et la plus scrupuleuse réserve de l'autre, qu'on parviendra à neutraliser les dangers d'un médicament d'une si délicate administration.

Qu'il nous soit permis avant de conclure d'ajouter quelques mots sur deux points plus obscurs de son histoire et qui se rattachent d'ailleurs à la première partie de la question qui a été posée à l'Académie, à savoir sa propriété abortive et son action toxique sur le fœtus.

Au premier rang des motifs qui ont rendu, dans le principe, le seigle suspect aux médecins et à l'autorité, il faut placer la crainte du criminel emploi que l'on pourrait en faire. N'était-ce pas un nouveau moyen abortif offert à la perversité, moyen plus redoutable encore que ceux jusqu'alors mis en usage, puisque les coupables, moins retenus par la crainte des accidents et assurés de l'impunité d'un crime qui ne devait pas laisser de traces, auraient le champ libre et ne connaîtraient plus de bornes à leurs entreprises. Ces appréhensions étaient au moins exagérées. Le seigle excite, réveille la contractilité de l'utérus, quand fatiguée, épuisée, elle sommeille; il l'éveille difficilement; on a même cru longtemps qu'il ne pourrait l'éveiller quand elle n'a pas encore été mise en jeu. La rareté des avortements pendant les épidémies d'ergotisme n'était-elle pas un suffisant motif de sécurité? Mais plus tard cette propriété qu'on avait longtemps déniée au seigle, il se trouve qu'il la possédait au moins à une époque avancée de la grossesse. C'est en la mettant à profit que, dans un assez grand nombre de cas déjà, l'accouchement a été provoqué avant terme. Ce que les maîtres de l'art ont opéré dans l'intérêt de la mère et de l'enfant, d'autres n'ont-ils pas pu le faire dans de criminelles intentions? Cette question paraît encore préoccuper l'autorité; c'est ce qu'on peut au moins inférer d'un passage de la lettre de M. le préfet, qui ne mentionne pas à la vérité des faits bien précis. Nous ne pensons pas que le seigle puisse, sans aucun travail commencé, sans impulsion étrangère, sans manœuvre préalable, à lui seul enfin, mettre en jeu les contractions de l'utérus dans la première moitié de la grossesse qui est celle pendant laquelle le crime d'avortement est le plus souvent commis. Mais ce qu'il ne saurait accomplir tout seul, il peut au moins concourir à l'opérer, et nul doute que dans ces ténébreuses manœuvres, il ne fasse partie des moyens employés sinon à la destruction, du moins à l'expulsion du fœtus. Combien dès lors n'est-il pas regrettable qu'on ne puisse pas le rendre absolument inaccessible aux mains qui en font un si criminel usage? Ce regret s'accroît encore à la pensée qu'à cinq mois révolus, par exemple, et à plus forte raison à six mois, une mère coupable, spéculant sur la non-viabilité de son enfant, pourrait peut-être obtenir du seigle fourni par un complice, ce qu'elle n'oserait pas demander à des manœuvres dont elle redoute pour elle les conséquences. Les faits signalés à M. le préfet seraient-ils de ce genre?

L'ergot qui tuerait l'enfant, dans ce cas, en le détachant prématurément de sa mère, ne peut-il pas lui être fatal d'une autre façon? On s'était demandé dès l'origine si cette substance ne serait pas toxique pour le fœtus; de tous côtés, à part quelques dissidents bientôt ralliés, la réponse avait été négative, et elle reste telle encore pour la plupart des accoucheurs. Il en est quelques-uns

pourtant dont les convictions ont été ébranlées par les résultats, très-peu favorables pour l'enfant, de l'accouchement prématuré provoqué à l'aide du seigle. Fr. Ramsbotham, sur 26 cas, ne sauve que 4 enfants, tandis que la rupture des membranes lui donne 19 succès sur 37 opérations. Des 22 enfants de sa première série qui n'ont pas vécu, 14 étaient nés morts; des 12 nés vivants, 1 était mort presque aussitôt, après version faite pour présentation de l'épaule, 3 une heure après sans convulsions, 4 de convulsions, six, dix, quinze et trente six heures après leur naissance. Hofmann produisant, en 1847, une statistique plus étendue qui comprend d'ailleurs la précédente, donne le résumé de 45 cas sur lesquels 38 fois l'état des enfants est mentionné. Sur ces 38, 15 sont nés morts, 23 vivants. Parmi ces derniers, il en est 5 dont le sort ultérieur n'est pas indiqué; des 18 autres, 12 n'ont pas vécu au delà de trente-six heures. En résumé, 27 morts au moins sur 38 cas! Quant aux mères, il y a eu absence d'accidents chez toutes celles observées par Ramsbotham, et Hofmann assure qu'il en a été de même chez les autres, circonstance fort remarquable assurément, et d'après laquelle l'accoucheur anglais croit pouvoir conclure que le seigle pris en grande quantité peut être toxique pour le fœtus sans produire aucun symptôme d'empoisonnement chez la mère. Aussi absolue, cette conclusion nous paraît au moins prématurée. Elle ne nous semble pas suffisamment motivée et ne pourrait prendre place dans la science que basée sur des faits plus nombreux et surtout plus complets; dans tous ces cas, la part des influences étrangères n'est pas faite, et en particulier, il est difficile de démêler ce qui est produit par l'action toxique de ce qui peut ne tenir qu'à l'effet ordinaire du sujet. Ramsbotham donnait sans doute de fortes doses; il est allé jusqu'à 36 grammes. Mais ces fortes doses qu'Hofmann condamne vivement, et de plus considérables encore sont souvent nécessaires pour amener les contractions utérines à un degré d'énergie tel, que le travail franchement déclaré ne se suspende plus et s'accomplisse régulièrement. Quelle que soit l'explication qu'on cherche aux résultats fâcheux communiqués par Ramsbotham, les faits sont trop graves pour ne pas faire naître de sérieuses réflexions et même quelques doutes. Les observations de Beatty, qui signale la roideur particulière des membres des enfants morts après l'administration du seigle pendant le travail; les remarquables expériences de Wright sur les femelles pleines dont les portées ont été plus ou moins fâcheusement atteintes par l'ergot à haute dose, sans que l'action de l'utérus ait été mise en jeu, montrent que la question doit être reprise. L'étude de l'action des médicaments et des poisons sur le fœtus à travers l'organisme maternel est un des plus importants sujets de la pathologie et de la thérapeutique intra-utérine. Ce qui concerne l'ergot ne pourrait manquer d'y trouver place. Mais les matériaux d'une telle histoire sont malheureusement épars, peu nombreux, et tout est encore doute et incertitude dans le chapitre qui devrait être consacré au seigle. Nous nous contentons donc, pour ne rien omettre de ce qui a trait aux effets de ce médicament sur le fœtus, de la simple mention d'une action toxique qui, tour à tour admise et rejetée, sera peut-être reconnue un jour, mais est encore loin, quant à présent, d'être démontrée.

Nous avons l'honneur de proposer à l'Académie de répondre à M. le préfet de la Seine :

1° Que le seigle ergoté, quels que soient d'ailleurs les avantages attachés à ce précieux médicament, peut, quand il est imprudemment administré, déterminer la mort de l'enfant et des lésions plus ou moins graves chez la mère.

2° Que, dans l'état actuel de la législation, il n'est pas possible d'interdire aux sages-femmes le droit que la loi leur donne d'administrer le seigle ergoté, et que cette interdiction aurait d'ailleurs de graves inconvénients dans certains cas.

3° Qu'il serait à désirer que la nouvelle législation, si impatiemment attendue, en même temps qu'elle élèverait le degré d'instruction exigé des sages-femmes, fixât leurs droits d'une manière plus précise, et vît s'il y a lieu d'assigner des limites aux prescriptions qu'elles sont appelées à faire.

4° Que l'Académie, ne disposant pas des journaux de médecine, ne peut donner satisfaction à M. le préfet au sujet de la publication par laquelle il voudrait qu'on rappelât aux jeunes médecins et aux sages-femmes la réserve dont ils ne devraient jamais se départir; et qu'elle doit en conséquence se borner à exprimer le désir de voir reproduire par les principaux organes de la presse médicale les parties de ce rapport qui leur paraîtront les plus propres à remplir le but que l'autorité se propose d'atteindre.

M. Gibert désirerait que M. le rapporteur voulût bien modifier la dernière conclusion en répondant au préfet que, conformément au vœu qu'il exprime, l'Académie donnera à ce rapport la publicité dont elle dispose dans son Bulletin.

M. Velpeau : Il me semble avoir entendu autrefois M. Moreau s'élever contre les abus du seigle ergoté; je m'attendais à le voir prendre la parole aujourd'hui à l'occasion de ce rapport. Puisqu'il ne le fait pas, je demande à présenter quelques réflexions.

Dans le rapport de M. Danyau, j'ai entendu ceci : que le seigle ergoté, entre les mains des sages-femmes, pouvait causer ou avait même causé la mort de beaucoup d'enfants. Je partage cette opinion. Il a été publié en Belgique une statistique d'après laquelle la mortalité des enfants nouveau-nés serait d'un tiers plus élevée depuis qu'on fait usage du seigle ergoté. Il en est de même en Amérique et en Angleterre; il en est de même enfin en France, où l'on fait aussi un grand abus de seigle ergoté. Mais il faudrait ajouter encore que par malheur cet abus n'existe pas moins dans la pratique des médecins que dans celle des sages-femmes. J'ai vu employer le seigle ergoté lorsque le col était à peine entr'ouvert et dans des cas où l'on n'avait pu s'assurer encore de la présentation de l'enfant. Je crois qu'il eût été utile d'insister sur ce point. Dans les cas même où le seigle ergoté est donné dans de bonnes conditions d'ailleurs, si le travail doit durer plus d'une heure après son administration, il y a du danger. Si l'on insistait sur ces règles ainsi que sur celles qu'a formulées M. Danyau, il arriverait à l'avenir beaucoup moins d'accidents.

Il y aurait eu aussi un autre point important à faire ressortir. Les sages-femmes, aux termes de la loi, ont le droit de traiter les suites de couches. On ne peut pas leur enlever ce droit-là; mais il est évident qu'il a de graves dangers, car il s'ensuit qu'une sage-femme peut avoir à traiter une métro-péritonite, un trombus. Saura-t-elle saisir le moment où il conviendra d'appeler un médecin?

Autre chose encore. Les sages-femmes se croient le droit de traiter les maladies des organes génito-urinaires. On comprend les graves inconvénients qui peuvent en resulter. Mais comment faire pour les en empêcher? Elles croient être dans leur droit en traitant ces maladies comme des suites de couches. Ce sont là des points de pratique délicats que je voudrais voir signaler à l'administration, en spécifiant ce qu'il faut entendre par suites de couches; sans quoi les modifications que l'on introduirait dans la loi, relativement à l'emploi du seigle ergoté dans les accouchements, seraient sans avantage.

M. Moreau : Il y a longtemps effectivement, ainsi que vient de le rappeler M. Velpeau, que je me suis expliqué très-catégoriquement à l'égard du sujet en discussion, et tous les ans j'ai l'occasion de rappeler mon opinion sur cette question dans mes cours. Je ne puis donc qu'approuver le rapport de M. Danyau. Cependant j'ajouterai que je ne suis pas aussi partisan que lui du seigle ergoté. Depuis plus de quarante ans que je pratique exclusivement les accouchements, je n'ai pas employé peut-être dix fois le seigle ergoté pendant le travail. Est-ce que je le considère comme inefficace? Non certainement; mais c'est à cause de ses dangers.

J'ai fait remarquer dans le temps que la mort du fœtus n'était pas due à une action toxique, mais bien à une action mécanique. La mort, dans ce cas, est la conséquence du mode d'action du seigle ergoté sur les contractions utérines qui diffèrent des contractions normales en ce que, tandis que celles-ci ont lieu par intervalles, les premières sont presque permanentes avec exacerbations; de là, arrêt de la circulation fœtale, syncope et la mort. Voilà les opinions que j'ai émises il y a plus de vingt ans, et je ne crois pas que les faits soient venus les infirmer.

J'ai toujours le soin de recommander de n'employer jamais le seigle ergoté dans les accouchements primipares, car c'est surtout dans ces accouchements que le seigle exerce la plus funeste influence.

Sous le rapport des hémorrhagies c'est assurément un bon médicament, mais encore faut-il en être sobre et ne le réserver que pour les cas d'insertion du placenta sur le col ou pour les hémorrhagies qui ont lieu après l'accouchement. Encore parvient-on presque toujours à les prévenir en désemplissant immédiatement la matrice des portions de placenta ou des caillots qu'elle peut contenir.

M. Gerdy : Je suis étonné des calomnies que je viens d'entendre proférer contre le seigle ergoté. Jamais je ne l'ai vu produire d'accidents; c'est à mes yeux le remède le plus souverain qui existe. Sur cent fois qu'on l'emploie il réussit cent fois. Qu'on me cite parmi les autres drogues une seule qui jouisse d'une pareille efficacité. Ce médicament est d'autant plus utile qu'il y a un très-grand nombre de cas où l'on ne peut pas attendre plus longtemps sans s'exposer à voir survenir des fistules génito-urinaires (M. Moreau : Je n'ai jamais vu cela)..... Tout en convenant qu'il faut l'astreindre à de certaines conditions, je maintiens que le seigle ergoté est un excellent remède et qu'on l'a calomnié. J'approuve, du reste, toutes les mesures qui tendraient à faire exiger plus d'instruction de la part des sages-femmes.

M. Gibert : On ne peut pas se dissimuler que rien ne prouve que lorsque l'enfant est venu mort au monde c'est le seigle ergoté qui l'a tué. Dans les cas où l'on administre ce médicament, l'accouchement a déjà été long et laborieux; qu'est-ce qui dit que ce n'est pas ce travail lui-même qui l'a tué et non le seigle ergoté?

M. Villermé : Les statistiques ne prouvent pas autant peut-être qu'on l'a dit. Ce n'est que depuis un certain nombre d'années que les gouvernements attachent une grande importance à constater les mort-nés. Autrefois on se bornait à constater la mort des enfants sans en préciser le moment. Or ces statistiques sont encore trop récentes et elles renferment des éléments trop multiples pour qu'on puisse rien en inférer.

M. Moreau cite des faits de sa pratique qui lui semblent établir d'une manière incontestable que la mort des enfants a été occasionnée par le seigle ergoté. Dans un de ces cas en particulier, le seigle avait déterminé de fortes contractions, la tête n'avait pas marché et l'enfant était venu mort, tandis qu'un instant auparavant on avait pu constater par l'auscultation qu'il était plein de vie. Le seigle ergoté peut être sans danger lorsque la femme est multipare, que le col est dilaté et la présentation bonne; mais dans ces cas on peut s'en passer; mais chez les femmes primipares, 8 fois sur 10 au moins on déterminera la mort de l'enfant.

M. Rochoux : La statistique est fort embrouillée, d'après ce que vient de dire M. Villermé. Cependant il n'a pas nié que la mortalité des enfants fût augmentée. Si cela est vrai, ce serait une grande objection contre l'emploi du seigle ergoté; on aurait beau dire qu'on ne peut pas lui attribuer ce résultat exclusivement que je persisterais à croire qu'il y entre pour beaucoup.

M. Gerdy persiste à ne voir dans tout ce qui a été dit aucune preuve, aucun fait qui établisse incontestablement l'influence du seigle ergoté sur la mort des enfants.

M. Moreau ne comprend pas comment M. Gerdy peut nier l'influence du seigle ergoté sur la circulation de l'enfant. Le seigle ergoté arrête les hémorrhagies et il ne voudrait pas qu'il eût d'action sur la circulation!

M. Roche dit avoir employé le seigle ergoté des centaines de fois, en se jouant, en quelque sorte et sans lui avoir jamais vu produire aucun accident.

M. Danyau résume en quelques mots les principales objections ou observations faites à l'occasion de son rapport et termine en disant qu'il consent à introduire dans la dernière conclusion la modification demandée par M. Gibert.

Les conclusions, avec cette modification, sont mises aux voix et adoptées.

— M. Londe lit, au nom de M. Lesauvage (de Caen), une observation de hernie du colon descendant ou gauche par l'anneau inguinal du côté droit, avec complication de sphacèle et indication du procédé opératoire qui a été employé.

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

Du mal de mer. Recherches théoriques et pratiques sur le traitement, ainsi que sur les rapports qui existent entre ce mal et le choléra, la fièvre jaune, la peste, etc.; par M. Sémanas (de Lyon). — Un vol. in-8° de 414 pages. — Paris, 1850. Chez J.-B. Baillière et chez Germer-Baillière. A Lyon, chez Charles Savy.

La détermination des causes et de la nature d'une maladie ainsi que de ses rapports nosologiques avec les maladies semblables ou analogues, constituerait sans contredit le plus intéressant et le plus utile de tous les problèmes à résoudre en médecine, s'il était toujours possible de donner à de semblables recherches une base stable et une direction certaine. Malheureusement l'ignorance où l'on est sur les causes réelles et sur la nature intime du plus grand nombre de nos maladies a rendu jusqu'ici stériles la plupart des efforts tentés dans cette voie. Ce n'est pas à dire cependant qu'il n'existe aucun principe capable de servir de guide aux classificateurs et que la nosologie ne repose sur aucune base réelle. A défaut de la connaissance des modifications intimes de l'organisme qui donnent immédiatement naissance aux phénomènes morbides perceptibles, à défaut des données étiologiques seules susceptibles de servir de base à une détermination précise de la nature des maladies et à une classification véritablement méthodique, on trouve dans l'ensemble des phénomènes, dans leur ordre de succession, dans leurs rapports ou dans les conditions de leur manifestation et enfin dans l'état matériel appréciable des organes, des caractères communs ou différentiels suffisants pour asseoir les fondements d'une classification et établir la base des distinctions sur lesquelles repose la détermination des diverses espèces morbides; caractères d'autant plus importants qu'ils sont précisément l'expression et comme la traduction de ces causes elles-mêmes qui échappent le plus souvent à notre appréciation directe, et que c'est dans les différences ou les analogies de ces phénomènes perceptibles, au delà desquels la nature intime des maladies ne se montre plus que comme une vague aperception, que réside la seule notion vraie que nous possédions.

Si nous rappelons ces principes plusieurs fois énoncés dans les colonnes de ce journal, c'est qu'ils sont particulièrement applicables à la question qui fait l'objet spécial du livre dont nous avons à rendre compte à nos lecteurs.

Le mal de mer a été considéré jusqu'ici comme une maladie tout à fait spéciale, isolée dans le cadre nosologique, distincte qu'elle est de toutes les maladies connues, autant par l'ensemble de ses symptômes que par les conditions particulières au milieu desquelles elle se produit. L'objet du livre de M. Sémanas est précisément d'assigner à cette affection une étiologie nouvelle, différente de celle qui est universellement admise, et une place dans le cadre nosologique à côté d'un groupe d'affections au nombre desquelles se trouvent les maladies endémo-épidémiques les plus graves et les plus généralement répandues sur la surface du globe; place qui lui serait dévolue, suivant l'auteur, non-seulement par la ressemblance de ses symptômes et de ses phénomènes caractéristiques avec ceux des maladies en question, mais encore par des rapports d'origine et d'étiologie communs.

Nous venons de dire quels sont les principes qui nous paraissent devoir servir de guide pour la solution de semblables questions; nous allons exposer les motifs sur lesquels M. Sémanas fonde sa théorie nouvelle du mal de mer. Les lecteurs auront de cette manière, devers eux, des éléments suffisants d'appréciation, et ils pourront juger par eux-mêmes jusqu'à quel point cette théorie est admissible.

M. Sémanas s'est proposé, dans cet ouvrage, de développer cette proposition ; à savoir : que le mal de mer est une maladie de nature miasmatique, une intoxication contractée au sein de l'atmosphère marine, intoxication analogue par son origine, sinon par les phénomènes qui la traduisent, par sa physionomie et sa gravité, aux grandes intoxications épidémiques connues sous le nom de choléra, peste, fièvre jaune. Ces quatre affections constitueraient, dans leur ensemble, une pathologie marine spéciale existant au même titre qu'il existe une pathologie spéciale des villes, une pathologie des champs ou des contrées palustres, et formant comme la tri-partie d'un tout pathologique qui représenterait dans sa plus large expression l'ensemble des influences pathologiques des lieux et de l'atmosphère sur l'homme. C'est à la démonstration de cette proposition générale et à la recherche des causes, de la nature, des caractères de l'intoxication marine, de son traitement et de ses rapports avec les autres affections de même genre, que sont consacrées les principales pages de ce livre.

Avant d'exposer la théorie de l'auteur, il est nécessaire de faire connaître une circonstance particulière, et en quelque sorte toute fortuite, qui lui en a suscité l'idée, d'autant qu'on trouvera dans cette relation un fait intéressant, indépendamment de la signification qui lui a été donnée, et alors même qu'on lui refuserait le caractère analogique et démonstratif que lui accorde M. Sémanas.

En 1846 et 1847, pendant qu'il exerçait la médecine à Alger, M. Sémanas observa un certain nombre de cas d'affections vertigineuses dont les symptômes lui parurent tout d'abord rappeler assez exactement le mal de mer. Des individus qui s'étaient couchés bien portants se trouvaient réveillés au milieu de la nuit par des sueurs abondantes et par des maux de cœur intenses; puis des vomissements auxquels se joignaient souvent des tranchées suivies de diarrhée; ralentissement du pouls et vertiges. Le matin les malades se sentaient soulagés, ils passaient assez bien la journée; mais les accidents reparaissaient la nuit suivante. Le symptôme le plus caractéristique de cette affection était le vertige; ce vertige était, tel que ceux des malades qui avaient navigué ne pouvaient mieux le comparer qu'à celui que provoque la mer. Ce symptôme persistait, quoiqu'à un degré affaibli, dans l'intervalle des accès nocturnes. M. Sémanas ajoute que cette affection, qu'il a observée plusieurs fois sur des habitants du littoral, coïncidait ordinairement avec le vent de mer, et que son intensité était d'autant plus grande que la mer était plus houleuse et l'air plus imprégné de vapeurs marines. L'analogie, d'une part, de cette affection avec les fièvres intermittentes par la périodicité de ses accès, d'autre part la ressemblance de ses symptômes dominants avec ceux qui caractérisent le mal de mer, le conduisirent à penser qu'il y avait identité entre ces deux états, et que le vertige marin, comme le vertige périodique observé sur le littoral, pourrait bien n'être, après tout, que le résultat d'une intoxication analogue à l'intoxication paludéenne. Le sulfate de quinine, employé dans les cas d'affection vertigineuse dont il vient d'être question, bien qu'elle ne se fût pas montrée franchement intermittente, avait parfaitement réussi à faire cesser les accès. De là l'idée d'essayer le sulfate de quinine comme moyen préventif et curatif du mal de mer. Les premières tentatives ayant eu un plein succès, ce qui n'avait été jusque-là, dans l'esprit de M. Sémanas, qu'une hypothèse, lui parut désormais une théorie confirmée.

On verra plus tard ce qu'il faut penser de la conséquence que tire M. Sémanas de l'efficacité du sulfate de quinine contre le mal de mer et de cette efficacité elle-même. Quant à l'existence de cette affection vertigineuse qu'il considère comme étant de même nature que le vertige marin et qui ne serait suivant lui, qu'on nous passe cette expression, que le mal de mer à terre, il est impossible qu'on ne soit pas frappé de ce fait, qu'elle a été observée dans une contrée essentiellement sujette aux fièvres intermittentes dont M. Sémanas a lui-même si bien décrit une des mille formes variées, tandis que sur une infinité d'autres points du littoral soit de la Méditerranée, soit de l'Océan, où ne règnent point endémiquement les fièvres intermittentes, rien de semblable n'a été signalé.

Mais reprenons l'ordre d'exposition de M. Sémanas et poursuivons le développement de sa théorie.

M. Sémanas s'attache d'abord à réfuter l'opinion la plus accréditée touchant la cause du mal de mer, celle qui en attribue l'origine au balancement du navire. Deux objections principales lui paraissent ôter à cette opinion tout crédit : la première, c'est la diversité même des théories par lesquelles on a cherché à expliquer le mode d'action du triple mouvement du navire, roulis, tangage et mouvement d'ascension et de descente ; les uns le faisant consister, avec Wollaston, dans un état congestif du cerveau ou, avec Darwin, dans un trouble de la vue réagissant sympathiquement sur l'encéphale; les autres, avec MM. Keraudren et Jobard (de Bruxelles), dans le trouble porté dans les viscères abdominaux par les frottements auxquels ils sont soumis ou par le chatouillement du diaphragme ; d'autres enfin, avec M. Pellarin, dans un trouble apporté dans la circulation et dont le résultat serait de priver le cerveau de l'afflux de sang nécessaire à sa stimulation normale, etc. La seconde objection est tirée de ce fait que

l'intensité du mal de mer, suivant l'auteur, ne serait nullement en rapport constant et régulier, comme on le pense généralement, avec l'intensité du balancement du navire, le mal de mer se montrant souvent fort avec un balancement fort ou faible indifféremment, fort ou faible sans balancement; tandis qu'il coïnciderait beaucoup plus directement avec l'agitation des eaux de la mer. C'est ainsi qu'il explique ce fait, qu'il dit avoir constaté, que le mal de mer est plus fort à bord des bâtiments à vapeur que dans les navires à voiles, bien que les mouvements y soient beaucoup moins intenses, en disant que cela tient à l'agitation considérable que les roues motrices impriment à l'eau de la mer. Mais ce n'est là encore qu'une première donnée dont on ne comprendrait pas la valeur sans le développement de la proposition qui suit, proposition plus explicite et dont il fait découler sa théorie de l'identité d'origine et de nature des grandes endémies miasmatiques, savoir: qu'un miasme marin spécial est la cause essentielle du mal de mer. Pour démontrer l'existence du miasme marin et son influence toxique sur l'économie, M. Sémanas invoque l'action vomitive et purgative de l'eau de mer prise à l'intérieur, à dose modérée; les phénomènes toxiques qu'elle détermine et leur analogie avec les symptômes du choléra; le travail incessant et alternatif de composition et de décomposition qui s'opère au sein de la mer et qui lui paraît démontrer directement l'existence de ce principe miasmatique; enfin l'efficacité du sulfate de quinine.

Après avoir cherché à établir étiologiquement que le mal de mer peut être considéré comme une affection de cause miasmatique, il fallait montrer que symptomatiquement le mal de mer est de même nature que les affections réputées miasmatiques. M. Sémanas voit cette preuve dans les symptômes ordinaires du mal de mer, qui se résument, suivant lui, dans une altération plus ou moins complète de l'exercice du sentiment et du mouvement et dans la perturbation fonctionnelle du tube digestif, et traduisent une lésion primitive de l'influx nerveux cérébro-spinal.

De ce double rapprochement de causes et de symptômes, il ne restait plus qu'un pas à faire pour arriver à la détermination du rang qu'il convient d'assigner au mal de mer dans l'ordre nosologique. C'est ici qu'entrant dans le domaine de la pathologie générale, M. Sémanas propose une classification des principales affections endémo-épidémiques par intoxication, ou en d'autres termes des endémies miasmatiques. Il admet trois grandes classes de miasmes qui correspondent à trois grandes catégories d'affections endémo-épidémiques; ce sont: le miasme des villes et des grands centres de populations, qu'il désigne sous le nom de *miasme urbain*, et dont l'expression symptomatique se résume dans le genre fièvre à type continu (fièvre typhoïde); le *miasme palustre*, miasme des marais, engendrant les affections fébriles à type intermittent, et le *miasme marin*, qui, sous le rapport du type, tient le milieu entre le type continu urbain et le type intermittent palustre, et donne naissance à des affections atypiques, c'est-à-dire dont la manière d'être se trouve également éloignée de la continuité et de l'intermittence périodique.

Pour comprendre la portée que l'auteur entend donner à cette classification, il importe de préciser le sens qu'il attache aux mots *miasme marin*, *règne pathologique marin*. Il ne prétend pas restreindre ces appellations à l'affection spéciale qui a été désignée jusqu'ici sous le nom de mal de mer et qui en est, du reste, l'effet le plus immédiat et en quelque sorte comme le type; mais il en étend l'application aux affections endémiques sur les côtes et dans les contrées dites maritimes, dont l'atmosphère, soit par le voisinage de la mer, soit par la direction habituelle des vents qui en proviennent, se trouve habituellement imprégnée des effluves ou du miasme marin. C'est ainsi qu'il considère comme affections miasmatiques marines les fièvres bilieuses des pays chauds voisins de la mer, la fièvre jaune, la peste et le choléra; affections qui ont toutes les traits physionomiques et pathognomoniques qui les distinguent les unes des autres, offrent toutes cela de commun, suivant M. Sémanas, qu'elles ont généralement leur origine dans des contrées maritimes et dans des pays chauds, c'est-à-dire dans les lieux où le miasme marin se trouve en quelque sorte multiplié dans son activité native par une température élevée, et qu'elles offrent enfin, à côté de différences symptomatiques très-appréciables, des analogies non moins manifestes, qui accusent le même mode de lésion et le même siége dans l'organisme.

Le développement des idées dont on vient de lire une rapide analyse, et qui comprend plus de la moitié de cet ouvrage, est suivi d'une partie pratique où l'auteur expose les deux ordres de moyens qui constituent, suivant lui, la thérapeutique du mal de mer; la pratique de la mer, sorte de traitement naturel dont il fait consister l'efficacité préventive dans une mutation lente, mais durable de la prédisposition du sujet, et l'emploi du sulfate de quinine dont l'efficacité, à la fois préventive et curative, consiste en une mutation prompte, mais temporaire de cette même prédisposition. On trouvera dans cette dernière partie du livre de M. Sémanas, terminé par un recueil d'observations ou pièces justificatives à l'appui de sa théorie, de judicieux préceptes pratiques sur les moyens d'administration les plus efficaces du sulfate de quinine, et un très-intéressant chapitre supplémentaire sur le mode d'action et les propriétés curatives générales du sulfate de quinine, déjà publié dans la GAZETTE MÉDICALE, et dont nos lecteurs ont pu par conséquent apprécier tout le mérite.

Nous n'avons pas voulu interrompre cette analyse par des observations et des objections que les lecteurs, à coup sûr, n'auront déjà pas manqué de faire, ceux d'entre eux surtout qui ont navigué ou habité les côtes. La théorie étiologique de M. Sémanas, malgré tout l'art avec lequel il l'a présentée et les considérations pleines d'intérêt dans lesquelles il l'a en quelque sorte enveloppée, ne nous paraît pas destinée au succès qu'il en attend. Si un rapport étiologique a été jamais bien établi, c'est, à coup sûr, celui du mal de mer avec les conditions inhérentes à la navigation, conditions telles que le mal de mer commence, dure et cesse avec elles, et qu'il n'a de comparable dans toute la pathologie que les accidents morbides momentanés qui se produisent dans des circonstances plus ou moins analogues à celles de la navigation. Peu importe que les explications qu'on a cherché à donner de ce phénomène soient défectueuses ou contradictoires, lorsque le fait est si bien établi. Que penser dès lors de l'assimilation d'un mal si intimement lié aux conditions physiques de la navigation, qu'il se produit indistinctement sur les personnes qui y sont actuellement soumises, sous quelque latitude que ce soit et sous les conditions climatologiques les plus opposées, d'un mal si peu grave en lui-même, malgré l'appareil effrayant de ses symptômes, qu'il ne laisse plus aucune trace dès que le pied a touché terre, et que l'assuétude seule suffit, dans le plus grand nombre des cas, pour en empêcher le retour; que penser, disons-nous, de l'assimilation d'un pareil mal avec ces endémies meurtrières qui, à part de rares excursions épidémiques hors de leur siége originel, restent confinées dans certaines régions du globe, où elles sont entretenues par des conditions pathogéniques spéciales jusqu'ici inconnues? M. Sémanas, en édifiant cette théorie, a évidemment cédé à cette tendance de quelques savants de notre époque à grouper et confondre sous un lien analogique les faits que l'observation nous montre épars et isolés dans la nature. Si l'analogie, maniée par des esprits élevés et généralisateurs, a produit de grands et féconds résultats dans la science, il ne faut pas oublier qu'elle a ses dangers, et que l'usage n'en peut être profitable qu'autant qu'il sera tempéré par cet antre principe que rappelait il y a peu de jours un membre de l'Académie de médecine, à propos de nous ne savons plus quelle discussion, que la science repose sur des distinctions bien faites. Quant à l'argument que l'auteur emprunte à l'efficacité du sulfate de quinine contre le mal de mer, cette efficacité fût-elle d'ailleurs bien constatée, il n'aurait pas toute la valeur et toute la signification qu'il lui attribue. C'est, du reste, un fait important et qui mérite d'être signalé à l'attention des médecins navigateurs, seuls à même de le soumettre au contrôle de l'expérience.

En somme, bien que la thèse soutenue par M. Sémanas ne nous paraisse pas devoir résister à une appréciation rigoureuse et à un examen critique sévère de la question, son livre ne s'en recommande pas moins par les aperçus ingénieux et les considérations importantes qu'il renferme sur la relation qu'ont entre elles les grandes endémies du globe, ainsi que par l'attrait qui s'attache à sa lecture. Nous recommandons seulement, en terminant, à l'attention de M. Sémanas ces paroles de Bacon que devraient méditer tous les esprits un peu trop prompts à l'endroit des spéculations théoriques: *Hominum intellectui non plumæ addendæ, sed potius plumbum et pondera.*

H. BROCHIN.

VARIÉTÉS.

— COLLÉGE ROYAL DES CHIRURGIENS EN ANGLETERRE.—On publie l'état suivant des recettes et dépenses de cette institution pendant l'année 1849: Recettes 294,050 fr.; Dépenses 275,775. — Les droits d'admission à cette société ont seuls fourni 10,750 fr. et les droits d'examen 217,625 fr.

— VACCINATIONS EN TURQUIE. — A Constantinople, dans les six premiers mois de l'année 1847, il y a eu 2,128 vaccinations, et on croit que, dans les années suivantes, ce nombre a beaucoup augmenté.

—JOURNAUX DE MÉDECINE DE MADRID.—On compte en Espagne un assez grand nombre de publications périodiques relatives aux sciences médicales. Voici la liste de celles qui s'impriment à Madrid, d'après leur ordre d'importance: BOLETIN DE MEDICINA, UNION, REVISTA QUIMICO-FARMACEUTICA, RESTAURADOR FARMACEUTICO, GACETA MEDICA, ECO DE LA MEDICINA, PROPAGADOR HOMEOPATICO, BOLETIN HAHNEMANNIANO, PARTE MEDICO.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

MORT ET OBSÈQUES DE M. FOUQUIER. — ACADÉMIE DE MÉDECINE : FONCTIONS DU BULBE DE L'URÈTRE.

M. Fouquier, professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Académie nationale de médecine, médecin de l'hôpital de la Charité, premier médecin de l'ex-roi Louis-Philippe, commandeur de la Légion d'honneur, vient de mourir dans sa soixante-quatorzième année. Les orateurs qui ont eu mission de rappeler, sur la tombe de notre célèbre confrère, ses titres à l'estime du monde médical, ont rempli cette tâche avec tout le soin désirable. Ils n'ont omis aucun des ouvrages, assez peu nombreux du reste, qui ont illustré sa carrière. Mais, quelque exactitude qu'ils aient apportée dans cet inventaire, ils n'ont pas tardé à s'apercevoir que là n'était pas la raison de ses succès, de sa réputation, de sa fortune, de l'autorité qu'il avait su conquérir comme homme et comme médecin. Car personne n'en disconviendra, peu de médecins ont obtenu et conservé aussi longtemps que M. Fouquier la confiance du public et de ses confrères; on peut dire même que, pendant plusieurs années, il a joui d'une véritable vogue. Il n'y avait pas un cas grave pour lequel M. Fouquier ne fût appelé, pas une consultation dont il ne fût l'élément obligé. Et cette suprématie qu'il a exercée pendant plus de trente ans sur le public et les médecins, il l'a exercée sous le règne le plus florissant de la médecine physiologique. Les hommes de cette époque se rappelleront que M. Fouquier était en quelque sorte le dépositaire officiel des traditions anciennes. Broussais l'appelait le *refuge des pécheurs : refugium peccatorum*. Il partageait avec Marjolin le monopole des consultations; avec cette différence que Marjolin avait un pied dans le broussaisisme, et l'autre dans l'ancienne médecine. M. Fouquier au contraire, est toujours resté l'homme de l'observation et de l'expérience de tous les temps.

Il serait peu logique de rechercher, dans les rares ouvrages de notre regrettable confrère, la raison de ses succès. Il ne le serait pas davantage de les attribuer aux circonstances favorables où il s'est trouvé. M. Fouquier n'était pas le seul de son temps qui pût protester, par une sage pratique et une fidélité constante aux bons principes, contre l'engouement d'une génération fascinée par l'esprit de système, et tous les débordements d'une pratique passionnée. Mais il possédait au plus haut degré les qualités du vrai médecin. Doué d'un remarquable bon sens, d'un caractère modéré, il avait en outre cette tenue qui impose, cette sobriété de langage qui donne de l'autorité aux moindres paroles. On ne sait pas assez rendre justice, parmi les médecins, à ces qualités de l'homme médical. Habitués à peser le mérite au poids des ouvrages et des découvertes, ils ne font pas assez de cas des qualités d'un ordre plus général qui ne se traduisent que très-peu par les livres et la conversation. Aussi qu'arrive-t-il quand ils ont à juger des succès qu'ils ne peuvent expliquer par les causes ordinaires? Ils crient à la faveur, à l'intrigue, à l'aveuglement du public; sans réfléchir que cette prétendue faveur, cette prétendue intrigue et ce prétendu aveuglement du public ne sont que d'injustes hypothèses mises à la place de faits très-réels. La fortune de M. Fouquier en est un remarquable exemple. Notre honorable confrère avait à peine publié quelques mémoires, il ne s'était illustré par aucun concours, et voilà qu'on l'appelle à une des principales chaires de l'École de médecine : certes personne n'était moins intrigant que lui. En revanche il avait su se faire apprécier par tout le monde ce qu'il valait comme jugement sûr, comme tact exquis, comme solidité de principes, et les professeurs même de l'École (car c'était sous le régime de l'élection) l'ont nommé à la chaire de clinique médicale. Le public, ce juge si sûr, n'a pas tardé à ratifier ce choix. M. Fouquier est rapidement devenu le premier médecin de la capitale. Aucune clientèle n'était comparable à la sienne. Appelé par les malades et par les confrères, il put à peine suffire aux exigences de cette vogue toujours croissante. A quoi attribuer une telle faveur donnée par le grand nombre et confirmée par les pairs, sinon à ces qualités que nous disions tout à l'heure être celles du vrai médecin? C'est qu'en effet le bon sens, le jugement sûr, la fermeté de principes alliée à la modération du caractère ne sont pas de pures qualités abstraites; elles vont droit à ce qu'il y a de plus palpable pour le public : elles font que le médecin guérit. M. Fouquier ne guérissait ni par une science vaste, ni par une imagination éclatante, ni par des paroles sonores et vides, mais par cet instinct que sentent les masses, et par cette sagesse de résolutions qui va si bien au *medicus naturæ minister et interpres*. M. Fouquier était donc, dans la meilleure acception du terme, un véritable praticien.

En rendant hommage aux qualités qui distinguaient ce célèbre médecin, nous ne voulons cependant pas remplir à son égard le simple rôle de panégyriste. La presse n'a pas à doubler l'emploi des académies, et le bonheur de rendre justice à un confrère que la science regrette n'exclut pas une certaine impartialité.

Ce qui fait le médecin supérieur, ce n'est pas seulement de posséder le don de la guérison des maladies : c'est de pouvoir traduire de bonnes inspirations en principes, c'est de donner la raison de l'acte. M. Fouquier ne possédait que très-peu cette faculté. Il fallait le voir agir plutôt que de l'entendre professer. Il cherchait peu à se rendre compte à lui-même de l'excellence de sa pratique. Aussi qu'arrivait-il? C'est que les personnes qui ne savaient pas faire cette différence emportaient une idée fausse de la valeur du médecin d'après la faiblesse du professeur. Mais les malades et le public ne s'y trompaient pas. Nous qui l'avons vu longtemps et souvent à l'œuvre, nous avons conservé un souvenir ineffaçable des qualités rares du praticien.

Les mêmes mérites se retrouvent dans tous les actes de M. Fouquier : c'était le médecin probe et consciencieux, *vir probus, medendi peritus*, cherchant avant tout le salut des malades. Quand il appelait des confrères en consultation, il s'adressait surtout à ceux qui se distinguaient comme lui par l'esprit d'observation et l'amour de l'expérience. Dans les cas étrangers à sa compétence, il ne manquait jamais de s'éclairer des lumières de ceux qu'il supposait avoir frayé quelque route dans les obscurités de la science, et loin de fronder leurs opinions, il les acceptait avec cette déférence que montrent toujours les véritables appréciateurs du progrès. Cette disposition d'esprit a ses inconvénients : elle expose quelquefois à patronner ce qui ne mériterait pas toujours de l'être; et M. Fouquier a pu encourir parfois ce reproche; mais ces petits écueils sont ceux dans lesquels tombe le médecin modeste et consciencieux. Mais à combien d'inconvénients plus graves ne conduit pas la disposition d'esprit opposée!

Honneur donc à ce regrettable confrère, dont la vie a été une suite d'enseignements utiles, et dont la mémoire ne rappellera que les mérites du

---

Feuilleton.

ESSAI SUR LA DÉTERMINATION ET LES CARACTÈRES DES PÉRIODES DE L'HISTOIRE DE LA MÉDECINE (1).

Par le docteur CH. DAREMBERG.

Nécessité d'une classification dans l'exposition de l'histoire de la médecine. — Classifications *géographique* et *chronologique*. — Bases de cette double classification. — Systématisation et revue critique des classifications admises par les principaux historiens de la médecine. — Raisons qui m'ont déterminé à en publier une nouvelle. — Du but de l'histoire de la médecine. — Méthode d'exposition.

Le premier devoir de celui qui écrit l'histoire, c'est de classer les faits et les idées qu'il doit exposer. Les classifications sont la lumière dans le chaos, le fil conducteur au milieu d'inextricables dédales. Elles sont la gloire et la force des sciences à notre époque. Une idée, un fait, classés, sont à jamais acquis; on les retrouve, pour ainsi dire, à première réquisition. Les classifications sont dans le domaine de l'intelligence ce qu'est l'ordre dans les affaires; établies avec rigueur, elles semblent doubler la valeur des faits et des idées, puisque, jusqu'à un certain point, elles en font connaître la nature, elles en consacrent le caractère, elles fournissent le moyen de les rassembler sous une formule commune; elles montrent encore leurs rapports mutuels, leur origine et leurs conséquences. En un mot, bien classer les diverses époques d'une science, c'est planter des jalons qui permettent de la suivre dans sa marche et dans son développement; c'est, en quelque sorte, dresser la charpente de sa philosophie; et, à mon sens, la vraie philosophie de l'histoire de la médecine consiste à enseigner sous l'empire de quelles lois la science s'est développée dans la succession des siècles et quels ont été les caractères distinctifs de chaque période.

Je considère les divisions de l'histoire de la médecine sous un double point de vue : eu égard à l'espace et eu égard au temps.

Eu égard à l'espace, l'historien devra examiner si la médecine a eu dans le monde un ou plusieurs centres d'activité, présentant dans chacun d'eux une existence et une évolution indépendantes.

Dans les temps anciens, de même que dans les temps modernes, la médecine est, comme le monde, partagée en deux grandes sections, l'Orient et l'Occident. Ainsi, parallèlement à la médecine occidentale ou grecque, mais dans un

(1) Ce fragment fait partie du cours que j'avais été autorisé à donner au Collège de France, pendant les années 1847 et 1848, et que les événements de cette dernière année ne m'ont pas permis de continuer.

médecin habile et les qualités de l'homme de bien ! Ainsi l'a senti le nombreux concours d'amis de toutes les classes qui a conduit le célèbre défunt à sa dernière demeure.

—Les séances de l'Académie de médecine se suivent et ne se ressemblent pas. La dernière avait été bruyante et remuée par des mouvements d'une éloquence impétueuse. Celle-ci s'est écoulée dans le calme le plus prosaïque. L'ordre du jour était maigre. La place du secrétaire perpétuel était vide, et d'énormes lacunes apparaissaient parmi les banquettes académiques. Tout enfin respirait un air de nonchalance et de *far niente*, comme aiment à en prendre de temps à autre les personnes les plus laborieuses. Après le dépouillement de la correspondance par M. le secrétaire annuel, M. H. Gaultier de Claubry s'est mis à abattre tranquillement une demi-douzaine au moins de demandes de brevet pour invention de remèdes, non sans faire remarquer, avec un certain courage, que ces revendications du bénéfice du décret de 1810 seraient moins fréquentes si les prétendus remèdes nouveaux n'étaient pas chaque jour l'objet, de la part de quelques médecins, d'encouragements publics et de flatteuses attestations. Une autre demande, dont le caractère ne peut être assimilé à celui des précédentes, a été également repoussée. C'est celle de M. le docteur A. Grimaud, qui sollicitait une application des dispositions favorables du décret du 3 mai 1850, pour deux composés présentés par lui comme des succédanés du sulfate de quinine : le sulfate de strychnine et le sulfate de brucine.

La séance n'est entrée, à proprement parler, sur le terrain scientifique, qu'avec une lecture d'un médecin étranger. M. Alphonse Guérin, chirurgien du bureau central des hôpitaux est venu en effet communiquer une note relative à un point intéressant de la physiologie des voies urinaires. L'idée fondamentale de cette note est que, dans l'acte de la miction, la sortie des dernières gouttes d'urine ne s'effectue que sous la pression d'une colonne sanguine parcourant la portion spongieuse de l'urètre d'arrière en avant, du bulbe au gland, et mise en mouvement par l'action du muscle bulbo-caverneux. Précisons en quelques mots les termes de la question et le côté neuf de la théorie.

Si le canal de l'urètre, au repos, consistait en un cylindre creux, à parois rigides, comme est par exemple un tube de verre, il est évident que, quelle que fût la force expulsive de la vessie et des parois abdominales, la portion d'urine contenue dans le canal après l'évacuation complète de la vessie ne pourrait en sortir qu'à la condition d'être remplacée par l'air extérieur, comme il arrive dans la branche descendante d'un siphon. Rien de pareil n'ayant lieu, et le canal se vidant complétement, il faut bien qu'une force particulière préside à l'excrétion de ces dernières gouttes d'urine. Pour la petite quantité qui pourrait rester dans la portion membraneuse, toujours un peu renflée, comme chacun sait, on peut invoquer l'action des muscles constricteurs de Wilson, qui lui forment une sorte d'anneau. Mais la colonne d'urine comprise entre le bulbe urétral et l'extrémité du pénis, par quel mécanisme est-elle expulsée? C'est là que commence la difficulté. On dit généralement que la paroi spongieuse de l'urètre, distendue par un liquide, s'en débarrasse simplement en revenant sur elle-même, en vertu de sa puissance contractile. On a même été jusqu'à invoquer l'action de fibres d'apparence musculaire qui seraient propres, dit-on, au tissu érectile. La contractilité des parois urétrales est incontestable, ou, tout au moins, leur élasticité, puisque la distension à laquelle les soumet l'accomplissement de divers actes fonctionnels, cesse aussitôt après, et qu'elles se touchent à l'état de repos. Nous ne supposons pas que M. A. Guérin nie expressément cette contractilité, que sa propre théorie ne nous paraît pas d'ailleurs exclure — car l'effet du mécanisme qu'il admet est intermittent, et l'occlusion du canal, à vide, est permanente — mais il conteste que ce soit l'agent véritable, physiologique, de l'évacuation de l'urine. On fait encore intervenir la contraction du bulbo-caverneux et du releveur de l'anus, du premier surtout qu'on désigne depuis des siècles sous le nom d'*accélérateurs de l'urine*. On admet que le muscle bulbo-caverneux favorise le mouvement de l'urine et de la semence en comprimant le bulbe et rapprochant ainsi les parois de la partie postérieure de l'urètre. Cette explication touche de près à celle de M. Guérin ; elle invoque également la contraction du muscle accélérateur et une pression exercée sur le bulbe urétral ; mais là se borne le rapprochement. L'ancienne théorie ne faisait servir la contraction musculaire qu'à l'aplatissement de la cavité du bulbe ; la nouvelle lui attribue un refoulement, d'arrière en avant, du sang contenu dans le tissu spongieux, ayant pour effet de tuméfier ce tissu de proche en proche, et par suite d'amener, dans le même sens, la paroi inférieure de l'urètre au contact de la paroi supérieure.

Ce mécanisme, analogue à celui qui a souvent servi à expliquer l'érection, se conçoit bien *à priori*, surtout si, comme le dit l'auteur, la communication des cellules sanguines avec le système veineux général se fait principalement par deux veines qui, passant sous les bulbo-caverneux, sont nécessairement comprimées pendant la contraction de ces muscles. Expérimentalement, voici sur quelles données s'appuie M. Guérin. Chez un homme, dit-il, qui, suivant une locution vulgaire, *donne le dernier coup de piston* pour chasser les dernières gouttes d'urine contenues dans le canal, les parois de celui-ci se gonflent, et le gland, également turgide, subit un mouvement de propulsion en avant. Ce phénomène est d'autant plus sensible que la contraction du muscle bulbo-caverneux a été plus forte, et il la suit immédiatement, de telle sorte que la liaison entre l'un et l'autre est manifeste. A l'état pathologique, on voit aussi le gland se tuméfier chez les individus qui font de grands efforts pour uriner. Ce dernier fait est certain et connu de tous les chirurgiens. Quant à la turgescence du tissu spongieux et à la propulsion du gland dans l'acte *physiologique* de la miction, phénomènes beaucoup moins faciles à vérifier qu'ils le paraissent, nous ne sommes pas en mesure de nous prononcer en ce qui les concerne. Il faut plus d'une observation attentive pour distinguer la simple distension du canal par la colonne de liquide, au moment de la contraction musculaire, d'une véritable turgescence des parois. Et de même, le mouvement de retrait imprimé au pénis par l'action un peu énergique du bulbo-caverneux est susceptible de masquer une propulsion du gland qui serait due à une projection subite du sang dans son tissu.

Mais M. Guérin se fonde principalement sur l'expérience suivante. Ayant adapté à la vessie d'un cadavre une seringue remplie d'eau, on injecte cet organe jusqu'à écoulement du liquide par le méat urinaire ; puis, introduisant dans le tissu caverneux du bulbe, préalablement incisé, une canule qu'on fixe au moyen d'une suture entortillée, de l'eau est poussée par cette canule, et l'on voit aussitôt se tuméfier le tissu spongieux de l'urètre et le gland lui-même. On constate alors que le jet de l'eau introduite dans la vessie est accéléré chaque fois qu'on abaisse le piston de la seringue adaptée au bulbe. Si l'on cesse d'injecter avec la première seringue, force, l'injection continuée dans le bulbe expulse au dehors, avec assez de le liquide resté dans le canal de l'urètre.

C'est d'après toutes ces données que M. Guérin croit pouvoir comparer

---

état de complète indépendance, on trouve d'une part la médecine des peuples sémitiques, et en particulier des Juifs, et d'autre part celles des Indiens, des Chinois et d'autres peuples de l'Asie. La médecine des Hébreux resta purement empirique et théurgique, jusqu'au moment où elle fut mise en contact avec la médecine grecque ; nous pouvons le constater par une suite de monuments remontant à la plus haute antiquité, groupés pendant une suite considérable de siècles, et se rapportant aux diverses époques de la civilisation juive. Il en est à peu près de même pour la médecine des peuplades arabes, et, chose étonnante, ce furent les Juifs et les Arabes qui devinrent pendant longtemps les plus habiles dépositaires de la médecine des Grecs. Quant à la médecine indienne et chinoise, elle se présente de très-bonne heure avec un caractère vraiment scientifique, avec des institutions régulières ; mais le progrès s'est vite arrêté et nous retrouvons cette science à peu près telle aujourd'hui qu'elle était plusieurs siècles avant J.-C. Le peu que nous savons de la médecine orientale nous révèle une manière d'être différente de celle de la médecine occidentale. A l'origine des choses, cette grande division est à peine marquée, les mêmes procédés empiriques et mythologiques se retrouvent au berceau de toutes les connaissances humaines, et, sous ce rapport, la médecine occidentale est, à beaucoup d'égards, fille de la médecine orientale par les dieux et aussi par les notions anthropologiques les plus élémentaires. Ainsi d'un tronc commun s'échappent, presque à la racine, deux branches parfaitement distinctes, deux manifestations diverses de la science. Pendant que le tronc oriental reste frappé de stérilité ou d'arrêt de développement, l'arbre grec prend des proportions telles qu'il couvre bientôt le monde. Dans la science, il n'y a que deux époques, l'ancienne ou grecque, et la moderne, fille aussi, par tradition et par transmission, de la culture grecque.

J'aurai du reste l'occasion de revenir sur cet intéressant sujet, et je pourrai faire ressortir et expliquer les analogies et les différences qui existent entre la médecine orientale et la médecine grecque aux diverses phases de leur évolution. J'établirai que la science médicale indienne et chinoise, et que la science médicale grecque sont, pour ainsi parler, *autochthones*, et que, dans ces trois centres, la médecine scientifique s'est développée par la seule virtualité de l'esprit national.

J'aurai soin de présenter dans leur ensemble, et ainsi d'éclairer l'une par l'autre, les premières origines mythologiques, populaires et même scientifiques de la médecine. Chez les uns, elle arrive spontanément à son entier développement en partant de cette souche commune ; chez les autres, il y a comme une sorte de greffe qui vient s'implanter à une époque plus ou moins avancée du développement primitif.

Dans l'antiquité, les sciences ne sont point, comme le monde politique, partagées entre les Grecs et les Romains. La médecine est entièrement grecque à son origine ; semblable à une vaste mer qui absorbe les fleuves sans que ses eaux, même à la surface, en soient altérées, ainsi la médecine, malgré quelques influences étrangères venues, soit des Latins, soit des Arabes, soit des peuples barbares, resta grecque pendant près de dix-huit siècles. Elle avait jeté des racines si profondes qu'elle survécut à la chute de l'empire romain, et que bravant les orages politiques, les bouleversements et la ruine des empires, elle arriva, pour ainsi dire, toute vivante se heurter contre la grande découverte de

le bulbe muni de son muscle dépresseur à une cavité cardiaque. Ici seulement la cavité proprement dite est remplacée par une multitude de cellules incomplètes.

Le caractère ingénieux de cette théorie, les données expérimentales qu'elle invoque, ne manqueront pas d'attirer l'attention des physiologistes. M. Bérard a été nommé rapporteur avec M. Ségalas. On peut s'attendre à une appréciation judicieuse autant qu'éclairée.

J. GUÉRIN et A. DECHAMBRE.

MALADIES ENDÉMIQUES.

ÉTUDES SUR LA MALADIE PALUDÉENNE; par M. A. DUCHASSAING (de la Guadeloupe), D. M. P.

(Suite et fin. — Voir le n° 38.)

§ II. — MALADIE PALUDÉENNE ICTÉRIQUE.

(FIÈVRE JAUNE; TYPHUS ICTÉRODE; FIÈVRE RÉMITTENTE BILIEUSE; FIÈVRE RÉMITTENTE PERNICIEUSE MÉLANDRIQUE.)

OBS. IX. (Recueillie par M. P. Duchassaing, D. M. P.) — Mademoiselle A..., 17 ans, de race blanche, d'une constitution robuste, née à la Guadeloupe; partie pour la France à 13 ans et revenue dans son pays depuis trois mois.

17 février 1848. Fièvre; 100 pulsations; les yeux, le pourtour des lèvres ont une légère teinte jaune; cardialgie, nausées, langue couverte d'un enduit épais. (Frictions avec sulfate de quinine, 2,50 grammes; à l'intérieur, sulfate de quinine, 1,10.)

Antécédents : depuis quelques jours elle avait de la prostration, de la fatigue, du malaise; perte d'appétit. La veille, elle avait eu de la fièvre.

18 février. Matin : 100 pulsations; peau peu chaude. La nuit a été mauvaise, avec agitation, insomnie; les urines avaient pris une couleur noire; il y avait eu des douleurs violentes à l'épigastre; des vomissements bilieux jaunâtres, des douleurs lombaires. (Friction avec sulfate de quinine, 2,50; à l'intérieur, sulfate de quinine, 1,50.)

Le soir, la fièvre a redoublé après un frisson peu intense; la coloration jaune de la face s'est augmentée; la malade est inquiète. (Nouvelle friction avec sulfate de quinine, 2,50; un lavement de sulfate de quinine, 1,20.)

19 février. Nuit mauvaise, avec agitation, insomnie. Ce matin, un peu de mieux; 100 pulsations, urines noires; vomissements bilieux jaunes; un peu de surdité; sifflements d'oreille. (Sulfate de quinine, 2,50 en friction; 1,20 à l'intérieur.)

Midi : 90 pulsations; chaleur presque naturelle; même état des urines; même cardialgie; vomissements; teinte jaune du corps. (Émétocathartique; lavement avec quinquina, 8 grammes; sulfate de quin., 1,20; frictions avec sulfate de quinine, 2,50.)

Soir, onze heures : on nous appelle; le redoublement vient d'avoir lieu, précédé d'un frisson peu intense; 110 pulsations, les vomissements, que l'émétocathartique avait suspendus, reviennent. (Lavement avec quinquina, 2 gros; sulfate de quinine, 0,80; friction avec sulfate de quinine, 1,20.)

20 février. Mêmes symptômes, pouls moins fréquent. (Lavement avec décoction de quinquina et sulfate de quinine, 1,20.)

Soir, vers midi : agitation, délire, ne distingue plus; insensibilité; pupilles dilatées ne se contractant pas sous l'influence de la lumière; pouls peu fréquent; teinte jaune plus marquée; urines noires; les vomissements présentent des filaments noirâtres qui flottent; assoupissement; soubresauts des tendons; écoulement sanglant utérin (ce n'est point l'époque de ses règles). (Sangsues à la région mastoïdienne; sinapismes; vésicatoires.)

10 heures du soir : le pouls s'accélère, plus fort, vibrant, 110 pulsations; les joues se colorent. (Sangsues derrière les oreilles.)

Les spasmes bornés notés tout à l'heure se généralisent; légères convulsions dans les yeux et les mâchoires.

22 février. Le matin, léger amendement; pouls moins fréquent; moins de chaleur; convulsions moindres. (Trois lavements contenant 6 grammes de quinquina; frictions avec 2,20 de sulfate de quinine.)

Vers midi, l'état de la malade empire; exacerbation des symptômes; les convulsions se généralisent; vomissements noirs; pouls de plus en plus faible; ictère plus foncé. La malade périt pendant une des convulsions.

OBS. X. — Mademoiselle A..., de race blanche, forte constitution, sujette depuis quelque temps aux fièvres intermittentes (maladie paludéenne pyrétique intermittente), 23 ans.

Il y a un an, elle a eu une fièvre jaune (maladie paludéenne stématique); la face était jaune, les urines noires. Nous l'avons traitée; la guérison a été rapide.

12 mai. Dans la journée, appétit extraordinaire; frisson violent à minuit; vomissements bilieux; douleur épigastrique; légère diarrhée depuis quelques jours; au frisson succède de la chaleur. (Sulfate de quinine, 1,50; quinquina, 30 grammes.)

13 mai. A peine de la fièvre; un instant même, vers le soir, il n'y en a plus; la malade demande à manger et mange un peu.

A minuit, frisson violent; vomissements biliaires, très-fréquents, continuels, peu abondants; douleur épigastrique; à ce frisson succède de la chaleur, puis une sueur abondante visqueuse.

14. Huit heures du matin : nouveau frisson violent suivi d'une chaleur courte, puis sueur.

Midi : nouveau frisson violent; les dents claquent; lèvres violettes, figure tirée, nez effilé, yeux profondément cernés, tempes affaissées; délire; ricanements; vomissements continus. Depuis le premier frisson, les urines sont noires, la face d'un jaune intense.

Le dernier frisson est suivi d'une chaleur peu intense; 90 pulsations peu fortes; la réaction est très-faible. Céphalalgie; bruit de souffle dans les carotides; bruit de souffle au premier temps du cœur; essoufflement; palpitations; soubresauts de tout le corps à chaque instant; légères convulsions aux pommettes; épigastre très-douloureux; soif vive; langue blanche humide; bouche amère; pas de selles.

Les urines, traitées par l'acide nitrique, se solidifient presque, de même par la chaleur; examinées au microscope, nous y trouvons quelques globules du sang non altérés. (Un large vésicatoire à l'épigastre, un deuxième à la nuque, deux autres à chaque cuisse; sulfate de quinine, 10 grammes; quinquina, 120 grammes; calomel, 3 grammes.)

15. Ictère plus marqué; 90 pulsations; vomissements; pas de frisson; légère salivation. (Un lavement avec de l'eau de mer, qui détermine cinq selles, deux affusions froides avec de l'eau glacée; le reste de même.)

16. Même état; urines peu colorées; salivation légère; quelques nausées; frisson léger. (Même traitement que le 15.)

17. Cinq selles; langue nette; estomac douloureux; quelques envies de vomir; salivation légère. Urines claires; traitées par les acides et la chaleur, elles ne donnent aucun précipité; la face est d'une couleur jaune verdâtre; nez effilé; face un peu tirée, front un peu chaud; 90 pulsations; léger bruit de souffle carotidien. La nuit, frisson léger. (Traitement *ut suprà.*)

Harvey. Le choc fut terrible; cependant il ne suffit pas pour la détruire radicalement, et après tout, c'est sur cette base pour ainsi dire immuable que la médecine moderne a été fondée.

Ainsi la médecine romaine est absolument une importation grecque. La littérature seule et l'histoire, l'une comme expression de la nationalité, l'autre qui atteste une plus grande originalité d'esprit, sont, de toutes les branches de la culture intellectuelle, celles qui fleurirent à peu près d'elles-mêmes sur le sol romain. Un noble essai de naturalisation de la médecine fut tenté par Celse, mais il resta sans écho, et l'empire des Grecs n'en fut même pas ébranlé. Ils virent avec une sorte de dédain cette tentative; ils semblèrent la traiter comme une usurpation et firent à peine aux Latins l'honneur de les citer deux ou trois fois.

Cette simplicité, cette merveilleuse unité de la science dans l'Occident, nous donne le secret de sa force, de sa durée et de son empire; en même temps ce caractère nous aide puissamment à suivre le fil de son histoire, aussi bien dans l'antiquité qu'au moyen-âge; car à cette dernière époque, par exemple, étudier la médecine en Italie, c'est savoir également, à des modifications de détails près, comment on la concevait en France, en Allemagne et en Angleterre. Seulement il faut remarquer que l'Italie héritant, dans de certaines limites et d'une façon toute spéciale, de l'influence de la Grèce, fut, dès le commencement du moyen-âge, le modèle des institutions médicales et de l'organisation du travail scientifique.

Au moment où la fameuse découverte de la circulation vint changer la face de la médecine et l'engager dans des voies toutes nouvelles, le monde avait perdu cette apparence d'unité que lui donnait le système combiné de l'empire germanique et la souveraineté universelle des papes, système qui fut d'abord conservateur et sauva l'Europe d'un morcellement où la civilisation eût trouvé la ruine; mais auquel il fallut bien renoncer devant des événements impérieux et que Dieu lui-même conduisait par la main.

Les sciences furent alors divisées comme le monde. Malheureusement la grande idée de l'équilibre européen, née de la division même des États, ne put rattacher les sciences par un lien commun. On vit peu à peu s'effacer ce règne d'orthodoxie médicale déclarant hérésie tout ce qui n'était pas elle. En un mot, le règne de l'autorité touchait à sa fin. Chez certains peuples nouveaux et appelés d'hier à la civilisation, la médecine est encore à l'état d'enfance, tandis que chez les autres elle a été fortement vivifiée. Le système qui règne dans un pays est à peine connu dans un autre. Ce n'est qu'à certaines époques que quelques grands noms surgissent comme pour donner à la science une apparence trompeuse d'unité. Cette période est caractérisée par un nouvel enfantement, par un travail de rénovation et de réformation. Ainsi l'histoire se complique et la tâche de celui qui l'écrit devient de plus en plus difficile. Elle l'est d'autant plus qu'avec la division du mode politique et de la science, arrive celle des langues. Le latin cesse d'être la langue universelle et, dès le seizième siècle, un grand nombre d'ouvrages de médecine sont écrits dans les langues nationales.

Si à cette seconde période de la médecine l'histoire est très-difficile à faire pour la France, elle l'est bien plus encore pour l'Italie et pour l'Allemagne, où la subdivision des États est infinie. On remarquera que pour l'âge moderne comme pour l'âge ancien, à côté de la médecine occidentale progressive et variable, se

18. Les règles apparaissent; 80 pulsations; la malade a assez bien dormi; figure calme: langue humide; elle demande à manger; épigastre un peu douloureux à la pression; sueur douce et générale. (Traitement *ut suprà*. Nous y ajoutons une petite quantité d'excellent vin blanc.)

A midi, un peu de chaleur, 90 pulsations, un peu de rougeur aux pommettes; ne va pas à la selle. (Lavement purgatif avec l'eau de mer.)

19. La malade a bien dormi; 78 p., peau moite, figure calme, face encore d'un vert jaune très-léger, estomac un peu douloureux, langue humide, un peu de salivation, douleur circum-maxillaire. (On suspend le calomel et le sulfate de quinine; on continue le quinquina.)

21. Éruption furonculeuse générale. Guérie.

Obs. XI. — L..., de race blanche, 14 ans. Constitution un peu lymphatique. Il n'a jamais quitté le pays. Depuis plusieurs jours, appétit diminué, malaise.

17 et 18 décembre 1847. Un faible accès de fièvre intermittente.

19. Troisième accès plus fort. Il prend du sulfate de quinine qu'il vomit.

Dans la nuit, on nous appelle à trois heures du matin. Fièvre assez forte, peau chaude, bouche amère, rate volumineuse, dure, dépassant les fausses côtes de 0m,12.

20. A huit heures du matin, frisson violent, face d'un jaune intense, ainsi que les sclérotiques; langue couverte d'un enduit épais, jaune; bouche très-amère; nausées; vomissements aussitôt qu'il boit; constipation. Urines noires donnant un précipité abondant par la chaleur et les acides; le microscope nous permet d'y voir quelques globules du sang entiers; 135 à 140 pulsations, palpitations de cœur énormes. Le malade se plaint d'étouffer. Bruit de souffle au premier temps du cœur et dans les carotides. (Bains entiers où l'on met une forte infusion de quinquina et du jus de citron.)

Presc. : Sulfate de quinine. . . . . 4 grammes
Quinquina. . . . . 15 —
Un vomitif (ipéca, 2 grammes).

20. 100 pulsations, urines moins colorées, mêmes vomissements verdâtres, mais moins fréquents. (Même prescription.)

21. Vomissements de matières noirâtres. (Même prescription. Un vésicatoire à l'épigastre.)

22. Même état, sauf que les urines, qui sont maintenant d'une couleur ardente, ne renferment plus de sang et ne donnent plus de dépôt par les réactifs. Les vomissements continuant, nous ajoutons de la glace à l'intérieur, ce qui les arrête pendant une demi-journée.

23. Même état; constipation; vomissements. (Jalap, 1,50; le reste de même.) Plusieurs selles; les vomissements sont suspendus.

24. Le malade a dormi peu la nuit, repose assez bien la journée. Face et sclérotiques moins jaunes se teignant un peu de vert; figure abattue, forces conservées, langue humide et jaune, gencives livides avec des marbrures blanchâtres; haleine fétide, peu de soif, bouche peu amère, pas de vomissements, quatre selles. La rate déborde les fausses côtes de 4 centim.; peau de chaleur, 104 p. Urines normales. (Traitement *ut suprà*.)

Quatre heures du soir. 120 p., accablement, palpitations très-fortes, frémissement du cœur et des grosses artères sous la main. (Traitement *ut suprà*. Jalap, 1,20.)

25 matin. Face moins accablée, ictère moindre, urines un peu rouges, enflammées, mais ne renfermant pas de sang. Le malade a dormi. Langue humide, pas de soif, épigastre un peu douloureux, pas de vomissements, une selle, 112 p. visibles à l'œil; les artères et le cœur soulèvent les vêtements par leurs pulsations énergiques, étouffements, peau chaude et sèche. (Traitement *ut suprà*.)

Neuf heures du soir. Frisson violent et court, altération profonde de la face, accablement extrême, délire léger.

26 matin. 120 pulsations, peau chaude, face moins tirée qu'hier soir; accablement considérable, ictère peu marqué, jaune verdâtre; langue humide. Le malade demande à manger. Palpitations; respiration inégale, grande par moments, suivie de plusieurs petites inspirations. Il n'a pas dormi la nuit. (Traitement *ut suprà*, sauf le jalap. Affusions froides de cinq minutes.)

27. 120 pulsations, langue peu humide, soif, deux selles; rate de même, figure assez bonne. La nuit le malade a eu de l'agitation, de l'oppression, de l'essoufflement. Il demande à manger. (Tr. *ut suprà*.)

Le soir, un peu d'agitation.

28. 120 pulsations. Le malade se sent mieux; il a bien dormi; l'agitation avait été calmée par un bain; pas d'oppression; il y a encore un léger bruit de souffle aux carotides et au premier temps du cœur; soif moindre, langue plus humide.

29. Accablement; la figure, qui était jaune verdâtre, prend une teinte plombée; 110 p.; douleur à l'angle de la mâchoire du côté gauche; tuméfaction des ganglions de cette région.

29 soir. La tumeur augmente rapidement et prend un volume considérable.

30. 120 pulsations. Le malade se plaint de sa tumeur. Peau un peu moite.

31. Sauf sa tumeur, le malade se sent mieux. Cette tumeur est volumineuse, un peu rouge, n'offre pas de fluctuation. Nous souvenant que c'est le septième jour que le frisson est revenu, nous ordonnons d'augmenter aujourd'hui d'un tiers les doses de quinquina et de sulfate de quinine. Par un malheur cruel, on ne peut se procurer ces médicaments; il n'y en avait plus dans les pharmacies, ce qui fait que le malade ne prit même pas les doses ordinaires.

Vers minuit un frisson violent se déclare; il est très-court; la face du malade se tire, son nez s'effile, ses tempes s'affaissent, ses yeux se cernent profondément et se cavent; délire, peur de mourir, chants lugubres; la peau est froide; une sueur visqueuse la couvre. Mort à trois heures du matin.

L'altération du sang est la lésion que cette maladie présente au plus haut degré.

Cette altération du sang est prouvée : 1° par l'étude des phénomènes circulatoires; 2° par la présence des épanchements sanguins; 3° par l'étude du sang en lui même.

Si on touche le pouls, il est fort, le cœur bat avec énergie, tumultueusement; le malade éprouve des suffocations, des palpitations de cœur. Si l'on ausculte, on trouve presque toujours des bruits de souffle au premier temps du cœur ou au moins dans les carotides. On voit à l'œil les artères battre, le cœur soulever le thorax par ses palpitations.

Or ces phénomènes sont ceux que l'on rencontre dans la chlorose; que prouvent-ils? Ainsi que l'a démontré M. Beau, que le sang est augmenté en quantité d'une manière notable.

Des épanchements sanguins se forment quelquefois sous la peau, dans le tissu cellulaire; les urines renferment du sang; ce liquide se retrouve dans les vomissements; il y a des écoulements utérins sanglants. Les piqûres des sangsues s'arrêtent difficilement, et autour d'elles se forment des ecchymoses bleuâtres.

Cela nous montre évidemment que le sang a perdu de sa consistance, qu'il est plus diffluent.

Nous avons entendu dire que la coloration des urines ne tenait pas à la présence du sang. Pour savoir à quoi nous en tenir, nous avons pris les urines, les avons filtrées, puis traitées par les acides et la chaleur; nous avons toujours obtenu un dépôt albumineux. Nous avons pris ensuite des urines *au moment même où elles venaient d'être rendues*; soumises au microscope, nous y avons trouvé des globules de sang *entiers*.

---

trouve la médecine orientale à peu près immobile, dans l'Inde et dans la Chine. Je ne dois pas oublier de faire ressortir un autre rapprochement, c'est que dans l'antiquité et dans la première partie du moyen âge, parallèlement à la médecine grecque, il y a dans l'Occident la médecine mythologique et théurgique des peuples de l'Orient et du Nord; de même, aux temps modernes, à côté de ces mêmes Germains se trouvent les peuples slaves et quelques peuplades teutoniques qui conservent longtemps une médecine mythologique, populaire et poétique, laquelle se retrouve partout comme la première origine de la médecine scientifique. Il conviendrait, si je ne me trompe, de rattacher à l'étude de cette médecine du Nord celle des peuples nouvellement découverts en Amérique. Il y a unité d'esprit, de procédés, sinon de lieu et de races; mais il faut mettre à part la médecine orientale qui est déjà arrivée à une plus haute expression scientifique.

Mon avis est qu'il faut étudier toutes ensemble ces origines anté-historiques de la médecine, car tout s'y lie et présente des caractères communs. Il y a tout à gagner à présenter dans un même cadre les origines de la médecine, et cela est d'autant plus convenable et nécessaire que toutes les mythologies ont des traits frappants d'analogie et que partout la médecine se forme et se perfectionne à peu près de la même manière et en passant par des phases analogues, soit spontanément, soit par l'intromission d'éléments étrangers.

L'étude des origines mythologiques de la médecine en Occident doit être puissamment éclairée par l'étude de ces mêmes origines en l'Orient; aussi me paraît-il bon de rattacher l'une à l'autre. Mais ici j'empiète un peu sur la seconde espèce de division que j'admets pour l'histoire de la médecine, et je termine en disant que j'appelle la première division *topographique* ou *géographique*.

Ayant donc mis de côté la médecine orientale et à cause de son caractère particulier et parce qu'elle est encore jusqu'à présent enveloppée de plus grandes obscurités, il ne me reste plus à parler que de la médecine occidentale et des coupes ou divisions qu'il faut y opérer eu égard au temps, pour en faciliter l'étude et surtout pour en marquer les différentes phases; et c'est ce qui va constituer pour moi une seconde espèce de division que j'appellerai *chronologique*, car elle consiste à diviser l'histoire en époques successives.

Ai je besoin de dire que, pour opérer cette division avec quelque sûreté et aussi avec quelque méthode, enfin pour y trouver une véritable caractéristique des diverses périodes de la médecine, il convient de se placer à un point de vue général qui embrasse avec lucidité l'universalité des manifestations et des tendances de la science, en un mot qui soit l'expression la plus élevée, la plus générale de son caractère intime et fondamental, pendant la durée de chaque époque, et qui ne réponde pas seulement à certains faits plus ou moins culminants; car les classifications chronologiques en grande périodes doivent reposer sur un principe plus universel que les autres, puisqu'elles doivent comprendre sous une formule unique, tout ce qui s'est produit dans toutes les branches de l'art pendant toute la période.

Il est clair que l'exposition complète et régulière de l'histoire des sciences médicales réclame encore des subdivisions secondaires dont chacune représente les éléments dont se compose la grande période. Aussi ces subdivisions sont-elles nécessairement fondées sur des considérations multiples et de

Donc dans la fièvre jaune :

1° La quantité du liquide circulatoire est augmentée ;

2° Ce liquide est altéré dans sa consistance ;

3° Le sang tout entier, *son sérum* et *ses globules*, sort des vaisseaux et se répand au dehors.

A quoi tient la coloration de la peau en jaune? Cela est facile à voir. Si nous examinons attentivement la coloration de la peau dans le cours de cette maladie, nous voyons que d'abord elle est d'un jaune plus ou moins intense ; au bout de quelques jours la couleur jaune passe au jaune verdâtre. Or n'est-ce pas la marche que suit dans sa décoloration décroissante une ecchymose légère ? Il arrive même des cas dans la maladie paludéenne ictérique (fièvre jaune) où l'ecchymose est plus intense ; alors sa coloration est bleuâtre ou noirâtre ; mais dans ces cas elle n'est pas générale, elle se trouve par plaques. Si nous ajoutons à cela que le sang est diffluent dans cette maladie, qu'il s'exhale par toutes les surfaces muqueuses, ne devons-nous pas admettre aussi que quand la peau se colore et que cette coloration présente les teintes et la marche de l'ecchymose, c'est le sang qui est cause de cette coloration. Seulement la peau est moins vasculaire, son tissu plus serré que celui des muqueuses ; l'exhalation sanguine sera par conséquent moindre ; cependant il y aura des cas où cette exhalation sera plus considérable, et on aura des épanchements cutanés dont la couleur alors sera bleuâtre ou noirâtre. Pourquoi, lorsqu'on a une cause si évidente de coloration de la peau, faire intervenir la bile? Quand y a-t-il ictère produit par la bile? lorsque le foie cessant de fonctionner, la matière colorante de la bile reste dans le sang et est déposée par ce liquide à la peau. Quand il y a ictère bilieux, tout le monde le sait, la bile ne cesse de couler dans le duodénum, c'est ce que démontre la constipation opiniâtre qui existe alors, la couleur blanche des fecès. Or dans la fièvre jaune rien de semblable n'a lieu, la bile coule à flots dans le duodénum et reflue dans l'estomac irrité, comme le prouvent les vomissements bilieux continuels; les matières fécales conservent leur coloration. Donc évidemment la coloration jaune de la peau dans la maladie paludéenne ictérique (fièvre jaune), est due au sang et non à la bile.

Ce qui nous confirme encore plus dans cette opinion, c'est l'observation suivante que nous avons faite bien des fois et dont nous avons eu ce moment un exemple sous les yeux. Si nous examinons les changements de coloration qui se passent dans la physionomie du malade, nous voyons que pendant le frisson elle est pâle avec des teintes violacées qui la marbrent; puis le frisson cesse, le sang se porte avec force à la périphérie, la peau devient d'un rouge ardent. Tant qu'a duré le frisson et sa pâleur, on ne voit pas de teinte jaune. C'est quand le sang se reporte ainsi avec violence à la peau qu'il rougit que l'on voit apparaître la couleur jaune, d'abord peu marquée, masquée qu'elle est par la couleur rouge, puis devenant plus évidente à mesure que la rougeur diminue. Remarquons aussi que c'est alors que les urines deviennent noires. Nous voyons donc que c'est au moment où un raptus violent d'un sang altéré dans sa consistance a lieu vers les capillaires généraux que la couleur jaune se répand ; elle en est donc dépendante.

Il faut apporter dans l'étude de ces modifications de coloration, dans l'examen de l'ordre de leur apparition, une grande attention ; il est nécessaire de suivre pour cela la maladie pas à pas. C'est ce que nous explique pourquoi tant d'auteurs ont négligé de les apprécier.

Il est une opinion généralement répandue, c'est que les individus nés dans le pays ne sont pas sujets à la maladie paludéenne ictérique (fièvre jaune).

Nous n'avons qu'une observation à faire à ce sujet. Sur 12 cas de maladie paludéenne hématique dont nous avons recueilli les observations, il y a deux Européens, un habitant du pays qui avait été en France et qui fut attaqué trois mois après son retour; les 9 autres, nés dans le pays même, n'en étaient jamais sortis.

Une autre erreur encore, n'est de croire que les nègres sont à l'abri de cette maladie ; elle est plus rare chez eux que chez le blanc ; cependant ils la présentent. Nous en avons observé un cas parfaitement caractérisé. Cette maladie affecte de préférence les jeunes gens, non pas les plus robustes, mais les plus épuisés, ceux qui sont minés par des fièvres intermittentes antérieures (maladie paludéenne pyrétique). Dans tous les cas que nous avons observés, les individus affectés étaient déjà souffrants depuis quelque temps, parfois depuis un, deux ou trois mois, quand la maladie paludéenne ictérique les a frappés. Nous ne voulons pas dire par là qu'elle épargne toujours les individus forts, vigoureux, bien portants; mais nous pouvons affirmer que sauf le cas d'épidémie, circonstance dans laquelle ils peuvent être victimes comme les autres, il est bien plus rare de les voir atteints que les individus offrant les conditions opposées. Nous croyons devoir insister sur ces remarques, car nous avons lu dans plusieurs auteurs que les individus forts et vigoureux étaient une proie presque certaine pour cette maladie ; or c'est précisément le contraire qui a lieu.

La maladie paludéenne ictérique peut affecter les enfants; nous avons vu trois enfants au-dessous de 10 ans en être frappés ; mais à cet âge elle est moins grave. Nos trois petits malades ont guéri. Certainement ces 3 cas de guérison ne nous eussent pas suffi pour établir que cette maladie est moins grave chez les enfants; nous ne formulons cette opinion qu'après avoir interrogé plusieurs de nos confrères, qui nous ont tous dit avoir obtenu les mêmes succès.

La récidive est fréquente dans cette maladie, et je ne conçois pas que l'on ait pu la nier dans les cas graves de maladie paludéenne. Le sujet de l'obs. 10 a été traité deux fois par moi de cette maladie ; celui de l'obs. 11 avait eu la même maladie à l'âge de 13 ans. Sur les 12 individus dont j'ai les observations, un troisième qui est mort avait été déjà une fois frappé.

La maladie paludéenne ictérique n'est pas contagieuse. Rien ne devait favoriser plus la contagion que les circonstances dans lesquelles nous avons observé, et cependant nous n'en avons vu aucun cas à la Guadeloupe; aussitôt qu'une personne est gravement malade, tous ses parents et amis arrivent, quelle que soit la distance, s'installent auprès de lui et se disputent à qui lui prodiguera des soins. Je n'ai jamais vu aucune de ces personnes victime de son empressement. J'ai passé bien des nuits couché sur le même lit qu'un jeune homme affecté de cette maladie ; tremblant de mourir, il ne voulait pas me laisser éloigner de lui, il tenait toujours mes mains dans les siennes, et je n'ai ressenti aucun malaise.

Dans les trois observations que nous avons citées, nous voyons la maladie paludéenne ictérique débuter d'une manière intermittente, puis devenir rémittente. Nous avons vu des cas où elle était rémittente dès le début, et nous pourrions en citer où elle fut continue dès le premier jour. Le plus grand nombre de cas que nous avons vus nous a offert une marche rémittente bien évidente, cela tient à ce que la maladie est sporadique et à moins d'intensité. Si elle était épidémique, la plupart offraient une marche continue. Il en est ici comme pour la maladie paludéenne pyrétique (fièvre in-

---

nature différentes ; on les puise soit dans l'intérieur même de la science (apparition de certaines doctrines); soit dans des circonstances extérieures (introduction de la médecine grecque à Alexandrie ou à Rome, fondation de l'école de Salerne, etc.); soit dans le fait de l'existence de divers centres d'activité; soit enfin dans la diversité même des branches de l'histoire des sciences médicales ; c'est là une question de méthode ou, si l'on veut, une *classification intérieure* pour laquelle on ne peut guère tracer à l'avance de règles fixes et toujours les mêmes (1).

Les bases sur lesquelles les historiens ont établi les grandes périodes dans lesquelles peut se diviser l'histoire de la médecine sont diverses et n'ont pas une égale valeur. Je ne parlerai ici que des auteurs principaux, de ceux surtout que j'ai étudiés par moi-même, autrement il me faudrait faire l'histoire même de l'histoire de la médecine; c'est un sujet sur lequel je ne veux ni ne dois empiéter aujourd'hui.

(1) Je serais presque tenté de ranger dans une catégorie à part la médecine populaire. Reflet, à plusieurs siècles de distance, de la médecine des âges antérieurs, elle conserve fidèlement des traditions de pratique et de théorie que la science a rejetées depuis longtemps. Ainsi les faibles traces qui nous restent de la médecine populaire des Grecs et des Romains sous les empereurs, nous reportent aux premiers âges de la médecine, et les pratiques actuelles des gens du peuple nous rappellent la superstition, la théurgie des premiers siècles ; elles nous montrent quelle puissante empreinte l'*humorisme* por a laissée après lui ; dans quelques provinces plus avancées la doctrine de l'*irritation* a marqué son passage et y vivra plus longtemps que dans nos écoles.

(La suite au prochain numéro.)

— Les obsèques de M. le professeur Fouquier ont eu lieu dimanche dernier, 6 octobre, au milieu d'un grand concours de médecins et d'amis. La Faculté de médecine y assistait presque tout entière, professeurs et agrégés ; l'Académie de médecine, la Société de médecine pratique, l'Association de prévoyance des médecins de Paris s'y étaient fait représenter par des députations. Des discours ont été prononcés sur la tombe du vénérable professeur par M. Cruveilhier au nom de la Faculté, M. Piorry au nom de l'Académie, M. Requin au nom de la Société des médecins des hôpitaux, M. Serrurier au nom de la Société de médecine pratique, M. Vosseur au nom des membres de l'Association de prévoyance.

— M. le docteur Lebreton vient d'être nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— M. Hayem, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Thionville, est désigné pour être détaché au 4e bataillon de chasseurs à pied.

termittente). Quand le miasme producteur est peu intense, la fièvre prend le type tierce (c'est ce que nous voyons en France); est-il plus actif, le type sera quotidien et pourra même devenir rémittent et continu. C'est que l'intermittence, ainsi que nous le démontrerons plus loin, n'est nécessaire à aucune lésion de la maladie paludéenne; qu'elle existe ou non, cela ne change pas sa nature. Si la lésion produite par la maladie est extrêmement grave, la marche pourra être continue dès le début; si elle l'est moins, elle pourra être rémittente ou intermittente.

Dans une de ces observations, il y a eu une parotide. Le sujet de l'observation 42 offrit une éruption furonculeuse pendant la convalescence. Notons ici une chose importante: chez ce sujet, nous avons employé les affusions froides, cela d'après sa demande même, la malade voulait qu'on la plongeât dans l'eau glacée, et à chaque affusion elle éprouvait un bien-être extrême. Dans un autre cas, nous avons obéi ainsi à un désir impérieux du malade. Nous avons eu à nous en louer.

Il est temps de mettre de côté ces idées d'inflammation violente de l'estomac, nécessitant l'emploi d'émissions sanguines dans la maladie paludéenne ictérique. Les vomitifs, loin de l'exaspérer, ont toujours, en nos mains, amené de l'amendement, toujours ils ont diminué les vomissements et les nausées, et ont permis ainsi au malade de garder les médicaments, ce qu'il ne faisait pas avant. Nous en dirons autant des purgatifs dont l'action modère singulièrement les symptômes gastriques, loin de les aggraver, comme on l'a dit bien souvent (obs. 9 et 11).

Égaré par les idées préconçues puisées dans les auteurs, nous avons échoué au début, alors nous avons eu recours à l'expérimentation, et voici la formule de traitement à laquelle nous avons recours.

1° Tous les jours:
- Sulfate de quinine, 6 à 10 grammes;
- Quinquina en lavement, 30 grammes, toutes les deux heures;
- Calomel, 4 grammes;
- Tous les matins un lavement purgatif.

2° Quand la fièvre est tombée, on cesse le sulfate de quinine et le calomel, et on continue le quinquina à doses décroissantes pendant un mois. Faute de suivre cette dernière indication, j'ai eu de fréquentes rechutes.

Quant aux vésicatoires, aux sangsues, il est des circonstances où il faut les employer; c'est à la sagacité du médecin de saisir ces indications.

Nous aurions pu citer d'autres observations, mais celles-ci suffisent pour démontrer ce que nous avons avancé; il est encore d'autres points, dans la maladie paludéenne ictérique, à élucider; nous tâcherons de le faire plus tard; contentons-nous d'indiquer quelques observations que nous rappellent les trois faits cités plus haut, et que nous confirmerons dans la suite par un plus grand nombre.

Dans l'obs. 10, nous voyons qu'il y a dans le même jour trois accès parfaitement caractérisés chacun par le frisson, la chaleur, la sueur; ce n'est pas le seul cas de cette sorte que nous ayons observé. Quand il y a ainsi plusieurs frissons dans le même jour, la rapidité avec laquelle les désordres les plus graves surviennent est effrayante; nous avons vu, sous leur influence, les malades passer en quelques heures de la santé à l'agonie.

Un phénomène qui n'a pas été remarqué dans la maladie paludéenne ictérique, c'est cet état de pléthore poussé à l'extrême, et qui se traduit par des battements de cœur énormes qui soulèvent le thorax, de la suffocation, les battements, visibles à l'œil, des carotides qui soulèvent la peau du cou, des bruits de souffle artériel et cardiaque; pendant le frisson, le sang reflue de la surface vers les gros vaisseaux et le cœur, la circulation pulmonaire s'embarrasse, le cœur ne peut se débarrasser de cet excès de sang, palpite d'une manière tremblante et énergique, le malade suffoque, les étouffements deviennent si forts que plusieurs individus revenus de cette maladie m'ont dit que c'était le symptôme qui les avait fait le plus souffrir.

Dans l'obs. 11, la fièvre, d'abord intermittente, comme dans les deux précédentes, devient rémittente et prend le type sept; pendant six jours, elle reste constamment au même point, le pouls restant à 120. Le huitième jour, le frisson revient; évidemment dans ce cas, un médecin qui n'aurait pas vu la première intermission, si le malade avait succombé avant le septième jour, aurait nécessairement cru que la fièvre, chez ce malade, était continue.

Lorsque ces violents frissons surviennent chez une femme enceinte, ils amènent presque toujours la mort du fœtus et l'accouchement prématuré.

Obs. — Madame L..., 23 ans, enceinte de six mois, sujette aux fièvres intermittentes, qu'elle ne traite que d'une manière irrégulière. Après quelques accès de fièvre intermittente peu marqués, elle est prise tout à coup, vers dix heures du matin, d'un frisson violent.

Midi. La malade est d'un jaune assez intense; 98 pulsations; chaleur; langue jaune; bouche amère; vomissements bilieux très-fréquents; céphalalgie; tête parfaitement libre; répond bien; palpitations; essoufflement; le cœur soulève le thorax; les carotides vibrent sous la peau; bruit de souffle au premier temps du cœur; souffle carotidien; urines noires, renfermant du sang, comme le démontrent les acides et la chaleur.

Douleurs dans l'abdomen, partant de l'ombilic pour aboutir au sacrum, se succédant rapidement; nous interrogeons la malade; elle nous dit que, depuis le frisson, elle n'a pas senti remuer son enfant. Nous auscultons, nous n'entendons pas les bruits du cœur du fœtus. Nous diagnostiquons sa mort et laissons l'accouchement marcher; la malade expulsa bientôt un fœtus mort, dans un parfait état de conservation.

Nous ne concevons pas qu'on ait pu donner à la fièvre jaune le nom de typhus ictéroïde, vu que les symptômes n'offrent aucune analogie avec ceux du typhus ou de la fièvre typhoïde. Ce qui nous étonne encore plus dans cette qualification, c'est que le typhus et la fièvre typhoïde n'existent qu'exceptionnellement aux Antilles. Dans quatre ans d'une pratique assez étendue, à la Guadeloupe, je n'ai vu que deux cas de fièvre typhoïde. Mon frère, le docteur P. Duchassaing, m'a dit n'en avoir pas vu plus de cinq à six cas, depuis six ans qu'il exerce dans le même pays.

THÉRAPEUTIQUE.

DE L'EMPLOI DES INJECTIONS IODÉES DANS LE TRAITEMENT DES ABCÈS FROIDS ET DES ABCÈS PAR CONGESTION; par M. Boinet.

« Mon cher et très-honoré confrère,

« Dans la revue hebdomadaire de votre journal, vous me faites l'honneur d'appeler l'attention sur un mémoire que j'ai présenté à la Société de chirurgie de Paris *sur le traitement des abcès par congestion par les injections iodées*, et vous attendez de moi des explications sur plusieurs points et sur ce que je n'ai pas jugé à propos de répondre à un de mes collègues qui avait opposé à la méthode que je propose les ponctions sous-cutanées. La discussion sur mon mémoire n'était pas close, et de ma part, mon silence à l'endroit des ponctions sous-cutanées n'était qu'une omission involontaire que j'ai réparée à la séance suivante. Vous savez d'ailleurs le cas que je fais des ponctions sous-cutanées, et dans les abcès par congestion en particulier: je les ai considérées comme un grand progrès; mais après les ponctions sous-cutanées n'y avait-il plus rien à faire, et avec ce moyen, tout précieux qu'il est, guérissait-on tous les abcès par congestion et les guérissait-on promptement? Vos propres observations prouvent le contraire, puisque sur 6 malades traités par votre méthode, vous avez eu 3 morts; il me semble qu'une méthode qui sur 6 malades donnerait 4 succès devrait être préférée à la vôtre... Par celle que je propose, sur 4 malades j'ai eu 4 succès, j'ai cru devoir les publier et en tirer quelques conséquences pratiques; le temps et la pratique nous apprendront si j'ai mal vu et mal observé. En attendant, permettez-moi de répondre à plusieurs objections que vous me faites l'honneur de m'adresser. D'abord vous affirmez que je n'ai obtenu des succès que parce que j'ai mis en usage les ponctions sous-cutanées, persuadé que vous êtes qu'on ne peut en obtenir autrement. Vous êtes dans ce moment comme ceux qui vous disaient dans le temps qu'il était impossible de guérir des abcès par congestion par les ponctions sous-cutanées; vous jugez avant de vérifier... Faites donc aujourd'hui ce que vous leur recommandiez alors, essayez et vous raisonnerez après. Les raisons que vous me donnez pour rejeter ces injections sont que l'injection iodée ne peut pénétrer jusqu'au foyer générateur du pus, parce que les canaux étroits, sinueux par où s'écoule le pus, sont toujours occupés par une certaine quantité de ce liquide, même quand la collection est vidée. J'avoue qu'à mon tour je ne suis pas bien convaincu par votre raisonnement, et que je préfère m'en rapporter aux faits qui ne raisonnent pas, mais qui prouvent. Toutes les fois que j'ai injecté de la teinture iodique dans un abcès par congestion, ou dans un foyer purulent, elle a pénétré malgré le pus s'il en restait, et les sinuosités dans le foyer où le pus était sécrété. Pour s'assurer de cette pénétration, il y a deux moyens: l'un est la fluctuation produite par le liquide injecté au niveau de la carie; l'autre est que s'il existe deux ouvertures, une supérieure et l'autre inférieure, et dans les points opposés du foyer, on voit toujours le liquide s'échapper par l'ouverture opposée à celle où l'on pousse l'injection. Le liquide sait donc bien trouver les sinuosités, les parcourir malgré la présence du pus, s'il y en a. D'ailleurs une autre preuve que vous ne refuserez pas, je l'espère, qu'on ne doit pas attribuer aux ponctions sous-cutanées les succès que j'ai obtenus, c'est que le plus souvent j'ai pratiqué directement mes ponctions sur le centre de la fluctuation, et n'ai pas toujours pris la peine de boucher la piqûre du trocart avec un morceau de diachylon. Vous savez sans doute que je ne crains pas l'introduction de l'air dans

un foyer mis en contact avec la teinture iodique, et que la viciation du pus n'est plus à redouter si elle a lieu.

» Vous voyez donc, mon cher confrère, que nos méthodes ne se ressemblent pas, puisque je crois guérir sans les ponctions sous-cutanées. Vous semblez croire que, dans les abcès par congestion, je considère la poche purulente comme la maladie principale, et qu'en agissant sur la face interne de cette poche, je crois guérir l'abcès lui-même. Pour moi comme pour vous, la maladie principale est la carie, et si la personne qui vous a rendu compte de mon mémoire l'avait fait avec exactitude, elle vous eût dispensé de m'adresser ce reproche. Je ne suis pas entièrement de votre avis, lorsque vous dites que dans les abcès par congestion, il n'y a qu'un écartement mécanique des mailles du tissu cellulaire; je veux bien que cet écartement existe, mais il y a autre chose, et pour s'en convaincre il n'y a qu'à examiner les parois internes d'un abcès par congestion; ces parois offrent des caractères pathologiques qu'on ne rencontre pas dans un simple écartement mécanique.

» Rejetant ces injections iodées comme inutiles, dans les abcès par congestion, vous voulez bien m'accorder qu'elles peuvent être avantageuses dans les abcès froids, et ce mérite, si mince qu'il vous paraisse, vous ne voulez même pas me le réserver; c'est à M. Johert (de Lamballe) que vous l'attribuez, comme si cet habile chirurgien avait besoin de ce médiocre contingent pour augmenter son bagage scientifique. Permettez-moi de ne pas être encore de votre avis, et de vous rappeler que, dès 1840, j'avais publié, dans votre journal, des observations de guérison d'abcès froids par les injections iodées, par conséquent longtemps avant la discussion académique sur l'hydrocèle, et longtemps avant les tentatives de M. Johert, qui datent de 1844, et ont été consignées dans les ANNALES DE THÉRAPEUTIQUE (décembre 1845).

» Enfin, la discussion à laquelle a donné lieu mon mémoire ne serait guère propre, selon vous ou votre correspondant, à faire admettre que mes espérances soient aussi bien fondées que je le suppose. Cette discussion, loin de me désespérer, me fait beaucoup espérer au contraire, car tous les membres de la Société de chirurgie se promettent bien d'employer ma méthode à la première occasion; plusieurs déjà l'ont mise en pratique, et l'un d'eux, M. Maisonneuve, est venu annoncer à la Société qu'il avait obtenu un résultat qui ne ressemble en rien à ce qu'il avait vu jusqu'à présent, et qu'une jeune fille de 6 ans, ponctionnée et injectée le 4 septembre, est presque guérie le 27 du même mois. La ponction a été directe et non sous-cutanée. Je vous avouerai, mon cher confrère, que j'aime mieux voir essayer cette méthode que de la voir discuter; souvent les discussions ne prouvent pas grand'chose, surtout quand on discute avec des personnes qui n'ont ni vu, ni lu les faits, et qui ont des idées préconçues. Avez-vous donc oublié les discussions sans nombre qu'ont soulevées vos travaux sur l'orthopédie?.... Les faits sont restés, les discussions sont oubliées.

» Pour en finir avec ma méthode, que je désirais placer dans la science sans bruit, si on trouvait qu'elle en valût la peine, après vérification faite, bien entendu, je vous dirai qu'on a critiqué les observations que j'ai présentées sans les connaître, et sur la foi de votre correspondant, vous en faites autant. Parmi ces quatre observations, une seule, comme on l'aurait justement fait remarquer, si elle était bien établie, serait d'une importance réelle, les autres ne seraient pas des exemples d'abcès par congestion véritables. Je n'ai rapporté que quatre observations à l'appui de ma méthode, parce que je n'en connais pas d'autres. De ces quatre observations, l'une est de M. le docteur Abeille, et a été publiée dans la REVUE MÉDICALE (juin 1849), les trois autres m'appartiennent. Ce sont les seules que j'ai observées. De mes trois malades, deux ont été présentés à la Société de chirurgie. Quant à la valeur de ces quatre observations, j'ai bien quelques raisons pour penser qu'elle n'est pas si nulle que vous l'a dit votre correspondant. Ces quatre observations ont été interprétées bien différemment par plusieurs membres de la Société, et si la personne qui vous a communiqué le compte rendu de la séance vous avait renseigné plus exactement, elle vous eût appris que telle observation qui paraissait valable pour les uns ne l'était pas pour d'autres, et qu'il en a été ainsi de mes quatre observations, qui ont tour à tour servi à plusieurs membres, soit pour attaquer, soit pour admettre ma méthode, et que l'observation qui était rejetée par l'un comme non concluante, était au contraire admise par un autre comme probante, etc. Ce n'est donc pas une seule de mes observations qui a été considérée comme ayant une valeur réelle, mais bien toutes. Seulement, chacun a pris celle qui lui paraissait préférable pour établir ce que je voulais prouver... d'où je peux bien conclure qu'elles ont toutes les quatre une certaine valeur. En fin de compte, attendons l'expérience, elle décidera si cette nouvelle méthode est une illusion de ma part et s'il était besoin de la substituer aux ponctions sous-cutanées, qui, comme je me suis empressé de le reconnaître, ont été un heureux progrès, mais elles ne guérissent pas tous les malades, puisque sur six traités par cette méthode, vous comptez trois morts; des accidents de résorption purulente et des fistules consécutives dans quatre cas, et que dans les trois cas qui ont exigé, pour guérir, de un à deux ans de traitement, vous avez fait usage des cantères, moxas purgatifs salins répétés, quinquina, etc., etc. La méthode que je propose a, je crois, l'avantage de conjurer sûrement ces accidents de résorption purulente, et de guérir plus promptement. Quatre observations sont peu de chose, il est vrai, pour juger une méthode, mais quand ces quatre observations sont autant de succès, doit-on ne pas en tenir compte? Le temps et la pratique nous l'apprendront.

» Agréez, etc. »

RÉPONSE.

Depuis que nous avons reçu cette lettre de M. Boinet, notre honorable confrère nous en a adressé une seconde dans laquelle il discute longuement la communication de M. le docteur Fleury (de Clermont), insérée dans le dernier numéro. M. Boinet nous permettra de résumer de notre mieux sa seconde lettre avec la première, lui promettant bien de tenir compte des moindres arguments et de ne laisser de côté que les hors d'œuvre. Les deux lettres de M. Boinet peuvent donc se résumer comme il suit :

1° Les injections iodées guérissent les abcès par congestion et les abcès froids.

2° Elles les guérissent plus promptement que la méthode sous-cutanée, et n'exposent pas, comme cette dernière, aux accidents de résorption purulente.

3° Les injections iodées peuvent se passer de la méthode sous-cutanée, et guérir sans les auxiliaires (traitement général, purgatifs amers, moxas, cantères) auxquels cette dernière méthode est obligée d'avoir recours.

4° Faisant abstraction de toute théorie dans cette discussion, il faut s'en rapporter exclusivement aux faits : or la méthode sous-cutanée n'a guéri que 3 fois sur 6, et les injections iodées ont guéri 4 fois sur 4.

5° Finalement, les faits rapportés par M. Fleury ne prouvent rien, ce chirurgien ayant employé vicieusement la méthode.

PREMIÈRE PROPOSITION. — Nous maintenons plus que jamais la distinction que nous avons établie entre les vrais abcès par congestion et les abcès froids. Dans les premiers, nous prétendons, jusqu'à preuve expérimentale du contraire, que les injections iodées ne font et ne peuvent faire autre chose que de modifier les parois du foyer, sans toucher à la maladie d'où vient le pus. Nous avons dit, M. Fleury a répété après nous, et M. le docteur Abeille, consulté par nous, est de cet avis : que l'injection iodée ne saurait pénétrer jusqu'au foyer du mal, à travers le trajet sinueux du canal excréteur du pus. La réponse de M. Boinet à cette objection n'est pas heureuse, et elle prouve très-positivement qu'il n'a jamais eu affaire à un véritable abcès par congestion. « Il y a deux manières, dit-il, de s'assurer de la » pénétration de la matière de l'injection jusqu'au foyer générateur : l'une » est la fluctuation produite par le liquide injecté au niveau de la carie; » l'autre est que, s'il existe deux ouvertures, une supérieure, l'autre inférieure, on voit *toujours* le liquide s'échapper par l'ouverture opposée à » celle où l'on pousse l'injection. » M. Boinet nous dira sans doute le moyen qu'il emploie pour constater la fluctuation produite par l'injection au niveau de la partie tuberculisée de la colonne cervicale, dorsale ou lombaire à son choix; car il s'agit toujours, qu'il veuille bien le remarquer, d'abcès par congestion, et non d'abcès *directs* accompagnés ou non de lésion tuberculeuse des os; il nous dira ensuite s'il a déjà rencontré de ces abcès à deux ouvertures, l'une supérieure, l'autre inférieure.

Quant aux abcès froids, il convient de faire deux catégories : celle des abcès directs avec lésion osseuse, et celle des abcès froids sans lésion. Dans l'une et l'autre catégorie, la matière de l'injection peut être mise en contact avec la surface de la poche et même de la partie malade : jusqu'à quel point cette application est-elle utile et exempte de tout danger? C'est ce que l'expérience décidera ultérieurement, car ce n'est pas avec trois ou quatre faits qu'on peut résoudre cette question, surtout si l'on a été obligé de répéter vingt ou trente fois l'injection, comme cela est arrivé dans un cas que nous a communiqué M. Abeille.

DEUXIÈME PROPOSITION. — Avant d'établir que les injections iodées guérissent plus promptement et plus sûrement que la méthode sous-cutanée, il conviendrait au préalable d'avoir établi qu'elles guérissent : or nous venons de voir que, pour ce qui est des abcès par congestion, la chose ne paraît ni réelle ni possible, et que, quant aux abcès froids, elle est loin d'être suffisamment démontrée. En est-il de même de la méthode sous-cutanée à laquelle M. Boinet voudrait substituer les injections iodées? Voyons.

M. Boinet affirme que les ponctions sous-cutanées exigent de un à deux ans de traitement. Ne confondons pas d'abord les véritables abcès par congestion avec les abcès directs : les premiers guérissent lentement, par la raison qu'ils ne sont qu'un symptôme d'une maladie très-lente à

guérir. Or comme la méthode sous-cutanée n'a pas d'autre prétention que celle de conjurer les dangers inséparables des méthodes ordinaires, elle est obligée d'attendre la guérison de la maladie qui fournit la pus et d'évacuer ce dernier toutes les fois que la collection se renouvelle. Au surplus, l'allégation de M. Boinet n'est pas exacte. Même en s'en tenant aux cas cités dans le rapport de la commission des hôpitaux, on voit que deux des guérisons ont été obtenues en beaucoup moins de temps qu'il ne le dit, et qu'il a confondu la guérison de l'abcès avec la guérison de la maladie. S'il nous permettait d'invoquer d'autres faits antérieurs, qui, pour avoir été violemment contestés, n'en existent pas moins, nous dirions que, dans un certain nombre de cas (7 au moins), les ponctions sous-cutanées ont été suivies de la disparition d'abcès par congestion dans l'espace de trois à six mois ; la raison de cette rapidité de succès tient à ce que la maladie osseuse était en voie de guérison à l'époque où les ponctions sous-cutanées ont été employées, ou bien qu'elle a cessé de fournir du pus en quantité suffisante pour renouveler l'abcès.

Mais s'il est un ordre de faits capables de battre en brèche la seconde proposition de M. Boinet, ce sont les abcès froids traités par la méthode sous-cutanée. Or nous possédons aujourd'hui vingt et quelques cas dans lesquels une *seule* ponction a suffi pour produire la disparition de l'abcès. Nous n'en citerons que deux, mais deux bien authentiques. MM. Demarquay et Maisonneuve, membres de la Société de chirurgie, auraient pu rendre à la méthode sous-cutanée le service de citer eux-mêmes ces deux cas, car ils en ont été témoins à l'Hôtel-Dieu, il y a plus de six ans. Dans ces deux cas, une *seule* ponction a suffi pour faire disparaître complétement des abcès considérables. Celui qui a été observé par M. Demarquay paraissait dépendre d'une affection tuberculeuse des os du bassin, et la malade était traitée comme telle dans le service de M. Breschet. Quand M. Maisonneuve a dit, en rapportant le cas cité par M. Boinet, d'une jeune fille ponctionnée et injectée le 4 septembre, et *presque* guérie le 27 du même mois, « qu'il avait obtenu un résultat ne ressemblant en rien à ce qu'il avait vu jusque-là, » il aurait pu se rappeler le cas de guérison immédiate, obtenue sur un de ses malades, d'un vaste abcès froid situé derrière le scapulum, à la suite d'une *seule* ponction sous-cutanée. Jusqu'ici les injections iodées n'ont encore rien produit de semblable.

Que dire des accidents de résorption purulente, etc., dont les injections iodées seraient exemptes, et dont M. Boinet ne craint pas d'affubler la méthode sous cutanée? Cette assertion est doublement malheureuse. Les deux observations rapportées par M. Fleury, dans le dernier numéro de ce journal, montrent évidemment que les injections iodées ne sont pas aussi innocentes que veut bien le penser et le dire M. Boinet. Dans un de ces cas, la résorption purulente a été immédiate, et la conséquence qui en est résulté pour le malade est beaucoup moins douteuse que l'innocuité constante alléguée par M. Boinet. En est-il de même des accidents qu'il met sur le compte de la méthode sous-cutanée? Nous engageons notre honorable confrère à y regarder de plus près; il verra, en effet, que, dans *aucun* des cas qu'il cite, les ponctions sous-cutanées n'ont donné lieu au moindre accident; et une lecture plus attentive de ces faits lui prouvera, au contraire, qu'au lieu d'avoir produit des accidents de résorption, la méthode sous-cutanée est parvenue à les conjurer. Ainsi, dans un cas (obs 3) c'est un abcès qui, plusieurs mois après avoir été vidé sans accident par les ponctions sous-cutanées, a été ouvert directement par un séquestre, dont le contact permanent avait fini par ulcérer et perforer la peau. Dans un autre cas (obs. 4), c'est un malade qui, amené aux portes de la guérison par la méthode, se livre à des excès, à des fatigues violentes, lesquels provoquent le retour de l'abcès et son ouverture directe. En quoi la méthode sous-cutanée est-elle responsable de ces accidents? Avec un peu moins de préoccupation et plus de justice, M. Boinet aurait vu, au contraire, que, sous l'inspiration de la méthode sous-cutanée, les accidents produits malgré elle ont été conjurés par elle. Pour l'édification de notre savant confrère, nous lui dirons ici, sans crainte d'être contredit par qui que ce soit, que, sur plusieurs centaines de ponctions sous-cutanées d'abcès froids ou par congestion qui nous sont propres, il ne nous est arrivé dans aucune le moindre accident de résorption ou autre. Nous sommes encore, depuis dix ans passés que nous employons la méthode, à regretter le moindre événement de cette nature. Nous souhaitons que les injections iodées puissent dans dix années avoir la conscience aussi pure.

Troisième proposition. — Pour prétendre que les injections iodées puissent se passer de la méthode sous-cutanée et de tout autre auxiliaire, il faut toujours en venir au préalable obligé, à savoir qu'elles guérissent d'une manière quelconque. Or rien n'est moins établi jusqu'ici; mais ce qui l'est un peu plus, c'est que, de l'aveu de M. Boinet lui-même, il a employé quelquefois concurremment les deux méthodes. « Le plus *souvent*, dit-il, j'ai pratiqué directement mes *ponctions*. » Il y a dans cet aveu beaucoup plus que ce que M. Boinet a cru, a voulu y mettre : on y voit d'abord qu'il a eu recours un certain nombre de fois aux ponctions sous-cutanées, et les autres fois aux *ponctions* directes. Or qu'est-ce que des *ponctions* directes ou indirectes, sinon des moyens d'éviter plus ou moins le contact de l'air, c'est-à-dire de bénéficier du principe de la méthode ? car le caractère de la méthode n'est pas essentiellement de diriger de telle ou telle manière les ponctions (ce sont là ses moyens), mais de les pratiquer de façon à mettre le foyer dans lequel elles pénètrent à l'abri du contact de l'air. Pour prouver que les injections iodées peuvent se passer de la méthode sous-cutanée ou de son principe, il faudrait que M. Boinet, après avoir fait ses injections par une plaie de 2 à 3 centimètres, laissât cette plaie béante ; on verrait alors jusqu'où les injections iodées prémunissent contre tout accident d'altération du pus, d'inflammation du foyer et de résorption purulente. Nous lui signalons cette expérience; mais, en bonne conscience, nous n'oserions l'engager à la tenter.

Lorsque devant la Société de chirurgie un membre a rappelé les succès de la méthode sous-cutanée passés sous silence par M. Boinet, notre confrère, croyant amoindrir la valeur de cette méthode, a répondu qu'on avait employé concurremment avec elle des purgatifs, des cautères, des moxas; cette restriction nous fit croire en bonne conscience que les injections iodées avaient la prétention de se passer de tout cela; et par conséquent pouvaient grossir leur mérite de tout celui qui revient dans les succès de la méthode sous-cutanée au traitement rationnel de la maladie. Quelle a été notre surprise quand nous avons lu dans la seconde lettre de M. Boinet que, pour assurer le succès des injections iodées, M. Fleury aurait dû avoir recours à un traitement ***général convenable***. Le conseil est bon à suivre; mais pourquoi la méthode sous-cutanée n'en pourrait-elle pas faire son profit comme les injections iodées?

Quatrième proposition. — C'est une question de faits, dit M. Boinet ; « Il faut s'en rapporter aux faits qui ne raisonnent pas, mais qui prouvent. » Qu'est-ce donc que des faits qui prouvent sans raisonnement. Nous avions toujours cru jusqu'ici que ces sortes de faits ne valaient pas grand'chose; et si nous ne craignions de dire à notre excellent confrère quelque chose qui le désobligeât, nous lui conseillerions de placer désormais sa méthode sous la sauvegarde de faits plus en accord avec le raisonnement, c'est-à-dire avec la logique. Que signifient, en effet, les quatre faits qu'il a cités pour prouver l'efficacité de ses injections et leur prééminence sur une méthode qui compte maintenant ses succès par centaines? Nous sommes bien obligé de lui faire remarquer une dernière fois : des 4 succès cités par M. Boinet, 3 seulement lui appartiennent; et de ces 3 un seul peut être rangé dans la catégorie des abcès par congestion. Qu'il attende donc que le nombre et la qualité des faits lui permettent de conclure, c'est-à-dire de raisonner mieux. Il est superflu de rappeler que les 6 cas d'applications de la méthode sous-cutanée invoqués par M. Boinet, ont été complétement défigurés par lui; et que ces faits, quoique suffisants pour établir ce qu'on a voulu établir par eux, sont corroborés par un bien plus grand nombre qu'on se borne à rappeler ici pour mémoire. Au reste nous dirons en terminant que M. le docteur Abeille, à qui l'on doit l'un des faits relatés par M. Boinet, a employé concurremment la méthode sous-cutanée ; et nous ajouterons que cet honorable confrère professe très-explicitement ces deux points, à savoir : 1° que les deux méthodes sont inséparables et concourent également au succès; 2° que les injections iodées ne pénètrent pas et ne sauraient pénétrer jusqu'au foyer générateur du pus dans les abcès par congestion; lesquels ne sont que localement modifiés par les injections, et réclament comme la méthode sous-cutanée l'emploi simultané d'un traitement général approprié.

Cinquième proposition. — Infirmant les faits rapportés par M. Fleury, M. Boinet prétend qu'ils ne prouvent rien contre la réalité des siens, ni contre l'efficacité de sa méthode. Distinguons : les insuccès de M. Fleury ne prouvent pas en effet que les succès de M. Boinet n'existent pas, et ce n'est pas là non plus ce qu'a voulu établir notre intelligent confrère ; mais ils prouvent que les injections iodées ne guérissent pas toujours; de plus qu'elles sont parfois très-dangereuses. M. Boinet allègue que notre confrère de Clermont n'a pas employé la méthode suivant les règles ; rien dans les observations de M. Fleury n'autorise une pareille assertion. Nous engageons fort M. Boinet à nous faire connaître, dans un article spécial, les principes, les règles qui doivent assurer le succès des injections iodées ; nous publierons volontiers cet article. C'est alors seulement qu'on pourra juger de la valeur de ses critiques, de ses dénégations, et ainsi prémunir les malades des accidents qui ne sont pas absolument inséparables de nouvelles tentatives.

J. Guérin.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

I. ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

Les numéros d'avril, mai et juin 1850 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Mémoire sur la pleurésie secondaire consécutive aux inflammations du sein ou de l'aisselle;* par M. Broca. 2° *Note sur le développement d'un son clair, comme métallique (hydro-aérique), dans le cours des épanchements pleurétiques;* par M. Nolta. 3° *Mémoire sur le traitement des affections scrofuleuses par les préparations de feuilles de noyer;* par M. Négrier. 4° *Recherches cliniques sur l'éclampsie des enfants;* par M. Ozanam. 5° *De l'anévrisme du canal artériel;* par M. Thore. 6° *Note pour servir à l'histoire des anévrismes;* par M. Verneuil. 7° *Des propriétés fébrifuges et antipériodiques du chloroforme;* par M. Delioux. 8° *Des phlegmons de la paroi antérieure de l'abdomen;* par M. Bernutz. (Premier article.) 9° *Note sur le rétablissement tardif de la vision après l'opération de la cataracte par abaissement;* par M. Gosselin. 10° *Observations propres à éclairer les symptômes nerveux que détermine le ténia;* par M. Legendre.

MÉMOIRE SUR LA PLEURÉSIE SECONDAIRE, CONSÉCUTIVE AUX INFLAMMATIONS DU SEIN ET DE L'AISSELLE; par le docteur PAUL BROCA.

L'auteur appelle inflammation *secondaire* celle qui est la conséquence d'une autre inflammation. Toutes les phlegmasies secondaires, ajoute-t il, peuvent se diviser en deux espèces. La première se forme par extension pure et simple du foyer primitif, ou par *propagation*. Lorsque, par exemple, une partie enflammée de la peau devient le point de départ d'un érysipèle, on voit la rougeur, la douleur, en un mot tous les phénomènes locaux de la phlogose s'étendre insensiblement par continuité et envahir de proche en proche les parties voisines. La seconde espèce résulte du transport ou de la migration de matières irritantes qui émanent du foyer inflammatoire et vont déterminer à distance une inflammation nouvelle, appelée par l'auteur *successive* dans un ou plusieurs points de leur trajet. C'est ce qui arrive, par exemple, quand un liquide anormal secrété par une partie enflammée s'engage dans une lacune quelconque, comme un vaisseau lymphatique, et va porter le désordre à une hauteur variable.

Avant d'aller plus loin, et s'appuyant sur les termes mêmes de cette distinction, on pourrait demander pourquoi l'auteur exige qu'une inflammation, pour mériter le nom de secondaire, soit la conséquence *d'une autre inflammation*. Il est clair qu'un liquide irritant émané d'un foyer cancéreux, ou d'une partie gangrenée, et qui s'engagera dans les vaisseaux lymphatiques, déjà si susceptibles de porter à distance une inflammation *successive*, autant au moins qu'un liquide puisé dans un foyer de suppuration, au sein d'un phlegmon, par exemple. De même, on voit fréquemment des altérations d'un caractère autre que celui des phlegmasies devenir le point de départ d'une phlegmasie par propagation, comme une érysipèle ou un abcès du tissu cellulaire. Et dans ces diverses circonstances, il nous semble qu'on ne se servirait pas d'un mauvais langage en appelant ces désordres consécutifs des *phlegmasies secondaires*. Dans presque toutes les observations rapportées par l'auteur, il s'agirait de cancers *opérés*, et c'est à l'inflammation de la plaie que s'est rattachée la pleurésie. Mais on voit quelquefois, quoi qu'il en dise (p. 395), le cancer même du sein, en l'absence de toute opération, devenir le point de départ d'une phlegmasie de la plèvre, alors que l'altération spécifique est encore distincte de cette membrane.

Ce n'est pas le lieu de discuter ici une question de haute pathogénie qui a été le sujet de la thèse inaugurale de M. Broca, et dont il résume, dans le présent mémoire, les principaux éléments, en rappelant la solution à laquelle il s'est arrêté. Quel est le moyen de propagation des phlegmasies? Est-ce le tissu cellulaire? est-ce le tissu nerveux? est-ce le système vasculaire? C'est ce dernier seul, suivant M. Broca. La seule remarque que nous voulions faire en ce moment, c'est que le problème est un peu plus compliqué peut-être qu'il ne paraît le croire, et que, en admettant même avec lui que le phénomène initial de l'inflammation se passe dans les capillaires sanguins, il ne s'ensuit pas nécessairement qu'une portion de tissu nerveux, par exemple, traversant un foyer cancéreux, ne puisse susciter à une certaine distance un travail phlegmasique qui ne serait pas *successif* dans le sens où l'entend l'auteur, et n'étant pas successif, serait conséquemment *propagé*. Aussi ne regardons-nous pas comme absolument inexpugnable ce syllogisme, derrière lequel il se retranche : « C'est par les vaisseaux capillaires que l'inflammation débute; or, lorsqu'une inflammation se propage, il y a toujours dans les parties secondairement envahies un instant où l'inflammation débute, où les capillaires seuls sont atteints, tandis que les autres éléments anatomiques, tissu cellulaire, nerfs lymphatiques, etc., conservent encore leur intégrité. Donc ces derniers tissus restent sains au moment où l'inflammation se propage; donc ils sont étrangers à la propagation; donc enfin, cette propagation s'effectue le long des capillaires sanguins. » *Negamus consequentiam.*

La partie substantielle du travail de M. Broca se compose de dix observations. Dans toutes, comme nous le disions tout à l'heure, il s'agit d'opérations de cancer ou autres tumeurs du sein et de l'aisselle, opérations suivies de phlegmasies qui se sont propagées jusqu'à la plèvre. Ces observations nous ont paru concluantes, à l'exception peut-être de la quatrième, où la phlegmasie pleurale n'est pas bien certaine, au sentiment même de l'auteur. La plus importante de toutes est la première. On avait enlevé, chez une femme de 49 ans, une glande mammaire légèrement hypertrophiée. L'opération avait été des plus simples, et paraissait devoir être aussi des plus innocentes. Pendant quatre jours, tout alla bien; mais le cinquième, il survint des troubles généraux inquiétants, de la fièvre. Le lendemain, la plaie est le siége d'une inflammation qui se propage à la fois dans les parties superficielles et dans les parties profondes. D'un côté, elle envahissait la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, et s'étend au loin sous forme d'érysipèle. De l'autre, elle traverse le grand pectoral, les couches intermusculaires, les intercostaux. Le septième jour, la toux et une douleur de côté annoncent que la plèvre se prend. Un épanchement se forme, et la mort arrive le dixième jour. A l'autopsie, on trouve un abcès sous le grand pectoral, qui est lui-même rouge, tuméfié et friable : un second abcès entre les muscles intercostaux, dont l'externe seul est un peu ramolli. Au même niveau, le tissu sous-pleural est épaissi, ramolli, adhérent à l'intercostal interne. La plèvre est injectée là plus qu'ailleurs; enfin les caractères de la pleurésie sont manifestes. L'auteur, pour répondre, dit-il, *à des objections qui lui ont été faites par des personnes à qui il a fait part de ses idées*, entre dans de longues considérations pour mettre hors de doute l'enchaînement des phénomènes morbides, depuis l'inflammation des bords de la plaie jusqu'à la pleurésie confirmée, pour prouver surtout que l'état sain du muscle intercostal interne ne saurait déposer contre cet enchaînement. Nous sommes à cet égard entièrement de son avis. Le bon sens dépose contre la supposition qu'une telle série de désordres soit le résultat de coïncidences accumulées, et, suivant sa juste expression, superposées.

La science n'a enregistré jusqu'ici qu'un petit nombre de faits analogues. M. Broca cite Morgagni, M. Velpeau et désigne vaguement quelques observateurs. Nous croyons qu'une thèse, que nous n'avons malheureusement pas sous les yeux et dont il ne parle pas, celle de M. Ch. Baron, lui offrirait plusieurs exemples d'inflammation propagée des parois thoraciques à la plèvre, de la manière qu'il l'entend lui-même.

NOTE POUR SERVIR A L'HISTOIRE DES ANÉVRISMES; par M. VERNEUIL.

On a parfois l'occasion de voir les battements cesser dans une artère mise à nu, dont on va pratiquer la ligature. Tous les auteurs ont, sans en donner a la vérité d'explication bien satisfaisante, constaté la réalité de ce phénomène.

De même, une tumeur anévrismale qui, la veille, le matin même, offrait les battements, le bruit de souffle caractéristiques de cet état, a aussi perdu ces signes momentanément lorsqu'on l'explore. M. Verneuil a observé et rapporte deux cas curieux de cette espèce.

Le premier est relatif à une tumeur du pli du bras, suite de saignée; elle avait déjà présenté à plusieurs praticiens tous les signes d'un anévrisme. Elle était mobile, indolente, dure, résistante, saillante de 2 centimètres au-dessus des téguments sains, quoique tendus. Or cette même tumeur, examinée le 1er avril 1850 (jour proverbialement connu pour les mécomptes), par M. Robert et plusieurs élèves de son service, n'offrit aucun battement appréciable à la vue ou au toucher, non plus qu'aucun bruit de souffle. Cependant, au bout de trois minutes, ces phénomènes y redevinrent peu à peu perceptibles d'abord, puis aussi marqués qu'auparavant.

Second fait. M. Follin montra en 1846, à la Société de chirurgie, un malade porteur d'anévrisme artérioso-veineux du pli du coude. Ce cas avait été reconnu pour tel par M. Nélaton et M. Marjolin (René); mais lorsque les personnes présentes se mirent en devoir de vérifier ce diagnostic, il se trouva que les battements, ainsi que le bruit de souffle, faisaient défaut. L'auteur raconte même que l'un des membres, renommé par son scepticisme en fait de guérisons, déclara qu'il s'agissait là d'un *anévrisme guéri*. Pourtant, après qu'on eut fait asseoir et rafraîchir le

malade, visiblement ému, les pulsations et le *susurrus* se manifestèrent de nouveau, faibles en premier lieu, puis de plus en plus évidents. Personne ne douta plus alors que ce ne fût bien là un véritable anévrisme.

Après avoir rappelé un autre fait de ce genre, dû à M. Chaumet (de Bordeaux), M. Verneuil essaye d'expliquer la cause de cette bizarrerie apparente. Il fait observer d'abord que, pour certains cas, la profondeur de la tumeur, la tension des parties qui la recouvrent, la manière dont on l'explore, la présence d'un caillot qui oblitère l'ouverture de communication entre le sac et le vaisseau, peuvent masquer les battements. — Nous ajouterons à cette nomenclature la circonstance, signalée par Scarpa, où la tumeur, par suite de ses progrès, est venu comprimer l'artère entre l'ouverture de communication et le cœur. Mais dans ces diverses conditions, l'interruption des battements dure un certain temps, et elle ne cesse que lorsqu'il y a quelque chose de changé dans la disposition mécanique qui l'avait occasionnée.

Ici, au contraire, où la circulation semble capricieusement se suspendre et renaître dans une partie où rien autre n'est modifié, il faut une explication différente. M. Verneuil la trouve dans un changement instantané de l'action du cœur, et de l'action vitale des parois artérielles dans un point plus ou moins éloigné du lieu exploré.

Le cœur lui-même peut participer à la production du phénomène; car on sait combien son impulsion diminue parfois sous l'influence de causes morales. Mais la durée de cette suspension des pulsations dans la tumeur, et sa réapparition sans rien qui en rende compte, dans des moments où le moral de l'individu n'est point ébranlé, doivent porter à penser que l'action propre des artères entre aussi alors pour une grande part dans la raison de cette apparente anomalie. Ne sait-on pas, en effet, que la circulation locale d'un organe est très-sujette à varier sans que le cœur ait varié quant au rhythme et à la force de ses mouvements?

D'ailleurs, lorsque l'on constate cette absence de battements dans une artère mise à découvert pour être liée, des changements dans les conditions physiologiques du vaisseau peuvent seules en donner une explication satisfaisante.

Ce spasme des artères, qui intercepte ou ralentit momentanément le cours du sang dans une portion du vaisseau, n'est pas, du reste, borné à ce seul cas; on l'observe fréquemment après les opérations, alors qu'on voit une artère divisée ne point saigner pour le moment, et devenir parfois l'origine d'une hémorrhagie inquiétante au bout de quelques heures, quand le spasme qui s'était emparé de ses parois a eu le temps de cesser. C'est même cette circonstance qui, bien interprétée, avait fait poser par Dupuytren le précepte de ne panser les plaies d'amputations qu'après deux heures de repos.

NOTE SUR LE RÉTABLISSEMENT TARDIF DE LA VISION APRÈS L'OPÉRATION DE LA CATARACTE PAR ABAISSEMENT; par M. GOSSELIN.

Il n'est point question ici du retour lent de la vision par l'effet de l'absorption qui s'exerce sur les parties opaques, que le chirurgien aurait dû laisser ou qui s'étaient formées depuis l'opération, dans le champ de la pupille. Le rétablissement, dont M. Gosselin cite un exemple, se distingue de ces cas, fort ordinaires, en ce que la faculté de voir s'est recouvrée *tardivement* et *subitement*. Voici cet exemple, intéressant par sa rareté d'abord, puis par la manière exacte dont les circonstances en ont été relevées.

OBS. — Une femme de 52 ans était complétement avengle depuis plusieurs mois par suite d'une double cataracte capsulo-lenticulaire et la malade pouvait distinguer le jour de la nuit. Les pupilles, d'ailleurs, restaient très-mobiles, et la malade pouvait distinguer le jour de la nuit.

Elle fut opérée par M. Gosselin, le 1er octobre 1849. L'œil gauche ne nous occupera point; car à la suite de l'abaissement, une inflammation violente amena l'hypopion, puis une atrésie pupillaire et définitivement la perte de ses fonctions.

Quant à l'œil droit, le cristallin fut abaissé facilement et ne remonta pas; seulement le champ de la pupille demeura obstrué par la capsule, et aussi par ce qu'on appelle les accompagnements de la cataracte. L'opérateur ne put déplacer ces parties hors du passage des rayons lumineux; il dut se borner à déchirer et broyer cette capsule, et à envoyer quelques-uns de ses fragments dans la chambre antérieure. Encore n'y parvint-il qu'incomplétement.

Au bout d'un mois (l'inflammation consécutive ayant été très-modérée), la malade ne pouvait, de cet œil, ni se conduire, ni distinguer aucun objet. La pupille, toujours mobile, se trouvait obstruée par une cataracte capsulaire: l'opacité était nacrée, peu foncée, très-rapprochée de la pupille et non tremblante. On conseilla à la malade d'attendre le printemps pour voir à essayer alors une nouvelle opération de broiement.

Son état n'avait point changé lorsque, le lundi 4 mars 1850, cinq mois quatre jours après l'opération, tout à coup la malade voit devant elle sa fille, perçoit la vue des objets qui l'entourent, distingue même les aiguilles de la pendule. Appelé le surlendemain, M. Gosselin constata que la pupille était devenue nette dans ses trois quarts supérieurs, le quart inférieur conservant seul encore quelques débris de capsule. La chambre antérieure renfermait plusieurs flocons grisâtres, comme nébuleux, formés par des lambeaux déchirés et non par une masse solide, comme serait un fragment de cristallin. Ils occupaient le bas de la chambre antérieure, sans s'élever jusqu'au niveau de la pupille.

Rien ne put expliquer ce changement qui était survenu sans mouvement brusque, sans effort aucun.

Il ne survint pas à la suite d'inflammation; seulement, les premiers jours la malade souffrait un peu, si elle voulait trop exercer son œil.

Les parties tombées dans la chambre antérieure s'y sont résorbées peu à peu. Le 15 mars, il n'en restait plus que environ la moitié, le 22, un tiers; le 1er avril, il n'y avait plus qu'un fort petit lambeau, à la fin de mai, tout avait disparu.

Pour expliquer ce cas extraordinaire, M. Gosselin ne croit devoir admettre que l'une ou l'autre de ces deux versions suivantes: ou bien tout travail d'absorption avait cessé; la cataracte secondaire était organisée et solide; mais il s'est fait tout à coup, sous l'influence de quelque cause inappréciable, peut-être par suite d'une congestion qui aurait augmenté la quantité d'humeur vitrée, une rupture suivie du passage dans la chambre antérieure des lambeaux déchirés, ou bien la cataracte secondaire n'était pas encore solidement organisée; mais un travail d'absorption lente avait continué à s'y faire, comme à la suite des opérations par broiement ou par simple division de la capsule; puis un moment est venu où par le fait de cette absorption, la cataracte s'est trouvée dissociée, et a traversé la pupille.

Cette seconde explication paraît à M. Gosselin plus vraisemblable que la première. Tel est aussi notre avis. Pour qui connaît la forme irrégulière que prennent après l'opération les parties membraneuses, fragmentées par l'aiguille, morcelées par l'absorption, qu'y a-t-il d'étonnant qu'une masse flottante se trouvant peu à peu arrivée au point de n'être plus retenue en place que par une sorte de mince pédicule, ce pédicule ait tout d'un coup achevé d'être divisé par la continuation du travail d'absorption?

Nous approuvons moins une autre conclusion de M. Gosselin. Encouragé par ce seul fait — qu'il déclare cependant lui-même *insolite* et *sans exemple*, — il émet cette pensée que « lorsqu'il y a, à la suite d'une opération de cataracte par abaissement, une cataracte capsulaire sans atrésie de l'iris, il est bon de ne réopérer qu'au bout d'un temps assez long, cinq ou six minutes. » La conséquence, pour être légitime, demanderait évidemment un nombre plus considérable de cas semblables. Par cela même que l'observation ci dessus est jusqu'ici sans analogue, on ne peut guère compter sur ce *détachement* de la cataracte secondaire; il sera par conséquent prudent de ne s'en rapporter qu'à sa résorption.

Or, quand cette résorption ne fait décidément plus de progrès, il n'y aurait aucun avantage a temporiser; et cela ne serait pas sans danger, car l'amaurose est d'autant plus à craindre que la rétine demeure plus longtemps sans fonctionner. Tout concourt donc à conseiller une détermination plus prompte, et à confirmer ce précepte de Dupuytren, que nous empruntons textuellement à nos notes de sa clinique de 1834: « Il faut pratiquer une seconde opération, quand *deux mois* après la première, il n'y a pas espoir fondé de résorption. »

P. DIDAY et A. DECHAMBRE.

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 7 OCTOBRE.

DES ANIMALCULES QUI PRENNENT NAISSANCE DANS LA MUQUEUSE VÉSICALE DES GRENOUILLES, ET DE LEUR TRANSFORMATION.

M. GROS envoie, de Heidelberg, de nouvelles recherches sur les animalcules qu'on trouve en si grand nombre dans les grenouilles, et qui réclament une nouvelle attention, eu égard à leur origine, à leur développement et à leurs transformations inattendues.

Au mois d'août 1847, M. Gros a informé l'Académie de l'origine du tænia et du distome, qui descendent sans parents des vésicules nucléolées élaborées dans la glande spirienne des sépias. Aujourd'hui il communique le fait suivant:

Dans la vessie de presque toutes les grenouilles, on rencontre un petit animalcule qui n'a peut-être pas échappé à l'observation, et qu'à défaut d'autre nom il appelle *torquatina*. Cet animalcule naît de la muqueuse vésicale des grenouilles, dont une vésicule se granule et devient la couronne, tandis que les vésicules voisines fournissent la matière du corps de la torquatina. Cette ori-

gine ne se démêle pas à première vue. En râclant ou en tourmentant la muqueuse, on obtient bien l'animalcule, mais on ne peut que difficilement saisir son origine. Il faut prendre, sans le froisser, un lambeau de la vessie et le porter bien vite et bien délicatement sous le microscope, où l'on emploie le moins de compression possible; car toute compression et tout menstrue, même le sérum, tue la vibratilité de la muqueuse et presque tous les torquatina. L'animalcule ploie sa couronne sur elle-même, pousse des cils vibratils dans d'autres parties de son corps, qui s'ovalise et constitue une *opalina*, que l'on trouve constamment si nombreuse dans le rectum, que l'on a appelé ces pseudo-infusoires et autres formes entozoaires un *cahos intestinalis*. L'*opalina*, à son tour, se niche dans les muqueuses intestinales, où elle gît et se fait un cocon, et le résultat de sa métamorphose est un nématoïde ascaridien, le même que l'auteur a déjà mentionné en 1845 dans ses observations sur les parasites.

Résumé. — A côté de la génération cyclique et alternante, il est un mode de production et de reproduction qui ne rentre pas dans les lois physiologiques actuelles des êtres inférieurs.

Sans parler ici des métamorphoses si multiples et si diverses des englènes, qui enjambent dans les deux règnes, il est, pour de certains entozoaires, une génération primitive qui sort du cercle de leur espèce.

Le tænia et le distome naissent sans parents dans une glande des sépias.

Un petit animalcule à collerette (torquatina) naît de la muqueuse vésicale des grenouilles, se transforme en opalina (infusoire cilié, analogue des paramœciens), laquelle opalina coconne et se transforme en nématoïde ascaridien.

MALADIES DES OUVRIERS QUI MANIPULENT LE QUINQUINA.

M. Chevallier communique un travail intitulé : Essai sur la santé des ouvriers qui s'occupent de la préparation du sulfate de quinine et sur les moyens de prévenir les maladies auxquelles ils sont sujets.

Il résulte des recherches auxquelles il s'est livré :

1° Que les ouvriers qui travaillent à la fabrication du sulfate de quinine sont exposés à être atteints d'une maladie cutanée qui les force à suspendre leurs travaux pendant quinze jours, un mois et plus;

2° Qu'il est de ces ouvriers qui ne peuvent continuer ce travail et qui sont forcés de quitter les fabriques où ils étaient employés.

3° M. Zimmer, fabricant de sulfate de quinine à Francfort, a reconnu que les ouvriers qui étaient employés à la pulvérisation du quinquina dans sa fabrique étaient atteints d'une fièvre particulière qu'il désigne par le nom de fièvre de quinquina (*china fieber*).

Cette maladie est assez douloureuse pour que des ouvriers qui en ont été atteints aient renoncé à la pulvérisation du quinquina et aient préféré quitter la fabrique.

4° Cette maladie n'a pas été observée en France.

5° On ne connaît pas jusqu'à présent de moyens prophylactiques de la maladie cutanée déterminée par les travaux de fabrique de sulfate de quinine.

6° La maladie cutanée sévit non-seulement sur les ouvriers qui sont employés à divers travaux, mais encore elle peut affecter des personnes qui se trouvent en contact avec les émanations de la fabrique.

7° Elle atteint les ouvriers sobres comme ceux qui se livrent aux excès.

8° Il n'est pas bien démontré qu'il y ait des causes qui prédisposent les ouvriers à être atteints de cette maladie; cependant plusieurs personnes admettent ces causes prédisposantes.

Voici quelles seraient, suivant M. Chevallier, quelques-unes des mesures à prendre pour préserver les ouvriers de la maladie en question :

Il faudrait :

1° Établir la fabrication dans un local parfaitement ventilé;

2° Placer sur les chaudières à décoction des hottes ayant un bon tirage;

3° Exiger que les ouvriers aient le moins possible le système cutané en contact, soit avec les décoctions aqueuses, soit avec les décoctions alcooliques.

Il serait, en outre, convenable d'étudier la question de savoir si, par des fumigations chlorurées, il ne serait pas possible de détruire, dans les fabriques de sulfate de quinine, ces émanations organiques qui vont frapper des personnes étrangères, à des distances assez considérables de la fabrique.

CAUSE DU MAL DE MER.

M. Duvernoy communique au nom de M. F. Crrie, professeur à l'école normale du Haut-Rhin, la note suivante sur le mal de mer :

On admet généralement qu'à l'instant où le vaisseau s'abaisse, les parties flottantes du bas-ventre s'élèvent vers la poitrine et font remonter le diaphragme. Ne peut-on pas dire que la communication du mouvement ne se faisant pas instantanément, les intestins étant mobiles, obéissent au mouvement plus tard que le corps, qui reçoit l'impulsion du bâtiment? Lorsqu'au contraire le vaisseau s'élève sur le sommet des vagues, les viscères se précipitent dans les parties basses de l'abdomen et entraînent après eux le diaphragme, qui s'abaisse relativement au thorax.

Ainsi, les mouvements du navire agissant sur cet organe, suffisent pour donner le mal de mer.

Il suit de là que pour faire cesser le mal, ou pour le prévenir, il faut trouver le moyen de neutraliser les effets de ces mouvements, ou de leur faire équilibre.

Nous trouvons ce moyen dans l'acte de la respiration dont nous pouvons heureusement disposer jusqu'à un certain point, et autant qu'il est nécessaire.

Dans l'inspiration, le thorax, en écartant les parois, augmente de capacité; l'air qui s'y trouve se raréfie, et l'air extérieur se précipite dans les poumons. Le diaphragme qui en occupe la partie inférieure, s'abaisse et suit par conséquent un mouvement inverse de celui qu'il a lorsque le navire semble s'enfoncer dans les abîmes.

Dans l'expiration, au contraire, le thorax se resserre et le diaphragme remonte, comme lorsque le vaisseau s'élève sur le sommet des vagues.

Si donc l'acte de la respiration produit sur le diaphragme le même effet que l'acte combiné du tangage et du roulis, pour combattre le second, il faut lui opposer le premier : *inspirer quand le navire descend, et expirer quand il s'élève.*

Tel est le moyen facile par lequel on peut arrêter ou éviter les perturbations qui causent tant de trouble dans l'organisme.

J'en ai fait la double expérience.

Il ne faut pas croire cependant qu'il soit nécessaire d'être sans cesse en action; ce serait impossible et sans doute dangereux pour les poitrines délicates. On se repose de temps en temps, et ce repos peut être de plus en plus long, à mesure que les organes s'habituent à ces mouvements inaccoutumés.

Il est à présumer que par ce procédé on arrivera plus vite à supporter la mer, puisqu'on ne sera pas épuisé, ni même affaibli par la souffrance. C'est l'expérience qu'il me restera à faire sur moi-même.

Il y a encore une difficulté à lever.

La durée des oscillations du vaisseau dépasse de beaucoup celles de la respiration. Voici comment on obvie à cet inconvénient.

Lorsqu'on inspire l'air pendant le mouvement descendant, on le fait aussi lentement qu'on le peut, et si l'ascension ne se fait pas encore quand on a fini, on expire rapidement l'air qui a pénétré dans les poumons, et on inspire de nouveau avec lenteur. On répète l'action autant qu'il est nécessaire.

De même, pendant l'ascension, on expire lentement, profondément, et si cela ne suffit pas, on inspire rapidement une nouvelle quantité d'air, pour l'expirer avec lenteur, et ainsi de suite, tant que dure le mouvement ascensionnel.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 8 OCTOBRE. — PRÉSIDENCE DE M. BRICHETEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend :

1° Cinq lettres de M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmettant : 1° un rapport de M. le docteur Lefebvre, médecin des épidémies de l'arrondissement d'Yvetot, sur une épidémie de suette miliaire qui a régné dans la commune de Cailleville du mois de janvier au mois de juin dernier (commis. des épidémies); 2° un mémoire de M. le docteur Jeurre, médecin à Suippes (Marne), sur l'épidémie de choléra dont cette commune a été atteinte en 1849 (commis. du choléra); 3° un rapport rédigé par M. le docteur Montanari, médecin vaccinateur du canton de Guissac (Gard), et contenant des renseignements sur une épidémie variolique dont la commune de Cannes a été atteinte pendant le mois de juin dernier (commis. de vaccine); 4° une demande de communication d'analyse des eaux minérales de la Corse (Pietropola) faite en 1846 (commiss. des eaux minérales); 5° rappel au sujet de l'analyse d'une eau de la Lys, près Courtray, apportée de Belgique par M. Moreau (même commis.);

2° Les états de vaccination du département de la Haute-Marne, de l'Hérault et de l'Yonne (commis. de vaccine).

—M. Chevallier, médecin inspecteur des eaux de Bagnols, transmet le tableau imprimé de la source thermale de Bagnols-les-Bains (Lozère), conformément aux instructions de l'Académie. (Commis. de l'annuaire.)

— M. Blaud (de Beaucaire) adresse une lettre dans laquelle il se plaint du rejet qui a été fait par l'Académie de sa demande d'insertion dans le Bulletin de ses pilules antichlorotiques. Entre autres considérations qu'il présente à cette occasion, M. Blaud combat comme une erreur capitale l'opinion émise par l'Académie que les pilules s'altèrent avec le temps et ne peuvent par conséquent constituer un médicament officinal. Pour convaincre l'Académie que ses pilules, lorsqu'elles sont bien préparées, sont inaltérables, M. Blaud envoie un échantillon de ces pilules, faites il y a neuf mois, et qui ont conservé toute leur pureté.

— M. Macario, docteur en médecine de la Faculté de Paris, ex-député au parlement sarde, envoie une topographie médicale du canton de Sancergnes (Cher). (Commis. de topographie).

— M. Delfraysse, de Cahors (Lot), adresse une lettre sur la vaccine, dans laquelle il dit que, depuis que les propriétés prophylactiques du virus vaccin ont été mises en doute, sa pratique lui a fourni quelques observations qui tendent à élucider cette question. L'expérience m'a convaincu, dit-il, que le fluide vaccin est le préservatif infaillible de la variole dans tous les cas où les boutons sont assez multipliés pour produire une certaine réaction et qu'il manque assez souvent son effet si cette réaction est trop faible et surtout si elle n'a pas lieu. I

propose en conséquence au lieu de pratiquer trois ou quatre piqûres à chaque bras, comme on le fait généralement, d'en pratiquer de vingt-cinq à trente sur les diverses parties du corps. Il affirme que tous les enfants qu'il a soumis à ce mode de vaccination ont pu braver ensuite impunément l'infection variolique dans tout ce qu'elle peut avoir de plus actif et de plus dangereux sans contracter une seule fois la maladie.

— M. Le Président informe l'Académie qu'une députation, à laquelle s'est adjoint le bureau, a assisté en son nom aux funérailles de M. Fouquier. M. Piorry aporté la parole au nom de l'Académie.

M. Piorry est invité à lire son discours. Cette lecture est accueillie par de nombreuses marques d'adhésion.

Remèdes secrets.

M. Gaultier de Claubry lit, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, une série de rapports officiels relatifs à des demandes de brevets d'invention pour divers remèdes.

M. le rapporteur conclut qu'il n'y a lieu d'accorder à aucun des demandeurs le bénéfice de l'application du décret de 1810. (Adopté.)

Le même rapporteur lit, au nom de la même commission, deux rapports sur des demandes relatives à l'application du décret du 3 mai 1850; la première, par M. L'Échelle, pharmacien à Paris, pour deux formules, qu'il a désignées sous les noms d'hémostatique et de nevrosine L'Échelle; la deuxième par M. le docteur Aimé Grimaud, pour deux composés qu'il propose comme succédanés du sulfate de quinine, le sulfate de strychnine et le sulfate de brucine.

M. le rapporteur propose également de répondre au ministre qu'il n'y a pas lieu d'appliquer à ces deux demandes le bénéfice du décret du 3 mai 1850. (Adopté).

Fonctions du bulbe de l'urètre.

M. Guérin (de Vannes), chirurgien du bureau central, donne lecture d'un mémoire dont nous extrayons les passages suivans:

Dans une note précédente, j'ai décrit une valvule située sur la paroi supérieure du canal de l'urètre, derrière la fosse naviculaire, et j'ai établi qu'elle constitue un état normal qui avait été pris à tort par les urologistes pour une lésion pathologique.

La découverte de cette valvule, regardée par M. Serres comme l'analogue de l'hymen de la femme, ayant fixé mon attention sur les fonctions de la portion spongieuse du canal de l'urètre, je n'ai pas tardé à trouver insuffisante l'explication donnée jusqu'à ce jour du mécanisme de l'excrétion de l'urine, et à me demander quelles pouvaient être les fonctions du bulbe de l'urètre.

Puisqu'il appartient au canal de l'urètre, le bulbe doit avoir une destination relative à l'excrétion de l'urine.

Voilà, me dis-je, un organe auquel les physiologistes n'ont attribué aucune fonction; d'un autre côté, ils n'ont pas trouvé d'explication suffisante de l'impulsion de l'urine abandonnée dans la portion spongieuse de l'urètre; ne serait-ce pas à cette excrétion qu'est destiné le bulbe urétral?

Je commençai alors à examiner ce qui se passe chez un homme qui, comme on le dit assez vulgairement, donne le dernier coup de piston pour chasser les dernières gouttes d'urine contenues dans le canal de l'urètre, je vis aussitôt que les parois de ce canal se gonflent en ce moment et que le gland subit un mouvement de propulsion en avant, qu'il est impossible de ne pas reconnaître. Je constatai aussi que ce phénomène est d'autant plus sensible que la contraction du muscle bulbo-caverneux a été plus vive et qu'en outre la turgescence des parois de l'urètre et du gland est consécutive et liée intimement à la contraction de ce muscle.

Mais comment le muscle bulbo-caverneux peut-il avoir une pareille influence sur le gland et sur les parois du canal de l'urètre? Voilà ce qui a échappé aux physiologistes, quoique bien simple assurément: lorsque le muscle bulbo-caverneux entre en contraction, il presse le bulbe et tend à l'aplatir sur les corps caverneux, où naît une impulsion du bulbe vers le gland, qui pousse l'ondée sanguine en ce sens, et détermine la turgescence signalée plus haut.

Cette propulsion du sang accumulé dans le bulbe étant admise, il est clair qu'elle tendra à rapprocher la paroi inférieure du canal de l'urètre de sa paroi supérieure, et que le liquide contenu dans la paroi spongieuse sera ainsi lancé plus ou moins loin à l'extérieur.

Si cette théorie est vraie, le muscle bulbo-caverneux reste bien, comme par le passé, un accélérateur de l'urine; mais lorsque ce liquide, arrivé dans la partie antérieure du canal de l'urètre, ne subit plus l'influence des contractions de la vessie et des parois abdominales, il ne peut plus être expulsé par le muscle bulbo-caverneux qu'à la condition qu'une colonne sanguine placée au-dessous de ce muscle viendra presser l'urine d'arrière en avant tout le long de cette portion du canal qui est dépourvue d'appareil musculaire.

Ainsi, pour que l'action du muscle bulbo-caverneux s'exerce sur l'excrétion de l'urine, il faut un intermédiaire qui est le bulbe urétral, réservoir sanguin d'où le sang est expulsé vers le gland toutes les fois que le muscle accélérateur de l'urine entre en contraction.

Une pareille opinion sur le rôle du sang dans l'excrétion de l'urine était trop neuve pour qu'elle n'eût pas besoin d'être démontrée expérimentalement; aussi n'ai-je voulu en entretenir l'Académie qu'après avoir fait l'expérience suivante qui, je l'espère, est de nature à satisfaire les esprits les plus exigeants.

Ayant ouvert la vessie d'un cadavre, j'y introduisis la canule d'une seringue par laquelle j'injectai une grande quantité d'eau qui bientôt commença à s'écouler par le méat urinaire; et ayant incisé le bulbe, je fixai dans une ouverture une petite canule au moyen d'une suture entortillée, et je pus injecter du liquide dans le tissu caverneux du canal de l'urètre.

Je constatai alors que le jet de l'eau poussée par la seringue de la vessie était manifestement accéléré, chaque fois que je poussais le piston de la seringue adaptée au bulbe.

Puis ayant cessé d'injecter avec la première seringue, je vis que l'injection faite alors dans le bulbe expulsait au dehors et avec assez de force le liquide resté dans le canal de l'urètre.

Cette expérience, répétée six ou huit fois, m'ayant toujours donné le même résultat, il n'y a plus pour moi de doute possible sur les fonction du bulbe; *c'est un annexe du canal de l'urètre destiné à l'excrétion de l'urine contenue dans la partie de ce canal qui est au devant de la portion membraneuse*, et ce n'est que par cet organe que le muscle bulbo-caverneux est *accélérateur* de l'intermédiaire de l'urine.

La découverte des fonctions du bulbe de l'urètre et du sang qui remplit les mailles du tissu caverneux urétral, donne l'explication de plus d'un phénomène incompris jusqu'ici.

Ainsi, par exemple, tous les chirurgiens ont remarqué que le gland du pénis se gonfle et devient turgide chez les hommes qui font de vains efforts pour uriner, sans qu'on ait pu jusqu'à ce jour donner de ce fait une explication satisfaisante. On était porté à croire que cette turgescence du gland devait être comparée à l'état de plénitude où se trouve l'ensemble du système veineux lorsqu'un effort quelconque entrave l'aspiration du sang des veines par les organes thoraciques.

On pouvait encore l'attribuer à une irritation sympathique.

Voici, je crois, comment on peut expliquer ce phénomène:

Sous l'influence de l'irritation de la membrane muqueuse urétrale, le muscle bulbo-caverneux se contracte, et pressant le bulbe, il pousse le sang vers le gland et l'y maintient, tant que dure sa contraction.

Voici une autre application du fait physiologique que je viens de signaler à l'Académie: tout le monde sait que, dans les rétrécissements avec inflammation chronique de la membrane muqueuse urétrale, les malades, lorsqu'ils pissent, laissent tomber dans leur culotte quelques gouttes d'urine, qui séjournent dans le canal de l'urètre tant que la verge est dans une position horizontale. Eh bien! l'explication de ce fait nous semble une conséquence naturelle de ce que nous avons dit plus haut. N'est-il pas évident, en effet, que la membrane muqueuse, venant à s'épaissir et à s'indurer, offre une résistance insurmontable à la pression par laquelle le sang du bulbe tend à mettre en contact les deux parois opposées du canal de l'urètre!

(Comm.: MM. Bérard et Ségalas.)

La séance est levée à quatre heures et demie.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité théorique et analytique du choléra-morbus (épidémie de 1849); par MM. Briquet et A. Mignot. — Paris, chez Victor Masson, 17, place de l'École-de-Médecine. — 1850.

Nous devons commencer par préciser l'objet de ce travail. La parenthèse ouverte dans le titre pourrait donner à penser qu'il s'agit réellement d'une description historique de l'épidémie de 1849. Il n'en est rien. Les auteurs n'ont entendu s'occuper que d'une histoire *nosologique* du choléra-morbus, et l'indication placée entre parenthèse signifie seulement que les matériaux de cette histoire ont été empruntés exclusivement à l'épidémie de 1849. La différence des deux points de vue est facile à saisir. Une épidémie de quelque nature qu'elle soit a, en tant qu'épidémie, des caractères spéciaux, indépendants, pour la plupart, de la forme morbide sous laquelle elle se manifeste. Elle reconnaît telle ou telle origine, commune à un grand nombre d'individus, et souvent éloignée du lieu où porte actuellement l'observation; elle a une marche propre, se dirigeant dans un sens ou dans un autre, ici concentrée en foyers, là plus uniforme dans ses ravages, faisant un jour peu de progrès, le lendemain se déchaînant avec fureur, etc. De plus, la forme morbide elle-même se modifie pendant la durée de l'épidémie: bilieuse au début, par exemple, ou ataxique, ou adynamique, elle devient plus tard dyssentérique ou inflammatoire. Sous ces différents rapports et sous beaucoup d'autres, la dernière épidémie de choléra-morbus peut offrir la matière d'un beau travail, et il y aurait même à le réaliser une sorte d'à-propos, en ce qu'il donnerait un pendant à ce large et fidèle tableau de l'épidémie de 1832 qu'on doit à M. Tardieu, et fournirait infailliblement à la comparaison des éléments curieux et instructifs. Or ce n'est pas ce que se sont proposé MM. Briquet et Mignot. Ils n'ont étendu leur étude ni aux diverses parties du monde, ni à la France, ni même à la ville de Paris; confinés dans les murs de la Charité, ils se sont appliqués à surprendre le mal à son apparition dans les salles, à le suivre

dans son expansion, à saisir les causes susceptibles de le faire naître chez l'individu ou de le propager parmi les habitants du lieu, à discerner ses caractères anatomiques et symptomatologiques, à expérimenter ses différents modes de traitement, et c'est uniquement le résultat de ces recherches qu'ils ont consigné dans leur ouvrage.

Composée dans ces conditions et avec ces matériaux, une histoire du choléra-morbus a ceci de particulier qu'elle ne résume complétement ni les caractères du choléra-morbus considéré nosologiquement, ni ceux de la dernière épidémie considérés historiquement, bien qu'elle touche à la fois, quoique inégalement, aux uns et aux autres. Cette remarque n'implique en soi aucun blâme à l'adresse des honorables auteurs du TRAITÉ DU CHOLÉRA-MORBUS; chacun est libre de circonscrire à sa guise le champ de son observation. Mais nous croyons qu'ils se trompent et en même temps placent la science dans une position inacceptable, quand ils laissent entendre (p. 12) que l'observation restreinte peut suffire à l'histoire d'une maladie par la raison que *la nature n'a pas de caprices*. Non, certes, la nature n'a pas de caprices dans le sens vulgaire du mot; chacun de ses actes est réglé par une force ou une combinaison de forces déterminées; mais le malheur est que les forces et la loi de leur action nous sont inconnues; en sorte que si l'on ne doit pas s'attendre à des caprices de la part de la nature, nul, du moins, ne peut assigner de terme à la variété infinie de ses manifestations. Rien donc ne garantit à l'observation la répétition exacte des mêmes résultats dans tous les temps et dans tous les pays; et nous ajoutons qu'au nombre des sujets d'étude les plus mobiles, les plus féconds en surprises, il faut compter les épidémies. On trouverait dans l'ouvrage même de MM. Briquet et Mignot la preuve de ce que nous avançons. C'est en vain, par exemple, qu'on y chercherait une distinction complète de ces formes diverses de choléra que la GAZETTE MÉDICALE, à l'époque de l'épidémie, a essayé de décrire au moyen de documents empruntés à tous les hôpitaux et à la pratique civile, non plus que le tableau suffisamment caractérisé de ces transformations successives de la maladie que nous avons également signalées. Les quelques lignes consacrées à ce côté de la question (p. 639), et où il est tenu plus compte de la gravité et de la durée de l'affection que de ses transformations proprement dites, satisferaient difficilement un esprit un peu exigeant.

Nous ne poussons pas plus loin ces remarques, notre tâche étant moins de nous occuper de ce qui n'est pas dans le livre de MM. Briquet et Mignot que de ce qui s'y trouve.

Notre premier besoin, en abordant la partie substantielle de ce livre, est de rendre justice à la sévérité d'observation, à la sincérité d'appréciation dont il est empreint d'un bout à l'autre. C'est un ensemble solide de faits, dont le seul exposé, simple, bref, dégagé de préoccupations, atteste l'exactitude, et qui seraient toujours pour la science une précieuse acquisition, alors même qu'on n'adopterait pas toutes les déductions qui en ont été tirées. Les auteurs traitent successivement de l'étiologie du choléra-morbus épidémique; du choléra-morbus en général; de chaque période en particulier (invasion, accroissement, état et terminaison); de la convalescence; de l'influence des maladies antérieures sur la marche du choléra, et réciproquement, de l'influence du choléra sur la marche de ces maladies; de l'anatomie pathologique; de la nature du choléra; du diagnostic; du pronostic; du traitement. Sur presque tous ces points, ils ont enrichi la science de données nouvelles ou de nouveaux aperçus.

Une des premières questions qui se présentaient au chapitre de l'*étiologie* était celle de la contagion. Voici ce que répondent les faits observés à l'hôpital de la Charité. Cet hôpital ne se compose, en somme, que de deux grandes salles à plusieurs divisions, qui toutes communiquent entre elles sans séparation aucune. L'une, destinée aux hommes, est située au premier étage; l'autre, qui reçoit les femmes, forme le second étage. Dans chacune d'elles, un simple vitrage établit la limite entre le service de médecine et le service de chirurgie. Le 9 mars, on apporta dans la salle Saint-Vincent (femmes) le premier sujet atteint de choléra, lequel mourut le 19 du même mois. Cinq jours après l'entrée de cette cholérique, le 14 mars, arriva dans la salle Saint-Ferdinand (hommes), située exactement au-dessous de la salle Saint-Vincent, un jeune homme affecté d'un choléra léger, dont il guérit assez rapidement. Voilà donc, si l'affection est contagieuse, deux germes de reproduction placés, l'un à l'étage des femmes, l'autre à l'étage des hommes. Que va-t-il arriver? Le 15 mars, dans la partie de la salle Sainte-Marthe qui communique largement avec la salle Saint-Vincent (où se trouvait encore la première malade), une femme, entrée depuis trois jours à l'hôpital pour une légère métrite, fut prise brusquement, vers le milieu de la journée, d'abord de diarrhée, puis bientôt d'accidents cholériques graves auxquels elle succomba en vingt-quatre heures. Le lendemain, dans la nuit, un second cas se déclara dans la salle de chirurgie qui s'ouvre sur la salle Sainte-Marthe. La nuit suivante, un troisième cas dans la même salle, à quelques lits de la précédente. Le 18 mars, à deux heures de l'après-midi, un choléra foudroyant éclate dans la salle de chirurgie qui confine à une des extrémités de la salle Saint-Ferdinand, où était couché le cholérique entré le 14. Une heure après, second cas dans la salle Saint-Félix, qui communique avec l'autre extrémité de cette même salle Saint-Ferdinand. Jusque-là, on le voit, la propagation avait eu lieu, d'abord à l'étage des femmes, où avait été déposé le premier sujet cholérique, puis à l'étage des hommes, où le second cholérique était entré quelques jours plus tard. A partir de ce moment, les attaques se succèdent tantôt au premier, tantôt au second étage. Ainsi, ce même jour, 18 mars, à six heures du soir, attaque grave dans la salle Saint-Joseph (femmes), voisine de la salle Saint-Vincent. A huit heures, autre attaque dans la salle de chirurgie (Sainte-Catherine), communiquant avec la salle Saint-Joseph. Enfin, dans le cours de la nuit, une jeune sœur novice, qui veillait dans ces mêmes salles, tombe comme foudroyée par la maladie. Ultérieurement, l'adjonction de malades venus du dehors ne permit plus de suivre la propagation de l'épidémie.

« Ainsi donc, ajoutent les auteurs, du 15 au 19 mars, il s'est produit huit cas de choléra, dont six suivis de mort, lesquels se sont successivement développés dans la partie très-limitée de l'hôpital où avaient été déposés les deux premiers cholériques et dans les salles qui se trouvent avec elles en communication très-immédiate. » Et ils ont soin de faire remarquer, à plusieurs reprises, que cette partie de l'hôpital est précisément la mieux ventilée, la plus éclairée et celle où les lits sont le plus espacés. Pendant ces quatre jours, le service de M. Rayer, celui de M. Briquet et les deux cliniques de médecine, placés dans de moins bonnes conditions hygiéniques, « mais plus éloignés des deux points de départ de l'invasion, » ont été épargnés.

Tels sont les faits matériels. Les auteurs y voient la preuve d'une propagation par voie contagieuse. Cette signification a été contestée dans quelques publications. A cet égard, il faut dire que les critiques ne se sont pas toujours représenté avec une parfaite exactitude la filiation des cas, et de plus se sont contentés de signaler la liberté des communications établies entre les salles qui avaient reçu les premiers cholériques et celles qui ont été épargnées, sans tenir compte d'une circonstance assez importante, sur laquelle nous nous en rapportons à l'exactitude et à la bonne foi des auteurs, à savoir l'éloignement relatif des salles où les foyers primitifs n'ont pas rayonné. Mais tels qu'on vient de les voir, les faits rapportés par MM. Briquet et Mignot, s'ils ne sont pas absolument décisifs, si, recueillis dans une localité étroite qu'une atmosphère cholérique commençait à envelopper, ils n'ont pas la même valeur qu'auraient des exemples d'importation à grande distance, ces faits, disons-nous, sont encore assez significatifs pour mériter d'être pris en sérieuse considération. Aussi bien, l'hôpital de la Charité ne renfermait pas de cholériques avant qu'il en fût venu du dehors. Les cas qui ont suivi l'entrée d'un malade de chaque sexe se sont développés dans leur voisinage; la femme est entrée la première, et c'est dans le service des femmes que se montrent les trois premiers cas de l'intérieur. L'homme vient ensuite, et quelques jours après le choléra fait son apparition dans la salle des hommes.

A ces faits positifs, individuels, sur lesquels surtout ils appuient leur opinion, les auteurs en ajoutent de plus généraux, propres à corroborer les premiers. Ainsi, dans les premiers temps de l'épidémie, le nombre des malades atteints dans les salles était plus grand que celui des malades reçus du dehors, bien que la population qui fournissait les premiers fût très-inférieure à celle qui envoyait les seconds. Influence de l'hôpital, va-t-on dire. C'est l'interprétation accoutumée. Mais voici un autre fait qui s'en arrangerait moins. Le nombre des cas développés à l'hôpital, arrivé à un certain chiffre, n'a plus augmenté, bien que l'épidémie fût à son maximum d'intensité dans la ville. A mesure qu'il se chargeait de principes délétères, l'air du dehors ne se mêlait donc pas à celui de l'hôpital? La Charité restait donc fermée à l'influence épidémique? Mais alors pourquoi vouloir imputer à celle-ci l'envahissement de l'hôpital? Les auteurs signalent encore la fréquence des cas développés dans les salles de médecine qui recevaient les malades du dehors (un septième de la population), et la rareté des cas analogues (un quinzième) dans les salles de chirurgie. Il est bien vrai, et c'est encore une objection que nous avons lue quelque part, que l'entrée de la première cholérique dans une salle de médecine a été suivie de deux cas successifs dans une salle de chirurgie un peu éloignée; mais on a oublié qu'entre le premier cas et les deux autres se plaçait un quatrième, développé dans une salle de médecine (Sainte-Marthe), qui s'ouvrait précisément sur la salle de chirurgie.

Tous ces faits et plusieurs autres que le défaut d'espace nous empêche de relever ont une signification que nous ne voulons ni exagérer ni affaiblir; nous ne prétendons pas qu'ils suffisent, dans leur isolement, à résoudre la grande et difficile question de la contagion du choléra. On conçoit aisément que ceux qui ont pris parti contre la contagion trouvent moyen de les interpréter autrement que nous, et l'*influence épidémique* et l'*atmosphère des hôpitaux* sont pour cela de précieux arguments. Mais ceux à qui l'expérience et le raisonnement ont imposé une conviction différente les voient

naturellement sous un autre jour, et il suffit que ces faits s'accordent avec l'hypothèse de la contagion autant et plus qu'avec celle de tout autre mode de propagation, pour qu'on ne les livre pas, comme une proie, au septicisme des anticontagionistes.

Au chapitre qui concerne la période d'invasion, les auteurs recherchent dans quelles proportions les symptômes caractéristiques s'annoncent par des phénomènes précurseurs. Sur 200 malades, 12 seulement n'ont pu donner des renseignements suffisants sur le début de la maladie. Parmi les 188 autres, il s'en est trouvé 45 chez lesquels le choléra a débuté avec une telle violence que, dans l'espace d'une demi-heure à une heure, ont apparu les vertiges, la titubation, les vomissements, la diarrhée, la décomposition des traits de la face, la chute du pouls, le refroidissement du corps, etc. Restent donc 143 cas où le choléra confirmé a été constamment précédé d'une diarrhée plus ou moins prononcée. Celte proportion, quoique considérable, est pourtant inférieure à celle que l'observation avait donnée soit à nous-même soit à des praticiens expérimentés; mais nous ne pouvons nous abstenir de faire remarquer que peut-être les investigations de MM. Briquet et Mignot sous ce point de vue ont porté l'empreinte d'un sentiment, suivant nous trop faible, de l'importance de cette constatation. On doit regretter aussi qu'ils n'aient pas mieux indiqué l'origine historique de la question.

On possède déjà un assez grand nombre d'analyses du sang chez les cholériques ; celles qui se rapportent à l'épidémie de 1849 s'accordent assez bien entre elles, mais contredisent formellement certaines opinions émises après l'épidémie de 1832. On croyait alors que la fibrine et l'albumine diminuaient dans le sang en même temps que les sels alcalins. Aujourd'hui, au contraire, on admet généralement que la proportion de la fibrine, de l'albumine, des globules, s'élève loin de s'abaisser, résultat que rendait d'ailleurs fort probable le départ d'une grande quantité d'eau par les selles. MM. Briquet et Mignot ont aussi fait, avant, pendant et après la réaction, quelques expériences dont il est fâcheux qu'ils n'aient pas rapproché les résultats de ceux d'autres expérimentateurs, tels que Garrod, Corenswinder et autres. Eux aussi ont trouvé la fibrine et l'albumine augmentées de proportion, et l'eau notablement diminuée. Quant aux globules, leur quantité était moindre de moitié dans un cas; dans 4 cas elle était d'un centième au-dessous du chiffre normal et dans 3 cas d'un centième au-dessus. La proportion de sels était augmentée, comme dans les analyses de M. Garrod (Gaz. Méd., 1850, p. 326).

Nous dirons enfin quelques mots du traitement. Si la Gazette Médicale n'avait pas si souvent traité cette question capitale avec le soin et l'étendue qu'elle comporte, nous aurions plus d'une observation à présenter au sujet de la méthode thérapeutique préconisée par MM. Briquet et Mignot. Ces honorables confrères regardent l'opium comme un *spécifique* dans la *période d'invasion*, par conséquent à une époque où le caractère de la maladie est déjà bien accentué. Néanmoins l'indication qui leur paraît capitale dans le choléra confirmé est de ranimer l'activité vitale à l'aide des stimulants, et, parmi les moyens propres à développer la réaction, ils comptent l'ipécacuanha. C'est, si l'on se rappelle, exactement la même méthode que celle qui a été préconisée par plusieurs praticiens lors de la discussion qui a eu lieu à l'Académie de médecine de Belgique. Nous nous sommes, à cette occasion, expliqué en toute franchise. Nous trouvons singulier que du moment où, comme les auteurs, on attribue le choléra à un miasme, à une *matière ténue* absorbée par l'économie, on ne se hâte pas tout d'abord de chasser cette matière par les évacuants. Et nous ne nous expliquons pas davantage que, regardant ce principe délétère comme susceptible *d'opprimer le système nerveux et par suite les autres systèmes* et de déterminer ainsi des congestions passives, principalement dans les centres nerveux (p. 277 et 278), on l'attaque par la substance la plus propre à opprimer, à congestionner le cerveau, c'est-à-dire par l'opium. Heureusement nous pouvons souscrire au traitement appliqué par les auteurs à la période algide et où l'ipécacuanha et les stimulants jouent le principal rôle, bien qu'on pût faire quelque réserve au sujet du mode d'action, un peu trop restreint suivant nous, qu'ils attribuent à l'ipécacuanha.

Nous sommes forcé de négliger des parties importantes du Traité du choléra-morbus. Les auteurs porteront en ceci la peine d'un de leurs mérites, celui d'avoir condensé les faits de manière à exposer à une interminable longueur une analyse qui voudrait être complète.

A. Dechambre.

VARIÉTÉS.

— Nécrologie. — M. le docteur Audiganne, qui vient de mourir à Saumur à la suite d'un déplorable accident, avait écrit un mémoire fort remarquable sur la fièvre typhoïde chez l'enfant. Il avait publié un tableau des maladies du cœur et commencé la publication d'un ouvrage original qui devait avoir 3 vol., et qui était intitulé : De la science des indications et de l'étude des agents médicamenteux au point de vue de la médecine pratique. La 1re livraison, qui a seule paru, comprend une partie des agents médicamenteux altérants. Le plan et la pensée de l'ouvrage sont tracés dans une introduction philosophique qui atteste à la fois et les connaissances pratiques de l'auteur, et l'étendue de son érudition médicale et le caractère vif et élevé de son esprit. Membre du comité d'hygiène de l'arrondissement de Saumur, M. le docteur Audiganne a présenté à ce conseil plusieurs communications importantes, et notamment un mémoire sur la ville de Saumur au point de vue de la salubrité publique et de la médecine locale.

M. Audiganne est mort le 20 septembre 1850, à l'âge de 34 ans. Il était né à Ancenis (Loire-Inférieure). Il avait fait ses humanités au collège de cette ville et ses études médicales à la Faculté de Paris. Pendant plusieurs années, il avait exercé la médecine à Paris; mais après son mariage, des raisons d'intérêt privé l'avaient engagé à fixer sa résidence au milieu de la famille de sa femme, à Saumur, où il s'était acquis rapidement une position médicale extrêmement honorée.

Voici les circonstances qui ont accompagné la mort de cet homme distingué. Il a été renversé, le 12 septembre, sur la grande route, à un kilomètre de Saumur, par un jeune cheval de trois ans et demi, qu'il avait acheté deux jours auparavant. On rapporta chez lui le docteur Audiganne sans connaissance et en proie à une vive exaltation. Tous ses confrères de la ville et de l'école de cavalerie de Saumur lui prodiguèrent dès le principe et pendant les huit jours que dura sa maladie, les soins les plus assidus, les plus éclairés et les plus dévoués. Le malade fut pris de délire le lendemain de sa chute, et succomba, le vendredi 20 septembre, après avoir reçu les secours de la religion.

Ses collègues procédèrent, trente-six heures après sa mort, à l'ouverture du crâne du docteur Audiganne. Les lésions constatées par un examen microscopique sont ainsi décrites dans une lettre d'un des médecins qui assistaient à cette opération : « Une large ecchymose sur le sommet de la tête nous a montré clairement que la chute avait eu lieu sur cette région ; le choc transmis à la boîte osseuse qui enferme le cerveau a déterminé une fracture de la portion écailleuse du temporal et d'une partie du pariétal gauche, avec enfoncement dans le cerveau d'une esquille osseuse, laquelle a blessé le lobe cérébral moyen. La cause directe de la mort a été un épanchement sanguin assez considérable qui exerçait sur le lobe cérébral moyen une compression qui avait déprimé de 2 centim. cette partie du cerveau dans l'étendue de 9 centim. Ces remarquables lésions nous ont démontré jusqu'à l'évidence que les ressources chirurgicales étaient au-dessous de l'accident, et que dès le moment de sa chute notre infortuné confrère a été voué à une mort certaine. »

La perte de cet homme de bien a excité à Saumur un regret universel. Tous les médecins qui l'avaient soigné et un public nombreux assistaient à ses funérailles. Par son caractère, par son dévouement à ses devoirs, par son esprit élevé, par ses travaux déjà publiés et par sa vie privée, M. le docteur Audiganne faisait honneur au corps auquel il s'honorait lui-même d'appartenir.

— M. Sédillot refuse la chaire de clinique chirurgicale à l'école d'application de médecine militaire : M. Larrey est appelé à le remplacer. M. Papillon va, dit-on, être nommé chirurgien en chef de l'hôpital du Gros-Caillou ; mais cette dernière nouvelle est moins authentique que la première.

— Le fameux puits artésien, le Schonborn, commencé, en 1822, à Kissingen, ville de la Bavière rhénane, vient enfin d'être terminé. Cet immense travail, dont on commençait à désespérer, a donné des résultats tels qu'on n'en a jamais vus. Kissingen est située dans une vallée saline, à près de 300 mètres au-dessus de la mer Baltique. Au mois de juin 1849, après dix-sept ans de travaux, on était parvenu à une profondeur de 560 mètres; il avait fallu auparavant traverser plusieurs couches de sel séparées par des masses de granit. On rencontra alors une première couche de gaz acide carbonique suivie de nouvelles masses granitiques, et enfin, le 12 de ce mois, une violente détonation renversa, sans blesser personne, l'échafaudage qui masquait l'orifice du puits, et l'on vit presque aussitôt le curieux spectacle d'une colonne d'eau de 12 centimètres de diamètre qui s'élevait avec une force prodigieuse à la hauteur de 30 mètres, s'étendait ensuite de tous côtés comme les branches d'un magnifique palmier, et formait ainsi le jet d'eau le plus extraordinaire qu'on puisse imaginer. L'eau, claire comme du cristal, sort du sol à une température de 66 degrés Farenheit, chargée de 3 1/4 0/0 de sel pur, et donne un volume de 12 mètres cubes par minute; elle est poussée par une atmosphère souterraine de gaz carbonique agissant avec la force de cinquante atmosphères ordinaires.

La profondeur du puits est de 630 mètres.

On calcule que cette source donnera annuellement 3 millions de kilogrammes de sel, ce qui, tous frais déduits, ajoutera 300,000 florins au revenu de la Bavière.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : ÉTIOLOGIE DE LA PHTHISIE PULMONAIRE. — DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DE LA MÊME MALADIE. — AFFECTIONS DU FOIE. — FOETUS DIFFORME.

Il n'y a rien de facile en médecine, rien, surtout dans la recherche étiologique. Déterminer la cause directe, spécifique, d'une maladie, c'est-à-dire la condition sans laquelle la maladie n'existerait pas, c'est le problème le plus ardu que puisse se poser l'observateur, et la preuve, c'est qu'il ne le résout presque jamais. La variété inépuisable, la mystérieuse complication des opérations de l'organisme, non moins que la multiplicité des circonstances susceptibles, si on ne les isole, d'embrouiller le résultat de l'expérience, tout peut devenir une occasion d'incertitude ou un danger d'erreur. Voilà pourquoi nous avons, de temps à autre, à regretter que des observateurs, d'ailleurs bien intentionnés et dont nous sommes loin même de contester le talent, livrent au public, aux académies, les théories les plus inattendues, sans prendre la peine de les appuyer de justifications seulement supportables. Qu'est-ce, par exemple, que la théorie de M. Wanner, sur laquelle M. Piorry a fait mardi dernier un rapport à l'Académie de médecine ? M. Wanner croit avoir mis la main sur la cause de la phthisie pulmonaire, mieux que cela, de la tuberculisation générale. Il affirme que les tubercules résultent de la présence de particules calcaires puisées, soit au dehors, soit dans les humeurs de l'économie, et déposées dans la trame des organes. Et cette opinion (qui du reste appartient originairement au docteur Josswils et a été plusieurs fois développée dans THE MEDICAL TIMES), cette opinion n'est pas nouvelle chez M. Wanner : car, en 1846, si nous nous souvenons bien, il en faisait part déjà à l'Académie des sciences. Comment cependant la prouve-t-il, du moins dans le mémoire analysé par M. Piorry ? Beaucoup d'observateurs croient que des poussières minérales inspirées avec l'air et engagées dans les cavités vésiculaires peuvent y devenir le *noyau* de tubercules. L'étude de l'influence des professions sur la production de la phthisie pulmonaire autorise, en effet, cette manière de voir, quoiqu'elle ne s'appuie pas toujours sur des documents parfaitement démonstratifs. Mais une matière non organisable qui devient le noyau d'un tubercule n'est pas elle-même le tubercule, et il faudrait encore prouver que celui-ci n'a pas d'existence indépendante, susceptible de se manifester sans provocation étrangère ! Mais l'effet produit par une poussière minérale venue du dehors n'implique en aucune façon que la même altération, spontanément développée, procède toujours d'un dépôt de particules semblables, empruntées aux humeurs de l'économie ! Mais un effet local de ce genre n'a rien de commun avec la cachexie tuberculeuse ! Mais il y a d'autres causes bien avérées de phthisie qui ne trouvent pas leur compte à la théorie de M. Wanner, et qu'on ne peut pourtant pas déposséder : par exemple l'humidité, le défaut d'exercice, une aération insuffisante ! Dira-t-on que ces conditions sont de celles qui favorisent le dépôt de principes minéraux dans les tissus ? La preuve ! la preuve ! car c'est toujours là qu'il en faut revenir.

M. Wanner, comme on a vu, ne se borne pas à invoquer la présence de particules minérales ; il précise la nature de ces particules, il affirme qu'elles sont de nature calcaire. C'est sans doute à cause de la présence des sels de chaux dans la matière tuberculeuse ; c'est peut-être aussi préoccupation de théoricien songeant à la grande quantité de sels calcaires contenus dans l'économie. M. Wanner ne se rappelle donc pas que d'autres produits morbides de l'organisme, le pus, par exemple, renferment la même substance minérale ? Pourquoi les phlegmons, les abcès froids, la carie même, ne seraient-ils pas aussi le produit d'un dépôt de sels calcaires ? Quant à cet argument tiré de l'absence de phthisiques dans des parties de la Sologne où le sol est formé, à une grande profondeur, de silice et d'alumine, tandis qu'on en rencontrerait beaucoup dans d'autres parties de la même contrée riches en principes calcaires, nous en avons la même opinion que l'honorable rapporteur. Nous ne pouvons le prendre en considération tant qu'on ne le fondera pas sur des relevés statistiques bien conçus, tant qu'il ne sera tenu aucun compte des autres conditions propres à porter atteinte à la santé des habitants. D'ailleurs, il suffit de sortir un instant de la Sologne et de rapprocher la distribution des phthisiques sur la surface terrestre, de ce qu'on sait de la composition du sol, pour concevoir de violents doutes au sujet de ce classement si régulier des phthisiques de l'Orléanais.

Ce défaut de rigueur dans l'investigation, de persévérance dans la recherche, a nui également à un autre observateur, dont le travail a été, dans la même séance, l'objet d'un rapport de M. Grisolle. Il s'agissait également de la phthisie pulmonaire. M. Gouin, directeur de l'établissement des eaux de Saint-Alban, qui s'est surtout occupé du diagnostic et du traitement de la phthisie, avait cru découvrir un signe stéthoscopique propre à déceler les tubercules commençants. Tout porte à croire, avec M. le rapporteur, qu'il s'était bercé d'une fausse espérance. Il est très-vrai que, chez certains individus en apparence bien portants, qu'on ausculte le matin au lit, avant tout exercice, on entend, principalement en arrière, une légère crépitation qui ne tarde pas à se dissiper. Ce bruit passager, qui semble indiquer la pénétration de l'air dans des cellules tout à l'heure inactives et s'ouvrant maintenant sous l'action des grands mouvements inspiratoires auxquels invite naturellement l'auscultation, ce bruit est-il dû, comme le veut M. le rapporteur, *au déplissement de ces cellules*, ou à l'agitation de mucosités ténues par l'air qui va les chercher pour la première fois aux extrémités de l'arbre respiratoire ? Nous pencherions vers cette dernière explication. Toujours est-il que ce phénomène paraît compatible avec un état parfaitement sain des organes thoraciques, et que, pour y voir le signe d'une phthisie commençante, il faudrait prouver au moins deux choses : la première, que les individus qui ont présenté ce bruit ont fini par avoir une phthisie confirmée ; la seconde, que les individus qui ne le présentent pas sont exempts de tubercules rudimentaires.

Nous n'attachons pas non plus beaucoup d'importance à ce *stéthoscope différentiel* qu'on a vu sur la tribune, accouplement de deux stéthoscopes, destiné à l'auscultation simultanée des deux côtés de la poitrine, et qui, en raison de la longueur et de la flexibilité des tubes, permet, au dire de M. Gouin, d'ausculter le malade dans le bain. Nous tenons d'autant moins à ce dernier avantage, que, d'après les explications données par le rapporteur, le malade ne peut être ausculté *dans le bain* qu'à la condition de mettre sa poitrine hors de l'eau, pour éviter l'introduction du liquide dans le tube. Et pour ce qui concerne la perception simultanée des bruits produits des deux côtés du thorax, nous doutons qu'elle soit plus nette, plus favorable à l'appréciation comparative, que deux perceptions successives et très-rapprochées. Mêler deux bruits ou deux notes de musique pour en mieux saisir la différence, nous paraît un procédé d'un mérite plus que douteux.

Feuilleton.

MISCELLANÉES.

« L'art d'observer, qui n'est que le fondement de la science, est lui-même une très-grande science. » Cette réflexion de Fontenelle est d'une admirable justesse. Que de gens cependant ne paraissent pas bien convaincus d'une pareille vérité. On ne parle que de faits, toujours des faits ; on exige des observations multipliées, on les prodigue, on les accumule ; qu'y a gagné la science ? Pas autant qu'on le croit jusqu'à présent. L'art d'observer est l'art d'écouter la nature et l'art plus difficile encore d'en bien comprendre les réponses. Voilà pourquoi rien de plus rare que des observateurs de bonne vue et de bonne foi, ayant cette profondeur de jugement qui voit vite et qui voit bien. Ceux qui manquent de ces qualités, et ils sont nombreux, tâchent d'y suppléer par des détails infinis, par une multitude de petites choses ; ils se perdent dans la monotonie et la phrase descriptive, en sorte que le lecteur perd toujours de vue l'impression et la valeur des aperçus généraux, ordinairement les plus importants. Peignez à grands traits, le tableau sera parfait, saisissant, si ces traits sont justes, profonds, choisis et expressifs. C'est ce que ne font nullement les observateurs superficiels et à courte vue. Aussi ont-ils écrit, compilé des volumes, ramassé des faits et encore des faits, sans qu'il soit resté une seule idée, une seule opinion, une seule vérité de leurs travaux. Ils croyaient posséder l'*art d'observer*, ils se croyaient peintres, et leur œuvre a prouvé qu'ils n'étaient que de grossiers artisans sans âme et sans génie.

— Voici une chose certaine : la postérité qui pensera à vous, ce qui peut arriver, vous demandera ce que vous avez *laissé*, plutôt que ce que vous avez *été* ; et elle se montrera d'autant plus exigeante que vous aurez eu plus de célébrité.

— Il y a des familles heureuses dans leurs enfants, soit par la fortune de ceux-ci, soit par leur caractère. Un *petit chirurgien* de la ville d'Argentan, nommé Jean Eudes, avait eu de son mariage trois fils qui se distinguèrent dans des carrières bien différentes. L'aîné, Jean Eudes, entra dans la communauté de l'Oratoire, et il fonda la congrégation des *Eudistes*. François, le second, prit le nom de *Mezerai*, et devint, sous ce nom, un historien célèbre. Quant au troisième, habile *accoucheur*, qui ne quitta point son pays, on va voir qu'il ne manquait ni de fermeté, ni d'esprit. Le gouverneur de la province, voulant toucher aux droits de la ville, Charles Eudes, l'accoucheur, s'y opposa. — « Qui donc est cet homme qui me résiste ? » dit le gouverneur. — « Cet homme soutient ce qui est juste et vrai, répondit Charles Eudes, l'accoucheur. Nous sommes trois frères, tous trois adorateurs de la vérité : l'aîné la prêche, le second l'écrit, et moi je la défendrai jusqu'au dernier soupir. » Voilà de fières

Il est enfin une partie du travail de M. Gouin sur lequel nous ne sommes pas autant que M. le rapporteur en mesure de nous prononcer: c'est la partie relative à la thérapeutique. Quelle est l'influence des inspirations d'acide carbonique sur la marche de la phthisie? Autrefois on conseillait l'acide carbonique inspiré, à titre d'antiseptique. M. Gouin lui attribue la faculté d'activer le jeu pulmonaire et de provoquer ainsi la résorption de la matière tuberculeuse, affirmant du reste que la suspension ou la diminution momentanée de l'hématose par la présence de ce gaz asphyxiant n'a aucun danger. La théorie conduirait à en douter, et ce n'eût pas été trop, pour faire taire toute appréhension, d'un exposé de faits détaillés et concluants; mais c'est précisément ce qui paraît manquer dans le travail de M. Gouin Ceux qu'il a invoqués, et dont quelques-uns prétendaient mettre sous les yeux des cicatrices de tubercules, ont été contrôlés par le rapporteur d'une manière qui ne leur a été aucunement favorable. Cette partie du rapport, en tant qu'adaptée rigoureusement au point de vue du mémoire, a été remarquable par une analyse ferme et une interprétation judicieuse de tous les éléments du diagnostic. En l'écoutant, néanmoins, nous ne pouvions nous défendre d'une impression que nous demandons la liberté d'exprimer en toute franchise. Une question aussi élevée que celle du traitement de la phthisie pulmonaire devrait-elle être ainsi limitée à l'étroite considération d'une médication locale? La science n'en est plus à regarder la phthisie comme une simple altération du parenchyme pulmonaire; elle voit dans cette altération une émanation particulière d'une diathese générale, et c'est une doctrine partagée d'ailleurs par M. Grisolle. Dès lors n'eût-il pas été à propos de signaler le vice de ces expérimentations partielles et arbitraires, dans lesquelles on veut tout simplement résoudre un problème dont on a retranché les termes principaux, et de rappeler les vrais principes d'une thérapeutique large et vraiment rationnelle? Nous ne disons pas que l'examen ne doive pas s'attaquer directement aux vues qui viennent le provoquer devant l'Académie; une opinion, une prétention se manifestent; il faut avant tout les prendre telles quelles et les peser. Mais après avoir dit en quoi elles pèchent et doivent être rejetées, rien n'empêche de dire par quoi il serait bon de les remplacer; c'est peut-être parce que l'Académie a trop d'occasions d'en agir ainsi qu'elle n'en profite presque jamais.

A la fin de la séance, M. Monneret a lu, sur les hémorrhagies et les fièvres considérées dans leurs rapports avec les maladies du foie, la première partie d'un travail dont nous n'apercevons pas encore bien le sens et la portée scientifiques. Nous y reviendrons plus tard s'il y a lieu. — M. Depaul a présenté un fœtus atteint de difformités multiples qui lui ont paru, après une première inspection, devoir être rapportées à un rachitisme. Comme il doit se livrer à une dissection attentive du sujet et faire part du résultat à la prochaine séance, nous attendrons ce moment pour examiner s'il s'agit en effet d'un rachitisme, ou si les déformations des membres ne sont pas plutôt l'effet de rétractions musculaires consécutives à une altération des centres nerveux.

A. Dechambre.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Note sur une nouvelle variété d'oblitération des voies spermatiques; communiquée à la Société de biologie le 5 juillet 1850, par L. Gosselin, chef des travaux anatomiques à la Faculté de médecine de Paris, etc.

Dans le travail que j'ai communiqué à l'Académie de médecine le 29 juin 1847, et que j'ai plus tard inséré dans les Archives (4e série, t. XIV), j'ai appelé l'attention des anatomistes et des pathologistes sur une altération peu soupçonnée pendant la vie des sujets qui la portent, c'est une oblitération interceptant la communication entre l'organe sécréteur du sperme et son réservoir.

J'ai donné la description d'une première variété consistant dans une oblitération complète du canal déférent à une certaine distance de la queue de l'épididyme, et j'ai rappelé un fait analogue cité par Brugnone. Le cas intéressant que M. le docteur Duplay a communiqué depuis à la Société de biologie, et dont la Gazette Médicale du 22 juin dernier, a rendu compte, se rapporte à cette variété. Ce cas différait du mien et de celui de Brugnone, en ce que les deux canaux déférents, et non point un seul, étaient oblitérés.

J'ai montré ensuite qu'une seconde variété consistait en une oblitération, soit temporaire, soit permanente, au niveau de la queue de l'épididyme.

Ces deux sortes d'oblitérations sont remarquables par la persistance du testicule avec son volume ordinaire, et la conservation des dimensions naturelles de la vésicule séminale, bien qu'il n'y arrive pas de sperme, et qu'elle ne contienne pas d'autre liquide que celui qu'elle sécrète elle-même.

Une troisième variété est due à l'oblitération d'un ou de plusieurs des canaux efférents, c'est-à-dire de ces conduits qui, placés entre le testicule et la tête de l'épididyme apportent le sperme dans ce dernier, et donnent naissance au canal qui le constitue, en se réunissant successivement les uns aux autres.

La nouvelle variété sur laquelle j'appelle aujourd'hui l'attention occupe encore la tête de l'extrémité antérieure de l'épididyme; elle consiste en une oblitération et même une disparition complète, non pas de quelques vaisseaux efférents, comme dans le cas précédent, mais bien de tous à la fois, en sorte que la communication entre le testicule et les voies excrétoires se trouve entièrement interceptée, comme dans les deux premières variétés. Cette oblitération sur la pièce où je l'ai constatée est d'autant plus intéressante qu'elle y avait été amenée par une autre affection, par un de ces kystes de l'épididyme qui ont été de ma part l'objet de quelques recherches nouvelles.

Voici ce fait:

Obs. — Un sujet de 40 à 45 ans, apporté ces jours derniers dans nos amphithéâtres d'anatomie, portait au côté droit du scrotum une tumeur assez volumineuse, fluctuante, qui pouvait au premier abord être prise pour une hydrocèle ordinaire; cependant MM. Richard et Verneuil, prosecteurs de la Faculté, ne tardèrent pas à reconnaître que le testicule était distinct de la tumeur, et ne se

---

et belles paroles. Espérons que nous, la postérité de Charles Eudes, nous partageons ses principes, même dans les temps difficiles où nous vivons.

— Le désir de se distinguer, de contribuer au progrès, est souvent stérile par trop de hâte, par trop d'activité. La vérité veut qu'on la cherche, mais qu'on l'attende, qu'on aille au-devant d'elle sans la dépasser.

— En médecine, des conjectures hardies, pénétrantes, ingénieuses, ne sont pas des preuves, mais elles tendent à devenir telles; alors elles changent de nom; mais comptez ceux qui font de pareilles conjectures.

— Pour le médecin à vues élevées, l'idéal le plus désirable, celui qu'il faut poursuivre éternellement, c'est le *vrai*. Ce qui le caractérise d'ailleurs est tellement évident que, quand on l'a atteint, on peut hardiment crier *euréka*, je l'ai trouvé.

— On part toujours de l'amour-propre excessif des auteurs et des artistes; mais sans cet amour-propre qui donc voudrait sortir de la foule, qui donc voudrait se condamner à de rudes labeurs, à de continuels ennuis, braver la critique, l'envie ou l'indifférence? Convenons pourtant qu'il est des auteurs qui, pour avoir publié un méchant ouvrage, pour avoir écrit une petite dissertation, un mémoire insignifiant, ou quelques articles de journaux, se placent *in petto* à une hauteur incommensurable. Pour les guérir de leur infatuation, il ne leur faudrait qu'une chose, entendre ce qu'on dit de leur œuvre en leur absence. Quel mécompte, quel supplice pour cet irritable amour-propre! Je rapporterai à ce sujet ce que racontait un mauvais fabuliste de l'antiquité. Le dieu Mercure s'avisa un jour de quitter l'Olympe, puis, sous un travestissement, il marchanda dans la boutique d'un sculpteur un Jupiter, une Junon et quelques autres dieux moyens. — Et venant à sa propre statue, il demanda aussi de quel prix elle était. — Oh! lui dit l'artiste, achetez seulement une des autres, et je vous donnerai celle-là par-dessus le marché.

— Voulez-vous être un très-zélé, un très-utile serviteur de la science, tâchez de constituer des *unités* partielles, pour remonter à des *unités* plus générales. Le vrai progrès part de là, c'est la moelle de lion qui nourrit les forts et répugne tant aux intelligences faibles et lymphatiques.

— Gui Patin, si curieux à lire, si bon à consulter dans une multitude de choses, répète sans cesse qu'en fait de moyens de guérison, *pauca remedia, sed selecta*, c'est toujours le mieux; or, quand on est vieux praticien, on sent combien cet illustre médecin a raison. Pénétré de cette vérité, j'emploie souvent un médicament bien simple, très-facile à se procurer et qui ne présente pourtant rien de nouveau. Ce médicament a encore une autre qualité, c'est qu'il est très-économique, motif précieux surtout pour moi, qui ne suis la plupart du temps qu'un simple praticien de village, fort éloigné des grands centres de population. Ce moyen est sous ma main, il est préparé en peu d'instants; aussi y ai-je recours dans une foule de cas. C'est un des principaux médicaments de ma Pharmacopée rurale que je veux ajouter à mes observations sur les moyens de

trouvait pas entouré de tous côtés par le liquide, après avoir fendu le scrotum et ouvert la tunique vaginale, ils virent bien que la collection liquide se trouvait en dehors de cette tunique, au bas du cordon, et que l'épididyme était soulevée par la tumeur et confondue avec elle. Pensant dès lors que cette pièce serait intéressante pour moi, puisqu'elle se rattachait à une altération que j'avais déjà étudiée, ils voulurent bien me la communiquer; je leur en témoigne ici toute ma reconnaissance.

La tumeur, grosse comme une petite orange, se trouvait au bas du cordon, tout près de son insertion, sur le bord supérieur du testicule droit, entre ce dernier et l'épididyme. Sa partie interne était tapissée par la tunique vaginale, dont le feuillet droit se trouvait refoulé vers sa cavité. La partie inférieure était en contact avec le bord supérieur du testicule, la supérieure était en rapport avec l'épididyme. Cette dernière connexion est la plus curieuse; en effet, l'épididyme n'avait conservé sa position naturelle sur le testicule qu'au niveau de sa queue; à partir de ce point et jusqu'à sa partie antérieure, il s'éloignait du testicule de plus en plus, soulevé qu'il est par la tumeur interposée entre les deux organes. A mesure qu'il se rapprochait de la partie antérieure, l'épididyme devenait de plus en plus mince et finissait par se confondre tellement avec la paroi de la poche, qu'il avait perdu sa forme ordinaire et qu'il devenait impossible de le reconnaître.

J'ai pratiqué d'abord une ponction au kyste, et j'en ai fait écouler une petite quantité de liquide citrin semblable à celui de l'hydrocèle ordinaire. Ce liquide, examiné plusieurs fois au microscope, ne contenait pas de spermatozoaires. Dans mon travail sur les kystes de l'épididyme (ARCHIVES, 4e série, t. XVI), j'avais indiqué la difficulté que l'on éprouvait souvent à distinguer les kystes primitivement développés entre l'épididyme et le testicule, et contenant des spermatozoaires, et ceux qui se forment dans le tissu cellulaire du cordon, tout à fait à sa partie inférieure. La position, les rapports, et presque tous les signes physiques, sont identiques, tant sur le vivant qu'après la mort; la différence principale que j'avais constatée était celle-ci : les gros kystes de l'épididyme, bien évidemment développés entre cet organe et le testicule, que j'avais eu l'occasion de rencontrer, contenaient un liquide trouble rempli de spermatozoaires. Ceux qui appartenaient positivement à la partie inférieure du cordon, renfermaient un liquide citrin, sans spermatozoaires. Je me demandais cependant si, à la rigueur, un kyste séreux ordinaire, sans animalcules, c'est-à-dire ne se rattachant primitivement à aucune lésion des voies spermatiques, ne pouvait pas se développer aussi quelquefois entre l'épididyme et le testicule. Celui auquel nous avons affaire, sur la pièce dont je donne la description, pourrait bien appartenir à cette catégorie; il a des connexions tellement étroites avec le testicule et l'épididyme, qu'il est difficile de ne pas croire qu'il a pris son origine en cet endroit; il y aurait donc au-dessous de la tête de l'épididyme deux espèces de grands kystes, les uns provenant de quelque lésion des canaux efférents, et contenant des spermatozoaires; les autres simplement celluleux et renfermant le même liquide que l'hydrocèle ordinaire.

Le kyste, en se développant, avait éloigné la tête de l'épididyme du testicule d'environ 3 ou 4 centimètres; il s'agissait de savoir ce qu'étaient devenus, à la suite d'une pareille distension, les vaisseaux efférents et la tête de l'épididyme. Pour le rechercher, j'ai fait une injection à l'essence de térébenthine, avec l'appareil dont j'ai parlé ailleurs, celui dans lequel une pression exercée par le mercure communique l'impulsion au liquide. La matière à injection, colorée en bleu, n'a pas tardé à remplir l'épididyme, jusque vers la partie antérieure; une fois arrivée dans ce point, au niveau duquel je ne pouvais plus distinguer nettement l'épididyme de la paroi du kyste, elle a cessé de marcher. Il ne s'est pas fait de rupture, mais l'essence de térébenthine s'est arrêtée obstinément dans des canaux très-fins qui paraissaient se terminer en cul-de-sac. Elle n'est point arrivée dans le testicule, ce qui a lieu ordinairement avec facilité, au moyen de cet appareil, lorsque les voies sont libres.

Outre l'injection, il y avait un autre moyen de s'éclairer, c'était d'examiner le liquide pris dans le canal déférent et la vésicule séminale du côté droit. Cette exploration faite à diverses reprises m'a toujours fait constater le même résultat, c'est-à-dire une absence complète de spermatozoaires dans ce liquide. Au contraire, celui du canal déférent et de la vésicule du côté gauche, resté sain, renfermait un grand nombre de ces animalcules. L'exploration répétée par MM. Robin, Richard et Galliet, leur a donné le même résultat, qui est d'une grande importance; car sur les sujets dont les voies spermatiques sont libres, il est ordinaire de trouver des animalcules des deux côtés à la fois, et sur les sujets qui portaient des oblitérations soit du canal déférent, soit de la queue de l'épididyme, j'avais trouvé aussi qu'ils manquaient du côté malade et existaient du côté sain. Il est donc vraisemblable que l'allongement des vaisseaux efférents sur notre sujet a été porté jusqu'au point de les rompre ou de faire disparaître leur calibre. Peut-être pourrait-on croire que la distension a tout simplement déplissé les flexuosités que forment ces vaisseaux dans ce que l'on appelle les cônes de l'épididyme. Mais outre qu'en pareil cas, si une oblitération n'avait point eu lieu, l'injection aurait pu arriver jusqu'au testicule, il est difficile de croire qu'un déplissement aurait pu donner, sans les rompre, 4 ou 5 centim. de longueur à des conduits si ténus et normalement si courts.

Pour qui y réfléchira un instant, pour qui d'ailleurs aura vu la pièce et l'injection que je mets sous les yeux de la Société, il ne restera pas de doute sur la disparition des canaux efférents et l'interruption complète entre l'épididyme et le testicule.

Le testicule a conservé son volume naturel; je n'ai pas trouvé de spermatozoaires dans son intérieur; mais le testicule du côté sain n'en contenait pas non plus. On sait en effet que ces animalcules se trouvent bien plutôt dans les voies excrétoires que dans la glande séminale elle-même. La vésicule séminale présente son volume ordinaire; seulement le liquide y est un peu moins épais, moins jaune. J'ai constaté la même chose dans les observations que renferme mon travail sur les *oblitérations*, et c'est certainement un fait curieux que cette interruption dans les voies excrétoires du sperme, sans atrophie ni du testicule ni de la vésicule séminale.

Sous le rapport pratique, le fait que je communique à la Société entraîne cette conséquence qu'il n'est pas prudent d'abandonner indéfiniment à eux-mêmes les kystes soit de la partie inférieure du cordon, soit de l'épididyme, puisqu'ils peuvent par leur accroissement faire disparaître les vaisseaux efférents, et rendre inutile pour la reproduction le testicule correspondant. On est souvent disposé, à cause de la lenteur avec laquelle ils s'accroissent et du peu de gêne qu'ils occasionnent, à ne les soumettre à aucun traitement. Les détails que je viens de faire connaître montrent qu'il est beaucoup plus sage, ou de les ponctionner simplement, ou de les injecter avec la teinture d'iode, sans attendre qu'ils aient pris un volume considérable.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

NOUVELLES REMARQUES SUR L'EMPLOI DES PRÉPARATIONS ARSENICALES DANS LE TRAITEMENT DES FIÈVRES PALUDÉENNES; par M. FÉLIX JACQUOT.

La GAZETTE MÉDICALE est plusieurs fois revenue sur l'emploi de l'arsenic dans les fièvres intermittentes (1849, p. 669; 1850, p. 683). Toujours elle a montré la plus grande réserve dans cette question qu'on ne saurait éclairer par trop de faits, et surtout par des faits recueillis dans des pays divers.

---

soulager les malades pauvres des campagnes (1), à mon sens les hommes les plus utiles et les plus malheureux qu'il y ait au monde. Ce moyen est tout bonnement le *tartre stibié* à la dose de 5 ou de 10 centigrammes dans un litre de petit-lait et administré à des doses plus ou moins rapprochées, d'après les effets qu'on veut produire. C'est un vomitif, c'est un purgatif, c'est aussi dans l'occasion un éméto-cathartique excellent. En y ajoutant du miel, on peut produire des purgations assez fortes, nécessaires dans quelques circonstances. On le voit, rien de plus simple, de plus connu que ce moyen aujourd'hui peu employé. On y a substitué les eaux minérales, purgatives, certainement moins efficaces, et qui peuvent produire des accidents; elles sont d'ailleurs difficiles à se procurer, enfin elles se gâtent, sont mal préparées et coûtent beaucoup plus cher.

— Souberbielle, ce vieux et rude républicain que nous avons tous connu à Paris, ne pouvait prétendre à faire partie de l'Académie de médecine pendant la restauration. Il fallait la sanction du roi; or comment l'obtenir? Souberbielle avait eu le malheur de faire partie du jury, non tiré au sort, mais choisi par les jacobins dans le jugement de l'infortunée Marie-Antoinette. Après la révolution de 1830, son espérance se réveilla, et elle était en quelque sorte fondée. En 1831, une vacance de titulaire ayant eu lieu à l'Académie, le vieux et célèbre lithotomiste se présenta, et il fut admis au nombre des candidats ayant chance de succès. Chargé du rapport de la commission, Souberbielle vint me voir dans l'intention de pressentir mon opinion. Ayant beaucoup vécu, il avait beaucoup vu, par conséquent beaucoup à raconter et notre conversation fut longue. Il m'assura, foi de révolutionnaire, de chirurgien-major des vainqueurs de la Bastille, des *enfants de Mars* de 93, que Marat, Robespierre, Saint-Just, Danton, etc., n'étaient pas aussi sanguinaires qu'on l'avait dit; enivrés de l'idée de salut public, ils s'étaient abandonnés avec fatalité à la fascination de l'abîme. A l'entendre, il ne leur manquait qu'une robe d'innocence. S'il avait été, lui, du jury fatal, ce n'était que pour faire le bien; lui-même avait ramassé du doigt et présenté aux commissaires de la Convention la *boue couverte de moisissure* qui tapissait et infectait le cachot de la malheureuse reine. Puis, revenant à lui, il me parla de ses travaux, du frère Côme dont il était l'élève, de ses opérations et surtout de son invincible horreur pour la lithotritie qu'il appelait une *malédiction* de la chirurgie. Quant à mon âge, ajouta-t-il, qu'importe? ma vigueur n'a point diminué, et je vais vous en donner une preuve. Tout aussitôt voilà Souberbielle qui se met à trépigner, à entrer en danse. Mon étonnement tenait de la stupéfaction; en effet, debout, appuyé contre ma cheminée, quel étrange spectacle n'avais-je pas devant les yeux! Un vieillard de 82 ans, la tête nue et chauve, de profondes rides sillonnant son visage, le corps courbé et amaigri, l'homme qui avait condamné à la mort la reine de France, le même qui avait envoyé son ami Danton à l'échafaud, dansant, sautant, pirouettant

(1) DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE ET MÉDICALE DANS LES CAMPAGNES, avec cette épigraphe : « *Le bruit ne fait pas de bien, le bien ne fait pas de bruit.* » (Le philosophe Saint-Martin.) — (Voyez le MONITEUR du 21 décembre 1849, des 6, 16 janvier et 3 février 1850.)

M. Boudin, alors médecin de l'hôpital militaire de Marseille, a commencé par administrer l'arsenic par vingt-cinquièmes de grain. Les statistiques publiées par ce médecin distingué sont extrêmement favorables à ce médicament. L'efficacité, jointe à l'innocuité de pareilles doses, avait certes de quoi séduire; aussi ne comprenons-nous pas comment le même expérimentateur en est venu graduellement jusqu'à donner aujourd'hui d'emblée, 0,05, c'est-à-dire vingt-cinq fois la dose primitive, pour obtenir une nuance de plus dans l'efficacité aux dépens de l'innocuité. M. Boudin, qui, en 1835, écrivait à l'Académie « n'avoir pas observé, sur 2,947 malades, un seul accident imputable à l'arsenic, » est obligé aujourd'hui, avec ses fortes doses, de formuler les précautions nécessaires pour obtenir la tolérance gastrique, et de recourir à la voie intestinale, quand l'estomac se révolte contre le médicament.

Dans le travail de M. Maillot (Gaz. Méd., 1850, n° 38), les conclusions sont peut être plus favorables à l'arsenic qu'on ne l'eût prévu en lisant le mémoire. C'est un médicament fébrifuge d'une grande puissance, dit le médecin en chef du Val-de-Grâce. Or tandis que, dans les mains habiles de cet expérimentateur, la première dose de sulfate de quinine a coupé les 3 quarts des fièvres, la première dose d'arsenic n'en a coupé que moitié. Bien plus, aucune fièvre n'a été rebelle à l'écorce du Pérou, tandis que 14 fièvres réfractaires à l'arsenic ont dû être traitées par le sulfate de quinine. Enfin, selon M. Maillot, l'arsenic *paraît* avoir sur le sulfate de quinine l'avantage de rendre les récidives moins fréquentes et plus éloignées; mais pour décider la question il faudrait des faits beaucoup plus nombreux, comme ce médecin l'avoue dans le cours de son travail.

M. Néret (de Nancy), grand partisan de l'arsenic, déclare que ce médicament ne met pas plus à l'abri des récidives que le sulfate de quinine (1).

L'action lente de l'arsenic comme fébrifuge, comparée à l'efficacité du sulfate de quinine, est également chose reconnue par MM. Tessier et Dufour (de Lyon), qui du reste reconnaissent dans l'arsenic un succédané du quinquina. Ils ajoutent qu'après le traitement arsenical, la guérison est moins franche, moins radicale.

L'acide arsénieux est plutôt sous le patronage de la médecine militaire, à cause du nombre des expérimentateurs, que du soutien que ceux-ci lui prêtent. M. Champouillon (2), professeur au Val-de-Grâce, ne lui est pas du tout favorable. Il a constaté : moins de rapidité d'action, des accidents, efficacité du sulfate de quinine, quand l'arsenic échoue, bien plus fréquente que la curation par l'arsenic des fièvres réfractaires au sulfate de quinine.

Il ressort de tous ces travaux, et de beaucoup d'autres : 1° que l'arsenic jouit d'une notable vertu fébrifuge, mais que le succédané est bien loin du fébrifuge type; 2° qu'il faut en appeler à d'autres recherches pour établir la prééminence de l'arsenic sous le rapport de l'éloignement des rechutes.

Tous ces travaux, notons le bien, ont été faits en France. Mais il existe une très-grande différence entre le génie des fièvres paludéennes de nos contrées et celui des pyrexies de même nature des pays plus chauds où ces affections règnent endémo-épidémiquement. Le sulfate de quinine est un agent héroïque dans les deux circonstances: une longue expérience l'a mis hors de doute. Mais n'est-il pas un peu prématuré d'avancer que l'arsenic jouit d'une grande puissance fébrifuge, quand on n'a administré ce médicament, que dans nos pays seulement? Les citations suivantes vont le prouver.

Et d'abord, puisque, de l'avis des partisans même de l'arsenic, son action est moins prompte que celle du sulfate de quinine, il est impossible, *à priori*, qu'on substitue la première substance à la seconde. Dans ces pays où, d'un accès à l'autre, la fièvre peut devenir grave, rémittente, pernicieuse, il faut lutter de vitesse avec la maladie. Une nuance de moins dans l'efficacité de l'arsenic doit le faire rejeter du traitement des fièvres récentes. Et notons bien qu'ici l'on ne peut pas compter sur la distinction des cas qui doivent continuer à être simples et de ceux qui deviendront graves, car la perniciosité éclate souvent à la suite des accès les plus bénins.

Nous ne manquons pas de documents puisés en Algérie et à Rome, pour ajouter l'expérience à notre conclusion *à priori*.

M. Mayer, qui s'est fait dans la médecine militaire une juste réputation pour son habileté à traiter les fièvres paludéennes des pays chauds, a été obligé de renoncer à l'arsenic, qu'il expérimentait à Maskara (province d'Oran) d'après la formule de M. Boudin.

A Tivoli, près Rome, M. Gongé ne pouvait arrêter la fièvre qu'après quatre à cinq doses à 0,05, aidées de vomitifs. C'est la formule actuelle de M. Boudin, à l'hôpital militaire du Roule.

A Rome, M. Pasquier a dû abandonner l'expérimentation, à cause de l'intolérance gastrique. Ce chirurgien militaire administrait 0,03 par jour. Il a constaté, ainsi que M. le docteur Chapuy, l'infériorité de l'arsenic comparativement au sulfate de quinine.

Nous avons nous-même étudié l'action de l'arsenic et du sulfate de quinine sur 282 cas. Voici quelques résultats fournis par notre pratique durant notre service à l'hôpital Saint-Dominique, à Rome.

L'arsenic (de 0,01 à 0,10), avec et sans vomitifs, a coupé net la fièvre, c'est-à-dire a conjuré le premier accès, 13 fois, 50 p. 0/0. Le sulfate de quinine (de 0,25 à 1,5), avec et sans vomitifs, 88 fois p. 0/0, c'est-à-dire que l'arsenic a été efficace comme 1, la quinine comme 3 et une fraction.

En comparant les cas les plus favorables à l'arsenic, c'est-à-dire l'administration à haute dose (0,03 à 0,10), précédée et accompagnée de vomitifs, et aidée d'une alimentation n'ayant pour limite que l'appétit du malade (formule actuelle de M. Boudin), avec des cas bien moins favorables au sulfate de quinine, c'est-à-dire à toute dose et sans vomitifs, on arrive à des proportions tout aussi favorables à l'écorce de Pérou :

Fièvres coupées net par l'arsenic . . .	9,68 0/0
Fièvres coupées net par la quinine. . .	49,52 0/0

MM. Gougé et Pasquier n'ont pas observé que le traitement arsenical mît plus à l'abri de rechutes que la médication quinique. Nous sommes du même avis; nous avons observé entre autres des rechutes après vingt-cinq jours d'administration quotidienne de l'arsenic, suivis de deux jours seulement de suspension, ou encore les dix et douzième jours d'administration non interrompue de ce médicament.

Les résultats de notre expérience personnelle rapprochés de ceux obtenus par MM. Mayer, Pasquier, Gougé, en Afrique et en Italie, nous engagent donc à persévérer dans notre retenue à l'égard du nouveau succédané des quinquinas. Nous le répétons : pour juger le procès, un tribunal exclusi-

(1) Compte rendu des trav. de la Soc. de méd. de Nancy. Années 1847-48. Nancy, 1849.

(2) Gaz. des hôp., 1850.

---

dans mon cabinet, en tenant dans ses deux mains des instruments pour l'opération de la taille et dans ses poches d'énormes boîtes remplies de calculs. Oui, il y a des choses dont l'histoire ne tient pas compte, et qui ont pourtant un cachet particulier sur les hommes, les idées ou les mœurs d'une époque. Et puis on ne sait pas jusqu'à quel niveau peut descendre quelquefois le triste comique de la vie actuelle. Souberbielle en fut néanmoins pour ses frais de gymnastique; l'Académie ne le nomma point; mais de ma vie je n'oublierai un tel candidat et les moyens qu'il fit valoir.

— Que de faux jugements les gens du monde ne portent-ils pas de la médecine dont ils parlent sans cesse et dont ils n'ont pas la moindre idée. Il y a dans cette science, malgré son imperfection, quelque chose d'élevé, de sublime, qu'on ne peut saisir qu'avec un grand savoir et beaucoup de philosophie. Les anciens en jugeaient mieux, et notamment Cicéron. Ce grand homme a si souvent parlé de la médecine qu'un érudit s'est avisé de réunir, dans un seul volume aujourd'hui très-rare, sous le titre de Cicero medicus, tout ce que l'orateur philosophe a dit de notre profession. Quiconque lira son célèbre traité de la divination, sera frappé de quelques-unes de ses réflexions. Ainsi, dit-il, *quæ tandem id ars non habet? — An medicina ars non putanda est? — Quam tamen multa fallunt quis? — Gubernatores nonne falluntur?* (De divinatione, lib. I, cap. 14); c'est-à-dire « quel art n'est pas sujet à l'erreur? — La médecine n'est-elle pas un art? — Cependant elle s'est souvent trompée. — Les pilotes ne se trompent-ils pas aussi? »

— Qui n'a pas admiré la patience, le labeur, les fatigues de ceux qui sont livrés à une grande clientèle, dont les jours, les nuits, presque tous les instants de leur vie appartiennent aux autres? car indépendamment de leurs nombreux malades, la plupart ont encore des places, des emplois, des dignités. Pour un peu d'or, le public les a tout entiers, corps et âme, temps et personnes; tout leurs moments sont comptés, les quarts d'heure, les minutes rigoureusement calculés; ils ne s'appartiennent plus, leur *agenda* est si surchargé! C'était probablement aussi l'opinion de la femme d'un médecin célèbre qui, le rencontrant à la volée et comme par hasard, lui dit : « Monsieur, à tout prendre, j'aimerais mieux être une de vos clientes que votre femme. — Et pourquoi, ma chère amie? — Parce que j'aurais au moins quelquefois le plaisir de vous voir et de m'entretenir avec vous.

— On ne connaît pas encore assez la puissance des mots, on ne sait pas encore assez combien est grande leur influence sur nos opinions et même sur nos destinées. Avant de parler et surtout d'écrire, disait l'ancien Balzac, tâchez *ce vous bien débattre avec la langue*. En effet, une phrase louche, un mot mis pour un autre, une équivoque qu'on croit agréable, donnent la mesure de votre savoir et de votre esprit; c'est quelquefois à n'y plus revenir. En voici quelques exemples pris au hasard.

Autrefois un petit sous-intendant, très-cassant, très-pédant, très-insolent, comme il y en avait beaucoup alors, car je présume que l'espèce en est perdue, au lieu de dire à l'hôpital militaire, le médecin *traitant*, expression consacrée, bien qu'elle ne soit ni élégante, ni euphonique, disait le médecin *traiteur*; il n'en savait pas davantage. Un jeune médecin adjoint, assez vif de caractère,

vement français n'est pas compétent; il faut que l'affaire se débatte encore dans les pays chauds à fièvres endémo-épidémiques.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

SUR QUELQUES PARTICULARITÉS DES ÉPIDÉMIES DE CHOLÉRA.

Monsieur le rédacteur,

En traçant dans la GAZETTE MÉDICALE du samedi 14 septembre un intéressant aperçu de l'état des épidémies cholériques qui se montrent en ce moment disséminées sur tant de points différents du globe, vous signalez, entre autres particularités, cette circonstance assez étrange que des variations de température en sens *inverse* ont exercé une influence *analogue* sur deux de ces épidémies et en ont accru l'intensité.

Ainsi à Vienne en Autriche, où l'épidémie de choléra commençait à décliner par une chaleur depuis quelque temps soutenue de 28° centigrades, la température ayant baissé tout à coup de 18° le 24 août, à partir de ce moment le nombre des cholériques et des décès augmenta dans une proportion considérable. — On observa surtout beaucoup de morts rapides.

A Biskara, dans nos possessions du nord de l'Afrique, c'est, au contraire, une élévation de température qui, conformément à ce qui s'était vu plus généralement, a déterminé une recrudescence du fléau épidémique. Là, du 13 au 21 août, la chaleur étant devenue étouffante, le choléra prit une nouvelle intensité, et il frappa les animaux presque autant que les hommes.

Il est, je crois, possible de trouver une explication de cette anomalie, de ces deux effets en apparence contradictoires. Il faut pour cela remonter à l'étiologie du choléra et apprécier, du point de vue des causes et de la nature du mal, l'influence que doit exercer, soit une élévation de température sur l'expansion du principe cholérigène, soit un refroidissement atmosphérique sur les individus qui ont déjà pris, rabsorbé une proposition plus ou moins forte de ce principe.

Mais tout d'abord on m'arrête en m'objectant que si mon explication a besoin de supposer connues la cause et la nature du choléra, elle repose sur la plus contestée et la plus contestable des bases. — Entendons nous : il ne s'agit pas de spécifier la cause non plus que de déterminer la nature essentielle du choléra, ni même d'assigner les raisons qui lui donnent un cachet propre dans la famille des typhus et qui le font différer de la peste et de la fièvre jaune, par exemple, ainsi que du typhus d'Europe, il suffit qu'on veuille bien accorder ce qui me paraît indéniable désormais, à savoir que le choléra est, comme les autres typhus, une maladie produite primitivement par infection.

Dans son rapport au nom de la commission du choléra de 1832, M. Double a cité un exemple très-frappant de ce mode d'origine du mal indien, exemple emprunté à la thèse inaugurale de M. le docteur Levincent. Peut-être n'est-il pas inutile de reproduire le fait dont il s'agit, car on n'est que trop porté à oublier les faits les plus significatifs, à raisonner comme s'ils n'étaient pas ou du moins à en méconnaître le sens et la portée. Il faudrait bien pourtant se décider à tenir compte des observations authentiques, de celles qui ont reçu une sorte de sanction, ayant eu l'honneur d'être consignées dans les rapports des commissions les plus compétentes. Sans quoi il en sera éternellement de la science médicale comme de la tapisserie de Pénélope...

Voici le fait cité par M. Double :

En juin 1826, le *Fils de France*, navire parti de Nantes, arrive dans l'Inde et reste mouillé au milieu du Gange, à Calcotta, pendant dix jours, sans qu'aucun cas de choléra se déclare à bord. Ce navire est conduit pour des réparations dans un bassin de la rive droite dont on écoula les eaux pour mettre à découvert la quille du bâtiment. « La fermentation que le » soleil détermina dans le fond vaseux du bassin donna des miasmes dont » l'influence fut telle que, dix-huit heures après, dit M. Levincent, chirur- » gien du *Fils de France*, le choléra frappa indistinctement les hommes » les plus vigoureux comme les plus faibles de l'équipage. »

On pourrait citer plusieurs autres observations non moins concluantes que celle qui précède en faveur de l'origine infectieuse du choléra. Quoi qu'il en soit, le mal une fois né de la sorte, soit dans l'Inde, soit même en quelque autre pays, si l'on admet que le choléra dit asiatique puisse être généré partout où se rencontreront des circonstances semblables à celles qui le développent aux bords du Gange, le mal une fois né, dis-je, se propage nécessairement par une répétition de l'action du principe qui l'a causé à l'origine. Je n'examine pas, pour le moment, si, comme l'a indiqué le professeur Hermann (de Moscou), ce principe se reproduit chez les sujets atteints, qui deviendraient ainsi les principaux agents de la propagation du mal, ou s'il voyage capricieusement à travers l'atmosphère, sous l'influence de causes inconnues.

Toujours est-il que ce principe d'infection cholérique admis, principe volatil, miasmatique ou gazeux, animé peut-être, on conçoit que la chaleur en favorise le dégagement des corps et des matières qui le contiennent ; qu'elle en augmente l'expansibilité, la diffusibilité, qu'elle en accroît par conséquent la puissance et en étend la sphère d'activité. Voilà, je crois, comment la chaleur contribue à augmenter les épidémies de choléra ; c'est en agissant sur le principe même du mal et en le rendant plus volatil.

Quant au froid, il diminue cette volatilité et tend par là toujours à exercer une influence heureuse sur les épidémies de choléra. Par exception, il les augmente quelquefois momentanément ; c'est par son action sur les individus eux-mêmes qui avaient absorbé déjà une proportion plus ou moins considérable du principe toxique. Cette proportion pouvait rester sans influence nuisible appréciable, ou ne causer qu'un simple dérangement, une cholérine, par exemple, si les fonctions perspiratoires de la peau et du poumon étant maintenues actives, l'élimination s'était opérée par ces deux voies. Mais supposez, au contraire, que cette fonction soit tout à coup diminuée notablement, comme cela peut résulter d'un refroidissement brusque de l'atmosphère, telle quantité du principe cholérigène qui eût été, sans cette circonstance, supportée impunément, donnera lieu à des attaques plus ou moins graves de choléra. La gravité sera, on peut le dire, en raison composée de la quantité du principe délétère introduit dans l'économie, de l'obstacle apporté à son élimination, et enfin du degré de résistance vitale des sujets. C'est ainsi qu'on homme, ivre d'eau-de-vie, qui aurait pu cuver, comme on dit, sa boisson, et qui se serait réveillé vivant le lendemain, s'il eût été couché chaudement dans un lit on tenu pendant son sommeil dans un lieu d'une température convenable, succombera cer-

---

lui dit un jour : Monsieur, je ne suis point traiteur, *je tiens table d'hôte*. Les rieurs ne furent pas du côté du petit intendant; mais il s'en vengea en donnant sournoisement de *mauvaises notes* sur l'officier de santé assez hardi pour blesser son amour-propre, en lui apprenant à parler français.

On sait que Boileau se leva brusquement de son siége au récit que lui fit un certain abbé Devilliers d'une petite pièce de vers où s'était glissé le terme de *mauvais vent*. Ah! monsieur, s'écria-t-il, « voilà qui mettra en mauvaise odeur tout votre ouvrage. »

J'ai connu un médecin qui disait en parlant de sangsues qui ne prenaient pas que ce n'étaient pas des sangsues *philanthropiques*, et il croyait faire une excellente plaisanterie.

Un autre affectait d'appeler style *œdémateux* tout style froid et bouffi.

Une lettre seule omise ou changée peut altérer tout le sens d'une phrase ou d'un objet. Je ne sais quel libraire célèbre avait mis en souscription un livre de *liturgie* catholique, et sou entreprise fut d'abord couronnée de succès. Tout à coup les souscripteurs, gens très-dévots, déclarèrent qu'ils renonçaient à leur souscription et ne voulaient plus entendre parler du livre en question et des abominables p aisanteries qui s'y trouvaient. Le libraire désespéré ne savait à quoi attribuer son malheur; il voulut pourtant en connaître la cause; enfin après une recherche très-attentive, il découvrit que dans une cérémonie il était dit : Ici le prêtre ôtera sa *calotte*; mais que, par une terrible faute d'impression, au lieu d'un *a* on avait mis un *u*. Le malheureux fut ruiné.

— Broussais citait souvent le mot de Bichat : « Qu'est l'observation si on ignore l'organe malade? » A coup sûr, si Bichat eût vécu, il eût beaucoup modifié son opinion. J'en demande pardon à sa grande ombre, mais peut-être serait-il mieux de dire : qu'est l'observation? un point de vue stérile sans le jugement qui la féconde, sans la sagacité qui en saisit les rapports, sans la raison, sans l'expérience qui en justifient les déductions.

— O mes sages et doctes confrères! n'est-il pas vrai que le dogme divin de la fraternité humaine se comprend mieux avec celui de la confraternité médicale? C'est un sentiment qui a les mêmes racines et par conséquent les mêmes vertus.

— Nous sommes dans un temps où chacun fait son *utopie*, bonne ou mauvaise; pourquoi ne pas hasarder la mienne? En tout cas, la voilà; on en jugera. Si tous les médecins, par un heureux accord, se réunissaient en une vaste corporation; si cette association était fondée sur des statuts pris dans la nature même de la profession; s'il y avait un centre commun pour imprimer aux individus une même direction, et pour un seul but, le bien de l'humanité, quel changement dans notre position sociale! La médecine, cette mère aux sèches mamelles pour la plupart de ses enfants, deviendrait alors une puissance formidable, immense et bienfaisante. Les médecins ont la confiance des rois, des grands et du peuple, des riches et des pauvres; ils connaissent les hommes physiologiquement et moralement; par la douleur, par la crainte et l'espérance, ils pénètrent le fond des cœurs ; peu de secrets leur échappent dans les familles ; or, voyez où cela conduit quand il y a intention finale, but déterminé. Je le déclare et je l'espère, le vœu de Descartes s'accomplira, dès lors la méde-

tainement, au contraire, s'il s'endort, saisi par le froid, sur une route, par un temps de gelée ou de neige.

L'accroissement d'intensité des épidémies cholériques déterminé par le froid doit avoir en général moins de durée que celui qui est causé par la chaleur. L'observation confirme pleinement à cet égard ce que la théorie indique. La persistance du choléra dans certaines villes de la Russie, malgré le froid atmosphérique, a été avec raison attribuée par M. Moreau de Jonnès à la température élevée de l'intérieur des maisons russes.

Dans le même article qui m'a donné l'idée de vous adresser ces lignes, vous mentionnez, monsieur le redacteur, comme ayant succombé au choléra dans l'espace d'une heure dix-huit ouvriers employés, à Vienne, aux travaux du chemin de fer. A cette occasion, permettez-moi de rappeler quelques faits qui tendraient à faire soupçonner que les remûments et déplacements de terres ne sont peut-être pas absolument étrangers aux influences susceptibles de causer le choléra. Pour revenir sur l'observation curieuse faite à Bondeville (Seine-Inférieure) par M. Vingtrinier et rapportée dans l'un des derniers numéros de la GAZETTE MÉDICALE, je ferai remarquer qu'à Blois le premier cas de choléra fut présenté par un ouvrier employé aux travaux de terrassement du chemin de fer; qu'à Angers le second cholérique fut un ouvrier nommé Gonan, occupé au même genre de travaux; qu'à Saint-Brieuc, le deuxième cas de choléra tomba pareillement sur un terrassier travaillant au creusage d'un bassin à flot dans un terrain vaseux tout semé de débris de coquillages et d'autres matières organiques. Cette particularité mérite, il me semble, de fixer l'attention.

Pour ce qui est de l'observation relative aux animaux de Biskara qui ont été frappés de l'épidémie cholérique, ainsi que vous l'avez noté, le fait n'est point sans précédents, et la GAZETTE MÉDICALE qui a donné un historique si complet de l'épidémie de 1832, en a rapporté alors quelques exemples. Voici un fait qui s'est passé à une époque antérieure, à bord de la frégate *la Cléopâtre* dont l'équipage contracta le mal indien sur la rade de Cavil, aux Philippines, en 1823. Il y avait dans la batterie de la frégate, près du poste des malades, deux boucs. Ces animaux parurent un jour atteints eux-mêmes de l'épidémie. On les monta sur le pont, et là ils périrent tous les deux au bout de quelques heures, après avoir éprouvé des crampes et rendu des selles blanchâtres, comme les matelots cholériques.

Agréez, etc.

Montrouge, 20 septembre 1850.

LETTRE SUR LA CONTAGION DU CHOLÉRA; par M. MOREAU, D. M. P., médecin des établissements civils de Bone.

La question de la contagion du choléra asiatique, si souvent et si savamment débattue, soit par les corps savants, soit par les organes de la presse scientifique, ne paraît pas avoir reçu jusqu'ici une solution complétement satisfaisante. Il y a encore des médecins contagionistes et des non-contagionistes; le temps, l'expérience et surtout les faits pourront résoudre définitivement le problème de la contagion.

C'est pour aider à la solution de ce problème que j'ai l'honneur de vous communiquer quelques faits, qui m'ont paru de nature à apporter quelque lumière dans la question.

Le bateau à vapeur *le Sphinx*, qui fait le service de la correspondance de Tunis à Marseille, parti de Tunis le 19 juin, a mouillé sur notre rade le lendemain, ayant à bord 160 passagers pour notre ville. La veille de son départ, on avait constaté à Tunis 149 décès cholériques; pendant sa traversée, qui est de vingt heures, il y eut 3 décès à bord.

Les 160 passagers furent internés au fort Génois pour y subir une quarantaine de cinq jours, à partir du jour où il n'y aurait plus de décès. Depuis leur déharquement jusqu'à ce jour 6 juillet, 7 passagers ont été atteints par le choléra dont 5 sont morts.

Un officier de santé, un élève en pharmacie et 9 gardes de santé ont été installés dans le fort pour le service intérieur; une compagnie d'infanterie du 43e régiment fut campée en dehors du fort, pour former un cordon sanitaire et empêcher les communications.

Le 27 juin, le nommé Blanquet, soldat du 43e, faisant partie du cordon sanitaire établi autour du fort, est atteint de choléra algide; le 28, la réaction s'opère, et le 30 il passe à l'état typhoïde. Ce militaire est convalescent.

Le 28, le nommé Lajous, fusilier au même corps, employé au cordon sanitaire, est atteint et meurt après treize heures de maladie. L'autopsie, faite avec soin en présence de plusieurs médecins, ne laisse aucun doute sur l'existence du choléra. La cyanose a envahi les membres et la partie supérieure du tronc. L'intestin est rempli par la matière riziforme caractéristique du choléra. La vessie, contractée, est complétement vide.

Ces deux militaires n'avaient pas communiqué directement avec les passagers.

Le 29, le nommé Pancratio, garde de santé préposé à la surveillance et au service des passagers dans le fort même, est atteint par la maladie; on observe chez lui l'enfoncement des orbites, les crampes, les vomissements et la diarrhée de matières riziformes. Les urines étaient supprimées depuis deux jours. Aujourd'hui cet homme est convalescent.

Le 2 juillet, le nommé Guida, élève en pharmacie, envoyé, depuis le 22 juin, au fort pour préparer les médicaments, offre tous les symptômes cholériques: cyanose, voix éteinte, vomissements, diarrhée riziforme, crampes, stupeur. Le 3, ce malade meurt dans l'état algide.

Les conclusions à déduire de ces faits sont évidemment que le choléra a été importé par *le Sphinx* et communiqué par ses passagers. Que cette communication soit appelée transmission, infection ou contagion, peu importe; il n'en est pas moins certain que si *le Sphinx* avait été repoussé du port avec ses passagers, ces quatre hommes n'eussent pas eu le choléra.

Enfin une transmission du choléra aussi évidente me paraît devoir nécessiter quelques modifications aux règlements qui nous régissent aujourd'hui.

Je me borne, quant à présent, à cet exposé des faits.

Agréez, etc.

CAS DE VERTIGE MARIN TERRESTRE; par M. SÉMANAS.

Nous recevons de M. Sémanas (de Lyon), la communication du fait suivant, à l'appui de la théorie qu'il a développée sur la cause et l'origine du mal de mer, dans l'ouvrage intitulé : DU MAL DE MER, etc. (Voy. le compte rendu de cet ouvrage dans le numéro du 5 octobre, p. 739 et *passim.*)

---

cine sera la profession suprême, l'avenir est à elle dans l'intérêt même de la société. Un jour viendra où les lois se feront d'après la science de notre organisation, des ressorts qui la composent, des agents qui la modifient. On ne choisira les chefs des nations que parmi ceux qui auront profondément étudié la nature de l'homme, ses besoins, ses mœurs, ses tendances physiques et morales, la concordance de ses facultés avec son bien-être, les influences des climats, les variations du type humain, etc. Comme chez les Égyptiens, où chaque roi était prêtre et médecin, la consécration du pouvoir ne sera accordée qu'a celui qui aura fait preuve d'un profond savoir dans notre art, car on n'est digne de commander aux hommes que quand on les connaît. Cette époque est sans doute éloignée; mais qui sait? Le progrès est indéfini, le temps ne s'arrête pas et les siècles sont les jours des nations..... J'en étais là, quand l'ami du cœur, devant lequel je parlais avec feu, me tira par la manche et me dit comme cet ancien : et puis *vous vous réveillâtes.*

REVEILLÉ-PARISE

ERRATUM. — C'est par erreur qu'on a imprimé dans notre feuilleton du n° 40, p. 731, col. 2, lig. 3, AUREUM *in summâ brevitate libellus;* lisez : AUREUS, etc.

— Le choléra a complétement cessé dans la garnison d'Alger; à l'hôpital du Dey, où il a fait le plus de ravages, il ne reste que quelques malades en pleine convalescence, et qui ne présentent plus aucun symptôme de l'épidémie. Tout fait espérer que cette amélioration s'étendra à la population civile d'Alger, et que l'épidémie disparaîtra entièrement de notre ville.

Le choléra s'est déclaré avec violence à Aumale, dans la journée du 22 septembre. Depuis cette époque, on compte 74 cas et 35 décès; les dernières nouvelles annoncent une grande amélioration.

Le choléra a été signalé à Orléansville, Milianah et Teniet-El-Had. En général, c'est dans les hôpitaux que le fléau a choisi ses victimes qui, jusqu'à présent, sont heureusement peu nombreuses.

L'épidémie n'a pas encore paru dans la province d'Oran.

Dans la province de Constantine, on compte encore dans quelques places des cas isolés en petit nombre, mais la concentration des tribus nomades pour le marche de l'Oued-Tmeniah a amené une recrudescence de l'épidémie parmi les indigènes; des précautions ont été prises pour les isoler, et la communication de Constantine à Sétif se fait maintenant par Milah, pour éviter le parcours du pays infecté.

— Voici de nouveaux détails sur le choléra dans la province de Constantine. On écrit de cette ville le 25 septembre: « La colonisation marche lentement; des fléaux de toutes sortes empêchent tout élan. Nous avons eu un grand nombre de fiévreux pendant l'été. A partir du 10 septembre, le choléra a cessé à Biskara, qui a été plus que décimé.

» Voici le chiffre à peu près officiel des décès :

» Sur 479 soldats, 80 morts, 12 officiers sur 18; 478 Arabes de Biskara sur 2,300; 514 indigènes de Sidi Okba sur 2,800; et 1,550 individus des tribus diverses sur une population d'environ 5,000 âmes. »

Obs. — M. L..., négociant, domicilié en notre ville de Lyon, ayant formé le projet d'aller passer une huitaine de jours à Marseille, qu'il n'a pas revu depuis longues années, et où il possède des proches parents, quitte Lyon le 21 septembre de la présente année.

A titre de renseignements utiles à connaître, nous dirons que M. L... est âgé de 29 ans, de tempérament bilioso-sanguin et de fort bonne santé habituelle. Nous ajouterons que M. L..., natif de Grasse, a passé une bonne partie de sa jeunesse, de 12 à 17 ans, dans les ports de mer tels que Cannes, Antibes, Toulon et Marseille, au sein de chacun desquels il a fait des séjours longs et répétés. Durant ce temps, M. L... eut maintes occasions de constater qu'il ne possédait pas une immunité bien robuste à l'influence marine, témoin un voyage qu'il fit vers l'âge de 15 ans, sur un vapeur allant de Bastia à Toulon, voyage pendant lequel, lui et une quarantaine de passagers environ furent atteints d'un mal de mer des plus intenses. A ce propos, nous dirons que, à son arrivée à Toulon, M. L..., bien que force de rentrer au collége de Grasse à jour fixe, se vit contraint de coucher deux nuits à l'hôtel pour se remettre de ses fatigues; et une circonstance fort remarquable, commune à ces deux nuits, à la première particulièrement, c'est que le mal de mer, qui n'existait plus chez M. L... qu'à l'état de faible vertige durant la journée, reprenait avec une *intensité extraordinaire*, de dix à deux heures de la nuit, temps pendant lequel les vomissements, syncopes, sueurs froides, etc., se succédaient ni plus ni moins que sur le bâtiment.

Depuis l'âge de 17 ans, M. L... a tout à fait quitté les ports et contrées maritimes, et n'a cessé pendant ce temps, c'est-à-dire pendant onze ans environ, d'habiter les villes de l'intérieur, notamment Saint-Étienne et Lyon, où il continue de résider.

Ces préliminaires passés, arrivons au fait principal de l'observation.

M. L..., parti de Lyon, comme nous l'avons dit plus haut, le 21 septembre, arrive à Marseille le 22 au soir, et y séjourne du 22 au 30 inclusivement, en tout neuf jours.

Du 22 au 23, M. L... visite ses parents et reste dans l'intérieur de la ville en santé parfaite.

Le 24 au matin, il rend une visite de plusieurs heures à bord du *Télémaque*; le soir, dîner à quatre heures au Prado, puis promenade de trois heures sur le bord de la mer, par une forte brise de mer *fortement imprégnée d'odeur de marée*, suivant la remarque de M. L...

(Une fois pour toutes, et pour prévenir certaines objections qui, pour ce cas, seraient très-mal fondées, disons qu'il résulte des affirmations positives de M. L... que, pour le dîner en question aussi bien que pour tous ceux qu'il prit durant son séjour à Marseille, M. L... se renferma dans les limites les plus restreintes.)

Durant la nuit du 24 au 25, réveil vers les dix heures, causé par un malaise indéfinissable; c'est le vertige, faible d'abord, puis plus fort, puis intense; le malade appelle et essaye de se lever, aussitôt vomissements et sueurs froides qui se succèdent d'abord avec rapidité, puis plus lentement; chacun d'eux est accompagné d'une fatigue impossible à décrire, et suivi d'un état d'anéantissement tel que le malade croit toucher à sa fin prochaine. Les matières vomies consistent en quelques filets de mucosités transparentes, puis en peu bilieuses, très-peu copieuses chaque fois et rendues au prix d'efforts considérables. Cet état, dont la durée ne fut pas moindre de quatre heures, se termine par une selle diarrhéique médiocrement abondante, après quoi le malade s'endort profondément jusqu'au lendemain matin.

Le 25, M. L..., quoique un peu brisé par son indisposition de la nuit, se lève et déjeune de fort bon appétit, sans plus se sentir autrement malade. Il est bon d'ajouter que, pendant toute cette journée du 25, M. L..., qui avait lu les cas de vertige marin terrestre consignés dans notre ouvrage, et qui surtout retrouvait en lui-même, dans son indisposition de la nuit, le même cortége de souffrances qui l'avait assailli autrefois à propos de ce violent mal de mer dont il avait garde fidèle souvenir, crut prudent, à tort ou à raison, de s'abstenir pendant ce jour-là de toute fréquentation des bords de la mer; il fit diverses courses dans la campagne. Durant la nuit qui suivit cette journée, sommeil parfait non interrompu.

Le 26, nouveau séjour de plusieurs heures aux bords de la mer, à l'occasion d'une promenade et d'un repas pris à la *Réserve*.

Pendant la nuit du 26 au 27, vers minuit, retour de l'indisposition de l'avant-veille, c'est-à-dire vertige intense, sueurs froides, vomissements et lipothymies, le tout encore durant l'espace de quatre heures, au bout desquelles le malade s'endort profondément.

Le lendemain 27, brisures qui se dissipent promptement, puis appétit et santé parfaite jusqu'au 28, où le sujet fit un troisième et dernier séjour de plusieurs heures au bord de la mer, dans le but de visiter le port de Marseille.

Dans la nuit du 28 au 29, troisième retour des accidents sus-mentionnés; ceux-ci furent cependant sensiblement moins intenses et moins fatigants, quoiqu'ils durèrent le même espace de temps que les deux premières fois.

A partir de cette époque, l'indisposition nocturne ne reparut plus, sauf un vertige marqué durant la soirée du 30, pendant que M. L... se trouvait sur le chemin de fer de Marseille à Avignon pour revenir à Lyon, où il arriva le 1er octobre, en santé parfaite.

Nous croyons devoir ajouter, en terminant ce récit, que nous le tenons de la bouche même de M. L..., à nous personnellement connu.

Observation de néphrite albumineuse compliquée d'érysipèle et de pneumonie; guérison; communiquée par M. Dromart, élève du service à la clinique chirurgicale de la Faculté.

Obs. — Le nommé C..., âgé de 50 ans, naquit dans le département de l'Aveyron, où il passa la plus grande partie de sa vie au milieu des privations et de la misère. Comme bien d'autres, cet homme s'imagina que Paris lui offrirait des ressources qu'il n'avait pu trouver dans son département; il vint donc à Paris, mais il y vint avec un organisme profondément débilité, qui ne devait pas tarder à être le siége de troubles plus sérieux, et auquel devait peu contribuer à offrir des éléments de résistance aux causes morbides le métier que fit cet homme, et qui consistait à vendre par les rues des légumes et des fruits au milieu de la pluie, des brouillards et du froid. Aussi, après un court séjour à Paris, travaillant le jour au milieu de toutes les variations de la température, se nourrissant presque exclusivement de végétaux, couchant la nuit dans un taudis humide où ne pénétraient jamais ni l'air ni le soleil, cet homme, qui d'ailleurs, contrairement aux habitudes des gens de sa condition, ne faisait aucun abus de boissons alcooliques, fut atteint d'un ulcère siégeant au niveau de la malléole interne de la jambe droite, et le 5 du mois de juillet dernier, il s'aperçut d'une enflure qui, d'abord limitée aux membres pelviens et aux parties génito-urinaires, s'irradia ensuite sur l'abdomen, sur le dos, sur les membres thoraciques et sur la face, sans avoir été précédée, sans être accompagnée d'aucun des signes qui caractérisent une inflammation aiguë.

Le 11 juillet, il se décide à venir demander des soins à l'Hôtel-Dieu, et il est reçu au n° 51 de la salle Sainte-Madeleine, dans le service de M. Tardieu.

Examiné à la visite du 12, il présente l'état suivant :

Au niveau de la malléole interne de la jambe droite, siége un ulcère de la largeur d'une pièce de 5 francs.

La face est infiltrée, ainsi que les parois abdominales et les jambes. Les téguments déprimés ne conservent pas l'empreinte des doigts.

Rien du côté de l'appareil digestif, pas même de l'inappétence.

Les fonctions des poumons s'exécutent régulièrement.

Les battements du cœur sont réguliers et sans bruits anormaux; seulement le volume de l'organe a un peu augmenté, circonstance qui n'est pas due à un état morbide, mais qui dépend des progrès de l'âge; car chacun sait qu'à mesure qu'on avance dans la vie le volume du cœur augmente, et à un point tel que, chez le vieillard, le cœur peut devenir une demi-fois plus considérable que chez l'adulte.

Quand on presse sur la région lombaire gauche, le malade accuse une douleur profonde et très-obtuse.

Les urines sont claires et citrines, n'ont ni augmenté ni diminué de fréquence et de quantité; mais traitées par l'acide nitrique et par la chaleur, elles laissent déposer de l'albumine. La soif n'a pas augmenté; l'appétit n'a pas diminué; le pouls est à 75 pulsations.

Tout fait voir qu'ici nous avons affaire à une maladie chronique de l'organe sécréteur de l'urine, et dont la nature ne saurait être douteuse, si nous faisons entrer en ligne de compte, conjointement avec l'hydropisie et le dépôt d'albumine, d'autres altérations des urines, et qui consistent dans la diminution de l'urée, des phosphates et des urates, qui ne précipitent plus par l'acide azotique.

Malgré le traitement employé, *diurétiques* et *purgatifs*, la maladie persista, toutefois avec quelques variations dans la marche de l'hydropisie, qui disparaissait quelquefois pour apparaître de nouveau.

Le 28 juillet, le malade est pris d'une forte fièvre. La soif est vive, l'appétit complétement nul, la miction difficile et douloureuse; les urines sont rouges et donnent toujours un précipité d'albumine; la jambe droite est douloureuse; les ganglions de l'aine sont engorgés.

Le 29 juillet, un érysipèle s'est déclaré sur la jambe droite et se limite au niveau de l'articulation fémoro-tibiale.

Du 29 juillet au 8 août, l'érysipèle disparaît.

Le 8 août, le malade présente tous les caractères d'une pneumonie. Langue sèche, brune et dure. Dyspnée; douleur au côté gauche de la poitrine; râles crépitants et matité à la base du poumon gauche.

Cette pneumonie a été rapidement guérie par les vésicatoires; et l'hydropisie ainsi que le dépôt d'albumine qui avaient disparu aussitôt la manifestation de cette inflammation du poumon, n'ont plus reparu. Aujourd'hui le malade demande à sortir.

Quelle conclusion tirer de cette brusque guérison de la néphrite albumineuse coïncidant avec cette double phlegmasie représentée d'une part par l'érysipèle, et de l'autre par la pneumonie? Certes, des faits nombreux sont nécessaires pour justifier une médication quelconque; cependant nous pensons que ce fait que nous rapportons ici constitue tout au moins une indication utile; il doit engager le médecin, dans le traitement d'une néphrite albumineuse, à insister un peu plus qu'on ne le fait d'habitude sur la méthode révulsive. Pour nous, c'est en partie à cette double phlegmasie que notre malade a dû sa guérison; et si très-souvent une phlegmasie qui se déclare dans un autre viscère ne peut enrayer le travail morbide qui se

fait dans les reins, c'est que l'altération des reins est portée à un point tel qu'elle doit résister à tout traitement.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

(Suite.)

I. ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

MÉMOIRE SUR LE TRAITEMENT DES AFFECTIONS SCROFULEUSES PAR LES PRÉPARATIONS DE FEUILLES DE NOYER; par le docteur NÉGRIER.

Ce mémoire consiste principalement dans un résumé de plusieurs travaux publiés en Allemagne sur l'emploi des feuilles de noyer dans le traitement des affections scrofuleuses. Il a donc un caractère simplement analytique qui pourrait nous dispenser de le comprendre dans cette *Revue*. Néanmoins, nous pensons qu'il ne sera pas sans intérêt de connaître le résultat général de recherches thérapeutiques peu connues en France.

Les travaux résumés par le docteur Négrier sont : 1° une dissertation du docteur Kreutzwald (de Bonn) ; 2° deux mémoires du docteur Nasse, de la même ville, où se trouvent reproduits et les recherches de M. Négrier lui-même, en 1841 et 1844, et celles de M. Kreutzwald, et qui contiennent en outre la relation d'un grand nombre d'expériences faites à la clinique de Bonn ; 3° un mémoire du docteur Michele Borgiali d'Yvrea, publié en 1846, dans le journal de la Société royale de médecine de Turin. MM. Kreutzwald et Boggiali n'ont pas entendu faire une œuvre de critique, et se sont bornés à mettre en relief, par des exemples heureux, l'efficacité du médicament. M. Nasse, au contraire, a rassemblé les faits au hasard et les a catégorisés d'après les résultats obtenus.

Le nombre d'observations ainsi réunies s'élève à 127, toutes relatives à des enfants. On a obtenu, par l'emploi du noyer, comme remède à peu près exclusif, 47 guérisons promptes et solides; c'est un peu plus du tiers des cas traités. M. Négrier, sur 70 malades dont il a donné l'histoire dans ses deux mémoires, en avait guéri plus de la moitié. La différence est donc à son avantage; il l'attribue, sans avoir pourtant des données positives sur ce point, à ce qu'il a pu, dans sa pratique, continuer le traitement plus longtemps que ne l'a fait M. Nasse. D'un autre côté, dans les expériences qui lui sont propres, l'effet du traitement s'est prononcé plus tard que dans les expériences du professeur de Bonn et dans celles de M. Boggiali. A la lecture des documents, il s'est assuré que ces derniers avaient eu affaire à des cas inférieurs en gravité à ceux qui ont servi de base à ses propres recherches. Aussi ont-ils également perdu moins de malades.

La presque totalité des sujets guéris par MM. Nasse et Kreutzwald avaient été, dit l'auteur, antérieurement traités sans succès par l'huile de foie de morue. Il ne possède pas lui-même, sur ce point, les éléments d'une appréciation comparative. Quinze enfants de la clinique de Bonn n'ayant ressenti aucun effet avantageux de l'emploi du noyer, on les soumit à l'usage de l'huile de foie de morue. Deux seulement éprouvèrent de l'amélioration. Il faut encore mentionner que, dans deux cas, l'huile de foie de morue ayant été substituée, par suite d'un malentendu, à l'extrait de feuilles de noyer ordonné, les symptômes scrofuleux se sont sensiblement amoindris. M. Négrier lui-même cite un cas remarquable où le noyer ayant échoué, l'huile hépatique eut le plus grand succès.

Enfin, MM. Nasse et Kreulzwald ont employé avec avantage le noyer contre l'écoulement leucorrhéique des organes sexuels chez les petites filles, et contre l'exanthème du cuir chevelu et de la face.

Tels sont les résultats indiqués par M. Négrier. Pour juger en connaissance de cause de leur importance, il importerait de connaître le degré de gravité et d'ancienneté, le siége, la forme des affections scrofuleuses traitées par les préparations de noyer. A cet égard, les détails fournis par les auteurs ne sont pas parfaitement suffisants. Dans les quelques observations, assez circonstanciées, que nous trouvons dans le mémoire analytique de notre confrère d'Angers, il en est certainement de relatives à des cas graves et compliqués; mais un grand vague plane sur la masse des faits invoqués et les distinctions établies entre eux ne sont ni assez précises ni assez nombreuses pour permettre d'apprécier avec justesse le degré d'efficacité de remède. On en jugera par ces indications tirées du travail de M. Nasse. « Chez 67 enfants traités avec les feuilles de noyer, les scrofules avaient un caractère aigu avec inflammation; chez 50, elles étaient accompagnées d'une torpeur naturelle (scrofules chroniques, humeurs froides)...... Pour tous ceux à qui leurs parents n'avaient pas fait cesser le traitement, le remède fut employé pendant plusieurs semaines et même plusieurs mois. Si l'infusion ne paraissait pas assez forte, on avait recours à l'extrait..... Chez 27 des 40 guéris, les scrofules avaient un caractère aigu; chez 13, un caractère chronique.... 62 des enfants qui avaient suivi le traitement étaient bien mieux; 36 d'entre eux avaient les scrofules aiguës, 26 les scrofules chroniques. »

— Bien que l'emploi du noyer dans le traitement des scrofules n'ait été, de la part du médecin français, l'objet d'aucun travail important, depuis la publication des deux premiers mémoires de M. Négrier, ainsi qu'il le remarque lui-même avec quelque amertume, cependant on peut affirmer que l'usage s'en est fort répandu parmi nous. En sorte que si les recherches de notre confrère n'ont pas contribué à grossir la littérature médicale, elles n'en ont pas moins influé sur la pratique. Nous croyons qu'on est en mesure aujourd'hui, même en faisant abstraction des travaux des médecins allemands et italiens, d'avoir une opinion arrêtée et réfléchie sur la valeur du médicament. S'il ne s'agit que de le reconnaître pour un remède bien approprié au mode de traitement exigé pour les scrofules, nulle difficulté. Il communique à la fibre vivante plus de tonicité; il éveille l'appétit, facilite la digestion des aliments substantiels, et contribue ainsi à fournir à la nutrition des principes plus réparateurs. Comme un des moyens de la médication antiscrofuleuse, nous lui attribuons une importance réelle et même considérable. Mais le tort peut-être de ceux qui l'ont préconisé est de l'avoir présenté, sans le dire toutefois expressément, comme une sorte de spécifique capable de suffire à toutes les indications. Mettre une substance en présence d'une maladie donnée et compter combien de fois elle a guéri et combien elle a échoué, ce n'est pas, suivant nous, donner son vrai sens à l'expérimentation thérapeutique. Ce qui importerait surtout, ce serait de déterminer autant que possible la part de son action, ses effets spéciaux, et de préciser ainsi les éléments morbides auxquels elle doit être particulièrement adressée. On ne s'exposerait pas ainsi à détourner les jeunes médecins de l'étude analytique des maladies, à favoriser en eux un penchant naturel à remplacer la diagnose par un terme de nosologie et la médication par un remède.

Sous le bénéfice de cette réserve, nous ne faisons aucune difficulté de reconnaître que M. Négrier a rendu un vrai service à la thérapeutique en la dotant d'un médicament réellement efficace qui, bien que mis en usage déjà par Jurine (de Genève), et le docteur Borson (de Chambéry), était certainement inconnu à la presque totalité des praticiens.

NOTE SUR LE DÉVELOPPEMENT D'UN SON CLAIR, COMME MÉTALLIQUE (HYDROAÉRIQUE), DANS LE COURS DES ÉPANCHEMENTS PLEURÉTIQUES; par M. NOTTA, interne des hôpitaux.

Le phénomène qui fait le sujet de la note consiste dans la production, au moyen de la percussion thoracique, d'un son clair, un peu métallique, sur un point circonscrit du thorax situé *au-dessous* du niveau d'un épanchement pleurétique. Le son étant mat dans toute la hauteur de l'épanchement, il y a néanmoins un petit espace étroit, appartenant à la paroi antérieure et supérieure de la poitrine, au niveau duquel la percussion produit un son analogue à celui que rend la région stomacale quand l'estomac contient des gaz. L'auteur suppose que ce phénomène tient à une adhérence du poumon avec la paroi thoracique antérieure, dans une petite étendue, adhérence que favoriserait le décubitus dorsal en faisant tomber le liquide à la partie postérieure de la cavité pleurale, et repoussant par suite le poumon vers la partie antérieure.

Un cas d'épanchement pleurétique simple où le bruit *hydroaérique* était bien tranché, n'a pas permis de vérifier anatomiquement cette supposition, le malade ayant guéri, ou du moins étant sorti de l'hôpital dans un état notable d'amélioration. Mais une autre observation où l'épanchement se liait à l'existence d'un anévrisme de l'aorte, est plus significative. La sonorité exagérée, ayant de 4 à 5 centim. d'étendue, était située à deux travers de doigt au-dessous de la clavicule gauche. Tout le reste de ce côté de la poitrine était mat en avant comme en arrière. On trouva à l'autopsie le lobe supérieur du poumon refoulé par un anévrisme de l'aorte et touchant par sa face antérieure la paroi thoracique, exactement dans le point correspondant à la sonorité constatée pendant la vie.

Le phénomène dont il est ici question, entrevu peut-être, comme l'auteur le fait remarquer, par Stokes et Skoda, mérite d'être enregistré, comme pouvant exposer l'observateur à des erreurs de diagnostic. Une sonorité circonscrite se détachant sur une matité générale pourrait aisément faire songer à une caverne pulmonaire, surtout si, comme il arrive assez fréquemment chez le vieillard atteint de pleurésie ou de pneumonie, les grosses branches du voisinage étaient le siége d'un gros râle muqueux ou de gargouillement. L'explication proposée par l'auteur nous paraît, en l'état des choses, la plus simple et la plus naturelle.

RECHERCHES CLINIQUES SUR L'ÉCLAMPSIE DES ENFANTS; par le docteur C. OZANAM.

On ne peut méconnaître que les analogies symptomatiques, très-nom-

breuses et très-étroites, qui relient les diverses formes d'affections spasmodiques ne rendent souvent très-difficile la distinction des genres et variétés nosologiques. La grande mobilité des phénomènes, l'absence possible de celui-ci, la présence possible de celui-là, le mode variable de leur succession, la transformation d'une forme en une autre, tout cela est bien fait pour brouiller parfois les classifications les mieux combinées. Aussi n'a-t-on pas manqué de contester en beaucoup de points les éléments différentiels qui leur servent de base. On a confondu, par exemple, l'éclampsie avec l'épilepsie (Cullen, Gardien, etc.), avec les convulsions symptomatiques (Brachet, Guersant, etc.), et même avec l'asthme de Kopp (Trousseau). Il y a là, suivant nous, l'exagération d'une vue philosophique juste en elle-même. Nous croyons bien que si l'on pénétrait au plus profond de leur origine, toutes ces formes pourraient être rattachées à un principe commun, se résondre en une même essentialité de nature et recevoir à la rigueur un même nom générique. Mais il ne s'ensuit pas que, dans leur manifestation matérielle, elles ne se divisent en groupes distincts que la fidélité du nosologiste autant que l'intérêt de la pratique commandent de respecter. Or, nous croyons, avec l'auteur, que des affections nommées tout à l'heure il n'est pas une qui ne soit dans cette condition et ne forme un tableau pathologique ayant son expression propre, son cadre spécial, ce qui ne veut pas dire qu'elle n'ait avec les autres aucun trait de ressemblance.

C'est précisément à éliminer de l'éclampsie toutes les affections avec lesquelles on l'a confondue, c'est à lui restituer ses caractères indiviuels, qu'est consacré le mémoire de M. Ozanam. Comme il a fallu pour cela que l'auteur parcourût, dans presque toute sa longueur, l'histoire nosologique de la maladie, la démonstration n'a pu être courte; elle a dû aussi toucher à plus d'un fait déjà établi et accepté dans la science. Aussi nous contenterons-nous de relever les points principaux de son argumentation.

M. Ozanam tire d'abord des caractères importants de l'état du pouls et de la respiration. — La fréqueoce du pouls précède parfois la convulsion de plusieurs heures, et devient alors un de ses prodromes les plus significatifs; elle l'accompagne ensuite dans toute sa durée. Dans la seconde période de l'éclampsie (état comateux), il reste encore assez fréquent, tantôt fort et développé, tantôt faible et sans résistance. L'accès passé, s'il en doit revenir un autre, la fréquence du pouls se maintient, et c'est, dit l'auteur, le plus constant des symptômes. — La respiration, dont le rhythme anormal n'a pas été bien précisé par les auteurs, n'est pas arrêtée ni suspendue, mais seulement pénible et accélérée. Le pharynx exécute sans cesse des mouvements de déglutition; l'enfant semble avaler l'air plutôt que respirer; d'autres fois « il saisit à la volée » l'instant où les muscles sont un peu relâchés pour aspirer l'air extérieur qu'il rejette ensuite avec une plainte *brève et saccadée*. Dans la période comateuse, la respiration change tout à fait de caractère; elle devient *rare, profonde, suspirieuse* et s'accompagne constamment d'une expiration prolongée, plaintive. Jamais, au début de ce sommeil, on n'entend de ronflement.

L'auteur attribue à la forme éclamptique des convulsions le privilége de produire ces difformités qu'on observe même chez le fœtus, et que M. J. Guérin a, le premier, rattachées à l'action anormale des muscles. Et il confirme, par les résultats de sa propre observation, les opinions professées par ce chirurgien sur la corrélation qui existe entre l'étendue et le sens de la difformité d'une part, et, de l'autre, le nombre et la direction des muscles malades; sur le rôle de la rétraction et sur celui de la paralysie; sur l'arrêt de développement qui se lie à l'altération de l'action nerveuse, etc. Ces lésordres fonctionnels peuvent être également, même dans l'éclampsie, sous l'influence d'hémorrhagies cérébrales et méningées, parce que ces hémorrhagies accompagnent quelquefois le spasme éclamptique; mais l'auteur le dit avec raison, bien que ce soit contre l'avis de beaucoup d'observateurs distingués, l'épanchement de sang *succède* lui-même aux attaques et en est la conséquence.

Ces remarques sont ce qu'il y a de plus neuf dans le mémoire de M. Ozanam. Nous l'avons dit, il puise à des sources plus explorées et mieux connues un grand nombre d'autres éléments d'appréciation, particulièrement dans l'étude raisonnée de la symptomatologie et de l'anatomie pathologique. Pour abréger, nous nous contenterons d'indiquer les caractères différentiels qu'il croit pouvoir établir entre l'éclampsie et les trois affections qu'on a le plus souvent confondues avec elle, c'est-à-dire l'épilepsie, les convulsions symptomatiques et l'asthme de Kopp.

1° L'éclampsie, dit M. Ozanam, diffère de l'épilepsie : 1° parce que les convulsions sont d'abord cloniques et se terminent par une contracture tonique (c'est le contraire dans l'épilepsie); 2° par la durée plus longue des accès et l'absence d'*aura*; 3° par *le caractère particulier de la respiration et l'absence de ronflement*; 4° par la fréquence du pouls (même avant les accès), la production d'hémorrhagies méningées, la cessation constante des accès convulsifs au bout de quelques années, ou, plus tard, vers l'époque de la puberté.

2° L'éclampsie diffère des convulsions symptomatiques par les caractères suivants : 1° les mouvements spasmodiques sont beaucoup plus marqués sur un côté que sur l'autre, et occupent ordinairement toute une moitié du corps; 2° les accès ne se transforment et n'alternent jamais avec un autre genre de convulsion, tel que tremblement, etc.; 3° les convulsions ne sont pas continues, mais viennent par accès; 4° la respiration se fait suivant un mode spécial qui n'appartient pas aux convulsions symptomatiques; 5° l'éclampsie arrête ou modifie certaines maladies dans le cours desquelles elle survient occasionnellement (la coqueluche, par exemple), et réciproquement peut être arrêtée par quelque maladie qui vient la traverser.

3° L'éclampsie enfin diffère de l'asthme de Kopp par tout l'ensemble de la symptomatologie. Dans aucune maladie autre que cette espèce d'asthme, on ne trouve cette suffocation imminente, cette inspiration aiguë, fine, sifflante, convulsive, qu'il est impossible de méconnaître quand on l'a entendue une fois. Les convulsions de l'asthme diffèrent d'ailleurs notablement de celles de l'éclampsie, et se rapprochent souvent de celles qui appartiennent à d'autres formes d'affections convulsives.

Nous n'oserions affirmer que tous les caractères indiqués par l'auteur aient le degré de valeur qu'il leur attribue, notamment ceux qu'il tire de l'état du pouls; mais le résumé qu'on vient de voir nous paraît très-fidèle. On peut voir que s'il était une maladie de laquelle on pût rapprocher, jusqu'à les confondre, l'affection dite éclampsie, ce serait à coup sûr l'épilepsie. Néanmoins, nous le répétons, la symptomatologie, les caractères anatomiques, la marche de ces deux formes morbides, diffèrent assez pour qu'on puisse, pour qu'on doive, jusqu'à plus ample informé, assigner à chacune d'elles une place à part dans le cadre nosologique.

OBSERVATIONS PROPRES A ÉCLAIRER LES SYMPTÔMES NERVEUX QUE DÉTERMINENT LE TÆNIA; par le docteur LEGENDRE.

Après avoir rapporté en détail trois observations qui lui sont propres, l'auteur résume, au point de vue spécial du diagnostic, celles qu'il a pu trouver dans différentes publications, et arrive aux résultats suivants :

Sur 33 malades, les désordres du système nerveux *cérébro-spinal* ont été notés vingt fois, et consistaient surtout en des attaques convulsives, générales ou partielles; on a observé aussi des vertiges et de la céphalalgie.

Les *lipothymies* complètes ou incomplètes existaient à peu près dans le cinquième des cas.

Les *troubles de la vision* ont existé six fois seulement : diplopie, sensation de flocons, de bluettes, de mouches; une fois, cécité périodique.

Des *bourdonnements d'oreille* ont été notés trois fois.

Enfin, chez 14 sujets, les phénomènes nerveux étaient accompagnés d'une sensation de *piqûre* ou de *morsure* à la région épigastrique.

Ce travail de M. Legendre, sans rien ajouter aux données acquises de l'observation, précise seulement le degré d'importance qu'il convient d'attacher aux désordres fonctionnels, symptomatiques de la présence d'un tænia; on aura remarqué la place élevée qu'occupent dans l'échelle les affections convulsives.

II. REVUE MÉDICALE.

Les numéros d'avril, mai et juin 1850 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Note sur le traitement et l'éducation des idiots à Bicêtre*; par M. Chauvin. 2° *Compte rendu du service médical des pauvres de l'arrondissement de Châteaubriant, etc.*; par M. Verger. 3° *De la nature intime de la fièvre typhoïde et de la place qu'elle doit occuper dans la nosologie*; par M. Rambaud. 4° *Lettre sur le parallèle des doctrines vitalistes*; par M. Sales-Girons. 5° *Mémoire sur la coïncidence des diathèses tuberculeuse et cancéreuse*; par M. Legrand. 6° *Recherches historiques sur l'origine du traité du médecin; suivies d'une traduction nouvelle de ce livre, avec notes et commentaires*; par M. Pétrequin. 7° *Étude sur la périodicité*; par M. Th. Perrin (de Lyon). 8° *De quelques applications spéciales de l'iodure de potassium*; par M. Payan. (Succès de cet agent dans des cas de névralgies diverses, où la cause syphilitique dissimulée par les malades, ou résultant de l'hérédité, avait été difficile à diagnostiquer.) 9° *Rapport de M. Jacquemier sur un mémoire de M. Oulmont, ayant pour titre : De l'hydropisie de l'amnios.*

MÉMOIRE SUR LA COÏNCIDENCE DES DIATHÈSES SCROFULEUSE ET CANCÉREUSE; par le docteur LEGRAND.

C'est un point de fait seulement que M. Legrand a voulu établir dans son mémoire. On avait prétendu que ces deux diathèses s'excluaient. M. Legrand cite un assez bon nombre d'observations empruntées à sa propre pratique et à la littérature médicale, et dans lesquelles on voit coïncider des

engorgements scrofuleux du cou avec des squirrhes de la mamelle; ainsi la phthisie tuberculeuse avec le cancer de l'estomac ou de quelque autre viscère; des tubercules du foie avec le squirrhe du pylore, etc., etc. La coïncidence affirmée par M. Legrand est donc possible; cela est manifeste, et nous ajoutons qu'il est au moins étrange que cela ait besoin d'être démontré. Déjà M. Lebert, dans le TRAITÉ PRATIQUE DES MALADIES SCROFULEUSES ET TUBERCULEUSES dont nous avons donné, il n'y a pas longtemps, l'analyse, n'avait laissé aucun doute sur ce point. Ce qui resterait à chercher maintenant, ce serait si le cancer existe *dans la même proportion* chez les personnes scrofuleuses et chez celles qui ne le sont pas. Mais c'est un point de vue où M. Legrand ne s'est pas placé quant à présent.

A. DECHAMBRE.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 14 OCTOBRE.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LE CURARE.

M CL. BERNARD lit la relation suivante des recherches expérimentales qu'il a faites, de concert avec M. Pelouze, sur le *curare*, poison violent préparé par quelques-unes des peuplades qui habitent les forêts des bords du haut Orénoque, du Rio-Négro et de l'Amazone.

Le curare qui, d'après M. de Humboldt, serait un extrait aqueux d'une liane appartenant à la famille des strychnées, se rapproche des venins par cette circonstance, déjà bien connue, qu'il peut être mangé, c'est-à-dire ingéré dans le tube digestif de l'homme et des animaux impunément, tandis que lorsqu'il est introduit par piqûre sous la peau ou dans une partie quelconque du corps, son absorption est constamment mortelle pour tous les animaux.

L'action du curare est instantanée quand on l'injecte directement dans les vaisseaux sanguins. Une solution aqueuse faible de ce poison, poussée dans la veine jugulaire chez des chiens et des lapins, a constamment déterminé une mort subite sans que les animaux aient poussé aucun cri, ni manifesté aucune agitation convulsive. L'organisme est comme foudroyé, et tous les caractères de la vie s'évanouissent avec la rapidité de l'éclair. Lorsqu'on introduit le curare en solution et en fragments solides sous la peau, son action toxique se manifeste plus lentement et avec une durée qui varie un peu suivant l'activité du poison, sa dose, la taille de l'animal et son espèce. Toutes choses égales d'ailleurs, les oiseaux meurent les premiers, puis les mammifères et ensuite les reptiles; ainsi avec le même poison les oiseaux et les mammifères périssent en quelques minutes, tandis qu'il faut quelquefois plusieurs heures pour qu'un reptile succombe. Mais toujours la mort arrive avec des symptômes semblables, très-singuliers. D'abord après la piqûre l'animal n'éprouve rien d'apparent. Si c'est un oiseau, par exemple, il vole comme à l'ordinaire, et au bout de quelques secondes, quand le curare est très-actif, il tombe mort sans pousser aucun cri et sans avoir paru souffrir; si c'est un lapin ou un chien, il va et vient après la piqûre comme à l'ordinaire sans présenter rien d'anormal; puis après quelques instants, comme s'il se trouvait fatigué, il se couche, il a l'air de s'endormir, puis sa respiration s'arrête, la sensibilité et la vie disparaissent sans que l'animal ait poussé aucun cri, ni manifesté aucune douleur. A peine y a-t-il parfois de légères contractions dans les muscles peauciers de la face et du corps.

En ouvrant aussitôt après la mort le corps des animaux ainsi empoisonnés, MM. Bernard et Pelouze ont constamment remarqué des phénomènes qui indiquent un anéantissement complet de toutes les propriétés du système nerveux. En effet, généralement, lorsque la cessation de la vie est brusque, les nerfs conservent encore quelque temps la faculté de réagir sous l'influence des excitants mécaniques ou chimiques; si l'on excite un nerf du mouvement, on voit survenir des convulsions dans les muscles auxquels il se rend; si l'on pince la peau, on donne lieu à ces mouvements spéciaux qu'on a désignés sous le nom de mouvements réflexes. Eh bien, après la mort par le curare, aucune de ces propriétés ne persiste. Sur l'animal encore chaud et mort depuis une minute, les nerfs sont inertes comme sur un animal qui serait froid et mort depuis longtemps.

Enfin, chez les animaux empoisonnés par le curare, le sang est constamment noir et souvent altéré au point de se coaguler difficilement et de ne plus pouvoir devenir rutilant au contact de l'air.

Si l'on rapproche cette action du curare de celle du venin de la vipère, on trouve que les effets du curare présentent une grande analogie, sauf l'intensité, avec les phénomènes que Fontana a observés sur le sang et sur le système nerveux des animaux morts par le venin de la vipère. De plus le curare, comme le venin de la vipère, peut être introduit impunément dans le canal intestinal.

En voyant l'innocuité si complète du curare quand il est introduit dans l'estomac, on pourrait penser qu'il était modifié, digéré en un mot, par les sucs gastriques, de telle façon que ses propriétés délétères seraient détruites. C'est dans le but de vérifier cette première supposition que MM. Bernard et Pelouze ont fait digérer dans du suc gastrique de chien pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures du curare, au bain-marie entre 38 et 40 degrés. Après ce laps de temps, ils ont piqué des animaux avec ce suc gastrique contenant du curare en dissolution; ces animaux sont morts comme à l'ordinaire; de sorte qu'ils ont pu constater que le contact du suc gastrique pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures n'avait aucunement modifié les propriétés délétères du curare. Cette expérience a été souvent répétée et variée de toutes manières, en la produisant tantôt en dehors de l'animal, tantôt sur l'animal vivant lui-même. Ainsi, chez un chien auquel ils avaient pratiqué une fistule à l'estomac, ces expérimentateurs ont fait avaler des fragments de curare avec les aliments, puis en retirant, au bout de quelque temps, du suc gastrique, ils ont reconnu qu'il avait toutes les propriétés mortelles d'une dissolution de curare.

On a alors sous les yeux, dit M. Bernard, ce singulier spectacle d'un chien qui porte dans son estomac, sans en sentir aucune atteinte, un liquide qui donne la mort instantanément à tous les animaux auxquels on l'inocule autour de lui. Non-seulement le chien dont l'estomac renferme du curare n'en éprouve aucun accident qui compromette son existence, mais sa digestion n'en est aucunement troublée.

Il est donc démontré que l'action spéciale du suc gastrique ne peut en rien donner la raison de l'innocuité du curare ingéré dans l'estomac. Les autres liquides intestinaux, la salive, la bile, le suc pancréatique, donnèrent un résultat semblable, c'est-à-dire qu'aucun de ces fluides ne détruisit par son contact plus ou moins prolongé l'action toxique du curare.

L'explication de ces faits se trouve dans le défaut d'absorption de la substance vénéneuse à la surface de la membrane muqueuse gastro-intestinale. En effet, par un privilége particulier, la muqueuse de l'estomac et de l'intestin ne se laissent pas traverser par le principe toxique du curare, bien qu'il soit soluble. Voici l'expérience à l'aide de laquelle ce fait a été mis en évidence. En prenant la muqueuse gastrique fraîche d'un animal (chien ou lapin) très-récemment tué, et l'adaptant à un endosmomètre, de telle façon que la surface muqueuse regarde en dehors, et qu'ensuite on plonge l'endosmomètre contenant de l'eau sucrée dans une dissolution aqueuse de curare, on constate au bout de deux ou trois heures que l'endosmose s'est effectuée, et cependant le liquide qui a monté dans le tube endosmométrique n'offre aucune trace de poison, ainsi qu'on le constate en l'inoculant à des animaux.

Si on laissait l'expérience marcher plus longtemps, l'endosmose du poison pourrait avoir lieu, mais on constaterait en même temps que la membrane s'est modifiée et que le mucus et l'épithélium qui la revêtent à sa surface se sont altérés et ont permis l'imbibition et l'endosmose du principe toxique du curare. En effet, en employant à cette expérience une membrane déjà altérée, l'endosmose du liquide toxique a lieu immédiatement. Sur l'animal vivant on peut constater aussi cette propriété sur la muqueuse intestinale.

MM. Bernard et Pelouze ont recherché si d'autres membranes muqueuses que celle des organes digestifs possédaient cette même propriété à l'égard du curare. Ils ont successivement essayé sur les muqueuses de la vessie, des fosses nasales, des yeux, et constamment la même propriété de résistance à l'absorption du principe toxique du curare s'est manifestée. Une injection de ce poison, faite dans la vessie d'un chien, a pu être gardée six à huit heures sans qu'il en éprouvât aucun accident; mais l'urine qu'il rendit après ce laps de temps avait toutes les propriétés toxiques du curare.

Une seule membrane muqueuse du corps fait exception, c'est la muqueuse pulmonaire. Elle se comporte à l'égard de l'absorption du curare exactement comme le tissu cellulaire sous-cutané, c'est-à-dire qu'en introduisant, avec toutes les précautions nécessaires, à peine quelques gouttes de la dissolution toxique dans les voies aériennes, on voit la mort survenir avec la même rapidité que si l'on avait piqué l'animal sous la peau. M. Bernard explique cette exception par la structure toute spéciale de la membrane muqueuse des poumons, spécialement destinée au passage de l'air et dépourvue en conséquence du mucus protecteur qui lubréfie les autres membranes muqueuses communiquant avec l'extérieur, et par sa similitude avec le tissu cellulaire.

Les auteurs se proposent de poursuivre l'examen de cette substance, au point de vue chimique; ils concluent provisoirement de ces recherches:

1° Que le curare agit sur les animaux à la manière des venins;

2° Que son innocuité, quand il est ingéré dans le tube intestinal, ne peut pas être expliquée par une altération ou digestion que le principe toxique subirait, mais bien par une propriété spéciale de la muqueuse gastro-intestinale, qui se refuse à son absorption.

PRÉPARATION DE L'ATROPINE A L'AIDE DU CHLOROFORME.

M. BUSSY présente au nom de M. Rabourdin, pharmacien à Orléans, une note sur la préparation de l'atropine à l'aide du chloroforme. Voici le procédé d'extraction du principe actif de la belladone, que M. Rabourdin soumet à l'Académie.

On prend de la belladone fraîche au moment où elle commence à fleurir; après l'avoir pilée dans un mortier de marbre et soumise à la presse pour en extraire le suc, on chauffe celui-ci à 80 ou 90 degrés cent. pour coaguler l'albumine, et on filtre. Quand le suc ainsi clarifié est froid, on y ajoute 4 grammes de potasse caustique et 30 grammes de chloroforme par litre; on agite le tout pendant une minute, et on abandonne au repos. Au bout d'une demi-heure, le chloroforme chargé d'atropine est déposé, ayant l'aspect d'une huile verdâtre; on décante le liquide surnageant, qui est remplacé par un peu d'eau. Celle-ci est décantée à son tour et remplacée par d'autre, jusqu'à ce qu'elle en sorte limpide; on recueille alors la solution du chloroforme dans une petite cornue tubulée; on distille au bain-marie jusqu'à ce que tout le chloroforme soit passé dans le récipient. Le résidu de la cornue est repris par un peu d'eau acidulée d'acide sulfurique qui dissout l'atropine, en laissant une matière résinoïde verte; la solution filtrée passe incolore. Il suffit, pour avoir l'atropine à l'état de pu-

reté, d'y verser un léger excès d'une solution de carbonate de potasse, de recueillir le précipité et de le dissoudre dans l'alcool rectifié. Cette solution donne, par son évaporation spontanée, de beaux groupes aiguillés d'atropine.

A défaut de plante fraîche, on peut se servir d'extrait officinal bien préparé. 30 grammes d'extrait de belladone, obtenus avec le suc dépuré de cette plante, ont été dissous dans 100 grammes d'eau distillée; la solution filtrée fut additionnée de 2 grammes de potasse caustique et de 15 grammes de chloroforme après l'avoir agité une minute et laissé en repos pendant une demi-heure. Le chloroforme chargé d'atropine était déposé; le liquide surnageant a été décanté et remplacé par de l'eau qui a été renouvelée trois fois. La solution chloroformique, recueillie sur un verre de montre, pesait 11 grammes (c'est donc 4 grammes de chloroforme perdus pendant les manipulations). Cette solution, abandonnée à l'air libre, s'est rapidement évaporée, laissant une masse cristalline verdâtre formée presque entièrement par de l'atropine. Reprise par de l'eau acidulée d'acide sulfurique et précipitée après filtration par une solution de carbonate de potasse, le précipité recueilli pesait 0 gr. 16 centigr. Ce précipité s'est entièrement dissous dans l'alcool rectifié, et a donné, en s'évaporant spontanément, de belles aiguilles d'atropine groupées en aigrette.

L'auteur croit ce mode de traitement de la belladone susceptible de se généraliser en s'appliquant à une foule de substances renfermant des alcalis organiques. S'il ne devient pas un moyen économique de préparation de ces produits, du moins servira-t-il, dans quelques cas, à estimer promptement la richesse de certains produits commerciaux.

PRÉSENCE DE LA CASÉINE DANS LE SANG DE LA FEMME PENDANT L'ALLAITEMENT.

MM. Natalis Guillot et Félix Leblanc envoient une note sur la présence de la caséine en dissolution dans le sang de femme pendant l'allaitement.

Les auteurs s'expriment en ces termes :

« La présence d'une substance analogue à la caséine coagulée a déjà été signalée dans le sang de l'homme malade par M. Dumas. Plus récemment, MM. Dumas et Cahours ont publié, dans leur Mémoire sur les matières protéiques, l'analyse d'un produit extrait du sang, et possédant, sinon toutes les propriétés, du moins la composition de la caséine.

» M. Stas a trouvé récemment que le sang placentaire chez la femme renfermait de la caséine en dissolution à dose notable.

» L'intérêt qui s'attacherait à démontrer l'existence de la caséine à l'état de dissolution dans le sang normal de la femme, ou des femelles en lactation, avait été compris depuis longtemps. M. Dumas chercha même, mais sans succès, à constater la présence de cette matière chez les brebis pendant l'allaitement.

» Personne, que nous sachions, n'ayant signalé la caséine en dissolution dans le sang des nourrices, nous croyons pouvoir porter à la connaissance de l'Académie les faits que nous venons de constater à ce sujet.

» Nous avons examiné le sang provenant de deux nourrices en pleine lactation.

» Le sérum de ces divers sangs, privé d'albumine par la coagulation à chaud et filtré, fournit un abondant précipité blanc lorsqu'on le fait bouillir avec quelques gouttes d'acide acétique.

» Nous avons reconnu dans la dissolution tous les caractères de la caséine. La quantité de ce produit nous a paru en rapport avec une diminution dans la proportion de l'albumine.

» En opérant de la même manière avec du sang d'enfants nouveau-nés, nous n'avons pu y rencontrer aucune trace sensible de caséine.

» Du sang d'homme et de femme, examiné de la même façon, nous a donné un très-léger précipité se redissolvant dans quelques gouttes de carbonate de soude, mais beaucoup moins abondant et d'une autre apparence que le précipité fourni par le sang des nourrices. Ce dernier seul peut être recueilli.

» Nous ferons connaître prochainement de nouvelles expériences que nous avons entreprises, en les faisant suivre des résultats analytiques. »

ALTÉRATION PARTICULIÈRE DU FLUIDE SÉMINAL CHEZ L'HOMME.

M. Demeaux, médecin à Luy-l'Evêque-sur-Lot, adresse une note sur une altération particulière de la matière séminale, caractérisée par la présence dans cette matière de petits grumeaux albumineux d'une forme régulière.

Voici en quels termes l'auteur décrit cette altération :

Au milieu de la matière séminale, soit immédiatement, soit quelque temps après l'excrétion, on aperçoit une substance nageant au milieu de ce liquide et finissant par se précipiter au fond du vase lorsque cette matière s'est décomposée au contact de l'air.

Le nombre de ces petits corps est très-variable, quoique, à la rigueur, très-facile à déterminer dans chaque émission de semence.

La forme de ces corps est à peu près toujours la même: c'est celle d'un rein humain, représentant par conséquent un ellipsoïde, avec deux faces convexes, un bord semi-lunaire, formant sur un des côtés une espèce de hile, auquel adhère ordinairement un petit filament, qui se confond avec le reste du liquide. Leur volume est très-variable, depuis celui d'un grain de moutarde jusqu'à celui d'un grain de riz. Leur couleur est d'un jaune clair, comparable à celle du cristallin humain dégagé de sa membrane. Leur consistance est aussi la même que celle du cristallin, ainsi que leur transparence.

Ces petits corps sont insolubles dans la matière séminale elle-même; plongés dans l'eau, ils ne se dissolvent pas, mais s'isolent et se précipitent au fond du vase. Si ensuite on soumet ces corps à l'action de l'alcool ou de l'acide nitrique, ils deviennent opaques et acquièrent la consistance du blanc d'œuf.

Si on abandonne à l'évaporation, sur une plaque de verre ou de porcelaine, de la matière séminale qui contient de ces corps, celle-ci se dessèche, et après cette dessiccation, chacun de ces corps apparaît également desséché, mais isolé de l'autre substance, quoique adhérent toutefois, et en soumettant le tout à la macération dans l'eau froide, ces petits grumeaux se gonflent et reprennent presque le caractère primitif.

Abandonnée à l'évaporation sur du linge, cette même matière est en partie absorbée par le tissu, qui se dessèche, et présente des caractères que tout le monde connaît; mais les petits grumeaux, aussi desséchés, restent à la surface isolés, adhérents au linge, et présentant une couleur jaunâtre, que l'auteur compare à celle des tendons desséchés. En soumettant également à la macération dans l'eau froide le linge qui porte ces taches, les petits grumeaux peuvent être facilement détachés et reprennent presque leurs caractères primitifs.

M. Demeaux pense que cette altération de la matière séminale peut être chez l'homme une cause d'infécondité, ou que du moins le produit d'une fécondation opérée dans ces conditions est peu apte à se développer convenablement, soit pendant la grossesse, soit après la naissance.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 15 OCTOBRE. — PRÉSIDENCE DE M. BRICHETEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle ne comprend qu'un état de vaccinations du département du Lot, en 1849.

CONTAGION DU CHOLÉRA.

M. le docteur Buard, chirurgien-major de spahis, adresse de Blidah la relation du fait suivant, qui lui paraît militer en faveur de la contagion du choléra.

Dans le mois de septembre 1850, le choléra épidémique existait sur un assez grand nombre de points de l'Algérie; Blidah et ses environs en étaient exempts. A deux lieues de Blidah, dans la plaine de la Mitidja, trente spahis avec leurs familles étaient établis sous la tente, réunis en smala. Le 17 septembre, un Arabe étranger, venant du côté de Milianah, où le choléra régnait, reçut l'hospitalité dans la tente de nos spahis. La famille était composée du spahis, de sa femme et d'un fils de 12 ans. L'étranger mourut dans la nuit, après avoir éprouvé de la diarrhée et des vomissements très-forts, des crampes, un froid général et une cyanose bien marquée. Le 18, une femme de la tente voisine fut atteinte et mourut rapidement avec les mêmes symptômes. Le 19, le spahis de la tente où était mort l'étranger fut atteint, ainsi que son jeune fils; ils moururent tous les deux le 20. Des ordres furent aussitôt donnés pour que les tentes fussent éparpillées dans la plaine, à une centaine de mètres les unes des autres. Chaque famille fit dans l'intérieur des fumigations de soufre; depuis ce moment aucun nouveau cas ne s'est manifesté. (Commiss. du choléra.)

AMAUROSE NÉPHRÉTIQUE.

M. Landouzy annonce l'envoi d'un deuxième mémoire sur l'amaurose néphrétique, qui se termine par les conclusions suivantes :

1° Les troubles de la vue sont un symptôme presque constant de la maladie de Brigbt.

2° Ces troubles constituent une nouvelle espèce d'amaurose, qu'on peut appeler néphrétique ou albumineuse.

3° L'amaurose néphrétique ne peut être attribuée à la détérioration des forces.

4° Elle annonce souvent la maladie avant l'invasion des autres accidents pathognomoniques.

5° Elle paraît, disparaît et revient, sans suivre exactement les phases du dépôt albumineux des urines ou de l'œdème.

6° Elle doit porter à considérer la néphrite albumineuse comme le résultat d'une altération du système nerveux ganglionnaire.

— M. Raimbert (de Châteaudun) adresse un deuxième mémoire sur la dyspepsie acescente considérée comme cause prédisposante des affections cholériques.

— M. Rigollot, médecin à Amiens, chargé de l'inspection des pharmaciens, soumet à l'Académie plusieurs questions relatives à l'application des décrets du 10 août 1810 et du 3 mai 1850, concernant les remèdes secrets et nouveaux. (Renvoyé à la commission des remèdes.)

— M. Lehuby, pharmacien à Paris, transmet à l'Académie des enveloppes médicamenteuses ou capsules en lichen, destinées à renfermer tous les médicaments solides ou liquides de mauvais goût. (Commis., MM. Guibourt et Guénean de Mussy.)

— M. Grandval, pharmacien de l'Hôtel-Dieu de Reims, envoie une note sur les extraits obtenus dans le vide et sur l'avantage qu'il y aurait à les substituer aux substances employées en nature dans les diverses préparations pharmaceutiques et la nécessité de les avoir toujours à l'état de siccité. (Commissaires, MM. Bouchardat et Soubeiran.)

INHALATION DU GAZ ACIDE CARBONIQUE DANS LE TRAITEMENT DE LA PHTHISIE.

M. Grisolle lit, en son nom et celui de MM. Louis et Pâtissier, un rapport sur un mémoire de M. le docteur Goin, relatif à l'inhalation du gaz acide carbonique, dans le traitement de la phthisie, à un signe nouveau d'auscultation

pour reconnaître la présence des tubercules latents, et à un stéthoscope différentiel.

Dans ce travail, l'auteur a eu spécialement pour but de démontrer l'efficacité des inspirations de gaz acide carbonique dans le traitement de la phthisie pulmonaire. Il a indiqué ensuite un signe d'auscultation propre, suivant lui, à faire reconnaître les tubercules commençants, et peut-être même la prédisposition à la maladie; enfin, il a proposé un nouveau stéthoscope qu'il nomme différentiel.

D'après M. Goin, l'acide carbonique volontairement inspiré par la bouche seulement, ne serait pas délétère et ne compromettrait pas même l'hématose, mais il déterminerait une excitation particulière du poumon, il imprimerait une activité plus grande au jeu pulmonaire, et cette espèce de gymnastique aurait pour effet ordinaire l'élimination et même la résorption du produit morbide.

M. le rapporteur, après avoir analysé les faits que l'auteur rapporte à l'appui de cette première proposition, conclut en disant que rien, dans le travail de M. Goin, ne démontre que les inhalations de gaz acide carbonique combinées ou non à l'usage intérieur des eaux gazeuses, aient quelque utilité dans le traitement de la phthisie. On comprend pourtant, ajoute M. Grisolle, que l'emploi des boissons gazeuses puisse, dans certains cas, être utile en réveillant l'activité des fonctions digestives, si souvent diminuées ou éteintes dans le cours de la phthisie; mais là se borne leur action.

Quant à la question de savoir si les inspirations d'acide carbonique ne sont jamais nuisibles, comme le prétend M. Goin, M. le rapporteur pense qu'il ne saurait être indifférent pour personne et surtout pour un individu dont l'organisation est minée par une lésion grave, de suspendre l'hématose ou de la rendre de temps en temps assez imparfaite pour exciter de l'orthopnée. Il considère donc que proclamer avec M. Goin, d'une manière absolue, l'innocuité du gaz acide carbonique, c'est émettre une doctrine fausse et périlleuse.

Dans la deuxième partie de son travail, l'auteur propose un signe d'auscultation propre à faire reconnaître les tubercules à l'état latent et même la simple prédisposition à la maladie. Ce signe consisterait en une crépitation plus ou moins nombreuse qu'on percevrait au moment du réveil dans les premières inspirations, et qui disparaîtrait bientôt pour se reproduire de nouveau le lendemain après un sommeil prolongé et non interrompu. Suivant M. le rapporteur, le phénomène que M. Goin signale comme révélant la tuberculisation latente ou la prédisposition tuberculeuse, serait inexplicable dans cette hypothèse. Cependant ce phénomène est réel, mais M. Goin lui a donné une valeur qu'il n'a pas. Voici comment M. Grisolle en donne l'explication.

Les médecins qui ont la louable habitude d'ausculter indistinctement tous leurs malades, constatent souvent, surtout à la partie postérieure et inférieure des poumons une crépitation sèche et nombreuse qui ne se reproduit plus après la première ou la deuxième inspiration. Ce phénomène doit dépendre de ce que, dans les inspirations profondes que font les malades qu'on ausculte, l'air pénètre dans des vésicules qui, pendant le repos et le calme de la respiration, étaient restées momentanément inactives; le bruit insolite que l'on entend lors de la pénétration de l'air n'est pas à proprement parler un râle, mais un simple bruit de déplissement des cellules pulmonaires. C'est un acte purement physiologique qui ne saurait par conséquent révéler une prédisposition à la phthisie, ni surtout la présence de tubercules dans le parenchyme pulmonaire.

Enfin, le stéthoscope différentiel de M. Goin se compose de trois cônes creux, deux plus petits qui se placent symétriquement sur les parties de la poitrine que l'on veut explorer; le troisième, plus grand, sert à contenir le pavillon de l'oreille. Du sommet des deux petits cônes partent deux tubes en caoutchouc qui viennent se fixer au troisième. On peut, de cette manière, entendre simultanément les bruits qui se produisent des deux côtés correspondants de la poitrine.

M. le rapporteur, après avoir signalé les inconvénients et le peu d'efficacité de cet instrument, termine en ces termes:

Quoique la commission n'ait pu adopter aucune des conclusions proposées par M. Goin dans son travail, elle n'en rend pas moins entière justice au talent de l'auteur et à son zèle. Elle propose donc d'écrire une lettre de remerciments à ce médecin, et de déposer son mémoire dans les archives.

M. Piorry présente à cette occasion quelques considérations sur des stéthoscopes imaginés dans un but analogue et qui ne lui ont pas paru susceptibles d'une application utile. Il pense que celui de M. Goin ne sera pas plus heureux. Il appuie par conséquent les conclusions du rapport.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

Étiologie de la tuberculisation en général.

M. Piorry lit le rapport suivant sur un mémoire de M. le docteur Wanner sur ce sujet,

M. le docteur Wanner ayant avancé il y a six ans cette opinion : que les substances calcaires sont la principale cause des tubercules pulmonaires, a poursuivi cette idée, et invoque à l'appui de sa manière de voir que dans plusieurs parties de la Sologne où le sol est entièrement composé jusqu'à la profondeur de 8 mètres de silice et d'alumine, il n'y a pas rencontré de phthisiques, de scrofuleux, ni même de calculeux.

Les sels de chaux formeraient, suivant M. Wanner, les noyaux des tubercules, et ceux-ci se rencontrent en abondance et plus que dans d'autres contrées, dans les régions de la Sologne où de la chaux existe en grande proportion.

L'opinion empruntée par M. Wanner aurait une grande importance hygiénique et thérapeutique si elle était complètement démontrée. Malheureusement il ne nous a pas paru que les faits sur lesquels l'auteur s'appuie pour la formuler soient assez nombreux. Il nous a semblé que, pour établir une proposition de cette importance, il faudrait recueillir des relevés statistiques dans lesquels on présenterait des tableaux sur les habitants de chaque commune, sur son sol, sur le nombre de tuberculeux qui s'y trouvent, etc., et comparer exactement ce que l'on observerait dans les localités à terrain argileux et dans les lieux où le sol est calcaire.

Nous croyons donc devoir encourager les recherches de M. Wanner sur ce sujet et l'engager à les faire sur une grande échelle. Il faut avouer du reste que des causes fort différentes de la présence ou de l'absence des sels calcaires pourraient agir dans la production des tubercules chez les habitants de la Sologne qui vivent sur des terrains dans lesquels la chaux est abondante; telles sont les constructions très insalubres de leurs demeures, l'état de pauvreté dans lequel ils végètent, les privations qu'ils éprouvent, la mauvaise alimentation dont ils font usage.

Du reste, M. Wanner ne se dissimule pas que de telles circonstances peuvent contribuer au développement des tubercules.

L'auteur admet avec M. Cruveilhier et avec beaucoup d'autres que des molécules solides inspirées, telles que des poussières de farine, de charbon, de caillou, etc., peuvent devenir le noyau de tubercules; il cite même le cas curieux d'un ver qui se serait introduit dans les poumons d'un marsouin, et autour duquel se serait formé de la matière tuberculeuse.

Nous partageons entièrement cette opinion, à laquelle nous avons depuis longtemps donné de l'extension; car pour nous toute substance inorganisable, mucosités, sang altéré par le contact de l'air, pus, etc., séjournant dans les cellules pulmonaires et s'y introduisant, sont susceptibles, à la longue, de devenir les points de départ de la tuberculisation. Celle-ci est d'autant plus facile que les puissances de la respiration sont plus faibles et que l'expectoration s'opère avec plus de difficulté.

Nous nous étendrions davantage sur cette manière de voir, nous établirions les faits nombreux sur lesquels elle repose, si nous n'avions pas surtout à vous parler du travail de M. Wanner. Ce médecin est loin d'adopter l'opinion de M. Boudin qui admet une sorte d'antagonisme entre les phymis ou tubercules, et les affections intermittentes. S'il est vrai que dans les parties de la Sologne où le sol est argileux et siliceux les habitants ont peu de tubercules et sont très-fréquemment atteints de fièvres d'accès tout au contraire, bien que celles-ci règnent à Cherbourg, à Rambouillet, à Romorantin, à Orléans, on rencontre de nombreux phthisiques dans ces diverses localités. Or, dans ces mêmes pays, on trouve en abondance de la craie.

Ce ne seraient donc pas, suivant M. Wanner, les conditions qui donnent lieu aux fièvres intermittentes, ce n'est pas le miasme paludéen (éliose ou miasme des marais), ce n'est pas la splénie ou l'altération du sang soit primitive, soit consécutive en rapport avec cette lésion qui serait la cause du défaut de formation de tubercules ou de phymogénèse, mais le défaut de craie dans certains pays où règnent des fièvres d'accès, qui expliquerait l'absence de phymis qu'il affirme y avoir rencontré.

Le traitement que M. Wanner propose, pour prévenir la formation de tubercules pulmonaires, consiste dans l'emploi des bi-carbonates alcalins; mais il avoue que, chez les malades atteints de pneumophymie déclarée, les accidents marchaient plus vite, alors qu'il administrait des médicaments de cette sorte. Il conseille aux phthisiques l'habitation de pays où la craie n'est pas abondante ou même n'existe pas. Il cite quelques faits, mais sans détails suffisants, à l'appui de l'utilité de ce moyen préservatif. La médication proposée par M. Wanner contre la pneumophymie développée ne diffère pas, du reste, de celle qui est en général adoptée. Nous avons même éprouvé quelque surprise en voyant l'auteur employer, dans la curation de la phthisie, le lait qui contient abondamment des sels calcaires, ce qui est peu d'accord avec sa théorie étiologique.

S'il ne craignait de sortir du sujet qui est traité par M. Wanner, le rapporteur de la commission que vous avez appelée à vous rendre compte du travail de cet honorable médecin, aurait l'honneur de vous entretenir de l'action de l'iode en vapeur, en friction et à l'intérieur, chez des gens atteints de phthisie fort grave; il vous parlerait de succès assez nombreux obtenus par cet agent médicamenteux; mais il croit plus convenable de mentionner seulement aujourd'hui ces faits, et de ne vous les présenter en détail que si vous le désirez.

En somme, nous vous proposons, messieurs, d'adresser des remerciments à M. Wanner pour son travail, et de l'engager à recueillir des observations nombreuses, exactes, suivies de relevés statistiques, et cela dans le but d'appuyer sur des bases solides l'opinion qu'il défend.

Ces conclusions sont adoptées.

Maladies du foie.

M. Monneret lit un travail intitulé : Description et valeur séméiotique de quelques symptômes des maladies du foie.

Dans ce mémoire, l'auteur étudie la fièvre et les hémorrhagies.

Il a trouvé que la fièvre *hépatique*, c'est-à-dire affectant le type intermittent ou rémittent, existe « dans les congestions inflammatoires, dans la suppuration, dans le ramollissement phlegmasique du foie, dans la phlébite de la veine porte et dans les phlegmasies de l'appareil d'excrétion biliaire; elle manque, au contraire, dans l'ictère spasmodique, saturnin, dans l'hypertrophie simple, l'état gras, les kystes, les indurations, les hydatides et le cancer. »

Les hémorrhagies ont été rencontrées par l'auteur « dans les congestions inflammatoires accompagnées d'ictères, dans l'hypertrophie avec induration de tissu, dans le cancer (plus fréquemment que dans toute autre lésion), dans la phlébite de la veine porte, dans la cirrhose *chronique* avec atrophie et induration. — Ces hémorrhagies peuvent se faire par la plupart des tissus, mais surtout dans le tube intestinal et ses dépendances. Les hémorrhoïdes fluentes ont

avec les maladies du foie des rapports bien connus et indiqués par les anciens. (Comm. : MM. Espiaud, Gérardin, Collineau.)

CAS DE MONSTRUOSITÉ PROBABLEMENT DU AU RACHITISME, SURVENU PENDANT LA VIE INTRA-UTÉRINE.

M. DEPAUL, professeur agrégé, fait la présentation suivante :

L'enfant que j'ai l'honneur de mettre sous les yeux de l'Académie est né le 11 de ce mois, à la clinique d'accouchement de la Faculté. Il n'était parvenu qu'au huitième mois et demi de la vie intra-utérine. Le travail se déclara à cette époque sans cause connue pour la femme et se termina facilement après quatre heures et demie de durée. Cependant, aussitôt après la naissance, les battements du cœur se ralentirent, la respiration ne s'établit pas, et il mourut après quelques minutes, malgré tous les soins qui lui furent donnés.

Les quatre membres sont le siége d'un vice de conformation qui mérite d'être étudié avec soin. Cette étude pourra servir, j'espère, à éclairer un des points encore si obscurs de la pathologie de l'enfant pendant la vie intra-utérine.

Il s'agit évidemment ici d'une altération du squelette. Mais cette altération est-elle primitive ou la conséquence d'une rétraction musculaire due elle-même à une maladie du système nerveux? Si j'en juge par la dissection des muscles de l'un des membres inférieurs, il faudrait renoncer à la dernière de ces opinions, qui m'avait paru d'abord la plus probable, et chercher dans la première l'explication des déformations qui existent.

Ce ne sera d'ailleurs qu'après une dissection complète qu'on pourra se prononcer définitivement. Pour le moment, j'ai voulu seulement appeler l'attention des membres de cette assemblée sur les formes extérieures de ce petit individu. Dans une prochaine séance, j'aurai l'honneur de compléter cette communication en montrant le squelette préparé, et en faisant connaître les détails de l'examen anatomique des autres systèmes.

La séance est levée à quatre heures et demie.

BIBLIOGRAPHIE.

DELLA TUBERCULOSI IN GENERE, E DELLA TISI POLMONARE IN SPECIE; del protomedico LUIGI PAROLA. — Torino, 1849. (DE LA TUBERCULOSE EN GÉNÉRAL, ET DE LA PHTHISIE PULMONAIRE EN PARTICULIER; par le docteur LOUIS PAROLA. — Turin, 1849.)

L'ouvrage dont on vient de lire le titre a été couronné par l'Académie de médecine et de chirurgie de Turin, à laquelle il avait été présenté pour le concours d'un prix institué par M. Garbiglietti (de Turin), et dont le sujet était l'étude des affections tuberculeuses. Le rapport de la commission est des plus flatteurs. Le travail de M. Parola y est considéré comme le meilleur, dans son ensemble, de tous les écrits publiés jusqu'ici sur la matière ; moins toutefois, ajoute le rapport, par la nouveauté des aperçus et la valeur, toute réelle qu'elle est, des observations personnelles de l'auteur, que par la vaste et judicieuse érudition qu'il y a déployée. Les journaux de Turin qui ont déjà rendu compte de l'œuvre ne sont pas restés en arrière de ces éloges. La GAZETTE PIÉMONTAISE, par exemple, insiste particulièrement sur l'étendue et la profondeur des recherches historiques. « Il manquait, dit-elle, à la science une histoire des tubercules qui, recueillant les connaissances répandues et transmises de siècle en siècle, pût fixer sur une base solide et présenter systématiquement ou sous forme doctrinale les acquisitions du passé. »

Nous relevons ces appréciations, parce que la source d'où elles émanent les rend très-honorables pour l'auteur, et ensuite parce qu'elles caractérisent exactement le mérite principal de son travail. Nous croyons en effet qu'on trouverait difficilement ailleurs une compilation plus fidèle, plus complète et plus intelligente de tout ce qui a été écrit depuis Hippocrate jusqu'à nos jours sur un genre d'affection mieux connu anatomiquement par les modernes, mais dont l'antiquité avait, sous beaucoup de rapports, une notion exacte et précise. Le travail historique auquel s'est livré M. Parola est double. Il comprend d'abord un exposé général des progrès successifs de la science dans la connaissance des affections tuberculeuses. Dans cet exposé, qui n'occupe pas moins d'une soixantaine de pages in-4°, on rencontre des citations extrêmement curieuses, propres à montrer jusqu'où avait pénétré, sans l'aide des moyens d'investigation dont nous sommes munis aujourd'hui, l'esprit observateur des anciens. De précieuses indications se trouvent déjà dans Hippocrate, Galien et leurs successeurs immédiats ; mais c'est surtout quand on arrive au seizième siècle qu'on rencontre des données positives sur le siége, la forme matérielle des tubercules, et sur leur relation avec la consomption pulmonaire. Sylvius insiste sur ce rapport et sur celui des tubercules et des scrofules, grande question qui divise encore de nos jours les pathologistes. Willis constate que les tubercules des poumons peuvent causer la mort sans dégénérer en ulcères. Wepfer explique la formation des cavernes pulmonaires par le ramollissement des masses tuberculeuses. Morton écrit cette phrase : « La phthisie pulmonaire est une *constitution universelle* engendrée par la maladie des poumons, farcis de tumeurs, enflammés et ulcérés. » Cette fausse subordination de l'état général à l'état local ne paraît-elle pas inventée d'hier?

L'autre point de vue historique qui se fait remarquer dans l'ouvrage de M. Parola, plus compliqué que le premier, concerne la recherche des opinions émises, des faits ou expériences invoqués, depuis la plus haute antiquité, sur chacune des questions spéciales qu'il avait à résoudre. Ces questions, déterminées par la commission du prix, étaient au nombre de dix, et embrassaient toute l'histoire des tubercules en général, et de la phthisie tuberculeuse en particulier ; la description des caractères généraux de la cachexie tuberculeuse ; celle des signes propres à révéler la formation des tubercules, à indiquer les diverses phases de leur développement ; l'appréciation du diagnostic différentiel ; l'anatomie pathologique, les caractères chimiques et microscopiques des tubercules ; leur étiologie, en y comprenant la question de la contagion ; leur mode de terminaison et le traitement qu'ils réclament. On peut deviner à quel travail s'est condamné un auteur qui s'est imposé la tâche de réunir sur chacune de ces questions tout ce que la science a enregistré de faits importants ou d'opinions sérieuses. Personne ne s'attend sans doute à ce que nous le suivions dans cette immense pérégrination à travers tous les siècles et tous les pays ; nous ne pouvons qu'indiquer aux rares esprits qui tiennent encore quelque compte de l'antiquité cette source de précieuses indications.

La prédominance du caractère historique dans le travail de M. Parola est loin pourtant d'exclure l'originalité de vues et de conception. Bien au contraire, sur la question essentielle, celle de l'étiologie de la cachexie tuberculeuse à laquelle se subordonne directement la question thérapeutique, l'auteur expose une véritable théorie qui, dans la forme absolue où il l'exprime et avec les développements anatomiques et physiologiques dont il l'accompagne, lui appartient incontestablement. Suivant lui, la cachexie tuberculeuse consiste dans une *asymétrie organique* résultant d'une imperfection originelle des fonctions de l'hématose et de la respiration, qui ne seraient suppléées que d'une manière incomplète par les fonctions hépatiques. On voit que cette théorie a ses racines dans l'embryogénie. L'antagonisme qui existe entre le système circulatoire et surtout pulmonaire et le système hépatique, et par suite duquel la rénovation du sang appartient véritablement au foie pendant la vie utérine et aux poumons après la naissance, cet antagonisme ne s'établirait pas d'une manière normale dans l'enfance et la jeunesse. Par suite d'un développement imparfait des organes de la respiration, l'hématose ne se ferait pas, après la sortie du sein de la mère, avec une énergie en rapport avec les conditions nouvelles de l'existence, et cette insuffisance de l'hématose deviendrait plus prononcée et plus nuisible avec les progrès de l'âge, comme on voit une partie du corps desservie par des muscles arrêtés dans leur développement, se déformer de plus en plus à mesure que l'accroissement de la portion correspondante du squelette amène une plus grande disproportion de longueur entre elle et les muscles malades. Il arriverait donc bientôt un moment où l'appareil hépatique serait absolument incapable de fournir à l'hématose ce qui lui manquerait du côté des organes respiratoires et de les aider suffisamment dans l'élimination du carbone. De là, un sang imparfait, qui serait la cause essentielle de la cachexie tuberculeuse et la source de tous les dépôts tuberculeux.

Cette interprétation, qui se rattache, comme on peut voir, à la *théorie des analogues* de M. Geoffroy-Saint-Hilaire, n'est qu'une face particulière d'une doctrine très-générale professée par quelques pathologistes et acceptée, ce nous semble, dans toute son étendue, par M. Parola, doctrine qui place la principale condition de la santé et de la maladie dans une sorte de balancement, régulier ou irrégulier, des fonctions essentielles de l'organisme, la régularité ou l'irrégularité du jeu de ces fonctions étant liée elle-même à l'harmonie ou à la désharmonie du développement des organes. On devine le genre d'arguments et de faits sur lesquels l'auteur peut appuyer sa théorie ; presque tous, il faut le dire, ne mènent légitimement qu'à une conséquence, c'est l'intervention du foie dans la nutrition et le rôle souvent inférieur que joue la circulation cardiaque et pulmonaire dans l'accomplissement de cette fonction. Ainsi M. Parola rappelle la prédominance du foie chez le fœtus ; l'apparition précoce de la veine-porte qui est même le premier tronc veineux dans l'ordre de la formation organique. Il cite les recherches de MM. Mandl, C. Bernard, Blondlot sur les fonctions du foie, les expériences de Vogt sur l'organisation des mollusques, dont l'appareil circulatoire ne se montre qu'à une époque avancée de l'existence et postérieurement à la formation de leur organisme. Toute cette partie de l'ouvrage de M. Parola est pleine d'intérêt. Nous croyons même qu'elle exprime un fait très-vraisemblable au moins dans sa généralité, celui d'une insuffisance originelle de la fonction de l'hématose et de l'impuissance des fonctions hépatiques à les suppléer, comme conditions

possibles du développement de l'affection tuberculeuse; mais la question, ce nous semble, exigerait une démonstration plus directe et plus péremptoire. Il faudrait, par exemple, avoir, par un moyen quelconque, constaté matériellement, chez des individus nés de parents phthisiques et devenus phthisiques *postérieurement aux expériences*, un défaut de développement de la surface pulmonaire, une imperfection réelle de l'hématose, un travail supplémentaire, quoique insuffisant, du foie. De telles expériences ne seraient pas impossibles, ce nous semble, à poursuivre sur les animaux sujets aux tubercules. Jusqu'à ce qu'elles aient été instituées, la science ne pourra prononcer en toute sécurité sur cette haute question d'étiologie.

M. Parola poursuit son idée dans une autre direction où la contradiction ne peut manquer de l'atteindre et est même déjà toute trouvée. Il cherche à établir, au chapitre relatif à l'influence des climats, un antagonisme entre les maladies des régions polaires et celles des régions équatoriales, les premières affectant spécialement l'appareil pulmonaire et donnant lieu fréquemment à la phthisie tuberculeuse, les secondes affectant surtout l'appareil hépatique. On sait que des auteurs d'une grande autorité, M. Louis entre autres, ont contesté la rareté relative de la phthisie dans les pays chauds. M. Parola s'élève fortement contre cette opinion qu'il accuse de *scepticisme*, et l'attaque par une masse considérable de documents statistiques empruntés à tous les pays du monde, et desquels on serait disposé à tirer la même conséquence que l'auteur si l'on ne devait craindre, dans une rapide analyse et dans l'impossibilité de réunir à l'improviste tous les éléments de la question, de ne pas tenir assez de compte d'une foule d'autres conditions, climatologiques ou autres, susceptibles d'influencer singulièrement l'effet propre et direct de la position géographique. On sait que la fréquence de la phthisie varie beaucoup d'un lieu à un autre, sous une même latitude, et l'auteur lui-même est loin de méconnaître ce fait dont il cite plus d'un exemple. A quelque opinion, du reste, qu'on se rattache, l'espèce de partage qui se fait entre l'appareil respiratoire et l'appareil hépatique, de toutes les maladies engendrées par l'action des causes externes susceptibles de modifier l'ensemble de l'organisme n'en paraît pas moins réelle. L'étude des constitutions médicales ne permet guère le doute à cet égard, et il est impossible de ne pas être frappé du rapport de ce fait avec cette analogie des fonctions du poumon, et de celles du foie, qui leur permet de se substituer l'un à l'autre. Sous ce rapport, c'est une donnée favorable à la théorie de M. Parola.

Cette théorie appelait, dans la thérapeutique, l'emploi raisonné d'un moyen que beaucoup d'autres personnes, livrées ou non à la pratique de la médecine, ont préconisé contre les affections chroniques en général, et plus spécialement contre la phthisie pulmonaire. Nous voulons parler de la gymnastique. On lira sur ce sujet d'excellentes pages dans un livre d'un de nos collaborateurs, M. Fourcault, intitulé : CAUSES GÉNÉRALES DES MALADIES CHRONIQUES. M. Parola a résumé tout ce qui a été écrit sur ce sujet, et l'a commenté de manière à ne laisser aucun doute sur la puissante efficacité d'une gymnastique rationnelle. Nous nous attendions seulement à ce qu'il appropriait la nature des exercices à ses idées personnelles sur l'étiologie de la maladie, et entrerait, par exemple, dans quelques détails sur la manière de développer spécialement les organes de la respiration. Nous croyons bien que la gymnastique peut agir favorablement sur les affections chroniques de la poitrine, non-seulement par une action locale sur cette région, mais aussi en modifiant la nutrition générale. Toutefois, si l'imperfection des fonctions respiratoires était la cause primordiale de la plupart des phthisies, il serait naturel de demander principalement aux exercices gymnastiques le développement des organes chargés de l'accomplissement de cette fonction. L'auteur se borne pourtant à faire ressortir les avantages d'une série de mouvements compensateurs, adaptés aux besoins des différentes constitutions, des différents âges et du degré de la maladie.

Nous terminons ici cette analyse, bornée, comme nous l'avons dit, à la partie originale du livre; nous tenons seulement à rappeler ici qu'il n'est pas un chapitre dont le lecteur ne puisse tirer un grand profit. Nous lui recommandons spécialement celui qui concerne la curabilité de la phthisie et les différentes méthodes de traitement qui ont été jusqu'ici dirigées contre les tubercules.

A. DECHAMBRE.

VARIÉTÉS.

— MUTATIONS DANS LE CORPS DES OFFICIERS DE SANTÉ MILITAIRES. — M. Mercier, chirurgien sous-aide à l'hôpital du Val-de-Grâce, à Paris, est désigné pour passer aux ambulances de la division d'Oran.

M. Gelis, chirurgien sous-aide à l'hôpital du Val-de-Grâce, à Paris, est désigné pour passer à l'hôpital de Saint-Omer.

M. Guillin, chirurgien sous-aide à l'hôpital du Val-de-Grâce, est désigné pour passer à l'hôpital de Cambrai.

M. Nogués, chirurgien sous-aide à l'hôpital du Gros-Caillou, à Paris, est désigné pour passer aux ambulances de la division d'Alger.

M. Frison, chirurgien sous-aide à l'hôpital du Val-de-Grâce, est désigné pour passer à l'hôpital de Corte.

M. Benoist, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Lille, est désigné pour passer à l'hôpital du Gros-Caillou.

M. Debée, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Lille, est désigné pour passer à l'hôpital du Val-de-Grâce.

M. Eychenne, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Lille, est désigné pour passer à l'hôpital du Val-de-Grâce.

M. Maublanc, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Cambrai, est désigné pour passer à l'hôpital du Gros-Caillou.

M. Petihon, chirurgien sous-aide aux ambulances de l'Algérie, est désigné pour passer à l'hôpital du Gros-Caillou.

M. Duauthier, chirurgien sous-aide aux ambulances de l'Algérie, est désigné pour passer à l'hôpital du Val-de-Grâce.

M. Brégeaud, chirurgien sous-aide aux ambulances de l'Algérie, est désigné pour passer à l'hôpital du Val-de-Grâce.

M. Ving, chirurgien sous-aide aux ambulances de l'Algérie, est désigné pour passer à l'hôpital du Val-de-Grâce.

M. Coste, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Rennes, est désigné pour passer à l'hôpital du Val-de-Grâce.

M. Lhoste, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Lyon, est désigné pour passer à l'hôpital du Gros-Caillou.

M. Chems, chirurgien sous-aide aux ambulances de l'Algérie, est désigné pour passer à l'hôpital du Val-de-Grâce.

M. Tédeschi, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Corte, est désigné pour passer à l'hôpital du Gros-Caillou.

M. Rey, chirurgien sous-aide aux ambulances de l'Algérie, est désigné pour passer à l'hôpital de Lille.

M. Lotor, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Saint-Omer, est désigné pour passer aux ambulances de la division de Constantine.

M. Molinard, chirurgien sous-aide aux ambulances de l'Algérie, est désigné pour passer aux ambulances de la division d'Alger.

M. Carabin, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Maubeuge, est désigné pour passer aux ambulances de Constantine.

— On lit dans le WEEKLY-HERALD, de New-York, le 7 septembre :

« Le choléra, dont les ravages à bord du steamer *Panama* avaient causé une panique générale, ne s'est pas propagé; il a disparu avec autant de rapidité qu'il avait mis de fureur à sévir, et ni la ville ni l'isthme de Panama n'ont d'autre maladie que les fièvres si communes à cette époque de l'année. Les deux steamer, *Philadelphia* et *Ohio*, venus ultérieurement de San-Francisco, ont traversé les mêmes latitudes et touché aux mêmes points de relâche sans y contracter aucun germe morbide. La brusque et terrible visite de l'épidémie à bord du *Panama* restera donc un trait de bizarrerie de plus dans l'histoire de ce fantasque fléau. »

— MALTE. — Le 14 septembre il y avait dans cette île 8,813 cas de choléra dont 1,502 morts. A Céphalonie, on comptait déjà dans le mois d'août 24 cas dont 10 morts. A Lante, il y avait eu un seul cas douteux. A Tunis, cessation presque complète de l'épidémie.

— ÉTATS-UNIS — Une colonie d'Allemands établis au Milwalkie a été ravagée par une épidémie de *dyssenterie maligne* avec symptômes cholériformes. Dans deux jours elle a perdu 109 habitants.

— CHINE. — La mortalité considérable qui a existé sur les troupes anglaises en Chine continue aujourd'hui à sévir sur les militaires et la population civile. On sait qu'en 1848 le 95e régiment, complétement décimé par les maladies, fut contraint de quitter la garnison. La position insalubre des casernes et l'encombrement des chambrées dont les lits ne sont séparés que par un intervalle de 6 pouces sont les deux seules causes appréciables de cet état de choses.

— ÉTAT SANITAIRE DE LONDRES. — Dans la dernière semaine du mois de septembre passé, on a compté 981 morts, ce qui donne une diminution de 135 sur la mortalité des semaines correspondantes des onze dernières années. Le nombre des maladies zymotiques ou éruptives s'est élevé seulement à 198. Il y a eu 57 cas de diarrhée et 4 cas de choléra. Le nombre des naissances dans le même temps a été de 1,473, dont 750 du sexe masculin et 723 du sexe féminin.

— Le docteur Southwood-Smith, si connu par ses travaux sur la statistique médicale et l'hygiène publique de l'Angleterre, membre, comme médecin, du conseil général de santé, vient d'être nommé à la direction de l'administration chargée de faire exécuter le nouveau bill sur les enterremens qui interdit la sépulture dans les cimetières des villes.

— AVIS. — MM. les professeurs particuliers qui ont l'intention de faire un cours à l'école pratique pendant le semestre d'hiver sont prévenus que la réunion pour le choix des amphithéâtres et des heures aura lieu à la Faculté de médecine le mardi 23 octobre à midi.

— AVIS. — MM. les médecins nouvellement établis dans le département de la Seine et qui ne figurent pas sur l'AGENDA MÉDICAL, de même que ceux qui ont changé d'adresse depuis un an, sont priés d'envoyer leurs notes avant le 25 octobre courant, à M. LABÉ, éditeur, 4, place de l'École-de-Médecine.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE GÉNÉRALE.

LA NOUVELLE LOI SUR LA PRESSE ET LES JOURNAUX DE MÉDECINE.

Nous avons déjà dit quelques mots, lors de la promulgation de la nouvelle loi sur la presse, des dispositions qui prescrivent la signature des articles de discussion. Nous sommes resté dans le doute sur la question de savoir si cette obligation atteignait les journaux de médecine. Depuis que la loi est en vigueur, nous avons pu constater deux choses : la manière dont elle a été comprise par la presse médicale, et l'influence qu'elle paraît devoir exercer sur cette dernière.

Tous les journaux de médecine, et la GAZETTE MÉDICALE elle-même, ont accepté la nouvelle loi dans son sens le plus général. Tous se sont conformés, on peut le dire, à ce qu'elle a de plus absolu. C'est un fait qui n'est pas sans quelque importance ; c'est la solution, par l'assentiment général, d'un doute que nous avions conçu. Mais cet assentiment prouve-t-il que tous nos confrères de la presse aient admis comme sûrement obligatoire, en ce qui les concerne, la disposition de la signature forcée. Quelques-uns ont pu se laisser aller provisoirement, comme nous, à cette interprétation, sauf à la remettre en question au premier inconvénient résultant de la pratique. Soumettons-d'abord, ont-ils pu dire, et nous verrons après. Il n'est pas douteux que cette adhésion apparente ne puisse un jour servir contre nous, si le parquet avait quelque motif de nous rechercher. En gens prudents, nous aurions mieux fait peut-être de nous enquérir de toute la portée de la servitude, avant de l'accepter aussi bénévolement. Mais il n'est jamais trop tard de mieux faire ; voyons-donc ce que la théorie et l'expérience ont pu apprendre jusqu'ici, de l'influence de la signature forcée sur la presse médicale et la science elle-même.

Les instigateurs de la loi qui nous occupe n'ont pas dissimulé leur but ; ils ont voulu détruire l'influence occulte de la presse ; ils ont traduit ce quatrième pouvoir au grand jour. Ils avaient compris, en effet, que l'autorité du journalisme était d'autant plus grande qu'elle paraissait plus collective. C'était un système, un parti tout entier qui parlait par l'article anonyme. En substituant l'opinion individuelle à l'oracle du nombre, ils ont diminué la force de l'une de toute l'autorité de l'autre. Il ne nous appartient pas de rechercher jusqu'où ce but était progressif et jusqu'où il a été atteint ; nous devons nous renfermer dans ce qui nous touche. Or quelle est la portée scientifique de la nouvelle loi ? Quelle influence sa mise en pratique exercera-t-elle et a-t-elle exercée jusqu'ici sur la presse médicale et la médecine ? C'est à quoi nous voulons borner notre examen.

Il y a d'abord une grande différence à reconnaître entre la politique et la médecine. Jusqu'ici l'une est tout entière dans les opinions, dans les passions des partis. Aucun principe fixe ; aucune constitution définitive. La médecine, au contraire, commence à s'établir sur des bases stables ; elle est fille du temps ; et l'expérience, de concert avec la raison, tend chaque jour à accroître ses conquêtes. Cette différence de caractère et de stabilité influe singulièrement sur la portée de la nouvelle loi. En médecine, du moins dans sa partie positive, peu importent le nombre et les opinions. Une observation, une expérience, parlent plus haut que les noms, les systèmes et les partis. L'obligation de signer un article de discussion influe donc beaucoup moins sur l'autorité de l'écrit médical que sur la portée de l'écrit politique. Il n'y a qu'un seul cas où la signature obligatoire exerce sur la presse médicale un effet plus fâcheux peut-être que sur les écrits politiques : c'est quand il s'agit d'articles de doctrines. Un journal s'est voué à la défense et à la propagation de tel ou tel ordre d'idées. Chacun de ses articles est l'émanation d'une pensée commune. Dans ce cas, la signature individuelle ne tend qu'à rétrécir, qu'à atténuer l'autorité des principes ; elle substitue en quelque façon le nom propre à l'idée, le disciple à la doctrine, et fait disparaître la cause dans l'effet. Ce qui, en politique, suivant le but des auteurs de la loi, est un bien incontestable, va donc, en médecine, contre l'intérêt le mieux entendu de la science.

Cependant nous ne voulons rien exagérer : si la médecine a un côté positif, elle a aussi un côté spéculatif. Sous ce rapport, elle ressemble assez bien à la politique. Ajoutons que c'est le plus souvent à l'occasion de ce qu'il y a de plus conjectural dans la science que les discussions s'élèvent et se passionnent, et le rapprochement sera encore mieux motivé. Dans ce cas, que fait la signature forcée ? Nous le reconnaissons volontiers, elle tend à moraliser la critique, du moins quand il s'agit des discussions qui touchent aux personnes. Celui qui signe au grand jour y regarde à deux fois avant de se faire l'accusateur public d'un confrère. — Toutefois on a vu des exceptions. — Il est plutôt à craindre que la signature obligatoire ne conduise à l'exagération de l'éloge. Il est telles constitutions qui vous auraient peut-être frappé dans l'ombre et qui vous caresseront à la lumière. Franchement nous ne nous en plaindrons pas.

Ce que nous venons de dire en théorie commence à se vérifier dans la pratique. Depuis que la loi est en vigueur, nous nous en sommes assuré pour la curiosité du fait, il n'y a eu dans aucun journal l'ombre d'une critique personnelle. En revanche, bon nombre de signataires d'articles laudatifs ont été heureux d'apprendre à qui cela regardait d'où leur venaient l'encens et la flatterie ; mais ils n'ont pas considéré que l'éloge, comme la critique, perd beaucoup de son autorité en s'individualisant.

Pour en revenir au but de cet article, nous voudrions déterminer dans quelles limites la presse médicale est tributaire de la nouvelle loi. Nous avons constaté que tous, autant que nous sommes, nous avons subi le joug bénévolement. Le devions-nous et avons-nous bien fait de laisser s'établir un tel précédent : c'est ce qu'il convient d'examiner.

On admettra sans peine que nos législateurs n'aient eu aucun souci de nous lorsqu'ils ont voté le principe de la signature forcée. Toute loi est un système, et la loi qui nous occupe plus peut-être que toute autre est une inspiration partiale ; elle n'a eu en vue qu'un seul ordre de faits : les faits politiques. Cela étant, et quels que soient les termes employés, n'est-il pas logique de croire que la presse scientifique et la presse médicale en particulier sont restées étrangères à la contrainte qui a atteint la presse politique. Tel est, suivant nous, l'esprit de la nouvelle loi ; voyons-en la lettre.

L'art. 3 du titre 1[er] porte : « Tout article de discussion politique, philosophique ou religieuse devra être signé de son auteur, sous peine..... » L'art. 4 ajoute : « Les dispositions de l'article précédent seront applicables à *tous* les articles, quelle que soit leur étendue, publiés dans les feuilles politiques ou *non politiques*, dans lesquels seront discutés des *actes* ou *opinions des citoyens*, et des intérêts individuels ou collectifs. »

Il est d'habitude, sinon de principe, en jurisprudence, de prendre la loi dans ce qu'elle dit plutôt que dans ce qu'elle a dû ou voulu dire. La cour

---

Feuilleton.

CHRONIQUE MÉDICALE.

Les médecins et pharmaciens troublant les empires. — Mauvais caractère de toute la race.—La navigation aérienne. Considérations hygiéniques, physiologiques et thérapeutiques —L'insurrection des fébrifuges.—L'inde dans la rue Geoffroy-Marie. — Honteuse spéculation.

On vous conseille de vous en vanter, très-chers et très-honorés confrères, et vous aussi, ne vous en déplaise, messieurs de l'officine ! Vous êtes une gent traitable et pacifique, une vraie moutonnaille, point tracassière, point remuante, ni avide de bruits et de changements. Ce que l'on veut vous voulez ; où l'on vous mène vous allez. Eh ! qu'importe la houlette, pourvu que vous broutiez, et que vous ne soyez pas mangés par le loup ? Ce n'est pas vous qui iriez mettre la discorde et le ravage chez vos voisins ; non vraiment, vous êtes trop sages pour cela ! Vous attaquer mutuellement, vous choquer front contre front, dans l'intimité de la bergerie, ce n'est pas grand hasard ; mais vous mettre en révolte, mais souffler la haine et la guerre, voilà ce dont vous êtes et serez toujours innocents et incapables.

Allons donc ! ne voyez-vous pas qu'on se moque de vous ? Ne comprenez-vous pas, au contraire, ô tendres amis ! que vous êtes les trouble-fêtes les plus infatigables qui aient jamais paru sur la machine ronde ? Maugréez tant qu'il vous plaira, nous n'en rabattrons pas un mot. Oui, la trousse et le bocal à jujubes sont les deux réceptacles d'où sont sortis et sortent les plus grands maux de la société, et nous gagerions bien un œil que la célèbre boîte de l'antiquité n'était pas autre chose. Nous sommes d'autant plus à l'aise dans notre mercuriale que c'est surtout aux *physicians* et *apothecarys* qu'elle s'adresse (*c'est à vous que je parle, ma sœur*). En ce moment, le Portugal et l'Angleterre se font de gros yeux ; il y a brouille ouverte entre l'orange et la pomme de terre ; de Portsmouth au Ferrol les canons se regardent, ouvrant de grandes bouches affamées. *Quo numine læso ?* Quelle injure faut-il venger ? Quelle est la redoutable puissance qui soulève ainsi ces empires, et pour qui prépare-t-on les sacrifices humains ? O Minerve, déesse de la science et de la guerre tout ensemble, armée du compas et du bouclier ! O Apollon, dieu de la médecine et vainqueur de Python ! La cause, la cause unique de cette grande querelle, est un petit compte d'un de nos confrères d'outre-Manche, que le gouvernement portugais refuse de régler. Ce digne confrère est, à ce qu'il paraît, ministre anglican ou quelque chose d'analogue. Il donne surtout des consultations aux pêcheurs ; il répand la parole puritaine avec ses ordonnances, les prêches avec l'opium ou le chloroforme, et accouche à la vie éternelle les papistes endurcis. Or il paraît que la partie militante de cette double profession l'emportait sur la partie médicale, de manière à inquiéter les catholiques autorités de Lisbonne ; si bien que, tout en offrant l'hospitalité au praticien, on finit par congédier le confesseur de la foi anglicane. Notre confrère dut faire

de cassation a plus d'une fois consacré cette doctrine. Partant de là, il faut se demander si le texte des articles permet d'affranchir la presse médicale des dispositions tracassières de la nouvelle loi. Nous n'en conservons aucun doute; ainsi qu'on l'a déjà fait remarquer dans ce journal, l'article qui prescrit la signature des articles vient immédiatement après la fixation du cautionnement des journaux politiques. La presse médicale n'est pas assujettie au cautionnement. On parle ensuite des *actes* ou *opinions des citoyens :* la loi n'a pu entendre : « les opinions médicales ou chirurgicales des citoyens médecins. » Nous ne faisons exception que pour la discussion des actes administratifs. Ici nous entrons dans la politique, et quand la presse médicale change de caractère, il est naturel qu'elle subisse les conséquences de cette mutation de rôle et d'attributions.

La lettre comme l'esprit de la nouvelle loi semblent donc excepter la presse scientifique et médicale des dispositions de la nouvelle loi. Qu'on n'aille pas croire néanmoins qu'à la faveur de cette interprétation nous regardions la presse médicale comme libre de toute contrainte et de tout contrôle : loin de nous une pareille prétention; plus que qui que ce soit, nous avons peut-être des motifs de penser et de désirer le contraire. La loi comprend des faits d'une certaine nature; ce sont ces faits mêmes, et non les cadres où ils peuvent se produire, qui décident de l'étendue de ses applications. Les journaux de médecine prennent parfois les allures et le ton des journaux politiques; on a vu aussi quelquefois leur polémique s'attaquer, non aux vues théoriques des auteurs, mais à leur caractère moral. Nul doute que de tels articles ne rentrent logiquement dans la catégorie des actes, des intérêts que la loi a eu en vue de protéger. Tout cela se réduit donc à une question d'appréciation pratique. Sous ce rapport il est permis d'attribuer à la nouvelle loi un certain champ d'action, qui pourra s'étendre jusque sur la presse médicale; mais ce champ sera bien plus raisonnablement limité par la nature des faits que par le texte des articles.

JULES GUÉRIN.

PATHOLOGIE INTERNE.

DE L'AMAUROSE DANS LA NÉPHRITE ALBUMINEUSE ; par M. H. LANDOUZY, professeur à l'École de médecine de Reims, etc.

(Deuxième mémoire. — Voir le numéro du 20 octobre 1849.)

Opinionum commenta delet dies, naturæ judicia confirmat.

Plusieurs praticiens éminents, et entre autres MM. les professeurs Roux à Paris, Forget à Strasbourg, Florent Cunier à Bruxelles, ayant, assisté la publication de mon mémoire, confirmé par les faits les plus catégoriques la coexistence de l'amaurose (1) et de la maladie de Bright, j'avais résolu de laisser au temps le soin de dissiper les doutes qu'entraîne nécessairement toute proposition éloignée des idées reçues. Mais une néphrite albumineuse, que j'ai actuellement sous les yeux, m'explique d'une manière si frappante comment on peut se produire plusieurs faits négatifs, que je dois indiquer les sources d'erreurs, sous peine d'entendre nier les troubles de la vue, alors qu'ils deviendraient des plus manifestes, si les malades étaient soumis à un examen suffisamment répété et approfondi.

Voici, avant d'aller plus loin, les principales circonstances de ce fait, qu'ont observé avec moi mes savants confrères Henrot et Wyslouch, et les principaux élèves de la clinique.

OBS. — Le nommé V..., ouvrier teinturier, âgé de 20 ans, d'une constitution robuste, d'habitudes sobres et régulières, n'a jamais eu d'autre maladie que des accès de fièvre intermittente, il y a trois ans, et un rhumatisme articulaire, il y a dix-huit mois. Hors quelques douleurs aux genoux, dans les changements de temps, il avait une très-bonne santé et travaillait assidûment, lorsque, le 1er janvier 1850, il éprouve tout à coup, le matin, un léger malaise qui cependant ne l'empêche ni de sortir toute l'après-midi, ni de travailler les jours suivants toute la journée.

Le 3 janvier, à dix heures du matin, V... étant à son atelier, est pris, sans cause appréciable, d'un vomissement abondant; il dîne néanmoins à midi, vomit de nouveau après le repas, retourne à son atelier jusqu'à sept heures, soupe avec appétit, et vomit encore pendant la nuit.

Le lendemain 4, V... travaille comme d'habitude, sans la moindre indisposition.

Le 6, ses parents s'aperçoivent qu'il a la figure enflée; le soir, on remarque du gonflement aux jambes, et un sillon profond produit au-dessus du mollet par les cordons du caleçon.

V... n'éprouvait cependant aucun malaise, et il continuait avec la même assiduité ses travaux à l'usine, lorsque, le 11 janvier, son père, qu'il avait remplacé toute la semaine dans la direction de la teinturerie, revient à l'atelier, et trouve complétement manquées toutes les pièces teintes pendant son absence.

Les nuances à donner aux étoffes étaient celles qu'il avait données déjà cent fois auparavant, et comme on ne pouvait attribuer cet accident à l'inhabileté, V... avoue qu'il a la vue trouble depuis une huitaine de jours; quoiqu'il assure que, malgré cet accident, il peut continuer à travailler, qu'il a toutes ses forces, etc., on l'engage à retourner chez lui pour se faire soigner.

Le lendemain 12, le médecin, M. Labbée, ordonne des frictions générales avec l'eau sédative, et des onctions avec la pommade camphrée; le 13, un vomitif; le 14, un purgatif; les 15, 16 et 17, des bains de vapeur; les 18, 19 et 20, des frictions et des onctions avec l'eau et la pommade Raspail.

Comme l'œdème général augmentait beaucoup, qu'il était survenu une toux violente, des mouvements de suffocation pendant la nuit, etc., le chef de la fabrique, M. L..., me fait appeler, le 20, à quatre heures du soir.

Le malade est levé depuis plusieurs heures; tout le corps est énormément gonflé, excepté les membres supérieurs; le gonflement de la face est surtout prononcé

(1) Ainsi que j'ai pris soin de le dire dans mon premier mémoire, j'emploie le mot *Amaurose* pour éviter toute périphrase, et pour ne pas fabriquer d'expression nouvelle. L'acception étymologique du mot (ἀμαυρός, obscur) répond suffisamment, du reste, à la signification que je lui donne ici.

Tantôt, en effet, ce trouble de la vue se manifeste sous forme de diplopie, d'hémiopie, de nyctalopie, d'héméralopie; tantôt sous forme de faiblesse, tantôt sous forme d'exaltation momentanée, de sensibilité douloureuse, etc., etc.

Comme, à moins de faire une ligne de grec, il était impossible de trouver une expression qui signifiât toutes ces choses, j'ai pris le mot *Amaurose*, consacré déjà pour des symptômes analogues, et qui ne préjuge rien sur la nature de la maladie.

---

ses adieux au fleuve du Tage et fuir ses bords charmants, mais en réclamant du gouvernement une somme assez ronde à titre d'indemnité. Autorisé plus tard à reprendre l'exercice de la profession médicale, l'amour de la propagande et de l'association religieuse l'emporta encore. Cette fois ce fut un congé définitif. Second mémoire, de taille, celui-ci, à donner l'idée la plus avantageuse de la clientèle qu'il fallait quitter; car il s'agit de quelque chose comme une quarantaine de mille francs pour six mois de chômage. Le Portugal qui n'est pas riche, beaucoup moins même que l'Autriche au temps de ses malheurs, le Portugal, comme nous avons dit, refuse de payer; mais l'Angleterre ne veut pas en rabattre d'un penny, et menace de faire partir sur une frégate M. Loyal, en chapeau à cornes et l'épée au côté, avec quelques milliers de recors de la même tournure. Voilà le beau chef-d'œuvre du confrère britannique.

Et quand nous disons que c'est péché d'habitude chez les médecins et pharmaciens sujets de la gracieuse reine, croyez-vous que nous exagérons? Qui est-ce qui a failli nous brouiller, il y a une dizaine d'années avec la sérénissime et illustrissime reine Pomaré? qui est-ce qui a presque mis aux mains la France et la Grande-Bretagne? qui est-ce qui a déchaîné chez nous la passion politique et ouvert la voie à la révolution de février? qui est-ce qui a soutiré de notre coffre dix mille bons écus? Un pharmacien anglais, le célèbre Pritchard! Et n'avait-il pas la même origine et la même profession, ce don Pacifico dont le gouvernement grec vient de payer si cher les petits pots, non cassés encore, et qui a été sur le point de mettre le feu à l'Europe avec ses poêles à frire? De manière que voilà, en quelques années, trois royaumes exposés au massacre et à la ruine pour des notes d'apothicaires. Singulier rôle pour l'art de guérir!

Au surplus, pendant que nous y sommes, il faut que nous nous disions à nous-mêmes, une bonne fois, notre fait. Nous nous croyons volontiers, nous autres médecins, de petits apôtres à mettre en châsse, dont le genre humain n'a jamais reçu que joie, bonheur et honnêtes lumières. En ceci, nous nous vantons fort. Depuis notre confrère Chiron, qui enseignait à Achille l'art de tuer les gens, et qui, par une punition de la Providence de ce temps-là, mourut d'un coup de l'arme qu'il maniait si bien, jusqu'à Marat, tué sur le monceau de cadavres qu'il avait amassé, la profession aurait à faire un examen de conscience assez lourd. Si on se le mettait en tête, on finirait par prouver qu'elle a été l'un des éléments perturbateurs les plus actifs des sociétés et l'une des plus grosses pierres de scandale. Quels ont été, s'il vous plaît, les promoteurs les plus ardents des doctrines matérialistes ou panthéistes, si ce ne sont les médecins, et quelle cause plus énergique et plus sûre de perturbations sociales que la ruine des idées religieuses? Voilà déjà un raisonnement passablement fort. Voulez-vous maintenant des preuves de fait? Averrhoës, par exemple, mérite-t-il un cierge pour avoir soutenu que la machine humaine est mue par la même force que la lune? Faut-il adjuger un bon point à Lamettrie, qui a écrit L'HOMME MACHINE, s'est fait chasser de Hollande comme un pelé, et a fini par mourir honteusement d'indigestion? Est-ce un livre bien édifiant que le célèbre conte de maître Rabelais, dont le récipiendaire de Montpellier endosse la robe? Sont-ce des personnages de vertu singulière, ce Vanini, poursuivi pour sa conduite plus encore que pour ses doctrines, et qui sentait le roussi d'enfer longtemps avant d'être brûlé en place publique; et ce Paracelse, que l'insuccès de son charlatanisme finit par envoyer mourir à l'hôpital; et ce Brown, entraînant dans son inconduite

au menton; les bourses et le pénis causent une grande gêne au malade par l'œdème considérable dont ils sont le siége. La peau est partout d'un blanc mat.

Intelligence parfaite, pas de céphalalgie, langue un peu sèche; pas d'appétit, peu de soif; pas de nausées ni de vomissements; selles naturelles; pouls régulier, plein, résistant, 80 pulsations; bruits de soufflet systolique s'étendant dans les carotides. Matité, absence de respiration, égophonie, etc., dans les deux tiers inférieurs du côté gauche.

Violentes douleurs depuis le matin, et pour la première fois, dans la région lombaire. L'urine, brune, transparente, en quantité normale, donne par la chaleur et par l'acide azotique, un précipité blanc, soluble dans la potasse, et qui, au bout de dix-huit heures de repos, occupe la moitié du tube.

Le malade, interrogé sur l'état actuel et antérieur de la vue, m'assure *qu'il voit très-bien et qu'il a toujours très-bien vu.* J'insiste par de nouvelles questions, et toujours le malade me répond: « *Je vois t ès-bien*; je vous parais peut-être » ne pas voir d'une manière nette, parce que je suis myope et un peu louche de » naissance, mais je vois parfaitement et j'ai toujours parfaitement vu. »

Effectivement, je fais lire le malade et il lit de la manière la plus distincte des caractères assez fins. Frappé de cette exception, je reviens le lendemain prendre l'observation dans tous ses détails, et ce n'est que lorsque j'insiste près du malade pour savoir pourquoi, n'éprouvant ni faiblesse ni malaise, il a quitté son atelier le 11 janvier, qu'il me répond: « *J'ai abandonné l'atelier parce qu'on était forcé de recommencer toutes les pièces que j'avais teintes.* » — « Mais alors, vous aviez donc la vue trouble? » — « Je voyais bien, mais je me trompais de nuances. » — « Est-ce parce que vous êtes myope? » — « Non, car c'étaient des nuances que j'avais l'habitude d'assortir parfaitement; mais j'avais comme un brouillard devant les yeux, surtout au grand jour; dans la rue, j'étais obligé de mettre beaucoup d'attention, afin d'éviter les passants et les voitures. » (Saignée de 500 grammes.)

21. Le malade a passé une bonne nuit; le sang n'offre pas de couenne. Le dépôt albumineux formé la veille occupe la moitié du tube. (Eau de Sedlitz; large vésicatoire au côté gauche.)

22. La matité est moindre; le murmure respiratoire reparaît; le gonflement de la face diminue; l'œdème des bourses et des extrémités inférieures est aussi prononcé.

23. Trouble considérable de la vue, d'une à huit heures du matin. Le malade nous dit qu'il voit très-clairement depuis huit heures, mais que pendant la nuit *l'obscurcissement de la vue était tel qu'il ne pouvait distinguer ni les personnes placées près de son lit, ni même les tasses de boisson qu'on lui présentait.*

Depuis cette époque jusqu'au 1er mai, c'est-à-dire pendant trois mois, l'état du malade est toujours resté à peu près le même, malgré le traitement le plus énergique et le plus varié. (Limonade sulfurique; eau de Vichy; purgatifs drastiques; digitale à haute dose; ferrugineux; vésicatoires répétés sur la colonne vertébrale, etc., etc.

L'appétit a toujours été bon, la fièvre nulle.

L'urine, acide, en quantité normale, a toujours été plus ou moins brune, et semblable en général au bouillon de bœuf, pour la couleur et pour l'odeur. Le dépôt albumineux a varié entre un quart au minimum et moitié au maximum, de la quantité d'urine, en volume, après vingt-quatre heures de repos.

L'œdème a presque toujours été général, mais il était cependant plus prononcé, tantôt à la face, tantôt au thorax, tantôt aux jambes, tantôt à l'abdomen, tantôt aux bourses; on le voyait diminuer rapidement dans une région, à mesure qu'il augmentait dans une autre.

Ces variations de l'œdème étaient quelquefois telles qu'en moins d'une heure les bourses acquéraient le volume de la tête d'un enfant.

Jamais il n'a été possible d'établir de relation entre les variations de l'œdème et les variations de l'albumine.

La vue a été, tantôt très-nette, tantôt très-trouble, sans que les yeux aient jamais cessé d'être limpides, et sans que les pupilles aient présenté de modifications appréciables. Pendant une quinzaine de jours, le malade lisait sans la plus légère fatigue; puis, les quinze jours suivants, la moindre attention le fatiguait, la lumière naturelle ou artificielle lui causait une impression douloureuse. Jamais il n'était possible d'observer ni aucune périodicité, ni aucune relation précise entre l'état de la vue et la quantité d'albumine ou l'œdème.

Ainsi, du 18 au 22 mars, dès que le malade voulait lire les premières lignes d'une page, ses yeux se portaient malgré lui sur les dernières. Le soir arrivé, il était obligé de se cacher dans son lit pour ne pas voir la bougie, et si par hasard on s'approchait de lui avec une lumière, il se plaignait de recevoir comme un coup violent dans les yeux.

A cette époque, cependant, V... était beaucoup plus fort que, dans la dernière quinzaine de janvier, alors qu'il avait la vue très-nette, et que la lumière ne lui causait aucune impression pénible.

L'état du malade restait donc à peu près le même depuis trois mois, lorsque, dans les premiers jours de mai, je lui prescrivis un bain de vapeur tous les deux jours (à l'aide de la lampe à alcool), et pour boisson exclusive, entre les repas, la limonade azotique à la dose de 500 à 700 grammes.

Soit simple coïncidence, car le même traitement a échoué chez d'autres malades, soit heureuse influence de ces moyens, c'est à dater de ce moment que l'œdème disparaît insensiblement de toutes les régions du corps, en commençant par les régions supérieures, et que l'albumine, qui n'avait jamais formé moins du quart de l'urine, en volume, forme seulement le sixième, et enfin le dixième.

La vision n'éprouve plus aucun trouble, et, le 1er juin, V... n'ayant plus qu'un peu de gonflement aux jambes, retourne à son atelier, d'abord pour s'y distraire par une occupation sans fatigue, et bientôt pour y reprendre ses travaux habituels, qu'il n'a pas interrompus depuis.

V... n'a jamais pris, par jour, moins d'une demi-bouteille de limonade azotique (35 gouttes d'acide par bouteille d'eau sucrée). Il a continué à prendre cette limonade tous les jours, et un bain de vapeur tous les deux jours jusqu'au 15 juillet.

Les urines, examinées tous les jours pendant les six premiers mois, et tous les huit jours ensuite, ont continué à donner et donnent encore aujourd'hui, 1er octobre, un dixième de coagulum albumineux; mais la santé, les forces, la vue, etc., n'ont pas éprouvé, depuis le 1er juin, la moindre atteinte.

Ce qui frappera principalement dans cette observation, c'est le trouble de la vue survenu dès le début même de l'affection, trouble qu'on ne peut attribuer ni à la faiblesse, puisque le malade est aussi fort que d'habitude; ni aux troubles généraux produits par la maladie, puisque l'amaurose disparaît plus tard, quand les troubles généraux sont plus intenses; ni aux remèdes employés, puisqu'il n'y avait point encore eu de traitement.

Mais ce que je veux signaler surtout, c'est la difficulté d'arriver, dans ce cas pourtant très-simple, à constater un phénomène aussi manifeste. Or si, près d'un homme intelligent, j'ai eu tant de peine à constater ce symptôme, moi qui avais intérêt à le trouver, que sera-ce près des malades à qui on se borne à demander: Voyez-vous bien? avez-vous toujours bien vu? surtout quand des idées préconçues font douter d'avance de la réalité du phénomène à étudier.

Ajoutez à cela que les malades attribuent le plus souvent ce trouble des yeux à la faiblesse, à la douleur, à la diète, au traitement, etc.; qu'en général ils y prêtent peu d'attention, et qu'ils l'ont naturellement oublié, lorsque, quelques mois plus tard, ils sont interrogés sur les circonstances qui ont marqué le début des accidents.

Telle est la raison pour laquelle plusieurs observateurs habiles n'ont pas

---

la foule de ses élèves; et celui-ci, et celui-là, et tous ceux que nous n'avons pas le temps d'aller déterrer? Aussi bien, en voilà assez pour notre thèse. Elle est si juste et si solide de tout point que nous ne sentons pas le besoin de nous la faire pardonner de nos confrères. Nous promettons seulement de les dédommager une autre fois en énarrant les qualités sans pareilles et les innombrables vertus dont, sous d'autres rapports, ils ne cessent de donner l'exemple. L'occasion ne peut tarder à se présenter.

—Dieu des tempêtes, ô Borée!
Respecte ce héros qui, volant sans effroi,
A travers les écueils de la mer éthérée,
Ose s'élever jusqu'à toi.

Cette invocation classique de l'ALMANACH DES MUSES en faveur de Robert, l'intrépide compagnon de Montgolfier, nous la répétons aujourd'hui à l'intention de M. Poitevin, de son cheval et de son âne, des *filles de l'air* et des autruches de l'hippodrome, et généralement de tous ceux et de toutes celles qui usent et useront de ce genre de véhicule. Car c'en est fait, la mode souveraine en a décidé, le voyage en ballon est maintenant dans nos mœurs; il sera bientôt vulgaire et fera partie de l'éducation. On sera honteux de n'être pas allé dans les nuages à 20 ans, comme on l'est aujourd'hui de n'avoir pas vu la mer. On aura, dans les bonnes familles, son petit ballon particulier, comme on a aujourd'hui sa barque sur l'étang. On ira, dans l'après-midi, *prendre l'air* à 3,000 mètres du sol, et il sera de bon ton dese faire un peu attendre à dîner pour avoir le plaisir de dire: « J'arrive du ciel. » Les histoires ne manqueront pas « Je crois bien avoir vu un ange, dira la dévote. — Et moi une houri, répondra le sectateur de Mahomet. — Pour ce qui est de la lune, je l'ai côtoyée de près, et j'y ai vu des hommes tout comme je vous vois. — Savez-vous bien qu'un aigle est venu manger dans ma main? — A propos, j'ai aperçu dans le ballon le voisin et sa petite cousine, mais une brume me les a aussitôt dérobés, etc., etc. »

Mais que parlons-nous de mode et d'engouement? Il y aura une autre raison, plus sérieuse et plus décisive, de fréquenter les ballons: c'est que la navigation aérienne va être désormais régularisée. On s'occupe déjà de construire des omnibus. Ne prêtez pas la moindre attention à ce que vous disent là-dessus les savants: ils n'y entendent rien, et la preuve, c'est qu'ils manquent de se casser le cou chaque fois qu'ils se mêlent de faire une ascension. Un de nos confrères, membre de l'assemblée législative, et un chimiste de ses amis peuvent dire si nous mentons. Nous tenons pour parole d'Évangile tout ce que nous a promis cet aéronaute espagnol qui doit aller à vol d'oiseau de Madrid à Londres, et nous ne sommes pas du tout de l'avis de ce mauvais plaisant qui, lisant ces jours derniers dans les feuilles publiques que l'ascension avait été retardée par une *fuite* de gaz, prétendit que c'était un *faux-fuyant*. D'ailleurs, les journaux de Londres n'ont-ils pas raconté qu'un des nôtres, le docteur Bell, était parvenu à diriger un ballon en ligne circulaire? Cette simple assertion nous suffit. Nous allons de ce pas nous débarrasser de nos actions de chemin de fer, qui ne peuvent manquer de baisser beaucoup, pour être à même de prendre, au premier vent, force actions de navigation aérienne.

On pourrait soutenir, par malice, que la question qui échauffe si fort la CHRONIQUE, n'intéresse en aucune façon la profession médicale. Mais il est fa-

constaté d'amaurose chez les albuminuriques. Beaucoup de malades, en effet, ne sachant pas lire ou ne lisant pas, et beaucoup exerçant rarement leur vue sur des objets de petite dimension, il devient difficile d'apprécier les troubles de la vision. Ces troubles ont pu être très-prononcés au début de la maladie, sans que le malade ait eu occasion de s'en apercevoir; ils ont pu diminuer plus tard, la néphrite albumineuse existant encore, et rester dès lors complétement méconnus du malade et du médecin.

Ainsi quand, quelques jours après ma communication à l'Académie, M. Michel Lévy venait signaler deux albuminuriques sur trois qui n'offraient point d'amaurose, nul doute qu'il n'eût ajouté aux deux premiers faits négatifs celui qu'on vient de lire; car le malade eût répondu au savant professeur du Val-de-Grâce, comme à moi: « Ma vue est bonne, très-bonne, et elle l'a toujours été. »

Plus tard, encore, si le malade n'avait pas lu, il n'aurait pu penser que la lecture lui serait difficile, car il distinguait nettement les objets ordinaires.

Ainsi les troubles de la vue peuvent, dans certains cas, rester ignorés des malades et des médecins, soit au début, soit dans le cours de la néphrite albumineuse.

J'ajouterai maintenant que, dans plusieurs observations, l'examen des urines était trop incomplet pour caractériser la maladie de Bright.

Que les urines soient albumineuses ou non, la chaleur y produit un coagulum formé par certains sels, et surtout par les phosphates, dans les urines alcalines; l'acide azotique y précipite de l'acide urique, de l'urate d'ammoniaque, et quelque habitude qu'on ait de ces réactions, elles peuvent être très-facilement confondues avec celles de l'albumine.

Or l'acide azotique empêchant ou détruisant le précipité formé par les phosphates, et la chaleur celui formé par l'acide urique ou les urates, il n'y a pas d'erreur à craindre, dès qu'on a recours à ces deux procédés simultanément.

Voulant donner à ces recherches la plus grande précision, je dissolvais même l'albumine par la potasse ou par l'acide acétique, et en outre, étudiant principalement l'albuminurie sous le rapport des troubles visuels, je ne devais pas manquer d'éprouver les urines par les réactifs de Bareswil ou de M. Maumené.

Il y a quelques jours encore, au lit du malade, je faisais remarquer aux élèves de l'Hôtel-Dieu combien ces précautions sont loin d'être inutiles, et comment des précipités étrangers peuvent en imposer pour des précipités formés par l'albumine, surtout chez des malades œdémateux qu'on peut déjà, *à priori*, supposer atteints de la maladie de Bright.

Ai-je besoin de dire qu'on ne doit tirer aucune conclusion de l'albumine constatée après l'application des vésicatoires, et qu'il faut attendre assez pour qu'on ne puisse plus attribuer l'altération de l'urine à l'action des cantharides?

Ceci posé, voyons les faits invoqués contre l'amaurose dans la néphrite albumineuse.

En les réunissant tous, je trouve deux cas signalés à l'Académie par M. Honoré; trois par M. Debout, dans le BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE et dans la GAZETTE DES HÔPITAUX; trois par M. Michel Lévy; deux par M. Ancelon, dans L'UNION MÉDICALE.

Les faits de M. Honoré n'ayant pas été publiés, ne peuvent être discutés; je les admets comme des exceptions, me bornant à leur opposer celui que M. Roux invoquait, dans la même séance, à l'appui de mes conclusions.

Quant aux trois malades de M. Michel Lévy, je pourrais dire que, chez l'un, l'albuminurie paraît avoir succédé à la scarlatine, et que j'avais annoncé, dans mon mémoire, n'avoir pu étudier encore, sous ce nouveau point de vue, l'albuminurie consécutive à la scarlatine. Je pourrais ajouter que des urines qui précipitent abondamment le 14, et qui cessent de précipiter le 20, ne caractérisent pas la maladie de Bright, et que j'ai parlé seulement de la maladie de Bright.

Mais j'admets ces trois faits pour des maladies de Bright, et je demande si, en examinant l'un des malades, six jours après la disparition complète de la maladie; l'autre plus de *dix huit-mois* après l'origine des accidents, on est en mesure de se prononcer avec quelque certitude sur les phénomènes qui ont pu se manifester au début ou dans le cours de l'affection.

Évidemment, je le répète encore, si, au bout d'un an, on eût interrogé sur l'état de sa vue le malade dont j'ai tracé sommairement l'histoire, il eût répondu qu'elle était très bonne alors, puisque, moins de quinze jours après l'origine des accidents, il faut le presser de questions pour l'amener à dire qu'il a quitté son atelier parce qu'il confondait toutes les couleurs.

Des trois faits publiés par M. Michel Lévy, l'un confirme donc la coïncidence de l'amaurose et de la néphrite albumineuse, et les deux autres ne peuvent l'infirmer.

Mais ce qui m'a surpris surtout dans la discussion de M. Michel Lévy, c'est cette réflexion, « qu'il serait étonnant que ce symptôme ait échappé » complétement jusqu'à ce jour à tant de médecins éminents qui ont con» tribué à fonder et à compléter l'histoire de la maladie de Bright. »

Comme si les choses les plus faciles à trouver étaient les premières qu'on cherche ou qu'on rencontre! comme si Hippocrate avait connu le pouls; Corvisart, l'endocardite; Laennec, les bruits du fœtus; Alibert, l'acarus; Liebig, le sucre du foie; Tiedemann, l'usage du pancréas, etc., etc.; comme si enfin le plus simple ouvrier ne pouvait trouver à placer utilement une pierre oubliée par le plus habile architecte!

Dans quelques jours, je démontrerai que l'hémiplégie faciale s'accompagne presque constamment d'exaltation de l'ouïe du côté paralysé. M. Michel Lévy s'étonnera-t-il que ce symptôme, s'il était aussi fréquent que je l'annonce, ait échappé à Gregory, Montaut, Magendie, Bérard, Diday, Debrou, Cruveilhier, Gosselin, etc., qui ont contribué à éclairer l'histoire de la paralysie de la septième paire?

Quant à moi, ce qui m'étonnerait bien davantage, ce serait qu'un même observateur eût découvert tous les phénomènes relatifs à une même affection, surtout quand cette affection n'est pas plus fréquente que la néphrite albumineuse ou l'hémiplégie faciale.

Si j'ai insisté, en passant, sur cet argument, c'est qu'en effet cette idée que les maîtres ont tout vu et tout dit arrête plus qu'on ne croit les progrès de la médecine, en faisant considérer comme exceptionnels des phénomènes pourtant assez fréquents, mais qu'on croit sans valeur, par cela seul qu'ils ne sont pas indiqués dans les livres.

Or, quand on voit un pareil argument tomber de la plume de M. Michel Lévy, l'un des esprits les plus larges sans contredit et les plus éclairés de notre époque, peut-on espérer voir de sitôt l'autorité des faits remplacer l'autorité des noms?

Des trois observations que rapporte M. le docteur Debout dans le BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE, la première confirme mon opinion, puisqu'au début

---

cile de prouver que ce serait une erreur des plus grossières. La GAZETTE range déjà au nombre de ses titres de gloire d'avoir deviné l'influence que pourraient avoir les chemins de fer sur la pratique de la médecine, comme on peut s'en assurer en recourant à l'année 1846. Elle n'aura vu ni moins loin ni moins haut à propos des ballons. Il est indubitable que la substitution des routes de l'air à celles de la terre et de l'onde introduira un élément nouveau dans l'hygiène et la pathologie, en même temps qu'elle pourra offrir des ressources à la thérapeutique. Ainsi, on envoie les individus chétifs et languissants respirer l'air des montagnes, pour activer la circulation, ranimer les forces digestives, la tonicité de la peau; moyen excellent, mais peu commode pour de certaines personnes. Une petite promenade chaque matin à quelques centaines de mètres seulement de hauteur ferait l'affaire à moins de frais. Voici une plaine infectée de vapeurs mortelles, les marais Pontins, par exemple. Que vous la traversiez à pied, à cheval ou en voiture, si vous ne prenez des précautions minutieuses, souvent même en dépit de toutes précautions, vous êtes un homme mort. Avec un ballon, pas le moindre danger: les effluves restent pour les rampantes créatures du lieu; vous pouvez leur faire la nique en passant. Et le mal de mer? Disparu à tout jamais! M. Sémanas peut mettre son *miasme maritime* au rebut. Voilà donc de véritables avantages pour la santé publique. Vous nous direz que ce n'est pas trop le compte des médecins; mais attendez, la Providence est juste, et elle nous offrira plus d'un moyen de nous rattraper. Nous comptons déjà les maladies que pourra nous rapporter la nouvelle invention. Notre imagination s'était portée en premier lieu sur les fractures, les dislocations, les attritions de viscères; car le bonheur de Dédale ne doit pas faire oublier le désagrément d'Icare. Mais en y réfléchissant un peu, il est facile de comprendre que nous arriverons souvent un peu tard dans les cas de ce genre. Quand on tombe des nues, on a beau jeter *les hauts cris*, le chirurgien n'est jamais averti à temps. La moisson est mieux assurée dans le domaine des rhumes de cerveau, catarrhes, asthmes, pleurésies, pneumonies, hémoptysies surtout. Tout le monde sait que déjà le cheval de M. Poitevin a donné de l'occupation à son vétérinaire. L'hémorrhagie de la pauvre bête est même devenue l'un des arguments invoqués devant la cour de police de Lambeth par le secrétaire de la société dite *des animaux*, pour obtenir contre M. Green défense d'enlever un cheval.

Un autre agrément de la navigation aérienne, c'est la rapidité du transport dans de certaines occasions. On estime à 30 lieues par heure la vitesse du parcours dans ce voyage de Belgique effectué naguère par d'intrépides amateurs de l'Hippodrome. Quelle commodité pour les consultations en province! Il serait presque aussi long de les écrire que d'aller les donner de vive voix. Et le service médical des camps, croyez-vous qu'il ne trouverait dans cette rapidité aucune ressource? Détrompez-vous. On s'est servi, sous la République, d'un ballon pour inspecter les dispositions de l'ennemi; on s'en servirait dorénavant pour le transport des ambulances. Voilà, pour le coup, ce qui pourrait s'appeler des ambulances volantes! Nous recommandons cette idée toute neuve à nos confrères de l'armée.

Nous aurions beaucoup de choses encore à dire sur ce sujet, mais le temps nous presse, et il nous faut nous borner pour le moment à ces quelques considérations en l'air. Nous supposons bien d'ailleurs qu'on les trouvera assez longues comme cela.

les objets paraissaient au malade plus volumineux que d'habitude, et les deux autres sont trop peu détaillés pour être discutés utilement. M. Debout explique, il est vrai, ce trouble de la vue au début par l'affaiblissement général de la constitution; mais notre savant confrère n'a observé le malade que quatre mois après l'origine des accidents. Or l'amaurose souvent très-prononcée au début, alors que les forces n'ont pas diminué d'une manière appréciable, disparaissant dans le cours de la maladie, quelquefois au moment de la plus grande faiblesse, il n'y a pas lieu d'attribuer l'amaurose albuminurique à *l'état anémique des malades*.

M. Debout ne nie pas, d'ailleurs, l'amaurose dans la néphrite albumineuse, mais seulement au début, et il assure que « M. le professeur Forget » a démontré depuis longtemps que l'amaurose devait être inscrite dans la » séméiologie de la maladie de Bright. »

J'en demande pardon à M. le rédacteur en chef, mais il y a ici une erreur qu'il s'empressera, je n'en doute pas, de réparer, à l'occasion, avec son impartialité habituelle; car, avant ma communication à l'Académie, l'amaurose albuminurique n'avait été signalée ni par M. Forget, ni par aucun autre observateur, ni dans le BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE, ni dans aucun autre recueil.

Le célèbre professeur de Strasbourg, dans un mémoire très-important dont je parlerai tout à l'heure, et qui a paru un mois après le mien, prend même toutes les précautions que peut suggérer la loyauté scientifique la plus exagérée pour établir sur ce point mes titres de propriété, et il termine ainsi : « Au demeurant, à M. Landouzy appartient (sauf réclamations ultérieures) le mérite d'avoir le premier appelé l'attention des observateurs » sur un symptôme important et assez fréquent de l'albuminurie. Celle note » n'est donc point, tant s'en faut, une revendication de priorité : c'est un » témoignage de plus à l'appui des observations de notre habile confrère : » *adjiciamus aurum auro.* »

Effectivement, mes observations, qui toutes ont eu pour témoins des confrères de Reims ou des environs, remontent à 1836, et deux ans au moins avant la publication de mon mémoire, j'avais parlé de ce phénomène à mes anciens collègues MM. Tardieu et Voillemier, en les priant même de l'étudier, à l'occasion, dans leur service des hôpitaux de Paris.

Les pauvres tiennent plus que les riches à leur modeste pécule; aussi mon savant confrère M. Debout trouvera-t-il juste que j'aie, en passant, nettement résolu la question de priorité.

Quant à la note publiée par M. le docteur Ancelon dans L'UNION MÉDICALE, je l'aurais examinée avec toute l'attention que mérite le talent bien connu de l'auteur, si les renseignements relatifs à la vision n'avaient été pris sous forme rétrospective, c'est-à-dire cinq mois après la guérison complète des malades, et si d'ailleurs, dans l'un de ces cas, l'albumine n'avait disparu au bout de quarante-huit heures de traitement, ce qui exclut l'idée d'une véritable maladie de Bright.

A ce propos, je ferai de nouveau remarquer que, dans mes conclusions, j'ai seulement parlé de la maladie de Bright, de la néphrite albumineuse, et nullement de l'albuminurie en général, c'est-à-dire de ces états où l'on trouve aussi de l'albumine, mais en quantité beaucoup plus faible, et pendant un temps beaucoup moins long que dans la néphrite albumineuse.

Que si j'ai employé l'expression *néphrite albumineuse*, ce n'est pas qu'elle exprime pour moi la nature de l'affection, mais parce qu'elle est passée dans la langue médicale, et qu'elle correspond aujourd'hui, pour la plupart des médecins, à cet ensemble d'altérations fonctionnelles et organiques que Bright, Rayer, Martin-Solon, etc., ont si bien caractérisé, et que j'ai presque toujours vu coïncider avec les troubles de la vision.

Moins que personne, d'ailleurs, je crois à une inflammation primitive du rein dans la maladie de Bright, puisque le premier j'ai émis l'opinion que l'altération de sécrétion ne dépendait pas de la lésion du rein, mais la lésion du rein de l'altération sécrétoire, ou de la cause qui produit l'altération sécrétoire.

Je ne dis pas cependant que, dans certains cas d'albuminurie étrangers à l'ensemble des phénomènes pathognomoniques de la maladie de Bright, il n'y ait pas de troubles de la vision; un fait récent me porterait même à croire que ce trouble peut se manifester sous l'influence d'un très-large vésicatoire : je dis seulement que j'ai exclusivement parlé jusqu'alors de la maladie de Bright caractérisée; que je n'ai même cité que des cas très-graves, et que plusieurs des faits considérés comme négatifs n'étaient probablement pas des maladies de Bright.

Sans me livrer, d'ailleurs, à cette discussion, qui peut-être n'a pas été inutile pour bien préciser la question, j'aurais pu opposer à ces faits négatifs un nombre au moins égal de faits positifs, signalés, depuis mon mémoire, par MM. Roux, à Paris, Forget, à Strasbourg, Florent-Cunier, à Bruxelles, Cucuel, à Wisserling, Collard, à Beine, Charrois, à Vitry, Bretonneau, à Tours, etc.

Je pourrais en opposer de nouveaux dans lesquels la coïncidence de l'amaurose et de la néphrite albumineuse s'est montrée de la manière la plus manifeste au début et dans le cours de la maladie.

Cette coïncidence, je l'ai observée aujourd'hui encore avec M. le docteur Bienfait; il y a quelques jours, avec MM. Henrot et Wyslouch; il y a quelques mois, avec MM. Decès et Henrot.

Si elle est une exception à Paris, elle est donc la règle à Reims, et même une règle très-générale, puisque, parmi les faits que j'y ai récemment observés avec mes confrères, il ne s'est pas rencontré une seule exception.

Ces exceptions de Paris doivent du reste m'être imputées, je le reconnais sincèrement; car ayant toujours vu dans mon premier travail, qui ne comprenait que des cas très-graves, les troubles de la vue suivre les phases de l'albuminurie, j'en avais induit une relation constante.

Les observateurs qui examinaient d'après moi, et qui voulaient immédiatement de l'amaurose puisqu'il y avait de l'albumine, pouvaient donc logiquement conclure à l'absence de la coïncidence, dans les cas d'absence d'amaurose.

Or un fait qui ressort des observations de M. le professeur Forget, et de celles que j'ai faites depuis, c'est que l'amaurose ne suit pas d'une manière aussi régulière que je l'avais pensé les phases de l'albuminurie. L'observation insérée plus haut en est une preuve frappante, et j'ai fait la même remarque dans plusieurs autres cas : ainsi, chez le malade que j'ai vu en consultation, avec mes savants confrères Decès et Henrot, les troubles de la vue ont été tels, à plusieurs reprises, qu'ils rendaient impossible la lecture d'une seule ligne.

Le malade apercevait des points noirs, des nuages, des soleils; tous les objets lui paraissaient confus. Il n'en parla cependant ni à ses parents ni à son médecin, dans la crainte, dit-il, d'effrayer sa famille, et ce n'est qu'en

---

— Le nombre toujours croissant des remèdes qui disputent au quinquina l'honneur de guérir les fièvres intermittentes fait songer à ce fameux *arrêt burlesque* qui étouffa en germe une requête de l'Université au parlement en faveur des doctrines d'Aristote, et pour lequel la malice de Despréaux manqua surprendre la signature du président Lamoignon. Les fébrifuges jouent un rôle important dans cet arrêt : « Vu par la cour la requête présentée par les régents, maîtres ès arts, docteurs et professeurs de l'Université,..... contenant qu'une inconnue nommée *la Raison*..... par un attentat et voie de fait énorme contre la Faculté de médecine, se serait ingéré de guérir, et aurait réellement et de fait guéri quantité de fièvres intermittentes, comme tierces, doubles-tierces, quartes, triples-quartes et même continues, avec vin pur, poudre, écorce de quinquina et autres drogues inconnues audit Aristote et à Hippocrate son devancier, et ce sans saignées, purgation ni évacuation précédentes; ce qui est non-seulement irrégulier, mais tortionnaire et abusif; ladite Raison n'ayant jamais été admise et agrégée au corps de ladite Faculté, et ne pouvant, par conséquent, consulter avec les docteurs d'icelle ni être consultée par eux, comme elle ne l'a en effet jamais été..... Défend à la Raison et à ses adhérents de plus s'ingérer à l'avenir de guérir les fièvres tierces, doubles-tierces, quartes, triples-quartes ni continues, par mauvais moyen comme vin pur, poudre, écorce de quinquina et autres drogues non éprouvées ni connues des anciens. »

La justice n'a pas eu son cours, comme on voit. Non-seulement le quinquina a continué de trôner dans la thérapeutique, mais il s'est entouré d'une foule de satellites, dont plusieurs même cherchent aujourd'hui à le supplanter. Nous craignons seulement que parmi eux il ne se trouve des bravaches qui, tout en ayant l'air de s'insurger contre l'arrêt, s'y conforment sournoisement en ne guérissant pas la moindre fièvre. Un bon tour à jouer à ceux-là, ce serait d'obtenir de l'autorité un décret qui leur enjoignît, au contraire, de guérir. Il faudra voir cela.

— L'Inde est le berceau de la civilisation. Notre ami et collaborateur Eusèbe de Salles vous en dirait très-long là-dessus. Mais ce que vous ne savez pas, ce qu'il ignore assurément, lui aussi, c'est que l'Inde est, à l'heure qu'il est, le pays où la médecine est le plus avancée. « C'est là qu'on peut aller demander avec le plus de fruit des remèdes à tant de maux déclarés incurables de notre Europe. Ils ont là, pour eux, la sanction du temps et de l'expérience. Ainsi *les hernies, les cancers, les descentes de femmes*, etc., ont leurs remèdes efficaces; les plus violens accès de goutte cèdent instantanément. » D'où vous concluez qu'un individu atteint et convaincu de maladie incurable doit partir pour l'Inde? Du tout. Il n'a qu'à se rendre à quelques pas d'ici, rue Geoffroy-Marie, n° 5, à la *pharmacie indienne*, où l'on trouve les médicaments « dont l'efficacité est reconnue, dans cet hémisphère comme dans l'autre, *par les praticiens les plus distingués*. » Nous connaissions jusqu'à présent le *sac à médecine* des guerriers sauvages, leurs trous creusés dans la terre et chauffés pour servir d'étuves, la suspension, par le ventre, sur une barre de bois, pour faciliter l'accouchement, et quelques menues pratiques de même force; mais nous n'avions jamais soupçonné un progrès aussi avancé. Aussi, sans être bien curieux, aurions-nous une véritable satisfaction à faire la connaissance des praticiens indigènes les plus distingués. La pharmacie indienne nous obligerait en nous donnant leur nom et leur adresse.

voyant l'intérêt que nous mettions à connaître tous les détails de la maladie qu'il nous avoua que pendant quelque temps il avait craint de devenir avengle.

Le jour de la consultation, le malade avait la vue très-nette; la semaine suivante, il ne peut parvenir à lire une lettre. Le jour où je vais prendre son observation, il voit parfaitement et lit sans difficulté plusieurs phrases d'un journal de médecine. Le lendemain, il se plaint de nouveau des soleils, des nuages, des taches noires, et tout cela sans relation appréciable ni avec l'état général, ni avec l'œdème, ni avec la quantité d'albumine, sans le moindre trouble intellectuel, sans le moindre trouble des autres sens, sans la moindre altération appréciable des milieux transparents ni des pupilles.

Je reconnais donc, avec M. Forget, que l'amaurose peut disparaître, le dépôt albumineux persistant; mais je maintiens mes autres conclusions relatives à la fréquence de ce symptôme pendant le cours de l'affection et surtout au début. Ainsi la malade que j'ai vue ce matin, avec M. le docteur Bienfait, a éprouvé, il y a quatre ans environ, un trouble de la vue tel qu'attendant souvent sur le pas de sa porte le retour de son mari, elle voyait dans la rue de grands rassemblements là où il n'y avait qu'une ou deux personnes. Plusieurs fois, à cette époque, elle a consulté pour ces troubles de la vue, qui ont notablement diminué sous l'influence d'une saignée, mais qui l'ont empêchée cependant de se livrer à aucune occupation. Pendant le premier quart d'heure, elle voit parfaitement pour lire ou pour coudre, mais ensuite la vue se brouille complètement.

Or cette malade consultant, il y a huit jours, pour la première fois M. Bienfait, au sujet d'un œdème aux jambes, lui dit que depuis un an ses urines ont une odeur et une couleur inaccoutumées; qu'elles moussent d'une manière extraordinaire, et qu'en vidant le vase, la mousse reste adhérente aux parois, et ces détails, elle les donne spontanément et avant d'être interrogée sur l'état des urines.

Celles-ci sont, du reste, très-brunes; elles ont une forte odeur de bouillon de bœuf, et donnent un dépôt abondant d'albumine, sous l'influence de la chaleur et de l'acide azotique.

Ici évidemment l'amaurose a été le symptôme initial, le premier symptôme appréciable de la maladie de Brigbt, dont la saignée a peut-être retardé le développement.

Il en a été de même dans la première observation de M. Forget (1); il en a été de même dans celles de MM. Florent-Cunier (2), dans celle de M. Collard (3), dans celle de M. Cucuel (4), etc. Il en serait de même plus souvent si plus souvent les circonstances étaient assez favorables pour permettre d'établir d'une manière précise tous les phénomènes qui ont précédé et accompagné l'origine de la maladie.

Que si j'insiste sur cette apparition des troubles de la vue au début, ce n'est pas assurément pour la satisfaction d'avoir découvert un prodrome de plus à une maladie grave, mais parce que la naissance de ce symptôme avant l'anasarque doit, d'une part, amener à d'autres idées pathogéniques sur la maladie de Bright, et d'une autre part, éveiller activement l'attention du praticien au début de toute amaurose.

(1) Union médicale, novembre 1849.
(2) Annales d'oculistique, 31 octobre 1849.
(3) Union médicale, 6 avril 1850.
(4) *Id.*, 17 janvier 1850.

Sous le rapport pathogénique, mes inductions de l'année dernière se trouvent déjà en partie réalisées par la belle découverte de M. Bernard qui rend le rein étranger au diabète, et sous le rapport pratique, bon nombre de malades qu'on eût traités l'an dernier pour l'accident symptomatique, l'amaurose, sont traités maintenant pour l'accident principal, la néphrite albumineuse.

Or, si l'on considère la gravité de la maladie de Brigbt, on avouera qu'il n'est jamais trop tôt pour la combattre, et qu'on ne saurait assez insister sur les symptômes propres à la signaler dès son origine.

L'affaiblissement de la vue signalé par le docteur Frick (de Baltimore), et par le docteur Bird, dans l'oxalurie; par M. Bouchardat, dans l'hippurie et dans la benzurie, ajoute encore à l'intérêt de cette question, et confirme pleinement ma doctrine d'une altération nerveuse primitive; mais on remarquera la différence qui existe entre les troubles de la vue coïncidant avec l'albumine et les troubles de la vue coïncidant avec le sucre, l'acide benzoïque, hippurique, etc.

Dans le diabète, dans l'hippurie, dans la benzurie, l'affaiblissement de la vue coïncide avec l'affaiblissement général de l'économie; dans l'albuminurie, il existe fréquemment avant toute détérioration des forces.

Dans le diabète, l'affaiblissement de la vue augmente en même temps que la maladie; dans l'albuminurie, il diminue quelquefois pendant que la maladie augmente.

Dans le diabète, l'affaiblissement de la vue commence souvent très-tard; mais dès qu'il est commencé, il est permanent, graduel, uniforme. On peut presque en prévoir les progrès d'après l'altération de l'urine. Dans l'albuminurie, il commence plus souvent très-tôt; mais il est constant, irrégulier, insidieux. Les progrès du mal ne peuvent faire prévoir les progrès de l'amaurose.

Dans le diabète, l'affaiblissement de la vue est proportionnel à la quantité de sucre; dans l'albuminurie, il est sans rapport constant avec la quantité d'albumine.

Dans le diabète, il existe souvent, surtout à la fin, une opacité considérable de l'œil; dans l'albuminurie, on ne constate aucune modification appréciable des milieux transparents ni même de la pupille (1).

Dans le diabète enfin, le malade peut devenir aveugle; dans l'albuminurie, la cécité doit être une très-rare exception (2).

Malgré ces différences notables entre l'amaurose albuminurique et l'amaurose diabétique, elles me paraissent émaner du même genre d'altération primitive, c'est-à-dire d'une lésion du système nerveux ganglionnaire.

Maintenant, en quoi consiste cette lésion du système nerveux ganglionnaire?

Je ne reviendrai pas sur les hypothèses physiologiques émises dans mon

(1) (2) Je n'ai jamais observé d'amaurose albuminurique complète. M. le docteur Cunier cite, à la vérité, un cas de cécité complète survenue chez un albuminurique; mais comme il existait de nombreux points opaques dans le corps vitré, il est à regretter que le savant oculiste n'ait pas dit si l'on avait recherché la présence du sucre dans les urines de ce malade.

J'ai cité en effet, dans mon premier mémoire, deux cas de glucosurie et d'albuminurie simultanées, et je donne en ce moment des soins à un diabétique que M. Bretonneau a également observé, et chez lequel j'ai plusieurs fois constaté de l'albumine et de l'amaurose.

— Voici une abominable profanation. Le drame lugubre de Boston, dont nous avons entretenu nos lecteurs, et qui s'est terminé par la pendaison du professeur Webster, vient d'être représenté au moyen de personnages de cire qu'on exhibe dans un cabinet de curiosité. L'explication est donnée par celui-là même qui a mis la justice sur les traces du coupable, par le portier du collége médical, loué pour cet office à prix de journée. On se rappelle avoir vu, après l'attentat Fieschi, la maitresse du criminel, une fille de la Salpêtrière, se pavaner dans le comptoir d'un café. Madame Lafarge a été mise sur la scène presque aussitôt après sa condamnation. — Il n'y a pas de plus triste symptôme de dégradation morale que ces spéculations sur le crime.

— Vienne. — Dans le mois de septembre passé, l'ophthalmie épidémique s'est montrée dans la garnison, et y a pris une assez grande extension, puisqu'on a compté dans les divers hôpitaux 250 malades de cette affection.

— Florence. — L'Académie médico-physique de cette ville, qui avait nommé une commission pour assister aux séances de magnétisme du sieur Consoni, a déclaré ne plus vouloir continuer ses rapports avec ce magnétiseur.

La même Société a voulu que le docteur Luciani, qui a fait les premiers et les plus grands efforts pour obtenir l'association des médecins, chirurgiens et pharmaciens toscans, fût nommé président de la *Société des secours mutuels*, entre ces différentes branches de la famille médicale.

— Londres. — Collége royal des médecins. — Dans la séance trimestrielle du 30 septembre, le docteur Peacock a été admis comme membre de cette Société.

— Rapport hebdomadaire sur les naissances et les morts a Londres. — Les morts enregistrées à Londres, pendant la semaine du 5 octobre, se montent à 893. Dans les semaines correspondantes des dix dernières années, la moyenne était de 970, ce qui fait une diminution notable dans le chiffre de la mortalité. — Les maladies *zimotiques* ou épidémiques sont au nombre de 195. En 1846, ce chiffre était de 179; dans les trois années suivantes, il s'était élevé à 318, 430 et 608. — Il y a eu cette semaine dix cas mortels de variole, 7 de rougeole, 27 de coqueluche, 31 de scarlatine et 7 de choléra, dont 5 chez des enfants.

— Musée-huntérien. — Les belles préparations microscopiques de feu Nasmyth sur la formation des dents, viennent d'être achetées par le conseil du collége et ajoutées à cette immense collection anatomique fondée par Hunter.

— Manchester. — Les mesures prises pour empêcher l'administration des narcotiques pendant le jour aux enfants dont les mères étaient employées au travail des fabriques, viennent de susciter l'établissement de plusieurs salles d'asile où les enfants seront déposés pendant la journée. Un meeting vient d'avoir lieu pour cet objet, il était présidé par l'évêque de Manchester.

premier mémoire pour expliquer ces troubles de la vue, et je me bornerai à répéter que je pencherais pour une lésion des filets ganglionnaires issue d'une lésion du tri-splanchnique, et ayant pour conséquence une altération sécrétoire des fluides réfringents (1).

CONCLUSIONS.

En résumé :

1° Les troubles de la vue sont un symptôme presque constant de la néphrite albumineuse.

2° Ces troubles constituent une nouvelle espèce d'amaurose, qu'on peut appeler albuminurique.

3° L'amaurose albuminurique ne peut être attribuée à la détérioration des forces.

4° Elle annonce très-souvent la maladie, comme signe initial, avant l'invasion des autres accidents pathognomoniques.

5° Elle paraît, disparaît et revient, sans suivre exactement les phases du dépôt albumineux des urines ou de l'œdème.

6° Elle doit porter à considérer la néphrite albumineuse comme le résultat d'une altération du système ganglionnaire.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

REMARQUES SUR L'EMPLOI DE L'ANTIMOINE DIAPHORÉTIQUE ; par le docteur LUCIEN PAPILLAUD.

L'abandon de l'antimoine diaphorétique après des éloges exagérés a dû faire à ce médicament plus de tort qu'il n'en méritait. Il était impossible qu'un médecin aussi habile que le professeur Trousseau se fût servi pendant des années et sur un nombre considérable de malades d'une substance inerte en lui attribuant, dans une maladie aussi grave que la pneumonie, autant d'efficacité qu'à la saignée et au tartre stibié, les deux moyens héroïques. S'il y a eu exagération dans la préconisation, il a dû aussi y avoir injustice dans l'oubli qui l'a suivie. Du reste nos prédécesseurs avaient reconnu les propriétés thérapeutiques des oxydes d'antimoine et des antimoniates de potasse; cela est constaté par des formules contre la *fluxion de poitrine* insérées dans de très-vieux formulaires des hôpitaux de Paris et dans d'anciennes pharmacopées étrangères. Enfin quelques observations modernes viennent encore de temps en temps témoigner en faveur de cette variété de préparations antimoniales, et le récent traité du docteur Grisolle ne les condamne pas comme avait fait le professeur Trousseau lui-même.

Quant à nous, nous n'avons point à proprement parler expérimenté l'antimoine diaphorétique; nous l'avons le plus souvent employé dans des cas où pour une raison quelconque nous étions obligé de nous abstenir d'un autre médicament antimonial plus digne de confiance. On conçoit que cette condition a dû en restreindre considérablement l'emploi. Quand nous l'avons administré, cela a été pour obtenir les effets généraux ou secondaires de la médication antimoniale sans les effets primitifs. Pour démentir l'épithète d'inerte donné à ce composé antimonial, nous nous appuierons sur les raisons suivantes :

1° Nous avons remarqué que là où échouait l'antimoine diaphorétique, là aussi avaient échoué ou le tartre stibié ou le kermès ou le soufre doré; ou que si ces dernières préparations étaient substituées à l'antimoine diaphorétique après l'emploi primitif et inefficace de celui-ci, alors elles ne réussissaient pas mieux que lui.

2° Dans des conditions opposées, c'est-à-dire lorsque le tartre stibié, le kermès ou le soufre doré ayant déjà été administrés avec quelque succès, ils étaient remplacés par l'antimoine diaphorétique, la médication antimoniale se continuait sous l'influence de cette dernière substance à peu près au même degré qu'avant.

3° Quand nous l'avons donné d'emblée, nous avons, dans le plus grand nombre des cas, observé des modifications dans la marche de la maladie et dans l'état général du malade.

4° Enfin il nous est arrivé de lui voir produire les effets primitifs des antimoniaux (vomissements et déjections), même dans des cas où le tartre stibié et le kermès qui l'avaient précédé auraient dû, sinon établir la tolérance pour eux-mêmes, du moins la préparer pour une substance comparativement si peu active.

L'antimoine diaphorétique étant une substance active à un degré suffisant pour modifier certaines maladies, reste à déterminer celles où son application est le plus convenable. Nous nous croirions coupable de nous en rapporter avec confiance à l'antimoine diaphorétique pour la guérison de la pneumonie, même avec l'aide des saignées. Ce n'est que dans les cas où une non-tolérance impossible à surmonter fait renoncer au tartre stibié qu'on est en droit de le remplacer par cette préparation, et encore est-il prudent d'essayer avant du kermès et du soufre doré comme antimoniaux moins émétiques que le tartrate et plus actifs que les oxydes et les antimoniates. Dans ces conditions, on en obtiendra des effets non équivoques auxquels les préparations données en premier lieu auront certainement contribué, mais dont une assez large part reviendra encore à l'antimoine diaphorétique.

Pour la pleurésie, il nous a semblé que les effets primitifs du tartre stibié et des antimoniaux en général étaient plus utiles que dans la pneumonie, que quand ils cessaient trop tôt, souvent cessait avec eux l'effet indirect ou dynamique du médicament, et qu'alors il devenait nécessaire de le remplacer par des purgatifs, des diurétiques ou autres agents analogues. Pour cette raison, et bien que nous ayons un fait très-favorable à rapporter, nous croyons que l'antimoine diaphorétique, qui ne produit qu'exceptionnellement des effets primitifs, ne doit que rarement prendre place dans la thérapeutique de cette maladie.

La bronchite aiguë est l'affection dans laquelle nous avons vu l'antimoine diaphorétique, soit seul, soit combiné à la saignée, produire les effets les plus constants. Dans la bronchite chronique son action nous a paru nulle.

Nous l'avons donné à des asthmatiques pour combattre leurs attaques. Chez ces malades, le tartre stibié et l'ipécacuanha réussissent assez souvent à faire avorter l'attaque ou à l'enrayer ; nous cherchions à savoir si l'action dynamique de l'antimoine, isolée de son action émétique, avait prise sur l'asthme; dans ce but nous avons administré l'antimoine diaphorétique, et il a eu souvent une notable efficacité.

Nous nous en sommes servi encore dans des hémoptysies, sans compter sur lui; cependant il nous a paru aussi actif dans ces cas que les autres préparations d'antimoine ordinairement usitées.

Enfin nous l'avons essayé dans plusieurs cas pendant une épidémie de coqueluche, après avoir eu la preuve de l'inefficacité d'une foule d'autres médicaments, et il eut le sort de ceux qui l'avaient précédé.

Nous allons reprendre ces diverses affections dans l'ordre de leur affinité thérapeutique pour l'antimoine diaphorétique.

1° BRONCHITES.

De 13 bronchites traitées par l'antimoine diaphorétique, 9 ont été guéries; dans 2 cas il y a eu une non-tolérance qui en a empêché la continuation; dans 2 autres cas, dont l'un était la recrudescence aiguë d'une bronchite chronique, il a été inefficace.

OBS. I. — Dans ce cas, il s'agissait d'une bronchite capillaire simple qui déjà avait été traitée largement par les saignées tant générales que locales et les vésicatoires, et qui était parvenue du deuxième au troisième septénaire sans avoir pu être enrayée. Le tartre stibié n'avait pu être toléré, il avait fallu renoncer au kermès pour la même raison ; alors on donna l'antimoine diaphorétique à la dose de 12 grammes dans 300 grammes de véhicule ; la toux, l'expectoration, les signes stéthoscopiques diminuèrent immédiatement, la fièvre cessa bientôt, et après quatre jours la malade entrait en convalescence. Jusque-là aucune préparation antimoniale n'avait pu être tolérée, et la maladie, malgré la médication antiphlogistique d'abord et plus tard la médication révulsive, semblait marcher vers une terminaison funeste; la période à laquelle elle était parvenue interdisait de tirer encore du sang, on ne devait plus compter sur les révulsifs jusqu'alors inutiles, il fut donc évident pour nous que l'antimoine diaphorétique guérit et sauva la malade.

OBS. II. — Ce cas fut celui d'un homme robuste affecté de bronchite aiguë à droite depuis seulement deux jours, ayant de la fièvre, de la céphalalgie, la face vultueuse, de la toux avec expectoration, des râles sibilants avec diminution du bruit respiratoire, etc. Ce sujet, quoique sanguin à l'excès, ne voulut pas consentir à se laisser saigner parce qu'il craignait que sa maladie fût une *constipation* (refroidissement avec suppression de transpiration), et bien que Français il demeura inflexible au sujet du préjugé brésilien. Nous lui prescrivîmes l'antimoine diaphorétique parce qu'il manifesta pour le vomissement la même répugnance que pour la saignée. L'amélioration commença dès les premières vingt-quatre heures, et le quatrième jour il était guéri.

OBS. III. — Dans ce cas la bronchite existait chez une jeune fille et datait de

(1) M. Collard (de Beine) développant cette idée d'une altération sécrétoire des milieux transparents que j'ai indiqués dans mon premier travail (p. 27), explique (UNION MÉDICALE, 6 avril 1850) le trouble de la vue dans l'amaurose albuminurique « par l'hypersécrétion des humeurs de l'œil, et surtout de l'humeur » aqueuse, qui augmenterait subitement la convergence des rayons lumineux, » ou peut-être émousserait, par la compression, la sensibilité de la rétine. »

Cette hypothèse est d'autant plus admissible qu'elle rendrait compte des variations fréquentes de l'amaurose, par les variations de l'hydropisie de l'œil aussi mobile que l'hydropisie de la face, du scrotum, des membres, etc.

La question serait assez facile à résoudre, d'ailleurs, en étudiant l'effet des différentes lentilles sur l'amaurose albumineuse, et je me propose de faire cet examen.

quatre à cinq jours; elle fut enrayée en vingt-quatre heures par 12 grammes d'antimoine diaphorétique, et si la dose fut répétée, ce fut uniquement une mesure de prudence et que l'état de la malade n'exigeait pas.

Obs. IV. — C'était une jeune négresse récemment arrivée d'Afrique, malade depuis trois septénaires au moins, ayant été saignée, émétisée et purgée et ayant pris encore beaucoup d'autres remèdes inutiles à énumérer. L'usage de l'antimoine diaphorétique apporta un changement si prompt dans l'état de cette jeune fille que ses maîtres la crurent guérie dès le jour suivant. Cette malade, qui était tellement débilitée et amaigrie qu'elle avait été jugée phthisique, acheva sa convalescence en moins d'un septénaire et recouvra une santé florissante.

Obs. V. — Ce cas était plus compliqué: c'était une femme de 30 à 36 ans, atteinte depuis plus de deux mois d'un rhumatisme articulaire à l'état aigu, coïncidant avec une péricardite, et de plus une bronchite capillaire à droite. Cette femme, débilitée, amaigrie et découragée, avait subi des saignées, des purgatifs, des fomentations, etc., etc., sans le moindre soulagement. Nous la mîmes à la fois à l'usage de l'antimoine diaphorétique, qu'elle prit d'heure en heure, et de l'iodure de potassium, qu'elle prit deux fois par jour. L'amélioration de la bronchite, de la péricardite et du rhumatisme fut simultanée. Après un septénaire, il ne restait plus aucun signe de phlegmasie bronchique. Alors l'iodure de potassium fut continué seul pendant un temps convenable pour obtenir la cure complète du rhumatisme. Cinq ans après, cette femme n'avait pas encore eu de récidive de cette dernière affection.

Obs. VI. — Jeune négresse de 12 ans, affectée de rougeole et de bronchite symptomatique de cet exanthème. La médication consista en deux saignées et l'antimoine diaphorétique à l'intérieur. Elle entra en convalescence au bout de cinq jours de traitement et de huit de maladie. Nous n'accordons, dans cette observation, qu'un rôle très-secondaire au médicament, en raison du caractère symptomatique de la bronchite et de la marche bien connue de la rougeole quand elle tend à une terminaison heureuse.

Obs. VII. — Bronchite très-ancienne, ayant éprouvé une recrudescence et repris quelques caractères d'acuité. L'antimoine diaphorétique échoua complétement, ainsi que les autres antimoniaux.

Obs. VIII. — Bronchite aiguë, simple, sans circonstances particulières, guérie en moins d'un septénaire et traitée uniquement par l'antimoine diaphorétique.

Obs. IX. — Bronchite aiguë. Antimoine diaphorétique après deux saignées et le kermès, qui n'avait pu être toléré. Guérison que nous devons rapporter à la préparation antimoniale tolérée.

Obs. X. Bronchite avec toux sèche, sans expectoration, non tolérance de kermès. Même chose pour l'antimoine diaphorétique; point de résultat. Guérison par l'usage du sirop de Desessarts.

Obs. XI. — Bronchite aiguë chez une malade affectée de catarrhe chronique et d'asthme. Le côté malade avait été autrefois le siége d'une pleurésie, et conservait des points douloureux dont la sensibilité s'était réveillée par le fait de la bronchite. L'antimoine diaphorétique fut employé après une saignée, et son efficacité nous parut notoire.

Obs. XII. — Bronchite capillaire déjà ancienne; réaction intense. Tartre stibié à haute dose. Amélioration dans l'état général, mais persistance de la toux. Quand le tartre stibié cessa d'être toléré, nous le remplaçâmes par l'antimoine diaphorétique. Les vomissements continuèrent; mais comme la malade prenait en même temps l'infusion de digitale, nous attribuons les vomissements plutôt à ce dernier médicament qu'à l'antimoine; cependant nous cessâmes son usage, et cette femme, étant soupçonnée tuberculeuse, fut mise au sirop de proto-iodure de fer, avec lequel la toux s'éteignit graduellement.

Obs. XIII. — Bronchite capillaire aiguë, simple, chez un enfant de 4 ans. Inefficacité de l'antimoine diaphorétique et du kermès, continués avec persévérance et à doses croissantes pendant plusieurs jours, après une ou deux saignées locales. Guérison par le sulfure de potasse.

2° PNEUMONIES.

Obs. I. — Mulâtresse septuagénaire en traitement pour des symptômes syphilitiques très-anciens; invasion d'une pneumonie. Deux saignées; tartre stibié à haute dose pendant vingt quatre heures. Ce médicament fatiguant beaucoup la malade, nous lui substituâmes l'antimoine diaphorétique, et la pneumonie n'en marcha pas moins vers la résolution. Guérison en moins d'un septénaire.

Obs. II. — Pneumonie droite totale arrivée au deuxième degré chez une jeune femme malade depuis dix-neuf jours; coexistence d'une fièvre typhoïde très-grave; état qui nous parut désespéré. Les renseignements que nous demandâmes ne purent nous éclairer sur l'ordre dans lequel s'étaient développées les deux affections. Saignée, puis tartre stibié continué pendant trois jours. La tolérance cessant, antimoine diaphorétique. Le mieux, qui avait commencé avec la saignée et le tartre stibié, continue avec ce second médicament. Guérison.

Obs. III. — Enfant de 6 ans affecté de pneumonie simple et partielle au premier degré, qui avait été enrayée par le tartre stibié sans émissions sanguines. Pendant la convalescence, rechute par l'effet d'un refroidissement subit et intense. Le tartre stibié n'étant plus toléré, fut remplacé par l'antimoine diaphorétique, qui ne produisit pas d'amélioration sensible. Cette deuxième invasion de la pneumonie céda aux émissions sanguines, suivies des révulsifs.

3° ASTHME.

Obs. I. — Jeune fille de 20 ans, sujette depuis plusieurs années à des attaques d'asthme apyrétique dont la durée variait de trois à six jours, et dont les accès se succédaient au nombre de deux par vingt-quatre heures. Le deuxième jour de l'attaque, elle prit par doses fractionnées 12 grammes d'antimoine diaphorétique. L'amélioration commença dès le même jour et se continua le jour suivant. Le troisième jour, elle était guérie. Cette seule dose avait suffi pour enrayer complétement l'attaque et l'abréger de deux à quatre jours.

Obs. II. — Il n'en fut pas de même chez une jeune enfant de 10 ans. Ce médicament, administré pour une attaque d'asthme, dans des conditons qui paraissaient ordinaires, échoua complétement.

Obs. III. — Femme de 50 ans, portant une bronchite chronique et une hypertrophie du cœur, atteinte d'attaques dyspnéiques irrégulières et presque toujours motivées par des causes qui influencent la bronchite ou l'affection circulatoire. Attaque d'asthme survenue dans ces conditions; réaction fébrile. Saignée, puis antimoine diaphorétique à la dose de 12 grammes. L'amélioration fut immédiate et l'attaque enrayée en vingt-quatre heures.

Obs. IV. — Nègre de 30 ans environ; bronchite chronique et de temps en temps attaques dyspnéiques. Saignée et tartre stibié à haute dose pendant vingt-quatre heures. Il paraissait guéri; mais s'étant exposé à un vent froid, il éprouva immédiatement une récidive. Antimoine diaphorétique; guérison en vingt quatre heures. Le médicament n'en fut pas moins continué pendant trois jours par mesure de précaution.

Obs. V. — Femme de 35 à 40 ans, de bonne constitution, ne présentant que les signes de l'emphysème pulmonaire et sujette à des attaques d'asthme qui se renouvellent de mois en mois. Ces attaques, dont la périodicité paraissait liée à la périodicité menstruelle, avaient été combattues par une foule de moyens conseillés par différents médecins, sans pouvoir être enrayées. L'antimoine diaphorétique fut essayé et eut un plein succès. Depuis lors, c'est le remède dont se sert cette malade à chaque invasion dyspnéique pour l'arrêter au début.

Obs. VI. — Homme de 36 à 40 ans, d'une forte structure, asthmatique depuis seulement deux ans, ayant eu presque simultanément une bronchite des plus graves et une fissure anale qui paraissait due à des excès d'équitation. Ce malade avait des attaques dyspnéiques hebdomadaires durant de quarante-huit à soixante-douze heures. Pendant la convalescence de l'opération que nous lui avons pratiquée pour sa fissure anale, nous eûmes occasion de combattre ses attaques par le tartre stibié, le kermès, l'antimoine diaphorétique, l'opium, la belladone, le sulfate de quinine, etc., le tout sans succès.

4° PLEURÉSIES.

Obs. I. — Dans un cas de pleurésie où le tartre stibié et le kermès n'étaient pas tolérés, et où la médication antimoniale nous paraissait nécessaire, nous essayâmes de leur substituer l'antimoine diaphorétique; mais, contre notre attente, il ne fut pas mieux supporté que le tartrate et l'oxysulfure. A inconvénients égaux, nous donnâmes la préférence à la préparation antimoniale la plus énergique. Le tartre stibié fut repris, et sa tolérance obtenue au moyen des précautions usitées en pareil cas.

Obs. II. — Enfant de 5 ans, malade depuis huit jours, présentant des symptômes abdominaux (tels que vomissements continuels, selles involontaires et continuelles, ballonnement du ventre) mêlés à des symptômes cérébraux (délire, dilatation des pupilles, etc.), et enfin une dyspnée continue avec paroxysmes. Cette diversité de symptômes et l'oubli de l'auscultation avaient fait dévier le médecin du véritable diagnostic. Appelé en consultation, nous reconnûmes une pleurésie au sommet à droite; la moitié inférieure du poumon gauche ne donnait que du râle sous-crépitant. Le tartre stibié avait été essayé, et n'avait pu être continué à cause des vomissements et des évacuations alvines qu'il exaspérait; et d'ailleurs, eût-il pu être supporté par le malade, que les parents n'eussent pas consenti à sa continuation. Des applications de sangsues furent faites au niveau de l'inflammation pleurale, et l'antimoine diaphorétique fut donné à la dose de 4 grammes fractionnés dans les vingt-quatre heures. L'amélioration fut immédiate, et cet enfant, qui nous avait paru dans un état désespéré, guérit rapidement sous l'influence de ce traitement.

CONCLUSIONS.

1° L'antimoine diaphorétique n'est pas une substance inerte, puisqu'il produit quelquefois les effets dits primitifs propres aux antimoniaux.

2° Il paraît doué, de même que le tartre stibié et les oxysulfures, bien qu'à un moindre degré, d'une action occulte sur les phlegmasies de l'appareil respiratoire.

3° De toutes ces phlegmasies, la bronchite est celle à laquelle son action thérapeutique s'adapte le mieux, et la forme aiguë est la condition la plus favorable pour son succès.

4° Il peut être employé avec avantage dans la pneumonie quand les autres antimoniaux plus actifs cessent d'être tolérés. Son indication paraît devoir être plus rare dans la pleurésie.

5° Contre les affections qui s'éloignent du type inflammatoire, soit par leur nature, soit par leur chronicité, l'efficacité de l'antimoine diaphorétique décroît ou cesse.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

(Suite.)

III. REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE.

Les numéros d'avril, mai et juin comprennent les articles originaux suivants : 1° *Etudes sur les bruits cardiaques et vasculaires dans l'état physiologique*; par M. Monneret. 2° *Histoire d'une épidémie d'oreillons*; par M. Resseguier. 3° *Des engorgemens érectiles du col de l'utérus*; par M. Récamier. (Travail lu à l'Académie de médecine.) 4° *Notes sur les lésions anatomiques du système locomoteur qui accompagnent la présence des corps étrangers cartilagineux dans les articulations*; par M. Victor Racle. 5° *Etudes sur les effets anesthésiques et thérapeutiques du bromure de potassium*; par M. Rames. 6° *Deuxième mémoire sur les luxations coxo-fémorales en avant*; par M. Malgaigne. 7° *Sur un nouveau moyen d'ouvrir les abcès sans laisser de cicatrices apparentes*; par M. Leriche. 8° *Sur l'auscultation de la voix dans les épanchements pleurétiques*; par M. Oulmont.

ÉTUDES SUR LES BRUITS CARDIAQUES ET VASCULAIRES DANS L'ÉTAT PHYSIOLOGIQUE; par le docteur MONNERET.

Ce travail comprend deux parties distinctes, dont l'une est relative aux bruits physiologiques qui se lient aux battements du cœur, et l'autre concerne les bruits qui se passent dans les gros vaisseaux.

La première est conçue de manière à causer quelque embarras à la critique. Elle est fondée, dit le mémoire, sur « des vivisections et des expériences minutieuses d'acoustique. » Mais ni ces expériences ni ces vivisections ne sont rapportées, « dans la crainte de fatiguer le lecteur. » A parler franchement, un peu de *fatigue* nous aurait semblé préférable à une ignorance à peu près complète des données expérimentales sur lesquelles s'appuient les opinions de l'auteur; mais sa modestie le trompe assurément quand il suppose que l'exposé de ces données eût pu provoquer chez le lecteur autre chose que de l'intérêt.

M. Monneret se borne donc à mentionner en quelques mots un appareil dont il s'est servi, et dont le modèle nous paraît être dans celui qui avait été imaginé par M. Rouannet pour la démonstration de sa théorie *valvulaire*. Cet appareil consiste tout simplement dans un tube de verre adapté à l'aorte ou à l'artère pulmonaire, et dans lequel on fait mouvoir de l'eau, de manière à pouvoir observer l'effet du choc de la colonne liquide sur les valvules sygmoïdes. D'autres fois, l'auteur s'est servi d'un cœur dont les cavités et les orifices étaient conservés, et à travers lequel il faisait passer un courant d'eau dirigé de l'oreillette dans l'aorte. En variant les expériences « de bien des manières, » particulièrement en donnant à la colonne liquide diverses hauteurs et en lui imprimant une vitesse plus grande, il est arrivé aux résultats suivants :

1° Lorsque le cœur et les vaisseaux qui en partent ont leur calibre naturel, le sang passe sans produire un bruit sensible, des ventricules dans les gros vaisseaux et des oreillettes dans les ventricules. Les valvules sygmoïdes, droites et gauches, en se relevant, ne font entendre aucune espèce de bruit. Le sang poussé par le ventricule dans l'aorte ou l'artère pulmonaire n'est le siége d'aucune vibration sonore.

2° Les bruits du cœur sont déterminés uniquement par la vibration des valvules cardiaques. La vibration des valvules sygmoïdes, qui a lieu simultanément à droite et à gauche, produit le second bruit; le premier résulte de la vibration des valvules auriculo-ventriculaires. L'expérience est surtout facile et décisive pour le second bruit, le plus net, le mieux caractérisé des deux. On le reproduit identiquement au moyen de l'appareil indiqué plus haut, et on en modifie l'intensité en variant la hauteur du liquide ou la vitesse de son mouvement. « Il est plus difficile, ajoute le mémoire, d'obtenir la tension des valvules auriculo-ventriculaires, parce qu'on ne peut obturer l'orifice ni produire une tension suffisante dans la membrane; mais on peut imiter entièrement ces conditions avec des membranes dont on connaît l'épaisseur et le degré de tension... Personne ne conteste que les ventricules, en se contractant, ne déterminent une forte tension dans la valvule auriculo-ventriculaire. Or celle-ci est plus épaisse, sa tension est plus forte et dure plus longtemps que celle des valvules artérielles opérée par le poids du sang et par la systole artérielle. De plus, la valvule auriculo-ventriculaire est plus épaisse, tendue par des piliers fibreux sur la substance charnue du cœur qui amortit le son. On comprend dès lors pourquoi le premier bruit est plus sourd, plus prolongé et plus intense que le second. »

Tel est, avec quelques considérations judicieuses sur les conditions de conductibilité qui peuvent influer, non sur le ton, mais sur le timbre et l'intensité des bruits cardiaques, le contenu de cette première partie du mémoire. En l'absence d'éléments positifs de discussion, nous ne pouvons que nous borner, nous aussi, à opiner. Or les expériences nombreuses qui ont été, depuis M. Rouannet, poursuivies sur ce point si intéressant de physiologie ne laissent, suivant nous, aucun doute sur la cause directe du second bruit du cœur : ce bruit est décidément produit par la vibration des valvules sygmoïdes, mise en jeu elle-même par le choc en retour des colonnes sanguines contenues dans l'aorte et l'artère pulmonaire. A cet égard, les expériences de M. Monneret sont pour celles de ses devanciers un précieux auxiliaire, et nous nous mettons même avec lui pour repousser *cette espèce de compromis* par lequel on a voulu appeler à l'explication des bruits cardiaques tout à la fois la contraction musculaire, le choc de la pointe du cœur contre la paroi thoracique, celui des valvules abaissées contre les parois du cœur ou des gros vaisseaux, la vibration des molécules sanguines, etc. La netteté, la franchise de timbre, le caractère *solidien* du second bruit, nous paraissent, comme à lui, exclure absolument un tel mélange. Mais la démonstration est-elle aussi péremptoire pour le premier bruit? Voilà ce qu'on ne saurait affirmer. On a vu tout à l'heure ce que l'expérience offrait ici de difficultés, de l'aveu même de l'auteur; comment on ne pouvait produire une tension *suffisante* de la membrane, et comment il y avait nécessité de recourir à une *imitation* des conditions physiques qui lui sont propres. M. Monneret affirme bien que l'imitation a été *entière*; mais on aimerait à s'en assurer par un exposé détaillé de l'expérience. Il est impossible de faire abstraction des objections fréquemment soulevées contre l'explication du premier bruit par un claquement valvulaire, et dont la principale est l'absence de tout bruit au niveau des valvules auriculo-ventriculaires chez un nouveau-né dont le cœur était à découvert et a pu être ausculté à nu par MM. Cruveilhier et Monod. Nous ne nions pas que la nature, à peu près incontestée, de la cause du second bruit ne convie fortement à étendre au premier bruit la même interprétation; mais, nous le répétons, la science a encore besoin d'être fixée à cet égard.

L'auteur a été plus explicite dans la seconde partie de son mémoire, où l'on trouve sur la plupart des expériences relatives aux bruits *vasculaires* des détails assez circonstanciés. Chacun sait que le murmure continu, avec ou sans renforcement intermittent, qu'on entend d'ordinaire chez les chlorotiques au niveau des gros troncs vasculaires, mais principalement dans la région carotidienne et plus spécialement encore à droite, que ce murmure a été longtemps, et d'un consentement unanime, attribué aux artères. Mais il y a une dizaine d'années, un médecin anglais, le docteur Ward, ayant soutenu que le bruit se passait dans les grosses veines, cette doctrine prit faveur, et l'on peut affirmer que l'opinion générale des pathologistes tend aujourd'hui à s'y rattacher. Elle trouve un nouvel appui dans le travail de M. Monneret, dont on va voir, du reste, que la portée est plus générale et dépasse de beaucoup les limites d'une question spéciale de physiologie pathologique.

L'auteur cherche à établir : premièrement que « le passage intermittent d'un liquide dans un tube à parois solides ou membraneuses ne peut jamais produire qu'un bruit de courant intermittent et interrompu, quelque rapides et quelques rapprochées que soient les propulsions saccadées; secondement, que le passage continu d'un liquide dans un vaisseau s'accompagne toujours d'un bruit continu de courant, pourvu que la vitesse du liquide soit assez grande pour produire des vibrations sonores.

Pour démontrer expérimentalement la première proposition, il se sert d'un tube en verre adapté à une aorte munie de ses valvules, ou bien d'un *tube-artère* en caoutchouc, dans lequel il fait passer un courant d'eau saccadé. A chaque poussée du liquide, on perçoit un bruit de courant d'autant plus intense que la vitesse du liquide est plus grande et le trajet parcouru plus considérable. Si le tube est disposé de manière que l'eau ne puisse refluer, il n'y a aucune vibration hydraulique dans ce dernier sens et un seul bruit est produit. Mais si l'on détruit une ou plusieurs valvules aortiques l'eau reflue, et alors on détermine deux bruits de courant, l'un ascendant et l'autre descendant, dont l'intensité est en raison directe de la vitesse du liquide. La seconde proposition s'appuie sur l'expérience suivante, à laquelle l'auteur déclare attacher une importance spéciale. On ouvre avec précaution sur un cadavre les veines jugulaires interne et externe, ou la carotide, à leur partie supérieure; on y adapte un tube de même calibre qui communique par un tube-siphon avec un vase plein d'eau et livre ainsi passage à un courant dont on peut faire varier la vitesse avec un robinet. On divise la veine cave supérieure ou l'aorte près du cœur, en respectant les parties inférieures du cou et supérieures du thorax. Si l'on ausculte alors sur la veine jugulaire ou la carotide, on entend un bruit de courant tout à fait continu, renforcé par d'autres vibrations sonores dont le timbre plus clair a quelque chose de plus modulé, de plus musical; c'est le souffle chloro-anémique dans toutes ses variétés de timbre et d'intensité. L'auteur ajoute, en s'appuyant sur un théorème de physique

et sur des expériences qu'il ne rapporte pas, que la vitesse du liquide est l'unique cause des bruits de courant, soit continus, soit intermittents. Il démontre mieux que la flaccidité des parois vasculaires élastiques favorise seulement la propagation des vibrations sonores, sans les engendrer réellement; et que la viscosité du liquide empêche la production du bruit hydraulique en retardant la vitesse du courant, tandis qu'un état de fluidité très-grande produit un résultat opposé en permettant un accroissement de vitesse.

La conséquence de tout ceci, on le voit, c'est que les bruits continus vasculaires se passent uniquement dans les vaisseaux où le courant est continu, c'est-à-dire dans les veines, et que les bruits intermittents, tels que le bruit de souffle, ont lieu seulement dans les artères où le courant est intermittent, ou du moins soumis, dans sa continuité, à une impulsion saccadée.

—Une première remarque à faire au sujet des expériences que nous venons de rappeler, c'est que l'auteur s'est tenu, à vrai dire, sur le terrain de la physique, plus que sur celui de la physiologie et de la pathologie. Il a étudié les bruits produits par le passage plus ou moins rapide d'un liquide dans un tube; il a constaté (chose assez facile à prévoir) que les bruits continus étaient produits par un mouvement continu de liquide, les bruits intermittents par un mouvement intermittent. Il a montré enfin que les veines et les artères étaient, sous ce rapport, soumis, comme les tubes inertes, aux lois générales de la physique. Mais ce n'est, après tout, que par induction qu'il a transporté les résultats obtenus dans ses expériences à l'explication des bruits continus ou intermittents des gros vaisseaux. Il est évident que, entre cette induction, quelque légitime qu'elle puisse paraître, et une démonstration directe, la distance est encore assez considérable. Il reste, par exemple, à voir d'abord si, toutes choses étant égales quant à la marche et à la vitesse du courant, les bruits hydrauliques sont les mêmes dans des tubes inertes parcourus par de l'eau simple ou saturée de sels, et dans des tubes vivants, contractiles, traversés par du sang; puis, si la continuité et la vitesse du courant, qui sont les conditions essentielles du bruit continu, n'appartiennent pas aux artères elles-mêmes où l'auteur ne place que les bruits intermittents, et si elles appartiennent toujours aux veines où il place les bruits continus; puis enfin, et comme complément décisif, si, oui ou non, en dehors de toute induction théorique et seulement en fait, les bruits continus qui sont un des symptômes de certaines maladies se passent exclusivement dans l'intérieur des veines et les bruits intermittents dans l'intérieur des artères. En n'abordant pas ce côté pratique et purement expérimental de la question physiologique et pathologique, l'auteur a laissé subsister, en face de la doctrine à laquelle il se rattache, la plupart des objections qui l'ont accueillie à l'époque où M. Aran la prit des mains d'un médecin anglais pour essayer de l'implanter en France.

C'est, nous le croyons, au nom d'une saine physique que M. Monneret n'accepte pas l'objection tirée du *redoublement* de certains bruits chloro-anémiques, en opposition avec la continuité du courant dans les veines, puisqu'il est reconnu, depuis Savart, que même dans l'écoulement spontané d'un liquide par un orifice en mince paroi, la vitesse n'est pas uniforme, mais variable, et variable périodiquement comme le bruit *continu-redoublé* de la chlorose. On a vu d'ailleurs plus haut que c'était un bruit semblable qui se produisait dans cette expérience où un courant continu traversait la jugulaire ou la carotide. Mais il existe bien d'autres difficultés. Le courant est positivement continu dans les artères; il est vrai qu'il n'y est pas uniforme, et M. Monneret tire parti de cette circonstance pour soutenir qu'un bruit ne peut appartenir qu'à la propulsion saccadée, l'écoulement dans l'intervalle des saccades n'ayant pas, dit-il, la vitesse requise pour la production d'un bruit quelconque. Mais c'est une question de savoir si le courant continu des veines, dans les régions où s'entend parfois le murmure chloro-anémique, est toujours plus rapide que ne l'est, même dans l'intervalle des saccades, le courant des artères collatérales. Or, d'une manière générale, la comparaison des deux modes d'écoulement d'une veine et d'une artère ouvertes n'est pas favorable à cette supposition (c'est une remarque qui appartient à M. Beau); elle l'est moins encore quand on étudie le phénomène loin du centre circulatoire, par exemple au pied, où le murmure a été plus d'une fois constaté. D'un autre côté, il n'est pas très-exact de dire que le courant soit continu et uniforme dans toutes les veines. Indépendamment des perturbations qu'apportent constamment dans les courants veineux l'action musculaire, le changement de volume des organes voisins, le battement des artères collatérales (comme on le voit si distinctement dans l'opération de la saignée quand l'artère est superficiellement placée), il est une partie du corps où l'uniformité du courant veineux est à chaque instant rompue, et c'est précisément celle qui est le siége privilégié du bruit de diable: nous voulons parler des parties latérales du cou. On connaît depuis Barry l'influence considérable exercée par les mouvements respiratoires sur la marche du courant veineux, et principalement sur celui des veines jugulaires.

Mais, nous l'avons dit, ce qui manque encore le plus à la doctrine des bruits du courant veineux, ce sont les preuves de fait. La principale expérience sur laquelle elle s'appuie, c'est la cessation immédiate du bruit dès qu'on comprime la veine jugulaire externe ou interne et qu'on interrompt le courant au-dessus du stéthoscope. Mais on a fait remarquer que le bruit pouvait être suspendu par les causes les plus légères, encore mal déterminées, mais autres que la pression de la veine, notamment par un simple attouchement sur les parties latérales et à une certaine distance de celle-ci. M. Beau, M. Grisolles affirment avoir maintes fois comprimé la veine sans faire cesser, sans affaiblir même le bruit vasculaire. M. Vernois est allé plus loin. Il a excisé la veine jugulaire chez un chien, et, après l'avoir saigné largement, il a constaté un souffle continu *dans la carotide*.

On voit, par tout ce qui précède, que la question ne saurait être considérée comme vidée par le travail de M. Monneret. Il est d'ailleurs à propos de faire observer que les conditions par lui invoquées pour l'explication des bruits hydrauliques n'apprennent rien sur la cause originelle des bruits vasculaires. La théorie fût-elle vraie de tout point, on se demanderait encore pourquoi le courant veineux ne s'accompagne pas constamment d'un bruit continu. Mais c'est un autre côté de la question que l'auteur n'a pas eu, pour le moment, intention d'aborder, et il se borne à faire ressortir l'incertitude de la science sur ce point.

DE L'AUSCULTATION DE LA VOIX DANS LES ÉPANCHEMENTS PLEURÉTIQUES; par le docteur OULMONT.

On sait que le caractère *chevrotant* de la voix transmise par le stéthoscope, qui est le signe caractéristique des épanchements peu abondants de la plèvre, disparaît dans les épanchements considérables. Que devient alors le retentissement de la voix? Disparaît-il, ou subit-il des modifications? Voici sur ce point le résultat des recherches de M. Oulmont, résultat appuyé sur vingt-cinq observations d'épanchement ancien et dix d'épanchement récent.

Quand on fait parler le malade, l'oreille ne perçoit ni bourdonnement ni vibration thoracique: la voix est transmise tout entière par l'oreille libre. Mais si on a la précaution de boucher celle-ci, on entend la transmission de la voix dans toute l'étendue de l'épanchement. Cette voix semble arriver des profondeurs de la poitrine; elle a néanmoins un timbre clair, net, sans être assez distinct pour qu'on perçoive les mots. Le plus ordinairement, il s'y joint un certain tremblotement qui devient d'autant plus marqué qu'on se rapproche davantage de la surface du liquide. Jamais cette modification du retentissement de la voix ne s'accompagne de frémissement des parois thoraciques. Elle présente d'ailleurs un caractère tout à fait différent du timbre aigre, argenté et superficiel de l'égophonie. Celle-ci se fait quelquefois entendre à la partie supérieure de l'épanchement.

L'auteur donne au retentissement profond de la voix le nom de *voix transmise*.

Ces observations ne sont pas en rapport avec ce qu'on enseigne dans les traités d'auscultation. Il est généralement admis que les épanchements considérables de la poitrine s'opposent à la transmission de la voix. Le soulèvement de la paroi costale qui peut gêner ses vibrations, la compression du parenchyme pulmonaire qui peut mettre obstacle à la vibration de la colonne d'air et des tuyaux bronchiques, sont en effet des conditions propres à gêner la transmission à l'oreille de l'observateur des ondes sonores parties du larynx. Mais il ne faut pas s'étonner que la voix ne passe pas complétement et passe avec un caractère particulier à travers un épanchement considérable, les liquides étant, comme on sait, de bons conducteurs du son. Du reste, le fait avancé par M. Oulmont est positif, et même, ainsi qu'il s'empresse de le reconnaître, MM. Barth et Roger, dans la troisième édition de leur TRAITÉ D'AUSCULTATION, décrivent, sous le nom de bronchophonie dans la pleurésie, un phénomène au moins analogue à celui dont on a vu plus haut la description.

IV. BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE.

Les numéros du 30 avril au 30 juin inclusivement contiennent les articles originaux suivants: 1° *De la phlébite spontanée*; par M. Forget (de Strasbourg). 2° *Du chloroforme dans le traitement des maladies cutanées et quelques affections nerveuses*; par M. Devergie. 3° *Observations pratiques sur l'électricité appliquée au traitement de la paralysie de la vessie*; par M. Michon. 4° *Du traitement du rhumatisme articulaire aigu par les vésicatoires*; par M. Martin-Solon. (Rapport à l'Académie de médecine.) 5° *De l'emploi de l'huile de foie de morue dans la phthisie pulmonaire*; par M. Duclos. 6° *Du traitement des coarctations urétrales par la dilatation forcée de dedans en dehors*; par M. Civiale. 7° *Du sous-nitrate de bismuth à hautes doses*; par M. Monneret. (La GAZETTE MÉDICALE a publié un long travail de l'auteur sur le même sujet.) 8° *Emploi médical de l'arsenic*; par M. Gibert.

9° *Remarques sur la séparation des doigts palmés*; par M. Didot. (Note extraite des journaux belges.) 10° *De la ponction ombilicale dans l'ascite*; par M. Forget (de Strasbourg). 11° *Note sur l'ulcère verruqueux*. (Anonyme.) 12° *Nouvelles considérations chimiques et thérapeutiques sur le tartrate de potasse et de fer*; par M. Mialhe. 13° *Nouvelle méthode d'autoplastie sus-hyoïdienne*. (Anonyme.)

NOUVELLE OBSERVATION POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE L'URÉTROPLASTIE; par M. RICORD.

OBS. — G., 26 ans, ayant eu des blennorrhagies, puis des rétrécissements, se fit une fausse route en cherchant à se sonder lui-même. De là une infiltration urineuse pour laquelle on lui fit, à l'Hôtel-Dieu de Paris, deux incisions sur le scrotum. Il se forma en outre deux abcès dont les ouvertures demeurèrent fistuleuses.

Entré à l'hôpital du Midi, le 3 septembre 1847, il présentait en effet une fistule à droite et en avant de la marge de l'anus. De plus, une perte de substance de 4 centimètres et demi de largeur existait à la région spongieuse de l'urètre. Pendant la miction, l'urine sortait par l'une et par l'autre de ces deux ouvertures.

M. Ricord eut d'abord besoin de dilater gradnellement le trajet de la fistule périnéale. Enfin le 22 octobre, il était parvenu à y introduire et à porter par là, jusque dans la vessie, une sonde n° 19 de la filière millimétrique. L'urine sortait alors complètement par cette sonde.

Le 28 octobre, M. Ricord pratiqua l'excision des bords de l'ouverture fistuleuse péno-scrotale, et fit ensuite subir à la peau qui la circonscrivait un décollement de 1 centimètre et demi de largeur; il termina en réunissant transversalement à l'aide de dix points de suture entortillée. On remit le malade au lit dans une position qui permettait le libre cours de l'urine par la sonde périnéale.

Dès le lendemain, on reconnut un gonflement œdémateux dans le voisinage de la suture. L'urine avait passé entre les fils, la sonde du périnée s'étant dérangée accidentellement. Il se forma de la suppuration; les tissus furent déchirés par les épingles; enfin, la réunion avait échoué.

Cependant le 9 novembre, le travail graduel de la cicatrisation avait peu à peu réduit l'ouverture anormale aux deux tiers de son étendue primitive. La sonde périnéale continuant à bien fonctionner, on procéda à un nouveau ravivement qui fut suivi de la suture.

Cinq jours après, les fils enlevés, on trouva que les angles de la plaie s'étaient réunis, le centre seul restant béant.

Le 9 décembre, le bourgeonnement a encore notablement diminué la plaie. M. Ricord pratique l'excision de ses bords et les rapproche par deux points de suture longitudinale et empennée. De plus, la sonde périnéale ayant été, le lendemain, trouvée dérangée, et un peu d'urine étant remontée vers la plaie, on exerce une compression, à l'aide de compresses graduées, entre le scrotum et la fistule périnéale.

Six jours après, l'enlèvement des fils permet de constater encore une réduction de moitié du diamètre de l'ouverture.

Le 25 décembre, nouvelle suture portant sur des bourgeons charnus que, cette fois, on n'eut pas besoin d'aviver. De violentes érections nocturnes déchirent les tissus et font échouer cette tentative.

Jusqu'au 1er février 1848, on laissa reposer le malade; mais lorsqu'on voulut alors réintroduire la sonde par l'ouverture du périnée, on trouva ce trajet rétréci, et il fallut, comme au début, le dilater peu à peu. M. Ricord essaya alors d'oblitérer ce qui restait de la fistule péno-scrotale, en appliquant dessus un lambeau de peau emprunté au côté gauche et supérieur du scrotum, fixé par six points de suture. L'agglutination réussit pour les trois quarts de la circonférence de ce lambeau. Mais le 15 février, une épididymite força de retirer la sonde périnéale. L'épididymite disparut en peu de temps par les émollients.

On se borna jusqu'au mois de juin à solliciter l'occlusion définitive par quelques applications de teinture de cantharide; mais on échoua. De temps en temps M. Ricord introduisait, par le méat, des bougies, afin d'entretenir l'intégrité du canal; mais cette précaution ayant été négligée plus tard, il trouva l'urètre oblitéré en arrière du bulbe.

Le 10 juillet, après avoir replacé la sonde périnéale, il fit la suture circulaire ainsi qu'il suit :

Avec une aiguille droite, courte et armée d'un fil de soie, on traverse perpendiculairement la peau dans toute son épaisseur, puis on fait glisser l'aiguille horizontalement dans le tissu cellulaire sous-cutané, à un demi-centimètre de l'ouverture à oblitérer. Alors, après avoir parcouru le trajet d'un demi-centimètre environ, on fait ressortir l'aiguille, et on la fait pénétrer de nouveau par le trou de sortie, en lui faisant encore parcourir un second trajet d'un demi-centimètre. Enfin, quand le fil de soie (toujours introduit par le même procédé) a circonscrit le pourtour du point fistuleux, l'opérateur tire à soi les deux bouts de ce fil, afin de faire froncer les tissus. On termine l'opération en attachant les deux bouts du fil sur un bout de sonde ou sur un petit rouleau de diachylon.

Au bout de cinq jours, M. Ricord enleva le fil en tirant sur l'un de ses chefs, après avoir coupé le nœud. On constata qu'il y avait un resserrement; mais les érections avaient empêché la cicatrisation complète : les attouchements avec le nitrate d'argent ne réussirent pas non plus à la provoquer.

Le 25 septembre, M. Ricord fit une seconde application de la suture circulaire. Mais cette fois, il empêcha les tiraillements de la peau causés par l'érection, en tenant ensuite le scrotum rapproché de la verge, à l'aide de bandelettes agglutinatives.

Cinq jours après, la fistule fut enfin trouvée oblitérée.

Quant à la fistule du périnée, il fallut alors songer à la fermer. Mais l'urètre étant oblitéré, on dut d'abord diviser avec le coarctotome l'espèce de cloison accidentellement formée par le tissu inodulaire qui avait occasionné cette occlusion.

Cette opération, dont l'effet fut secondé par l'introduction dans tout l'urètre de sondes de plus en plus volumineuses, détermina finalement la cicatrisation de l'ouverture du périnée.

— Ce fait mérite certainement de compter parmi les plus intéressants de ceux qu'on peut déjà rattacher à la méthode de traitement des fistules urétrales par la *dérivation périnéale*. Mais en analysant les détails, on entrevoit cependant cette conclusion que les progrès de la cure n'ont pas suivi ici ce beau idéal de sûreté et de rapidité qui fait le cachet des procédés parvenus à la perfection. *Sept* opérations successives pour obtenir l'occlusion d'une fistule ! et cela avec l'aide de l'ouverture périnéale ! Combien eût-il donc fallu de temps et de manœuvres si l'on avait été privé de ce secours?

Du reste, cette lenteur s'explique, ce semble, fort naturellement par l'insuffisance de la dérivation qu'offrait l'ouverture périnéale. Dans chacune de ces opérations, l'urine est venue souiller les fils de la suture. En second lieu, on voit que la fistule ne s'est fermée que lorsque l'urètre s'est oblitéré entre elle et la vessie. Double preuve, et preuve certaine que le canal périnéal ne présentait pas à l'urine une voie de décharge assez large pour l'empêcher de couler, ne fût-ce que par gouttes, dans le reste de l'urètre.

Mais ce n'est point sur l'étroitesse relative de ce conduit de dérivation que nous voulons principalement appeler l'attention : c'est plutôt sur le danger de la manière dont on s'y est pris, dans cette opération comme du reste dans toutes les autres analogues, pour le faire fonctionner. Que se propose-t-on en utilisant la fistule du périnée? L'auteur de l'article le dit lui-même : d'éviter les inconvénients de la sonde à demeure « qui n'empêche pas l'urine de s'échapper en s'insinuant entre ses parois et celles de l'urètre. » Or ce même accident se produit à coup sûr également lorsque la sonde introduite par la plaie périnéale dans la vessie y est *laissée à demeure*. Évidemment alors, l'urine finit par s'insinuer entre la sonde et le canal, et par venir de proche en proche mouiller les lèvres de la fistule urétrale suturée.

Pour remédier à cette cause d'insuccès, il n'y aurait qu'un moyen efficace lorsqu'il est praticable. Ce serait de supprimer entièrement la sonde à demeure, qu'on l'introduise par l'urètre, ou qu'elle ait été conduite par le périnée. Seulement, chaque fois que le malade aurait envie d'uriner, il établirait momentanément avec le doigt une compression derrière les bourses, suffisante pour aplatir l'urètre et y intercepter le cours des urines. De cette manière on serait sûr que le fluide excrété passerait en totalité par la fistule périnéale.

On fera sans doute à cette proposition le reproche de ne pas être toujours applicable. Mais on déterminerait aisément, par une expérience préalable et extrêmement simple, les cas où elle pourrait l'être. Et ce ne serait qu'après s'être assuré qu'il en est ainsi qu'on procéderait à la suture de la fistule de l'urètre.

OBSERVATIONS PRATIQUES SUR L'ÉLECTRICITÉ APPLIQUÉE AU TRAITEMENT DE LA PARALYSIE DE LA VESSIE; par M. MICHON.

Il est de science vulgaire que l'électricité guérit les paralysies; on sait plus vaguement peut-être que cet agent jouit du pouvoir de rendre aux fibres musculaires vésicales leur contractilité perdue. Mais, en face d'un cas pareil, combien peu de médecins savent prendre un parti, choisir le meilleur appareil, appliquer méthodiquement les conducteurs, régler la durée et les répétitions de l'excitation électrique. Faute de guide, bien souvent on hésite, on préfère des moyens mieux connus, mais impuissants, et le moment propice à la guérison est ainsi manqué sans retour.

M. Michon mérite donc (et plus peut-être qu'on ne l'aurait cru de prime abord) la reconnaissance des praticiens pour leur avoir fait connaître, en même temps que l'efficacité réelle de l'électricité dans ces cas, un moyen aussi simple que sûr d'en tirer tout le parti possible.

OBS. — Chez un homme de 67 ans, affecté depuis huit jours de paralysie complète de la vessie, sans autre cause qu'un excès assez peu considérable de boisson, M. Michon mit en usage la sonde à demeure, l'eau de Vichy, des injections acidulées. Mais tout échoua : déjà le malade avait des frissons et les urines devenaient ammoniacales. — Un autre praticien avait auparavant et sans plus de réussite fait appliquer 25 sangsues au périnée et prescrit des frictions excitantes.

Enfin, après sept semaines d'un traitement entièrement inutile, M. Michon songea à employer l'électricité. Une sonde d'argent fut introduite dans la vessie, une sonde de femme conduite dans le rectum, fut appuyée contre la paroi recto-vésicale. La vessie étant vidée, chacune de ces sondes fut placée en commu-

nication avec un des pôles d'une machine électrique des frères Breton, laquelle fut graduellement mise en activité pendant deux ou trois minutes. Le malade n'éprouva pas de douleur, à peine quelques picotements.

Le lendemain, on recommença l'opération de la même manière; puis une troisième le jour suivant. Dans la nuit, le malade sentit l'envie d'uriner et la satisfit aisément sans sonde. Depuis lors, il n'eut plus besoin d'être sondé.

Malgré cette amélioration, significative par sa promptitude, on continua encore les électrisations pendant trois jours; celles-ci furent un peu plus douloureuses que les précédentes.

Les urines perdirent rapidement l'odeur ammoniacale et devinrent limpides. La fièvre disparut. M. Michon garda encore cet homme à l'hôpital pendant trois semaines afin de bien constater la solidité de sa guérison. Aucune récidive ne s'observa durant ce temps. — Il revint de nouveau se faire voir au bout de trois autres semaines, toujours bien portant.

Qui ne serait frappé des conditions dans lesquelles s'est produit ce résultat? Après deux mois environ de soins variés, mais sans aucun succès, en trois jours, et l'on peut dire en neuf minutes (chaque électrisation ayant duré près de trois minutes), le malade a recouvré la faculté d'uriner librement à volonté. Six minutes encore du même remède, et la guérison est établie, confirmée!

M. Michon a obtenu le même succès chez un autre malade dont la paralysie vésicale était compliquée d'un certain degré d'engorgement de la prostate. Il rapporte aussi deux observations confirmatives de celle-ci, dans lesquelles le traitement avait été appliqué par M. Monod.

Il importe de faire remarquer que, pendant l'électrisation, M. Michon a constamment en le soin de ne pas laisser la sonde vésicale toujours en rapport avec le même point de la surface de la vessie. Il l'a, au contraire, conduite doncement dans les différentes régions de cet organe.

P. DIDAY et A. DECHAMBRE.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 21 OCTOBRE.

RECHERCHES SUR LA GESTATION DE L'ESPÈCE HUMAINE.

M. COSTE lit un travail intitulé : RECHERCHES SUR LA GESTATION DE L'ESPÈCE HUMAINE.

M. Coste expose dans ce travail le résultat des recherches qu'il a faites sur l'état des organes de la génération sur des cadavres de femmes frappées de mort violentes ou suicidées dans le plein exercice de toutes leurs fonctions, et qui se trouvent par conséquent dans des conditions aussi normales que les femelles des animaux qui servent aux expériences.

Chez toutes les femmes qui s'étaient donné la mort au moment de leurs menstrues ou quand elles avaient cessé, c'est-à-dire au moment où l'ovule était en état de maturation complète, M. Coste a trouvé la matrice pourvue d'une membrane muqueuse tellement épaisse que, si la constance du phénomène n'avait pas été la garantie de son état normal, on aurait supposé qu'il s'agissait d'une altération morbide. Cette membrane, en grande partie formée par des glandules s'ouvrant à sa face interne par des orifices visibles à l'œil nu, avait non-seulement une épaisseur d'un quart ou d'un tiers de la couche musculeuse; mais, dans certains cas même, elle formait des circonvolutions ou des plis pressés les uns contre les autres dans la cavité utérine.

Dans les cas de grossesse extra-utérine, cette membrane muqueuse peut prendre des proportions bien plus grandes encore. Elle forme alors des plis aussi volumineux que des circonvolutions cérébrales et n'a quelquefois pas moins de 10 millim. d'épaisseur.

Ainsi donc, d'après ces faits, il reste démontré que toutes les fois qu'un ovule mûrit dans l'ovaire de la femme, ou qu'il s'en détache, la muqueuse utérine subit une évolution qui la prépare à le recevoir.

Ce premier fait étant mis hors de toute contestation, M. Coste a recherché si, chez ces mêmes femmes, les trompes utérines étaient libres et perméables dans toute leur longueur, de manière à pouvoir conduire l'ovule jusque dans les cavités de la matrice, ou si, comme les auteurs l'admettaient, elles étaient bouchées à leur entrée dans l'utérus par une pseudo-membrane qu'on supposait destinée à former la caduque. Cet examen l'a convaincu que, contrairement à la croyance commune, ces trompes restent toujours ouvertes, et que par conséquent l'ovule peut tomber dans la cavité utérine et qu'il y tombe réellement, puisque jamais, en aucun temps, rien ne s'oppose à son passage. — Que devient-il quand il y est entré? C'est ce qu'apprennent les observations suivantes:

Sur des femmes suicidées du vingtième au trentième jour après la conception, M. Coste a toujours trouvé les trompes communiquant librement avec les cavités de l'utérus, la membrane muqueuse devenue plus épaisse, ayant la même organisation; mais l'œuf, au lieu de se trouver dans la cavité utérine, était enseveli dans la paroi même de la muqueuse; en sorte que la matrice ouverte, on aurait pu croire qu'il n'y avait pas de grossesse. De sorte qu'on peut dire que chez la femme la grossesse est normalement interstitielle.

Lorsque l'œuf s'est enseveli dans la paroi de la muqueuse hypertrophiée, il y grandit progressivement et distend la loge qui le renferme. Cette loge se dilate à mesure et grandit aussi en proportion, faisant, par son côté libre, une saillie de plus en plus prononcée dans la cavité utérine, et, par le côté opposé, tenant à la couche musculeuse. Sa portion saillante dans la cavité utérine devient ce que les anatomistes désignent sous le nom de feuillet réfléchi de la caduque; la portion qui tient à la couche musculeuse, forme leur caduque sérotine ou placentaire, et le reste de la muqueuse constitue leur caduque pariétale ou utérine. Ces trois caduques ont, en effet, la même organisation que la muqueuse utérine dont elles procèdent, et ce n'est que par le progrès du développement qu'elles perdent le caractère de cette organisation.

Il n'est donc point nécessaire pour concevoir la formation des trois parties continues et contemporaines dont la caduque se compose, d'avoir recours à l'hypothèse de la pseudo-membrane imaginée par Hunter; la muqueuse utérine suffit pour expliquer tous les phénomènes.

Si la caduque utérine, la caduque réfléchie, la caduque sérotine, ne sont autre chose que la muqueuse utérine modifiée par la gestation, il s'ensuit nécessairement que cette muqueuse doit s'exfolier après l'accouchement; car les trois parties de la caduque qu'elle forme se détachent avec l'œuf. C'est précisément ce qui arrive.

Enfin, lorsque les lochies ont purgé la matrice de tous les débris de la muqueuse exfoliée qui y tenaient encore et guéri la plaie que l'accouchement y avait faite, il se produit à sa face interne dénudée une végétation qui régénère cette muqueuse et rend l'organe propre à une nouvelle gestation. Il se déduit de ces faits, comme conséquence immédiate l'explication de plusieurs phénomènes sur la nature desquels on n'avait jusque-là que des notions vagues ou inexactes; parmi ces phénomènes M. Coste cite les hémorrhagies qui succèdent à l'accouchement, les lochies, la propagation par infection des fièvres puerpérales ou des métro-péritonites, et enfin certains cas de stérilité auxquels il n'est peut-être pas impossible de remédier.

DE LA FORMATION DU SUCRE DANS LE FOIE.

M. CL. BERNARD lit un mémoire sur une nouvelle fonction du foie chez l'homme et chez les animaux.

Les expériences d'un grand nombre de physiologistes, et de M. Magendie en particulier, ont appris qu'il peut exister normalement du sucre dans le sang ou dans d'autres fluides animaux; mais toujours on a considéré cette existence des principes sucrés comme une circonstance accidentelle et dépendante exclusivement de la nature de l'aliment.

Dans ce travail, M. Bernard s'est proposé de démontrer expérimentalement: 1° que la présence du sucre dans l'organisme animal est au contraire un fait constant et indispensable dans l'accomplissement régulier des phénomènes réguliers. 2° Il prouve que la présence de la matière sucrée, chez les animaux, n'est point liée à une alimentation déterminée, et qu'elle est produite dans le foie par une fonction spéciale de cet organe. 3° Il indique enfin les principaux caractères de cette formation de sucre dans le foie, et démontre qu'elle est sous la dépendance immédiate du système nerveux.

Voici les propositions au développement desquelles est consacré ce mémoire:

Pendant la période de la digestion, le sang qui sort du foie par les veines sus-hépathiques est invariablement sucré chez l'homme et les animaux, quelle que soit la nature de leur alimentation.

Le sucre est produit dans le foie, indépendamment de la nature de l'alimentation.

La formation du sucre dans le foie est une fonction placée d'une manière immédiate sous l'influence du système nerveux. (*Commissaires*: MM. Magendie, Thénard, Pelouze et Milne Edwards.)

SYSTÈME NERVEUX DES INSECTES.

M. FÉLIX DUJARDIN lit un mémoire sur le système nerveux des insectes. Des faits contenus dans ce mémoire, il résulterait: 1° que chez certains animaux articulés il existe un véritable cerveau dont la structure et le volume sont en rapport avec le développement des facultés intellectuelles; 2° que ce cerveau ou ganglion sus-œsophagien contient des corps symétriques de forme complexe bien déterminée; les corps pédonculés, qui sont entourés plus ou moins complétement par une substance corticale, pulpeuse, laquelle, relativement moins considérable chez les insectes les plus intelligents, prédomine au contraire chez ceux où l'intelligence est masquée par l'instinct, et se trouve seule chez les insectes qui n'ont point d'autres facultés que l'instinct. 3° Enfin la même substance pulpeuse paraît constituer exclusivement aussi les ganglions du thorax et de l'abdomen qui doivent régir et coordonner des actes purement instinctifs.

M. LANDOUZY, professeur à l'École de médecine de Reims, envoie un mémoire sur la coexistence de l'amaurose et de la néphrite albumineuse. (Commissaires: MM. Andral et Rayer.) (Voir plus haut.)

M. LOISEAU écrit pour proposer à l'Académie un prix de 4,000 fr. à l'homœopathe qui pourra démontrer par des expériences physiologiques, les principes sur lesquels repose la doctrine de Hanemann, exposés dans l'Organon.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 22 OCTOBRE. — PRÉSIDENCE DE M. BRICHETEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend deux lettres du ministre de l'agricul-

tare et du commerce, la première avec envoi d'un tableau dans lequel M. le docteur Calvet, inspecteur des eaux minérales de Sylvanès (Aveyron), a consigné les observations météorologiques et hydrothermométriques qu'il a recueillies pendant le mois d'août dernier. Par la deuxième lettre, M. le ministre consulte l'Académie sur une demande en autorisation pour l'exploitation d'une source minérale à Pont-de-Barret (Drôme).

— M. le préfet de police transmet le relevé statistique des décès dans la ville de Paris, pour le mois de septembre dernier.

— M. Boutron-Charlard fait hommage à l'Académie de deux portraits en premières épreuves, l'un de La Peyronie, l'autre de Lamartinière, pour être placés, soit dans la bibliothèque, soit dans la salle de son conseil d'administration.

Des remercîments sont adressés, au nom de l'Académie, à M. Boutron-Charlard.

TRAITEMENT DES FIÈVRES INTERMITTENTES PAR L'ACIDE ARSÉNIEUX.

M. le docteur Bernier, médecin à l'hôpital de Sarreguemines (Moselle), informe l'Académie que, depuis cinq ans, il a employé l'acide arsénieux sur 54 malades atteints de fièvres intermittentes rebelles, en grande partie contractées en Afrique ou dans les îles du Rhin, et accompagnées d'engorgement de la rate et des autres viscères abdominaux, souvent même d'infiltration des membres et de bouffissure de la face.

Les résultats ont été extrêmement satisfaisants, bien que la moitié des malades eussent été traités antérieurement avec la quinine. La fièvre a cédé dans le plus grand nombre des cas après la première ou la seconde prise d'acide arsénieux ; le dégorgement de la rate a cédé aussi avec une grande promptitude. C'est spécialement dans les fièvres anciennes compliquées d'engorgement splénique qu'il a reconnu le plus d'efficacité à l'arsenic. Il n'a pas constaté un seul accident imputable à ce remède. Les malades ont pris le médicament sans la moindre répugnance. En ce qui concerne la médication, il s'est conformé aux règles formulées par M. Boudin.

M. Bernier conclut, des succès constants qu'il a obtenus dans sa pratique, que si quelques médecins réussissent moins bien ou ne réussissent pas du tout, c'est qu'ils ne se conforment pas aux règles en question.

DE L'EMPLOI DE LA RACINE DE L'ADANSONIA DIGITATA DANS LA FIÈVRE INTERMITTENTE.

M. Bouvier communique, au nom de M. Chatin, une lettre qui lui a été adressée par M. Dermigny, pharmacien à Péronne, et dans laquelle l'auteur expose des faits relatifs à l'administration de l'écorce d'adansonia digitata, comme fébrifuge, observés par le chirurgien-major du 39e de ligne et lui.

Dans ces faits, au nombre de 6, l'écorce d'adansonia a complétement échoué, tandis que le sulfate de quinine donné ensuite a pleinement réussi.

— Une dame Lemaître soumet à l'Académie un projet d'établissement d'une maison modèle d'allaitement. (Comm. : MM. Moreau et Dauyau.)

— L'Académie reçoit deux paquets cachetés, l'un de M. Alex. Mayer (de Besançon, l'autre de MM. Dieu et Léonard, médecins militaires à Alger. Ce dernier est relatif au traitement des fièvres intermittentes.

Le dépôt de ces paquets est accepté.

SUR L'EMPLOI DE L'OXYDE DE ZINC EN PEINTURE AU POINT DE VUE HYGIÉNIQUE.

M. Bouchut, médecin du bureau central des hôpitaux, lit un mémoire sur l'industrie et l'hygiène publique de la peinture en blanc de zinc.

Voici les conclusions qui le résument :

L'oxyde blanc de zinc est une substance utile aux arts, qui forme la base d'une peinture murale éclatante, solide et inaltérable infiniment supérieure à la peinture au blanc de plomb.

La préparation en est facile, rapide et d'un prix égal à celle de la céruse.

Son emploi est plus économique, car au même prix de vente la même quantité en poids couvre un tiers de plus en surface.

La fabrication n'entraîne aucun des dangers qu'on observe dans la fabrique de céruse, et les phénomènes morbides qu'elle peut faire naître sont d'un ordre tout différent, caractérisés par des troubles nerveux, spécifiques, éphémères, sans gravité et incapables de causer la mort, ou par l'irritation du pharynx et des bronches par suite de la poussière qui s'y introduit.

C'est une substance très-usitée en médecine, qu'on fait prendre même à des enfants à 50 centigrammes par jour, et qu'on donne sans inconvénient à des adultes, à la dose énorme de 5 à 6 grammes en 24 heures.

Les préparations de plomb, au contraire, sont toutes dangereuses, quelle que puisse être leur voie d'introduction dans l'économie et quelle que soit leur dose; qu'elles pénètrent par la peau, par la muqueuse pulmonaire, ou par la surface de l'intestin, le résultat est le même et les cérusiers éprouvent des accidents douloureux et prolongés, souvent suivis de mort, qui annoncent d'une manière incontestable la présence du poison dans leurs viscères.

Enfin un seul moyen nous a paru capable de remédier à ces terribles accidents, c'est le patronage de la peinture au blanc de zinc par l'autorité. Il suffirait de circonscrire à l'emploi de cette substance les adjudications de la peinture des édifices publics, laissant d'ailleurs les particuliers libres de leur choix dans la peinture de leurs appartements. (Commissaires, MM. Rayer, Grisolle et Chevallier.)

EMPLOI DE LA VAPEUR D'IODE DANS LE TRAITEMENT DE LA PHTHISIE PULMONAIRE.

M. Chartroule lit sous ce titre un mémoire dont il déduit les conclusions suivantes :

1° L'emploi de l'iode administré sous différentes formes peut avoir dans la curation des tubercules en général, et dans celle des tubercules des poumons en particulier, une grande utilité; il ne présente aucun inconvénient.

2° C'est vers les poumons qu'il est surtout utile de porter ce médicament, dont l'extrême volatilité rend l'emploi facile.

3° L'usage de l'iode en vapeur n'exclut pas celui de la teinture en friction et de l'iodure de potassium à l'intérieur.

4° On peut se servir avec avantage et des appareils contenant de l'iode et des cigarettes contenant une certaine proportion de cette substance.

5° Il est préférable d'employer l'iode que l'huile de foie de morue, car cette huile, dont le goût est détestable, est moins efficace que l'iode lui-même, auquel elle paraît devoir ses propriétés curatives.

6° L'usage de l'iode n'exclut en rien celui d'un régime réparateur, de la respiration d'un air chaud et sec, en un mot, de tous les autres moyens qu'il peut être utile de prescrire aux phthisiques. (Commissaire, M. Gaultier de Claubry.)

NOUVEAU PROCÉDÉ D'ABLATION DE LA LANGUE.

M. Huguier présente un malade auquel il a pratiqué l'ablation de la base de la langue affectée de cancer. Pour faciliter cette opération, qui sans cela eût été probablement impossible, M. Huguier a eu l'idée de pratiquer une incision le long de la ligne médiane de la lèvre inférieure et du menton, de diviser le maxillaire par un trait de scie et d'en écarter les fragments, de manière à ouvrir momentanément une large brèche, à travers laquelle les manœuvres nécessaires pour l'amputation en question furent exécutées avec une grande facilité.

Les parties se sont réunies et il ne reste aujourd'hui d'autre trace de cette opération qu'une cicatrice linéaire sur la partie médiane de la lèvre et du menton.

RESECTION DU COUDE AVEC CONSERVATION DE TOUS LES MOUVEMENTS.

M. Maisonneuve présente une femme chez laquelle il a pratiqué la resection du coude pour une tumeur blanche de nature fongueuse. Malgré cette mutilation, l'avant-bras a conservé en grande partie sa mobilité, et cette femme exécute du côté opéré les mouvements de flexion, d'extension, de supination, avec presque autant de facilité que du côté sain.

La séance est levée à cinq heures moins un quart.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

SÉANCE DU 25 MAI 1850. — PRÉSIDENCE DE M. VLEMINCKX.

ÉPIDÉMIE DE FIÈVRE ÉRUPTIVE. — Suite de la discussion du rapport de la commission chargée d'examiner le mémoire de M. Warlomont, relatif à une épidémie de fièvre éruptive observée, en 1847, à l'hôpital militaire et dans les prisons de Bruxelles.

M. Mareska : Je demande à l'Académie la permission de donner lecture d'un mémoire pour lequel j'avais réclamé la parole dans la séance de janvier 1849, lorsqu'il s'agissait du typhus des Flandres, question qui se rattache à celle qui est en ce moment soumise à nos discussions.

M. le Président : M. Mareska a la parole.

M. Mareska : Plusieurs membres de l'Académie, à propos de la discussion qu'a fait naître le mémoire de M. Warlomont (1), ont manifesté le désir d'entendre la description de la fièvre continue qui ravagea, en 1847 et 1848, deux des provinces les plus populeuses du pays. Déjà l'honorable M. de Mersseman vous a fait connaître la forme que cette maladie a affectée dans la Flandre occidentale, et notre ami M. Guislain, dans une brillante improvisation, vous a énuméré les symptômes qui ont caractérisé cette même affection dans la ville de Gand. Permettez-nous, messieurs, de venir payer notre part de l'obligation que les membres de cette compagnie appartenant aux provinces flamandes ont contractée envers vous, et de vous apporter, à notre tour, le tribut de notre expérience et de nos observations.

Dans l'étude de la fièvre qui a régné dans les Flandres, on doit nécessairement avoir égard à une maladie qui a précédé son apparition, et qui, comme elle, a surgi à la suite de la perte de la récolte des pommes de terre de 1845.

Les populations flamandes, privées tout à coup d'une plante qui depuis longtemps était devenue leur seule nourriture, se sont vues exposées subitement aux horreurs de la faim et réduites, pour ne pas mourir d'inanition, à se nourrir de quelques rares débris de végétaux qu'elles ramassaient dans les champs.

Une abstinence aussi grande ne tarda pas à produire dans l'économie des altérations profondes, et ces altérations durent évidemment influer sur les symptômes morbides, lorsque plus tard des miasmes nés de la pourriture, que la misère entassa autour de nos pauvres, répandirent sur la province le germe d'une

(1) Mémoire sur une épidémie de fièvre éruptive observée a l'hôpital militaire et dans les prisons de Bruxelles, en 1847, par M. Warlomont.

affection contagieuse et meurtrière. Avant d'exposer les symptômes de cette affection, qui fait en ce moment l'objet de nos débats, nous rappellerons donc en quelques mots l'état physique et constitutionnel des malades au moment de son invasion.

Les effets de la disette ont été déplorables pour les classes pauvres en général ; mais il est constant qu'ils ont été infiniment plus désastreux dans les communes rurales que dans les villes. Dans les grands centres de population, la charité publique et les ressources des administrations ont permis de pallier en part e les résultats, tandis que, dans les campagnes, la disette coïncidait avec la perte de l'industrie linière, et de là l'extension, dans les districts autrefois les plus industrieux, d'une épouvantable misère, qui s'y répandait d'autant plus rapidement que leur situation antérieure y avait aggloméré une population anormale.

Tout le monde, même les personnes les plus étrangères à l'art de guérir, ont été frappées à l'aspect de ces malheureux paysans qui, fuyant la faim et la misère, sont venus en foule fondre sur les villes pour y implorer la pitié, et dont un nombre considérable n'ont trouvé d'autre refuge que dans les établissements de charité et de répression.

C'est dans un de ces établissements, dans la maison de sûreté de Gand, qu'il nous a été donné de les observer de près et d'étudier les maladies qui les ont décimés.

Cette population affamée présentait tout entière la même physionomie : ils avaient tous le teint pâle, blafard, terreux ou jaunâtre. Les lèvres, les parois internes de la bouche, les gencives et la conjonctive étaient décolorées. La voix était faible et le regard éteint ou sans expression. Le visage et les extrémités étaient œdématiés ou d'une excessive maigreur, comme le reste du corps. L'haleine était fétide, les selles liquides et fréquentes, la peau sèche et d'une couleur terne ; l'appétit était naturel ou surexcité, et il existait une répugnance invincible pour les aliments liquides. La respiration était lente et profonde. Le pouls, parfois fréquent, mais le plus souvent d'une lenteur excessive, était petit faible ; il fuyait sous les doigts et disparaissait par la plus légère pression. La chaleur du corps était diminuée ; la moindre action provoquait une gêne dans la respiration et des battements du cœur. Dans les carotides, on entendait le bruit de souffle. Les contractions musculaires et tous les mouvements étaient lents et pénibles, et à cette inertie physique se joignait l'inertie morale portée au plus haut degré. Cet état de prostration extrême des forces, quand il n'était pas accompagné de quelque trouble fonctionnel, déterminait rarement les malades à venir demander le secours du médecin ; dans leur pensée, ils n'étaient que faibles, et ce qu'il leur fallait, c'étaient moins des remèdes pharmaceutiques que des aliments, et en effet un régime approprié était le meilleur traitement à leur prescrire.

Le propre de l'anémie est de pouvoir exister pendant un temps assez long sans être incompatible avec un exercice en apparence régulier des fonctions. Cependant, la maladie traînant en longueur, sous la persistance de la cause qui l'engendre, il arrive un moment où les altérations fonctionnelles surviennent et mettent la vie en danger.

La diarrhée, surtout au commencement de la crise alimentaire, a souvent été le symptôme qui déterminait les malades à s'aliter, et cette diarrhée elle-même existait ordinairement depuis longtemps ; mais on la supportait tant que l'appétit se soutenait ou que les jambes ne refusaient pas leur service. Cette catégorie de malades, dès leur entrée dans l'infirmerie, présentait un affaiblissement considérable des forces vitales. Le corps était froid, amaigri et desséché. L'aspect seul indiquait que la nutrition, l'assimilation et l'hématose étaient altérées. Les malades n'accusaient aucune douleur, mais se plaignaient d'une excessive faiblesse ; cependant, pendant le cours du mal, la région hypocondriaque devenait légèrement tendue et douloureuse à la pression. La peau et le pouls indiquaient alors une réaction, mais qui était en rapport avec l'état général, et partant infiniment faible.

Lorsque la maladie était arrivée à ce degré, elle nous a toujours paru d'un traitement et d'une guérison difficiles. Tandis que l'état d'épuisement du malade réclamait impérieusement une nourriture et des médicaments réparateurs, l'irritation intestinale non-seulement ne permettait pas leur assimilation, mais en devenant plus vive, elle provoquait une réaction pour laquelle l'économie épuisait rapidement ses dernières ressources. Si, d'un autre côté, on cherchait à combattre l'irritation intestinale par la diète et les révulsifs, sans égard pour l'état général, l'appauvrissement du sang arrivait promptement à ses extrêmes limites et hâtait encore la terminaison fatale.

Quels qu'aient été les moyens opposés à cette forme de l'affection dyscrasique produite par la famine, elle a continué lentement sa marche vers la mort.

Les malades mouraient dans le dernier degré du marasme sec. Le corps, pour se maintenir à la température nécessaire pour la manifestation des phénomènes de la vie, cédait à l'oxygène de l'air la dernière trace de graisse et la dernière particule de sang disponible. Rarement on a vu une pareille émaciation. Les yeux étaient excavés, la voix affaiblie et la respiration sublime. Les muscles, amincis et altérés dans leur couleur, se dessinaient à travers la peau, laissaient apercevoir tous les contours des os ; ils n'avaient plus, à la fin, assez de puissance pour permettre au malade de se soulever afin de satisfaire à ses besoins ni même pour dilater la poitrine. A l'ouverture des cadavres, on trouvait tout le corps exsangue. Les muscles étaient bruns plutôt que rouges, et quand on les coupait, à peine voyait-on quelques gouttes d'un sang noir suinter des vaisseaux divisés. Nulle part, excepté dans le fond des orbites, on ne rencontrait le moindre vestige de graisse.

Dans le cerveau, même absence de fluide sanguin. Ses ventricules renfermaient souvent de la sérosité.

Le tissu pulmonaire, exsangue, était parsemé de points noirs, charbonneux peut-être. Les plèvres et le péricarde présentaient des adhérences et contenaient de la sérosité. Le cœur était pâle, livide et comme macéré. Ses cavités droites étaient distendues par des caillots de fibrine incolore qui s'étendaient jusque dans les gros vaisseaux.

Le foie était onctueux et la vésicule du fiel remplie de bile. La rate avait ses dimensions normales. Les intestins, à l'extérieur, comme en général les organes de la cavité abdominale, présentaient une couleur livide particulière. A l'intérieur des intestins, on trouvait des taches ou des plaques hémorrhagiques bleues, souvent visibles à l'extérieur, et qui contrastaient avec la pâleur de la muqueuse environnante.

Lorsque les désordres fonctionnels qui provoquaient l'entrée du malade dans l'infirmerie étaient ceux de la diathèse séreuse, ce qui arriva très-fréquemment, les symptômes différaient légèrement de ceux que nous venons de décrire. La pâleur, l'amaigrissement et l'apathie étaient encore très-prononcés ; mais la bouffissure de la face et l'infiltration des extrémités et des autres parties du corps étaient plus grandes ; les chairs étaient plus flasques et plus molles, et la mort arrivait plus vite, provoquée, dans quelques cas rares, par un épanchement abondant de sérosité dans le cerveau, mais presque toujours par un épanchement considérable dans le péricarde et les plèvres. Dans le premier cas, les malades tombaient dans un assoupissement profond et s'éteignaient en peu de temps. L'autopsie nous montrait le cerveau pâle, de la sérosité citrine ou sanguinolente répandue dans les ventricules cérébraux, dans les fosses occipitales et autour de la moelle allongée, sans la moindre trace d'injection dans l'encéphale ni dans les méninges. La plèvre et le péricarde contenaient toujours de la sérosité ; mais cet épanchement était surtout considérable quand l'hydropisie se concentrait de préférence dans la poitrine. Le cœur était mou, blanchâtre, macéré ; ses cavités contenaient ou du sang très-fluide, séreux, ou des caillots fibrineux, blancs, auxquels adhérait quelque peu de sang noir grumelé. Le tissu cellulaire qui le recouvre renfermait de la sérosité citrine dans ses mailles. Les artères et les veines ne renfermaient que que peu de sérosité sanguinolente. Plus d'une fois nous avons trouvé les poumons eux-mêmes remplis de sérosité jaunâtre répandue dans tout leur parenchyme. Dans le ventre, les organes étaient livides, et il y avait également épanchement.

Les symptômes que présentaient les malades jusqu'au moment de leur entrée dans l'infirmerie ont été appelés fièvre de famine ; mais ils ont évidemment la plus grande ressemblance avec ceux de l'anémie, et leur ensemble a été plus généralement considéré comme dû à un état anémique et désigné sous ce nom. Cependant nous n'avons pu nous empêcher de considérer l'altération comme plus profonde. La diminution des globules dans le sang, qui se trahit pendant la vie par le bruit de souffle dans les carotides, a été jusqu'ici la seule altération constante que l'on ait constatée dans le sang des anémiés ; mais cette diminution de l'élément globulaire n'a été, chez nos paysans affamés, ni l'altération dominante ni l'altération la plus grave du fluide sanguin.

Les globules étaient altérés dans leur forme et leur consistance, et l'analyse chimique nous a fréquemment fait découvrir une diminution plus considérable dans la quantité d'albumine que dans celle des globules. Au milieu des corpuscules sanguins qui avaient conservé leur régularité, on en voyait un grand nombre qui étaient déformés. La forme ronde et aplatie sur les faces, qui caractérise les corpuscules du sang humain, était remplacée par des formes irrégulières, et ceux mêmes qui, en sortant du corps, étaient réguliers, immédiatement après leur sortie s'accolaient les uns aux autres en formant une espèce de chapelet ou de boyau, comme si un défaut de résistance les eût empêchés de conserver, en se touchant, leur forme naturelle.

La diminution de l'albumine dans le sang des malades, à la suite de disette ou de famine, a été entrevue par quelques auteurs, et notamment par M. Andral ; mais c'est la première fois, pensons-nous, qu'elle a été constatée par l'expérience. Plus de vingt analyses nous l'ont confirmée. Dans trois cas, nous avons vu descendre la quantité de matériaux solides du sérum à 30 et à 32, sur 1,000 parties de sang ; rarement elle s'élevait à 60, tandis que la quantité des globules ne descendait guère au-dessous de 100.

La fibrine et la globuline du sang se forment aux dépens de l'albumine. Dans l'anémie provoquée par des hémorrhagies ou des saignées, quoique le sang perde tous ses matériaux dans le même rapport dans lequel ils entrent dans la composition de ce fluide, la science ne constate que la perte des globules, parce que les autres substances se reproduisent immédiatement. La fibrine, par exemple, se reprend instantanément dans les organes ou se réforme par l'albumine du sérum, qui elle-même répare de suite ses pertes, tandis que l'élément globulaire exige pour sa réformation un travail d'organisation compliqué ; mais lorsque l'appauvrissement du sang est le résultat de privations longtemps prolongées, l'on conçoit qu'il doit arriver un moment où tous les matériaux de ce liquide tendent à s'épuiser. Les éléments pour l'organisation de la fibrine et des globules n'étant plus fournis en quantité suffisante par les voies digestives, les organes du corps et l'albumine du sang se chargent pendant quelque temps de la réparation de ces parties essentielles ; mais à la longue le corps n'a plus rien à fournir, et l'albumine elle-même s'épuise et descend à des limites en deçà desquelles le sang devient impropre à la respiration et à l'entretien de la vie. Ce que nous venons de dire explique pourquoi, dans l'anémie à la suite de perte de sang, la diminution porte plutôt sur la globuline, et nous fait présumer que, dans tous les cas où l'anémie sera le résultat des longues privations ou de l'asthénie de l'appareil digestif, le sang indiquera plutôt les modifications que nous avons constatées après la disette.

Il est infiniment probable que ces changements dans les quantités relatives des parties constituantes du sang ne s'effectuent pas sans qu'il y ait en même temps altération dans la qualité : de là les modifications que nous avons obser-

vées dans la forme et la consistance des globules, et il ne doit nullement paraître extraordinaire qu'un pareil sang ait produit à la longue les désordres les plus graves dans l'économie.

Telle est, à nos yeux, la dyscrasie humorale qui a affecté nos pauvres, et qui s'est terminée par l'hydropisie ou le marasme, toutes les fois qu'elle a pu sans entraves continuer sa marche vers le terme fatal.

La diminution de l'albumine du sang une fois constatée, ce fait jette un grand jour sur la fréquence des hydropisies pendant la crise alimentaire. Une foule de malades, après avoir traîné longtemps une vie languissante et chétive dans un état anémique, sont morts d'un épanchement de sérosité dans les plèvres et le péricarde, épanchement qui ordinairement s'est produit à la longue, mais qui parfois aussi, quoique le fait ait été contesté, s'est formé d'une manière brusque et soudaine.

Un fait assez remarquable, c'est que, dans la maison *de force*, et en général dans les établissements où les habitants avaient de la nourriture, mais où cette nourriture consistait en fruits secs, riz, avoine, seigle, pois, l'appauvrissement du sang amenait un véritable scorbut.

A l'époque dont nous parlons, nous n'avons ouvert aucun cadavre de pauvre sans trouver du liquide séreux, en plus ou en moins grande quantité, dans la plupart des membranes séreuses, mais surtout dans la poitrine, en même temps que le cœur et les gros vaisseaux qui y aboutissent, et notamment le cœur droit, étaient gonflés par des caillots fibrineux incolores et du sang noir complétement défibriné, tandis que le reste du cadavre était exsangue. On eût dit que le sang, pendant la vie même, ayant perdu sa vitalité et la faculté de s'artérialiser, s'était concentré dans le cœur, et que, battu par cet organe, il s'y était divisé en ses éléments, comme il se divise dans les vases dans lesquels nous le fouettons. La fibrine s'attachait aux colonnes charnues du cœur, tandis que le sérum, se séparant des globules, filtrait à travers les plèvres et le péricarde.

C'est dans cet état constitutionnel que se trouvaient les habitants de nos communes rurales lorsque les rigueurs de l'hiver 1846-1847 vinrent les surprendre, et lorsque plus tard éclatèrent au milieu d'eux les fièvres continues.

Les affections catarrhales pulmonaires qui vinrent s'enter sur une dyscrasie humorale aussi grave affectèrent des symptômes insolites, et il ne devrait pas paraître étonnant que le typhus lui eût également emprunté des caractères particuliers.

Ce fut à la fin du mois de mai 1847 que se montra, dans la maison de sûreté de Gand, le premier cas de fièvre continue. Vers la même époque, un peu plus tard toutefois, elle éclata avec une violence excessive dans un grand nombre de communes des arrondissements d'Alost, d'Audenarde et de Gand, où elle avait commencé à se montrer épidémiquement dès 1846.

La maison de sûreté était à cette époque encombrée de mendiants. Près d'un millier d'individus étaient entassés pêle-mêle dans une maison construite à peine pour trois cents prisonniers; et, ce qu'il n'est pas inutile de noter, c'est que la maladie a suivi, dans son apparition, sa croissance et son déclin, la même marche que le chiffre de la population. Jusqu'en avril, le nombre mensuel des entrées dans la prison s'était maintenu dans les limites déjà très-élevées de cinq à six cents; mais pendant ce mois, il monta à mille vingt-quatre, et il ne descendit plus au-dessous de huit cents avant le mois d'août.

Dès le commencement de juin, le typhus prit une marche ascendante rapide; il s'éleva au plus haut point de son développement pendant les mois de juillet et d'août, pour s'éteindre lentement vers la fin de septembre. Dans l'espace de ces quatre mois, deux cent quarante prisonniers furent atteints par le mal. Il y eut encore six cas au mois d'octobre, et nous affirmons qu'aucun malade ne fut porté au nombre des typhisés sans avoir présenté les caractères bien prononcés de la maladie; du reste, l'encombrement de l'hôpital s'y serait opposé. Voici les symptômes qui furent observés.

Première période. — L'invasion de la fièvre, surtout au commencement de l'épidémie, était généralement précédée de préludes assez longs.

Ordinairement les malades, avant de se présenter à la visite, souffraient depuis six à huit jours de malaise, de fatigue, d'insomnie, de céphalalgie, de vertiges, d'épistaxis, de perte d'appétit et de diarrhée. Dans quelques cas, il y avait en outre de la douleur dans les membres.

Quand ils arrivaient au rapport, les traits du visage étaient altérés; la physionomie exprimait l'ivresse, l'abattement, l'apathie; l'intelligence et la raison étaient encore libres, mais l'attention était difficile, la marche était chancelante ou impossible. La céphalalgie était constante; tantôt elle était générale, tantôt elle se limitait au front et aux tempes. La langue présentait un aspect particulier et commun à tous les cas; elle était rouge sur les bords et sur la pointe, et au milieu se trouvaient deux lisérés blancs séparés par la ligne médiane. Les caractères déduits de la langue, ainsi que la diarrhée, l'épistaxis et la céphalalgie, étaient si constants que la réunion de ces symptômes suffisait pour porter un diagnostic certain dès les premiers jours de l'invasion et même en l'absence d'autres signes.

Dans le lit, le malade était couché sur le dos, sans mouvement; il était assoupi et en proie au coma vigil. La langue devenait collante; le bas ventre était souvent douloureux à la pression, légèrement tendu et faisait entendre des gargouillements. Les urines étaient variables, souvent foncées; elles étaient neutres ou acides. L'état de la circulation générale indiquait une réaction faible. Le pouls était débile, petit, dépressible. La peau était brûlante, sèche; l'éruption typhoïde était rare. Les symptômes du côté de la poitrine étaient peu prononcés.

Deuxième période. — Les phénomènes du premier stade augmentaient graduellement en intensité pendant cette période de la maladie.

La stupeur, la prostration et le coma vigil, dans les cas graves, se changeaient en véritable *coma somnolentum*, d'où il était impossible de retirer le malade par aucun moyen. Dans les cas moins dangereux, en élevant la voix ou bien en secouant le typhisé, on parvenait à se faire entendre, et le malade balbutiait quelques mots inintelligibles ou montrait instinctivement la langue pour retomber immédiatement dans la somnolence.

Au commencement de l'épidémie, le délire, au lieu d'être tranquille, était souvent aigu. Plus d'un typhisé a dû être attaché à son lit, parce qu'il se levait la nuit ou essayait de se jeter par les fenêtres.

Dans la plupart des cas, dans ce stade de la maladie, la contractilité musculaire était presque totalement abolie. Le malade soulevé, quand on cessait de le retenir, retombait comme une masse métallique inerte. Les évacuations de l'urine et des selles étaient involontaires, et plus d'une fois on fut obligé de recourir à la sonde pour vider la vessie.

La prostration était accompagnée de soubresauts des tendons, et l'altération de la contractilité s'est manifestée, chez quelques typhisés, par la carphologie.

La dureté de l'ouïe survenait à la fin de cette période, et nous avons eu des motifs pour la considérer comme de bon augure.

Le pouls restait petit, fréquent et régulier; la peau devenait plus âcre et plus sèche encore qu'd'abord, et exhalait souvent une odeur particulière. La bouche, desséchée, se couvrait de fuliginosités tantôt grises, tantôt brunes ou noires. Nous n'avons pas observé d'hémorrhagie intestinale; mais la diarrhée continuait et le ventre se météorisait. Le météorisme arrivait fréquemment jusqu'à la tympanite.

Les escarres, qui se forment ordinairement avec tant de facilité dans cette maladie, ont été rares; elles n'ont été observées que dans deux cas, et se sont développées au sacrum dans une assez grande étendue, et sans qu'on pût attribuer leur apparition à la négligence ou à une prolongation extraordinaire de la maladie. Deux fois les extrémités inférieures ont été frappées de sphacèle.

Quand la fièvre parcourait régulièrement ses périodes et que la terminaison était heureuse, les symptômes à la fin de ce stade perdaient lentement leur gravité. L'expression de la physionomie indiquait la diminution de la stupeur; les réponses se faisaient avec moins de lenteur, le coma se changeait en sommeil réparateur, et l'intelligence revenait graduellement. Les mouvements devenaient aussi plus faciles, quoiqu'il y eût encore une extrême faiblesse. Enfin les symptômes du ventre disparaissaient et la peau devenait moite et naturelle.

Lésions anatomiques. — L'aspect du cadavre différait d'après l'état antérieur à la maladie; mais en général il y avait maigreur, marasme, et la rigidité était peu prononcée. Les muscles étaient d'un rouge brun, et par l'incision, quelques rares gouttes de sang noir se présentaient à la section des vaisseaux coupés. La fibre musculaire était sans consistance.

L'encéphale et ses annexes étaient souvent à l'état normal; mais tantôt il y avait infiltration des méninges, tantôt ces membranes étaient veineusement injectées. Dans les cas où le *coma somnolentum* avait existé, nous avons trouvé du sang noir extravasé à la base du cerveau et un épanchement dans les ventricules; quelquefois l'épanchement était formé par de la sérosité sanguinolente. Le tissu cérébral n'a présenté, dans aucun cas, ni ramollissement, ni désorganisation, ni rien qui indiquât un état inflammatoire. La sablure du cerveau a été observée, mais rarement.

Dans les cavités buccale et pharyngienne, la muqueuse nous a toujours paru normale.

Dans la cavité thoracique, on rencontrait fréquemment des adhérences et de l'épanchement pleurétique. Les poumons étaient sains ou présentaient un engorgement hypostatique.

Le péricarde renfermait de la sérosité, comme chez les anémiés; le cœur offrait aussi les mêmes altérations et renfermait de la fibrine décolorée ou seulement des grumeaux de sang noir.

L'estomac n'a offert aucune altération. Dans le duodénum et le jéjunum l'imbibition de la bile produisait une teinte jaune très-prononcée. Dans la muqueuse de l'iléon et des gros intestins existaient des injections hémorrhagiques très-prononcées, visibles même à l'extérieur. Quelques anses intestinales violacées contrastaient fortement avec d'autres qui étaient pâles et exsangues. En raclant l'intestin avec le dos du scalpel, on en détachait une matière brune ou noire, gélatiniforme, produite probablement par l'exsudation du sang.

Pas une seule fois nous n'avons rencontré la moindre altération des follicules isolées ou agminées. Nous n'avons trouvé ni tuméfaction, ni altération, ni saillies, quelque peine que nous nous soyons donnée pour les découvrir.

Les ganglions mésentériques ont été trouvés une seule fois hypertrophiés et indurés; mais, dans ce cas, il existait aussi des tubercules dans les poumons.

L'examen des autres organes du bas-ventre n'a donné lieu à aucune remarque importante.

Le sang, examiné au début ou pendant le premier septénaire, n'a présenté rien de particulier au microscope, lorsque le malade n'appartenait pas à cette catégorie de prisonniers qui avaient été préalablement soumis à des causes débilitantes prolongées. Lorsque, au contraire, cette débilitation avait eu lieu, alors on trouvait l'altération des globules dont nous avons parlé plus haut, et l'analyse chimique du sang d'un malade de cette dernière catégorie a donné:

Eau	843
Fibrine	1,22
Globules	100,43
Matériaux solides du sérum.	55,35

Le sang, examiné pendant la seconde période, la période adynamique, a en-

core laissé apercevoir quelquefois une déformation des corpuscules, landis que, dans d'autres cas, aucune altération appréciable ne pouvait être découverte.

Jamais le sang tiré de la veine ne s'est couvert de couenne inflammatoire ni de pellicule irisée, et ordinairement le caillot présentait peu de résistance et se formait lentement. La quantité de fibrine et celle des autres matériaux solides sont, en général, restées au-dessous de la moyenne; mais il est certain que la diminution de la dernière doit être attribuée à l'affaiblissement antérieur. La fibrine est restée inférieure à la moyenne, même lorsque la peau était le siége d'irritations produites par des vésicatoires, etc. On sait que plusieurs de ces caractères, dépendant des modifications que la fibrine éprouve dans ses qualités, sont particuliers au typhus, et il nous est arrivé une fois que, soixante et douze heures après l'extraction de la veine, le sang n'était pas coagulé, que pas une goutte de sérum ne s'était séparée; et quand nous essayâmes de soulever ce qui nons paraissait coagulé, il nous restait entre les doigts quelques grumeaux de sang noir.

Traitement. — Pour arrêter la propagation du mal, nous avons eu recours à la dispersion de la population saine de l'établissement dans des hangars ouverts et placés en plein air. Dans l'infirmerie on veillait également au renouvellement continuel de l'air; fréquemment on changeait le linge des malades, et on changeait aussi les literies autant que possible. Le traitement proprement dit consistait, pendant la première période, dans la diète, les révulsifs sur la peau, l'administration de l'esprit de Mindererus à l'intérieur, l'application de sangsues dans les narines pour combattre la céphalalgie trop intense, et la saignée, mais dans les cas seulement où il y avait état comateux. Souvent l'application des sangsues était suivie de soulagement, mais la saignée n'a pas produit une seule fois de l'amendement dans le symptôme que par elle nous voulions combattre; aussi avons-nous fini par lui préférer les révulsifs énergiques sur la tête, toutefois sans beaucoup plus de succès. Le *coma somnolentum*, tel que nous l'avons observé dans cette épidémie, nous a paru constamment un symptôme mortel. Les phénomènes ataxiques, quoique moins graves, étaient également de mauvais augure.

L'emploi de l'esprit de Mindererus nous a fait faire une remarque: souvent nu observait sur le front des malades des gouttelettes de transpiration; ce liquide était acide, mais après l'administration de l'acétate ammoniaque il devenait alcalin. Il en était de même des urines. Il importe donc, quand on fait des recherches sur les réactions chimiques produites par les humeurs, de ne pas perdre de vue les médicaments ou les boissons donnés au malade.

Dans la période adynamique, le quinquina a été administré en décoction, en commençant par des doses faibles, mais sans avoir égard au ballonnement du ventre, ni à la diarrhée ni à la sécheresse de la langue. Toujours ces symptômes, au lieu de s'aggraver, diminuaient sous l'influence du quinquina et du vin.

Quand il y avait prédominance des symptômes nerveux, le camphre et le musc ont rendu de grands services. Des malades parvenus à la dernière extrémité, et chez lesquels il y avait carphologie, se sont rapidement améliorés sous l'influence du musc.

Dans tous les cas où ce médicament n'a pas produit une amélioration prompte, son emploi, quelque prolongé qu'il ait été, est resté sans effet utile.

Il nous paraît impossible de révoquer en doute la faculté qu'avait la maladie de se transmettre par infection; d'abord il est constant que des prisonniers sortis de la prison de Gand ont porté le germe de la maladie dans leur village; là où ces prisonniers libérés ont pu être isolés, le typhus ne s'est pas propagé; là, au contraire, où les habitants de la commune ont librement communiqué avec eux, la maladie s'est répandue. Ensuite, par la maison de sûreté, le typhus s'est étendu à la maison de force, mais les forçats qui ont été atteints étaient ceux qui avaient eté en relation avec les prisonniers de la maison de sûreté. Grâce aux précautions qui ont été prises, les forçats malades n'ont pu communiquer le mal aux autres forçats. Enfin, sur 6 frères infirmiers, 4 ont été atteints, 1 d'entre eux a succombé; et sur 30 aides infirmiers, 17 ont contracté la maladie et 4 sont décédés.

Le nombre total des malades, avons-nous dit, a été de 246; de ce nombre, 198 sont guéris et 48 sont morts; ce qui revient à 1 décès sur 5,13 typhisés.

Les typhisés guéris ont, en moyenne, séjourné dans l'infirmerie pendant vingt et un jours; la moyenne de séjour des typhisés décédés n'a été que de onze jours. La moyenne du séjour, sans distinction de l'issue de la maladie, a été de dix-neuf jours et demi environ. De sorte que les malades qui ont succombé n'ont, en général, fait que traverser la première période du mal; ce sont, comme nous l'avons dit, ceux chez lesquels les symptômes ataxiques étaient très-prononcés, ou ceux chez lesquels il y avait coma profond.

Sous le rapport de l'âge, les résultats que nous avons constatés et ceux de M. Chomel, quoique différents en quelques points, concordent en ceci, que la jeunesse constitue une prédisposition à contracter la maladie, et que c'est entre 40 et 50 ans que la mortalité est la plus forte.

Les phénomènes qui ont été observés sont évidemment ceux qui caractérisent la fièvre typhoïde; cependant quelques différences se sont fait remarquer, et nous pensons qu'il est nécessaire de les faire ressortir.

Dans la fièvre typhoïde, des taches rosées lenticulaires existent dans presque tous les cas; les ganglions mésentériques sont engorgés, les follicules de Brunner sont tuméfiées, les glandes de Peyer sont altérées et ordinairement ulcérées, et la maladie ne présente pas une tendance très-prononcée à se transmettre par voie de contagion ou d'infection.

Le typhus des Flandres, tel que nous l'avons observé pendant l'été de 1847, est le même que celui qui a régné en Irlande; l'existence des taches rosées et l'engorgement des ganglions lymphatiques y ont constitué une exception rare; l'altération des glandes de Peyer et de Brunner n'a été constatée dans aucune autopsie, et la contagion a été pour la maladie l'agent le plus actif de propagation.

Nous venons d'obéir à la tendance qui se manifeste chez plusieurs auteurs, à réserver le nom de fièvre typhoïde ou typhus à la seule fièvre continue caractérisée par l'altération des plaques de Peyer. Cependant nous pensons qu'il est préférable de n'y voir qu'une variété du typhus ou des fièvres nerveuses continues, et d'imiter en cela les Allemands qui l'appellent *typhus enteriticus* (Hufeland). Des maladies qui diffèrent par des signes si peu essentiels que le plus souvent il est impossible de les différencier pendant la vie, ne peuvent être que des variétés d'une même espèce, ou tout au plus des espèces d'un même genre. Le typhus, sans altération des follicules et des ganglions mésentériques et sans taches rosées, nous paraît être le *typhus fever* des Anglais.

A peine commencions-nous à nous reposer des fatigues et des inquiétudes que nous avait causées la première épidémie, qu'il en survint une seconde. Elle débuta vers la fin de janvier 1848, se prolongea jusqu'en avril, et parcourut encore tous les arrondissements de la Flandre orientale. Dans la prison, elle atteignit 104 prisonniers; y frappa par conséquent moins de monde que la première, et elle fut aussi beaucoup moins funeste dans ses résultats.

Les symptômes de cette seconde fièvre continue différèrent notablement de ceux du typhus qui avait régné en été.

Les périodes furent en général plus courtes; celle d'incubation ou des prodromes durait ordinairement de trois à quatre jours; le plus souvent la maladie débutait par du malaise, de la céphalalgie, des vertiges, de l'insomnie et de l'inappétence, accompagnée parfois de vomissements et de diarrhée. L'épistaxis était infiniment moins fréquent qu'en été, et il se manifestait généralement plus tard. D'autres fois, le mal débutait avec les apparences d'une fièvre d'accès ou avec celle d'une affection pulmonaire aiguë.

A leur entrée dans l'infirmerie, les malades étaient chancelants, abattus; l'accablement et la prostration étaient considérables. Le décubitus avait lieu tantôt sur le côté, tantôt sur le dos. La céphalalgie était encore constante, mais elle persistait moins longtemps. Le délire survenait fréquemment dès le lendemain de l'entrée, et, malgré le délire, il arrivait souvent que le malade répondait avec assez de précision et d'exactitude quand on lui adressait la parole. La surdité, au lieu de se manifester vers le second septénaire, existait souvent dès le début. Les soubresauts des tendons et le tremblement des extrémités survenaient plus tard. La contractilité musculaire, quoique fortement diminuée, était loin d'être aussi complétement abolie que dans l'épidémie précédente. Le malade soulevé be pouvait se maintenir seul sur son séant, mais la chute ressemblait moins à celle d'une masse inerte. La somnolence, dans les cas graves, se transformait encore en coma profond (alors la contractilité musculaire était également abolie), et les malades, insensibles aux excitations intérieures aussi bien qu'à celles qui provenaient de l'extérieur, laissaient souvent aller sous eux les déjections alvines et les urines.

Le système circulatoire et les voies digestives ont présenté des différences non moins essentielles. Le pouls filait sous les doigts, disparaissait sous la moindre pression et était d'une grande fréquence. Le sang tiré de la veine se coagulait, mais le caillot n'était pas rétracté et ne se couvrait jamais ni de couenne inflammatoire ni de pellicule irisée. La peau était sèche; parfois, dans le cours de la maladie, elle se couvrait d'une transpiration collante, d'une odeur particulière, et autant les taches lenticulaires furent rares pendant la première épidémie, autant maintenant elles étaient fréquentes. Au lieu de taches lenticulaires sans élévation et apparaissant au second septénaire, c'étaient des taches légèrement élevées, disparaissant incomplétement sous la pression du doigt, discrètes ou confluentes et ressemblant, dans quelques cas, à une éruption scarlatineuse.

Les taches apparaissaient ordinairement dès les premiers jours de la maladie et persistaient longtemps. Elles se montraient à la fois sur le tronc, les bras, les jambes ou se bornaient à la poitrine.

Presque tous les malades éprouvaient de la dyspnée, et, chose remarquable, ce symptôme s'aggravait fréquemment la nuit, et quand il était seul, ni la percussion ni l'auscultation ne décelaient la moindre altération. Plusieurs malades, en outre, toussaient et expectoraient une matière visqueuse.

La langue était tantôt rouge et sèche, tantôt couverte d'un enduit muqueux jaunâtre, tantôt aussi la langue et les dents pendant le cours de la fièvre se couvraient de fuliginosités noires. Presque toujours il y avait diarrhée; le ventre était quelquefois tendu, légèrement douloureux à la pression; le plus souvent il n'offrait aucun signe particulier, si ce n'est la fréquence et la liquidité des selles, et même le nombre de ces dernières se limitait ordinairement à quatre ou à cinq, mais presque chaque selle entraînait l'expulsion de vers lombricoïdes (un malade chez lequel l'issue de la maladie fut fatale en évacua *vingt-deux* en une fois). Les urines étaient foncées, acides.

Chez tous les malades, il existait un sentiment d'excessive faiblesse, et dans leur délire ils demandaient instinctivement à manger. Le camphre, le quinquina, le vin et une nourriture légère, telle qu'un œuf, une bouillie préparée avec du lait et un peu de fécule, ont maintes fois diminué la fréquence du pouls et fait cesser le délire avec une promptitude extraordinaire et hâté la convalescence: *Vinum refrigerat, sopit, pulsum retardat*. Dans un cas, le malade est resté aliéné pendant plus de trois semaines après la disparition de la fièvre; l'intégrité des fonctions intellectuelles est revenue graduellement avec le retour des forces.

La maladie a été rarement mortelle; elle ne l'a été que dans les cas où les phénomènes adynamiques et ataxiques étaient très-prononcés, et dans ceux où la fièvre venait s'enter sur des affections morbides préexistantes. Cependant plusieurs malades, après avoir échappé à la fièvre, sont revenus mourir plus

tard à la suite d'épanchement considérable de sérosité, souvent survenu de la manière la plus subite, dans les cavités pulmonaires et dans le péricarde.

Dans cette épidémie, pas plus que dans celle qui avait précédé, l'autopsie cadavérique ne nous a permis de découvrir la moindre altération dans les glandes de Peyer et de Brunner. Il n'y avait aucune saillie dans les intestins; nous avons trouvé dans les organes des modifications qui étaient le fait de l'état anémique plutôt que celui de la fièvre. Le seul phénomène que l'on pourrait peut-être attribuer à cette dernière, c'est l'injection hémorrhagique de la muqueuse intestinale, encore l'avons-nous trouvée plus haut dans les cas de marasme. Cette injection était parfois disposée par plaques; elle existait vers la partie inférieure de l'intestin grêle; nous l'avons rencontrée une fois jusque dans l'estomac, et les parties hypérémiées contrastaient singulièrement avec les parties environnantes, qui étaient ordinairement d'une pâleur remarquable et réellement exsangues. Le cadavre lui-même était le plus souvent exsangue.

Les stimulants diffusibles, les toniques, le vin et la nourriture ont formé la base de notre traitement.

Cette seconde épidémie présente évidemment la plus grande analogie avec celle que nous a décrite M. Warlomont. Ce médecin l'observa à Bruxelles trois mois avant qu'elle se manifestât dans la prison de Gand, et au moment où il existait, dans cette même prison, un typhus parfaitement caractérisé.

L'analogie entre la seconde épidémie de Gand et celle de Bruxelles nous paraît évidente; elle résulte pour nous de l'analogie des symptômes, de l'analogie de la durée, et de l'absence de gravité.

De part et d'autre, on retrouve les symptômes fondamentaux et essentiels de la fièvre continue avec une éruption particulière qui n'est pas celle de l'entérite folliculeuse; et les signes différentiels que M. Warlomont a si bien indiqués entre l'épidémie de Bruxelles et la dothinentérie se retrouvent tous entre cette dernière maladie et la seconde épidémie de Gand. En effet, mêmes différences pour le nombre, le siége et la nature des taches, pour les symptômes pulmonaires et pour l'ordre dans lequel les symptômes, en général, se sont présentés; mêmes différences aussi pour la rapidité avec laquelle la maladie parcourait ses périodes, ou plutôt pour la difficulté de lui assigner des périodes; mêmes différences enfin pour les lésions cadavériques, pour le succès du traitement stimulant et pour la nécessité de nourrir les malades.

Cette analogie, quelque grande qu'elle soit, n'est pas telle cependant qu'il y ait eu identité parfaite, et l'examen des points où les deux épidémies (celle de Bruxelles et celle de Gand) ont différé, nous paraît devoir jeter du jour sur la place qu'il faut assigner à ces épidémies dans le cadre nosologique.

L'existence des taches a été si générale à Bruxelles que M. Warlomont a cru devoir considérer la maladie comme une fièvre exanthématique et en établir le diagnostic différentiel avec les autres fièvres de cette nature. Les taches ont été si générales et si nombreuses, dans la plupart des cas, qu'elles ont attiré l'attention de M. Warlomont d'une manière toute particulière. Quoiqu'elles aient été fréquentes à Gand, il s'en faut que nous ayons pu considérer leur absence comme une exception rare. Elles n'ont pas existé d'une manière très-évidente, plus souvent qu'une fois sur trois, et les cas où, par leur abondance et leur rougeur, elles pouvaient simuler une maladie éruptive, n'ont pas formé le cinquantième du nombre total des cas. Nous les avons remarquées, nous avons reconnu immédiatement en quoi elles se distinguaient le plus souvent des taches typhoïdes ordinaires, mais elles ne nous ont pas fait une impression telle, que l'idée nous soit venue que la maladie à laquelle nous avions affaire dût être portée au rang des maladies exanthématiques, et pouvait, à cause de leur présence, ne pas être une fièvre nerveuse continue ou typhoïde.

Ensuite, au milieu des malades atteints de cette fièvre éruptive, nous en trouvions souvent, et c'étaient ordinairement les plus forts, chez lesquels le typhus était parfaitement caractérisé, et quand la maladie, par infection, se transmettait aux infirmiers, c'était également un vrai typhus qui se développait.

Des faits semblables ont été observés, mais moins fréquemment peut-être par M. Warlomont, et M. Lebeau en a déduit cette conséquence très-juste que l'épidémie de Bruxelles n'était qu'une fièvre typhoïde modifiée, et modifiée probablement par l'état anémique antérieur des malades. Nous croyons que M. Lebeau est dans le vrai, mais nous ajouterons que c'était une fièvre typhoïde légère (*typhus mitior*), comme lui, nous pensons que le typhus peut exister avec ou sans éruption exanthématique sur la peau; mais nous sommes convaincu aussi, contrairement peut-être aux convictions de notre honorable collègue, que le typhus, cette maladie d'origine miasmatique et dont l'essence ou la nature nous échappera aussi longtemps que nous ne disposerons point, pour l'examen du sang, de méthodes analytiques plus perfectionnées, peut exister avec ou sans dépôt exanthématique dans les intestins, c'est-à-dire avec ou sans altération de follicules, et que l'entérite folliculeuse, aussi bien que la fièvre exanthématique de M. Warlomont, n'est qu'une des variétés du typhus.

Nous concluons:

1° Que le premier effet de la disette de 1845 et de 1846 a été la production d'une anémie qui tantôt s'est terminée par le marasme sec, et tantôt a produit une véritable diathèse séreuse, à la suite de laquelle il s'est formé des épanchements dans le tissu cellulaire sous-cutané et dans les grandes cavités, surtout dans les plèvres et le péricarde;

2° Que chez les anémiés, le sang était altéré dans sa qualité et dans le rapport de ses principes constituants. Les globules étaient déformés et semblaient avoir perdu de leur consistance; la quantité des matériaux solides était diminuée. Cette diminution portait plus sur l'albumine que sur l'élément globulaire;

3° Que la fièvre continue qui régna, en 1847, dans la Flandre orientale, était le typhus, revêtant tantôt la forme ataxique et tantôt la forme adynamique: elle se transmettait facilement par infection et différait du typhus *enteriticus* par l'absence de l'ulcération des glandes de Peyer et de Brunner;

4° Que la fièvre continue qui se montra au commencement de 1848, dans les mêmes districts, était encore une affection typhoïde légère et telle qu'un principe intoxicant affaibli ou peu actif en produit chez des personnes épuisées.

Tel est le résumé, très-imparfait sans doute, mais fidèle et consciencieux, d'une partie de ce que nous avons pu observer pendant cette longue crise alimentaire, qui a causé la mort à des milliers de nos concitoyens, pendant laquelle tant d'honorables et dignes confrères sont tombés victimes de leur zèle et de leur dévouement, et qui a soulevé une foule de questions scientifiques qui longtemps encore occuperont la sagacité de ceux qui ont eu le bonheur de survivre.

— L'Académie procède à la nomination de la commission instituée en vertu de l'art. 104 du règlement. Sont appelés à en faire partie: MM. de Hemptinne, Tallois et Stas.

La séance est levée à deux heures.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS D'AOUT 1850; par M. le docteur FOLLIN, secrétaire.

I. — ANATOMIE.

1° GLANDE CAUDALE DES COULEUVRES; par M. DUGÈS.

Cuvier est à peu près le seul auteur qui, dans son ANATOMIE COMPARÉE, ait indiqué sous la queue des couleuvres femelles une glande sécrétant l'humeur défensive dont elles aspergent les doigts quand on les saisit. M. Dugès a disséqué ces glandes, et, contre l'assertion de Cuvier, il les a aussi trouvées chez les mâles. Il prétend en avoir vu aussi chez les vipères.

M. Dugès présente à la Société plusieurs pièces destinées à établir son opinion.

II. — PHYSIOLOGIE.

1° NOUVELLES RECHERCHES SUR LES CONTRACTIONS DE LA PEAU PRODUITES PAR LE GALVANISME; par M. BROWN-SEQUARD.

La Société a vu, dans la séance du 8 septembre 1849 (voir les COMPTES RENDUS, n° 9, septembre 1849), que la contractilité de la peau, chez l'homme, peut être mise en jeu par un courant électro-magnétique. Quelques mois après, M. Kolliker a publié dans son journal (ZEITSCHRIFT FUR WISSENSCHAFTLICHE ZOOLOGIE) une note sur le fait découvert par M. Brown-Séquard. M. Kolliker n'a vu *la chair de poule* se produire que dans un cercle d'un demi-pouce à 1 pouce de circonférence; M. Brown-Sequard a vu quelquefois la chair de poule envahir jusqu'à la presque totalité de la peau d'un membre. A quoi tient cette différence? Elle provient surtout de ce que l'observateur allemand employait des conducteurs humides dans leur point d'application à la peau, tandis que M. Brown-Séquard employait des conducteurs secs. Voici, du reste, quelques-unes des principales causes de variation dans l'énergie et l'étendue des contractions de la peau:

1° Toutes choses égales d'ailleurs, la chair de poule est d'autant plus étendue et d'autant plus prononcée que le courant est plus fort.

2° Pendant un certain temps, qui varie entre vingt et quarante minutes, chez des individus différents, la chair de poule s'accroît toujours de plus en plus en étendue et en énergie.

3° La partie de la peau sur laquelle sont appliquées les extrémités des conducteurs doit être sèche, lorsqu'on veut produire des effets puissants sur une large surface. Tout le monde sait que, quand on applique sur la peau des conducteurs humides, le courant traverse presque perpendiculairement la peau, qu'il gagne aussitôt les muscles ou les autres organes sous-cutanés, qu'il provoque des mouvements et n'occasionne guère de douleur. Au contraire, quand les conducteurs sont secs, le courant ne pénètre qu'un peu ou pas du tout dans les parties sous-cutanées, et alors il n'y a pas de mouvements, mais la sensibilité cutanée est vivement mise en jeu.

Lorsqu'on applique, par exemple, deux conducteurs, se terminant chacun par une petite plaque métallique, l'un au poignet, l'autre au milieu du bras, on voit presque aussitôt, si ces plaques et la peau sont sèches, la chair de poule apparaître tout autour des plaques et au-dessous d'elles. La partie de peau atteinte de chair de poule a la forme d'un cercle qui s'agrandit peu à peu. Au bout de dix à quinze minutes, au lieu d'un cercle, on voit une ellipse, dont le grand diamètre est sur la ligne d'union d'un pôle à l'autre. Les deux ellipses, en s'étendant, se rapprochent l'une de l'autre, et quelquefois finissent même par se toucher et n'en faire plus qu'une seule. En expérimentant comme nous venons de le dire, on voit, dans la plupart des cas, à moins que l'on n'emploie un courant très-faible, la chair de poule occuper un espace bien plus étendu que celui signalé par Kolliker. Du reste, même en employant des conducteurs humides, on peut, chez certains sujets, obtenir des effets plus étendus que ceux vus par Kolliker.

Le biologiste allemand croit que la chair de poule n'est pas due à une contraction du tissu cellulaire de la peau; il l'attribue exclusivement à la contraction des *fibres-cellules musculaires* qui se rencontrent à l'entour des bulbes des

poils. M. Brown-Séquard se refuse à admettre cette opinion exclusive. Il lui semble que le nombre des fibres-cellules musculaires, dans la peau, est trop faible pour qu'on puisse s'expliquer, par la contraction de ces fibres seules, la chair de poule et les rides produites par le galvanisme. Non-seulement l'anatomie a montré à Kolliker lui-même que ces cellules musculaires sont rares à la peau, mais encore la chimie n'a pas jusqu'ici démontré l'existence de la fibrine dans la peau, ce qui aurait été fait si le nombre des fibres-cellules n'y était très-minime, puisque, comme l'a découvert Kolliker, les fibres-cellules de la peau sont identiques à celles qui composent les muscles intestinaux, et doivent conséquemment contenir de la fibrine.

M. Brown-Séquard a cherché à résoudre la question de savoir si c'est bien sur la peau elle-même ou sur les nerfs moteurs des fibres contractiles cutanés qu'agit le galvanisme. On comprend que chez l'homme à l'état normal, par suite de la douleur occasionnée par le galvanisme, il puisse y avoir une réaction des centres nerveux sur les nerfs moteurs de la peau, ainsi que cela a lieu dans les émotions; mais M. Brown-Séquard a vu la peau se contracter chez des paralytiques, et c'est même dans des cas de paralysie qu'il a vu les plus fortes contractions de la peau. Ce fait paraît démontrer que c'est par l'excitation directe du galvanisme, et non pas par suite d'une action du système nerveux, que la peau est prise de contractions quand on la galvanise. Néanmoins il est permis de conserver des doutes à cet égard. En effet, on pourrait supposer, malgré le peu de probabilité de cette supposition, que, dans ces cas, les nerfs moteurs de la peau n'étaient pas paralysés, bien que les nerfs moteurs des muscles locomoteurs voisins le fussent. M. Brown-Séquard a essayé de lever la difficulté de la manière suivante : il a coupé le nerf facial et le nerf sous-orbitaire, d'un côté, chez des cobayes; huit jours après, il a galvanisé la lèvre supérieure paralysée, et il y a vu la chair de poule se produire aussi bien que sur la lèvre non paralysée des mêmes animaux. Ici certainement les centres nerveux ne pouvaient plus agir sur la lèvre paralysée. Reste la question de savoir si le galvanisme agissait *directement* sur les fibres contractiles ou par l'intermédiaire des ramuscules nerveux. La première de ces deux opinions est infiniment plus probable que l'autre; car si l'autre était vraie, il faudrait qu'il y eût entre les nerfs animateurs des muscles locomoteurs et les nerfs animateurs des fibres contractiles de la peau cette différence que les premiers, séparés des centres nerveux, perdent leur propriété en moins de cinq ou six jours, tandis que les seconds conserveraient leur propriété au delà de ce terme. Or rien n'autorise à supposer une telle différence. Il y a donc lieu de croire que le galvanisme peut mettre directement en action les fibres contractiles de la peau.

2° TROUBLES SURVENANT DANS LA NUTRITION DE L'ŒIL, PAR SUITE DE LA SECTION D'UNE MOITIÉ LATÉRALE DE LA MOELLE ÉPINIÈRE, AU DOS; par le même.

Tout le monde connaît les résultats singuliers que produisent sur l'œil la section du nerf trijumeau dans le crâne ou l'extirpation du ganglion cervical supérieur. Tout le monde sait aussi que l'existence d'helminthes dans le canal intestinal, ainsi que certaines affections de la moelle épinière, peuvent amener des troubles dans la vision ou même des maladies de l'œil, et quelquefois une amaurose complète. M. Brown-Séquard vient de trouver un fait qu'on peut rapprocher de ceux-là. Sur neuf cochons d'Inde auxquels il avait coupé une moitié latérale de la moelle épinière à la hauteur de la dixième, de la onzième ou de la douzième vertèbre dorsale, il en a vu quatre offrir des altérations plus ou moins considérables de l'œil correspondant au côté coupé de la moelle.

Dans un des quatre cas, l'altération a consisté d'abord dans une opacité de la cornée; puis la conjonctive s'est enflammée, et l'inflammation a gagné la cornée. Au bout de quelques jours, il existait une ophthalmie purulente des plus intenses. La cornée a été en partie détruite; l'œil s'est vidé, et l'on a pu voir alors que le cristallin et l'humeur vitrée avaient conservé leur transparence. L'animal est resté borgne.

Sur un second animal, quatre jours après l'opération faite à la moelle, la cornée a présenté un sillon oblique de haut en bas et d'avant en arrière. Le lendemain, ce sillon était plus profond et ses bras étaient opaques. Le surlendemain, toute la cornée était opaque. Elle resta ainsi cinq jours, au bout desquels l'opacité disparut, et il ne resta aucune trace du sillon assez profond qui s'y était montré.

Sur un troisième animal, vingt heures après l'opération, la cornée présentait un sillon opaque. Dix heures plus tard, toute la cornée était opacifiée. L'animal mourut cinquante-cinq heures après l'opération; il existait alors une kérato-conjonctivite intense. En ouvrant l'œil, on reconnut que ses parties intérieures étaient à l'état sain.

Sur un quatrième animal, six jours seulement après l'opération, on aperçut un court et léger sillon opaque sur la cornée. Le lendemain, la cornée était un peu opacifiée. Deux jours plus tard, tout avait disparu, et la cornée était revenue à l'état normal.

Des cinq autres cochons d'Inde opérés, un mourut trois jours après l'opération, sans que l'œil ait été altéré. Les quatre autres ont survécu; leurs yeux, examinés avec soin chaque jour, pendant plus de deux mois, n'ont présenté aucune altération.

Comment se rendre compte de cette singulière altération de l'œil? Y a-t-il un lien organique spécial entre l'œil droit, par exemple, et la moitié droite de la moelle épinière? Quelle est la nature de ce lien et par quelles voies s'opère-t-il? Pourquoi enfin ce lien n'existe-t-il que chez certains individus? Ce sont là des questions à résoudre. Pour essayer de le faire, M. Brown-Séquard se propose de couper une moitié de moelle dans diverses régions voisines ou éloignées de celle que nous avons indiquée ci-dessus; il se propose aussi de produire des lésions sur les ganglions du grand sympathique dans l'abdomen.

Avant de terminer, nous devons signaler un fait bizarre : il semble que si un œil s'altère après la section d'une moitié latérale de la moelle, on devra quelquefois voir les deux yeux, ou au moins l'un des deux, s'altérer après la section de toute la moelle, c'est-à-dire de ces deux moitiés latérales. Eh bien! jusqu'ici M. Brown-Séquard n'a jamais vu rien de semblable, malgré la multiplicité extrême de ses expériences. (Séance du 22 juin.)

3° VIVIPARITÉ DES COULEUVRES; par M. DUGÈS.

M. Dugès fait part à la Société de quelques remarques sur la presque viviparité de certaines couleuvres, regardée jusqu'alors comme problématique ou due à une influence de domesticité.

Après avoir conservé pendant quelque temps une couleuvre lisse de Fontainebleau (*col. austriacus*), il vit un jour autour d'elle sept à huit petits vivants, sans nulle trace d'œufs autre que quelques matières glaireuses. Ces petits avaient été pondus pendant la nuit. Plus tard, un chasseur de reptiles assura à M. Dugès que toutes les couleuvres lisses étaient vivipares.

Aujourd'hui (30 août 1850) M. Dugès a vu une couleuvre (*col. austriacus*) pondre onze petits entourés d'une membrane transparente à travers laquelle on distinguait parfaitement les jeunes serpents. Quelques-uns étaient morts; d'autres ont pu être délivrés de leur enveloppe et de leur reste de vitellus, et être conservés vivants.

En examinant l'objet rejeté par la couleuvre, on trouvait successivement et de dedans en dehors :

1° Le petit animal, long de 16 centimètres, apte à vivre de la vie ordinaire; dans les mâles, les pénis étaient sortis de leur fourreau et érigés;

2° Le cordon ombilical, attenant à un reste de vitellus d'environ 2 centimètres de diamètre;

3° Une membrane enveloppant l'allantoïde;

4° Une fine membrane de protection, qui paraît être l'analogue de celle qui tapisse l'intérieur de la coquille chez l'oiseau. Dans ces couleuvres, la membrane externe de l'œuf ne s'incruste pas de sels calcaires à son passage dans les oviductes. Dépourvu de protection, le petit serpent vient au monde tout formé, tandis que, dans l'œuf des autres couleuvres, on trouve l'embryon à peine ébauché quelques heures après la ponte.

Les ovaires ne montrent aucune trace d'œufs; ils sont complétement vides, excepté à leur extrémité, où l'on remarque une douzaine d'ovules non fécondés.

Le cloaque et les orifices indducteurs sont fortement ecchymosés.

III. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

1° DU PIED PLAT; par M. J. GUÉRIN.

M. J. Guérin présente quelques considérations sur une variété de pied-bot dont il met un exemple sous les yeux de la Société. Cette forme de pied-bot, qui avait été mise en dehors des descriptions classiques, c'est le pied plat, auquel les sections tendineuses sont aussi applicables. En rappelant ces faits, M. J. Guérin montre un jeune enfant qui porte un pied-bot varus équin d'un côté, et de l'autre un pied plat tellement exagéré que la surface plantaire est convexe. La rétraction des muscles extenseurs du pied est des plus manifestes.

Cet enfant porte aussi les traces d'un *spina bifida* guéri. En effet, au bas de la région lombaire, on aperçoit un petit tubercule qui surmonte un enfoncement trace du trou par lequel sortait le liquide du *spina bifida*.

M. J. Guérin communique aussi à la Société des pièces et des dessins relatifs à cette variété de pied plat. Sur un des dessins, on remarque une grande tension du jambier antérieur, de l'extenseur commun et des peroniers, en même temps qu'une tension correspondante du tendon d'Achille.

Sur une pièce sèche, on voit une convexité de la surface plantaire des os du pied.

2° ÉRUPTION BULLEUSE SUR UNE ÉPINOCHE; par M. RAYER.

M. Rayer montre une épinoche dont les deux côtés de la région dorsale offrent des ampoules pleines d'un liquide transparent. Quelques bulles plus petites se voient du côté de la queue. Rien d'analogue à une pareille éruption bulleuse n'a été signalé jusqu'alors dans la classe des poissons.

3° EXAMEN MICROSCOPIQUE D'UN DÉPÔT D'URATE ALCALIN (TOPHUS) DANS LES ARTICULATIONS DU TARSE; par M. ROUGET.

Cette pièce provient d'une femme de 40 ans environ, destinée aux dissections. Toutes les articulations paraissaient parfaitement saines. Le pied lui-même ne présentait aucune déformation; mais en ouvrant les articulations du tarse du pied droit, on les trouva remplies par une matière blanche, demi-liquide, ayant tout à fait l'aspect et la consistance de la crème ou de la substance blanche de la moelle épinière. Les ligaments et les cartilages articulaires ne présentaient aucune altération. Le siége de ce dépôt morbide porta M. Rouget à penser qu'il devait être rapporté aux dépôts tophacés de la goutte, bien que les tophus fussent des concrétions solides.

En soumettant une petite portion de cette substance à l'action de l'acide acétique ou de l'acide nitrique faible, M. Rouget vit sous le microscope la matière crayeuse se dissoudre et immédiatement apparaître d'innombrables cristaux de formes variées, mais appartenant toutes aux formes cristallines attribuées à l'acide urique.

Cette première expérience démontra que le dépôt était constitué par l'acide urique uni à une base, la soude peut-être. L'acide acétique ou nitrique, en s'emparant de la base, avait déterminé la cristallisation de l'acide urique mis en liberté.

En examinant à de forts grossissements la matière tophacée contenue dans la cavité articulaire, et en soumettant de très-légers fragments de cette matière à l'action de l'acide acétique, M. Rouget a cru remarquer que l'urate alcalin était contenu à l'intérieur des cellules analogues à celles qui revêtent l'intérieur de la synoviale. Ainsi ce sel serait contenu, sous forme de dépôts granuleux, à l'intérieur des cellules épithéliales de la synoviale. Ce qui le prouve, ajoute M. Rouget, c'est que, dans un cas, j'ai pu voir très-nettement, dans un groupe de quatre ou cinq squammes, traitées par l'acide acétique, les granules intérieures disparaître, les parois cellulaires elles-mêmes se dissoudre, et en même temps, dans le même point, se former et s'accroître, à mesure que les cellules disparaissaient, un groupe de cristaux d'acide urique.

D'ailleurs, ce dépôt minéral à l'intérieur de cellules n'est pas sans exemple, tant s'en faut, dans les êtres organisés. Chez les végétaux, on sait que les cristaux qui constituent les saphides se développent à l'intérieur de cellules, et l'ossification des cartilages du fœtus a lieu en grande partie par le dépôt de phosphate terreux à l'intérieur des cellules du cartilage.

Cette observation me paraît éclairer le mode de formation des tophus. Ces tophus ne sont en réalité qu'une altération de la sécrétion de la synoviale. Les cellules de l'épithélium pavimenteux s'imprègnent d'un dépôt d'urate alcalin; elles se détachent, tombent dans l'intérieur de la cavité articulaire, et au lieu de se dissoudre, d'être résorbées comme cela a lieu dans l'état normal, elles s'agglomèrent, forment des amas qui se condensent de plus en plus par la résorption des parties liquides et organiques, et constituent les concrétions tophacées. Lorsqu'on est à même, comme je l'ai été, d'examiner ces dépôts tophacés, pour ainsi dire à l'état naissant, on y rencontre les cellules épithéliales libres, isolées et conservant encore leur forme caractéristique; mais plus tard ces cellules s'entassent, se confondent, se soudent en quelque sorte pour constituer les concrétions tophacées, dans lesquelles on ne distingue plus autre chose que le dépôt terreux.

Lenwenhoeck est d'ailleurs, que je sache, le seul micrographe qui ait examiné la constitution intime de ces concrétions tophacées. Dans la figure qu'il en a donnée, on retrouve les fines aiguilles cristallines et les granules innombrables dont j'ai parlé, et de plus on y voit quelques plaques obscures, irrégulières, qui pourraient bien être des cellules épithéliales. Il a obtenu aussi, à l'aide de la chaleur, des cristaux d'acide urique, dont l'acide acétique détermine si promptement la formation.

4° DU FLUIDE NOURRICIER DES VERS A SOIE; par M. GUÉRIN-MÉNEVILLE.

M. Guérin-Méneville fait connaître à la Société le résultat de ses études sur le fluide nourricier des insectes, et spécialement des vers à soie, en santé et en maladie. Il résulte des observations de M. Guérin-Méneville que le fluide nourricier, ou le sang des vers à soie en bonne santé, est rempli d'une quantité innombrable de globules sphéroïdes, de grosseurs inégales, contenant d'abord une sorte de nucleus central et uniforme, qui se divise plus tard en granules réniformes, lesquels se portent plus tard encore à la circonférence. Arrivés là, ces corpuscules produisent à la paroi des globules des bosses, la crèvent et sortent pour constituer de nouveaux globules.

Dans l'état pathologique des vers et des papillons, ces corpuscules sortis des globules, ne trouvant sans doute pas dans le liquide ambiant les conditions nécessaires à la production de nouveaux globules, demeurent dans ce liquide, s'y meuvent comme des animalcules microscopiques, et le ver à soie ou le papillon ne tarde pas à mourir de consomption.

Quand les vers ont été infectés par des sporules ou graines de cryptogame, qui leur donnent la maladie nommée *muscardine*, ces petits corpuscules animés, que M. Guérin-Méneville a nommés *hématozoïdes*, croissent en longueur, perdent leurs mouvements, s'allongent encore et finissent par former les thallus ou racines du cryptogame qui constitue la muscardine. Si on laisse une goutte de ce sang sur une lame de verre exposée à une humidité chaude, ces racines ne tardent pas à émettre des rameaux qui se couvrent bientôt de graines, et l'on obtient une touffe de botrytis muscardiniques identiques à ceux qui couvrent les vers à soie morts muscardins dans les magnaneries.

Cet état du sang, qui semble anormal dans les larves ou chenilles, paraît être l'état normal de celui des papillons ou insectes parfaits qui ont terminé toutes les phases de leur vie. Dans tous les papillons qui ont fini leur ponte, M. Guérin-Méneville a trouvé le sang très-pauvre en globules normaux et rempli d'*hématozoïdes* à tous les degrés de développement, depuis le corpuscule animé jusqu'au rudiment très-développé du thallus du végétal muscardinique. Il déduit des faits qu'il a observés la loi naturelle suivante :

« Le fluide nourricier des vers à soie, des lépidoptères en général et probablement de tous les insectes, se renouvelle continuellement et par une sorte de génération de ses globules pendant la vie de ces insectes; mais quand ils ont satisfait au vœu de la nature, quand ils ont assuré leur reproduction, ce renouvellement devenant inutile, il s'opère des changements physiologiques, des modifications chimiques qui donnent ordinairement lieu à la transformation des éléments animaux en éléments végétaux, lesquels tendent à remettre cette matière, désormais inutile sous cette forme, dans la circulation générale. »

5° DU SYNCHISIS ÉTINCELANT; par M. LEBERT.

M. Lebert montre des cristaux de cholestérine provenant de l'humeur aqueuse d'un homme qui présentait les symptômes du synchisis étincelant.

6° KYSTE PILEUX DE L'OVAIRE; par M. FOLLIN.

M. Follin donne quelques détails sur un kyste pileux de l'ovaire trouvé sur une femme de 45 ans, qui a succombé à un cancer de l'estomac. Ce kyste, contenu dans l'ovaire droit, est divisé en deux loges. La plus grande contient seulement des poils et une matière graisseuse et épithéliale; la plus petite renferme un fragment osseux dont la forme générale est celle d'un petit maxillaire inférieur, et une dent qui paraît être une première molaire. Les poils sont pourvus d'un bulbe; la dent est enceissée dans une sorte de capsule fibreuse, et adhère légèrement au fragment osseux.

7° CONCRÉTIONS TOPHACÉES; par M. LECOMTE.

M. Lecomte donne les résultats qu'il a obtenus en examinant chimiquement des concrétions tophacées provenant des articulations d'un goutteux; il y a trouvé beaucoup d'acide urique, pas de soude, mais de la potasse.

IV. — PATHOLOGIE HUMAINE ET COMPARÉE.

1° LIPOME DE LA CAVITÉ ABDOMINALE; par M. MOYNIER.

Le diagnostic des tumeurs de l'abdomen a, dans ces derniers temps, acquis un grand degré de précision; cependant il est souvent obscurci par la présence de certaines tumeurs que l'on rencontre rarement et que par cela même, dans un cas donné, l'esprit du praticien n'admet guère probables.

M. Eugène Moynier a mis sous les yeux de la Société un exemple de ces tumeurs, rarement observées dans la clinique, et dont la science n'a enregistré qu'un petit nombre d'exemples. Une femme de 47 ans entra, au mois de juillet 1850, à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Nélaton, pour y être traitée d'un cancer de l'utérus.

Cette femme était d'une faible constitution et affaiblie par sa maladie, qui datait de plusieurs années et s'accompagnait surtout de métrorrhagies. D'une grande maigreur, elle ne se plaignait d'aucun trouble dans les fonctions digestives, n'avait ni constipation ni diarrhée; toutefois, elle éprouvait des douleurs pendant la défécation et l'émission des urines, surtout dans les derniers jours de sa vie.

Le 5 août, elle fut prise de frisson, de douleurs vives dans l'abdomen, avec hoquet, nausées, vomissements, ballonnement du ventre, difficulté plus grande encore dans l'émission des urines.

Le 6, les accidents s'aggravèrent, et la mort survint le 7.

A l'autopsie, on constata les lésions de la péritonite; épanchement de pus et de sérosité dans l'abdomen. Le pus est surtout abondant dans le petit bassin. Le cul-de-sac recto-utérin est le siége d'une perforation qui donne passage à la sanie sécrétée par un vaste ulcère cancéreux occupant le vagin, les débris du col de l'utérus, la paroi recto-vaginale et vésico-vaginale.

Les autres viscères n'offraient aucune altération; les ganglions hypogastriques et lombaires n'étaient pas engorgés. Mais à la région iliaque gauche, audessous et un peu en dehors du rein, on trouva une tumeur recouverte en avant par le colon descendant, en arrière en rapport avec le carré des lombes et le muscle iliaque. Cette tumeur est lisse, aplatie, deux à trois fois plus volumineuse que le rein, de consistance mollasse, présentant une sorte de fluctuation.

Pesée avec le rein, elle donne. . . .	420	grammes.
Le rein seul pèse.	105	—
La tumeur seule.	315	—

La capsule fibreuse du rein se continue sur la tumeur où elle s'amincit considérablement en devenant celluleuse, lorsqu'après avoir enlevé cette membrane fibreuse, on cherche la connexité réelle qui peut exister entre la tumeur et le tissu du rein, on voit qu'on peut isoler le tissu de la tumeur d'avec le rein, jusqu'au point où se trouve une espèce de pédicule du volume du pouce formé de tissu fibro-celluleux et de vaisseaux volumineux qui communiquent largement avec les vaisseaux du rein (artère et veine), dont ils semblent provenir, pour aller se ramifier dans le tissu de la tumeur, qui est parcourue par des vaisseaux nombreux et volumineux, surtout à la partie supérieure adhérente au rein.

L'examen au microscope fait voir que la tumeur est constituée par des cellules adipeuses, sans dépôt de matière cancéreuse : c'est un véritable lipôme.

Ces lipomes des cavités splanchniques n'ont guère été observés, car nous ne pouvons ranger parmi eux ces sortes de hernies graisseuses produites par le déplacement du tissu graisseux développé sous le fascia propre. Ces dernières contiennent à leur intérieur une cavité séreuse communiquant ou non avec le péritoine.

MM. Lebert et Broca ont rapporté chacun un exemple du lipome de l'abdomen.

Sur le cadavre d'une femme morte d'un cancer du sein à l'âge de 60 ans. M. Lebert a trouvé, à la surface péritonéale de l'intestin grêle, une tumeur de la grosseur d'une noisette maintenue par un pédicule long de 0,04, mince, vasculaire, entouré d'une membrane cellulaire. La tumeur était constituée par des vésicules graisseuses formant un tissu continu traversé par des fibres cellulaires fines et tortueuses, réunies en faisceaux.

M. Broca vit, sur le cadavre d'un homme mort à l'hôpital Necker, une tumeur énorme siégeant dans la fosse iliaque gauche, remplissant la moitié inférieure de l'abdomen, et refoulant en haut l'intestin. Cette tumeur reposait sur le psoas iliaque; elle appuyait sur les vaisseaux iliaques primitifs et iliaques externes,

recouverts par le péritoine dans les quatre cinquièmes de sa surface; sa face antérieure était parcourue par une dépression longitudinale qui contenait l'S iliaque.

Sa consistance varie dans les divers points de son étendue; en haut et en dedans, on trouve un noyau arrondi, gros comme la tête d'un enfant, presque aussi dur qu'une tumeur fibreuse; le reste de la tumeur est mollasse, qui, coupée, présente les caractères du lipome. Dans la portion dure, on voit des lobules de graisse emprisonnés dans une espèce de gangue dense, lardacée, friable, vasculaire, qui ne laisse suinter à la pression ou par le grattage, aucun liquide lactescent et où le microscope ne découvre rien de cancéreux. C'est donc à tort, ajoute M. Broca, qu'on a pris cette partie de la tumeur pour un lipome dégénéré; on n'y trouve que les produits organisés de l'inflammation chronique, et l'on a regardé l'inflammation des lipomes comme n'étant pas très-rare.

Il est fort difficile de tracer, à l'aide de ces trois faits, l'histoire de ces tumeurs, dont la présence n'a été révélée pendant la vie que par leur volume; une constipation habituelle existait chez le malade observé par M. Broca; mais il n'y avait là qu'une affaire mécanique. La femme morte à l'hôpital Saint-Louis éprouvait de la difficulté à uriner, mais les uretères n'étaient pas comprimés, et cette difficulté était due plutôt à la présence du cancer envahissant la vessie.

2° INOCULATION DU SANG DE RATE; par M. RAYER.

M. Collignon, inspecteur de l'abattoir Montmartre, ayant remis, le 26 juin, à M. Rayer, la rate d'un mouton atteint de la maladie connue sous le nom de *sang de rate*, et abattu depuis quelques heures, M. Rayer a inoculé du sang provenant de cette rate à un mouton qui avait présenté des symptômes du *tournis*. Quatre piqûres ont été faites au pli de l'aine, de chaque côté, avec un bistouri à lame très-étroite, imprégné du sang de cette rate malade; quatre autres piqûres ont été pratiquées au-dessus de la lèvre supérieure.

Dans les premières vingt-quatre heures, on n'observa rien de particulier; l'animal mangea comme d'habitude. Le surlendemain, il parut triste et continua cependant de prendre des aliments. Dans la soirée, la respiration parut plus accélérée que de coutume. Le jour suivant (troisième jour), la respiration devint de plus en plus accélérée; l'animal avait de la fièvre, il ne se levait que lorsqu'on le frappait. Les yeux n'étaient point injectés; il ne s'écoulait point de liquide par les naseaux, et les huit piqûres n'offraient aucun phénomène d'inflammation. Le lendemain matin, la respiration continuait d'être haute et très-accélérée, l'animal était très-abattu et refusa complétement de se mouvoir. Vers midi, son corps parut agité de mouvements convulsifs. La peau, sur des parties où l'on avait coupé la laine, avait une teinte violette; l'animal mourut à midi. Quelques instants après la mort, la teinte violette avait disparu.

A deux heures et demie, le corps était encore chaud; on procéda à l'autopsie du cadavre. Les huit piqûres étaient cicatrisées. Les ganglions voisins étaient rougeâtres, sans être augmentés sensiblement de volume.

Les caillots offraient une teinte violacée ou vineuse, visible même à l'extérieur, teinte qui tenait à une très-vive injection de la membrane muqueuse. La panse contenait une assez grande quantité d'aliments; le foie et le pancréas étaient sains; la *rate* n'était pas sensiblement augmentée de volume, mais son tissu, considérablement ramolli, se réduisait facilement en bouillie, comme celui de la rate dont le sang avait été inoculé.

Le tissu de la rate, examiné à l'œil nu et à la loupe, ne présentait pas d'extravasation sanguine analogue à celle qu'on a désignée sous le nom d'*apoplexie* de la rate; le sang qu'elle contenait avait une coloration violacée analogue à celle du sang de la rate d'un animal atteint de la maladie dite *sang de rate*, coloration distincte de celle que présente le sang d'une rate saine.

Il y avait quatre cysticerques (*cysticercus tenuicollis*) dans les replis de l'épiploon.

Le larynx était sain; la trachée offrait, entre les anneaux cartilagineux, une teinte violacée qu'on rencontrait également dans plusieurs ramifications bronchiques. Plusieurs ramifications des bronches étaient comme obstruées par une espèce d'helminthes (*strongylus filaria*) qu'il n'est pas rare de rencontrer dans le mouton. Il y en avait aussi dans la trachée.

La surface des poumons était parsemée d'une grande quantité de pétéchies et d'ecchymoses; les pétéchies étaient très-nombreuses.

La plupart de ces infiltrations sanguines s'étendaient dans le tissu du poumon, à 2 ou 3 lignes de profondeur; quelques-unes semblaient n'occuper que la surface de cet organe.

Les plèvres étaient saines et ne contenaient pas de sérosité dans leur cavité. Il n'y en avait pas non plus dans la cavité du péricarde. Le cœur, et surtout ses cavités droites, étaient fortement distendus par des caillots de sang noirâtre, mous et se réduisant facilement en bouillie. L'aorte et les principaux vaisseaux avaient leur couleur normale.

Le sang, examiné au microscope, se comportait comme celui du mouton atteint de *sang de rate*, qui avait servi à l'inoculation. Les globules, au lieu de rester bien distincts, comme les globules du sang sain, s'agglutinaient généralement en masses irrégulières; il y avait en outre dans le sang de petits corps filiformes, ayant environ le double en longueur d'un globule sanguin. Ces petits corps n'offraient point de mouvements spontanés.

Un cœnure développé dans l'hémisphère gauche du cerveau faisait saillie dans le ventricule latéral correspondant.

En résumé, ce mouton inoculé avec du *sang de rate* est mort en moins de quatre jours; il a présenté dans les poumons des pétéchies et des ecchymoses, et dans la rate un ramollissement semblable à celui qu'on observe chez les moutons qui meurent naturellement du *sang de rate*.

A cette occasion, M. Rayer rappelle que M. Barthélemy (en 1823), ayant inoculé par piqûre à une brebis saine le sang provenant de la rate d'une brebis morte du *sang de rate*, au bout de soixante heures environ, la bête inoculée fut trouvée morte. Elle avait la rate plus volumineuse et plus profondément altérée que celle qui avait fourni la matière de l'inoculation. Cinq heures après la mort de cet animal, M. Barthélemy inocula à une autre brebis, également saine et provenant du même troupeau, le sang de la rate dont on venait de reconnaître l'état maladif. Les effets furent encore plus prompts; le sujet mourut trente-six heures après l'inoculation; la rate avait également éprouvé des altérations très-profondes.

Pendant les grandes chaleurs des mois de juin et de juillet dernier, le sang de rate faisant de grands ravages dans la Beauce, spécialement dans les fermes situées au sud de Chartres, M. Rayer s'est rendu sur les lieux, avec M. Davaine, dans le but de provoquer de nouvelles observations sur les effets de l'inoculation du sang de rate.

Deux médecins distingués, MM. Voyet et Manoury, et un vétérinaire aussi habile qu'instruit, M. Boutet, se sont mis à l'œuvre; en attendant qu'ils fassent connaître, avec détails, les résultats de leurs expériences, M. Rayer communique les faits suivants, extraits des lettres qu'ils ont bien voulu lui adresser :

1° Un mouton inoculé par M. Davaine, avec du sang provenant de la rate non putréfiée d'un mouton (mort la veille, du sang de rate), est mort quarante-huit heures environ après l'inoculation, et a présenté les lésions caractéristiques du sang de rate.

2° Un mouton affecté de tournis et faisant partie d'un troupeau non atteint de l'épizootie, inoculé avec le sang de la rate d'un mouton mort de sang de rate, a succombé trente-six heures environ après l'inoculation. Les piqûres n'ont présenté ni enflure ni gangrène. La rate était diffluente; il y avait de nombreuses pétéchies dans le tissu cellulaire du médiastin; les reins étaient hypérémiés; plaques de Peyer gonflées.

3° Un mouton appartenant à M. Boutet, inoculé avec du sang provenant de la rate du mouton précédent, est mort quarante-huit heures après l'inoculation, et a présenté toutes les lésions du sang de rate.

4° Quatre autres moutons, plus ou moins anémiques, inoculés également avec du sang de rate, sont morts environ quarante-huit heures après l'inoculation.

5° Un cheval inoculé avec du sang de rate est mort quatre-vingts heures après l'inoculation.

6° Enfin, un mouton inoculé avec le sang provenant de ce cheval est mort au bout de cinquante-trois heures.

De semblables résultats ne peuvent laisser de doutes sur les propriétés septiques, très-énergiques, du sang des animaux atteints de *sang de rate*.

3° OBLITÉRATION DE LA VÉSICULE BILIAIRE PAR UN CALCUL; ANALYSE DU LIQUIDE MUQUEUX DONT ELLE ÉTAIT REMPLIE; par M. GUBLER.

M. le docteur Gubler communique à la Société l'observation suivante :

« Une femme de 53 ans, blanchisseuse, entre le 22 février 1850 à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. le professeur Bouillaud, pour une maladie chronique organique du cœur. Je ne l'ai vue que dans les derniers jours de sa vie, et ne puis donner aucun renseignement sur ses antécédents, si ce n'est qu'elle avait eu des rhumatismes articulaires aigus.

» Il existait chez elle une voussure très-prononcée et une matité énorme de la région précordiale; la main appliquée sur cette région percevait un frémissement vibratoire très-fort, en même temps qu'elle était violemment soulevée par une large masse, la pointe du cœur battait dans le sixième espace intercostal tout à fait en dehors. A l'auscultation, on constatait l'existence d'un souffle râpeux ayant son maximum d'intensité vers la pointe, au niveau de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, et couvrant les deux bruits. A la base, le premier bruit était rude et prolongé; le second claquement bien frappé et parcheminé. En outre, il existait vers la base du ventricule droit un bruit de souffle rude, superficiel, diffus, perceptible dans une étendue limitée en dehors de laquelle il disparaissait bientôt. Volume du pouls très-petit par rapport à l'impulsion du cœur; pouls non redoublé. Râles secs et humides dans la poitrine, orthopnée.

» M. Bouillaud porta le diagnostic suivant : hypertrophie du cœur (volume double au moins) portant surtout sur le ventricule gauche; insuffisance avec épaississement et induration de la valvule bicuspide; hypertrophie des valvules sigmoïdes de l'aorte; large plaque laiteuse sur le péricarde.

» Malgré le traitement mis en usage, les phénomènes asphyxiques ne firent qu'augmenter, et la malade succomba le 21 mars, c'est-à-dire un mois après son entrée.

» L'autopsie confirma pleinement le diagnostic. On trouva un véritable cœur de bœuf; les deux lames de la valvule mitrale épaissies et chargées de matière calcaire étaient soudées par leur bord libre, de manière à former un anneau permanent qui admettait l'extrémité du doigt indicateur et devait permettre le reflux du sang dans l'oreillette gauche pendant la systole ventriculaire. Les valvules sygmoïdes étaient aussi épaissies, opaques par places, mais non déformées. Une plaque laiteuse de 3 à 4 centimètres carrés couvrait la base du ventricule droit en empiétant un peu sur le ventricule gauche. Les poumons étaient fortement engoués et en partie privés d'air. Le foie, d'un volume normal, offrait pourtant à sa surface convexe un aspect chagriné et légèrement bosselé; la disposition acineuse de la surface des coupes était très prononcée, et la couleur un peu fauve des *acini* tranchait sur le fond brun rouge de l'organe. La vésicule biliaire, distendue par un liquide dont nous donnerons plus loin les caractères, était épaissie, fibreuse, et avait perdu à l'intérieur l'aspect réti-

culé et velouté qu'on lui connaît; sa membrane interne lisse et polie ressemblait exactement à une séreuse; au-dessous d'elle se dessinaient en relief des bandelettes blanches, nacrées, presque toutes transversales, entre-croisées à angles aigus. Vers le fond de la cavité, on voyait une petite surface vasculaire plus molle, formant un léger relief et couverte de granulations miliaires demi-transparentes. Un calcul de cholestérine, gros comme une aveline, était libre dans la cavité de la vésicule. Un second calcul, d'un volume à peu près égal, était engagé et comme enchatonné dans le col, interceptant ainsi toute communication avec le conduit cystique et conséquemment avec le foie lui-même.

» Nous avons prié M. Quevenne de vouloir bien examiner le liquide contenu dans la vésicule. Les résultats auxquels il est arrivé intéresseront la Société de biologie, car il n'y a encore à ma connaissance qu'une seule analyse, incomplète d'ailleurs, d'un liquide semblable.

» Voici la note que m'a communiquée le savant chimiste :

« A l'autopsie, on trouve que la vésicule biliaire, au lieu de bile, renferme » environ 200 grammes d'un liquide offrant les propriétés suivantes :

» Teinte jaune paille, analogue à celle du sérum du sang, mais plus pâle, » limpide ou du moins ne tenant que très-peu de particules en suspension; » consistance sirupeuse, filante; odeur forte, cadavéreuse; saveur légèrement » salée, nullement amère. Densité, 1,007 à la température de 16° c. Réaction » légèrement alcaline. Au microscope, on ne voit rien de particulier; il y a » seulement quelques débris sans forme nettement définie. Une portion versée » sur un filtre passe limpide et conserve sa propriété filante, ce qui indique que » celle-ci n'est pas due à du mucus. »

» Suivent des détails circonstanciés sur les diverses réactions auxquelles le liquide a été soumis. M. Quevenne termine par ces considérations :

« Le liquide examiné se distinguait :

» 1° Par son aspect filant;

» 2° En ce qu'un excès d'acide nitrique redissolvait complétement le précipité » albuminoïde d'abord formé;

» 3° En ce que l'ébullition ne coagulait pas le liquide et ne faisait que le » rendre nébuleux;

» 4° Enfin par l'action de l'acide acétique, qui produisait dans le liquide des » flocons glaireux, lesquels étaient fortement contractés, mais non entièrement » redissous par un excès d'acide.

» Ce liquide se rapprochait par ses propriétés chimiques de différents autres » fluides du corps humain sans ressembler complétement à aucun. Ainsi il se » rapprochait de la synovie par sa propriété d'être filant, de former des flocons » contractés sous l'influence d'un excès d'acide acétique; mais il en différait, » entre autres choses, par un état de dilution bien plus grand et la cohérence » du précipité formé par l'alcool.

» Le principe albuminoïde offrait de l'analogie avec le caseum par sa pro- » priété d'être coagulé par l'acide acétique et de fournir à la calcination des » phosphates terreux presque en même proportion; mais le caséum ne donne » jamais lieu à un coagulum cohérent et élastique sous l'influence de l'alcool.

» Si l'on veut comparer ce liquide au sérum du sang, on trouve tout d'abord » qu'il est infiniment moins dense, et contient par suite une proportion beau- » coup plus faible de principes en dissolution.

» En outre la matière albuminoïde renfermée dans ce liquide diffère de l'al- » bumine du sang par sa propriété d'être complétement redissoute par un » excès d'acide nitrique.

» Les liquides de l'économie dont celui-ci me semble se rapprocher le plus, » tant sous le rapport de la faible densité que sous celui de la nature des élé- » ments, sont ceux de certains kystes.

» Quant aux caractères particuliers offerts par la matière albuminoïde con- » tenue dans ce liquide, les personnes qui s'occupent de chimie animale ont » pu avoir occasion de remarquer que le principe albumineux, si répandu dans » l'économie, présente des variations dans quelques-unes de ses propriétés, » soit qu'il diffère en réalité dans sa nature intime, soit que ces modifications » ne dépendent que de la présence de matières salines diverses, de l'état de » réaction acide alcaline ou neutre du liquide, soit que ces diverses causes » agissent en même temps. »

» En résumé, M. Quévenne est arrivé aux résultats suivants pour la composition du liquide de la vésicule biliaire calculée pour 100 grammes :

Matières précipitables par l'alcool.	Matière albuminoïde ou protéique précipitée par l'alcool.	0,625	0,650	1,500
	Phosphate de chaux et de magnésie unis à la matière protéique.	0,025		
	Matières organiques extractives non précipitables par l'alcool.	0,544	0,850	
Sels solubles.	Chlorure de sodium en forte proportion — de potassium, des traces. . Carbonate sodique (résultat de la calcination) en faible proportion. . . .	0,306		
	Eau.			98,500
			Total	100,000

» Il n'y avait ni phosphates alcalins solubles ni sulfates. »

(La fin au prochain numéro.)

BIBLIOGRAPHIE.

DU CŒUR, DE SA STRUCTURE ET DE SES MOUVEMENS, OU TRAITÉ ANATOMIQUE, PHYSIOLOGIQUE ET PATHOLOGIQUE DES MOUVEMENS DU CŒUR DE L'HOMME, CONTENANT DES RECHERCHES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES SUR LE CŒUR DES ANIMAUX VERTÉBRÉS, et accompagnés d'un atlas de 10 planches in-4°; par M. PARCHAPPE. — 1 vol. in-8°. — Paris, chez Victor Masson, 17, place de l'École-de-Médecine, et chez les principaux libraires.

L'ouvrage de M. Parchappe, dont nous avons à nous excuser envers l'auteur et envers nos lecteurs de ne parler qu'aujourd'hui, paraît être le développement d'un travail que le même médecin avait adressé, en 1835, à l'Académie des sciences. Il comprenait les principaux résultats de ses patientes recherches sur l'anatomie et la physiologie du cœur.

Comme toutes les œuvres spéciales dirigées vers un but bien distinct et servant à exposer des idées neuves, le présent livre serait extrêmement difficile à juger. Des investigations aussi multipliées, appuyées sur des preuves aussi détaillées, ne se refusent pas moins à la critique qu'à l'analyse. Comment énoncer en quelques pages, et partant comment se permettre de vouloir apprécier des dissections et des vivisections dont le compte-rendu occupe un volume tout entier? Nous ne serons donc que justes envers l'auteur en nous bornant ici à l'indication sommaire des notions les plus remarquables qu'il a mises en lumière.

Le premier livre est consacré à la description de la structure du cœur de l'homme, considéré tel qu'on le voit quand on l'a enlevé de la poitrine et dépouillé de toutes les parties accessoires. Tout a été très-minutieusement scruté, d'abord la conformation extérieure de cet organe en général, puis la conformation intérieure du ventricule droit, la conformation intérieure du même ventricule. Il en est de même des points d'intersection des radiations tendineuses, de ces radiations et de l'anneau valvulaire, que l'auteur divise en trois portions : l'une correspondant à la cloison, l'autre à la paroi ventriculaire antérieure, l'autre à la paroi ventriculaire postérieure.

Une étude intéressante a pénétré et explique le mécanisme par lequel l'état de rapprochement ou d'écartement des colonnes libres influence la forme et les communications de la cavité ventriculaire droite.

La même analyse, basée sur un examen également attentif, est appliquée au ventricule gauche, puis successivement aux deux oreillettes. Le jeu des appareils auriculo-ventriculaires est l'objet le plus important de ces recherches, celui sur lequel l'inspection anatomique, telle qu'elle est instituée ici, a jeté le plus grand jour.

Après la conformation apparente, vient naturellement la détermination de la texture de l'organe. En décrivant la structure des ventricules, M. Parchappe s'attache, en général, à démontrer que les diverses anses musculaires, en s'entre-croisant dans les parois ventriculaires, parcourent des trajets inégaux, contournent les bords et s'entre-croisent; que les anneaux fibreux sont simples aux ouvertures de communication artérielle, doubles aux ouvertures de communication auriculaire, et sont constitués dans le premier cas par l'origine même des vaisseaux, et dans le second par les orifices ventriculaires eux-mêmes, et par le bord inférieur des anneaux valvulaires.

Quant à la structure comparée du ventricule droit et du gauche, il ressort de ces recherches qu'il existe des éléments appartenant aux deux ventricules, qui sont : 1° les anses communes rayonnantes; 2° les anses communes simplement réfléchies; 3° les anses communicantes, et 4° les anses aortico-pulmonaires ou anses du sphincter de l'anneau pulmonaire; — puis des éléments propres au ventricule droit, et qui sont : 1° les anses en feston de l'angle droit et de l'angle pulmonaire; 2° les anses en feston de l'appendice pulmonaire; 3° les anses annulaires; 4° les anses de la surface interne; — enfin les parties spécialement appropriées au ventricule gauche, qui sont : 1° les anses deux fois réfléchies à chefs descendants et ascendants non entrecroisés; 2° les anses en 8 de chiffres; 3° les anses en festons de l'angle droit; 4° les anses de la surface interne. Cette simple énumération doit déjà donner une idée de la précision que l'auteur affecte partout et de la netteté de ses résultats. Il applique ensuite, et avec tout autant de succès, le même travail de décomposition anatomique à la structure des oreillettes, où il trouve l'anneau de communication des cavités auriculaires, les anses annulaires de la veine cave supérieure, les veines pulmonaires, l'anneau interauriculaire, les anses horizontales des deux oreillettes, leurs anses verticales et obliques.

Dans le livre deuxième, M. Parchappe, abordant les questions physiologiques, traite des mouvements du cœur. Selon lui, ils consistent essentiellement en deux mouvements contraires alternatifs, la systole, phénomène actif et simple, la diastole, phénomène passif et composé. La systole, comme on le sait, a pour effet de projeter le sang hors des cavités du cœur dans laquelle elle se produit; la diastole a l'office d'admettre le sang dans ces mêmes cavités. De la structure, telle qu'il la comprend, des appareils valvulaires des orifices auriculo-ventriculaires, l'auteur déduit leur véritable mécanisme dans les deux états opposés qui se rapportent à la restitution et à la suppression alternatives des ouvertures de communication entre les oreillettes et les ventricules. Il approfondit lumineusement les nombreuses particularités des divers ordres, de structure, de mouvement et de changement fonctionnel qui ont lieu durant ce double temps successif.

Les oreillettes, à leur tour, ont leur part d'influence, qui ne devait pas être négligée et qui ne l'a point été. Ainsi, tant que lacirculation n'est pas notablement troublée, on voit que: 1° les oreillettes se contractent dans toute l'étendue de leurs parois, se vident complétement de sang, et chassent ce fluide de leur cavité dans la cavité ventriculaire; 2° les ventricules se contractent jusqu'à l'effacement de leur cavité, de manière à se vider entièrement de sang.

Passant à d'autres élémens de démonstration, l'auteur étudie les mouvements du cœur sur l'animal vivant. Il choisit pour sujet de ses observations le cœur de la grenouille et celui du lapin, où il trouve que, sauf une différence relative au ventricule droit, les lois de structure sont les mêmes que chez l'homme. — L'anatomie et la physiologie comparée lui fournissent encore un tribut plus important. Il a examiné le cœur du lapin, du dindon, de la grenouille et de l'anguille, choisis comme type de la conformation dans les quatre classes des vertébrés, mammifères, oiseaux, reptiles, poissons. Or, de cette comparaison, il résulte: 1° que le rôle actif des appareils valvulaires, prédominant chez l'homme, se restreint graduellement à mesure qu'on descend l'échelle animale, pour disparaître complétement dans les espèces inférieures; 2° qu'il existe entre le degré de perfectionnement des appareils valvulaires et le degré d'élévation dans l'échelle animale un rapport qui exprime une loi. Les deux conclusions sont appuyées sur la dissection de nombreuses espèces zoologiques.

Dans son troisième et dernier livre, M. Parchappe traite des perturbations dans les mouvements du cœur, et de leurs effets qui, pour lui, offrent à considérer un élément dynamique et un élément mécanique. Or, l'attribution dynamique est quantitative ou qualitative. La première augmente ou diminue: 1° la locomotion du cœur; 2° l'impulsion du sang contre les parois des cavités; 3° la pulsation artérielle; 4° l'intensité des bruits normaux; 5° la précision mécanique de l'effacement des cavités, de l'expulsion du sang et de l'occlusion active des orifices. L'altération dynamique qualitative comprend les altérations du rhythme: 1° relativement à la durée; 2° relativement à la succession; 3° relativement à l'association des mouvements. — Les modifications de structure mécanique du cœur se rapportent aux éléments suivants: 1° volume et masse de l'organe; 2° épaisseur des parois des cavités; 3° capacité des cavités; 4° grandeur des ouvertures de communication; 5° conditions de grandeur, de forme et de mobilité que réclame le libre jeu des appareils valvulaires, insuffisance des valvules sygmoïdes, des valvules auriculo-ventriculaires; 6° état des surfaces; 7° existence accidentelle de productions ou de dépôts morbides dans les cavités. — Les conditions d'obstacles au cours du sang peuvent être réalisées par le rétrécissement relatif et absolu des orifices, par les diverses altérations des orifices.

Nous ne pouvons qu'indiquer la partie où la théorie de la production des bruits anormaux est comparée aux hypothèses des autres auteurs. M. Parchappe déploie là, comme dans le reste de l'ouvrage, cette érudition éclairée et surtout cette richesse d'aperçus originaux qui feront de son livre un utile et inépuisable sujet de réflexions pour tous les médecins qu'intéresse ce grand et encore si obscur problème des bruits normaux et anormaux du cœur.

P. DIDAY.

VARIÉTÉS.

— ANGLETERRE. — HÔPITAUX ÉCOLES DE MÉDECINE. — On compte à Londres 12 institutions pour l'enseignement des sciences médicales; elles sont presque toutes annexées aux principaux hôpitaux de la capitale; ce sont: 1° l'école et le collége médical de Saint-Barthélomée; 2° l'hôpital école de Charing-Cross; 3° l'institut luthérien de médecine et de chirurgie; 4° l'hôpital école de Guy; 5° le King's College (collége du roi); 6° l'hôpital école de Londres; 7° l'hôpital école de Middlesex; 8° l'hôpital école de Saint-George; 9° l'hôpital école de Saint-Thomas; 10° l'école médicale de l'Université; 11° l'hôpital école de Westminster; 12° l'école annexée à l'hôpital Saint-George.

Plus de 150 professeurs sont attachés à ces divers établissements; nous citerons seulement ceux dont les noms nous sont plus connus:

A l'hôpital Saint-Barthélomée: MM. Skey, Paget, Duuws, Lawrence.

A l'hôpital de Charing-Cross: MM. Wharton Jones, Hancock.

A l'hôpital de Guy: MM. Bird, O. Rees, Addison, Dabington, Barlow, B. Cooper, Lever.

Au King's College: MM. Lee, Partridge, Todd, Bowman, Budd, Fergusson, Forbes, Jones.

A l'hôpital école de Londres: MM. Ward, Carpenter, Ramsbotham.

A l'hôpital école de Saint-George: MM. Prescott Hewest, Johnson, Robert Lee.

A l'école médicale de l'Université: MM. Sharpey, Graham, Lindley, Garrod, Walshe.

22 autres hôpitaux écoles existent dans les provinces; ce sont: l'hôpital de Bath, l'hôpital général, l'hôpital de la Reine et l'hospice à Birmingham, l'infirmerie et l'hôpital Saint-Pierre à Bristol, l'hôpital général de Suffolk, l'hôpital Addenbroooke à Cambridge, l'hôpital de Devon et Exeter, l'infirmerie de Gloucester, l'hôpital général de Hull, l'hospice de Leeds, l'hospice et l'hôpital de Liverpool, l'hospice royal de Manchester, l'hospice de Newcastle, l'hôpital général de Northampton, l'hospice de Shrewsbury, l'hôpital général de Sheffield, l'hôpital général de Stafford, l'hospice de Worcester, l'hôpital de York.

Nous donnerons dans un autre numéro la liste des établissements semblables qui existent en Écosse et en Irlande.

AU RÉDACTEUR.

Mon cher confrère,

Vous avez annoncé, dans un des derniers numéros de la GAZETTE MÉDICALE (que j'ai eu le malheur de lire un peu tard), qu'une statue de Desault et un buste du même grand chirurgien ne tarderaient pas à être placés, l'un sur la place publique de Lure (Haute-Saône), l'autre dans une des salles de l'Hôtel-de-Ville de cette ville. Vous ajoutez que la statue et le buste sont l'œuvre d'un artiste compatriote de Desault, M. Vantalon.

En accueillant cette nouvelle, vous avez été, permettez-moi de vous le dire, dupe d'une mystification. Je suis, comme vous le savez peut-être, vice-président de la commission qui s'occupe du monument à élever, à Lure, à la mémoire de Desault, et au moins une des chevilles ouvrières de l'œuvre; mes collègues de la commission ne me démentiront pas. Ce que je vais vous dire est donc tout ce qu'il y a de plus certain.

Deux ou trois fois déjà, les amis de M. Vantalon lui ont rendu le mauvais service de faire insérer dans quelques grands journaux, le SIÈCLE, le MONITEUR et autres, une mystification à l'adresse du public, absolument pareille à celle dont, à votre insu, vous venez de vous rendre complice. J'ai laissé passer cette mauvaise plaisanterie une fois, deux fois, trois fois; mais il n'y a pas moyen que je la laisse passer une quatrième.

M. Vantalon est un jeune sculpteur ou architecte *ornemaniste* de Lure, auquel ses concitoyens du conseil municipal de cette ville, dans un moment d'aveugle indulgence, ont eu la malheureuse idée (qu'ils me permettent de leur dire, comme à des compatriotes qui sont mes amis, de confier l'exécution d'une statue de Desault, lorsque la souscription ouverte pour cette œuvre ne leur paraissait pas devoir dépasser l'enceinte de leur petite ville.

La commande était en cours d'exécution, et même, il faut le dire, d'une exécution assez avancée, lorsque MM. les membres du conseil municipal virent et comprirent un peu tard jusqu'à quel point ils avaient porté la bienveillance et la cécité. Dans un voyage que je fis à Lure au mois de septembre 1849, je fus témoin de leur désappointement; moi-même j'en fus stupéfait.

Ce qu'il y avait à faire du travail de M. Vantalon, je ne veux pas le dire, parce que je ne parle pas tout à fait en mon nom personnel, et du reste on ne le fit pas; on se borna, en mettant à ce'a les formes les plus adoucies, à lui faire savoir que son travail ne remplissait pas les conditions desirees, et on l'indemnisa du temps qu'il avait perdu... et fait perdre.

M. Vantalon ou ses amis auraient dû s'en tenir là, et ne pas forcer la commission, par mon organe, à apprendre au public, sur le compte de ce jeune homme, des vérités qu'elle eût mieux aimé taire. Ai-je besoin d'ajouter, mon cher confrère, que les pretendus groupe et buste de Desault, ouvrage de M. Vantalon, ne sont et ne seront placés nulle part à Lure? Ils ne pourraient être employés, le mot m'échappe, qu'à macadamiser les rues de cette ville.

Quant à Desault, il aura, vous pouvez y compter, sa statue, une statue que nous tâcherons de rendre digne de lui, en la demandant à un artiste digne de l'œuvre. Notre choix n'est pas encore fait, mais il ne tardera pas à l'être. Vous en serez instruit un des premiers.

Agréez, etc.

LÉLUT,

Représentant de la Haute-Saône, vice-président de la commission pour le monument à élever à Desault.

Guy (Haute-Saône), ce 15 octobre 1850.

— La lettre de notre dernier numéro *sur quelques particularités des épidémies de choléra* était du docteur Charles PELLARIN, dont le nom s'est trouvé omis par erreur.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — DU CRÉTINISME.

Voici, pour l'Académie de médecine, une belle occasion de jeter en aliment à ses séances une discussion importante et qui fixe l'attention des pouvoirs publics autant que celle des médecins. La question soulevée devant elle, mardi dernier, par l'honorable M. Ferrus, et qui paraît avoir été, de la part de cet actif et ingénieux observateur, l'objet d'études approfondies, la question du crétinisme est une des plus hautes scientifiquement et, socialement, une des plus graves qui puisse tenter aujourd'hui la recherche. Quelle est la fatale puissance qui, dans certaines contrées montagneuses, mais surtout dans les Alpes septentrionales et occidentales, dégrade la population, déforme le crâne, obture l'intelligence, dérange les proportions des diverses parties du corps, change la glande thyroïde en une masse informe et produit enfin ces êtres hideux, dégoûtants, idiots et obscènes qu'on appelle des crétins? La cause de cette déplorable dégradation est-elle unique, est-elle multiple? Faut-il la chercher dans une condition spéciale de l'air, du sol ou des eaux, ou est-elle un effet composé d'un plus ou moins grand nombre de conditions diverses, tant sociales qu'hygiéniques? Comment se perpétue-t-elle de famille en famille, de génération en génération? Les crétins constituent-ils une sorte de race monstrueuse, de création accidentelle, ou sont-ils autant de produits séparés et individuels d'une action morbide incessamment renouvelée? Quelle que soit la cause du mal, en quoi consiste le mal? A-t-il une caractéristique propre, qui n'appartienne à aucune autre maladie, à la scrofule et au rachitisme, par exemple? Quelle est, dans le problème séméiologique, la valeur de l'engourdissement intellectuel, celle de la déformation du crâne et des membres, celle des lésions encéphaliques, celle du goître, etc.? Tout cela bien déterminé, si faire se peut, resterait à aborder la grande question de la prophylaxie et de la thérapeutique. La source de tant d'infirmités peut-elle être diminuée ou tarie? Les gouvernements peuvent-ils espérer de voir disparaître du sol un spectacle fait pour humilier la dignité humaine et accuser l'impuissance ou l'incurie de la civilisation? Le moment est venu, ce nous semble, d'aborder ce haut problème avec plus de chances de succès que par le passé. Le temps s'est chargé d'y introduire un élément précieux, et précieux deux fois, puisqu'il constitue une amélioration de l'état sanitaire, en même temps qu'il offre à la prophylaxie un exemple qu'il ne s'agit plus que de bien interpréter et imiter. Depuis soixante ans, le nombre des crétins a sensiblement diminué dans le Valais, et les caractères de la maladie se sont atténués. Ce mouvement de décroissance avait été signalé dès 1813 par M. de Rambuteau, alors préfet du département du Simplon, dans un rapport adressé à l'autorité centrale. Fodéré l'a constaté à son tour, et M. Ferrus y insiste dans son travail. On connaît aussi les essais si persévéramment poursuivis par le docteur Guggenbühl, dans son établissement de l'Abendberg. Ce confrère affirme guérir un tiers des crétins soumis à ses soins, à l'aide de l'habitation dans un lieu élevé et de tous les moyens hygiéniques ou pharmaceutiques qu'on a coutume d'appliquer à la scrofule. Quoi qu'il en soit de cette prétention, qui paraît avoir trouvé des incrédules sur les lieux mêmes, il n'est pas douteux qu'on ne puisse tirer de cette expérience sur une grande échelle plus d'un utile enseignement.

M. Ferrus n'a lu encore que la première partie de son mémoire. Bien qu'on puisse dès à présent entrevoir le sens général des idées qu'il entend faire prévaloir, et reconnaître les tendances qu'il apporte dans l'examen de la question, cependant nous nous abstiendrons de commentaires jusqu'à ce que nous puissions prendre connaissance du travail entier. L'expérience spéciale de l'honorable académicien, qui a séjourné longtemps dans les Alpes et les a visitées plusieurs fois, l'élévation connue de son esprit, sa profonde compétence en tout ce qui touche plus ou moins directement les dérangements intellectuels, ne permettent de peser ses opinions qu'à bon escient et avec maturité. C'est ce que nous ferons dans un prochain article. Aujourd'hui nous nous contenterons de rappeler en quelques mots les causes qu'on a jusqu'ici accusées de l'endémie du crétinisme dans les vallées alpestres; ce sera pour ainsi dire poser les premières bases de la discussion, celles sur lesquelles devront ultérieurement s'appuyer la question pathologique et la question thérapeutique.

Un remarquable rapport de la commission instituée par le roi de Sardaigne pour l'étude du crétinisme, rapport dont nous avons donné, il n'y a pas longtemps, une analyse très-détaillée, partage peureusement les conditions étiologiques à examiner en trois catégories, comprenant: la première, les influences topographiques et météorologiques; la seconde, les influences *amovibles* (habitations, vêtements, alimentation, etc.); la troisième, les influences physiologiques et individuelles (sexe, hérédité, etc.). C'est dans la première catégorie qu'on est allé chercher une explication; elle seule, en effet, paraît susceptible de contenir la cause d'un mal séculaire dont l'intensité ou l'étendue sont soumises à des circonscriptions topographiques si singulièrement tranchées. On a d'abord accusé les eaux potables, auxquelles on imputait d'entraîner des sommets alpins des sels plâtreux qu'ingéraient les habitants des vallées. On attribuait aussi des effets nuisibles aux eaux provenant de neiges et de glaces froides. De Saussure, Fodéré, M. de Rambuteau, M. Ferrus lui-même, ont rendu cette hypothèse insoutenable, au moins dans son sens absolu, en montrant que les Valaisiens des hauteurs, où le crétinisme ne pénètre pas, boivent les mêmes eaux que ceux des vallées les plus profondes, et en faisant remarquer, d'ailleurs, que les eaux sont peut-être d'autant plus saines, qu'on les recueille plus loin de la source. L'influence de l'eau écartée, on s'est rejeté sur l'air. Là-dessus, les observateurs se sont généralement accordés pour admettre les opinions de Saussure et de Fodéré touchant l'action pernicieuse de l'air stagnant des vallées, souvent corrompu encore par les effluves émanés des eaux que les éboulements de neige et de glaces ont amassées dans les bas-fonds avec des détritus végétaux et animaux. Nous ne disons pas que beaucoup d'observateurs aient vu, dans ces conditions, la cause *unique* et absolue du crétinisme, mais seulement qu'il en est peu qui n'y aient attaché une importance particulière.

Voilà ce qui s'est dit d'essentiel sur les influences météorologiques; d'autres ont accusé de préférence les influences inhérentes à la constitution du sol. Parmi les personnes à qui la commission sarde avait demandé des documents, il en est qui attribuent aux dépôts schisteux tombés des montagnes avec les eaux une part d'action assez considérable sur la production du crétinisme, se fondant sur ce que, dans certaines localités, le nombre des crétins diminue là où le schiste est remplacé par des formations calcaires. D'autres, au contraire, accusent précisément les dépôts de calcaire jurassique. Enfin M. Chatin, qui a lu récemment à l'Académie des sciences un remarquable travail sur la présence de l'iode dans les eaux douces, les

---

Feuilleton.

ESSAI SUR LA DÉTERMINATION ET LES CARACTÈRES DES PÉRIODES DE L'HISTOIRE DE LA MÉDECINE.

Par le docteur CH. DAREMBERG.

(Suite. — Voir le n° 41.)

Avant d'établir une nouvelle classification des périodes, il convient de faire connaître celles qui ont été admises par mes devanciers, et d'en apprécier la valeur en montrant ce qu'elles ont de vicieux ou d'incomplet, et aussi en indiquant les éléments nouveaux qu'elles ont successivement introduits dans la science. Je dois donc déblayer d'abord le terrain, pour y asseoir plus sûrement ensuite de nouveaux fondements qui, je l'espère, n'attendront pas trop longtemps le modeste édifice dont je rassemble depuis longtemps les matériaux.

Je ramène à sept catégories les diverses espèces de classifications:

1° *Biographiques*. Ce sont les premières en date, et je dirais presque qu'elles se présentent le plus naturellement à l'esprit, puisque, en définitive, les progrès des sciences se rattachent toujours plus ou moins directement à quelque grand nom; ce sont néanmoins les plus mauvaises, puisqu'elles n'établissent aucun lien dans la succession des faits. DENYS D'ÉPHÈSE, SORANUS, dans l'antiquité; chez les Arabes, IBN ABI OSEIBIA; enfin chez les modernes, BERNIER, FREIND, et PORTAL pour l'histoire de l'anatomie, se rangent dans cette catégorie.

2° *Ethnographiques*. Elles consistent moins à établir des périodes qui embrassent la science dans son ensemble qu'à suivre sa marche chez chacun des peuples où elle se présente avec un caractère plus ou moins tranché. CLIFTON et HEUSINGER sont à peu près les seuls qui soient entrés dans cette voie.

3° *Pragmatiques* ou *annalistes*, fondées sur la succession des faits les plus importants sans se soucier de leurs rapports avec le développement même de la médecine (LE CLERC, SCHULZE, ACKERMANN, SCUDERI, LESSING, KOEHNHOLTZ, KRUEGER).

4° *Chronologiques*, établies particulièrement sur les rapports des faits médicaux avec la chronologie politique (SPRENGEL, BOSTOCK, ISENSEE).

5° *Philosophiques* ou mieux encore *organiques* (école allemande), établies d'après ce principe, généralement admis maintenant, que l'histoire d'une science est celle de son développement *réel* dans l'espace et dans le temps, lequel s'accomplit en vertu de lois plus ou moins connues. Les unes reposent sur la considération de la marche de la médecine dans son ensemble; c'est ce que j'appelle les classifications *organiques réelles* ou rationnelles (HECKER, DAMEROW, QUITZMANN, RAIGE, HAESER.) — Les autres tiennent plus particulièrement compte de certaines manifestations de la science, surtout de la succession des théories et des systèmes (BARCHUSEN, BROUSSAIS.) — Les au-

plantes et les animaux terrestres, attribue le goître endémique à l'insuffisance de la proportion d'iode dans les eaux potables, et un professeur suppléant de physique à la Faculté de Grenoble, M. Grange, dont tout le monde a pu lire dans les journaux politiques le rapport qu'il a récemment adressé à M. le ministre de l'agriculture et du commerce sur les causes du crétinisme, a rappelé et soutenu, à l'aide de nouveaux documents, une opinion dont il avait également fait part, deux ans auparavant, à l'Académie des sciences, à savoir, que le goître et le crétinisme sont engendrés par la présence dans les eaux potables d'une trop forte proportion de magnésie empruntée au sol. Il a de plus confirmé les vues de M. Chatin touchant l'influence préservatrice des terrains iodés. Suivant lui, un sol riche en matières iodées serait entièrement réfractaire au crétinisme endémique.

Telles sont les principales vues étiologiques émises jusqu'ici sur cet important sujet. Nous ne nous arrêtons pas pour le moment à l'influence des causes amovibles ou individuelles, qui ne jouent évidement ici qu'un rôle secondaire ; mais nous aurons soin d'en tenir compte, s'il y a lieu, dans la suite de notre examen. On remarquera que, fixes ou amovibles, générales ou individuelles, toutes les conditions supposées crétinisantes ont des *causes éloignées* et ne donnent en aucune façon, dans le sens vrai du mot, l'explication, la théorie de la maladie. Est-il possible d'aller plus loin ? Si ces causes sont réelles, peut-on indiquer les intermediaires par lesquels elles passent avant d'arriver à ce résultat définitif : la déformation du crâne et des membres, l'oblitération de l'intelligence, le développement d'un goître, etc. ? Ou même, leur influence demeurât-elle douteuse, n'y a-t-il aucun moyen d'assigner au crétinisme une cause plus directe, plus rapprochée de l'effet, plus essentielle ; de déterminer, en d'autres termes, la condition matérielle qui produit le crétinisme, sans laquelle il n'existerait pas, et qui fait qu'il est lui-même et ne ressemble à aucune autre maladie ? Quelques conjectures ont été faites dans ce sens, mais seulement en ce qui concerne l'état cérébral : Georget, par exemple, demande si la cause organique du crétinisme n'est pas toujours dans un vice de conformation du crâne, et par conséquent du cerveau, sans faire attention que la déformation porte le plus souvent sur d'autres parties du corps. Et puis, en quoi consiste la déformation du crâne ? comment se produit-elle ? C'est précisément là que gît la difficulté. Il y a quelques années, M. J. Guérin a fait entrevoir la possibilité de trouver dans l'état du système osseux du crétin la théorie de la maladie tout entière. Il a émis provisoirement, et comme un appel aux recherches et à la méditation, la pensée que l'irrégularité de l'enveloppe du crâne et des membres pourrait bien dépendre d'une *ossification prématurée*, quelle que soit d'ailleurs la cause première de cette aberration de nutrition. Le crétinisme serait donc l'opposé du rachitisme, avec lequel certains auteurs le confondent presque. A l'avenir d'en décider.

A. DECHAMBRE.

MALADIES NAVALES.

ÉTUDES SUR LES MALADIES MARITIMES ; par M. DUTROULAU, médecin en chef de la marine (service colonial).

FIÈVRES PALUDÉENNES OU MIASMATIQUES.

La conquête d'Alger, en plaçant les médecins militaires dans d'excellentes conditions d'observation, a donné naissance à des publications fort intéressantes sur ce genre de maladie. Les campagnes de mer ont peu ajouté aux notions acquises ; cependant nous nous efforcerons de retirer, des meilleurs rapports, des enseignements qui puissent servir à tout le monde. La fièvre paludéenne est d'ailleurs la maladie le plus généralement répandue, souvent la plus grave et la plus fréquente ; partout où peuvent pénétrer les navires sur les côtes ou dans l'intérieur des rivières, s'en rencontrent les éléments ; et nous disons les côtes et les rivières, parce que pour la fièvre paludéenne pas plus que pour la fièvre jaune, la pleine mer ou l'intérieur du navire ne sont par eux-mêmes des foyers morbides spéciaux ; la mer qui porte le navire pas plus que celle qui croupit au fond de sa cale, n'est ou ne se transforme en foyer de fièvre de marais. Nous n'exposons là qu'un fait d'observation et non une théorie ; le siége terrestre des foyers paludéens est constaté par tous ceux dont nous analysons les travaux aujourd'hui. Son existence constante et sa fréquence dans tous les pays à fièvre jaune l'a fait confondre avec les premiers cas toujours douteux des épidémies de cette maladie ; heureusement le danger n'était pas grand. Du reste, les rapports étiologiques entre ces deux maladies sont curieux à étudier, et on n'a pas toujours bien observé où commence l'une et où finit l'autre ; il ne manque même pas de bons esprits qui regardent les fièvres miasmatiques continues, dites mauvaises fièvres, de la plupart des colonies, comme étant de même nature que la fièvre jaune. Mais ce n'est point à bord des navires que ces observations ont été surtout faites, bien que très-souvent on y ait observé la fièvre intermittente précédant ou suivant une épidémie de fièvre jaune, et nous ne devons pas nous en occuper ici ; c'est à terre, au foyer même de ces deux maladies, que cette étude doit être faite.

Le travail où nous puiserons ce que nous avons à dire sur les fièvres paludéennes est surtout celui de M. le professeur Raoul que nous avons déjà cité plusieurs fois, sur le service médical de la station de la côte ouest d'Afrique en 1846. Outre qu'il est écrit dans un bon esprit et avec un mérite incontestable, il a encore l'avantage de résumer l'observation à bord des trente navires composant la station, et il emprunte une grande autorité de cette circonstance.

A la côte ouest d'Afrique, la fièvre paludéenne est la maladie dominante. C'est pendant le séjour sur rade et près des foyers miasmatiques qu'elle se déclare à bord, ou du moins que les équipages subissent une influence qui se traduit par les symptômes de la fièvre intermittente, après une incubation plus ou moins prolongée. Le plus souvent sporadique, elle sévit cependant épidémiquement, ainsi que l'*Amaranthe* en a offert un exemple. A Madagascar, en Chine, la forme épidémique est la plus fréquente, d'après MM. Grimal et Ragot. Sur 2.731 hommes formant l'effectif des équipages de la station d'Afrique, 496 ont été atteints, sans y comprendre les rechutes. C'est à l'époque des premières pluies et après l'hivernage que ces affections sont le plus fréquentes, surtout les fièvres pernicieuses.

Certains points paraissent aussi plus redoutables que d'autres : c'est dans le Rio-Nunez que la *Malouine* et la *Fine* eurent leurs épidémies en 1837, ainsi que l'*Amaranthe* en 1846. C'est cependant à la station du Gabon et à celle de Gorée que les cas ont été le plus nombreux ; 2 cas pernicieux ont succombé dans le premier lieu, 8 dans le second ; cela tient sans doute à ce que plus de navires ont fréquenté ces points de relâche et à ce qu'ils ont resté plus longtemps sur rade ; et ce qui le prouve, c'est que les marins des deux bâtiments-hôpital et des deux citernes qui sont mouillés à poste fixe dans ces localités en ont été le plus atteints. En général la fréquence et

tres enfin sont établies d'une façon systématique, d'après des vues *à priori*, et sans se préoccuper sérieusement des faits qui se sont produits. Je leur donne le nom d'*organico-mystiques* ou *extra-scientifiques* (KIESER, WINDISCHMANN, LEUPOLDT, SCHULZ, FRIEDLANDER).

6° Je fais une catégorie à part des classifications qui prennent leur point de départ, non dans la science elle-même, mais dans l'histoire des sciences qui ont eu un développement à peu près parallèle, surtout dans l'histoire de la philosophie, dont les connexions avec la médecine sont, comme on sait, assez étroites (SAUCEROTTE).

7° *Mixtes*, elles sont à la fois pragmatiques, organiques et chronologiques (CHOULANT, RENOUARD).

Enfin, il est des classifications qui échappent à toute systématisation, par exemple, celles de GOELICKE, de TOURTELLE, de CABANIS, d'HAMILTON, de VAN DER HOEVEN.

Il me faut maintenant passer en revue, aussi brièvement que possible, et par ordre chronologique, les classifications adoptées par les auteurs dont j'ai rappelé les noms (1).

Les historiens de la médecine ne furent primitivement que des biographes ; tels sont, par exemple, chez les Grecs (1), Denys d'Éphèse (2), qui écrivit une LISTE DES MÉDECINS ; Soranus, auteur d'une BIOGRAPHIE MÉDICALE (3) ; et au onzième siècle après J.-C., chez les Arabes, Ibn-Abi-Oseibia (4). Nous pouvons juger de la manière dont Soranus (car il ne reste rien des deux premiers) envisageait l'histoire, par la bibliographie d'Hippocrate remplie des fables les plus invraisemblables. Dans Ibn-Abi-Oseibia, l'imagination orientale remplace absolument la critique historique. Du reste, dans cet auteur, les vies sont ajoutées bout à bout, sans aucun lien et avec les erreurs chronologiques les plus monstrueuses.

(1) Deux dissertations ont été écrites *ex professo* sur le sujet qui m'occupe. Ce sont celles de Caulau : MÉMOIRE SUR LES ÉPOQUES DE LA MÉDECINE, Bordeaux, 1806, in-8°, et Losy, DE MEDICINÆ PERIODIS, Pesth, 1839, in-8° ; je n'ai pu me procurer ni l'une ni l'autre.

(1) Ménon, disciple d'*Aristote*, passe généralement pour avoir écrit des Vies de médecins ; mais il n'avait fait que recueillir leurs opinions dans un ouvrage qui avait, sans doute, de l'analogie avec ceux que firent plus tard Oribase, Aetius et d'autres. Cf. Gal., COMM. 1 in lib. Hipp., DE NAT. HOM., § 2, t. XV, p. 25-6, éd. Kühn. — Galien possédait l'ouvrage de Ménon ; on l'avait attribué à Aristote lui-même. Cf. aussi Plutarque, SYMPOSIAC. VIII, 9, 3.

(2) SCHOLIA IN THEOCRITUM, XI, 34, éd. Dübner. Paris, 1849, coll. Didot.

(3) Cf. Suidas, SUB VOCE.

(4) Plusieurs vies ou fragments de vies extraits de l'ouvrage d'Ibn-Abi-Oseibia ont été publiés par divers auteurs, dont Choulant (MANUEL DE BIBLIOGRAPHIE POUR L'ANCIENNE MÉDECINE, 2e édit ; Leipzig, 1841, p. 385. sq. en allem.) a donné la liste. J'ajouterai à cette liste la mention de Schultz, qui a publié, en arabe, plusieurs vies d'après les papiers de Dietz, à Kœnigsberg, 1841, in-8°

la gravité de la fièvre ont été en rapport avec le temps du séjour sur rade et les travaux exécutés.

Les professions ont aussi influé sur la fréquence de la fièvre. Ainsi les soldats, par leur garde de nuit et par leur séjour prolongé à terre, en ont été le plus frappés. Après eux, viennent les officiers et tout le personnel du service d'approvisionnement journalier du bord. On sait que cette partie du personnel des navires a de plus fréquentes et de plus longues relations avec la terre. Après viennent les hommes de l'équipage et les maîtres. Mais les moins frappés de tous, ont été les mécaniciens et les chauffeurs des bateaux à vapeur. En général, la multiplicité des cas de fièvre n'a point été en rapport avec les travaux du bord les plus pénibles, mais plutôt avec la liberté de conduite et l'affranchissement de la discipline du navire.

M. Grimal a eu occasion de s'assurer à Madagascar que l'influence des nuits, c'est-à-dire, du moment de la plus grande condensation des miasmes, a été très-marquée sur le développement de la fièvre. Pas un de ceux qui, volontairement ou accidentellement, ont passé une nuit à Sainte-Marie, n'a échappé. La même remarque sur le développement de la fièvre a été faite encore ailleurs. M. Raoul a constaté que la fièvre intermittente ne se contracte pas à la mer, mais que le marin, arrivant subitement de la mer au milieu d'un foyer paludéen, est comme foudroyé après quelques jours de résidence à terre, tandis que les habitants des marais paraissent souffrir très-peu de l'influence des miasmes. M. Grimal dit qu'à Madagascar, sur le littoral, les Malgaches ne connaissent pas la fièvre paludéenne et qu'ils ne l'auraient peut-être jamais connue, si les Européens ou les habitants de l'intérieur n'étaient venus leur prouver l'insalubrité de ces terres basses; les indigènes placent même leurs cases de préférence près des marais. Au Sénégal, comme à Madagascar, comme en Chine, il a été bien constaté qu'il est toujours très-dangereux de prendre immédiatement la pleine mer en sortant d'un foyer miasmatique. La fièvre revêt souvent alors le caractère pernicieux. Dans ces circonstances, il faut donc se prémunir contre les accidents dont on est menacé, par une observation attentive et par les préservatifs convenables.

Au Sénégal, l'incubation de la fièvre paludéenne a été très-variable, quelquefois elle n'a été que de 24 heures, d'autres fois de 15, 20 et 30 jours. Ce n'est que 40 jours après l'arrivée de la *Belle-Poule* à Madagascar que la fièvre se déclara à bord. Quand les bâtiments ont séjourné peu de temps dans cette île, ce n'est qu'à la mer et à l'arrivée à Bourbon que la fièvre se déclare. Dans le fleuve de Nankin, ce n'est aussi qu'après un assez long séjour ou même au large, après le départ, que la fièvre a sévi à bord de l'*Érigone* et de la *Favorite*.

M. Raoul a observé la fièvre sous les trois formes : continue, rémittente et franchement intermittente, mais dans les rapports très-différents de 12 pour la première, de 66 pour la seconde, de 611 pour la troisième.

Il est très-important de bien apprécier la première forme, qui a été rare et qui a présenté quatre fois le caractère pernicieux. Si sa coexistence avec la fièvre d'accès ne suffisait pas pour en déceler la nature, la guérison par le sulfate de quinine à hautes doses, bien avant l'époque où guérissent les fièvres typhoïdes, avec lesquelles on l'a confondue, en serait la preuve incontestable. Or, comme elle atteint son maximum d'intensité en deux ou trois jours, il est indispensable de ne pas la méconnaître, et mieux vaudrait considérer une véritable fièvre typhoïde comme une fièvre pernicieuse que tomber dans l'erreur contraire. N'a-t-on pas traité avec succès des fièvres typhoïdes par le sulfate de quinine à hautes doses? D'ailleurs, il faut se rappeler la rareté de cette dernière maladie dans les pays chauds. Au Sénégal, M. Raoul n'en a traité que 2 cas sur 2,731 hommes, encore arrivaient-ils de France. Aussi cet habile observateur insiste-t-il, avec raison, sur la non-existence de la fièvre typhoïde à la côte d'Afrique et sur le danger de la confondre avec les fièvres paludéennes continues. Après avoir énuméré les symptômes qu'on pourrait croire communs aux deux maladies, il insiste sur la rapidité avec laquelle la fièvre paludéenne atteint son summum d'intensité, et sur la nécessité pressante d'agir contre elle avec énergie et promptitude. Nous ne saurions trop attirer l'attention des médecins de la marine sur cette distinction de la fièvre paludéenne continue et de la fièvre typhoïde; c'est le moyen d'éviter ces erreurs de diagnostic qui ont fait signaler des fièvres typhoïdes à bord de beaucoup de navires, et qui ont occasionné des accidents qu'on aurait pu prévenir. Encore un coup, la fièvre typhoïde est très-rare à bord des navires, et l'est d'autant plus qu'on est depuis plus longtemps à la mer; elle disparaît complètement après un an d'absence du port. Du reste cette forme continue de la fièvre paludéenne peut présenter les mêmes accidents pernicieux que la forme intermittente, et c'est à la marche rapide des symptômes graves qu'il faut surtout reconnaître la nature du mal. Quand elle aura succédé à la forme intermittente, il ne sera plus permis de la méconnaître. Sa durée est ordinairement de six à sept jours, en suivant une marche progressivement décroissante, représentée par l'état du pouls.

La forme rémittente s'est montrée 66 fois sur la totalité, 31 fois avec le caractère pernicieux. Le type quotidien a été presque constant. Cette forme s'établit souvent d'emblée, et si on ne la suit pas attentivement, on peut la confondre aussi avec les fièvres continues de toute autre nature que l'affection paludéenne. Les symptômes pernicieux ont été le délire, le coma, la pneumonie, la pleurésie, l'algidité. M. Grimal a de plus observé comme symptôme pernicieux, à Madagascar, une douleur vive à siége variable, quelquefois mobile, et aussi la dyssenterie. Quelquefois les trois grandes cavités ont été également le siége de congestions violentes, et le degré de stupeur, la fréquence du pouls et l'état de la langue ont donné exactement la mesure du mal. A la fin de l'hivernage particulièrement, les fièvres rémittentes pernicieuses ont été accompagnées de symptômes abdominaux graves, qui les ont fait prendre pour des fièvres typhoïdes, malgré la grande différence de leur marche. Cette série a donné 5 décès, 2 le deuxième jour, 2 le huitième, 1 le quatorzième. Plusieurs fois la fièvre est devenue intermittente franche, après la cessation des premiers accidents. Cela est arrivé de même 31 fois après la fièvre bien guérie. M. Grimal dit qu'à Madagascar toutes les fièvres pernicieuses coupées par le sulfate de quinine ne présentaient plus, dans les rechutes, le caractère pernicieux et devenaient des intermittentes simples.

Les fièvres à forme intermittente franche ont été de beaucoup les plus nombreuses. Sur 490 hommes atteints, il y a eu un grand nombre de fièvres éphémères, 154 quotidiennes, 58 tierces, 5 quartes, 154 fièvres anciennes à types non déterminés. Les cas pernicieux n'ont été que de 47, proportion bien moins grande que pour les rémittentes. Dans les fièvres très-anciennes, le type devint septennal, bi-septennal, etc.

Les symptômes pernicieux ont été le coma, le délire, l'algidité. Une fois la rupture de la rate est survenue inopinément au troisième accès, bien que la rate n'eût pas un volume énorme, 17 centimètres sur 11. La paralysie de la face s'est montrée aussi une fois, mais seulement pendant les ac-

---

Je ne mentionne ici que pour mémoire Bernier (1689) (1), qui pensait avoir écrit une histoire de la médecine en ajoutant bout à bout une série de médecins, sans choix, sans critique, et sans opérer aucune espèce de division systématique. Supposez l'ordre alphabétique, et vous aurez un mauvais dictionnaire.

Les deux premiers ouvrages qui se présentent à nous avec un caractère vraiment historique, où les faits de la science prennent au moins autant de place que les faits biographiques, sont ceux de Daniel Le Clerc et de Schulze, qui ont écrit à peu près en même temps sur notre histoire, et qui malheureusement ne l'ont pas poussée très-loin, car l'un arrive à peine à Galien, et l'autre ne va pas au delà de ce médecin.

Le Clerc (1696) (2) se vante avec juste raison d'avoir traité véritablement l'histoire de la médecine. Toutefois, il déclare modestement « qu'il ne dit pas cela » pour se faire valoir, mais pour qu'on lui accorde quelque indulgence. » Il ajoute avec une grande simplicité : « Je reconnais qu'il fallait pour l'entreprendre plus » de savoir que je n'en ai, mais les honnêtes gens me sauront gré de mes efforts. » J'adresse au public la même prière et les mêmes excuses.

Daniel Le Clerc expose et raconte, il marque l'origine et l'enchaînement des idées, mais il juge rarement; son point de vue est donc réellement *pragmatique*; sa narration a un grand charme de simplicité et de bonne foi; sous ce rapport, son ouvrage ressemble par beaucoup de points aux écrits historiques de la fin du dix-septième ou du commencement du dix-huitième siècle. En lisant Le Clerc, on se rappelle Rollin et le père Daniel.

Ses divisions ressortent du point de vue objectif auquel il s'est placé; ainsi elles sont purement chronologiques et ne représentent en aucune façon, pour lui, la marche générale de la science. Son ouvrage est divisé en trois grandes sections. *La première contient la médecine d'Hippocrate*. Le Clerc compte pour très peu de chose ce qui a précédé le médecin de Cos, et il lui rattache naturellement tout ce qui l'a suivi immédiatement (1). *La seconde partie commence à Chrysippe*, car, chose étrange, Praxagore est rangé dans la première période. Cette période est, pour l'auteur, caractérisée principalement par les progrès de l'anatomie (2) et par les sectes. Enfin *la troisième est consacrée à Galien*. Il n'est pas besoin de dire que cette division est fort arbitraire, repose sur des considérations de second ordre, et confond des choses qui doivent être séparées, tandis qu'elle en distingue qui doivent être réunies.

Dans l'appendice qu'il a ajouté à la partie achevée de son histoire, Le Clerc

---

(1) Essais de médecine, Paris, 1689, 1691, 1695, 1717, in-folio.
(2) Histoire de la médecine; 1re éd. Genève, 1696, in-8°; dernière, Amsterdam, 1723; et nouveau titre, 1729.

(1) « La première partie contient la médecine d'Hippocrate; le reste qui regarde l'état de la médecine, avant et après lui, n'étant pas à peu près si considérable, quoi que tout cela fasse à l'histoire. » *Préface.*
(2) Voir plus loin ce que je dis de la classification de M. Renouard.

cès. Les symptômes pernicieux ont été le plus souvent précédés d'un ou deux accès simples; quelquefois c'est le changement de lieu, ou l'appareillage après un long séjour dans un lieu infecté, qui les ont fait naître.

M. Raoul appelle particulièrement l'attention sur l'état du pouls dans les fièvres paludéennes. Dans les fièvres pernicieuses, il a vu le pouls, stationnaire à 124 depuis vingt-quatre heures, tomber d'heure en heure, de 116 à 104, 96, 84, et fournir ainsi une indication certaine que les autres accidents n'étaient que le fait d'une fièvre miasmatique. La nature de la maladie est donc d'autant mieux indiquée dans les formes continue et rémittente, que le pouls s'abaisse sous l'emploi continué du sulfate de quinine à hautes doses; il tombe quelquefois alors jusqu'à 40-44 pulsations, et persiste plusieurs jours dans cet état.

La température du corps a été aussi observée assez souvent par M. Raoul. Elle était, au maximum, à 109 Farenheit, le pouls étant à 120, et la sueur générale; chez les mêmes sujets, dans l'apyrexie, le pouls étant à 72, la température était à 100 Farenheit. La température appréciée à la main est aussi d'une grande valeur pour prévoir l'algidité, et on doit toujours se défier du froid des mains et des pieds, en opposition avec l'état du pouls, surtout s'il existe en même temps des symptômes nerveux, tels que pleurs, sanglots involontaires, prostration : c'est toujours là un état grave.

La rate n'a présenté d'augmentation de volume que chez les fiévreux anciens; et c'est en vain qu'on chercherait à établir le diagnostic sur cette augmentation, surtout dans les fièvres pernicieuses. Dans 3 autopsies, elle a été trouvée de 16, 17 et 18 centimètres. Dans les fièvres rémittentes simples, non traitées convenablement dès le début, et devenant facilement rebelles, on l'a vue se dégager des fausses côtes, après plusieurs jours de traitement, et acquérir un grand volume, malgré de fortes doses de sulfate de quinine.

Les rechutes, il faudrait dire les récidives, ont été plus fréquentes dans les quotidiennes; ensuite viennent les rémittentes, simples ou pernicieuses. Elles ont d'ailleurs différé presque toujours, pour le type, de la maladie première, et les causes occasionnelles qui les ont déterminées sont très-variées.

Les fièvres paludéennes des pays chauds, souvent légères primitivement, peuvent donner lieu plus tard à des accidents graves : engorgement des organes glandulaires de l'abdomen, anémie, hydropisie; et ces considérations doivent toujours faire porter sur elles un pronostic fâcheux, et conduire à l'administration de fortes doses de sulfate de quinine, pour obtenir des guérisons solides. Cette cachexie, qui succède quelquefois aux fièvres rebelles, devient une prédisposition aux autres maladies de la navigation, telles que scorbut, colique végétale, dyssenterie. L'ictère et le vomissement noir ont été observés dans quelques cas, ce qui n'a pas peu contribué à faire regarder la fièvre jaune comme une variété de la fièvre paludéenne. Mais M. Raoul insiste avec raison sur la distinction qu'il faut faire entre ces deux maladies, dont l'expression symptomatique, dont la marche, dont la transmissibilité, dont le traitement offrent des différences si radicales; par cela seul qu'elles s'observent concurremment et dans les mêmes lieux, on n'est pas autorisé à en faire une même maladie. Du reste, c'est pendant les premières pluies, en mai et juin, et après l'hivernage, que le pronostic doit être plus grave; alors le moindre accès de fièvre doit être traité énergiquement; on ne doit pas perdre de vue d'ailleurs que le traitement est d'autant plus efficace qu'il est plus prompt et plus énergique.

S'il pouvait exister encore quelque doute sur l'efficacité du sulfate de quinine à hautes doses, dans le traitement des fièvres paludéennes des pays chauds, il suffirait, pour le dissiper, de lire ces relations de campagnes lointaines où les navires se trouvent quelquefois pris par la disette de ce précieux fébrifuge au milieu d'une épidémie; de connaître le désespoir du médecin, qui voit alors tous ses efforts échouer contre une maladie que rien n'arrête, et de l'entendre exprimer sa joie quand il retrouve ce puissant moyen qui détourne immédiatement le danger et fait d'une maladie toujours grave par elle-même une des moins mortelles du cadre des épidémies. Mais là-dessus tout a été dit. Néanmoins, comme nous parlons surtout à des médecins de la marine, il est bon de leur faire connaître les résultats de l'expérience des hommes qui ont toute leur confiance, et qui d'ailleurs ont exercé sur les théâtres qu'ils sont destinés à parcourir.

M. Raoul est encore celui dont les sages conseils résument le mieux la pratique sur ce point. Le maximum de la dose de sulfate de quinine qu'il a administré a été de 5 grammes en vingt-quatre heures, de 41 grammes en dix jours. Il s'agissait d'une fièvre comateuse dans la plus mauvaise saison. La guérison sans accident et sans rechute en a été la suite. Très-souvent il l'a donné avec succès dans des fièvres rémittentes et continues, à la dose de 3 grammes pendant huit jours. Le remède n'était pas en disproportion avec le mal, car, dans le même temps il mourait sur la même rade, des malades atteints de fièvres pernicieuses traitées moins énergiquement. Généralement, le jour même de l'accès, 2 grammes étaient administrés, et 3 le lendemain, de manière à en faire prendre 5 grammes dans les vingt-quatre heures. L'usage de la quinine était continué pendant sept jours, en diminuant la dose; souvent on suspendait pendant deux ou trois jours pour reprendre le sixième jour après le dernier accès, afin de prévenir celui qui reparaît très-souvent le septième.

Quant à l'administration, elle était commencée dès que la sueur se prononçait, pendant le premier accès observé; si les accidents duraient depuis dix ou douze heures, on n'attendait même pas la sueur, qui d'ailleurs ne vient pas toujours; et il arrivait quelquefois qu'elle se déclarait sous l'influence de la quinine. Les effets du médicament ont généralement été sensibles: vertiges, éblouissements, surdité; moins prononcés le premier et le second jour, ils ont le plus souvent disparu les jours suivants, même quand on continuait le remède. Aussi ne doivent-ils pas être pris pour estimation des effets curatifs; car 2 ou 3 grammes ont suffi pour les produire, et n'auraient pas suffi pour arrêter la fièvre.

Pour M. Grimal l'affaissement et la pâleur qui suivent souvent l'administration de fortes doses de sulfate de quinine, seraient l'indice d'une action favorable, si toutefois ces symptômes ne se rattachaient pas à la gravité de la maladie.

Quand la saison ni le lieu ne seront pas des causes aggravantes, il suffira de donner 2 grammes par vingt-quatre heures, mais on devra toujours s'attacher à couper promptement la fièvre. Dans tous les cas d'ailleurs, le mode d'administration a été la solution de 50 centigr. du sel dans une cuillerée d'eau. Nous ajouterons qu'il est bon d'imiter la pratique des Italiens, qui pensent que le sulfate de quinine agit d'antant plus efficacement qu'il est mieux dissous, et d'ajouter assez d'acide sulfurique, pour que la solution soit complète.

On a été obligé, dans quelques cas, de faire vomir avant d'administrer la quinine. Mais, aux précautions que recommande M. Raoul dans l'emploi de ce moyen, nous ajouterons celles que nous a démontrées notre expérience personnelle; et la même recommandation s'applique à l'emploi des purga-

---

esquisse le plan de deux périodes seulement, l'une qui s'étend de Galien à Paracelse (1), l'autre qui comprend Paracelse et ceux de sa secte.

Entre Le Clerc et Schulze se placent quelques historiens d'un ordre très-inférieur, et sur lesquels je n'ai que quelques mots à dire.

Barchusen (1710) (2) fait moins une histoire de la médecine proprement dite qu'une histoire des sectes. Aussi toutes ses divisions se rapportent-elles à l'origine et à la fortune des sectes principales. Je n'en parle donc que pour mémoire.

Les divisions de Goelicke (1721) (3) sont tout à fait factices, arbitraires et acritiques. Il a une période *antédiluvienne*; une *égyptienne;* une autre, subdivisée en deux, qui s'étend d'Esculape à Hippocrate; une cinquième où Hippocrate figure seul comme une unité, enfin une période *post-hippocratique* jusqu'à l'école d'Alexandrie. Heureusement l'auteur s'est arrêté là! Le tableau, du reste, répond au cadre.

(1) Il est étonnant de voir Le Clerc, dont l'esprit était du reste très-positif, devancer les Allemands dans cette manière de considérer Paracelse comme le chef de la réforme médicale.

(2) Historia medicinæ, etc. Amst., 1710, in-8°. Autre édition entièrement refaite sous le titre : De medicinæ origine et progressu. *Trajecti ad Rhenum*, 1723, in-4°.

(3) Historia medicinæ universalis. *Francofurti ad Viadrum*, 1721, in-8°, 2 vol.

Freind (1725) (1) n'a admis aucune division systématique. Il continue Le Clerc depuis Oribase jusqu'au chirurgien Ardern (1349), en ajoutant des noms les uns au bout des autres.

Schulze (1738) (2) partage la partie de l'histoire de la médecine qu'il a écrite en deux périodes : la première commence avant le déluge (!) et s'étend jusqu'à la mort d'Hippocrate inclusivement; là il donne un libre cours à son érudition sur les premiers inventeurs de la médecine et sur les dieux médicaux. — Dans la seconde, il étudie la médecine depuis Hippocrate jusqu'à son introduction scientifique à Rome. J'aurai l'occasion de montrer plus tard que cette particularité ne constitue pas un caractère essentiel : du reste, plusieurs historiens, entre autres Cabanis et M. Isensee, ont pris ce fait comme point de départ d'une période.

Dans son Compendium (1742) (3), Schulze admet deux grandes périodes : la première, qui comprend la médecine mythologique; la seconde, la médecine depuis Hippocrate inclusivement jusqu'à Galien exclusivement.

Clifton (1732) (4) a une division tout *ethnographique* et par conséquent absolument fausse (voir Heusinger) : il étudie successivement la médecine des Grecs, des Romains, des Arabes, enfin celle des modernes.

(1) The history of physic, from the time of Galen to the beginning of the XVIth. century. Lond., 1725, imprimé plusieurs fois en latin et en français.

(2) Historia medicinæ. *Lipsiæ*, 1728, in-4°.

(3) Compendium hist. medicinæ. *Halæ*, 1742, in-8°.

(4) The State of physic ancient and modern. *London*, 1732, in-8°.

tifs pendant la durée de la fièvre. Ce n'est que lorsqu'un état de plénitude de l'estomac ou de pléthore bilieuse d'un côté, ou bien une constipation opiniâtre de l'autre, semblent aggraver singulièrement la maladie, et s'opposer à l'effet du remède, qu'on est autorisé à faire usage des vomitifs ou des purgatifs dans le cours d'une fièvre. Il arrive quelquefois, en effet, que ces moyens déterminent l'accident qu'on a tant d'intérêt à prévenir, la prostration et l'algidité, et ils exigent toute l'attention du médecin.

Quand le vomissement n'a pas permis de compter sur l'administration par la bouche, elle s'est faite par l'intestin, par prises de 2 grammes. Quand la diarrhée venait s'ajouter au vomissement, et ne permettait ni l'un ni l'autre de ces deux modes d'administration, alors la solution concentrée était étendue sur la surface d'un large vésicatoire, et on ne se fiait pas aux frictions sur la peau qui ne permettent pas l'introduction d'une suffisante quantité du médicament.

M Raoul proscrit, avec raison, en principe, l'association de l'opium avec la quinine. Cependant il a employé avec succès au début de l'algidité, le laudanum à la dose de 30 ou 40 gouttes associé à la solution du sel de quinine, et aidé par les frictions, par l'éther, et par les révulsifs. Les médecins anglais emploient plus fréquemment l'opium, mais surtout ils abusent, du calomel, et n'administrent la quinine que quand l'apyrexie est bien établie.

La saignée générale est le meilleur moyen d'arrêter les violentes congestions vers la tête, le rachis, la poitrine, dans quelques fièvres pernicieuses. Mais ajoutons qu'elle n'est opportune qu'au début des accidents, et que quand la fièvre dure déjà depuis quelque temps, vingt-quatre heures par exemple, elle est presque sûrement fatale. Plusieurs fois nous avons vu, dans ce cas, les malades passer subitement sous son influence, des accidents congestifs les plus aigus en apparence, à la prostration qui précède la mort de quelques heures. Les saignées locales n'ont pas le même inconvénient.

Dans les fièvres anciennes, qui font quelquefois le désespoir du médecin, si la quinine à haute dose, donnée pendant assez longtemps, ne suffit pas, il faut y ajouter les révulsifs, les vésicatoires, pédiluves ou ventouses sur les membres.

Enfin M. Raoul conseille encore le sulfate de quinine ou le quinquina comme préservatif; et sur 32 hommes exposés bien évidemment à l'infection paludéenne, qui en ont fait usage dans ce but, 2 seulement ont été atteints.

Voilà tout ce que nous croyons devoir dire de la fièvre paludéenne ; et si nous avons, par ces détails, amené les médecins de la marine à une meilleure classification des fièvres qu'ils sont appelés à observer, nous avons atteint notre but.

THÉRAPEUTIQUE.

DES RÈGLES A SUIVRE POUR LA PRATIQUE DES INJECTIONS IODÉES DANS LE TRAITEMENT DES ABCÈS PAR CONGESTION ; par M. le docteur BOINET.

Mon cher et très-honoré confrère,

En terminant la réponse que vous avez bien voulu faire aux quelques explications que vous m'aviez demandées au sujet du traitement des abcès par congestion ou de ceux qui dépendent de la carie, par les injections iodées, vous exprimez le désir de connaître les principes et les règles qui doivent assurer le succès des injections iodées. Je m'empresse de vous satisfaire et d'accepter l'hospitalité que vous m'offrez si gracieusement dans votre excellent journal ; mais avant d'aborder le point spécial sur lequel vous désirez que je vous entretienne, permettez-moi d'entrer dans quelques généralités qui d'ailleurs appartiennent à notre sujet, mais qui me paraissent nécessaires pour mieux vous expliquer l'action de la teinture iodée sur les parois des foyers purulents et sur la carie. Dans plusieurs travaux que j'ai publiés (GAZETTE MÉDICALE et JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES, années 1840, 1846, 1849, etc.), j'ai déjà indiqué le mode d'action de la teinture iodique sur plusieurs de nos tissus, sur la peau, les muqueuses, les séreuses, le tissu cellulaire, les vaisseaux capillaires enflammés ou non, etc.; j'ai prouvé par des faits que cette préparation iodique produisait des phénomènes différents, suivant qu'elle était plus ou moins concentrée et suivant aussi la composition des tissus, leur état pathologique, etc. Ainsi dans les séreuses l'iode se borne à activer les fonctions absorbantes, à les ranimer, à provoquer la résorption des épanchements, en rétablissant l'équilibre rompu entre l'exhalation et la résorption, etc.; sur les muqueuses, il modifie, change la nature de l'inflammation et des sécrétions, etc ; dans les kystes, les fistules, les abcès, etc., il agit d'abord à peu près comme sur le tissu cutané et produit ensuite une inflammation adhésive. Appliquée sur la peau, dépourvue ou non de son épiderme, la teinture d'iode pure cause d'abord une cuisson plus ou moins vive ; elle forme par sa combinaison avec cette membrane une espèce de vernis, une pellicule très-mince qui s'enlève sous forme d'écailles. La peau touchée, badigeonnée avec un pinceau trempé dans la teinture d'iode, devient brune, sèche, raccornie, elle éprouve un resserrement, une constriction qui la font ressembler à du parchemin ; alors l'épiderme se détache, s'exfolie, et une transpiration assez abondante, un suintement ont lieu. A chaque nouvelle application, nouvelle exfoliation, nouvelle transpiration, etc.

Frappé de ces phénomènes, j'ai souvent employé avec beaucoup de succès la teinture d'iode pour dissoudre des engorgements aigus et chroniques des ganglions cervicaux axillaires et inguinaux, des tumeurs du sein, des indurations du col de la matrice, des engorgements articulaires, des testicules, etc , et j'ai obtenu en quelques semaines des résultats que n'avaient pu me procurer les moyens ordinaires.

Je ne veux pas entrer dans de plus longs détails sur ces faits, que je me contente de signaler aujourd'hui, mais j'ai jugé bon de les rappeler pour montrer comment on pourrait par analogie dire ce qui doit se passer dans les foyers purulents où on injecte de la teinture d'iode. Dans les abcès par congestion, par exemple, leurs parois ont perdu beaucoup de leur force tonique; ces parois sont d'autant plus disposées à se relâcher, à se laisser distendre par le pus, qu'il y a plus longtemps qu'elles sont en contact avec ce liquide. Si après les avoir débarrassées de la matière purulente qu'elles contiennent on les met immédiatement en contact avec la teinture d'iode, on remarque des phénomènes à peu près semblables à ceux que nous avons observés sur la peau dépourvue d'épiderme ou sur des surfaces ulcérées ; il y a cautérisation superficielle, resserrement, raccornissement des tissus touchés par la teinture iodique, qui coagule la matière purulente, desseche l'extrémité des petits vaisseaux, les agglutine, et produit une

---

Je ne m'occuperai point du mauvais précis de BLACK (1782), qu'un érudit distingué, Coray, a eu la malheureuse idée de traduire en français.

SPRENGEL (1792) (1) doit nous arrêter quelque temps, plus encore à cause de sa grande réputation, que pour le mérite réel de son travail, que j'ai apprécié ailleurs (ARCH. GÉN. DE MÉD., 1847). Sa classification est une des plus étroites, des plus irrégulières, et, par suite, des plus inféconde. L'auteur, néanmoins, dit qu'il a eu beaucoup à s'en louer dans le cours de son ouvrage, mais je ne sais en quoi elle a pu éclairer sa marche et lui faire saisir le vrai caractère des différentes phases par lesquelles a passé la science. D'ailleurs, Sprengel a eu le grand tort, à mes yeux, de subordonner ses périodes à certaines divisions de l'histoire politique. Il ne me semble pas du tout logique de chercher les bases d'une classification en dehors du sujet dont on s'occupe. C'est certainement amoindrir ce sujet, et le regarder, pour ainsi dire, comme stérile. Aussi je condamne absolument les divisions fondées, soit sur l'histoire politique, soit sur l'histoire de la philosophie. Je ne veux me servir de l'une ou de l'autre que comme d'une concordance ou d'un terme de comparaison, très-instructif sans doute, mais secondaire. Du reste, les divisions politiques de Sprengel ne sont pas plus puisées dans la philosophie de l'histoire générale que ses périodes médicales ne le sont dans la philosophie de l'histoire de la médecine. Ce sont de simples concordances fort grossières et qui n'apprennent rien. L'esquisse suivante fera reconnaître la justesse de ma critique.

I. Guerre des Argonautes : *Premières traces de la médecine grecque.* — II. Guerre du Péloponèse : *Médecine hippocratique.* — III. Établissement du Christianisme : *École méthodique.* — IV. Émigration des Barbares : *Décadence de la science.* — V. Croisades : *La médecine arabe est au plus haut point de sa floraison.* — VI. Réformation : *Restauration de la médecine grecque et de l'anatomie.* — VII. Guerre de trente ans (1) : *Harvey, réforme de Van Helmont.* — VIII. Règne du grand roi (Frédéric II) : *Haller.*

Les coupes secondaires opérées dans ces grandes sections ne sont guère plus heureuses. A partir d'Hippocrate, la confusion commence, et il est bien difficile de retrouver un fil conducteur. Le moindre défaut de ces subdivisions, c'est que Galien n'y figure même pas nominativement, et qu'il est englobé sous cette rubrique : *De la médecine méthodique jusqu'à la chute de la science.*

Mais revenons aux divisions principales :

La première période, depuis l'origine des choses jusqu'à Hippocrate, embrasse deux phases de la médecine d'un caractère trop différent pour qu'on les comprenne sous un même chef, ainsi que je l'ai fait voir plus loin. L'apparition de la médecine méthodique est bien un fait capital, il est vrai, mais cette apparition est un accident qui n'empêche pas le développement de la médecine dogmatique qui n'y introduit presque aucun élément nouveau : le méthodisme, du reste, coexiste avec d'autres sectes qui ne sont guère moins puissantes. C'est donc un grand événement qui doit servir à caractériser une des subdivisions d'une époque, mais qui ne la domine pas tout entière. On fausse le point de vue historique en

(1) VERSUCH EINER PRAGMATISCHEN GESCHICHTE DER ARZNEIKUNDE ; 1re édit., Halle, 1792, in-8° ; 4e, Leipzig, 1846, le tome premier seulement, publié par M. Rosenbaum.

espèce de vernis, une pellicule, qui arrête tout d'abord l'exhalation et la résorption, en même temps qu'elle défend les organes de l'impression de l'air; peu à peu elle pénètre le tissu et contracte avec eux une véritable union chimique. Bientôt après, ce contact de l'iode sur les parois du foyer et sur la surface cariée suscite une irritation plus ou moins vive, les propriétés vitales se développent davantage au-dessous de cette espèce de couche de vernis, il s'établit une ligne de démarcation, et une suppuration plus ou moins abondante détache l'escarre superficielle qui ne paraît être elle-même que le produit de l'union de l'iode avec les tissus. En activant ainsi les propriétés vitales des parois de l'abcès et de la surface cariée qui, réduite à l'état de nécrose, se sépare d'avec les parties saines de l'os, elle donne à toutes ces parties un autre mode de vitalité, les rend propres à se débarrasser des impuretés et des entraves qui s'opposent à leur retour au mode naturel qu'elles affectent dans l'état sain; les mauvaises qualités du pus sont modifiées, changées, les vaisseaux sont dégorgés, et en peu de temps la suppuration devient louable, par suite du changement dans l'état des abcès; c'est alors que les parties malades acquièrent cette vie, cette fermeté qu'elles ont toujours lorsqu'elles tendent à se cicatriser. Ainsi, par l'action de l'iode sur les parois d'une poche purulente, il survient bientôt et après chaque injection une véritable fluxion qui revêt les caractères de la phlegmasie la plus légère jusqu'à ceux de l'inflammation la plus intense, selon que la teinture d'iode est plus ou moins concentrée, que son contact a duré plus ou moins longtemps. Alors que se passe-t-il dans ces circonstances? Le sang afflue en plus grande abondance dans les parois du foyer, le tissu cellulaire environnant est infiltré d'une sérosité plus considérable; il est gonflé et tend à rapprocher les parois du foyer, qui elles-même sécrètent on, si l'on peut dire ainsi, suent la matière unissante, qui réunit le tout en une seule masse, alors naît l'inflammation adhésive qui sert comme de barrière à l'inflammation suppurative, en déterminant la réunion des parties, qui sans cela deviendraient infailliblement le siége de cette dernière. Ces injections sont donc détersives en même temps qu'elles sont légèrement caustiques; elles ont la propriété de modifier, de nettoyer, de purger les parois des abcès, les surfaces cariées et de les mettre dans des conditions favorables à la cicatrisation. Si elles sont avantageuses dans des caries superficielles et disposées de manière à recevoir directement leur action, je ne vois pas pourquoi elles n'auraient pas les mêmes avantages sur des caries profondes, si on peut y suppléer en portant le médicament à l'aide d'injection, sans mettre à découvert la partie cariée de l'os, sans enlever les parties molles qui la recouvrent. En effet, avec ces injections, quelle que soit l'étendue de la carie, sa profondeur ou sa situation, elle peut être attaquée et détruite tant par le traitement local que par un traitement général approprié à la nature de la cause qui l'entretient.

Ces principes étant posés, quelle est l'époque de la maladie qu'il faut choisir pour pratiquer ces injections? Comment faut-il les pratiquer? Quelle doit être la composition de l'injection, sa dose, etc.?

Pour le premier point, je pense qu'il faut donner issue au pus aussitôt que la fluctuation annonce sa présence et avant que l'étendue du foyer soit devenue plus considérable. La raison de cette manière d'agir n'a pas besoin d'explication, car on sait que les abcès par congestion sont d'autant plus graves et plus dangereux qu'ils sont plus anciens et plus volumineux; par conséquent, en opérant de bonne heure, on obtiendra d'autant mieux la guérison que la carie sera moins étendue et que les parois du foyer pourront se rapprocher plus facilement.

On comprend aussi, sans qu'il soit nécessaire d'en dire le motif, qu'on ne peut guérir un abcès et la carie qui se produit, par une seule ponction et une seule injection iodée. Penser qu'il peut en être ainsi serait ne tenir aucun compte de la nature du mal et vouloir l'impossible. Il est donc utile, indispensable de faire plusieurs ponctions et plusieurs injections. En répétant ces ponctions et ces injections en temps convenable, c'est-à-dire aussitôt que le liquide purulent s'est reformé, on empêche les matières de séjourner et d'acquérir par le croupissement un caractère putride; on entretient donc les parties malades, l'action des propriétés vitales, et on provoque ainsi un travail inflammatoire favorable. A la suite de ces injections, qu'il ne faut pas multiplier sans nécessité, la suppuration prend vite un bon caractère, et le malade guérit plus promptement. Une précaution qu'il ne faut pas omettre à chaque ponction, c'est de vider le plus qu'il est possible le foyer de toute la matière purulente qu'il contient, et de faire en sorte que l'injection iodée puisse pénétrer dans toute l'étendue du foyer et dans les points les plus reculés.

Pour obtenir ce résultat, il est bon de laisser l'injection dans le foyer pendant quatre ou cinq minutes, de pétrir légèrement, de malaxer les parties qui le recouvrent, et enfin de mettre le malade dans des positions telles que le liquide puisse descendre et s'infiltrer par son propre poids, dans toutes les sinuosités du foyer et jusque sur la partie de l'os altéré. Pour qu'il en soit ainsi, on laisse une partie de l'injection dans le foyer, le quart, le tiers et même plus si on le juge convenable; jamais je n'ai vu survenir aucun accident du séjour prolongé de l'injection iodée dans un foyer purulent. Pour pratiquer ces ponctions, il faut se servir d'un trocart ordinaire, afin de pouvoir faire immédiatement après les ponctions l'injection iodée; la ponction peut être directe ou sous-cutanée, et cette dernière doit être préférée, car elle met plus sûrement la cavité du foyer à l'abri du contact de l'air; mais on peut s'en dispenser, puisqu'après l'injection iodée, l'introduction de l'air dans la cavité injectée ne paraît offrir aucun inconvénient. Il est probable que l'innocuité de l'air, dans les foyers fournis aux injections iodées, vient de ce que les parois de ces foyers, cautérisées, resserrées, racornies, recouvertes de l'espèce de vernis de couche dont j'ai parlé plus haut, ne sont plus susceptibles d'absorption, par suite de la modification qu'elles subissent. Il se passerait après ces injections iodées ce qui se passe dans une plaie après la cautérisation ou l'application d'un liquide astringent, etc., pour prévenir la pénétration d'un virus et arrêter ses progrès. Il est bon, sans aucun doute, de prendre toutes les précautions conseillées pour les ponctions indirectes ou sous-cutanées, mais la plupart des faits que nous avons recueillis m'ont démontré que ces précautions ne sont pas indispensables.

Quant à la composition de l'injection et à sa dose, tout cela dépend de l'inflammation plus ou moins grande qu'on veut produire, des tissus sur lesquels on va agir, de l'étendue des parties qui doivent éprouver le contact de la teinture d'iode. On peut dire d'une manière générale, lorsque les kystes purulents ont une étendue considérable, qu'on doit donner la préférence à la teinture alcoolique d'iode, mélangée de partie égale d'eau. Mais lorsque l'écoulement de la matière purulente commence à diminuer, que le pus devient blanc et sans odeur, on peut employer avec beaucoup d'avantage la teinture d'iode pure. Habituellement nous ajoutons, par 100 grammes de teinture alcoolique d'iode, 4 grammes d'iodure de potassium, afin de rendre la solution iodique plus complète et par conséquent plus concentrée. Cette addition de l'iodure de potassium empêche l'iode de se

---

présentant le méthodisme comme le fait Sprengel, et en faisant disparaître pour ainsi dire, et le dogmatisme et son puissant soutien, le médecin de Pergame. D'un autre côté, Sprengel n'a connu ni le véritable intérêt qui s'attache au méthodisme, ni la fortune de cette secte. Et puis, quel rapport, je vous le demande, entre l'origine du méthodisme et celle du Christianisme? A peine une concordance chronologique!

Je regarde comme une règle générale importante d'éviter autant que possible de prendre l'apparition des doctrines ou des sectes pour servir de point de départ à l'établissement des périodes historiques. D'abord, des doctrines ou des sectes aussi importantes les unes que les autres coexistent souvent à certaines époques. Il n'en est point qui dominent tellement les autres qu'elles les effacent, et la *tradition orthodoxe* continue son cours. En second lieu, les doctrines ne sont, en quelque sorte, que des instruments qui facilitent ou achèvent le développement de la science, mais elles ne sont pas ce développement lui-même; elles ne constituent du reste que des phases transitoires. Il y a bien peu de doctrines qui changent la face de la science. Quand il en est ainsi, elles reposent sur des faits ou sur des découvertes qu'on doit regarder plutôt comme principe de division. Ce n'est point que je méconnaisse l'importance des doctrines qui constituent l'une des parties les plus élevées de l'histoire de la médecine envisagée dans sa généralité; mais il me semble qu'elles doivent seulement être prises comme base de divisions secondaires. Pour bien les comprendre, il faut étudier ce qu'elles signifiaient dans le temps où elles ont paru, et la valeur qu'elles peuvent avoir d'une façon intrinsèque pour la recherche de la vérité. On doit en même temps les comparer entre elles et avec celles qui ont été trouvées par les modernes. Elles appartiennent à la philosophie de l'histoire et à celle de la science elle-même.

La *décadence de la science* est un mot banal qui a fourni à Sprengel un thème de déclamations ridicules; il a perdu de vue la trace de la médecine à une certaine époque, et il s'est écrié : Il n'y a plus de médecine! C'est un procédé fort commode pour s'épargner la peine de débrouiller le chaos.

La découverte de Harvey comme point de départ d'une grande période est, comme je le dirai plus loin, une excellente idée; mais dans le système de Sprengel, cette idée n'a pas la valeur qu'on doit lui accorder réellement.

Le nouvel éditeur de Sprengel, M. Rosenbaum, qui s'est livré à la tâche ingrate et au-dessous de son talent, de reconstruire un édifice qui a croulé de tous les côtés, n'a dû ni pu essayer de refaire la classification si défectueuse du professeur de Halle; il ne nous a donc pas fourni le moyen d'apprécier ses vues personnelles sous ce rapport. D'ailleurs, M. Rosenbaum, dans ses travaux originaux, paraît s'être placé sur un terrain tout autre; convaincu que l'histoire de la science est encore dans l'enfance, que l'histoire de la pathologie est particulièrement arriérée, malgré les efforts de Hecker, de Haeser et de quelques autres, et que la première condition pour avoir une histoire vraiment rationnelle et organique de la médecine, est de la refaire en détail avant de la présenter dans son ensemble, il a proclamé *la nécessité de monographies sur toutes les parties de l'histoire de la médecine, quelque insignifiantes qu'elles paraissent*. Lui-même a donné l'exemple et a produit de savants modèles. Je regrette vivement que des circonstances graves aient enchaîné cette plume si érudite et si féconde, et je souhaite que quelques paroles d'encouragement lui arrivent dans la retraite où paraît l'avoir plongé l'injustice des hommes.

précipiter, comme cela arrive ordinairement lorsqu'on mélange la teinture iodée avec de l'eau. — La dose de l'injection doit varier suivant l'étendue du foyer. Le point principal est qu'elle soit suffisante pour toucher également tous les points du foyer. J'en ai injecté plusieurs fois jusqu'à 150, 200 grammes, sans qu'il en soit résulté le plus petit accident.

Une dernière observation me reste à faire, et elle est importante. Le traitement local dont je viens de parler suffit pour guérir les abcès et la carie de cause externe, ou de cause interne locale, mais lorsque la carie a été produite par une cause interne générale, il faut, indépendamment du traitement local, combattre le vice interne par les moyens convenables, car ce serait en vain qu'on espérerait guérir radicalement une carie de cette espèce par le traitement local, si on n'attaquait pas en même temps la cause qui l'a produite par un traitement interne. Dans tous les cas, il faut avoir soin de prescrire un bon régime au malade. On doit le soutenir, le fortifier par l'usage des toniques, des aliments de facile digestion qui, sous un petit volume, contiennent beaucoup de substance nutritive. Pour médicaments, on doit y joindre les antiscrofuleux, comme l'huile de foie de morue, l'iodure de fer, etc., etc.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

(Suite)

IV. BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE.

DE LA PHLÉBITE SPONTANÉE ET DE SON TRAITEMENT; par M. le professeur FORGET (de Strasbourg.)

La GAZETTE MÉDICALE ayant servi de champ clos aux discussions qui se sont établies sur la nature de l'affection successivement désignée sous le nom de phlébite spontanée et sous celui de *phlegmasia alba dolens non puerpérale* (voir GAZ. MÉD., 1844, 1845 et 1847), elle peut se dispenser aujourd'hui de rappeler tous les termes et toutes les contestations du débat que M. Forget transporte dans le BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE. Disons seulement que la maladie en question, dont les journaux de médecine ont, depuis vingt-cinq ans, rapporté un assez grand nombre d'exemples, a été mieux caractérisée, par M. Forget d'abord, dans quelques lignes de son RÉSUMÉ DE LA CLINIQUE MÉDICALE DE LA FACULTÉ DE STRASBOURG (1842), et plus largement étudiée ensuite par M. Bouchut, dans deux mémoires publiés par la GAZETTE MÉDICALE (1844 et 1845).

Dans un travail postérieur (1847), M. Forget, en faisant remarquer combien ses propres assertions sur le peu de gravité de la maladie, sur l'absence d'accidents de résorption et même de suppuration, se trouvent confirmées par les recherches de M. Bouchut, n'est plus d'accord avec ce dernier sur la question de pathogénie. Pour le professeur de Strasbourg, le point de départ du mal est dans une phlegmasie des parois veineuses, et la coagulation du sang en est la conséquence; pour M. Bouchut, c'est au contraire la coagulation qui est le phénomène initial, et la phlegmasie, qui peut d'ailleurs manquer absolument, n'est qu'un accident consécutif. Le présent travail de M. Forget est destiné à corroborer sa manière de voir, à l'aide de cinq observations qui n'étaient pas comprises dans ses publications antérieures.

De ces observations, il en est trois qui n'offrent, pour la solution de la question, que des éléments imparfaits; l'auteur, sans doute, ne fait pas difficulté de le reconnaître. De la douleur et de la tuméfaction existaient sur le trajet des veines de la région œdématiée. Les malades ont été rapidement soulagés par l'emploi des antiphlogistiques; ils ont guéri, comme c'est l'ordinaire, et sont sortis de l'hôpital. Cet ensemble de faits ne contredit pas sérieusement l'opinion de ceux qui placent l'origine du mal local dans la coagulation du sang, quelle que soit d'ailleurs la cause de cette coagulation; car ils accordent volontiers que le sang ne peut pas ainsi se solidifier et s'arrêter dans les vaisseaux sans y provoquer une réaction semblable à celle qu'on produirait infailliblement en y introduisant un corps étranger solide. Les observations qui s'adaptent le mieux à la nature de la difficulté sont celles qui permettent de constater les données nécroscopiques. Le mémoire de M. Forget en contient deux. Nous les rapportons brièvement. Le lecteur verra qu'elles ne sont pas les plus concluantes de celles que le même auteur a jusqu'ici invoquées. Dans la seconde surtout, il n'y avait pas trace d'inflammation veineuse; l'honnête fidélité de la description ne laisse aucun doute à cet égard; pour pouvoir soutenir l'intervention d'un travail de cette nature dans l'évolution de la maladie, il faut admettre qu'il n'avait laissé aucun vestige, ce qui est très-possible, mais ce qui avance médiocrement la solution. Toutefois, nous croyons que la question n'est pas encore définitivement jugée, surtout si, cessant de la placer un peu à l'étroit entre la présence d'une *phlegmasie des parois vasculaires* et l'existence d'une *coagulation spontanée* du sang, on agrandit dans une juste mesure l'influence que les veines peuvent avoir, sous le rapport dynamique comme sous le rapport vital, sur l'arrêt et la solidification du sang qui les traverse. Voici les observations de M. Forget.

OBS. I. — Une fille de 29 ans, servante, déjà traitée de bronchite tuberculeuse, dans le service de la clinique, y rentre le 17 juillet 1848. On constate une caverne dans la clavicule droite. La malade se soutient pendant quatre mois, la tuberculisation marchait lentement.

Le 9 novembre, elle accuse pour la première fois de la douleur au membre pelvien droit. On y découvre un œdème notable, rénitent, sans rougeur, mais avec chaleur et sensibilité à la pression, vive surtout à la région inguinale. Cette douleur s'étend dans le trajet des vaisseaux jusqu'au creux poplité; le réseau des veines sous-cutanées est manifestement développé; le mouvement fébrile habituel paraît augmenté. (Dix sangsues au pli de l'aine; cataplasme laudanisé après les sangsues; potion avec sirop diacode; chiendent gommé; bouillon.)

Les jours suivants, l'œdème diminue; agitation, insomnie. (Liniment d'huile de jusquiame laudanisé; une cuillerée à café de sirop d'acétate de morphine le soir.)

Le 29, douleurs persistantes; œdème stationnaire. (Onctions mercurielles sur la cuisse.)

Le 1er décembre, point d'amendement. Stomatite mercurielle. (On suspend les onctions mercurielles; gargarisme narcotico-émollient; le membre est placé sur un point déclive, le pied plus élevé que le reste; cataplasmes.)

Le 7, on sent distinctement le cordon noueux et douloureux formé par la veine crurale; l'œdème persiste dans toute l'étendue du membre; agitation. (Fomentations de décoction de guimauve et de pavot; 15 centigrammes d'opium en trois pilules, dans la journée.)

ACKERMANN (1792) (1), dans son excellent abrégé, divise toute l'histoire de la médecine jusqu'à Paracelse (où se termine malheureusement son livre) en trois grandes périodes :

1° MEDICINA ANTIQUISSIMA. — *Periodus incerta. — Certior.*

2° MEDICINA ANTIQUA. — *Periodus 1. Hippocrates. — 2. Schola Hippocrateorum. — 3. Empirici. — 4. Methodici.*

3° MEDICINA RECENTIOR. — *Periodus 1. Galenus. — 2. Post Galenum usque ad Sarracenos. — 3. Saraceni. — 4. Studium Salernitanum. — 5. Arabistæ. — 6. Medicina Galeni et Hippocratis restaurata.*

Il faut d'abord remarquer qu'Ackermann, suivi en cela par presque tous les historiens de la médecine ses compatriotes, regarde Paracelse comme la limite entre l'âge ancien et l'âge moderne, comme le point de départ de la réforme médicale. Je montrerai plus loin ce qu'a de vicieux cette manière de voir qui tient essentiellement au caractère de la philosophie spéculative allemande; d'ailleurs la classification d'Ackermann est purement empirique et matérielle, et ne tient aucun compte des vicissitudes réelles par lesquelles la science a passé.

Reprenons quelques points en particulier : la division en *hippocratiques, empiriques* et *méthodiques* est tout à fait vicieuse dans une classification chronologique, attendu que les trois sectes et particulièrement les deux premières ont eu longtemps une existence simultanée; en second lieu, l'expression *hippocratiques* est mal choisie : elle ne doit guère s'appliquer, à moins de confusion, qu'aux successeurs immédiats d'Hippocrate; dès lors il vaudrait mieux se servir du mot *dogmatiques*. D'un autre côté, à partir de Praxagore et de Chrysippe, la médecine revêt un caractère nouveau qui domine toute la période jusqu'à Galien, et qui confond *dogmatiques, empiriques, méthodiques* et autres. Les subdivisions de la *medicina recentior* sont mal dessinées, purement accidentelles et laissent dans l'ombre beaucoup de points sur lesquels il fallait insister, et que je tâcherai de mettre plus loin en lumière.

L'ouvrage de SCUDERI (1794) (1), très-peu lu en Italie, ne l'est guère plus en France malgré la traduction française de Billardet (Paris, 1810); cependant cet écrit mérite moins de dédain; Scudéri a émis des vues fort raisonnables sur la philosophie de l'histoire médicale; mais il ne savait de cette histoire que les parties les plus saillantes, j'allais presque dire qu'il n'en connaissait que l'écorce. Sa division en périodes s'en ressent beaucoup; elles ne sont ni nettement définies ni franchement caractérisées :

I. *Médecine mythologique.* — II. *Médecine empirique depuis la guerre de Troie jusqu'à celle du Péloponnèse.* — III. *Dogmatisme ou Hippocrate.* — IV. *Méthodisme.* — V. *De Galien à 1600.* — VI. *De la médecine chimique* (Van Helmont.). — VII. *Médecine mécanique.* — VIII. *Médecine physique.* — IX. *Médecine physiologique* (Brown).

On remarquera d'abord que la période mythologique proprement dite se prolonge plus loin que la guerre de Troie, et que d'ailleurs on ne peut pas la

(1) INSTITUTIONES HISTORIÆ MEDICINÆ, Norimbergæ, 1792. In-8°.

(1) INTRODUZIONE ALLA STORIA DELLA MEDICINA ANTICA ET MODERNA. Napoli, 1794. in-8°. — Paris, 1810. In-8°.

L'œdéme persiste dans les mêmes proportions; l'affection pulmonaire entraîne le marasme, et la malade succombe le 14 décembre.

AUTOPSIE. — Les poumons sont farcis de tubercules et criblés de cavernes au sommet; les intestins sont parsemés d'ulcérations tuberculeuses.

Au membre pelvien droit, la veine iliaque primitive, l'iliaque interne et l'externe, la crurale et ses principales ramifications constituent une arborisation solide, cylindrique et noueuse; elles renferment un caillot solide et adhérant presque partout aux parois veineuses. Ce caillot est jaunâtre à la périphérie et rougeâtre au centre. La veine et l'artère crurale adhèrent fortement entre elles et à leur gaine par un tissu cellulaire de nouvelle formation. Nulle part il n'y a de pus; les parois des veines oblitérées sont épaissies et résistantes à la section.

OBS. II. — Une femme de 35 ans, cuisinière, entre à la clinique le 4 février 1839, affectée de bronchite tuberculeuse avec laryngite. Une saignée générale, plusieurs saignées locales, les émollients et les calmants amenèrent une amélioration considérable.

Mais le 19, quinze jours après l'entrée, la malade accuse du gonflement au membre pelvien gauche; elle en fait remonter l'origine à une application de ventouses faite à la cuisse onze jours auparavant. L'œdème, réparti sur toute la longueur du membre, est très-prononcé. La veine saphène interne forme un cordon noueux qui, partant du tiers supérieur de la jambe, se prolonge jusqu'au pli de l'aine, où il se perd dans le canal inguinal; la peau est légèrement rosée sur son trajet, qui est un peu sensible à la pression; point de fièvre. (Saignée; bain; onction mercurielle.)

Les jours suivants, amélioration. (Onct. merc.)

Le 27, le cordon veineux diminue graduellement; légères ecchymoses dans son trajet; point de douleur à la pression. (Cessation des onctions.)

Peu de jours après, l'œdème est dissipé; la veine est réduite à un léger cordon indolent. Mais la tuberculisation fait des progrès, la diarrhée se montre et persiste; le marasme s'établit, et, en dépit de tous les moyens, la malade s'éteint le 21 mars, quarante jours après l'invasion de la phlébite, vingt-cinq jours après la résolution.

AUTOPSIE. Tuberculisation, à tous les degrés, des deux poumons; ulcération du larynx, ulcères tuberculeux de l'intestin.

Au membre pelvien gauche, « la saphène interne représente un cordon sanguin qui occupe l'espace compris entre le genou et l'anneau crural. Ce caillot est jaunâtre et non adhérent dans la plus grande partie de son étendue. Les parois veineuses ne paraissent pas notablement altérées. »

DE L'EMPLOI DE L'HUILE DE FOIE DE MORUE AUX DIVERSES PÉRIODES DE LA PHTHISIE PULMONAIRE; par le docteur DUCLOS (de Tours).

Ce travail ne comprend ni statistique ni observations détaillées, sauf deux qui ne sont là qu'à titre de spécimen. C'est un exposé pur et simple du résultat général qu'a donné entre les mains de l'auteur l'emploi de l'huile de foie de morue dans la phthisie pulmonaire. Ce résultat mérite d'autant plus d'être relevé qu'il a été obtenu à peu près uniquement par l'huile hépatique; l'eau de goudron et, quand la toux était trop fréquente la nuit, un peu d'hydrochlorate de morphine avec ou sans addition d'extrait de jusquiame, avaient été en effet les deux seuls adjuvants de la médication. Il est encore à noter que la dose de l'huile a toujours été peu considérable, puisqu'elle ne s'est pas élevée au-dessus d'une cuillerée à bouche matin et soir.

M. Duclos, avec beaucoup de raison, a étudié séparément l'action du médicament dans chacune des périodes de la phthisie.

Dans la première période, l'huile de foie de morue a généralement enrayé la tuberculisation. L'effet était surtout marqué quand l'administration avait eu lieu avant que la fièvre se fût manifestée. Cette dernière condition est si importante aux yeux de M. Duclos, que c'est à la présence du mouvement fébrile qu'il attribue l'insuccès dans beaucoup de cas invoqués contre l'emploi de ce remède. L'amélioration ne s'est guère manifestée qu'après trois semaines ou un mois de traitement; mais elle a été souvent considérable. « J'ai vu, dit l'auteur, des enfants et des adultes, mais des enfants surtout, bien évidemment tuberculeux au premier degré, pâles, amaigris, prendre une coloration rosée, vive, en l'absence de toute fièvre, et un embonpoint qui contrastait d'une manière très-frappante avec la maigreur antécédente. » En fin de compte, bon nombre d'individus ainsi traités ont repris toutes les apparences de la santé.

Dans la seconde période, le plus souvent les symptômes généraux ont été sensiblement amendés. La faiblesse diminuait, ainsi que les sueurs nocturnes et le redoublement fébrile du soir. L'amaigrissement n'augmentait pas. En même temps la toux devenait moins violente, les quintes moins fréquentes et moins fortes, l'expectoration plus facile. Toutefois la marche progressive du mal n'était que ralentie, non arrêtée. Mais, *dans quelques cas rares*, où l'état de tuberculisation au second degré était aussi incontestable que possible, l'amélioration a été si grande *qu'on arrivait à douter du pronostic précédemment porté.* On avait peine à croire à l'existence antérieure de si grands désordres tant la santé s'était améliorée. L'auteur ne dit pourtant pas qu'aucun des sujets de cette catégorie ait fini par obtenir une guérison complète et durable.

Enfin les sujets arrivés à la *troisième période* ont en général mal supporté le médicament. Il est survenu parfois des diarrhées considérables et rebelles; d'autres fois la toux a augmenté ou la fièvre est devenue plus intense. *Dans aucun cas*, l'huile de foie de morue n'a exercé une action curative ni même modéré les symptômes.

— C'est un devoir pour nous de dire que ces résultats, soit dans leur expression générale, soit dans leurs rapports avec les diverses périodes de la phthisie pulmonaire, sont conformes à ceux que nous avons été à même d'observer ou qui sont venus à notre connaissance. Nous avons encore sous les yeux en ce moment un malade atteint de la plus incontestable phthisie au second degré, qui, au moment où nous fûmes appelé à lui donner des soins, dépérissait à vue d'œil et avait été condamné, à court délai, par les médecins les plus compétents, et chez lequel la tuberculisation pulmonaire est, depuis trois mois, enrayée et paraît même avoir rétrogradé. Les craquements, les tintements qui annonçaient la formation de petites cavernes, sont notablement moindres; la dyspnée a considérablement diminué; la fièvre, qui était très-intense, a presque disparu; plus de sueurs nocturnes, plus d'hémoptysie. L'amaigrissement, qui marchait auparavant avec une rapidité effrayante, n'a fait aucun progrès. Comment cela se terminera-t-il? C'est ce que nous n'oserions affirmer. Mais le résultat, tel qu'il est en ce moment, n'en est pas moins fort remarquable. Nous avons également connaissance d'un cas du même genre où le diagnostic avait été porté par les premières célébrités médicales. Il est juste, du reste, de reconnaître que dans ces deux circonstances, comme dans la plupart de celles où le résultat nous a paru remarquable, les iodures avaient été ajoutés à l'huile de foie de morue.

Mais, nous le répétons, c'est d'une manière plus générale que le résultat des observations de M. Duclos nous paraît exprimer justement le degré d'action de l'huile de foie de morue dans la phthisie pulmonaire. Ce qu'il

---

séparer bien positivement d'avec la suivante; elles empiètent l'une sur l'autre. La deuxième période est mal dénommée: il est vrai que la pratique médicale y est fort empirique; mais à côté de cet empirisme il y a le rôle que jouent les écoles philosophiques. Mêmes remarques pour la quatrième époque (*méthodisme*) que celles faites à propos de Sprengel; j'ajoute que l'un et l'autre auteur ont morcelé, démembré la période entre Hippocrate et Galien, période qui présente cependant un caractère d'ensemble nettement dessiné, et qui dans leurs ouvrages n'a plus de physionomie.

La cinquième période est tout à fait incomprise. Scudéri paraît n'avoir ni lu Galien, ni connu les auteurs qui l'ont suivi. — En prenant Van-Helmont comme point de départ d'une grande division, au lieu de Paracelse, il est en progrès sur l'école allemande; mais ni Van-Helmont ni Paracelse n'ont joué un rôle qu'on puisse comparer à celui de Harvey. — Quant à la détermination des autres périodes, dont l'ensemble présente un caractère jusqu'à un certain point comparable à celui qu'offre l'espace de temps compris entre Hippocrate et Galien et que j'ai définie plus loin, on ne saurait ici en discuter la valeur, il faudrait entrer dans de trop longues considérations; il suffira de répéter ce qui a été dit déjà souvent, à savoir qu'elle repose plutôt sur des *accidents* que sur l'idée même du développement de la science. Ce sont plutôt des facettes d'une période, ou si l'on veut des manifestations souvent simultanées, mais en sens contraire et en esprit d'opposition et de secte.

Je passe une foule d'historiens d'un ordre inférieur, et je serai bref sur TOURTELLE, sur CABANIS et sur quelques autres qui n'ont pas travaillé d'après les sources, pour arriver à HECKER.

Il y a quatre âges pour TOURTELLE (1804) (1) : *Le premier âge jusqu'aux Arabes, les Arabes, la renaissance, et depuis Van-Helmont jusqu'à nos jours.* Une pareille classification ne se discute pas.

Les seules divisions nettement formulées par CABANIS (1804) (2) sont les suivantes: 1° *De la médecine depuis sa naissance jusqu'à son introduction chez les Romains; 2° depuis ce moment jusqu'aux Arabes; 3° de ceux-ci à la renaissance; 4° enfin découverte de la circulation.* Il n'y a là ni principe critique, ni régularité, et puis toujours cette fausse idée de regarder comme un fait culminant et comme caractérisant une époque, l'introduction de la médecine à Rome. D'abord l'événement en lui-même (car pour les historiens c'est un véritable événement) n'a eu aucune influence sur la marche ultérieure de la science, et de plus la médecine resta toute grecque.

KIESER (1817) (3) s'efforce d'élever la médecine à la hauteur d'un culte. C'est un des premiers qui aient essayé une classification philosophique; il a divisé l'histoire en deux cycles: 1° L'*oriental* qui commence à l'origine des choses et qui s'arrête à Paracelse; 2° l'*occidental* qui s'étend depuis Paracelse jusqu'à nos jours. L'idée mère est heureuse, mais elle pèche cependant en deux points :

---

(1) HISTOIRE PHILOSOPHIQUE DE LA MÉDECINE DEPUIS SON ORIGINE JUSQU'AU COMMENCEMENT DU XVIIIe SIÈCLE. Paris, 1804 (an XII); 2 vol. in-8°.

(2) COUP D'ŒIL SUR LES RÉVOLUTIONS ET SUR LA RÉFORME DE LA MÉDECINE. Paris, 1804. In-8°.

(3) SYSTEM DER MEDIZI Halle, 1817-19, 2 vol. in-8°.

dit de l'influence de ce médicament sur la nutrition est particulièrement exact, sauf exceptions, bien entendu. Sur ce point spécial des expériences ont été instituées en Angleterre, et l'augmentation de l'embonpoint sous l'influence de l'huile hépatique a été constatée par des pesées exactes. Il est vrai aussi que le degré trop avancé de la phthisie et l'existence de la fièvre sont des conditions peu favorables à la réussite, bien que, dans certains cas heureux, comme celui que nous rappelions tout à l'heure, on voit la fièvre diminuer en même temps que les autres symptômes.

En accordant une véritable efficacité à l'huile hépatique et aux iodures contre la phthisie tuberculeuse, nous n'entendons pas préconiser un remède doué de quelque action élective sur le poumon, un agent local en un mot, mais bien un médicament capable d'imprimer à l'ensemble de l'économie, à la nutrition spécialement, des modifications avantageuses. A ce titre sa vertu se conçoit aussi bien que celle des toniques généraux qu'elle ne saurait d'ailleurs détrôner, et qu'il est bon même le plus souvent de lui adjoindre.

V. JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES.

Les numéros d'avril, mai et juin 1850 contiennent les travaux suivants : 1° *De la méthode amovo-inamovible;* par M. Seutin. 2° *Des maladies endémiques de l'Algérie : dyssenterie;* par M. Espanet. (Considérations pratiques d'une importance réelle, mais pas d'aperçus nouveaux). 3° *Emploi de la belladone en lavements;* par M. Alanico-Carcenac et M. Taufleb. 4° *Des serres-fines;* par M. Vidal. 5° *Traitement des écoulements chroniques de l'urètre;* par M. Phillips. (V. l'analyse critique que nous avons déjà présentée, de ce travail dans la GAZ. MÉD., 1849, p. 165.) 6° *Du chlorure de sodium dans les maladies des yeux;* par M. Benoît. (Faits à l'appui de ceux du même genre que nous avons récemment fait connaître d'après M. Tavignot.) 7° *Sondes et bougies en gutta-percha;* par MM. Civiale et Phillips. 8° *Guérison des hernies par la compression;* par M. Paret. (Observation de guérison radicale d'une hernie inguinale chez un enfant, par le séjour au lit, et l'application non interrompue d'un bandage très-serré et dont la pression détermina probablement une salutaire inflammation du sac et de l'anneau.) 9° *Incubation de la fièvre intermittente;* par M. Verdier. 10° *De l'arum triphyllum dans la phthisie pulmonaire;* par M. Poitevin. 11° *Du traitement de la chorée par la strychnine;* par M. Trousseau. 12° *Des érysipèles ambulants à la suite de saignée; bons effets du quinquina;* par M. Cruveilhier.

INCUBATION PROLONGÉE DES FIÈVRES INTERMITTENTES; par le docteur JULES VERDIER.

Le miasme paludéen est-il susceptible d'une incubation prolongée, comme de plusieurs mois ou même d'une année? C'est l'avis de M. Ferrus, de M. Boudin surtout, qui a fait de cette question une étude spéciale. D'autres, par contre, nient absolument l'incubation, même pendant un jour; ils croient que l'action du miasme est, pour ainsi dire, instantanée; tel est, par exemple, M. Nepple. La divergence, comme on voit, est aussi grande que possible.

Que faudrait-il pour mettre hors de doute l'incubation plus ou moins prolongée du miasme? Il faudrait présenter des individus qui, ayant séjourné dans un foyer paludéen, passeraient ensuite dans un pays impropre à la génération de la fièvre intermittente, où une large observation aurait d'ailleurs constaté l'absence de toute affection de la même nature non importée, et là, après un certain temps, seraient pris de fièvre miasmatique bien caractérisée. L'expérience serait plus concluante encore si cette fièvre revêtait la physionomie propre aux fièvres endémiques du pays récemment quitté. Les conditions où se trouvait placé l'auteur étaient assez favorables. La partie de la Lozère qu'il habite (Barre) est entièrement exempte d'affections paludéennes endémiques. Dans une pratique de dix-sept ans, il n'en a vu que deux cas, dont l'un même reconnaissait peut-être une origine étrangère. Mais il n'est pas rare que des habitants aillent prendre la fièvre dans des lieux plus rapprochés de la mer, où les appellent chaque année la moisson, les vendanges et la récolte de la soie. La localité reçoit d'ailleurs de temps en temps des individus venant de pays marécageux. Il s'agissait donc de rechercher s'il se passait quelquefois un temps plus ou moins long entre le moment où le foyer paludéen était abandonné et celui où éclatait la maladie. Or c'est ce qui paraîtrait résulter de cinq observations recueillies de 1846 à 1849 ; nous n'en rapporterons qu'une, les autres ayant une signification exactement semblable.

OBS. — En 1846, dans le mois d'avril, deux frères habitant, l'un une maison isolée dans la campagne, l'autre le hameau du Pont-Ravagès dans la commune de Sainte-Croix de Vallée-Française, vont passer cinq à six semaines dans une maison de campagne dans le voisinage d'Aigues-Mortes, pays fécond, comme on sait, en fièvres intermittentes. Pendant la durée de ce séjour, le plus jeune eut quelques jours d'indisposition, mais cela n'eut pas de suite. La saison des vers à soie passée, ils reviennent chez eux bien portants au commencement de juin, et ils continuent de jouir d'une bonne santé pendant le reste de l'année. Mais le 18 février de l'année suivante, débute chez le plus jeune une fièvre tierce dont il eut sept accès réguliers, avec froid, chaleur et sueur. Le 22 mars suivant, l'aîné, dont la constitution était plus robuste, tombe malade à son tour. La fièvre se montre aussi sous le type tierce. Il en eut quatre accès seulement, s'étant empressé de se faire traiter. Chez ces deux malades le sulfate de quinine, donné après l'emploi d'un émétique, triompha de la fièvre sans retour.

Quelque singulier que puisse paraître le fait pathologique que les observations de ce genre tendent à consacrer, elles méritent pourtant une attention sérieuse. L'absence, on peut dire constante, de fièvres endémiques dans un intervalle de dix-sept ans, constitue une forte présomption en faveur de l'importation de celles qu'a rencontrées l'auteur dans le court espace de trois ans. Et ainsi s'affaiblit considérablement une objection qu'on a pu opposer à M. Boudin observant sur un sol non exempt de fièvres d'accès. M. Boudin s'appuyait, il est vrai, sur la ressemblance de ces fièvres avec celles qui sont propres aux pays d'où les malades étaient venus, c'est-à-dire à l'Algérie. Mais on pouvait répondre que l'influence du climat sur l'organisme l'avait peut-être disposé à revêtir, sous l'action d'un miasme paludéen quelconque, un appareil symptomatologique plus ou moins semblable à celui des fièvres d'Afrique, sans qu'on fût fondé à y voir un effet direct, quoique tardif, d'effluves absorbées en Afrique même. Ici, la difficulté disparaît et le problème se présente dans toute sa simplicité. Nous n'affirmons pas qu'il ait été définitivement résolu, mais nous le croyons digne de la sollicitude des observateurs.

---

d'abord le mot *oriental* est mal trouvé, en ce que non pas tout l'Orient, mais seulement une faible partie, et surtout la Grèce, entrent comme facteurs de la médecine, le reste du monde étant tout à fait placé en dehors ; en second lieu, Paracelse est une mauvaise limite pour la médecine antique, puisque la réforme paracelsique n'eut pas d'influence bien positive sur la chute de la médecine galénico-arabe, ainsi que je le montrerai plus loin.

C.-J.-H. WINDISCHMANN (1824) (1), qui tient de très-près à l'école de Schelling, a subdivisé le cycle occidental en trois périodes : 1° *de Paracelse à Harvey ;* 2° *d'Harvey à Brown;* 3° *de ce dernier à nos jours.* Il établit un parallèle entre Paracelse et la réforme religieuse, entre Brown et la réforme politique; c'est un point de vue ingénieux, mais presque faux à force d'être systématique.

HECKER (1822) (2) entre dans une voie nouvelle par la formation des époques de l'histoire de la médecine; elles répondent, sinon complètement, du moins en grande partie, aux diverses phases du développement même de la science.

Ainsi il divise la science en cinq grandes périodes :

1° *Depuis l'origine de la médecine jusqu'à sa constitution scientifique sous Hippocrate*, 377 ans avant J.-C.;

2° *Depuis la première constitution scientifique de la science jusqu'à son complet développement théorique dans l'antiquité; depuis Hippocrate jusqu'à Galien inclusivement*, 200 ans après J.-C. ;

3° *Depuis l'établissement des théories galéniques jusqu'à la formation des écoles chimiques, ou depuis Galien jusqu'à Paracelse*, 200-1517;

4° *De Paracelse à Harvey*, 1517-1628;

5° *Depuis Harvey jusqu'à la nouvelle restauration des sciences*, 1628-1800.

Cette division me paraît pécher en trois points principaux. Le savant professeur de Berlin ne tient pas assez de compte des écoles philosophiques; il confond le développement de la science par les sectes entre Hippocrate et Galien, et Galien lui-même qui constitue définitivement la médecine. Il donne une importance trop grande aux chimistes et en particulier à Paracelse. Dans l'ensemble du développement complet de la médecine, Paracelse et le *chimisme*, comme du reste l'*anatomisme*, ne sont, pour ainsi parler, que les racines de la période moderne. J'ajoute encore une remarque qui n'est pas sans importance, c'est que la troisième et la cinquième période doivent nécessairement être scindées en divisions secondaires qui en montrent bien les diverses faces; le caractère général reste au fond le même, il est vrai, mais il subit des modifications multiples qu'il ne faut pas négliger même dans une classification en grandes périodes.

CHOULANT (1822) (1) divise la médecine en huit époques : 1° *Époque my-*

(1) UEBER ETWAS, DAS DER HEILKUNST NOTH THUT EIN VERSUCH ZUR VEREINIGUNG DIESER KUNST MIT DER PHILOSOPHIE. Leipzig, 1824. In-8°.

(2) GESCHICHTE DER HEILKUNDE NACH DEN QUELLEN BEARBEITET, Berlin, 1822-29. 2 vol. in-8°.

(1) TAFELN ZUR GESCHICHTE DER MEDIZIN NACH DER ORDNUNG IHRER DOCTRINEN. Leipzig, 1822. In-8°.

DE L'ARUM TRIPHYLLUM DANS LA PHTHISIE PULMONAIRE ; par le docteur A. POITEVIN.

L'*arum tryphillum* (de la famille des aroïdées, différant peu extérieurement de l'*arum vulgare* ou *pied-de-veau*) est, dans les États-Unis, un remède populaire contre la toux chronique et la fièvre lente. Ainsi que le fait remarquer, dans une note, le rédacteur du JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES, ce remède a été également préconisé par plusieurs médecins américains, principalement par les docteurs Barton et Bigelow, qui en ont fait l'objet d'expériences suivies. M. Poitevin, se trouvant en position de se procurer cette plante à l'état frais, dans le pays même où il pratique (à Mobile, État d'Alabama), entreprit de l'essayer à son tour. Le mode d'emploi est le suivant. On fait macérer pendant cinq jours une once et demie d'arum coupé en petits morceaux dans un demi-litre de genièvre de Hollande. Le principe âcre ne se dissout pas et le goût de la teinture est presque nul. Le malade en prend chaque matin une cuillerée à bouche dans un quart de verre d'eau sucrée.

Les termes du mémoire semblent indiquer que l'auteur n'a encore employé l'arum que dans trois cas d'affection pulmonaire chronique. Encore ne rapporte-t-il que deux observations, se contentant d'affirmer que le résultat a été le même dans la troisième. Dans les deux cas relatés, les symptômes rationnels étaient ceux de la phthisie pulmonaire au premier degré ; mais il est à regretter, pour l'un d'eux au moins, que des détails stéthoscopiques bien circonstanciés ne soient pas venus assurer davantage le diagnostic.

Le sujet de la première observation était une demoiselle de 22 ans, dont la sœur était morte quatre mois auparavant de la phthisie pulmonaire. Une hémoptysie assez abondante s'était répétée trois ou quatre fois : une toux très-fatigante lui avait succédé ; amaigrissement progressif, douleurs entre les omoplates, sueurs nocturnes, fièvre continue, anorexie, expectoration abondante, râle sous-crépitant humide à la partie supérieure du poumon droit. Différentes médications avaient été impuissantes. La malade fut mise alors à l'usage de la teinture d'arum. Le quatrième jour, la toux avait un peu diminué ; le sixième, plus de fièvre ni de sueurs, la toux devient rare, l'appétit se fait sentir. Bien que le poumon soit, dit l'observation, en partie imperméable à l'air, la dyspnée est peu prononcée. L'arum est continué pendant un mois et demi. A cette époque, la *santé était parfaite*. Il est resté une petite induration du poumon ; mais la respiration s'entend partout assez bien excepté au niveau de la quatrième côte. Il reste pourtant une petite toux sèche, très-rare. Ce résultat date déjà de neuf mois.

La seconde observation est relative à un professeur de littérature, chez qui un médecin appelé avait diagnostiqué une phthisie pulmonaire. M. Poitevin ayant succédé à ce médecin constata chez le malade, alité depuis quinze jours, les symptômes suivants : pâleur et maigreur prononcées, voix caverneuse et éteinte, douleurs erratiques de la poitrine, fièvre, sueurs, toux fréquente, crachats semblables à ceux qui proviennent d'une fonte de tubercules. Une hémoptysie avait eu lieu quelques jours auparavant. « L'auscultation, dit l'auteur, vint m'assurer que je ne m'étais pas trompé » (en diagnostiquant une phthisie pulmonaire). Pendant une courte apyrexie, on fait prendre au malade quelques grains de quinine unis au lactate de fer et à la thridace. Le lendemain, la fièvre est moindre, mais la faiblesse est extrême, le facies cadavéreux. On prescrit la teinture d'arum, le vin de Bordeaux, des viandes rôties. Une semaine suffit pour procurer un soulagement que le malade appelle guérison. Depuis lors (on ne précise pas le temps) le malade se sent très-bien.

Quelle part faut-il faire, d'un côté à l'arum, de l'autre au régime tonique, dans les résultats réellement heureux du traitement ? C'est ce qu'il serait difficile de déterminer. En tout cas, il y a là un encouragement à de nouvelles expériences.

REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE.

NOTE SUR LES LÉSIONS ANATOMIQUES DU SYSTÈME LOCOMOTEUR, QUI ACCOMPAGNENT LA PRÉSENCE DES CORPS ÉTRANGERS CARTILAGINEUX DANS LES ARTICULATIONS ; par M. RACLE (1).

La pensée principale que ce mémoire a pour objet de développer est que les concrétions articulaires, loin d'être la suite d'une contusion de la jointure, tiennent à un état inflammatoire spontané des tissus articulaires. Ils seraient donc le produit d'un travail phlegmasique. Mais ce travail luimême ne serait point borné à une seule articulation. Toutes, ou du moins un grand nombre d'entre elles en seraient simultanément affectées ; de telle sorte que la production des corps cartilagineux ne pourrait guère s'expliquer que par une espèce de diathèse générale.

A l'appui de cette thèse, on regrette que M. Racle n'ait pas apporté des observations plus précises, plus circonstanciées. Il eût été effectivement assez curieux de voir étayée sur d'incontestables preuves de fait l'idée d'une disposition idiopathique de tout l'organisme, agissant comme cause des dépôts cartilaginiformes articulaires. Malheureusement, faute d'espace ou pour toute autre raison, cette note ne contient que des données vagues, incomplètes, parfois même contradictoires.

Les os, dit M. Racle, présentent dans les jointures renfermant des corps étrangers, d'importantes lésions. Ils sont fréquemment dénudés, usés ; la couche compacte qui revêt les extrémités est amincie, ou épaissie par places. Le tissu celluleux paraît plus serré, plus friable ou plus rouge qu'à l'état normal. Il est comme enflammé. En même temps l'extrémité articulaire tout entière a subi une altération dans sa forme ; la substance osseuse rejetée vers la circonférence de la facette diarthrodiale y constitue un rebord saillant, comme un collier.

Le corps des os qui concourent à l'articulation affectée est en général hypertrophié, plus lourd que de coutume, quelquefois courbé ; sa surface irrégulière présente des végétations osseuses plus ou moins considérables.

Souvent on a trouvé des corps cartilagineux dans plusieurs jointures à la fois.

Quant aux systèmes fibreux et musculaire, ils participent également à l'affection. On trouve en effet au voisinage de la jointure ou dans des points éloignés, des ossifications des tendons et des ligaments, des noyaux osseux dans les parois aponévrotiques des muscles, des transformations cartilagineuses des plans fibreux par lesquels les muscles larges s'insèrent aux os (2).

(1) Suite de la revue du numéro précédent.

(2) On comprend qu'une indication exacte du nombre de ces cas, de l'âge des sujets auxquels ils appartiennent et de la nature des désordres observés serait

thique; — 2° *Hippocratie et les sectes*; — 3° *Galien et les abréviateurs*; — 4° *Arabes et Arabistes*; — 5° *Restaurateurs de la médecine grecque*; — 6° *Réformateurs, depuis Paracelse jusqu'à Harvey*; — 7° *d'Harvey à Boerhaave*; — 8° *École dynamique, Boerhaave inclus, à Cuvier*.

Choulant confond, sous le nom de *période mythique*, les écoles antésocratiques ; il réunit malencontreusement les *sectes* avec Hippocrate, Galien avec les abréviateurs ; il reste dans le point de vue paracelsique et il ne caractérise aucune de ses périodes.

(*La suite au prochain numéro.*)

— ERRATA au feuilleton du n° 41. — Outre plusieurs fautes qui se sont glissées dans ce feuilleton et qu'on corrigera facilement, il faut noter les trois suivantes qui défigurent le sens :

Page 743, 2ᵉ col., l. 1 et 2, *au lieu de* système combiné de l'empire germanique et la souveraineté universelle des *pages*, *lisez* système combiné de l'empire germanique et de la souveraineté universelle des papes.

Page 744, 1ʳᵉ col., l. 3 et suiv., *au lieu de* parallèlement à la médecine grecque, il y a dans l'Occident la médecine mythologique....... à côté de ces mêmes Germains se trouvent, *lisez* parallèment à la médecine grecque en Occident, on trouve la médecine mythologique....... à côté des Germains qui ont pris part au développement de la science.

Page 745, 1ʳᵉ col., l. 9, *au lieu de* dans, *lisez* en.

— M. Daremberg, bibliothécaire à l'Académie de médecine, passe en la même qualité à la bibliothèque Mazarine ; c'est M. Ozanam qui lui succède. L'Académie perd en M. Daremberg un travailleur infatigable ; mais la science ne pourra qu'y gagner, en mettant entre ses mains une mine plus abondante de richesses scientifiques.

— LES BIOGRAPHIES MÉDICALES DES JOURNAUX ANGLAIS. — La LANCET doit publier cent biographies des médecins célèbres actuellement existants. Jusqu'ici ce projet a été exécuté sans blesser aucune convenance ni froisser ouvertement aucun amour-propre. C'est ainsi que des documents intéressants à plus d'un titre ont été publiés sur Sir Benjamin C. Brodie, le docteur Chambers, M. Guthrie, le docteur Marshall-Hall, le docteur Clutterbuck, M. Bransby B. Cooper et Sir James M'Gregor. — Un portrait lithographie précède chacune de ces biographies.

D'un autre côté, le MEDICAL TIMES, qui rivalise pour le format et pour la grande publicité avec la LANCET, a formé le projet de publier les biographies des médecins éminents, après leur mort. Ce journal a commencé cette série de publications par une notice pleine de goût et d'intérêt sur John Green Crosse, F.R.S. (de Norwich).

— M. Bouchut, médecin du bureau central des hôpitaux, ancien chef de clinique de la Faculté, commencera son cours de pathologie interne le jeudi 7 novembre, à huit heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique, et le continuera les mardi, jeudi et samedi à la même heure.

M. Racle a vu chez une femme âgée, dont le genou contenait plus de soixante de ces corps, une transformation cartilagineuse des deux lames fibreuses par lesquelles les muscles vaste externe et vaste interne du même membre s'inséraient aux deux lèvres de la ligne âpre du fémur. La courbure naturelle du fémur était notablement exagérée, et le corps de l'os était hypertrophié.

La contradiction que nous signalions tout à l'heure se trouve dans la conclusion de ces prémisses. « Il existe, dit M. Racle, chez les personnes affectées de corps cartilagineux articulaires, dans les os, dans les tissus fibreux et dans les membranes synoviales, en un mot dans une partie du système locomoteur, une affection morbide bien prononcée. Cette maladie paraît être de nature inflammatoire; car les lésions qu'elle détermine ont tous les caractères des inflammations chroniques. » Or, deux pages plus haut, l'auteur disait : « Nous n'avons jamais vu, dans ces cas, la séreuse articulaire, épaissie, ramollie, rouge, enflammée comme on le dit généralement. » — Du reste, si nous relevons l'opposition qu'accusent ces deux passages, ce n'est point dans un but de critique personnelle : c'est uniquement pour faire voir combien la théorie que M. Racle cherche ici à établir est encore confuse dans son esprit autant que mal assise dans ses preuves. Elle est peut-être vraie ; mais à coup sûr elle n'est jusqu'ici rien moins que démontrée.

Il est naturel, continue-t-il, d'attribuer à cette cause, à une maladie du système osseux la production des corps cartilagineux, puisque les deux affections se montrent toujours simultanément, et que ces corps sont entièrement semblables à certains produits inflammatoires qu'on trouve dans différents tissus et surtout dans les membranes séreuses. Il est probable qu'ils ont pour origine première un dépôt de lymphe plastique, soit à la surface libre des séreuses articulaires, soit au-dessous de ces membranes, et que c'est à la transformation de ce produit en cartilage, puis en substance osseuse qu'ils doivent leur consistance, leur forme et leur apparence particulière.

M. Racle — et c'est une justice à lui rendre — formule avec une netteté parfaite et sans chercher à en atténuer la portée, les conséquences auxquelles cette théorie conduit logiquement. Ainsi envisagés, dit-il, les corps articulaires perdent une partie de leur importance ; et l'on ne doit plus les considérer que comme un accident, une complication d'une autre maladie. Par conséquent, si l'on extrait ces corps, l'inflammation chronique des tissus articulaires continuant, de nouvelles concrétions peuvent se former dans la jointure, et le malade perd tout le bénéfice de la première opération qu'il a subie. — A cela nous n'avons rien à dire : la récidive s'observe effectivement quelquefois ; mais elle est loin cependant d'être assez fréquente, ce nous semble, pour détourner les chirurgiens et les malades de faire et d'accepter l'extraction.

En second lieu, dit M. Racle, l'opération de l'extraction pouvant et devant être à plusieurs égards inutile aux malades, nous croyons qu'elle doit en général ne point être pratiquée. Si nous rapprochons, d'ailleurs, de ce résultat la considération des dangers réels qui sont attachés à l'ouverture des articulations, nous concluons qu'on ne doit y recourir que dans des cas tout à fait exceptionnels et en présence seulement des indications les plus formelles. — Quant à nous, la crainte de ces prétendus dangers nous retiendrait encore moins que celle de la récidive ; car, avec tous les praticiens de l'époque, nous savons par expérience qu'ils ont été, grâce à la méthode sous-cutanée, annihilés au point de rendre cette opération l'une des plus sûres de la chirurgie.

A. Dechambre et P. Dinay.

abso'ument nécessaire pour mettre le lecteur à même de juger si ces mêmes lésions ne sont pas tout aussi fréquentes chez les individus non affectés de corps étrangers articulaires. (Note du rédact.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 28 octobre.

Composition chimique des liquides de l'amnios et de l'allantoïde.

M. Stas communique la note suivante sur les liquides de l'amnios et de l'allantoïde.

En examinant l'amnios lorsque le poulet brise sa coque, j'avais observé, dit l'auteur, qu'il s'y trouvait toujours du biurate d'ammoniaque ; je m'étais demandé si cet urate était le résultat des phénomènes chimiques accomplis pendant le développement du fœtus, et si celui ci possédait déjà des fonctions qu'il est destiné à exercer plus tard. Mes expériences m'ont fait reconnaître que l'amnios ne renferme jamais d'acide urique sans qu'il en existe en même temps dans le cloaque. De plus, on en découvre dans le cloaque avant même qu'il ne s'en trouve dans l'amnios. Il est donc bien évident que l'acide urique arrive par la voie du rein et qu'il est un produit de combustion intérieure qui s'opère déjà chez le poulet avant qu'il ait atteint son entier développement.

Dans la liqueur de l'allantoïde, je n'ai pu découvrir ni urée, ni acide urique ; mais j'y ai trouvé une matière organique azotée, cristallisable, soluble dans l'eau et dans l'alcool, mais dont je n'ai pas encore complétement défini la nature, faute de matière.

La liqueur de l'allantoïde renferme en outre des chlorures, sulfates et phosphates alcalins. Chez la vache, l'eau de l'allantoïde renferme tous les sels que l'on rencontre dans l'urine de la vache, mais je n'ai pu y constater ni acide hippurique ni acide benzoïque.

On y trouve en outre de la fibrine, de l'albumine, de la caséine, et une quantité notable de sucre de raisin.

L'eau de l'amnios chez la vache ne renferme ni allantoïde, ni acide benzoïque ; elle contient tous les sels de l'urine, ainsi qu'une quantité notable d'albumine et de fibrine ; elle est saturée d'acide carbonique et contient du bicarbonate de potasse.

Chez la femme, l'allantoïde renferme de l'urée, comme on le sait déjà.

J'ai trouvé également l'urée dans le sang placentaire, et, chose remarquable, la partie liquide de ce sang est presque entièrement formée par de la caséine. Ce sang est peu albumineux et peu fibrineux. Jusqu'à présent il m'a été impossible de déterminer la quantité relative de ces matières.

Du phosphène dans l'amaurose.

M. Serre (d'Alais) envoie une troisième partie de son mémoire sur le phosphène dans l'amaurose. L'objet de ce nouveau mémoire est de rechercher comment ce phénomène se comporte dans la cécité, et si son absence totale et prolongée peut constituer le caractère pathognomonique de la paralysie de la rétine. De ce nouveau mémoire, l'auteur tire les conclusions suivantes :

1° Que l'immobilité et la dilatation de la pupille, la perte complète ou incomplète de la vue, les caractères anatomiques, pris ensemble ou isolément, ne peuvent constituer, au dire des ophthalmologistes, le signe pathognomonique de l'amaurose ;

2° Que jusqu'aujourd'hui les effets complexes des substances toxiques agissant pathognomiquement sur l'œil n'ayant pas permis de distinguer s'ils portent tantôt sur le cerveau ou la rétine, ce mode d'exploration est et sera probablement d'une médiocre ressource pour le diagnostic de la paralysie de cette membrane, surtout en tenant compte de la répugnance des malades, qui ne se prêteront pas facilement à l'ingestion de ces substances incommodes et dangereuses à manier, et fort équivoques dans leur signification ;

3° Que l'absence de l'éclairage chatoyant dans le fond de l'œil ne saurait servir au diagnostic des maladies de la rétine, de ses paralysies, attendu que l'éclairage supposé par M. William Cumming, qui assimilait l'œil de l'homme à celui du chat, n'existe réellement pas dans les conditions physiologiques de notre organisation oculaire ;

4° Que le moyen de diagnostic proposé par M. Brown-Séquard, et qui consiste à juger de l'étendue et de la position de la partie paralysée par celle de de l'objet vu par le malade, très-utile dans l'amblyopie partielle pure, n'est d'aucun avantage lorsque cette maladie est accompagnée d'une altération dans la transparence des milieux et lorsqu'il y a amaurose complète ;

5° Que l'électricité, contrairement à l'opinion de MM. Sarlandière et Martinet, qui regardent cet agent comme devant aider puissamment l'oculiste, sera rarement utile, parce que ce moyen d'exploration est incommode, difficile, douloureux et de plus très-infidèle, sa puissance d'action étant assez grande pour faire naître des étincelles et des flammes dans certains cas et bon nombre d'amauroses irrévocablement confirmées ; c'est ce que prouvent les expériences de M. Magendie ;

6° Que la teinte bleuâtre perçue par les amaurotiques électrisés ne saurait non plus devenir le signe de la paralysie ; que si dans l'étude des couleurs du phosphène à l'état physiologique on arrive à une grande variation dans l'appréciation de ses teintes, que de difficultés n'aurait-on pas à obtenir des sujets torturés par le galvanisme, une appréciation exacte de la nuance signalée par Hermeslinger, qui la regarde à tort comme un signe certain de diagnostic de l'amaurose consommée ;

7° Qu'on distinguera le phosphène au milieu des feux amorphes spontanés de l'œil amaurotique par le lieu qu'il occupe et la forme qui le caractérise ;

8° Que le phosphène ne se montre jamais dans l'amaurose complète et même dans celles où le patient conserve le sentiment du jour et de la nuit ; seul, sans autre signification que la sienne propre, cet intéressant et simple phénomène entoptique, qu'on peut interroger à toute heure du jour et de la nuit, sans autre appareil que l'index, constitue le signe auquel on reconnaît *à priori* l'insensibilité actuelle de la rétine, que la paralysie soit congestive, éréthique, torpide, organique ; que la pupille soit dilatée, resserrée, totalement oblitérée, mobile ou immobile ; qu'il reste encore un sentiment confus et vague de la lumière ; qu'enfin la cornée, l'humeur aqueuse, le cristallin, ses capsules, le corps vitré, soient devenus profondément opaques, à travers ces complications, ces obstacles nombreux, la valeur de l'absence du phosphène reste et demeure la même ; que cette signification, constante jusqu'aujourd'hui, forme bien, ainsi que nous l'avons annoncé, le caractère pathognomonique de l'amaurose ;

9° Si l'amaurose ne se produit pas, l'ophthalmologiste devra prendre les précautions les plus grandes avant d'affirmer un fait qui va être d'une si grande importance dans le diagnostic et le pronostic à porter, le traitement à suivre, ou l'opération à pratiquer ; qu'un jour et une nuit suffisent à l'accomplissement de l'exploration par le phosphène dans les circonstances les plus difficiles, et à la fixation de son résultat définitif ; que toutefois cette temporisation, consultée

par une prudence extrême, peut avoir des inconvénients dans certains cas aigus d'amaurose foudroyante imminente, où un retard de quelques heures laisse s'organiser d'irréparables désordres ;

10° Que les exceptions bien étudiées concourront, nous en avons l'assurance, à confirmer la règle que l'état actuel ou très-prochain de la rétine est fidèlement traduit par les propriétés du phosphène.

— M. LONGET informe l'Académie qu'il se porte candidat à la place vacante dans la section de zoologie et d'anatomie, par suite du décès de M. de Blainville.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 29 OCTOBRE. — PRÉSIDENCE DE M. BRICHETEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle ne contient aucune pièce qui mérite d'être mentionnée.

—MM. FOURNIER et LAROCHE, pharmaciens, soumettent à l'examen de l'Académie une nouvelle préparation de quinquina qui joint à l'avantage de masquer complétement la saveur désagréable de ce remède, celui d'augmenter s'il est possible ses remarquables propriétés. (Commissaires : MM. Guibourt et Soubeiran.)

— M. le docteur LOUIS MONTANARI, de Quissac (Gard), envoie un mémoire sur la variole naturelle, sur les causes des épidémies varioliques et sur les moyens à leur opposer.

— M. E. PARIS, à Bercy, soumet à l'examen de l'Académie des vases de fer controxydé pour servir à l'évaporation des eaux minérales. (Comm. : MM. Gaultier de Claubry et Chevallier.)

EAUX MINÉRALES.

M. O. HENRY lit, au nom de la commission des eaux minérales, cinq rapports :

1° Sur l'eau minérale alcaline gazeuse (source Sainte-Marie), à Cusset (Allier).

M. le rapporteur propose, en raison, d'une part, de sa nature chimique très-analogue à l'eau des sources de Vichy, et de l'autre de son abondance, d'autoriser l'exploitation de la source Sainte-Marie, de Cusset. (Adopté.)

2° Sur l'eau minérale alcaline gazeuse (source des Dames), à Cusset (Allier). La commission propose d'accorder l'autorisation d'exploiter. (Adopté.)

3° Sur une analyse de l'eau de Watteviller (Haut-Rhin). (Même conclusion.)

4° Sur l'eau minérale naturelle de Saint-Christophe en Briennois (Saône-et-Loire). (Idem.)

5° Sur l'eau minérale naturelle d'Aulus (Ariége).

Le rapporteur propose de demander une troisième fois des échantillons de cette eau puisée dans les temps opportuns et avec toutes les précautions convenables. (Adopté.)

GOÎTRE ET CRÉTINISME.

M. FERRUS lit la première partie d'un mémoire sur le goître et le crétinisme, sur les points principaux duquel nous reproduisons des extraits.

Après avoir cherché à établir, par l'historique de la question et par une esquisse des traits généraux de l'histoire du goître et du crétinisme, que cette affection a beaucoup perdu en fréquence et en intensité dans le Valais, où elle est endémique, bien que la composition chimique des eaux du terrain, à laquelle on en a attribué l'origine, n'ait point changé, l'honorable académicien résume en ces termes la description générale des crétins qu'il a eu l'occasion d'observer en 1837, dans l'hospice de Sion, qui leur est spécialement consacré :

La taille des crétins est communément très-petite. Parcourant, en 1813, les montagnes du Valais et de la Maurienne, j'en ai vu plusieurs chez lesquels elle n'excédait pas trois pieds : leurs jambes sont courtes et proportionnellement très-grosses ; leur ventre est proéminent ; leur tête, à l'opposé de celle d'une partie des idiots, est presque toujours volumineuse, la face rétrécie, les pommettes saillantes ; la peau du corps, en particulier du visage, est rugueuse, plissée ; les yeux, remarquablement petits, sont enfoncés dans les orbites et cachés sous des paupières saillantes ; les narines sont largement échancrées, les lèvres épaisses et pendantes, surtout l'inférieure, ainsi que la face, où se retrouvent les abajoues remarquées chez certaines espèces d'animaux, et qui présente de nombreux rapports avec celle que les naturalistes ont attribuée à la race jaune ou mongolique ; ils ont le visage sillonné, non de rides, qui supposent en général quelque activité musculaire, mais de plis flasques et profonds ; leurs traits sont houffis au lieu d'être accusés, et gardent jusqu'à un certain point la physionomie de l'enfance.

Les sens des crétins sont d'ailleurs obtus et fréquemment incomplets. Quant à leurs instincts, ils demeurent vivaces, mais dépravés. La plupart de ces malheureux sont lascifs, gloutons, voleurs et adonnés à l'onanisme.

On doit ajouter à cette réunion de signes caractéristiques, une dépression sus-orbitaire signalée par l'observation judicieuse de M. Cerise, et qui, à mon avis, leur est commune avec les idiots : un thorax étroit, une respiration rauque, sifflante, gutturale, une parole confuse, grimacée, convulsive, des membres sans ressort, presque sans usage, des organes génitaux entourés de poils courts et rares, d'une grosseur ou d'une exiguïté insolites, un ventre tombant vers les cuisses, et une telle laxité des téguments qu'ils peuvent à peine soutenir les intestins dans la cavité abdominale.

Ces parias de la nature rappellent, en un mot, la forme humaine dans ses conditions les plus abjectes.

Il faut noter, du reste, que ces caractères ne se présentent point, chez les crétines, d'une manière aussi générale. Trente de ces malheureuses, que j'ai examinées à l'hôpital de Sion, m'ont offert deux types distincts.

Dans l'un, identique à celui du crétin, taille ramassée, membres trapus, extrémités grossièrement sculptées, col court et gros, crâne volumineux, face plate et dure, joues molles et cellulaires, lèvres boursouflées, rides profondes.

Le second type, au contraire, se distinguait par l'élancement du tronc, la gracilité des membres, la flexibilité du col et la forme anguleuse du visage. La saillie de la bouche qui, dans le type précédent, se trouvait déterminée par la charnure des lèvres, reconnaissait ici pour cause le prolongement de l'os incisif supérieur, ce qui, joint à l'obliquité du front, à des rides convergentes aux commissures des lèvres et des paupières et à une chute légère des joues, rappelait involontairement les individus les plus élevés de l'ordre des quadrumanes.

Les plus vieilles de ces femmes avaient les glandes mammaires atrophiées, les plus jeunes des seins petits et mous, mais non les mamelles volumineuses et tombantes que certains auteurs leur ont attribuées, sans disjonction. Une seule était remarquable par la longueur et la flaccidité de ces organes.

Une exacte classification du crétinisme entraînerait des difficultés immenses et presque insurmontables, cette affection se rattachant à de nombreuses variétés qui commencent presqu'à l'état normal pour se terminer à l'existence purement végétative. Il importe d'ailleurs de remarquer que le crétinisme ne constitue point un fait pathologique simple, affectant un seul appareil, mais qu'il offre, au contraire, des groupes de symptômes qu'on ne rencontre jamais parfaitement isolés dans le même individu. On doit remarquer encore que tel crétin, physiquement affreux, n'est pas toujours parvenu à un état aussi avancé de dégradation morale.

De cette description, M. Ferrus passe aux considérations topographiques qui se rattachent aux causes et à la nature du crétinisme.

Cette affection, dit-il, revêtant accidentellement une forme sporadique, s'est rencontrée dans les contrées et sous les latitudes les plus diverses : fait digne d'attention, et qui semblerait assigner à l'hérédité, dans le crétinisme, une part énorme et prépondérante.

Endémique, il faut au crétinisme pour se produire certaines conditions de sol et de température, un concours de causes physiques plus ou moins appréciables. Cette réunion d'éléments se rencontre surtout en Europe, dans les régions méridionales et occidentales. Chez nous, la Bretagne, les Pyrénées, les bords du Rhin et le Jura français sont d'actifs centres pour le crétinisme endémique. C'est d'ailleurs sur les deux dernières provinces qu'ont porté mes observations.

Plusieurs écrivains, Ramond entre autres, ont pensé que le crétinisme s'était perpétué par voie de transmission directe, et de génération en génération par descendance d'une race qui n'existe plus.

Or, pour qu'une telle opinion reposât sur une base sérieuse, force serait tout d'abord d'admettre qu'une telle race a été bien nombreuse, puisque les vestiges s'en sont conservés dans les Alpes, en Suisse, dans les Pyrénées, sur les bords du Rhin, dans la forêt Noire, la Transylvanie, la Styrie, les monts Krapacks et dans une foule d'autres localités. Par quelle singulière coïncidence, d'ailleurs, les crétins de tous les pays eussent-ils élu domicile dans des lieux dont la configuration, les conditions géographiques et géologiques se trouvent présenter une identité constante ? Ignore-t-on en outre que les races transmettent leur caractère indélébile à tous les individus qui en sont issus, non sans doute que ces individus en offrent au même degré les caractères généraux, et surtout réunis ; mais aucun d'eux du moins n'est-il entièrement dépourvu de ces traits révélateurs qui sont le cachet des familles et le sceau de la race entière ?

Telle n'est point la marche du crétinisme : on le voit, comme dans toutes les maladies où l'hérédité joue un grand rôle, s'attaquer isolément aux individus, sauter plusieurs générations, reparaître là où il avait sévi, frapper dans une famille un ou deux enfants, dont les père et mère sont parfaitement sains de corps et d'esprit, et qui ont des frères et des sœurs entièrement exempts de cette infirmité.

On ne peut donc pas retrouver dans les crétins les restes d'une race disparue.

Au nombre des causes qui, par leur action isolée et directe ou par leur influence collective, nous semblent propres à engendrer cette affection, on a dû ranger l'hérédité, les conditions de l'acte générateur, le goître, la configuration du sol, l'absence ou la nature des vents, la direction des vallées, le voisinage des gorges montagneuses, la qualité des eaux, l'insalubrité des habitations, l'alimentation, l'abus des liqueurs spiritueuses, l'allaitement, la cohabitation pendant l'ivresse, l'onanisme, un mauvais système d'éducation physique et les habitudes tant nationales que privées.

Les obstacles apportés maintenant aux rapports sexuels, soit entre crétins, soit entre la population valide et ces malheureux, ne permettent point d'apprécier d'une manière aussi exacte qu'on aurait pu le faire autrefois l'influence de l'hérédité ; il reste démontré pourtant que des parents crétins n'ont jamais que

par exception des enfants pleinement intelligents. Presque toujours le père transmet au fils une empreinte plus marquée de crétinisme. Les bègues, du' les individus congénitalement privés de quelques-uns de leurs sens, sont aptes également à engendrer des crétins, et les prédispositions héréditaires cessent d'être l'objet d'un doute, quand on remarque que beaucoup d'enfants apportent en naissant les traits caractéristiques du crétinisme.

Quant aux conditions atmosphériques et telluriques des localités, certaines vérités générales acquises ne permettent pas de mettre en doute l'influence ou salutaire ou nuisible qu'elles exercent sur l'organisation humaine.

L'humidité est une des causes les plus actives dans le Valais et les Pyrénées. On voit, en remontant la vallée du Rhône, que ce fleuve, dont les débordements sont surtout fréquents en été, par suite de la fonte des neiges, envahit les terres, et force certaines cultures à se réfugier sur la montagne. Le sol, en plusieurs lieux, se trouve recouvert d'eaux croupissantes que le Rhône abandonne en rentrant dans son lit, etc. : d'où il résulte des effluves marécageuses qui déterminent des fièvres intermittentes, dont la fréquence coïncide, en certaines localités, avec celle du crétinisme.

Toutes choses égales d'ailleurs, la différence de hauteur des lieux apporte des diversités sensibles dans l'intensité de cette affection. Ce fait est tellement connu dans le Valais, qu'on y attribue la décroissance du crétinisme à l'habitude, beaucoup plus fréquente parmi les paysannes, d'aller habiter la montagne pendant leur grossesse, ou d'y porter les nourrissons prédisposés à cette maladie.

Une hygiène mieux entendue des localités a, dans ces dernières années, contribué à ce résultat : ainsi, à Sion, bâti en amphithéâtre du sud au nord, la partie la plus haute se compose d'habitations salubres occupées par une population saine et valide. Malheureusement les plans inférieurs sont recouverts de maisons humides, obscures, que séparent des rues étroites et qu'habitent des individus chétifs et pauvres.

Des observateurs, non sans quelque hésitation toutefois, ont attribué le crétinisme du Tyrol à la crudité des eaux, à l'abstinence de vin et à l'usage d'un pain dans lequel entrerait abondamment la graine de pavot, etc. Quelques auteurs ont paru donner une place importante dans cette étiologie à la polenta, aux pommes de terre et aux autres aliments peu nutritifs et peu excitants dont se nourrissent les populations pauvres du Valais. Loin de méconnaître l'influence de l'alimentation sur les facultés physiques et morales de l'homme, je n'ai point hésité à déclarer, dans un travail antérieur sur les maladies endémiques, qu'une alimentation constamment uniforme pouvait faire prédominer dans un pays et y rendre permanentes certaines affections.

Toutefois, en ce qui se rapporte au crétinisme, mes recherches personnelles sur l'alimentation ont été assez nombreuses et me semblent assez décisives pour considérer son influence comme très-secondaire, la majeure partie de nos paysans les plus sains et les mieux constitués n'étant guère mieux nourris que ceux du Valais. Les vices de l'alimentation sont d'ailleurs, de toutes les causes morbifiques, celle dont l'habitude peut le plus sûrement atténuer l'effet ; il est infiniment plus difficile de vivre dans un air vicié, même avec de bons aliments, que dans une atmosphère pure avec les plus grossiers légumes.

Saussure, Fodéré, et M. de Rambuteau, alors qu'il était préfet du Valais, ont pensé avec raison, selon moi, qu'on ne devait pas attribuer une sensible influence à la qualité des eaux, résultant de la fonte des neiges et des glaciers ; car les habitants des hauteurs sont moins favorisés, sous ce rapport, que ceux de la vallée ; ils font un usage habituel de ces eaux et n'ont pourtant pas de crétins.

Enfin, de l'examen du crétinisme dans les Pyrénées, M. Ferrus est conduit à formuler cette proposition que la nature et la qualité des eaux semblent avoir une influence marquée sur la production du goître et du crétinisme, sans qu'il soit permis, pourtant, à l'exemple de M. Grange, d'en faire la cause unique de ces maladies.

NÉCESSITÉ DE L'EXTRACTION DES CORPS ÉTRANGERS DANS LE TRAITEMENT DES PLAIES PAR ARMES A FEU.

M. Hutin dépose un mémoire sur la nécessité d'extraire les corps étrangers et les esquilles dans le traitement des plaies par armes à feu.

Les communications faites à l'Académie à la suite des événements de juin 1848 n'ont pas amené, dit l'auteur, les discussions que l'ont eût désiré voir surgir ; elles ont laissé en litige la question si importante de l'extraction. Des hommes célèbres la recommandent, tandis que d'autres non moins illustres la proscrivent ; en sorte qu'au moment d'agir, le chirurgien reste indécis, quand une expérience personnelle ne guide pas son raisonnement et sa main. J'ai voulu établir par des faits cliniques les dangers de la non-extraction. Convaincu qu'en médecine on doit procéder par démonstration et non par assertion, j'ai réuni une centaine d'observations qui forment la base de ce travail trop volumineux pour être lu en séance. (Commissaires : MM. Bégin et Gimelle.)

— M. Maisonneuve présente une malade à laquelle il a pratiqué avec succès la resection partielle du maxillaire supérieur, sans incision à la peau.

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

DU MODE D'ACTION DES EAUX MINÉRALES DE VICHY ET DE LEURS APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES, PARTICULIÈREMENT DANS LES AFFECTIONS CHRONIQUES DES ORGANES ABDOMINAUX, LA GRAVELLE ET LES CALCULS URINAIRES, LA GOUTTE ET LE DIABÈTE SUCRÉ; **par Charles Petit, médecin inspecteur adjoint des eaux de Vichy, etc. — 1 vol. in-8°. — Paris, chez J.-B. Baillière, rue Hautefeuille, 19. — 1850.**

« Noblesse oblige, » dit une vieille devise ; il en est de même de certaines positions scientifiques qui constituent pour leurs titulaires un véritable titre de noblesse, et leur créent, envers la science et envers leurs confrères, des obligations auxquelles ils ne sauraient se soustraire sans manquer à la mission de confiance dont ils sont investis. Placé auprès d'un des établissements thermaux les plus importants et le plus justement célèbres, M. Petit a prouvé depuis longtemps qu'il avait su apprécier toute l'étendue des devoirs que lui imposait cette position. Une série de mémoires où sont traités des points de thérapeutique thermale, les uns entièrement neufs, d'autres connus déjà, mais présentés sous un aspect nouveau et impliquant tous des questions pratiques ou physiologiques d'un grand intérêt, attestent en effet du zèle avec lequel notre confrère de Vichy a rempli cette mission. L'ouvrage qu'il vient récemment de publier, et dont nous avons à rendre compte à nos lecteurs, résume et complète ces différents travaux, en y ajoutant la sanction d'une expérience pratique plus étendue et de convictions mieux arrêtées.

Le titre du livre : Du mode d'action des eaux minérales de Vichy, dit assez par lui-même que l'auteur n'a pas reculé devant le point de vue théorique ou spéculatif de son sujet. M. Petit a pensé avec raison qu'il ne suffisait pas à un médecin, appelé par sa position à étudier l'action des eaux minérales, de chercher à en faire connaître les propriétés médicales, à préciser les cas dans lesquels elles peuvent être employées avec le plus d'avantage, le degré d'efficacité qu'il est permis d'en espérer et les conditions qui en contre-indiquent l'emploi ; en un mot, de se borner à enregistrer les résultats constatés. Considérant sa tâche à un point de vue plus large, il s'est cru dans l'obligation de rechercher si cette action n'était pas susceptible d'interprétation et de s'élever jusqu'à la considération de la raison principale, essentielle, de cette action, afin d'en déduire une appréciation plus précise des résultats qu'on en peut attendre dans des cas déterminés. Tel est l'objet des deux premiers chapitres de cet ouvrage.

C'est à la chimie organique que M. Petit demande les éléments de la théorie. Lorsqu'une eau minérale contient un principe qui prédomine sur tous les autres, et lui imprime un caractère capable de la distinguer de la manière la plus manifeste de toutes les autres, ne serait-il pas possible, dit-il, d'apprécier l'action particulière de ce principe prédominant, indépendamment de celle des autres principes minéralisateurs moins importants, d'en suivre les effets sur nos humeurs, de les constater même rigoureusement à l'aide de la chimie, et d'en déduire des indications suffisantes pour guider les praticiens dans l'emploi qu'ils peuvent en faire ? Ce qui doit surtout, suivant lui, appeler l'attention des médecins sur l'action particulière des divers éléments qui entrent dans la composition des eaux minérales, c'est qu'il est impossible de ne pas reconnaître dans tous les phénomènes de la vie une suite non interrompue de réactions chimiques, réactions manifestes, quelle que soit d'ailleurs la manière de les envisager, qu'on les suppose placées sous l'influence de la force vitale ou indépendantes de cette influence.

La Gazette Médicale s'est déjà exprimée plusieurs fois assez explicitement sur l'intervention de la chimie organique dans l'explication des phénomènes physiologiques et thérapeutiques et sur les limites qu'il convient de lui assigner, pour que nous croyions pouvoir nous dispenser d'y revenir à cette occasion. Nous reverrons les lecteurs aux nombreux articles publiés sur ce sujet, et notamment à une série d'articles sur l'étude des eaux minérales, insérées dans les volumes de 1847 et 1848. Toutefois c'est le cas, avant de passer outre sur ce point, de faire remarquer que les observations critiques formulées dans ces articles sur la manière dont on envisage en général la question des eaux minérales, ne sauraient s'appliquer, au moins dans toute leur rigueur, aux opinions de M. Petit sur l'action des eaux de Vichy. Mieux connues que la plupart des autres eaux minérales dans leur composition chimique, qui se réduit à un certain nombre de principes parfaitement déterminés et dont l'action sur l'organisme est une des mieux appréciées, étudiées avec soin au double point de vue de leur action physiologique sur l'ensemble de l'économie et sur les principaux systèmes

organiques, et de leur action thérapeutique sur un certain nombre d'états morbides bien définis, les eaux de Vichy sont peut-être de toutes les eaux minérales celles dont la connaissance satisfait le mieux aux conditions d'une bonne méthode expérimentale. D'après leur composition, en effet, les principes alcalins, et parmi ceux-ci le carbonate de soude en particulier, s'y trouvent dans des proportions si élevées et prédominent tellement sur les autres principes minéralisateurs, qu'il n'est pas possible de ne pas leur attribuer le rôle principal dans l'action physiologique et médicatrice de ces eaux ; elles constituent évidemment une médication alcaline par excellence. C'est ce que démontre effectivement l'étude des effets qu'elles produisent sur le sang et sur toutes les sécrétions. Tout le monde connaît, à cet égard, les belles expériences de M. Darcet qui montrent avec quelle facilité ces eaux rendent l'urine alcaline. Voici, du reste, en quels termes M. Petit décrit les principaux phénomènes que l'on observe sous l'influence de cette médication :

« Que les eaux de Vichy soient administrées en boisson ou en bains, elles sont facilement absorbées et portées immédiatement par la circulation dans tous nos organes, dans nos tissus, et leurs effets ne tardent pas à se manifester par les modifications qu'éprouvent nos humeurs ; ce dont il est facile de se convaincre en examinant l'urine et la transpiration cutanée, qui d'acides qu'elles étaient auparavant acquièrent promptement des qualités alcalines. L'absorption s'en fait avec une telle facilité qu'il suffit ordinairement d'un seul bain, sans qu'on en ait fait usage en boisson, pour rendre l'urine alcaline. »

L'action des eaux de Vichy ne se borne pas à changer la nature de l'urine. La sueur qui, dans l'état de santé, est toujours acide, excepté sur quelques points de la peau, devient elle-même alcaline chez les malades soumis à leur action. Quant aux autres sécrétions fournies par les membranes muqueuses et qui sont naturellement alcalines ou tout au moins à l'état neutre, à l'exception des liquides de l'estomac, l'eau de Vichy a sur elles un effet beaucoup moins sensible, et qui se borne, lorsqu'il est appréciable, à augmenter leur degré naturel d'alcalinité et à diminuer leur abondance et leur plasticité.

Si l'on rapproche ces faits, connus d'ailleurs depuis longtemps, du rôle important que jouent les alcalis dans l'économie et de l'influence incontestable des acides sur la production d'un certain nombre de maladies, on comprendra en effet toute la valeur que peut avoir une médication alcaline aussi énergique. Toutefois M. Petit a eu la prudence d'aller au-devant d'une objection qu'on n'eût point manqué de lui faire, et qui se trouvait déjà au bout de notre plume. Tout en assignant aux alcalis le premier rôle dans la composition chimique de l'eau de Vichy, et à l'action de ces alcalis la plus grande part d'influence dans ses effets thérapeutiques, il n'a pas omis cependant de tenir compte des autres éléments minéralisateurs et de l'action plus complexe sur l'économie que révèle l'observation clinique. Il reconnaît, en effet, que les autres éléments contenus dans les eaux de Vichy, tels que les iodures et bromures, la lithine, la strontiane et le silicate alcalin, bien qu'en minime proportion, et peut-être même d'autres principes encore inconnus, ont aussi probablement leur action particulière qui peut concourir au résultat thérapeutique, soit en aidant ou peut-être en modifiant d'une manière quelconque celle des alcalis. Ce qu'il y a de certain, c'est que l'emploi d'un alcali seul, du carbonate de soude, par exemple, dans les conditions qui indiquent l'usage de l'eau de Vichy, ne produit jamais exactement les mêmes effets. D'un autre côté, l'eau de Vichy, indépendamment de l'action chimique qu'elle produit sur nos humeurs, exerce sur la vitalité de nos organes une action dynamique que M. Petit croit devoir attribuer à sa température habituelle, peut-être même à la nature particulière de cette température, et à l'impression plus ou moins vive que produisent sur les membranes muqueuses et sur la peau les divers principes accessoires qui la minéralisent. Cette action se manifeste d'une manière très-énergique sur la circulation, par l'accroissement d'activité des vaisseaux capillaires sanguins et de tout le système lymphatique. Quant aux effets de l'eau de Vichy sur le système nerveux, ils sont très-variables, et dépendent en quelque sorte du degré plus ou moins grand de susceptibilité des individus. Enfin M. Petit a constaté, dans cette action complexe de l'eau de Vichy, un effet sédatif remarquable à l'égard de la sensibilité plus ou moins prononcée que présentent, dans les organes affectés, les sujets atteints de maladies chroniques.

En résumé, de tous les phénomènes que détermine l'usage de l'eau de Vichy, suivant M. Petit, l'alcalisation est le seul qui soit constant chez tous les malades, quelle que soit d'ailleurs la nature de leur maladie, et son effet le plus essentiel est de combattre les prédominances acides que l'on observe dans certaines affections et de rendre le sang plus fluide. C'est, en un mot, à ses qualités alcalines qu'elle doit les propriétés *fluidifiantes*, *antiplastiques* et *désobstruantes* qu'une expérience séculaire a en quelque sorte consacrées.

Ces développements sur l'interprétation de l'action physiologique des eaux de Vichy sont suivis de considérations sur le mode d'influence qu'elles exercent plus spécialement dans le cours des affections chroniques en général, auxquelles elles sont à peu près exclusivement applicables, et sur quelques-unes des règles qui doivent présider à leur emploi ; mais nous avons hâte d'en venir aux chapitres qui renferment les faits nouveaux plus particulièrement dus à l'observation de l'auteur.

Tout le monde sait que de temps immémorial les eaux de Vichy ont été reconnues efficaces et préconisées dans certaines affections chroniques de l'estomac et des intestins, dans les engorgements du foie et de la rate, vulgairement désignés sous le nom d'obstructions, etc. M. Petit n'a fait que confirmer sur ces différents points ce que l'expérience et la tradition avaient déjà appris à ses devanciers, en formulant toutefois d'une manière plus précise les indications et les règles de cette médication. Mais ce qui appartient en propre à M. Petit, et ce qui constitue la partie réellement neuve et originale de ses recherches, c'est l'application qu'il a faite de la médication de Vichy au traitement de la gravelle et des calculs vésicaux, de la goutte et du diabète. Nos lecteurs n'ont sans doute pas oublié les retentissantes discussions que soulevèrent, dans le sein des Académies et dans la presse médicale, les premières communications de M. Petit sur le traitement de la gravelle et des calculs par l'action dissolvante ou lithontriptique de l'eau de Vichy. Rappelons en peu de mots les divers ordres de faits qui ont servi de base ou de point de départ à ses recherches. Nous avons dit que M. Darcet avait constaté, par des observations recueillies aux eaux de Vichy, la facilité avec laquelle l'urine devient alcaline sous l'influence de l'administration de ces eaux, et, ce qui n'importe pas moins pour le point en question, la parfaite innocuité pour la vessie, ainsi que pour l'organisme tout entier, de cette alcalinité prolongée, même pendant plusieurs mois. D'un autre côté, des expériences réitérées avaient appris que l'eau de Vichy, ou tout autre liquide chargé de bicarbonates alcalins, attaquait non-seulement les éléments lithiques des calculs, mais qu'elle avait en outre la propriété de dissoudre en partie le mucus qui tient ces éléments en état d'agrégation. La concordance de ces deux faits était une indication plus que suffisante pour mettre sur la voie d'une application déjà tant de fois tentée sans succès. C'est au développement des faits qui tendent à établir expérimentalement l'action lithontriptique de l'eau de Vichy, qu'est consacré le chapitre le plus étendu de cet ouvrage. On ne s'attend pas à trouver ici ni un résumé ni une discussion détaillée de ces importants documents. C'est dans l'ouvrage même de M. Petit qu'il faut aller chercher les éléments d'une conviction qui ne peut se former que par un examen scrupuleux des faits et des conséquences qui s'y rattachent.

Entre la gravelle et la goutte il y a une sorte d'analogie, ou tout au moins des rapports d'affinité de cause et de nature qui n'ont pas échappé à la plupart des observateurs. C'est cette analogie qui a conduit M. Petit à essayer l'emploi de l'eau de Vichy dans cette dernière affection. Les résultats de cette nouvelle application n'ont pas été moins vivement contestés que les précédents. Ici, il faut le dire, l'application était plus empirique que rationnelle, les résultats plus difficiles à constater, à cause du caractère périodique et de la mobilité naturelle de l'affection. Aussi la question ne paraîtra-t-elle pas entièrement jugée, après la lecture des observations consignées dans ce livre, à moins qu'on ne restreigne le sens de la guérison aux proportions plus modestes d'un simple amendement, ce que, du reste, l'auteur semble lui-même tout disposé à concéder.

Quant au diabète, les quelques faits de guérison ou d'amendement que rapporte M. Petit, bien qu'intéressants à coup sûr et dignes de fixer l'attention, ne sont pas de nature à résoudre la question thérapeutique en faveur de l'administration de l'eau de Vichy, le traitement ayant été combiné dans tous les cas avec le régime et l'ensemble des moyens usités en pareil cas.

En résumé, le livre de M. Petit répond par l'abondance des matières, par le choix et la richesse des observations qu'il a consignées, à ce qu'on avait le droit d'attendre d'un observateur judicieux et d'un expérimentateur éclairé placé sur un aussi beau champ d'études. Peut-être aurait-on quelque motif de regretter que, par une tendance qui paraît naturelle à son esprit, il ait un peu sacrifié l'observation pure au point de vue spéculatif. Son excuse serait, en tous cas, dans ces mots de Rémusat, qu'en aucune chose l'expérience ne donne toute la vérité.

H. BROCHIN.

— On écrit de Cassel, le 20 octobre :

« Le choléra, qui règne ici depuis six semaines, a sévi d'une manière extraordinaire dans ces derniers jours. Il enlève 20 personnes par jour. Suivant la liste officielle des décès, 104 personnes sont mortes, dans les six derniers jours, à Cassel et dans les faubourgs. En temps ordinaire, la mortalité n'aurait pas dépassé 20 personnes.

— M. le docteur Colson, médecin de l'Hôtel-Dieu de Beauvais (Oise), vient de mourir dans cette ville.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — SÉANCE DE RENTRÉE.

La séance de rentrée de la Faculté de médecine de Paris a eu lieu lundi dernier dans la forme la plus simple et la plus expéditive. Le programme ne contenait que le strict nécessaire, un discours et une distribution de prix. Nous avons vu souvent le doyen de l'École ajouter, avec plus ou moins de bonheur, à ce menu obligé, quelque morceau d'actualité susceptible de répondre plus directement qu'une biographie oratoire aux sentiments ou aux intérêts de la génération médicale. L'année dernière, M. Bérard, dans une élégante et paternelle allocution, où les questions d'organisation scientifique alors pendantes recevaient une solution dont le défaut de conformité avec les vues de la Gazette Médicale n'a pas effacé à nos yeux la franchise et la loyauté, M. Bérard avait su ranimer de plus belle l'attention déjà éprouvée par un long discours. Cette fois, il a cru devoir s'abstenir, et la tâche de satisfaire les goûts littéraires de l'auditoire a reposé tout entière sur M. Velpeau. Il faut ajouter que des vides sensibles dans la partie réservée de l'enceinte jetaient une certaine froideur sur la cérémonie. On avait pu croire à de l'indifférence de la part des invités. Ce n'était qu'un malentendu. Nous avons appris que le paquet d'invitations destiné aux membres de l'Académie de médecine n'avait pas été distribué.

Un discours d'apparat confié à M. Velpeau était, paraît-il, chose un peu singulière, à en juger du moins par la curiosité exceptionnelle qui se laissait voir partout. Nous ne savons jusqu'à quel point l'honorable orateur a été flatté de la manifestation assez publique de ce sentiment, ni s'il y a vu une grande confiance en son aptitude. Pour nous, qui n'avons pas donné place aux impressions préventives, nous lui demandons de tolérer l'expression toute franche et indépendante d'impressions motivées.

Pour apprécier équitablement ce discours, il faut séparer assez complétement le fond, les intentions, le cadre, de la forme et du style. Il faut aussi peser d'un côté ce que l'orateur a mis dans son discours et de l'autre ce qu'il aurait pu y mettre. L'existence de Marjolin été parcourue scrupuleusement dans toutes ses parties; nous avons eu, si nous osons nous servir d'une comparaison que le nom du panégyriste autorise, une anatomie exacte de ce célèbre chirurgien, considéré dans son caractère scientifique, dans son enseignement, dans sa pratique et dans sa vie privée. Comme savant, Marjolin manquait en effet d'initiative; mais il était ce qu'a dit M. Velpeau, un *vulgarisateur* actif et intelligent, un esprit toujours prêt à s'assimiler les nouveaux produits, et même un peu trop facile aux innovations. Il avait cette disposition à l'empirisme qui lui faisait tout essayer, sans se soucier beaucoup de l'opinion, sans se laisser arrêter par la singularité du moyen, et c'est ainsi qu'une foule d'inventions plus ou moins thérapeutiques ont pu quelquefois se couvrir de son nom. Marjolin, disons-nous, était un vulgarisateur; mais il l'était à sa manière, non en colligeant dans ses livres ou exposant dans ses leçons les découvertes ou les travaux d'autrui, mais en apportant sur ces travaux et ces découvertes le tribut de sa vaste expérience. Il ne négligeait aucun moyen de traitement, si humble fût-il; mais il disait ce que la pratique lui en avait appris. Et cet enseignement, comme l'a dit avec raison M. Velpeau, ne se passait pas tout entier dans sa chaire, ni même à l'hôpital : il avait lieu surtout dans les consultations où se mettent en commun, pour le bien du malade, les produits de l'expérience de tous. Là surtout brillait Marjolin; là était sa supériorité; supériorité établie tout à la fois sur la masse incalculable de faits où il trouvait toujours de quoi éclairer la difficulté présente, et sur la rectitude remarquable de son jugement. C'est là, c'est au milieu de ses confrères, qu'il répandait les trésors de son observation avec une profusion et une libéralité dignes surtout d'être signalées à une époque où l'aperçu le plus insignifiant, le fait le plus mince, deviennent souvent le sujet d'ardentes contestations de priorité. C'est ainsi que Marjolin enseignait ses confrères comme il enseignait ailleurs les élèves, avec la même autorité et le même profit Quant à sa vie privée, passée presque toute entre des plaisirs bourgeois et l'exercice de son art, elle renferme pourtant des actes de probité et de fermeté qui méritaient d'être produits au grand jour et que l'orateur a en effet dénoncés aux applaudissements unanimes.

Tel est l'ensemble du discours de M. Velpeau. Ajoutez-y des réflexions bien senties sur la touchante égalité de la jeunesse devant l'avenir social, égalité qui se joue de la fortune et de la naissance; des avertissements sévères où le travail est présenté comme la vraie et presque l'unique source du bonheur en ce monde; des épisodes, dont quelques-uns ne nous ont pas semblé d'un goût suffisamment relevé, mais bien agencés dans la trame du discours; l'heureuse brièveté de la partie consacrée à l'exposition, rarement attrayante, des découvertes et travaux du défunt, et vous aurez assurément la matière d'un panégyrique très-acceptable. Néanmoins à la lecture — nous répétons *à la lecture* pour que ce soit l'excuse de notre exigence — on aurait peine à se déclarer satisfait. Et cette impression s'explique bientôt. D'abord, comme nous l'avons insinué plus haut, même avec le fonds d'idées, même avec le cadre, qui ont servi à l'orateur, on sent que la forme manque en partie à la pensée et la couleur à la forme. La peinture a peu de relief. L'artiste n'assiste pas assez le savant. Le grand inconvénient de cette insuffisance est qu'elle se traduit dans la figure représentée par le panégyriste, laquelle n'est pas modelée avec toute la fermeté désirable. Marjolin est bien tel que l'a vu et compris M. Velpeau; il avait ces traits-là; mais M. Velpeau, à notre sens, ne les a pas reproduits dans toute leur accentuation et leur vigueur. En second lieu, et c'est là un défaut plus sérieux, parce qu'il porte sur la conception même du sujet, les habitudes analytiques de M. Velpeau l'ont entraîné à se regarder comme quitte envers Marjolin quand il en a eu décrit l'individualité sous ses aspects divers, et dans les divers actes de sa vie. C'est là une erreur fort difficile à comprendre ou à éviter, à ce qu'il paraît, puisqu'on y tombe invariablement malgré des avertissements réitérés. Nous y insisterons pourtant, sans nous lasser. Le premier, le plus important point de vue d'un discours nécrologique, c'est le cadre historique dans lequel l'individualité s'est trouvée placée et le rôle qu'elle y a joué. Vous aurez beau la suivre dans toutes les manifestations de son existence scientifique, dans ses livres, dans sa chaire, à l'hôpital, dans la pratique civile, vous n'aurez jamais qu'un portrait auquel manquera le jeu de la lumière, un portrait sans animation. Dans la circonstance présente, par exemple, il ne suffisait pas de dire que Marjolin, au début de son éducation médicale, se trouvait placé entre Pinel et Corvisart, ni que l'enseignement libre de la rue Saint-Julien-le-Pauvre faisait échec à l'enseignement de l'école. C'était là une grande époque scientifique; c'était pour la médecine en particulier l'éclatant berceau du progrès dont nous recueillons aujourd'hui les fruits. C'était aussi un

Feuilleton.

ESSAI SUR LA DÉTERMINATION ET LES CARACTÈRES DES PÉRIODES DE L'HISTOIRE DE LA MÉDECINE.

Par le docteur Ch. Daremberg.

(Suite. — Voir le nos 41 et 44.)

Leupoldt (1825) (1) considère dans l'histoire de la médecine deux côtés, l'*objectif*, c'est-à-dire la nature humaine, le *subjectif*, c'est-à-dire l'esprit humain qui s'occupe de la santé, de la maladie et de la guérison; en d'autres termes, l'*objet* et le *sujet* réunis, l'objet qui est le *substratum* de l'art, le sujet qui est la médecine et ses systèmes. L'histoire lui apparaît comme divisée en deux grands *jours*, l'antiquité païenne et l'ère moderne, entre lesquels se place le *moyen âge* qu'il appelle, mais à tort, la *nuit historique*; la chute de l'empire romain est le *crépuscule*, et la Renaissance l'*aurore* d'un nouveau jour. Le premier jour commence à Hippocrate (1) et finit à Paracelse; le deuxième commence par ce réformateur et se caractérise définitivement par l'idée de la philosophie naturelle (Schelling). Suivant Leupoldt, quatre sectes se sont développées dans la médecine païenne: les *dogmatiques*, les *empiriques*, les *méthodiques* et les *pneumatiques*; huit sectes, au contraire, dans la médecine chrétienne qui se divise à son tour en deux cycles distincts (séparés par le triumvirat de Boerhaave, de Stahl et de Fr. Hoffmann). Ces sectes correspondent à celles de l'époque païenne. Dans le premier cycle, les *paracelsistes* et les *chimiatr ques*, les *empiriques*, les *iatromécaniques*, les *magnétistes* et les *psychiatriques*; dans le deuxième cycle, au contraire, les *humoristes* et *solidistes*, les *empiriques*, les *browniens* et leurs successeurs, enfin les *exorcistes* (2). On voit que l'auteur, partisan du système de Schelling, se rapproche de Kieser et qu'il mérite à peu près les mêmes reproches, auxquels il faut ajouter celui d'avoir enveloppé ses conceptions dans des expressions beaucoup trop métaphysiques et quelquefois incompréhensibles.

L'ordre chronologique nous amène à un auteur que les Allemands ont appelé

(1) Algemeine Geschichte der Heilkunde. Erlangen, 1825. In-8°. — Ueberblick der Geschichte der Medizin zu Preu's Paracelsus. Berlin, 1838.

(1) L'auteur néglige entièrement tout l'espace de temps écoulé avant Hippocrate.

(2) Ici Quitzmann (*loc. cit.*) met un point d'interrogation; je pourrais bien en mettre deux.

temps curieux sous le rapport des mœurs médicales. Il y avait donc là le sujet d'une belle et sévère étude qui n'eût pas rehaussé médiocrement un éloge funèbre. Quelle empreinte a gardée de ce milieu où elle grandissait la jeune intelligence de Marjolin? Et plus tard que devint-elle dans la lutte des systèmes? Sut-elle leur résister toujours? Se laissa-t-elle séduire quelquefois? Marjolin avait des tendances empiriques, dit M. Velpeau; mais est-ce là une appréciation suffisante? L'empirique, d'ailleurs, par cela même qu'il n'est d'aucun système exclusivement appartient à tous; il saigne avec les physiologistes; il donne des globules avec les homœopathes; il applique l'eau froide avec les hydropathes. On peut d'autant mieux soulever ce point de vue au sujet de Marjolin qu'il pratiquait la médecine autant au moins que la chirurgie. Et, pour cette dernière branche de l'art, n'y avait-il pas là une belle occasion de caractériser cette grande école chirurgicale à laquelle a été élevé l'orateur lui-même et qui se personnifie si puissamment dans Dupuytren? Croit-on qu'on a suffi à tout quand on a dit que la chirurgie actuelle *est à la fois hardie et prudente*, et que Marjolin a contribué à l'instituer? L'erreur de M. Velpeau vient, en somme, de ceci: il a pris un peu trop, dans le savant, le *caractère* pour le *rôle*. Trouvant que ce caractère était celui d'une sage hardiesse, il l'a dit purement et simplement, sans songer à bien marquer en quoi et comment le savant se rattachait par là à l'école de son temps. Nous n'oublions pas que M. Velpeau s'est efforcé de mettre en lumière une autre face du sujet, à savoir, l'action individuelle de Marjolin sur la science et sur l'art; mais nous ne nous en étonnons que plus qu'il n'ait pas aperçu celle que nous venons de signaler.

Le point de vue change en passant à l'étude de l'homme privé; c'est au contraire ici l'individualité qu'il faut peindre; mais alors l'étude pour aboutir à quelque chose de vrai et de saillant, n'a qu'un moyen, c'est de réunir tous les traits du modèle dans une seule et forte esquisse. Or telle n'est pas le procédé suivi par M. Velpeau. Au lieu de s'attacher au caractère dans ce qu'il a de fondamental et d'original, c'est la *vie privée* qu'il décrit; de sorte qu'on est initié à des actes et non à un caractère. Puis les traits dont l'ensemble et l'harmonie formaient la physionomie si accentuée de Marjolin se trouvent désagrégés et éparpillés de côté et d'autre; ici l'aménité de ses rapports avec les confrères; là son honnêteté; là sa charité; nulle part une image réelle et complète de l'homme.

Nous avons usé largement avec M. Velpeau de la liberté de la critique, bien persuadé qu'il n'y verra autre chose que l'expression d'une opinion consciencieuse. Lui ferons-nous maintenant une dernière querelle? Lui reprocherons-nous de n'avoir pas pris soin d'éviter des allusions qui n'ont eu d'autre effet que de provoquer sur quelques banquettes de fâcheuses et blâmables manifestations? La politique n'est bonne à l'École sous aucun drapeau, qu'il soit blanc, ou bleu ou rouge. Toute opinion a ses adversaires; toute provocation expose à des représailles. Ce que nous avons désapprouvé dans un camp, il y a deux ans, également à la séance de rentrée, nous ne saurions l'approuver aujourd'hui dans l'autre. Il faut laisser aux corps politiques à stigmatiser, s'ils le trouvent bon, les *crises* et les *catastrophes qui ne laissent après elles que ruines et destruction*.

A. DECHAMBRE.

SYMPTOMATOLOGIE SPÉCIALE.

DES DOULEURS QUI PEUVENT COEXISTER AVEC LA SYPHILIS CONSTITUTIONNELLE; par M. DIDAY, ex-chirurgien en chef de l'Antiquaille (hôpital des vénériens de Lyon).

Je ne prétends ici ni étaler une dissertation abstraite sur la douleur, ni rechercher le mécanisme selon lequel la diathèse syphilitique éveille ou engendre la souffrance, ni m'occuper des degrés divers auxquels telle ou telle lésion secondaire ou tertiaire exalte la sensibilité des tissus qu'elle affecte. Je prends le mot qui fait l'objet de cette note dans une acception beaucoup plus restreinte, dans le sens populaire, suffisamment connu, qu'on lui donne tous les jours lorsqu'on se plaint vulgairement d'*avoir des douleurs*.

Or, dans ces termes bien définis, il est peu de malades qui, plus que le syphilitique, soient sujets à ressentir des douleurs. Il en est peu, également, chez qui ce symptôme soit plus variable, dépendant de causes plus dissemblables. Mais comme, malgré leur nature essentiellement différente, ces espèces multiples de douleurs ont parfois alors une manifestation à peine distincte; comme le seul fait de leur existence chez un syphilitique tend encore davantage à les faire confondre entre elles par le praticien; comme elles se succèdent, se remplacent ou se mélangent à mesure que l'affection parcourt ses phases naturelles; comme enfin la plupart d'entre elles ont leur médication spécifique, héroïque si l'on a bien diagnostiqué, souvent pernicieuse s'il y a en erreur, on voit toute l'importance d'une interprétation détaillée des signes qui peuvent, en cette matière délicate, servir de points de repère. La séméiologie différentielle n'est point ici une science de luxe, un stérile joyau d'épreuves de concours. Elle fonde le principal, parfois l'unique guide de la thérapeutique. N'est-ce pas assez pour excuser mon projet de traiter *ex professo* d'un sujet phénomène morbide, pour justifier les développements que je serai peut-être forcé de donner à certaines parties, futiles en apparence, de mon sujet?

Je distingue six catégories particulières de douleurs susceptibles d'apparaître chez un malade en proie à la vérole constitutionnelle:

1° Douleurs prodromiques;
2° Douleurs chlorotiques;
3° Douleurs mercurielles;
4° Douleurs rhumatismales;
5° Douleurs ostéocopes;
6° Douleurs imaginaires.

Je crois superflu de mentionner expressément les douleurs névralgiques, cancéreuses, saturnines, inflammatoires, etc., qui n'offrent, dans ce cas, rien de particulier à considérer.

§ I. — DOULEURS PRODROMIQUES.

On connaît depuis Hunter, et on a de mieux en mieux étudié jusqu'à nous, cet état général de l'économie, qui précède de peu de jours le début des premiers symptômes secondaires. Désigné par quelques pathologistes sous le nom de *fièvre d'invasion*, il est ordinairement proportionné en

---

à bon droit *le père de l'historiographie philosophique de la médecine*, à DAMEROW (1829) (1). Il admet trois grandes époques dans la médecine *scientifique: 1° d'Hippocrate à Galien inclusivement* (2); *2° de Galien à Paracelse; 3° de Paracelse à l'époque actuelle*. Dans ce système, Harvey ne sert pas même, comme dans Hecker, à marquer le point de départ d'une époque.

Voici, du reste, comment l'auteur, qui appartient à l'école de Schelling, s'exprime (3): « Nous voyons dans la première période du passé (*d'Hippocrate » jusqu'à Galien*) l'histoire de la médecine commencer par l'intuition pure de » la nature, par le *grand rien de la théorie* d'où se développent les éléments » universels (Hippocrate). Ces éléments prennent dans les sectes qui se suc- » cèdent ou qui coexistent des formes organiques individuelles différentes, et » on voit paraître successivement la matière, la forme, l'essence, l'*humidum*, » le *pneuma*, le *siccum*, *l'esprit*, l'empirisme pur, l'empirisme rationnel, la spé- » culation, l'humorisme et le solidisme, le dynamisme. On reconnaît dans eux les » premiers signes, les contours généraux des systèmes, des fonctions et des puis- » sances élémentaires de la nature humaine. *Le système de la reproduction* » est indiqué dans la secte des dogmatiques (et des empiriques?) par la prédo- » minance de la théorie des humeurs, par l'importance attachée à la bile jaune » et noire (*foie et rate*, enfin par l'attraction des éléments extérieurs dans l'es- » tomac; *le système de l'irritabilité* dans la doctrine d'Érasistrate, et comme » principe de mouvement chez les méthodiques; *le système de la sensibilité* » enfin par le *pneuma* des pneumatiques. C'est GALIEN qui, en réunissant ces » membres épars et non développés, dans une totalité organique, s'est efforcé » d'animer cette dernière par une psyché ψυχή, quoique matérielle; c'est » l'*idée psychique*; et dans la seconde période (*de Galien jusqu'à Paracelse*) » cet élément psychique se manifeste comme médecine scolastique (*moyen » âge, Paracelse*). »

Jusqu'alors il y a eu, comme nous venons de le voir, seulement un développement de l'*universel*; il ne restait donc à la troisième période (*de Paracelse jusqu'à nos jours*) rien autre chose qu'à développer l'*individuel*, c'est-à-dire les systèmes individuels. En conséquence, dans la première division de cette période (*de Paracelse jusqu'à Stahl*), la médecine commence par le *système abdominal*, par les vues chimiques de Sylvius, de Borelli et même de Van Helmont. Dans la deuxième division (*de Stahl jusqu'à Haller*), l'esprit dominant les différents systèmes de cette division intermédiaire se manifeste comme *système thoracique de l'irritabilité*; c'est le principe des doctrines de Stahl, de Boerhaave et de Hoffmann. « Dans la troisième division (*de Haller jusqu'à nos » jours*), *le système de la sensibilité*, qui y prédomine au commencement (*Cul- » len*, forme le point de transition à la délivrance de la médecine du joug de » la matière (*J. Brown*). Ce n'est que dans le temps présent que fleurit le » règne organique de la vie par l'unité de la nature et de l'esprit, pénétré de

(1) DIE ELEMENTE DER NAECHSTEN ZUKUNFT DER MEDIZIN, u. s. w., Berlin, 1828. In-8°.

(2) Même reproche que pour Hecker.

(3) Page 61 et *passim*. Voyez aussi Quitzmann, PHILOSOPHIE DER GESCHICHTE DER MEDIZIN, p. 79.

intensité, à l'étendue et à la rapidité d'apparition de l'éruption qui va se faire sur la peau ou les muqueuses. Rarement on le voit manquer d'une manière complète, du moins quand le médecin, averti de son existence, sait le rechercher en interrogeant convenablement ses malades.

La douleur, mais une douleur spéciale, le constitue à peu près seule. Il importe donc d'en établir soigneusement les caractères. Ainsi :

Le malade éprouve dans la tête une souffrance dont le propre est d'être *perçue comme siégeant dans le cuir chevelu*. Elle se ressent ordinairement plus vive au front ou à l'occiput. Le patient a comme un cercle de fer autour du crâne : il lui semble qu'on le lui étreint dans un étau. En même temps la racine des cheveux paraît être devenue sensible. En percutant même légèrement la peau de cette région, on détermine une impression pénible. — Au bout de peu de jours, cette céphalée, si elle n'est combattue, augmente et peut se convertir en une véritable torture. — Sans vouloir faire de cette remarque un signe pathognomonique, je rappelle que plusieurs de mes malades, parmi lesquels deux étudiants en médecine, m'ont dit avec une singulière similitude d'expression, que ce tourment, s'il s'était prolongé, leur donnait l'idée fixe de se précipiter par la fenêtre.

Notons que l'engorgement des ganglions cervicaux postérieurs accompagne de bonne heure l'invasion de cet accident. En même temps, un malaise général se prononce graduellement. Les masses musculaires principales, aux mollets, à l'épaule, aux avant-bras, sont frappées de lassitudes, d'une faiblesse remarquable. Ce ne sont plus là des douleurs : bien au contraire, le malade tant qu'il reste couché n'éprouve absolument rien. Mais s'il quitte le lit, le premier mouvement lui révèle l'incapacité relative de ses puissances locomotrices. Veut-il marcher, travailler, demeurer debout, tout aussitôt et successivement chaque région sollicitée d'agir refuse le service. Si la volonté persiste et prétend l'emporter, la fatigue se change en une sensation plus pénible, et des crampes douloureuses commandent définitivement le repos.

Du reste, cette prostration particulière du système musculaire a ses degrés, sa progression, ses variétés. Les parties que la profession exerçait le plus sont aussi le plus tôt et le plus fortement atteintes. — Au degré le moins accentué, alors que le malade interrogé croit et dit n'éprouver encore aucune lésion de ce genre, vous n'avez qu'à lui demander s'il se sent aussi agile qu'à l'ordinaire pour monter à la course les marches d'un escalier. Constamment une réponse négative vous apprendra que les muscles peuvent être faiblement atteints, mais qu'ils le sont toujours.

On comprend que cet état de courbature, qui d'ailleurs s'étend au cou, aux reins, etc., puisse simuler le brisement général qui accompagne la fièvre. Aussi beaucoup de malades et quelques médecins en jugent ainsi, comme le mot de *fièvre d'invasion* le prouve. Mais on n'observe ici ni l'accélération du pouls, ni les frissons, ni la chaleur, ni l'anorexie, ni le changement des urines qui coïncident avec un véritable mouvement fébrile. Peu de malades gardent alors le lit ; moins encore oublient un seul de leurs repas.

Cette période spéciale de la syphilis peut, en résumé, se caractériser et se reconnaître :

A. Par l'existence d'un chancre peu de mois auparavant. Communément cet antécédent ne date que de deux à trois mois. Ce laps de temps ne dépasse que très-exceptionnellement six mois. Sur 123 malades affectés de syphilis constitutionnelle, 117 en avaient été frappés dans les six mois expirés à partir du début du chancre, et dans un espace de temps qui, calculé en moyenne, donne pour chacun d'eux onze semaines. (Henri Lee, voy. GAZ. MÉD., 1850, p. 159.)

B. Par la coexistence et de la céphalée et des lassitudes musculaires. Ceci est constant.

C. Par la présence de ganglions sous-occipitaux engorgés.

D. Par l'ensemble des traits qui constituent la description que nous venons de tracer.

E. Enfin par l'influence très-rapidement bienfaisante du traitement tout spécial dont il va être question dans un instant.

C'est à tort qu'on a donné comme signe distinctif l'exacerbation nocturne de ces souffrances. Bien différentes en ceci des douleurs ostéocopes, elles redoublent il est vrai, mais à époques assez irrégulières. Fréquemment l'exacerbation a lieu d'abord durant les heures du milieu de la nuit ; un sommeil tardif vient ensuite les calmer. Mais au réveil elles augmentent encore, pour devenir intolérables vers midi. Voilà la règle ; mais, je le répète, elle n'a rien de la fixité que quelques auteurs ont cru pouvoir lui supposer.

Les symptômes *prodromiques* peuvent quelquefois être masqués par les phénomènes généraux d'un mouvement fébrile accidentel intercurrent. Un paysan de Saint-P... m'en a dernièrement offert l'exemple. Cet homme, à la suite d'un chancre *parfaitement souple*, avait un volumineux bubon, sous-aponévrotique, très-inflammatoire, avec fièvre, maux de tête, sensation de brisement des membres, inappétence, etc. Au milieu de ces altérations, cortége habituel de la fièvre, je fus assez heureux pour parvenir à démêler l'expression spéciale de l'état prodromique ; ceci fut prouvé par l'expérience, puisque la médication appropriée — dont je parlerai tout à l'heure — le débarrassa en deux jours de la partie des symptômes que j'avais jugée être syphilitique. — Peu de temps après une éruption roséolique générale apparut, confirmant encore mieux mon diagnostic.

Si on ne leur oppose aucune médication appropriée, ces douleurs durent une semaine environ avec leur *summum* d'intensité ; puis elles déclinent en intensité et laissent entre leurs exacerbations de plus longs intervalles. Mais alors elles sont sujettes à revenir ultérieurement, et rendent toujours le cours de la syphilis plus pénible à supporter pour les malades.

TRAITEMENT. — La nécessité d'agir directement contre ce symptôme ressort soit de l'incommodité sérieuse qu'il constitue, soit de sa ténacité opiniâtre, s'il n'a pas été attaqué efficacement dès son début. Mais en vain espérerait-on le guérir par l'administration du médicament qui est l'antidote de la syphilis secondaire. Cette pensée est des plus rationnelles, je l'avoue ; mais l'expérience lui donnera autant de démentis qu'on la consultera de fois. Quelque vigoureux, quelque actif, quelque soigneux que soit l'emploi du mercure dans ce cas, ni la céphalée ni les lassitudes n'en éprouvent d'amendement notable. La syphilis suit son évolution ; l'élément douleur s'apaise, il est vrai, peu à peu, de sorte qu'on pourrait expliquer sa disparition par l'action du mercure. Mais cette disparition est lente ; elle n'a pas lieu plus tôt que celle des autres accidents : rien, en un mot, ne dénote là l'effet d'un spécifique. Et l'on est d'autant plus fondé à taxer ici le mercure d'impuissance radicale que, après lui, sous ses yeux, pour ainsi dire, un autre remède va, chez le même malade où il avait échoué, enlever le symptôme en deux ou trois jours.

Sans être périodique, la céphalée a cependant des intermittences très-marquées. Aussi, au début de ma pratique, espérai-je beaucoup contre

---

» l'expérience et de la philosophie (*école de la philosophie naturelle*). Après » ce développement parfait de la matière, l'*âme humaine* seule peut être l'élé- » ment promis de l'avenir prochain de la médecine. »

Cette manière de voir, sauf l'étrangeté des formes, repose assez rigoureusement sur la contemplation des révolutions de la médecine. Mais le système aveugle Damerow ; comme tous les Allemands, il s'abuse sur l'importance de Paracelse, et il fait ressortir sa division fondamentale de la médecine plutôt d'une idée mystique que du caractère positif qui a été imprimé à la science par les découvertes réelles, surtout par celles de la physiologie.

On ne me demandera sans doute pas de prendre au sérieux l'EXAMEN DES DOCTRINES MÉDICALES de BROUSSAIS (1829) (1) ; c'est un pamphlet et non pas un *examen vraiment critique*. D'ailleurs à quoi sert un ouvrage rédigé moins dans l'intérêt de la science elle-même que dans celui d'une théorie personnelle ? Broussais aurait dû se contenter d'être un réformateur, mais il ne devait pas se faire historien pour n'accorder que le mépris, et je dirais presque la haine, à tout ce qui l'avait précédé. Voici toutefois ses principales divisions :

De la médecine avant Hippocrate. — Hippocrate. — Introduction de la médecine à Rome (2). — *Galien — Ce que devient la médecine après Galien. — Paracelse. — Découverte de la circulation* (1). — *Médecine mécanique, mathématique, humorale. — Vitalisme. — Irritabilité. — Influence de Descartes et de Bacon. — Hippocratistes du dix-septième siècle. — Naissance de l'anatomie pathologique. — Nosologistes — Brown.*

Ce qui suit échappe à toute coordination systématique.

On voit que Broussais morcelle plutôt qu'il ne divise philosophiquement l'histoire de la médecine.

Du premier coup, HAMILTON (1831) (2) montre sa critique en commençant l'histoire de la médecine à Adam ; cela pouvait se tolérer encore dans Schultze, mais en plein XIX[e] siècle, on doit se montrer moins ambitieux et ne pas remonter si haut :

1[re] époque, *d'Adam à Hippocrate*. — 2[e] époque, *Hippocrate et ses successeurs*. — 3[e] époque, *de Galien jusqu'à la prise d'Alexandrie par les Sarrasins*. — 4[e] époque, *médecine des Arabes*. — 5[e] époque, *médecine monastique et école de Salerne*. — 6[e] époque, *du dixième au seizième siècle*.

Depuis ce moment l'auteur procède par siècles. On voit quel désordre règne dans cette classification ; il est souvent difficile de distinguer les véritables périodes de simples coupes opérées pour la commodité de l'exposition.

---

(1) EXAMEN DES DOCTRINES MÉDICALES, etc. 3[e] éd. ; 1829-1834. 4 vol in-8°.

(2) Cela est renouvelé de Schultz, de Cabanis et de bien d'autres.

(1) Broussais ne pouvait manquer de reconnaître et d'apprécier convenablement toute l'importance de ce fait.

(2) THE HISTORY OF MEDICINE, SURGERY AND ANATOMY. London, 1831. 2 vol. in-8°.

elle du sulfate de quinine. Je l'associai donc à l'opium dans la formule suivante :

Sulfate de quinine. . . . . 1 gramme.
Extrait thébaïque. . . . . 10 centigrammes.
Pour f. s. a. 18 pilules.

dont je faisais prendre 6 par jour en trois doses (chacune de deux pilules), le matin, à midi, et deux heures avant le coucher.

J'obtins par là des succès presque constants; mais l'effet du remède, quoique manifeste, n'était cependant pas encore assez prompt.

Cette douleur étant essentiellement syphilitique — le mercure, d'autre part, ne pouvant rien sur elle — je dus essayer ce que ferait l'iodure de potassium; et bientôt je vis que le spécifique était trouvé. Avec 3 ou 4 décigrammes de ce sel dans les vingt-quatre heures, la céphalée si pénible diminue dès le lendemain; en deux ou trois jours elle a complètement cédé. Les lassitudes musculaires disparaissent de même. On augmente graduellement la quantité du remède jusqu'à 1 gramme, en ayant soin de le continuer huit ou dix jours de suite, afin de prévenir toute récidive.

Je me borne donc maintenant à l'iodure; dans plus de 100 cas, bien certainement, où je l'ai employé, jamais son efficacité ne m'a fait défaut (j'entends lorsqu'il s'agit réellement de douleurs *prodromiques*; et l'on comprend que ceci est une affaire de diagnostic). Mon collègue, M. Potton, m'a dit en avoir obtenu les mêmes résultats.

Exceptionnellement, et lorsqu'il était question d'une douleur extrêmement vive, j'ai administré simultanément l'iodure et les pilules kino-opiacées précédentes. Mais ma confiance en l'iodure étant allée en augmentant, j'ai de moins en moins souvent eu besoin de recourir à cette association.

Qu'on ne croie pas, pour cela, que ce médicament est le seul à administrer en ce cas. L'iode, je le sais par expérience, n'est rien moins que le spécifique de la période secondaire. Précieux secours contre l'épiphénomène qui en marque le début, il ne faut pas lui demander autre chose. De toute nécessité donc, on doit employer le mercure; et voici comment je procède à cet égard. Tant qu'il n'y a ni roséole, ni autre éruption, ni tubercules muqueux, ni croûtes au cuir chevelu, tant, en un mot, que tout se borne aux phénomènes *prodromiques*, je donne l'iodure seul.

L'un ou l'autre des accidents précédents vient-il à paraître? S'il éclate après que les douleurs ont cessé, je donne le mercure, et rien que le mercure. Si, au contraire, ces accidents se manifestent avant que les douleurs aient à peu près complètement disparu, je prescris, tant qu'elles persistent, l'iodure concurremment avec le mercure. En ayant soin de mettre un intervalle de deux heures entre l'ingestion de l'iodure et celle du mercure, j'évite tout accident, quelle que soit la préparation mercurielle employée. On voit que, sous ce rapport, je suis en divergence absolue avec l'opinion que mon collègue M. Rodet a soutenue dans son remarquable travail (DES ACCIDENTS QUI PEUVENT RÉSULTER DE L'EMPLOI DE L'IODURE DE POTASSIUM ET DES MOYENS DE LES PRÉVENIR. — GAZ. MÉD., 1847, p. 904). Des faits nombreux, établis par moi dans le but spécial de vérifier la doctrine de M. Rodet, m'ont prouvé que l'on peut, sans danger, donner l'iodure et le mercure même à très-fortes doses, même pendant fort longtemps, pourvu qu'on observe la précaution très-simple de ne déposer ces deux médicaments dans l'estomac que un peu de temps l'un après l'autre. C'est une question sur laquelle je me réserve de revenir ultérieurement, en publiant ces observations.

§ II. — DOULEURS CHLOROTIQUES.

C'est un effet ordinaire de la chlorose de produire des lassitudes, des maux de tête, de la cardialgie, le dégoût de tout exercice, etc. Or de tels phénomènes sont à peu de chose près les mêmes que ceux que je viens de décrire sous le nom de *douleurs prodromiques*. Ces douleurs — dont j'ai cru devoir faire un produit direct de la vérole — ne seraient-elles donc qu'une suite de l'état chloro-anémique qui complique parfois l'intoxication syphilitique constitutionnelle?... Cette supposition se présente assez naturellement à l'esprit. Néanmoins, je ne la crois pas fondée, et voici mes motifs :

1° Pour développer de tels symptômes, au degré d'intensité où ils éclatent chez le syphilitique, il faudrait une chlorose déjà prononcée et un peu ancienne. Or la chlorose n'existe pas chez tous les syphilitiques; et presque tous présentent, plus ou moins accentués, ces phénomènes que nous avons nommés *prodromiques*.

2° La chlorose, quand elle se lie à la vérole, n'apparaît qu'un peu tard, à une certaine époque de la période constitutionnelle; tandis que les symptômes dont il s'agit naissent de très-bonne heure, forment invariablement le premier chaînon de la phase secondaire.

3° Si ces symptômes dépendaient de la chlorose, on devrait trouver, en même temps qu'eux, les autres désordres apparents que cette maladie entraîne. Et, au contraire, les troubles *prodromiques* se déclarent au sein de la plus belle santé, sur un sujet jusque-là entièrement sain, et sans aucune autre des lésions propres à la chlorose.

4° Enfin (et ce trait, qui complète le diagnostic différentiel, nous ramène par une transition naturelle au sujet de ce paragraphe) il existe, chez les syphilitiques, des symptômes *chlorotiques* ressemblant, il est vrai, aux prodromiques, mais en différant néanmoins par des particularités bien tranchées.

En effet, depuis l'éveil que M. Ricord leur a donné sur ce point, tous les médecins connaissent et savent distinguer l'anémie particulière que la diathèse syphilitique engendre. Mais ordinairement cette complication ne se révèle que par la décoloration des téguments, un certain degré de débilitation générale, quelques palpitations, un peu de disposition à l'essoufflement. Plus rarement, on la voit donner lieu à des désordres du côté du système nerveux. Néanmoins, lorsqu'elle est portée un peu loin, la *défibrination* du sang développe, dans ce cas comme quand elle se lie à l'aménorrhée, ces douleurs vagues dans la tête et les membres, ces lassitudes lombaires, la mélancolie, les névralgies diverses qui font partie de son tableau symptomatologique classique. L'origine et la nature de ces phénomènes est du reste clairement prouvée par la promptitude de leur disparition sous l'empire de la médication ferrugineuse spécifique. L'observation suivante, qui complétera l'ensemble des données relatives à ce sujet, fournit un exemple nettement tranché de la réalité incontestable des douleurs chlorotiques, chez les syphilitiques.

OBS. — M. B., âgé de 26 ans, avocat à Paris, vint me consulter vers la fin de juillet 1850. Il avait eu, deux mois auparavant, au delà de la couronne du gland, un chancre induré qui s'était cicatrisé depuis quinze jours, mais dont la trace était encore reconnaissable à la dureté spéciale de la partie affectée. — Trois semaines avant de se présenter chez moi, il s'était aperçu d'une douleur assez

---

SCHULTZ (1831) (1), suivi en grande partie par WERBER (1835) (2), comme tous les auteurs allemands, aime toujours à s'envelopper dans l'*idée*; il fait en conséquence de Paracelse le point de départ de la reformation moderne, et ses deux grandes périodes répondent aux deux *cycles* de Kieser. Il est bien vrai, comme il le dit, que la réforme de Paracelse (3) ne fut pas un simple rétablissement de la science antique, qu'elle avait au contraire pour but d'aller au delà des limites tracées par les Grecs et de détruire la fausse croyance en la vérité absolue, unique, des anciens; ce fut *le réveil de la force indépendante;* mais ce réveil, je ne cesserai de le répéter, était plus fait pour embarrasser le développement de la science que pour le hâter, puisqu'il ne reposait pas sur une connaissance positive plus avancée que celle des anciens.

LESSING (1838) (4) est utilitariste. Sans s'occuper du développement intérieur de la science et de la raison de ce développement, il s'attache à faire connaître le moment précis des découvertes et des inventions médicales, à relater les faits extérieurs et à tout ce qui se rattache aux institutions, à l'enseignement et aux sciences accessoires; il est donc essentiellement *pragmatique;* il a accepté sans modification les divisions de Hecker. Du reste, pour certaines parties, particulièrement pour l'histoire de la médecine dans le Bas-Empire, son livre a un mérite incontestable.

(1) DIE HOMOEOPATISCHE MEDIZIN DES PARACELSUS IN IHREN GEGENSATZE GEGEN DIE MEDIZIN DER ALTEN. Berlin, 1831. In-8°.

(2) UEBER GEGENSATZ, WENDEPUNKT, UND ZIEL DER HEUTIGEN PHYSIOLOGIE UND MEDIZIN ZUR VERMITTLUNG DER EXTREME DER ALLOEOPATHIE UND HOMOEOPATHIE. Stuttgard, 1835. In-8°.

(3) Schultz a très-bien caractérisé la médecine homœopathique en la représentant comme une tendance *hyperparacelsique.*

(4) HANDBUCH DER GESCHICHTE DER MEDIZIN. Berlin, 1838. In-8°.

BOSTOCK (1835) (1), dans un précis d'ailleurs estimable, quoique fait entièrement de seconde main, s'en tient à peu près à la division purement chronologique en période ancienne, du moyen âge et moderne; la période moderne commence pour lui avec la philosophie inductive (*école anglaise*).

M. KUEHNHOLTZ (1836) (2) divise l'histoire de la médecine en huit époques : 1° *temps antérieurs à Hippocrate;* 2° *Hippocrate;* 3° *médecins grecs depuis Galien jusqu'à la fondation de l'École de Montpellier* (12.0); 4° *depuis cette fondation jusqu'à Paracelse;* 5° *de Paracelse à Harvey;* 6° *depuis Harvey jusqu'au dix-huitième siècle;* 7° *dix-huitième siècle;* 8° *dix-neuvième siècle.*

On voit que le docte bibliothécaire de Montpellier n'échappe à presque aucun des reproches que j'ai adressés aux autres historiens; de plus, il a eu, suivant moi, le tort de prendre un accident tout à fait secondaire, *surtout à cette épo-*

(1) SKETCH OF THE HISTORY OF MEDICINE (extrait de CYCLOPÆDIA OF PRACTICAL MEDICINE). London, 1835. In-8°.

(2) COURS D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE ET DE BIBLIOGRAPHIE MÉDICALE PROFESSÉ EN 1836, Montpellier, 1837. In-8°.

vive au gosier, surtout en avalant; mais il ne réclama pour ce symptôme aucuns soins médicaux.

Enfin, depuis huit jours environ, il souffrait de maux de tête opiniâtres, et ressentait dans les membres, surtout vers les poignets et aux jarrets, tantôt des picotements, tantôt de véritables douleurs avec élancements intérieurs, douleurs que l'exercice augmentait. Aussi recherchait-il le repos et la solitude. Découvrant en même temps une roséole générale qui ne faisait que de paraître, et des tubercules muqueux aux amygdales, je crus avoir mis le doigt sur la plaie, et n'hésitai pas à promettre à mon client la prompte guérison, par l'iodure de potassium, de ces accidents que je jugeai être *prodromiques*.

Je m'étais trop avancé. De retour dans mon cabinet au bout de huit jours, il me dit que son état, sous ce rapport, n'avait fait qu'empirer. Il avait cependant pris d'abord 4 décigr., puis 7, et enfin les trois derniers jours, 1 gramme d'iodure, et en même temps trois cuillerées à café par jour de liqueur de Van Swieten. — Il me dit alors que, depuis l'âge de 17 ans, il était sujet à des douleurs articulaires, revenant de temps en temps, et qui avaient été causées la première fois par un refroidissement subi pendant une chasse au marais. Ces douleurs, qu'il attribuait au rhumatisme, différaient cependant un peu des symptômes actuels; car 1° elles n'attaquaient jamais que les articulations, et non la tête; 2° elles ne paraissaient qu'à intervalles de plusieurs mois et sous l'influence de refroidissement; 3° elles étaient moins pénibles et surtout moins continues que celles-ci, qui duraient déjà depuis quinze jours.

Quoi qu'il en fût des différences alléguées, je vis dans ce commémoratif une indication qui pouvait avoir son utilité. Je suspendis donc l'iodure de potassium, démontré manifestement impuissant : je continuai le mercure, et prescrivis, en outre, contre le rhumatisme supposé, trois bains de vapeur à la russe, de deux en deux jours.

Avant le troisième, mon pauvre client revenait toujours de plus en plus souffrant. Pâle, affaibli, tourmenté de spasmes gastralgiques, il n'avait gagné par les sueurs abondantes de ces deux bains qu'un redoublement des premiers symptômes. Éclairé enfin par l'aspect général de son habitus, je diagnostiquai une complication chlorotique et prescrivis, en conséquence, 8 décigrammes par jour de citrate de fer, à prendre en trois fois dans de l'eau gazeuse (de Saint-Galmier). L'effet en fut aussi prompt que favorable. Au bout de trois jours, M. B. vint plein de joie m'informer d'un changement, que déjà, à première vue, j'avais aperçu sans peine. Retour de l'appétit et des forces, teint plus naturel, diminution marquée des douleurs de la tête et des membres, tels étaient les résultats obtenus en si peu de temps. — Le fer fut encore donné pendant quinze jours à doses croissantes. Après ce temps, tout signe d'anémie ayant disparu, je continuai et continue encore aujourd'hui (7 septembre) l'usage exclusif de la même préparation mercurielle.

Trop d'hésitations avaient précédé ma dernière prescription pour que j'ose me féliciter bien haut du succès qui lui fut dû. Mais ces retards même, et les médications peu rationnelles que j'essayai d'abord forment une sorte de contre-épreuve qui, jointe à l'action héroïque des ferrugineux, ne saurait laisser aucun doute sur la nature chlorotique des douleurs auxquelles j'avais affaire.

(*La fin au prochain numéro.*)

MATIÈRE MÉDICALE.

DES PRÉPARATIONS D'OR, SOUS LES POINTS DE VUE CHIMIQUE ET PHARMACEUTIQUE; par MM. A. LEGRAND, docteur en médecine, et D... (1), maître en pharmacie.

Lorsque l'un de nous publia dans ce journal son mémoire : DE L'ACTION DES PRÉPARATIONS D'OR SUR NOTRE ÉCONOMIE (Voy. GAZ. MÉD., nos. 51 et 52 de l'année 1847), plusieurs médecins parurent regretter qu'elles fussent peu connues, quant à leur mode de préparation et d'administration; c'est cette lacune que nous allons combler aujourd'hui.

On emploie maintenant six préparations qui ont l'or pour base; 1° le métal pur ou l'or divisé; 2° et 3° deux oxydes, l'*oxyde d'or par la potasse*, ou l'*or potassique* et l'*oxyde d'or par l'étain*, ou *stannate d'or*; 4° un sulfure, le *sulfure d'or*, introduit tout récemment dans la thérapeutique par le docteur A. Legrand; 5° et 6° deux sels, le *perchlorure d'or et de soude* et le *cyanure d'or*.

1° L'*or divisé*, qui est la préparation la plus douce, et cependant la plus puissante, mais aussi la plus coûteuse, l'or divisé peut s'obtenir de deux façons : par un procédé mécanique et par la voie chimique.

En effet, à l'aide d'une lime très-fine, on peut réduire en poudre presque impalpable un lingot d'or sur la pureté duquel on puisse compter. On peut se servir avec autant d'avantage des ducats de Hollande, qui sont connus pour ne renfermer aucun alliage. Ce procédé entraîne une grande perte de temps et aussi une assez grande perte de métal; de sorte que la poudre aurifère ainsi préparée deviendrait fort coûteuse : aussi faut-il n'avoir généralement recours, pour se procurer cette préparation, ainsi que toutes les autres, qu'à la voie chimique.

Pour obtenir toutes les préparations d'or, la première opération à laquelle il faille se livrer (et ce n'est pas la moins importante) est d'obtenir la solution de ce métal. Tout le monde sait, quoiqu'il soit attaqué par un mélange d'acide chromique et d'acide hydrochlorique, et qu'il se dissolve bien dans le chlore seul, tout le monde sait, disons-nous, que son véritable dissolvant est l'acide hydro-chloro-nitrique, anciennement appelée *eau régale*.

On prend donc :

Or pur, laminé et divisé en petits fragments. .	1	partie.
Acide hydrochlorique à 22° — 1,17 de densité.	3	—
Acide nitrique à 22° — 1,26 de densité	1	—

L'or étant introduit dans un matras à col long et étroit, on verse dessus l'eau régale et on laisse la dissolution s'opérer à froid; ce qui demande un peu de temps. Quand elle est accomplie, on a un liquide d'un beau jaune doré, sans aucune espèce de dépôt, si l'or employé était parfaitement pur; ou autrement, avec un dépôt de chlorure d'argent, ce qui exige qu'on le décante avec précaution. Ce liquide est le *muriate d'or acide*, employé

(1) Je regrette sincèrement qu'un sentiment exagéré de modestie ait engagé l'honorable pharmacien, que j'ai nécessairement dû m'associer pour la rédaction de cette note, à garder l'anonyme; mais j'ai dû respecter à ce sujet sa volonté nettement exprimée. (NOTE DE M. LE Dr A. LEGRAND.)

que, je veux dire la fondation de l'école de Montpellier, comme limite extrême d'une période.

QUITZMANN (1837) (1), imbu des idées de Herder et de Ast, partant de la considération du développement des organismes vivants, et en particulier des végétaux, et aboutissant à la philosophie naturelle, admet les périodes suivantes. La médecine paraît, dans la première période (*à son degré du germe*), comme une véritable *médecine théurgique*, non séparée en art et en science, comme elle existe encore de nos jours chez les peuples de l'Orient. Dans la seconde période (*à son degré de formation*), la *médecine réaliste* de l'antiquité classique, s'élevant à une existence indépendante de la superstition, s'occupe d'abord de rassembler et de mettre en ordre les fruits de l'expérience; elle se caractérise par une observation exacte (?), par une conception fidèle (?) et un talent pratique : c'est l'*art de guérir*. La médecine réaliste prend son point de départ dans la religion (première division : *médecine mystique*), jusqu'à ce qu'Hippocrate, en rassemblant toutes les observations, fonde la théorie de l'humorisme (1) qui devient un système réaliste dans le *dogmatisme* (seconde division). Nous voyons opposé à ce dernier le *solidisme* des *méthodistes* (troisième division) qui représente, dans ce degré, l'idéalisme, par sa tendance à jeter des bases scientifiques (?); l'*éclectisme* de Galien (quatrième division) est le produit de l'assimilation intime et de la pénétration de les principes. La médecine réaliste, après s'être développée de cette manière, reprit sa marche rétrograde par suite de la séparation de ses facteurs.

Dans la troisième période (*à son degré de floraison*), la *médecine idéaliste* de l'ère chrétienne est opposée à cette tendance réaliste-pratique de la médecine. La médecine idéaliste caractérisée par la prépondérance partielle de la connaissance, serait la *science de guérir*. Elle aussi commence (à la première division) par la *médecine mystique* des moines jusqu'à ce que Paracelse, en aplanissant le sol par la destruction de la médecine galéno-scolastique, prépare une forme rajeunie de cette science. Mais comme la science se sépare en deux tendances, selon qu'elle considère l'objet dans son caractère *réaliste-égoïste* ou dans son essence *idéale*, éternelle, le *matérialisme* paraît (dans la seconde division), et encore sous une double face, dans les écoles chimiatrique et iatro-mécanique, selon qu'on envisage les rapports chimiques ou mécaniques de la matière. Les *écoles dynamiques* (troisième division) sont opposées aux écoles

(1) VON DEN MEDICINISCHEN SYSTEMEN IN IHRER GESCHICHTLICHEN ENTWICKLUNG. München, 1837. In-4°. — VORSTUDIEN ZU EINER PHILOSOPHISCHEN GESCHICHTE DER MEDIZIN. Karlsruhe, 1843. In-8°. — Je me suis servi plusieurs fois avec fruit de cet ouvrage, profondément pensé, pour l'appréciation de certaines doctrines qui m'étaient peu familières.

(1) On voit par la lecture des philosophes anté-socratiques qu'Hippocrate n'est point l'inventeur de cette théorie presque aussi ancienne que la physiologie.

par l'un de nous (1), et plus tard par M. Pétrequin (2) comme caustique. La solution d'or dans l'eau régale, évaporée avec soin une première fois au bain-marie, est reprise trois ou quatre fois par l'eau distillée et évaporée de nouveau (après l'avoir filtrée la première fois), elle donne de beaux cristaux de couleur topaze, mais fort humides et fort deliquescents. C'est ce deutochlorure que Chrestien employa pour ses premiers essais, mais auquel il ne tarda point à renoncer à cause de sa causticité et de sa déliquescence, ainsi que de sa trop grande activité.

L'or est précipité de sa dissolution par presque tous les corps de la nature (nous en excepterons cependant les acides minéraux). Cette précipitation s'opère difficilement en entier, si un excès d'acide s'oppose à ce qu'elle soit complète. Aussi, évaporer plusieurs fois la première solution aurifère, afin de la rendre la plus neutre possible, en même temps qu'on l'étend de beaucoup d'eau; aussi sont-ce là des moyens d'obtenir facilement des précipités abondants.

Nous allons maintenant exposer les meilleurs procédés pour obtenir, avec cette première solution aurifère, les divers produits employés en médecine.

Or divisé. — On prend du perchlorure d'or préparé comme il a été dit plus haut, et on le fait dissoudre dans

Eau distillée. . . . . 100 parties.

On filtre et on fait une seconde dissolution avec

Oxalate de potasse neutre. . . . . . . 2 parties
Eau distillée . . . . 40 —

On filtre et on verse en une seule fois dans la dissolution aurifère. Quand la réaction, qui s'établit presque immédiatement, est tout à fait cessée, on décante et on obtient un nouveau précipité en versant à plusieurs reprises une solution d'une partie d'oxalate dissous dans 40 parties d'eau (3). Les deux précipités réunis seront traités par l'acide nitrique concentré, qu'on étendra peu à peu de beaucoup d'eau. Ce procédé offre de grands avantages sur tous les autres: il est expéditif, peu coûteux, n'entraîne presque pas de perte et donne un très beau produit. Il n'en est pas de même si on emploie le protosulfate de fer. Quant au procédé par l'*amalgame*, il est plus coûteux, et on doit tenir compte, pour s'abstenir d'en faire usage, de l'opinion de Foorcroy, qui pense que le mercure n'est jamais entièrement dissous par l'acide nitrique et que l'or en retient toujours quelques parcelles.

Oxyde d'or par la potasse. — Cet oxyde est le plus difficile à bien préparer; il est aussi le plus coûteux. Il demande surtout une grande habitude pour être bien préparé, car sa préparation exige un certain *tour de main* qu'il est presque impossible de décrire.

Le perchlorure d'or obtenu précédemment (1 partie) est dissous dans

Eau distillée . . . . 75 parties.

On filtre et on prépare une solution alcalin avec

Potasse caustique . . . . 1 partie.
Eau distillée . . . . 40 —

On filtre aussi et on verse peu à peu une partie dans la solution aurifère jusqu'à ce que celle-ci, perdant sa couleur jaune dorée, ait pris une teinte rouge brunâtre. On laisse agir pendant vingt-quatre heures, en agitant de temps à autre le vase qui contient les liqueurs. On recueille alors sur un papier joseph le précipité formé, qui est très-volumineux; on expose ensuite pendant une demi-heure la liqueur filtrée à une température de 40° centigrades; il se forme un nouveau précipité qu'on réunit au premier. Il est bon d'essayer à plusieurs reprises la liqueur aurifère par la solution alcaline et par la chaleur, afin de ne pas éprouver de perte. L'eau mère contient encore de l'or en dissolution, car il n'est guère possible d'obtenir plus de 2 grammes d'oxyde sur 4 grammes d'or dissous; mais en essayant cette même eau mère par le proto-hydro-chlorate d'étain, on obtiendra un nouveau précipité dont nous ne tarderons point à nous occuper. Il faut donc bien se garder de jeter cette eau-mère, pas plus que toutes les *eaux-mères* des autres préparations aurifères.

L'oxyde d'or par la potasse, obtenu par le procédé que nous venons d'indiquer, est lavé avec de l'eau distillée bouillante jusqu'à ce que les eaux de lavage n'entraînent plus de chlorure d'or; mais il faut que de lavage soit fait rapidement. Vanquelin a en effet reconnu le premier que cet oxyde était en partie soluble dans l'eau, et il nous est arrivé une fois, dans quelques essais de fabrication, de voir disparaître, en les lavant, 4 à 5 grammes de cet oxyde. Il faut faire sécher l'oxyde d'or par la potasse à l'air libre et à l'ombre, puisqu'il suffit d'une température peu élevée pour le rédoire. Lorsqu'il est parfaitement sec, on le porphyrise légèrement.

M. Chamayon pense, et nous sommes assez disposés à partager son opinion, quoique nous n'ayons point expérimenté le procédé qu'il propose, qu'il serait préférable d'employer la magnésie dans la préparation de ce premier oxyde, comme en devant fournir one plus grande quantité avec plus de facilité dans le procédé que nous allons exposer.

Le chlorure d'or (une partie) obtenu précédemment est dissous dans

Eau distillée. . . . . 75 parties.

On fait chauffer cette dissolution avec un excès de magnésie, qui s'empare de l'acide hydrochlorique et précipite l'oxyde d'or en se précipitant en même temps en partie. Ce précipité, bien lavé, est traité avec de l'acide nitrique étendu d'un peu d'eau, qui dissout à l'instant même toute la base terreuse; on décante et on lave jusqu'à ce que les eaux de lavage n'aient plus de saveur acide, puis on fait sécher le précipité à l'étuve. Ce procédé est, sans nulle espèce de doute, le meilleur pour obtenir l'oxyde d'or, et en employant un excès de magnésie, il reste peu d'or dans la liqueur.

Oxyde d'or par l'étain ou stannate d'or (1). — C'est la préparation

(1) Note sur un nouveau caustique, par le docteur A. Legrand. (Voy. Bull. gén. de thérap., t. XII, p. 168.)

(2) Mémoire sur l'emploi du chlorure d'or dans le traitement (local) du lupus excedens, etc. (Voy. Revue méd., sept. et oct. 1848, p. 45.)

(3) Nous pensons qu'on ferait bien d'essayer avec ce même réactif les solutions aurifères qu'on aura employées pour obtenir d'autres préparations d'or.

(1) Il résulte des dernières recherches de Figuier, qui viennent confirmer celles beaucoup antérieures de Berzélius, que ce composé est une combinaison parfaitement définie de *protoxyde d'or* et d'*acide stannique* ou peroxyde d'étain. On le prouve incontestablement, puisqu'on obtient directement ce sel en faisant bouillir pendant quelques minutes le protoxyde d'or avec une dissolution de peroxyde d'étain dans la potasse. (Journal de pharm. et de chim., 3e sect., 3e ann., t. V, p. 449.)

précédentes, jusqu'à ce que les unes et les autres, après s'être développées dans toutes les directions et après avoir alternativement prédominé, se pénètrent enfin entre elles dans l'intuition et la connaissance uniquement vraie de la nature et élèvent la science à une organisation harmonique dans l'*idée* de la philosophie naturelle (quatrième division).

Tout en admettant, avec Quitzmann, que l'idée du développement organique de la science doit présider à la classification des périodes de l'histoire, je lui reprocherai d'abord d'avoir pris son point de départ en dehors de la science elle-même; il lui a fallu forcer les analogies et les rapprochements, établir un parallélisme qui pèche trop souvent par l'inexactitude, la confusion et une recherche outrée des conceptions systématiques. Il est vrai la science a, comme les êtres organisés, des phases de développement, mais non pas les mêmes phases. Les quatre degrés de croissance reconnus par l'auteur ne répondent pas à la marche ascendante de la médecine, si on considère les faits dans leur totalité. Il en résulte que Quitzmann a embrassé dans un même coup d'œil des périodes fort différentes d'aspect, et qu'il a méconnu le vrai caractère de certaines, par exemple, de celle que j'ai appelée *période de conservation* (sixième), et dans laquelle la médecine *mystique des moines* et la médecine grossièrement superstitieuse des barbares, jouent en quelque sorte le rôle de la mythologie, au berceau de la médecine. Du reste, cette période peut bien être aussi appelée une période de seconde origine; la médecine grecque avait déposé un germe qui, pendant le moyen âge, paraît s'enfouir de plus en plus dans les profondeurs de l'histoire, et qui tout à coup reparaît plein de sève et de vie.

En troisième lieu, M. Quitzmann a pris pour base de périodes secondaires quelques systèmes et non pas tous les systèmes; il les a considérés, en quelque sorte comme se succédant, tandis qu'ils coexistent. Les systèmes sont des manifestations de la force plastique de la médecine, si je puis me servir de cette expression, ils aident à son développement, mais, je ne cesserai de le répéter, ne sont pas le développement lui-même.

J'ajoute encore une réflexion. Quitzmann, qui a reconnu quatre degrés de croissance dans les organismes vivants, y admet aussi quatre degrés de décroissance; mais pour la médecine, quand il est arrivé au summum de la croissance, il est obligé de s'arrêter et de laisser le reste dans l'*avenir* ou le *devenir*. Il paraît aussi présupposer que la science passera aussi par ces quatre degrés, mais sur ce point nous ne pouvons pas même former de conjectures. Je me suis expliqué plus bas sur cette question.

Friedlander (1838-39) (1) est assurément l'un des historiens le plus systématiques; son principe est que la médecine, née de la foi religieuse, comme une idée réparatrice, est fondée primitivement sur la conception de la force *médicatrice* de la nature et de l'esprit. Du reste, avant lui Windischmann (voyez plus haut), Ringseis (dans ses ouvrages de pathologie) et surtout M. Henschel (2) avaient admis l'idée religieuse comme fondamentale dans l'histoire de la médecine. Pour ce dernier, le besoin, le désir du salut (*bien-être*) physique ne pro-

(1) Vorlesungen ueber die Geschichte der Heilkunde. Leipzig, 1838-39. 2 v. in-8°.

(2) Ueber den Charakter der Medizin bei den ältesten Völkern. Breslau, 1835. In 8°.

la plus facile à obtenir et la plus avantageuse. Voici comment il faut procéder.

Le chlorure d'or obtenu précédemment (une partie) est dissous dans

Eau distillée. . . . . 2,000 parties.

On prépare une autre dissolution avec :

Proto-hydrochlorate d'étain. . . 2 parties.
Eau distillée. . . . . 100 —

On filtre, et on allonge la solution de 400 parties d'eau distillée. On en verse une partie dans la liqueur aurifère, et il se produit instantanément un précipité de couleur de vin très-intense. En tâtonnant, on arrive à ne plus obtenir de précipité, malgré l'addition de nouvelles quantités de réactifs. Quand le précipité est bien établi, on décante, puis on lave à plusieurs fois avec l'eau distillée; on met égoutter sur un filtre, puis on fait sécher promptement.

Il importe beaucoup, pour bien préparer ce dernier oxyde, qui est fort connu et fort employé dans les arts sous le nom de *pourpre de Cassius*, d'avoir une dissolution d'étain qui soit à un degré constant d'oxydation, sans quoi le produit varierait dans sa nature et dans sa qualité. On obtiendra cette dissolution toujours égale en dissolvant des lames d'étain dans l'acide hydrochlorique à 12 degrés, filtrant et évaporant jusqu'au point de cristallisation. Ce sont ces cristaux qui servent à faire la solution indiquée plus haut. La quantité d'oxyde obtenue dans l'opération que nous venons d'indiquer paraît dépendre beaucoup du plus ou du moins d'eau ajoutée aux dissolutions d'or et d'étain. Ainsi 4 grammes d'or, dont la dissolution fut étendue de 10 litres d'eau mêlée à une dissolution d'étain aussi fort étendue, a donné plus de 20 grammes de précipité pourpre très-beau.

Cette préparation d'or est fort stable, fort active et d'un emploi très-commode.

(*La fin au prochain numéro.*)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

DE LA VARIOLE ET DE SES COMPENSATIONS; par M. H. CARNOT.

Monsieur,

L'intérêt que vous prenez à la recherche des vérités utiles, ainsi qu'au perfectionnement de l'art de guérir, m'est garant que vous ne refuserez pas un bienveillant accueil dans la GAZETTE MÉDICALE à la communication suivante. Vous n'êtes pas, je me plais à citer vos propres expressions, « de *ceux qui reculent devant la vérité, tout opposée qu'elle puisse être à leurs croyances.* »

Dans la comparaison de la mortalité de la France, *avant et depuis la vaccine*, je n'ai traité que la question économique et militaire, parce que l'initiative du problème *médical* me semblait revenir *de droit* à l'Académie de médecine. Ma réserve a été méconnue et qualifiée d'un autre nom, dans le rapport sur les vaccinations de 1848. — « M. H. Carnot, y est-il dit, ne regarde qu'au résultat et s'abstient *prudemment* d'entrer dans les détails des *compensations.* »

Sensible à cette observation du docte rapporteur, je reprends donc la plume et vais faire connaître, non en physiologiste, mais en *calculateur*, sur le témoignage de documents authentiques et officiels, quelles sont les *compensations* de la variole.

Tel est l'objet des trois propositions suivantes :

PROPOSITION PREMIÈRE.

En moins de cinquante ans, la mortalité a doublé dans les rangs de la population de 20 à 30 ans.

DÉMONSTRATION.

DEPARCIEUX, membre de l'Académie des sciences au dix-huitième siècle, travaillant d'après les résultats de deux tontines qui avaient longtemps fonctionné, comptait, en 1746, 80 décès entre 20 et 30 ans sur 814 jeunes gens âgés de 20 ans, soit 982 pour 10,000, — *au maximum*, 10 pour 100.

A cette époque, le nombre des jeunes gens de 20 à 21 ans était, en France, la moitié du nombre des nouveau-nés (Duvillard). Il suit de là que sur *mille* décès généraux, on en comptait 49 entre 20 et 30 ans.

Ce résultat, trouvé par Deparcieux en 1746, est corroboré avec une rigoureuse exactitude par le mouvement de la population française dans l'an X, (1802), *année de paix*, pendant laquelle on compta 44,280 décès de 20 à 30 ans sur 904,692 décès généraux, soit 49 pour 1,000.

(N° 109 du MONITEUR de l'an XI; — n° 22 des ANNALES STATISTIQUES.)

Vers l'année 1760, Dupré de Saint-Maur, membre de l'Académie, et Buffon constatèrent *à Paris*, d'après le registre des paroisses de la ville, 693 décès de 20 à 30 ans sur 13,189 décès généraux, soit 52 et demi pour 1,000.

Tel était le rapport *nécrologique* entre la France et sa capitale! — 0,97.

PASSONS MAINTENANT A L'ÉPOQUE ACTUELLE.

Le MONITEUR du 21 décembre 1848 donne pour chiffre *officiel* de la mortalité *moyenne annuelle des troupes, dans l'intérieur* de la France, 2 pour 100; ce qui par conséquent donne pour la mortalité, entre 20 et 30 ans, — 20 pour 100.

Chiffre double de celui de Deparcieux!

En outre, les relevés de l'état civil pendant l'octaétéride (1840-1847), *à Paris*, indiquent, par une moyenne prise sur plus de 200,000 décès généraux, une mortalité, entre 20 et 30 ans, de 132 pour 1,000.

Chiffre deux fois et demi plus fort que celui de Buffon!

(Voir la PATRIE du 13 octobre. — La SEMAINE (22 au 28 septembre 1850) donne 142 pour 1,000.)

Notre première proposition n'est donc pas contestable.

PROPOSITION DEUXIÈME.

Les maladies des voies aériennes, dites maladies du poumon, n'ont pas augmenté parmi les jeunes gens de 20 à 30 ans.

DÉMONSTRATION.

En 1817, sur 967 décès de jeunes hommes de 20 à 30 ans, on compte 340 décès par maladies du poumon, soit 35 pour 100.

vient pas d'un besoin matériel, mais de la foi même. Cette manière de voir n'a pas servi à M. Henschel à systématiser tout l'ensemble de l'histoire de la médecine, mais seulement à caractériser la médecine chez les peuples les plus anciens, ce qui est fort différent. Dans ce sens la théorie est rationnelle jusqu'à un certain point; c'est la transformation philosophique de cet axiome qui fait le fond des premières histoires : la *médecine vient de Dieu* (*medicina ex Deo*). Moi je dirai, avec Hippocrate : *Tout est divin et tout est naturel.*

Voici comment s'exprime M. Friedlander, qui du reste ne fait guère que paraphraser Damerow :

« La médecine de l'antiquité se caractérise par une *tendance vers le général*, » par une observation matérielle, grandiose. Dans les écoles, la matière (*empirisme*, la forme (*méthodisme*) et l'essence (*pneumatisme*) de la vie se » mirent successivement à la tête de la théorie; elles se réunissent dans celles » d'Hippocrate et de Galien : dans la première, par l'intuition vivante de l'esprit de la nature; dans la seconde, par la jonction artistique des expériences » et du savoir accumulés pendant des siècles. Après que le XVIe siècle eut » essayé de vivifier du dedans au dehors l'essence de la nature par un principe » spirituel idéal, la tendance généralisatrice fut nécessairement suivie par la » tendance *individualisante (vers l'individuel, le particulier)*; en cela les » sciences naturelles servirent de modèle, d'exemple à la médecine. D'abord » ce fut le côté matériel et superficiel qui prévalut (*chimisme* et *mécanisme*, » Sylvius et Borelli); enfin la triade éminente (le triumvirat médical du dix-huitième siècle) des systèmes de Stahl, de Fr. Hoffmann et de Boerhaave, pour lesquels le mouvement était l'expression la plus immédiate de la vie, amenait un » nouveau développement de la médecine qui passait à une conception plus nette » et plus libre de la vie. »

« La vie du genre humain, dit HEUSINGER (1839) (1), n'est pas composée d'événements, de manifestations incohérentes, mais c'est une loi universelle » qui détermine le développement du genre humain et de chaque peuple. De » même que pour le développement de chaque homme individuel, *sa véritable* » *signification ne saurait être reconnue qu'en envisageant l'ensemble de* » *toutes ses manifestations*; de même la véritable essence de toute science » et par conséquent de la médecine ne saurait se reconnaître que par la conception consciencieuse et exempte de préjugés de toutes les manifestations de » sa *Genèse* et de son *Être*. En conséquence l'histoire universelle du genre » humain doit nous fournir le fil qui nous guide à travers l'histoire de la » médecine et de ses périodes. Mais considérant que de nombreuses divisions » du peuple primitif (des *Arii*) se sont éteintes sans être parvenues à un haut » degré de civilisation, l'histoire de la médecine ne doit s'occuper que des peuplades des races arique et caucasienne qui ont en effet contribué à la culture » de la science. La civilisation d'un peuple se manifeste dans sa *langue*; elle » en est non-seulement l'expression, mais elle donne aussi à l'historien des » éclaircissements positifs sur l'origine, la parenté et les transitions de civilisation de chaque peuple. »

(1) GRUNDRISS DER ENCYCLOPÆDIE UND METHODOLOGIE DER NATUR UND HEILKUNDE. Eisenach, 1839, in-8°.

(Recherches statistiques, année 1821, imprimerie royale, numéros 20 et 34, département de la Seine.)

D'un autre côté, et vingt et un ans après, dans ce même département : (Statistique médicale de l'hôpital militaire du Gros-Caillou, 1842, p. 83 et 87.)

En 1838, le docteur Michel, médecin en chef de l'hôpital du Gros-Caillou, enregistra dans sa statistique médicale 491 décès annuels de militaires de 20 à 30 ans, dont 159 décès par suite de maladies des voies aériennes ou du poumon, soit 32 pour 100.

Notre deuxième proposition est donc démontrée par les faits et fournit le corollaire suivant :

Les affections des voies aériennes n'ont aucune part à l'accroissement de la mortalité de la jeunesse, depuis trente ans au moins.

PROPOSITION TROISIÈME

ET CONCLUSION.

L'accroissement de la mortalité, entre 20 et 30 ans, reconnaît pour ses causes IMMÉDIATES *les maladies des voies digestives, telles que gastrites, entérites, fièvres typhoïdes, etc.*

DÉMONSTRATION.

Ainsi qu'il est dit dans la proposition précédente, la statistique du Gros-Caillou signale, en 1838, 491 décès de militaires sur un effectif de 25,000 hommes environ, c'est-à-dire de 22 bataillons d'infanterie, 4 régiments de cavalerie, 6 batteries et quelques détachements. C'est *précisément le double* du chiffre de Deparcieux (première proposition).

Le docteur Michel subdivise ainsi ces 491 décès :

1° Maladies cutanées : varioles, scarlatines, rougeoles, etc.	34
2° Maladies des voies digestives : gastrites, entérites, fièvres typhoïdes, etc.	243
3° Maladies des voies aériennes : catarrhes, phthisies, etc.	159
4° Maladies de l'appareil circulatoire : anévrismes, hypertrophies.	23
5° Maladies de l'appareil cérébro-spinal : apoplexies, nostalgies, etc.	32
	491

Le nombre des décès par suite d'affections des voies digestives est donc à peu près *la moitié* du nombre total.

Or puisque les décès ont *doublé* (première proposition), puisque les maladies du poumon n'ont pas contribué à leur accroissement (deuxième proposition), il reste évident que notre conclusion est incontestable.

L'accroissement de la mortalité de la jeunesse reconnaît pour ses causes IMMÉDIATES *les affections des voies digestives.*

QUESTION FINALE.

Comment s'est opérée cette transformation, par suite de l'usage de la vaccine?

Réponse. — J'ai signalé le fait patent, irrécusable, du *revirement* de la mortalité en France. — J'en montre les causes *immédiates et palpables*. — La chronologie des années du dix-neuvième siècle en indique la cause *primitive*, dans la suppression de la variole depuis l'usage de la vaccine; car on y voit *le danger de mort ne commencer* QUE de 1816 à 1821 pour les individus de 15 à 20 ans; — de 1821 à 1826 pour ceux de 20 à 25; — de 1826 à 1831 pour ceux de 25 à 30; — et ainsi de suite, en descendant *invariablement* le cours du siècle. *La probabilité* du fait approche donc de *la certitude*.

Quant au *secret* de la transformation, je l'ignore, comme nous ignorons les mystères de la génération, etc., etc. « *Ce que nous savons est bien peu de chose; ce que nous ignorons est immense*, » disait sur son lit de mort l'illustre auteur de la Mécanique céleste. Peut-être cependant les médecins trouveront-ils quelques lumières qui échappent à mon insuffisance dans la proposition suivante due à l'ancien professeur en chef du Val-de-Grâce :

« Proposition cxlii. C'est par une *gastro-entérite aiguë* que *débute* » la variole.... La phlegmasie cutanée *la remplace et la termine*, lorsque » les pustules sont en petit nombre..... *Elle la reproduit*, quand les pus» tules sont nombreuses.... Telle est *la fièvre secondaire* de la variole. » (Broussais, Commentaires, p. 252.)

Agréez, etc.

Note du rédacteur. — Nous déférons volontiers à l'invitation de M. Carnot, tout en prenant la liberté de lui faire remarquer que ses *démonstrations* reposent jusqu'ici sur de bien faibles données statistiques.

LETTRE SUR LE TRAITEMENT DES FIÈVRES PALUDÉENNES PAR LES PRÉPARATIONS ARSENICALES; par M. H. Bailly.

Dans un article publié dans le n° 42 de la Gazette Médicale, nous trouvons, sur le traitement des fièvres paludéennes par l'acide arsénieux, quelques propositions que nous croyons utile de réduire à leur juste valeur.

Cet article passant en revue quelques travaux faits en France sur l'acide arsénieux, en tire cette conclusion : que ce succédané du quinquina est bien éloigné du fébrifuge type.

Si l'on n'eût point négligé d'examiner la plupart des expériences nombreuses et récentes que l'arsenic vient de subir avec honneur, on serait arrivé à une conclusion toute différente.

Encouragés par les résultats remarquables obtenus constamment avec les préparations arsenicales, par le médecin en chef de l'hôpital militaire du Roule, M. Boudin, un grand nombre de praticiens entreprirent des expérimentations très-multipliées.

M. Mazière, médecin à Ile-Bonin (Vendée), consigne, dans le Bulletin de thérapeutique, les avantages que lui a procurés l'arsenic dans 50 cas, en même temps qu'il reconnaît que ce puissant agent médical est complétement exempt de dangers.

M. Néret, médecin à l'hôpital Saint-Charles de Nancy, a expérimenté l'acide arsénieux contre les fièvres intermittentes devenues endémiques dans cette ville. Il déclare que l'efficacité de l'arsenic est aussi grande que celle du sulfate de quinine. De plus, l'arsenic, d'après le même praticien, aurait la même influence que la quinine sur les engorgements spléniques.

M. Gibert, dans un travail récent, constate la *propriété fébrifuge puissante* des préparations arsenicales, ainsi que leur *constante in-*

De là, l'auteur établit les divisions suivantes dans l'histoire de la médecine : 1° *Origine de la médecine en général.* — 2° *Notices sur la médecine des Chinois et son rapport avec celle du peuple primitif* (?). — 3° *Histoire de la médecine indienne.* — 4° *Histoire de la médecine égyptienne.* — 5° *Histoire de la médecine grecque.* — 6° *Histoire de la médecine sémitique* (*Arabes*).— 7° *Histoire du développement de la médecine germanique jusqu'à Paracelse et Vésale.* — 8° *Médecine germanique jusqu'à Kant et Napoléon* (!). — 9° *Médecine actuelle.*

Ces vues, quoique empreintes d'originalité, ne sauraient soutenir l'épreuve d'une critique sérieuse; l'auteur, ethnographe avant tout, n'a pas même abandonné la sphère de ses études ordinaires en traitant de l'histoire de la médecine qui, à l'instar de toutes les autres sciences, ne se laisse pas ainsi parquer dans des régions déterminées ; elle s'étend à peu près uniformément ; elle est cosmopolite par nature et ne change pas toujours de caractère fondamental en passant d'un pays à un autre. Dans ce système, le grand caractère d'unité de la médecine occidentale disparaît entièrement, et l'auteur semble admettre que chez un même peuple les diverses époques de la science se ressemblent, ce qui est radicalement faux, témoins les Arabes, par exemple, qui, partis du plus grossier empirisme pour arriver à une culture intelligente, sont retombés dans l'ignorance superstitieuse.

M. Raige-Delorme, dans le Dictionnaire de médecine (2e éd., 1839), adopte une classification naturelle très-simple et très-propre à faciliter l'exposition historique; mais bien qu'elle repose en fait sur l'idée du développement de la science, elle paraît cependant au premier abord purement pragmatique et ne représenter que la marche des événements extérieurs.

« Nous considérerons, dit l'auteur, la médecine : 1° dans son origine, dans » son état, chez les peuples anciens, chez ceux dont la civilisation a été station» naire ou qui ne sont parvenus qu'à une demi-civilisation. 2° Chez les Grecs » dans les commencements, puis à l'époque des premiers philosophes jusqu'à » Hippocrate. 3° A l'époque de ce fondateur de la vraie science médicale. » 4° Depuis la fondation de l'école d'Alexandrie jusqu'à Galien, systématiseur » de la médecine ancienne. 5° De Galien à la destruction de l'empire romain et » la décadence des sciences. 6° Chez les Arabes conservateurs de la médecine. » 7° Au moyen âge et chez les peuples occidentaux. 8° Enfin, de la renaissance » à nos jours. »

Krueger (1840) (1) admet cinq périodes : 1° *Depuis les temps les plus reculés jusqu'à Hippocrate.* 2° *D'Hippocrate à Galien.* 3° *De Galien à Paracelse* (2). 4° *De Paracelse à Harvey.* 5° *Depuis Harvey jusqu'à nos jours.*

Isensee (1840) (3) a divisé l'histoire ancienne et du moyen âge en : *Période ancienne. — Epoque grecque. — Moyen âge. — Epoque romaine. — Epoques arabico-scholastique germano-réformatrice.*

(1) Synchronische Tabellen zur Geschichte der Medizin. Berlin, 1840, in-4°.

(2) Ainsi que je l'ai déjà remarqué à propos d'Ackermann, nous retrouvons ce point de vue chez presque tous les Allemands.

(3) Geschichte der Medizin und ihrer Huelfswissenschaften. Berlin, 1840, in-8°, 4 vol.

nocuité, quand la prudence et la méthode président à leur administration.

Les Annales de la Société de médecine d'Anvers rapportent les succès obtenus avec l'acide arsénieux par le docteur Mazales, ainsi que par un médecin hollandais qui l'a employé sur 73 malades.

Plusieurs médecins de Marseille et de Montpellier, tels que MM. Chrestien, Lordat, Poujol, n'ont eu qu'à se louer de l'arsenic comme fébrifuge.

Tout récemment, le professeur de clinique médicale de la Faculté de Montpellier, M. Fuster, ayant soumis à la médication arsenicale un grand nombre de fièvres contractées soit sur le littoral si marécageux de la Méditerranée, soit en Italie, soit en Afrique, a confirmé pleinement les heureux résultats obtenus et signalés par M. Boudin. Voici comment M. Fuster résume son opinion : « J'ai employé *l'acide arsénieux à hautes doses* » *contre les fièvres paludéennes, si graves et si nombreuses sur le bord* » *de la Méditerranée*, sous toutes sortes de formes, contre toute espèce » de type de ces fièvres, et toujours je l'ai trouvé NON-SEULEMENT INOFFEN- » SIF, ABSOLUMENT INOFFENSIF, mais d'une VERTU CURATIVE VÉRITABLE- » MENT HÉROÏQUE. »

Le docteur Massart (de Napoléon-Veodée), qui a fait une étude toute particulière de l'emploi médical des préparations arsenicales, constate, dans son mémoire couronné par la *Société nationale de médecine de Lyon*, que l'acide arsénieux jouit d'une *puissante vertu antifébrile, même dans les fièvres anciennes et rebelles au quinquina*, et que, soumis à un mode d'administration convenable, tout inconvénient, soit présent, soit à venir, est évité.

Quelques médecins honorables de la province, MM. Leterme, de Luynes (Indre), et Vérignon (d'Hyères), sont venus aussi apporter leur contingent aux progrès de la question arsenicale, si importante sous tant de rapports, et leurs travaux ont fait complétement justice de certaines assertions tendant non-seulement à contester à l'arsenic son action curative, mais aussi à lui prêter des accidents fréquents.

Les préparations arsenicales ont été expérimentées avec beaucoup de succès par M. Teissier, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon. Ce praticien distingué déclare qu'il a traité par l'acide arsénieux, AVEC UNE RAPIDITÉ QUI L'ÉTONNA, plusieurs malades atteints de fièvre intermittente *contractée en Afrique*, et *sursaturés de kina et de sulfate de quinine*. Il reconnaît aussi que l'arsenic *prévient le retour des accès de fièvre intermittente* (1).

M. Maillot, si honorablement connu dans la science, a fait un parallèle entre l'action thérapeutique du sulfate de quinine et de l'acide arsénieux qui est à l'avantage de ce dernier médicament, puisqu'il éloignerait les rechutes et les rendrait moins fréquentes.

Enfin M. Bernier, médecin en chef de l'hôpital de Sarreguemines, vient d'apporter son témoignage en faveur de l'efficacité et de l'innocuité de l'acide arsénieux, qu'il a employé depuis cinq ans à Neufbrisach et à Sarreguemines, sur 54 malades atteints de fièvres intermittentes *rebelles*, en grande partie *contractées en Afrique ou dans les îles du Rhin et accompagnées d'engorgement de la rate et des autres viscères abdominaux, souvent même d'infiltration des membres et de bouffissure de la face*.

La fièvre a cédé après la première ou la deuxième prise d'arsenic, et le dégorgement de la rate s'est effectué avec une grande promptitude (1).

En présence de succès si remarquables obtenus avec les préparations arsenicales dans des localités si éminemment variées et par un si grand nombre de praticiens distingués, n'est-on pas forcé de reconnaître que l'arsenic est doué d'une puissance fébrifuge des plus énergiques. Quant à la différence des résultats obtenus par quelques expérimentateurs, elle ne saurait être attribuée qu'à cette circonstance, qu'ils ne se sont pas toujours conformés aux règles dont M. Boudin a recommandé la rigoureuse observation avec tant d'insistance.

Dans l'article qui fait l'objet de nos considérations, M. Jacquot conclut, de ce qu'il n'a pas réussi avec les préparations arsenicales contre les fièvres paludéennes des pays chauds, que ces préparations ne leur sont nullement applicables. Mais ne pourrait-on pas objecter que ces insuccès tiennent beaucoup plus à sa manière de manier le médicament, qu'au médicament lui-même ? S'il est vrai que les fièvres des pays chauds ont un génie particulier et très-différent de celui des fièvres de nos pays, elles présentent par là même des exigences thérapeutiques spéciales ; pourquoi donc s'obstiner à leur appliquer, sans modification aucune, toutes les règles d'administration de l'arsenic déduites par M. Boudin, de son observation en France ? Que dirait-on d'un praticien qui proscrirait la quinine, par cela seul que les doses de ce médicament usitées en France auraient échoué en Algérie ou dans tout autre pays ? Disons en passant que l'arsenic, ayant fait ses preuves à Saint-Domingue, entre les mains de *Robert Jackson*, contre des fièvres graves, est bien en droit d'espérer de réussir à Rome du jour où il sera convenablement manié. De plus, je pourrais encore rapporter les heureux avantages que le docteur Garbiglietti a retirés, à Turin, de l'emploi de l'acide arsénieux, et ceux non moins remarquables que M. Portafax a obtenus en Corse.

Nous arrivons enfin au chapitre des récidives, cette terrible pierre d'achoppement des partisans exclusifs du sulfate de quinine.

D'après les expériences personnelles de M. Jacquot, les récidives seraient aussi fréquentes après l'acide arsénieux qu'après le sulfate de quinine.

Puisque M. Jacquot oublie d'appuyer cette opinion de documents numériques, écoutons ses propres réflexions sur la puissance du sulfate de quinine à prévenir les récidives (V. Gaz. Méd. du 18 mai 1850) : « Les » récidives (après l'emploi du sulfate de quinine) *ont été d'une* DÉPLO- » RABLE FRÉQUENCE, *et se sont reproduites* AVEC UNE OPINIATRETÉ DÉS- » ESPÉRANTE. *Nous pensons qu'on ne rencontrerait pas* UN HOMME SUR » DOUZE, *n'ayant subi* QU'UNE SEULE ATTEINTE DE *fièvre. Quelques-uns* » *ont été repris* JUSQU'A QUINZE FOIS ET PLUS, *et chaque rechute se com-* » *posait d'une série d'accès plus ou moins prolongés.......... A Fras-* » *cati, placé hors de la sphère d'action de l'aria cattiva*, LES RECHUTES » *n'en ont pas moins été* DE 26 POUR 100. » Ainsi, d'après M. Jacquot lui-même, la proportion des récidives après le sulfate de quinine a *été de plus de 91 pour 100*, et il n'est pas inutile de noter que la plupart des médecins du corps expéditionnaire d'Italie avaient appris à traiter les fièvres paludéennes pendant leur séjour en Afrique.

Interrogeons maintenant les résultats fournis par l'acide arsénieux.

(1) Journal de médecine de Lyon, mai 1848.

(1) Communication faite à l'Académie de médecine de Paris, 23 oct. 1850.

Isensee suit Hegel sans le comprendre toujours suffisamment ; il a entre autres le tort de prendre comme point de départ de ses grandes divisions la trinité banale et classique : antiquité, moyen âge et âge moderne. Ces trois périodes, mal définies d'ailleurs, ne concordent pas avec les changements radicaux opérés dans la science. J'ai montré ailleurs que l'introduction de la médecine scientifique à Rome ne doit point être prise en considération dans l'idée du développement de la science, pas plus qu'on ne prendrait en considération, pour la caractéristique d'une période moderne, l'introduction de la médecine française ou anglaise en Algérie, dans quelque état d'Amérique.

M. Quitzmann (p. 110 sq.) juge très-durement l'ouvrage d'Isensee ; plusieurs des reproches qu'il lui adresse sont fondés, mais je ne puis souscrire à celui qu'il lui fait d'avoir comparé Paracelse à Harvey. *Il faut*, dit-il (p. 116), *être entièrement dépourvu de tout esprit philosophique et critique pour oser mettre en parallèle Paracelse, le réformateur par excellence, et Harvey, l'auteur d'une découverte secondaire, bien qu'importante.* Quoi ! une découverte qui change la face de la science, une découverte qui contient en germe tous les progrès futurs de la médecine, en un mot, la vérité, la réalité, ne serait pas mille fois plus importantes que des idées *à priori*, qui n'ont eu d'écho que dans quelques cerveaux privilégiés ! Paracelse a le mérite, il est vrai, d'avoir osé regarder en face la médecine ancienne, mais son regard n'était pas de ceux qui pulvérisent. Supposez Paracelse sans Harvey, que fût devenue la médecine ? Elle eût rétrogradé de plusieurs siècles ; mais admettez Harvey sans Paracelse et dites si la science eût été arrêtée dans son essor. Que le reproche adressé à Isensee retombe donc de tout son poids sur son savant mais trop partial critique !

L'erreur capitale des Allemands est, à mon avis, de considérer Paracelse comme limite entre la médecine ancienne et la médecine nouvelle ; je me serais moins fortement élevé contre leur manière de voir si, à l'exemple de Hecker, ils se fussent contentés de prendre le *réformateur*, ainsi qu'ils l'appellent, comme point de départ d'une division secondaire, marquant pour ainsi dire le premier assaut donné à la médecine grecque. D'ailleurs la chémiatrie a eu le double tort d'apparaître trop tôt et avec une allure toute mystique. Ce système n'avait presque aucun soutien véritable ni en physiologie ni en chimie, et le bien éloigné qui a pu en résulter, il l'a produit sans conscience ; la vraie chémiatrie ne put reparaître que bien longtemps après Paracelse, sous la forme moderne de *chimie pathologique et physiologique*, mais cette nouvelle chémiatrie repose sur des connaissances réelles dans la chimie et la physiologie, et elle n'a point encore été, et sans doute elle n'osera jamais se présenter comme système rendant compte de tous les faits. On reconnaîtra toutefois que quelques auteurs, particulièrement en Allemagne, n'ont pas craint de revenir par une route détournée à certaines rêveries paracelsiques. Du reste, ce serait un sujet fort intéressant d'études que de suivre dans leur développement respectif, et de comparer ensemble les systèmes médicaux qui dérivent de Paracelse et ceux qui doivent leur origine à la découverte de la circulation.

Dans un ouvrage récent (1) (1842), Van der Hoeven a donné une classification très-lâche et à peine formulée :

Médecine ancienne. — Médecine hippocratique. — Galien et médecine

(1) De historia medicinæ, liber singularis. Lugd. Batav., 1842, in-8°.

D'une part, M. Maillot, maniant à Lille l'acide arsénieux pour la première fois, n'a cependant constaté que 19 *récidives sur* 100.

D'un autre côté, M. Masselot, dans une période de trois années, n'a observé que 10 récidives sur 311, soit 3,2 pour 100 (Arch. gén. de méd., 1846).

Sans prétendre établir la moindre comparaison, il faut convenir qu'il y a loin des résultats constatés par ces deux observateurs, et la proportion de 91 pour 100 que nous donne M. Jacquot, en ne tenant même pas compte des innombrables récidives des fièvres de Rome, qui peuplent presque tous les hôpitaux de l'intérieur.

Concluons, de tout ceci, que l'efficacité thérapeutique des préparations arsenicales est désormais incontestable, et que si quelques médecins n'ont eu à enregistrer que des accidents ou des revers, ils ne doivent s'en prendre qu'à eux et non pas au médicament qui, manié convenablement, a fourni, dans divers lieux et à tant de médecins, les plus heureux et les plus brillants résultats.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ITALIENS.

I. ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA.

Les numéros de janvier, février et mars 1850 contiennent les travaux suivants : 1° *Entozoographie humaine*; par M. Dubini. 2° *Histoires et observations, et réflexions pathologico-cliniques sur l'ophthalmie blennorrhoïque*; par M. Linoli.

HISTOIRES ET OBSERVATIONS, ET RÉFLEXIONS PATHOLOGICO-CLINIQUES SUR L'OPHTHALMIE BLENNORRHOÏQUE; par M. Linoli.

Entièrement basé sur de nombreuses observations personnelles à l'auteur, et qu'il raconte successivement avec les plus grands détails, ce travail n'offrirait qu'un médiocre intérêt au point de vue dogmatique. Nous nous bornerons donc à en extraire quelques-uns des faits les plus remarquables, en élaguant ceux dont les circonstances ne présentent rien de neuf ni d'instructif.

Obs. I. — En mars 1831, dit M. Linoli, je visitai le nommé A. B., âgé de 28 ans, de bonne et saine constitution, qui, pendant un séjour à Livourne ayant été atteint d'une maladie aux deux yeux, reçut d'une femme qu'il courtisait le conseil de les laver avec de l'urine. Cédant à ses instances, il fit cette lotion avec l'urine de cette dame; mais l'ophthalmie n'en devint que plus intense. Un fluide puriforme s'échappait d'entre les paupières, il se décida à revenir à Piétrasanta. Il y avait alors cinq jours qu'il était dans cet état lorsque je le vis pour la première fois. Quand il m'eut rapporté comment cet accident était arrivé, je pensai immédiatement qu'il existait un principe vénérien dans l'urine de sa maîtresse; et ce soupçon se fortifia d'autant plus dans mon esprit que ni les saignées générales et locales, ni l'émétique, ni les vésicatoires et les pédiluves ne produisirent la plus légère amélioration.

Sur ces entrefaites, mon malade apprit par un de ses amis de Livourne que la femme dont il s'agit était réellement affectée de gonorrhée et d'ulcères. Dès lors, sans perdre de temps, je commençai des insufflations de calomel, que je répétai matin et soir avec le plus grand soin. Au bout de trois jours, l'écoulement verdâtre diminua; et au septième, j'eus la satisfaction d'apercevoir la cornée, le chémosis conjonctival qui la cachait s'étant affaissé. La guérison complète fut obtenue au bout de douze autres jours en persistant dans l'emploi du même moyen.

Obs. II. — Au mois d'octobre 1836, je fus appelé auprès de madame M. G. affectée d'ophthalmie blennorrhoïque. Enceinte de cinq mois, cette femme croyait que sa perte blanche abondante dépendait d'une *faiblesse de reins*. Quand je la visitai, son mari était absent, et il y avait déjà six jours que l'ophthalmie durait avec un écoulement verdâtre, puriforme, très-fétide. Elle dit que la perte blanche datait d'un mois et que son mari avait également un écoulement qui tachait sa chemise.

Pour mieux éclairer le diagnostic, je me décidai à demander à ma malade si elle avait quelque soupçon sur la fidélité de son mari, on si elle avait pour son propre compte quelque chose à se reprocher. Elle se troubla, mais me jura qu'elle était demeurée sage. Je me bornai pour le moment à prescrire une application de sangsues et des lotions émollientes.

Deux jours après, le mari étant de retour fut informé des questions que j'avais faites, et me donna mon congé avec emportement. Un autre médecin appelé tint un langage différent du mien. Mais l'ophthalmie devint de plus en plus grave, fit perdre les deux yeux et détermina un accouchement prématuré. Je fus alors demandé pour extraire le placenta; mais comme cette malheureuse habitait loin de chez moi, je ne pus m'y rendre à temps, et elle succomba à l'hémorrhagie. Au milieu de sa douleur et de son désespoir, le mari m'avoua alors qu'il avait communiqué un écoulement à sa femme, mais que, pour détourner ses soupçons, il lui fit croire que c'était elle-même qui, ayant une perte blanche provenant de *faiblesse de reins*, le lui avait transmis. — L'auteur italien croit devoir ajouter : « Puisse ce terrible exemple servir de leçon aux médecins et aux maris : aux premiers pour être plus prudents et plus respectueux envers leurs confrères; aux seconds pour demeurer fidèles à leurs épouses! »

Obs. III. — En 1844, j'accouchai une dame qui, depuis trois mois, avait une perte blanche avec exulcérations aux grandes lèvres et douleur vive en urinant. L'enfant mâle vint au monde tout couvert non-seulement de l'enduit ordinaire, mais d'un mucus jaune de mauvaise odeur. Je le lavai et ne trouvai pour le moment aucun indice de maladie des yeux. Mais dès le second jour les paupières se gonflèrent et commencèrent, le soir, à distiller une matière jaunâtre fétide. On en accusa l'écoulement de la mère; et moi voyant tous les jours la maladie s'accroître, je dis qu'il était nécessaire d'insuffler du calomel entre les paupières. — On appela un autre médecin qui, par malice ou par inadvertance, dit que ce n'était point une ophthalmie vénérienne. Ces paroles suffirent pour me faire exclure brusquement de la maison. Quinze jours après, je sus que l'enfant avait perdu la vue; et au bout de huit autres jours il mourut, ne pouvant teter. — Quatre jours s'étaient écoulés lorsque je rencontrai le père qui, les larmes aux yeux, me demanda pardon. Il m'apprit qu'il avait effectivement eu un écoulement, des ulcères et des bubons, et que le médecin qui avait déclaré l'ophthalmie de son enfant non vénérienne était le même qui le traitait de ces accidents. Il ne devait par conséquent pas ignorer la nature de la maladie dont la mère était affectée.

L'auteur déduit des faits qui ont passé sous ses yeux quelques réflexions qui ne s'éloignent guère de celles qui ont maintenant cours en Italie sur les maladies vénériennes. Elles ont cependant un côté assez piquant, en ce qu'elles montrent combien l'observation est puissante à la longue pour rectifier les idées les plus systématiques. Ainsi, avec tous ses compatriotes, M. Linoli déclare d'abord formellement que dans l'ophthalmie blennorrhoïque, il y a deux éléments à combattre, savoir : le virus vénérien et l'inflammation. S'il n'avait reçu que l'instruction théorique, il aurait probablement appliqué à ses malades cette formule dans toute sa rigueur. Mais

---

post-galénique. — *Du neuvième siècle à la prise de Constantinople.* — *Médecine des Arabes et des Arabistes.* — *Renaissance et réforme de la médecine.* — Pour la suite de l'histoire, les périodes ne sont même plus indiquées.

Du reste, son livre n'est pas sans utilité; il a surtout le grand mérite d'avoir été fait pour inspirer aux élèves le goût de l'histoire et pour leur fournir les premières notions de cette branche de la littérature médicale.

Les divisions de Haeser (1845) (1) sont les mêmes que celles de Hecker; seulement Haeser remplace Paracelse par Vésale, substitution qui n'est pas très-heureuse; car Vésale a exercé une influence encore moins directe que Paracelse sur la marche de la médecine. La physiologie même la plus grossière a toujours eu une influence plus considérable que l'anatomie, bien que les progrès de l'anatomie devancent souvent ceux de la physiologie. La médecine ancienne et la moderne procèdent toutes deux de la physiologie, et toutes deux, dans leur développement, se sentent de cette première origine.

M. Renouard (2) a fait des efforts sérieux pour arriver à une détermination philosophique des périodes de l'histoire de la médecine, mais je n'oserais pas affirmer que ces efforts ont été couronnés de succès. Les dénominations ne sont pas toujours justes, les limites sont souvent inexactes; enfin la connaissance des faits et des idées propres à une période est quelquefois incomplète. Dans les Archives générales de médecine (1846), j'ai présenté quelques réflexions sur cette classification; je les reproduis ici sous une autre forme et en y ajoutant de nouvelles observations.

Il convient d'abord de mettre la classification de M. Renouard sous les yeux du lecteur.

Age de fondation, divisé en quatre périodes : *Primitive ou d'instinct*, finissant à la ruine de Troie. — *Sacrée ou mystique*, finissant à la dispersion de la société pythagoricienne. — *Philosophique*, finissant à la fondation de la bibliothèque d'Alexandrie. — *Anatomique*, finissant à la mort de Galien.

Age de transition, divisé en *période grecque*, finissant à l'incendie de la bibliothèque d'Alexandrie. — *Arabique*, finissant à la renaissance.

Age de rénovation : *Période érudite*, quinzième et seizième siècles. — *Réformation*, dix-septième et dix-huitième siècles.

L'*âge de fondation* est beaucoup trop prolongé; il devrait s'arrêter à Hippocrate, qui fonde véritablement la science; elle se développe ensuite théoriquement et pratiquement dans toutes les branches, jusqu'à Galien, qui la constitue définitivement.

L'expression *âge de transition* me paraît improprement choisie pour caractériser l'espace de temps compris entre Galien et l'an 640 : il n'y a là aucun des caractères d'une transition. Pendant ce laps de temps, la science reste la même, elle se conserve activement entre les mains de quelques auteurs originaux et des encyclopédistes. Cette première partie est une des époques les plus fécondes

(1) Lehrbuch der Geschichte der Medicin und der Volkskrankheiten. Iena, 1845, in-8°.

(2) Histoire de la médecine depuis son origine jusqu'au dix-neuvième siècle. Paris, 1846, 2 vol. in-8°.

comme il a beaucoup vu et bien vu, il s'empresse de confesser que le devoir du médecin est d'abord de commencer par combattre l'inflammation, parce qu'il n'y a aucun moyen de détruire assez vite le virus; et que, même ce moyen existât-il, l'inflammation aurait eu le temps de marcher et de désorganiser l'œil avant qu'il eût pu agir. — Une fois la période inflammatoire apaisée, on peut entreprendre la cure antivénérienne spécifique.

Du reste, le médicament auquel M. Linoli donne à juste titre la préférence comme agent topique est le calomel insufflé entre les paupières. Il aide l'action de ce moyen par toutes les ressources de la méthode antiphlogistique, dont l'énergique déploiement, comme on le sait, est plus justifié dans ce cas que dans quelque autre affection que ce soit.

II. BULLETINO DELLE SCIENZE MEDICHE.

Les numéros de janvier, février et mars 1850 contiennent les travaux originaux suivants: 1° *Sur l'oophoritide*; par M. Pistocchi. 2° *Deux rapports sur l'eau de Martinelli et sur celle de la Fratta*; par le même. 3° *Cas de maladie iodique commençante*; par le même. 4° *Le professeur Valorani à ses élèves, après une grave et longue maladie*. 5° *Nouveau mode d'exploration pour reconnaître les corps étrangers, et pour en rendre l'extraction sûre et facile*; par M. Massarenti. 6° *Sur le tétanos*; par M. Busi. (Extrait.) 7° *Quatre cas rares, suivis de considérations pratiques sur les avantages de l'eau de Confani dans le rhumatisme aigu*; par M. Leonardi. 8° *Clinique syphilitique*; par M. Gamberini. 9° *Observation de bubon vénérien ayant succédé à la répercussion subite d'une gonorrhée, et disparu lors du retour de celle-ci*; par M. Pistocchi.

DE L'OOPHORITIDE; par M. PISTOCCHI.

L'oophoritide ou inflammation des ovaires est une maladie qui attend encore son histoire complète. Ainsi que M. Pistocchi le fait judicieusement remarquer, la pénurie des notions relatives à ce sujet tient en partie à ce que les auteurs rapportent très-soigneusement les lésions des ovaires constatées par hasard dans les autopsies, mais qu'ils étudient avec beaucoup moins de zèle les phénomènes par lesquels ces mêmes lésions se manifestent pendant la vie. La phlegmasie des ovaires provoque cependant des signes qu'il est possible d'apprécier quand l'attention est portée spécialement sur cet objet; mais le plus souvent on les confond avec les symptômes d'une autre inflammation, tantôt de la matrice, tantôt du péritoine, tantôt du tissu cellulaire des ligaments larges et du petit bassin.

Quoi qu'il en soit, ce n'est pas encore une monographie de l'oophoritide que M. Pistocchi vient essayer; il a seulement eu pour but de livrer à la publicité plusieurs observations intéressantes sur ce sujet. Ce sont donc des matériaux qui attendent l'architecte, mais qui, jusque-là, peuvent fournir d'utiles indications. C'est ainsi que l'analyse de ces divers faits donne lieu à l'auteur de tirer quelques corollaires diagnostiques généraux, fort importants à connaître quand il s'agit d'une maladie encore si obscure.

Dans toute inflammation de l'ovaire, il existe une douleur avec tiraillements au flanc et à la hanche de ce côté. C'est, dit M. Pistocchi, un phénomène *exclusivement pathognomonique* de l'oophoritide, et que Fréd. Hoffmann avait d'ailleurs déjà indiqué.

Deux fois il a noté, pendant le cours de l'oophoritide, une douleur vive au sein du même côté, accompagnée, chez une de ses malades, de gonflement de la glande mammaire.

La plupart des femmes qui ont fourni sujet aux observations de M. Pistocchi étaient fort enclines aux plaisirs de l'amour. L'auteur attache, à ce qu'il paraît, une certaine importance à cette circonstance; car il l'a notée, dans chaque cas, avec beaucoup de soin. L'une de ses malades, à la suite d'une inflammation des deux ovaires, avait perdu la vive sensibilité qui la faisait auparavant participer d'une façon active aux émotions de l'acte conjugal.

Enfin il a été constaté par l'auteur que les femmes qui ont eu une inflammation des *deux* ovaires ne sont pas devenues enceintes de nouveau. Ceci a été bien manifeste chez des femmes mariées qui avaient eu, avant la maladie, des couches nombreuses, et qui depuis lors ne purent plus concevoir.

Quant au traitement, ce qui a le mieux réussi à M. Pistocchi pour calmer la douleur locale, c'est, après avoir fait de copieuses émissions sanguines, l'extrait de ciguë donné à l'intérieur et appliqué sous forme d'emplâtre.

Chez plusieurs malades, le développement de l'oophoritide a coexisté avec la suppression d'un écoulement leucorrhéique. M. Ricord avait déjà observé et signalé cette coïncidence, qui, sous le rapport pathologique, rapproche étroitement l'affection des ovaires de l'épididyme blennorrhagique.

NOUVELLE MANIÈRE D'EXPLORATION POUR TROUVER LES CORPS ÉTRANGERS ET EN RENDRE L'EXTRACTION SURE ET FACILE; par M. MASSARENTI.

Voici l'occasion dans laquelle l'auteur a été conduit à employer ce nouveau procédé, qui sera sans doute d'une grande utilité, surtout aux chirurgiens militaires.

OBS. — Un homme de 22 ans fut transporté à l'hôpital pour une plaie d'arme à feu, du diamètre d'un demi-pouce, à la partie gauche du cou, en dedans de la branche ascendante du maxillaire inférieur; elle se dirigeait transversalement, et le stylet s'y enfonçait de 3 ou 4 pouces sans rencontrer le corps étranger, dont la présence rendait le malade aphone et empêchait l'exercice des organes de la déglutition et de la respiration. Au bout d'une demi-heure, il survint une hémorrhagie qui obligea de débrider la plaie pour lier les vaisseaux qui donnaient du sang; mais après une heure environ, une suffocation imminente se déclara, causée en partie par le corps étranger, en partie par un engorgement vraisemblablement sanguin qui comprimait le larynx.

Dans cette occurrence, et ne pouvant découvrir le corps étranger, M. Massarenti fit une incision à la peau, depuis le menton jusqu'au cartilage thyroïde; alors il prit une longue aiguille d'acier qu'il enfonça en plusieurs sens, à travers les lèvres de la plaie tégumentaire, dans la région sous-mentale. De cette manière, le corps explorateur n'ayant pas à percer la peau — tissu qui offre le plus de résistance — pénétra librement dans les parties molles, et tut enfin atteindre le projectile. L'aiguille lui servit à diriger un bistouri, avec lequel il agrandit l'ouverture par où il fut aisé de retirer le corps étranger au moyen de pinces. La guérison ne se fit pas attendre.

— Le simple narré de ce fait montre tout le parti qu'on pourra tirer du nouveau moyen explorateur; il sera principalement précieux dans les cas de blessures profondes, dans celles où le corps étranger est à la fois très-difficile à reconnaître et cause de formidables dangers. Mais en enfonçant ainsi l'aiguille dans tous les sens, le chirurgien aura besoin de toute son attention pour saisir les indications qui en résulteront. Il serait donc très-

---

de la littérature médicale grecque. Quant aux Arabes, ils jouent un rôle de pure conservation et de transmission. Cette époque de transition existe plutôt depuis l'apparition des premiers réformateurs jusqu'au développement des systèmes purement modernes.

La première et les deux dernières périodes, et jusqu'à un certain point la sixième, sont bien dénommées; mais la deuxième période commence et finit trop tard. Les écoles de philosophie auxquelles la méthode ancienne doit tant, ne sont pas mentionnées, à moins qu'elles ne soient comprises dans la troisième période; mais alors cette période est mal nommée, parce qu'à partir d'Hippocrate, on ne peut plus l'appeler *philosophique*.

Dire que la quatrième période est *anatomique*, c'est ne représenter qu'un côté des choses, c'est ne voir la médecine que par une de ses faces. Il se développe dans cette période des éléments bien plus considérables. Toute cette période est traitée avec une inextricable confusion; M. Renouard, mû par sa prédilection pour les vues abstraites, opère ici par une sorte de dissection qui démembre les unités les plus tranchées, qui morcelle les plus grandes renommées; cette manière de procéder se retrouve encore dans l'exposition de l'histoire moderne; je ne sache pas qu'aucun historien l'ait proposée avant M. Renouard.

Pourquoi appeler *grecque* la cinquième période? Est-ce que toutes ces périodes ne sont pas grecques? Du reste, M. Renouard ne donne pas les raisons de ses dénominations. Cette période, dit-il, sera appelée de telle façon, et voilà tout.

En finissant, je reproduis ici l'éloge que j'ai donné ailleurs à M. Renouard: quand on est arrivé aux temps modernes, on retrouve dans son livre une science étendue et une philosophie nette et vraiment critique.

La classification que M. SAUCEROTTE (1846) a proposée dans un essai remarquable (1) est trop compliquée et trop longue pour que nous la rapportions intégralement. Il nous suffira de dire que, frappé d'un certain parallélisme entre le développement de la philosophie et celui de la médecine, il a essayé de subordonner les époques de la seconde aux phases par lesquelles a passé la première. Assurément ce procédé a quelque chose d'ingénieux, mais il ne faut pas le pousser trop loin. On doit, toutes les fois que l'occasion s'en présente, établir ces sortes de rapprochements et faire ressortir les influences réciproques, mais il faut se garder de les reproduire continuellement, et surtout de s'en servir comme base de division des périodes; car de cette façon on sacrifiera nécessairement ou la philosophie à la médecine, ou la médecine à la philosophie; et ce dernier cas est précisément celui de M. Saucerotte; il ne me serait pas difficile d'en donner plusieurs exemples. J'ajoute que plusieurs époques ont été absolument formées ou défigurées pour obéir aux nécessités du principe posé. J'ajoute, du reste, que cet essai de M. Saucerotte est remarquable et témoigne d'un esprit généralisateur.

Les ouvrages de MM. BROECKX (Gand, 1837), CHINCHILLA (Valence, 1841), MOREJON (Madrid, 1842), DE RENZI (2e édition, Naples, 1849), étant des histoires spéciales, la première de la Belgique, les deux autres de l'Espagne, et la der-

(1) REVUE MÉDICALE, janvier 1846.

nécessaire que le malade ne troublât ni par ses mouvements ni par ses cris la perception soit auditive, soit tactile, du choc de l'instrument explorateur contre le corps étranger. Or ces manœuvres étant nécessairement très-douloureuses, et ne pouvant se faire sans éveiller une réaction vive de la sensibilité, on se trouvera bien, pour réaliser les conditions que nous venons de préciser, de plonger préalablement le patient dans le sommeil anesthésique. Avec cette addition (toutes les fois, bien entendu, que l'état général permettra d'y avoir recours), le procédé de M. Massarenti ne peut manquer de rendre de grands services.

Le lecteur aura aussi sans doute déjà remarqué que l'aiguille eût beaucoup mieux servi à conduire le bistouri, si elle avait été cannelée.

CLINIQUE SYPHILITIQUE; UNICITÉ DE LA VÉROLE CONSTITUTIONNELLE; par M. GAMBERINI.

Après avoir, dans une série d'articles précédents, passé en revue les points le plus récemment controversés de la syphilographie, M. Gamberini consacre celui-ci à traiter de l'unicité de la vérole constitutionnelle. Comme il s'est plus particulièrement attaché à combattre les raisons développées dans ce journal par l'un de nous, M. Diday, en faveur du principe de l'unicité, nous aurons successivement à énoncer, puis à examiner les argoments qu'il met en avant.

M. Gamberini, on le voit dès les premières lignes, est loin d'admettre le principe de l'*unicité*, principe posé par M. Ricord, et que nous n'avons fait que développer en l'appuyant de considérations propres à en faciliter la vérification. Il nous faut à ce sujet, et pour être bien compris; rappeler notre point de départ.

Lorsque des symptômes constitutionnels se manifestent pour la seconde ou pour la troisième fois, les deux écoles l'interprètent d'une façon entièrement opposée : pour celle des *unicistes*, c'est une récidive de la même affection; pour celle des *non-unicistes*, c'est une affection nouvelle, puisée à une autre infection. Il importait donc de chercher s'il n'y aurait pas des signes auxquels le médecin pût distinguer une première d'une seconde ou une troisième poussée de syphilis constitutionnelle. Or nous avions mentionné plusieurs signes à ce afférents, et entre autres circonstances capables de faire reconnaître cette différence, nous avions dit : « Lorsqu'il y a première invasion constitutionnelle, le plus ordinairement, dans les trois quarts des cas, elle est précédée de quelques jours par des phénomènes généraux, céphalée, prostration musculaire, etc. Quand, au contraire, il ne s'agit que d'une récidive, ces symptômes manquent. »

M. Gamberini, attaquant cette distinction, nous dit : « Si, de votre propre aveu, ces prodromes manquent chez vingt-cinq individus sur cent, je suis bien en droit de douter de la valeur de votre critérium diagnostique. » Cette remarque est fort juste ; c'est précisément parce que, d'après l'expérience, nous l'avions pressentie, que nous n'avons présenté ces phénomènes ni comme seul, ni comme infaillible critérium. Ils existent souvent; ils s'accompagnent d'autres éléments propres à faciliter la distinction dont il s'agit : mais nous sommes loin de donner ce signe, très-fréquent et très-significatif quand il existe, comme suffisant à lui seul pour lever toujours toute difficulté.

Autre objection : « Si ces prodromes manquent parfois, continue M. Gamberini, si, comme je l'ai vu, ils peuvent se déclarer *après* la manifestation des phénomènes visibles, cela tient, selon moi, à ce qu'ils ne proviennent pas d'une seule cause, de la syphilis, mais de diverses circonstances individuelles, telles que l'idiosyncrasie, le tempérament, les désordres, les fatigues, les impressions morales, etc. En outre, la nature de ces phénomènes dits précurseurs est d'un caractère si général, peut dépendre de tant d'autres maladies, arrive si aisément pendant la vie d'un homme, que je ne suis point porté à lui accorder beaucoup de valeur, et bien moins encore à l'admettre comme critérium différentiel dans un diagnostic si important. Dans les cas nombreux de syphilis que j'ai observés, j'ai vu une série si variable, si inconstante de phénomènes morbides, tant précurseurs que concomitants ou consécutifs, que je crois devoir les rapporter à des troubles particuliers à l'individu, qui coexistent avec le vice vénérien, exigent une thérapeutique spéciale, et ne pourraient être guéris par les seuls remèdes antisyphilitiques. »

Nous regrettons de ne pouvoir en ce moment abandonner à notre savant confrère la même concession que tout à l'heure. L'expression de notre pensée lui paraîtra peut-être un peu hardie : mais nous nserons cependant lui dire qu'il nous semble avoir fait ici de la confusion volontairement et contre sa propre conscience. M. Gamberini est un praticien trop répandu et trop attentif pour avoir pu méconnaître la constance de ces phénomènes, soit quant à leur manifestation symptomatique, soit quant à leur époque d'apparition. Depuis huit ans que l'observation spéciale de ces maladies nous a permis de les étudier expérimentalement, l'appareil des signes prodromiques nous a de plus en plus frappé par ses caractères essentiellement univoques et identiques. Dès qu'on a vu une ou deux centaines de malades, il est aussi impossible de confondre ces symptômes avec d'autres que d'en nier l'existence. Ils éclosent presqu'à jour fixe; on peut prédire leur évolution, en indiquer d'avance les caractères, étonner le malade par la justesse de cette facile divination. — Ajoutons, pour compléter l'exposé de notre opinion—à ce sujet entièrement et inébranlablement opposée à celle de M. Gamberini —que l'iodure de potassium est le meilleur moyen de les faire disparaître promptement. Il en est le spécifique à peu près assuré.

Un principe contre lequel s'élève encore M. Gamberini est celui qui borne à six mois en général le laps de temps pendant lequel la syphilis constitutionnelle peut éclore, nous entendons six mois à compter de l'invasion du chancre primitif. Cette conception, dit le médecin italien, est *fille de la succession prétendue régulière de la syphilis, proclamée par Ricord.* Nous acceptons bien volontiers cette parenté; car elle est la meilleure comme la plus honorable preuve de la vérité de notre dire. D'ailleurs, des observateurs consciencieux et désintéressés dans la question ont déjà confirmé l'exactitude de cette loi. Nous citerons seulement ici la statistique de M. Lee, qui, sur cent vingt-trois malades atteints de syphilis constitutionnelle, a trouvé que cent dix-sept fois elle a éclaté dans les six premiers mois à partir du début de l'accident primitif.

Nous avions dit que la thérapeutique peut encore éclairer sur la nature des accidents, et aide à reconnaître s'ils dépendent d'une récidive ou d'une invasion constitutionnelle récente. En effet, dans le premier cas, ils sont souvent tertiaires, et comme tels justiciables des iodurés; tandis que, dans le second, c'est toujours le mercure qui leur convient. A cela, M. Gamberini objecte que le mercure guérit, lui aussi, les accidents tertiaires. Nous le savons aussi bien que lui. Mais la question n'est point là. Dans cette discussion, il n'est question des remèdes que comme pierre de touche. Il ne s'agit donc point de savoir si le mercure jouit, oui ou non, d'un pouvoir curatif à toutes les périodes de la syphilis : la pratique des anciens l'a surabondamment prouvé. Ce qu'il faut déterminer (et nous ne concevons

---

nière de l'Italie, ne peuvent pas m'occuper ici. Seul, M. Chinchilla a mis en tête de ses ANALES HISTORICOS un précis de l'histoire générale, qu'il divise ainsi : *Depuis les temps anté-historiques jusqu'à Hippocrate. — 2° D'Hippocrate à Galien. — 3° Arabes. 4° Restauration des sciences. — 5° Depuis cette époque jusqu'à nos jours.*

On voit que M. Chinchilla n'est guère sorti des voies battues.

En commençant sa savante introduction aux ŒUVRES D'AMB. PARÉ (Paris, 1840), M. Malgaigne a dessiné à grands traits les diverses périodes de l'histoire de la médecine; il subordonne presque tout à la prédominance plus ou moins absolue du *principe d'autorité*; il trouve en même temps l'occasion de créer, pour l'histoire de l'Église, un système qui ne sera, sans doute, accepté que sous bénéfice d'inventaire par les gens du métier, et de montrer une préférence marquée pour la réforme comme un premier pas, quoique d'abord timide, vers le rationalisme.

(La fin prochainement.)

— Le conseil de l'Académie de médecine, pour donner à M. Daremberg une marque de sa satisfaction pour les services qu'il a rendus à l'Académie, l'a nommé bibliothécaire honoraire.

— Les dernières dépêches télégraphiques reçues d'Oran annoncent que 9 cas seulement de choléra ont été constatés dans cette ville. Sur ces 9 cas, 5 ont été suivis de décès.

On n'a pas reçu de nouvelles des autres localités placées dans la direction de la ligne télégraphique, ce qui fait présumer que la maladie n'y a pas sévi avec une plus grande intensité.

— SÉANCE DE RENTRÉE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE. — Après le discours de M. Velpeau, M. Gavarret a lu les noms des lauréats.

PRIX DE L'ÉCOLE PRATIQUE. — Cette année, aucun des candidats n'ayant mérité le grand prix (médaille d'or), les prix suivants ont été décernés :

1er premier prix de l'école pratique (médaille d'argent), M. Baillon (Henri-Ernest);

2e premier prix, M. Muret (Charles-Joseph-Victor);

Deuxième prix, M. Nérat (Octave-Étienne-Joseph);

PRIX CORVISART. — Schnepf (Bernard).

PRIX MONTYON. — Leudet (Lucien-Théodore).

— M. Serres, professeur, membre de l'Institut, continuera son Cours d'anthropologie ou d'anatomie et d'histoire naturelle de l'homme au Muséum d'histoire naturelle, les mardis, jeudis et samedis, à deux heures et demie.

Le professeur exposera théorie de la génération et les règles de l'organogénie et de l'embryogénie.

Les digressions sur l'anatomie comparée auront pour objet d'éclairer la structure de l'homme par celle des animaux, afin d'arriver à la détermination méthodique des diverses races humaines.

vraiment pas qu'on le conteste), c'est si l'iodure offre contre les phénomènes tertiaires un secours *plus* prompt, *plus* actif que le mercure, de manière que le médecin soit autorisé à dire : L'iodure soulage cette douleur en quelques jours; donc elle était de nature tertiaire.

Le chancre induré est la source, non pas la seule, mais certainement la plus ordinaire de l'infection générale. Un chancre induré est même déjà de la vérole constitutionnelle. Par conséquent s'il est vrai que le même homme ne contracte jamais deux fois dans sa vie des chancres indurés, ce fait d'observation constitue une forte présomption que la diathèse syphilitique ne peut donc pas s'établir à deux reprises. M. Gamberini objecte à cette déduction que, selon nous, le chancre non induré pouvant aussi bien que l'induré donner lieu à la vérole, la non induration d'un second chancre ne prouve point que celui-ci ne la produira pas. — Cela ne le prouve effectivement point; mais cela est une présomption qu'il en sera ainsi, puisque l'induration est le point de départ le plus commun de l'intoxication spécifique : voilà tout ce que nous avons voulu dire, et tout ce que nous avons dit. C'est un fâcheux et bien commun écueil de toute polémique que de donner aux paroles de son adversaire un sens plus absolu qu'elles ne le portent en réalité. M. Gamberini a assez de véritable mérite pour renoncer sans regret à ce compromettant avantage.

M. Gamberini termine cette première passe d'armes en annonçant qu'il publiera prochainement de nombreux exemples de double vérole constitutionnelle successive. Nous les attendons, et sommes prêts à les admettre pour probants, si, après loyal examen, ils nous paraissent réunir les conditions nécessaires. Pour authentiques, d'avance nous les tenons comme tels; et nous devons, à ce sujet, prévenir M. Gamberini qu'il peut à l'avenir s'épargner tout soupçon quant au cas que nous faisons de sa loyauté scientifique. En vain nous rappelle-t-il *les paroles de mépris* (sic) que, dans une occasion semblable, nous laissâmes échapper contre M. Vidal. Nous protestons, non contre le fait, mais contre l'assimilation. Quand on trouve en face de soi une critique vide et pointilleuse, une argumentation sans corps, une prétendue réfutation qui se borne à ressasser les objections déjà énoncées et réfutées d'avance, on peut bien, sinon mépriser, du moins dédaigner un tel adversaire. M. Gamberini n'est pas fait pour susciter de pareils sentiments, et c'est très-sérieusement qu'il nous trouvera toujours disposés à discuter confraternellement avec lui une question à peine née d'hier, sur laquelle on peut faire, par conséquent, ou proposer des concessions sans se déconsidérer ni avilir son antagoniste, mais qu'il faut, avant tout et dans l'intérêt de l'avenir qu'il attend peut-être, se garder de passionner par une polémique irritante.

(*La suite prochainement.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 4 NOVEMBRE.

SUR LES CAUSES ET L'ORIGINE DU CHOLÉRA.

M. Cuindet adresse une note *sur les causes et l'origine du choléra.* L'auteur cherche à établir par ce travail : que le choléra, dans son foyer primitif, est le résultat d'émanations marécageuses; de même que, dans nos contrées, des émanations semblables produisent des fièvres intermittentes, que le principe du choléra, après avoir produit la maladie chez un individu, est à son tour reproduit par cet individu pour le transmettre à un autre; que ce principe agit, au moyen de l'air atmosphérique, par l'absorption pulmonaire et non par l'absorption cutanée; qu'ainsi, il n'y a pas contagion dans le sens littéral du mot.

Indépendamment des fièvres intermittentes qui ont une origine analogue à celle du choléra, on peut encore lui comparer la fièvre typhoïde, qui, prenant parfois un caractère épidémique, doit son mode de transmission à des émanations qui produisent l'infection par l'absorption pulmonaire. On peut aussi comparer au choléra et même appeler fièvre typhoïde la maladie qui se produit généralement sur les personnes nouvellement arrivées à Paris.

Le choléra a son siége dans le système nerveux de la vie organique, c'est-à-dire que l'émanation qui produit la maladie exerce son action sur ce système nerveux.

—M. Cl. Bernard réclame la priorité de la découverte annoncée dans la dernière communication de M. Stas, relative à la présence du sucre de raisin dans le liquide allantoïdien de la vache. Il rappelle que depuis longtemps il avait fait des expériences publiques qui démontraient l'existence du sucre de raisin dans l'urine des fœtus de vache et de brebis, ainsi que dans les liquides de l'amnios et de l'allantoïde.

M. Bernard, par une seconde lettre, annonce qu'il se porte candidat pour la place vacante dans la section d'anatomie et de zoologie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 5 NOVEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. BRICHETEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend :

1° Une demande d'avis du ministre du commerce sur un remède contre la rage, préconisé par le docteur Fanès, pharmacien à Barcelone;

2° Une demande d'avis du ministre de la guerre au sujet des eaux et boues recueillies aux sources de Viterbe (États romains). (Commiss. des eaux minérales.)

3° Une lettre du ministre du commerce, transmettant un mémoire de M. le docteur du Casal sur le mode de traitement qu'il prétend avoir employé avec succès depuis 1832 contre le choléra. (Le moyen proposé par l'auteur consiste dans l'administration du phosphore et de ses préparations.)

4° Une lettre du même ministre avec envoi d'un mémoire du docteur Charcellay-Laplace, professeur de clinique interne à l'école de médecine de Tours, sur la marche et les effets du choléra en 1832 et 1849. (Commiss. du choléra.)

— M. le docteur Nemouet (de Verdun) annonce à l'Académie qu'il y a eu, il y a plusieurs mois, à Verdun, une épidémie de variole qui, entre autres particularités, a offert ceci : que la maladie n'a atteint que les adultes, vaccinés à peu près tous, et pas un seul enfant, preuve de la propriété préservatrice du vaccin pendant un temps limité.

APPLICATION AUX USAGES MÉDICAUX D'UNE NOUVELLE GLACIÈRE PORTATIVE.

M. Chevallier lit en son nom et celui de M. Poiseuille un rapport officiel sur une glacière portative, que le sieur Fumet a présentée à l'Académie comme pouvant être utile pour la préparation rapide de la glace, et pouvant être un auxiliaire utile pour la thérapeutique.

L'appareil dont il s'agit se compose d'un seau en fer-blanc qu'on entoure d'une étoffe de laine, et destiné à recevoir le mélange frigorifique, et d'une sorbetière qui reçoit l'eau ou les mélanges à glacer. On introduit dans le seau le mélange frigorifique, qui se compose de sulfate de soude et d'acide chlorhydrique; on mêle exactement avec un morceau de bois, puis on place la sabotière, qu'on fait tourner sur elle-même de temps en temps; au bout de quelques minutes, on enlève le mélange frigorifique du seau, et on le remplace par une nouvelle quantité de sulfate de soude et d'acide hydrochlorique.

Les commissaires pensent que cet appareil peut être employé avec avantage dans les communes où il n'y a pas de glacières, à bord des vaisseaux, etc. En conséquence ils proposent de répondre au ministre :

1° Que l'appareil de M. Fumet peut être employé avec facilité pour obtenir de la glace pour l'usage médical dans les saisons les plus chaudes de l'année;

2° Que le procédé proposé par M. Fumet est une application des faits publiés par Walker dès 1788.

M. Orfila fait observer qu'il existe un procédé beaucoup plus prompt, et qu'il expérimente tous les ans à son cours de la Faculté. Ce procédé consiste en un mélange d'azotate et d'hydrochlorate d'ammoniaque. Il est d'autant plus avantageux qu'à la promptitude il joint l'économie, car les substances employées se retrouvent après évaporation et peuvent servir pour de nouvelles opérations. M. Orfila propose en conséquence de modifier la première conclusion, en y ajoutant les termes suivants : « Mais qu'il serait plus utile et plus économique, dans une fabrication en grand, d'employer dans l'appareil un mélange d'eau, d'hydrochlorate et d'azotate d'ammoniaque dans des proportions déterminées, faisant chaque fois évaporer le liquide pour recueillir les sels et les faire servir de nouveau. »

MM. H. Gaultier de Claubry et Caventou parlent dans le même sens.

Après un échange de quelques observations, les conclusions du rapport sont adoptées avec la modification proposée par M. Orfila.

— M. Grimaud (d'Angers) lit un travail ayant pour titre : Pathogénie philosophique, ou exposition positive des causes, des symptômes et de la génération des maladies humaines et de leur traitement.

La séance est levée avant cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

De l'enseignement clinique des maladies mentales; par le docteur Falret, médecin en chef de la première section des aliénés de l'hospice de la Salpêtrière. — Paris, chez Martinet, rue Mignon, 2. — 1850.

La question traitée par M. Falret, celle de savoir s'il y aurait utilité à créer un enseignement clinique des maladies mentales, se présente appuyée sur l'avis favorable des aliénistes les plus compétents de France, d'Angleterre et d'Allemagne. Ce que les Allemands surtout ont publié là-dessus formerait un recueil passablement volumineux; ils ont fait mieux et, s'ils ne sont pas allés jusqu'à l'enseignement *clinique*, au lit du malade, du moins ont-ils inauguré l'enseignement théorique. Leipsik possède une chaire de *thérapeutique morale*, occupée par le professeur Heinroth.

C'est là en effet, croyons-nous, une question aisée à résoudre dans son principe, et dont les difficultés ne se montrent guère que dans l'application

pratique. Il n'est même pas besoin, peut-être, pour asseoir le principe, de remonter aussi haut qu'a cru devoir le faire M. Falret, et de déduire les raisons pour lesquelles il serait bon de répandre le plus possible parmi les médecins la connaissance des maladies mentales. Nous tenons cela pour incontestable. Nous n'admettons pas qu'on nie sérieusement le parti que tout praticien pourrait en tirer, soit dans l'intérêt du malade, soit dans celui de la justice, ou de toute autre manière ; mais, cet ordre d'idées étant soustrait à la discussion, on en rencontre tout de suite un autre, également très-général, et qui parle plus directement en faveur de l'enseignement, au moins clinique, de la science de l'aliénation. On s'étonne même que l'auteur ne s'y soit pas arrêté plus expressément. Il existe en pathologie de certains groupes morbides, susceptibles de constituer autant de domaines distincts dans la pratique ; à ce dernier point de vue, on les appelle des *spécialités*. L'intérêt privé les a multipliées outre mesure ; mais il en est de naturelles, si l'on peut ainsi dire, que les exigences de l'éducation ou des motifs de convenance ont officiellement consacrées par l'institution d'établissements spéciaux. Nous n'examinons pas en ce moment si cette reconnaissance officielle des spécialités a été aussi loin qu'elle pouvait ou devait aller : nous les constatons purement et simplement. Or la conséquence est facile à déduire. Que fait-on en créant des établissements particuliers pour le traitement de certaines maladies ? On soustrait aux établissements généraux une partie de la matière de l'éducation médicale ; on y dérobe à l'enseignement une partie de son sujet. De là la nécessité, sous peine de creuser une lacune dans l'éducation, de placer un enseignement spécial à côté de chaque groupe de maladies spécialisé. Le principe est si juste, si rigoureux, que l'autorité, en France, y accède ; mais elle y accède avec des restrictions, à notre avis, inconséquentes. Des trois seules spécialités qu'elle consacre par ses institutions (1), les *accouchements*, *l'aliénation* et les *maladies de la peau*, elle dote la première d'un enseignement et en prive les autres. Dès lors, où l'élève s'adressera-t-il pour acquérir la connaissance de l'aliénation ? Quand l'autorité refuse d'instituer une clinique ophthalmologique ou une clinique orthopédique, elle se fonde sur un motif qui, à le supposer mauvais en soi, a au moins le mérite de n'être pas illogique, à savoir qu'elle ne reconnaît pas l'ophthalmologie et l'orthopédie, en tant que spécialités, et qu'on en peut trouver les éléments matériels dans les établissements généraux, et l'enseignement dans les cours et les cliniques ordinaires. Mais spécialiser l'aliénation mentale comme objet distinct et bien délimité de la science médicale ; en concentrer l'étude dans des établissements appropriés, et n'y pas joindre un enseignement spécial, comme on le fait pour une autre spécialité officielle, c'est ce qu'il est malaisé de justifier. Le besoin pourrait paraître moins urgent, quoique très-réel, pour la pathologie cutanée, dont l'étude, moins compliquée, moins longue, moins délicate, perdrait moins à l'absence d'un maître qui la dirigeât ; mais personne ne prétendra que la science de l'aliénation le cède en difficultés et en importance à celle de l'accouchement. Celle-ci se recommande, il est vrai, du rôle plus étendu qu'elle joue dans la pratique ; mais, nous le répétons, l'utilité, la nécessité pour tout médecin de connaissances en aliénation n'en est pas pour cela moins manifeste, et une moindre fréquence des occasions de les appliquer ne peut pas être un prétexte pour les ignorer absolument.

Qu'on n'objecte pas que l'enseignement clinique n'est jamais refusé dans les établissements publics d'aliénés. Cela est vrai, et, à ce compte, M. Falret lui-même pourrait être opposé à M. Falret. Tout le monde sait avec quel zèle il s'est voué à cette tâche, aussi bien que M. Ferrus, M. Leuret et beaucoup d'autres. Mais un enseignement bénévole, qui peut être interrompu d'un instant à l'autre par la lassitude, le défaut de stimulation, etc., n'assure pas l'avenir. Nous ajoutons que c'est là un genre de ressource dont un grand pays ne doit pas se contenter.

M. Falret partage les auteurs qui se sont occupés de la question en trois catégories : les uns (Reil, Leupoldt, Nostitz, Ideler, Guislain, etc.) admettent franchement la clinique dans les asiles d'aliénés ; d'autres (Nassa, Jacobi, Heermann, Lorent) veulent qu'on mette à la disposition des Facultés un plus ou moins grand nombre de malades qui serviraient à la clinique. D'autres enfin (Flemming, Roller) préféreraient envoyer les élèves passer plusieurs mois dans les asiles pour y être témoins de la pratique des spécialistes expérimentés et se livrer à l'observation directe des maladies mentales.

On voit de suite, en regardant à ceux de ces systèmes qui ont un caractère restrictif, qu'ils ont tous été inspirés par la crainte du danger que pourrait faire courir aux aliénés la visite d'un trop grand nombre de personnes étrangères. C'est en effet à cette seule et unique objection qu'on peut réduire toutes les difficultés soulevées contre l'institution d'une clinique dans le sens ordinaire du mot. Il faut d'abord remarquer que des divergences sur le mode d'enseignement n'affaiblissent nullement l'autorité du principe au nom duquel cet enseignement est réclamé. Si l'expérience démontrait que l'action d'un nombre illimité d'élèves dans les salles, la curiosité indiscrète de quelques-uns, fussent un danger pour les malades, rien n'empêcherait ou de prendre telle mesure réglementaire que de besoin, ou de descendre même, s'il le fallait absolument, à un système moins large, en coûtât-il quelque chose à la diffusion de l'enseignement ; car sacrifier le bien faute de mieux, nous paraîtra toujours d'une mauvaise politique. En réalité, une clinique aurait-elle pour les aliénés tout le danger qu'on craint ? Il faut lire là-dessus l'argumentation très-habile de M. Falret. On y verra des considérations pleines de justesse sur la situation particulière de l'esprit des aliénés et une fine analyse des impressions qu'ils doivent recevoir des visites et de l'examen de personnes étrangères. — Bref, M. Falret croit que cet examen pourrait exercer souvent une influence avantageuse sur les malades par la satisfaction donnée au sentiment de sociabilité, à la condition, bien entendu, de la maintenir dans une certaine mesure. Il montre que l'*isolement*, si avantageux dans le traitement de l'aliénation, n'a ce mérite qu'autant qu'il enlève le malade du milieu ordinaire de son existence, qu'il l'éloigne de ses amis, de sa famille, qu'il rompt toutes ses habitudes. Pénétrant plus avant encore dans la question, M. Falret cherche et trouve dans les caractères mêmes de la folie, non-seulement de la folie en général, mais de ses principales formes, d'excellents aperçus en faveur de l'opinion qu'il défend. Assurément il ne va pas jusqu'à nier complétement la possibilité d'une excitation portée sur le cerveau des aliénés par la visite et l'interrogatoire ; il eût été démenti par l'expérience de tous les aliénistes. Lui-même prend soin d'indiquer des cas spéciaux qui commanderaient la plus grande prudence, les plaies morales qu'il conviendrait de toucher avec le plus de délicatesse ; mais il ne voit pas dans ces exceptions un motif suffisant d'abstention.

Et en effet, nous croyons qu'il n'y a pas impossibilité d'établir, sans danger notable, une clinique régulière dans les asiles d'aliénés. Des inconvénients réels peuvent se présenter ; nous serions même porté à les regarder comme un peu plus nombreux que ne paraît le supposer M. Falret, surtout dans les services de femmes. Mais ces inconvénients peuvent être, pour la plupart du moins, ou évités ou singulièrement atténués. Le résultat dépendrait du degré de prudence apporté dans l'exécution. Que le maître se charge seul d'interroger les malades, de sonder ces misères que la main inexpérimentée d'un élève pourrait irriter en essayant de les calmer ; qu'une tenue réservée soit imposée aux assistants, qu'ils bannissent toutes les apparences d'une avide curiosité, comme on l'obtiendrait facilement de jeunes gens d'une éducation distinguée, de qui l'on pourrait d'ailleurs exiger la justification de quelques années d'études médicales ; que les remarques scientifiques soient faites loin de l'oreille des malheureux qui en sont l'objet et réservées le plus souvent pour l'amphithéâtre, comme cela se pratique dans les hôpitaux ordinaires ; que les aliénés irritables ne soient observés qu'en temps opportun et puissent croire, dans leurs mauvais moments, qu'ils ne sont l'objet d'aucune attention ; que tout enfin soit combiné de manière à prévenir toute cause d'excitation, et nous ne doutons pas qu'une clinique ne puisse se faire sans dommage notable. L'habitude y aidera ; car nous croyons que le retour quotidien des visites, loin d'être un danger toujours croissant, finirait au contraire par émousser la susceptibilité des aliénés. M. Falret a cent fois raison de préférer le mode ordinaire des visites, celui qui consiste à aller trouver les aliénés dans le lieu qui leur est assigné, au mode indiqué par M. Damerow, et d'après lequel on introduirait successivement dans l'amphithéâtre les sujets qu'on voudrait examiner. Cette espèce de comparution serait un moyen infaillible d'éveiller les fantômes dans une imagination malade. Que si, par hasard, l'expérience démentait les prévisions, et que le trop grand nombre de visiteurs offrît du danger, mieux vaudrait cent fois reprendre, malgré ses inconvénients assez sérieux, le procédé d'Esquirol, qui partageait les élèves en séries auxquelles l'asile était ouvert à tour de rôle.

Les précautions que nous venons d'indiquer, on les trouverait conseillées, sous une autre forme, dans le livre de M. Falret ; on les y trouverait avec les développements et la force de démonstration qu'il a pu emprunter à sa grande expérience. Sous ce rapport comme sous plusieurs autres, ce plaidoyer en faveur des cliniques de maladies mentales est un des plus complets et des plus concluants qui aient été produits jusqu'ici.

A. Dechambre.

(1) Nous ne parlons pas ici des établissements ouverts à la cécité, à la surdi-mutité, etc. : ce sont là des *refuges*, des *asiles*, qui n'ont leur origine que dans des nécessités sociales ou d'administration.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

DE L'UTILITÉ D'UNE SECTION DE PHYSIOLOGIE A L'ACADÉMIE DES SCIENCES.

On connaît les noms des candidats qui se disputent l'héritage de M. de Blainville à l'Académie des sciences, et l'on sait combien diffèrent dans leur objet et leur caractère propre les travaux sur lequels ils s'appuient. D'un côté, un zoologiste, recommandable surtout par des recherches d'embryogénie; de l'autre deux physiologistes, s'éclairant sans doute des lumières de l'anatomie comparée, aussi bien que de celles de l'anatomie et de la physiologie morbides, aussi bien que de celle des sciences physiques, mais dirigeant tous leurs efforts vers l'explication du jeu des organes. Ici M. Coste, là MM. Longet et Cl. Bernard. Cette différence dans la nature des titres scientifiques, différence assez grande pour rendre très-difficile de les peser comparativement, ramène l'attention vers un projet mis autrefois sur le tapis par Geoffroy-Saint-Hilaire et qui, suivant nous, comblerait un vide manifeste dans le cadre de l'Académie des sciences. Il existe, dans cette Académie, deux sections consacrées à la science biologique, celle d'*anatomie et de zoologie* et celle de *médecine et de chirurgie*, toutes deux composées de six membres. Or qu'arrive-t-il lorsqu'un candidat se présente armé seulement de travaux de physiologie? Les zoologistes purs, occupés surtout d'organoplastie, lui font entendre poliment qu'ils ne peuvent le mettre sur leur liste, la physiologie proprement dite n'étant pas leur fait, et qu'il ait à s'adresser aux médecins et aux chirurgiens; c'est ce qui arrive en ce moment où la vacance a lieu précisément parmi les zoologues, et ceux-ci proposent en exemple un anatomiste et un physiologiste célèbres, M. Serres et M. Magendie, qui appartiennent en effet à la section de médecine et de chirurgie. Il est possible que si la vacance avait lieu au contraire dans cette dernière section, le malheureux physiologiste fût renvoyé à celle d'anatomie et de zoologie, et ce ne serait pas assurément par de pires motifs, la médecine et la chirurgie étant moins rapprochées de la physiologie que l'anatomie et la zoologie. Frappé de ces difficultés, l'illustre Geoffroy-Saint-Hilaire avait pensé qu'il serait convenable de faire, dans le sein de l'Académie des sciences, une place naturelle aux physiologistes et de créer pour eux une section spéciale. Cette proposition qui avait trouvé faveur auprès d'un certain nombre de membres, a pourtant fini par être enterrée. Le moment est favorable pour la reprendre, et nous serions heureux de voir quelque membre influent de l'Académie la placer sous son patronage. Ce n'est pas seulement par un mérite d'*à-propos* qu'elle se recommanderait aujourd'hui, c'est par la considération, plus élevée et plus décisive, du développement considérable qu'a pris depuis quelques années en France la science physiologique. Moins aventureuse qu'en Allemagne dans son caractère spéculatif, plus hardie et plus sûre dans son caractère expérimental, elle tend manifestement à restituer à notre pays une suprématie qu'on a pu lui dénier assez longtemps. Il y aurait donc convenance à lui conférer un avantage qui serait à la fois une récompense et un encouragement.

Qu'on veuille bien remarquer d'abord que la ressource offerte aux candidats de frapper à la section de médecine et de chirurgie, si elle n'était pas illusoire, aurait l'inconvénient de fausser en ce point l'institution. Si la porte était ouverte à un physiologiste, le nombre des membres de la section étant limité, elle serait *ipso facto* fermée à un médecin ou à un chirurgien, et l'institution veut que cette section soit réservée à la médecine et à la chirurgie. Nous savons bien que cet argument n'est pas de nature à toucher certains membres de l'Académie. Il court, en effet, sur quelques bancs de la célèbre compagnie, une opinion un peu singulière et qui tendrait à contester l'utilité scientifique, au sein de l'Académie, d'une section de médecine et de chirurgie pratiques; or, n'étaient les prix Montyon qui obligent de recourir à des lumières spéciales, nons en savons qui seraient fort disposés à renvoyer médecins et chirurgiens à la rue des Saints-Pères. Ces honorables savants ne réfléchissent pas que l'anatomie et la zoologie ne comprennent aucunement la pathologie interne et externe, non plus que la thérapeutique; que, d'ailleurs, l'application à l'homme malade de toutes les notions qui se rattachent à la science médicale constitue un ordre de connaissances tout spécial que le théoricien ne saurait ni apprécier ni même comprendre, et qu'il y a autant de raisons, et les mêmes exactement, pour séparer la théorie de la pratique en médecine, que pour l'en séparer en botanique, comme on l'a fait dans une autre partie du cadre de l'Académie en instituant une section de *botanique* proprement dite et une section d'*économie rurale*. Il y a juste entre l'étude purement scientifique des plantes et celle des moyens de les cultiver, c'est-à-dire de les faire naître, d'assurer leur développement, de les préserver d'atteintes nuisibles, le même rapport qu'entre l'étude de l'homme et celle des moyens de le protéger dans sa formation intra-utérine, dans sa naissance, dans son accroissement et dans son déclin. Il ne saurait y avoir sur ce point de contestation sérieuse.

Si l'analogie que nous signalons contient la raison d'être d'une section spéciale de médecine et de chirurgie, elle peut servir, avec plusieurs autres exemples, à justifier la création d'une section de physiologie. Dès qu'on croit pouvoir subdiviser la botanique, dès qu'on établit dans les sciences physiques une section particulière pour la minéralogie, et dans les sciences mathématiques une section particulière pour la géométrie, on ne comprend pas qu'on puisse repousser l'institution d'une section de physiologie dans les sciences médicales. Nous croyons savoir que le principe en vertu duquel est réclamée cette innovation n'a pas, dans l'Académie, autant d'adversaires qu'en aurait l'innovation elle-même si elle était sérieusement en projet. Beaucoup trouvent ce principe équitable qui en redouteraient pourtant l'application comme pouvant être un prétexte à un remaniement plus complet de l'institution, et il paraît certain qu'on n'a pas été sans crainte à cet égard à la suite de la revolution de février. D'autres voient un inconvénient dans l'augmentation du nombre des académiciens. Geoffroy-Saint-Hilaire, à qui cet inconvénient avait été déjà opposé, fait-ait entrevoir la possibilité d'y parer en réduisant le cadre de certaines sections, particulièrement de celle d'économie rurale, d'où M. Flourens, qui en faisait alors partie, aurait pu être transporté dans la nouvelle section de physiologie. Cet expédient n'avait rien de bien étrange, puisqu'il est une autre section, assez importante cependant, qui ne comprend que trois membres, la section de géographie et de navigation. Mais on conçoit bien qu'il n'ait pas été du goût de tout le monde, principalement des économistes ruraux. Au fond, l'inconvénient derrière lequel on se retranche, si toutefois c'en est un, pourrait être réduit à de petites proportions. Rien n'obligerait à accorder six fauteuils aux physiologistes; trois leur suffiraient, au moins provisoirement, comme ce nombre suffit aux géographes. Ce ne sont plus là que des difficultés

---

Feuilleton.

ÉTUDE BIOGRAPHIQUE.

GUILLOTIN (JOSEPH-IGNACE).

...... *Specie recti deceptus.* (Cic.)

Il est des existences que les événements entraînent et dominent irrévocablement; il est aussi des noms, quoique plus rarement, auxquels s'attache une sorte de fatalité inexplicable. Celui du médecin, objet de cette étude, en est un exemple digne de remarque. Personne n'ignore que ce nom représente aussitôt un instrument de mort et de supplice; et pourtant celui qui le porta fut un bon, un grand citoyen, un philanthrope dans toute la grandeur et la vérité de l'expression. Malheureusement pour lui, le temps a consacré la terrible dénomination, c'est à n'y plus revenir. Essayons néanmoins de faire voir quel fut cet homme, dans quel but il proposa l'invention mécanique qui, depuis, a facilité tant de crimes et fait répandre tant de sang.

Joseph-Ignace GUILLOTIN naquit à Saintes, département de la Charente-Inférieure, le 29 mars 1738; son enfance n'annonça rien d'extraordinaire, bien qu'il se distingua dans ses études scolaires. Il les acheva à Bordeaux et fut même, malgré sa jeunesse, quelque temps professeur au collége des Irlandais. Les jésuites, selon leur coutume, voulurent l'attirer dans leur société; d'après son prénom heureux d'Ignace, ils lui promirent même un avancement rapide. Rien de plus séduisant, car la société était encore puissante et respectée; mais le jeune Guillotin, d'un caractère assez fier, assez indépendant, refusa de faire partie d'un corps où il fallait faire abnégation totale de sa volonté, de soi moi, être en effet, d'après la maxime consacrée, *perinde ac si fuisset cadaver*. Rassemblant ses ressources patrimoniales, il vint à Paris et se décida pour la profession de médecin, la plus digne, selon lui, d'un ami éclairé de l'humanité. Élève favori du célèbre Antoine Petit, il fit de rapides progrès, car s'étant présenté pour disputer le prix qu'un ancien médecin avait fondé en faveur d'un élève pauvre, il remporta la palme à la grande majorité d'un jury composé de plus de cent docteurs. Toutefois, on ne sait trop pourquoi, peut-être à cause d'une réception trop dispendieuse, il se fit recevoir docteur en médecine à Reims; mais n'ayant pas le droit d'exercer à Paris, il se présenta depuis à la Faculté de médecine de cette ville, et fut reçu docteur le 20 octobre 1770, sous la présidence de Poissonnier, puis docteur-régent, suprême dignité médicale à cette époque. Plus tard, en 1784, il fit partie de la commission royale nommée pour examiner le *mesmérisme*, et il se rangea à l'opinion de l'illustre et malheureux Bailly.

Cependant le grand drame de la révolution était sur le point d'éclater; ses éléments fermentaient et grondaient sourdement. Guillotin, doué d'un esprit élevé, ami des hommes et de la liberté, en adopta les principes que d'ailleurs les hommes instruits de toutes les classes préconisaient avec une infatigable

secondaires d'application qui disparaissent entièrement à nos yeux devant l'intérêt réel et permanent qu'il s'agit de défendre.

SYMPTOMATOLOGIE SPÉCIALE.

DES DOULEURS QUI PEUVENT COEXISTER AVEC LA SYPHILIS CONSTITUTIONNELLE; par M. DIDAY, ex-chirurgien en chef de l'Antiquaille (hôpital des vénériens de Lyon).

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

§ III. — DOULEURS MERCURIELLES.

Cette espèce de douleurs n'a point été décrite par les auteurs. Aussi tiendrais-je à appeler plus particulièrement sur ce que je vais en dire l'attention des praticiens spéciaux, afin qu'ils vérifient ensuite la justesse de mon opinion, en la comparant aux résultats de leur observation personnelle.

Donc, j'ai souvent remarqué, soit à l'Antiquaille, soit en ville, que pendant le cours ou à la suite d'un traitement mercuriel, les malades se plaignaient de symptômes nerveux assez difficiles à bien décrire, mais remarquables par leur ressemblance à peu près constante chez les divers individus. Ce sont des sensations passagères de froid dans la profondeur des membres; des élancements n'ayant que la durée de l'éclair; des frémissements ou tiraillements surtout dans les jambes et les avant-bras; fréquemment une espèce particulière de *point*, fixé dans la paroi thoracique, principalement au niveau des fibro-cartilages costaux d'un côté. Il s'y joint quelquefois l'impression comme d'une goutte de liquide qui coulerait sous la peau. Ces diverses sensations reviennent vingt fois par jour, soit spontanément, soit par la fatigue, les efforts, les changements brusques de température, etc.

Je sais que plusieurs malades n'accusent de pareilles souffrances qu'en raison de la peur que le mercure leur inspire, qu'elles sont assez souvent le produit d'un esprit vivement frappé. Aussi ai-je fait de celles-ci une classe entièrement distincte, dont il sera tout à l'heure question, sous le nom de *douleurs imaginaires*. Mais cette réserve posée, je déclare que ces agacements nerveux constituent, dans certains cas, une maladie des plus réelles. Je les ai constatés sur des sujets tout à fait exempts de la tendance *syphilophobique*, si aisée à diagnostiquer à première vue, pour un chirurgien d'hôpital spécial. Et la preuve de leur existence aussi bien que de leur légitime filiation pathogénique, c'est que (dans les cas favorables à ce genre de contrôle) j'ai vu les malades cesser de s'en plaindre, une fois que le mercure avait été suspendu, du moins à temps.

Ces accidents, en résumé assez rares, ne sont en aucune façon un effet de la cachexie mercurielle. Le cas est on ne peut plus différent; et il faut que cela soit bien entendu. Il ne s'agit ici ni des lésions des centres nerveux, ni des convulsions, ni du tremblement, qui accompagnent la dissolution du sang causée par l'usage abusif de ce métal. Ceux dont je parle paraissent tenir à un effet direct, primitif de l'action mercurielle, et non à l'état de dépérissement, d'anémie scorbutique que son absorption excessive occasionne quelquefois.

Mes observations ne sont pas encore assez nombreuses pour me permettre de déterminer expressément les circonstances qui favorisent le plus l'apparition de ces phénomènes. Cependant ils m'ont semblé survenir de préférence dans deux conditions :

1° Chez les malades qui ont pris pendant longtemps du mercure, soit avant l'éclosion, soit après la disparition des symptômes secondaires. Ainsi le traitement dit *préventif*, que les médecins de la vieille école instituent dès le début de tout chancre primitif—puis celui qu'on prolonge à outrance après l'effacement des pustules plates ou de la syphilide lenticulaire, dans le but d'en empêcher le retour — ces deux sortes de traitement, dis-je, prédisposent à ces irradiations douloureuses, que j'ai appelées mercurielles;

2° Chez les individus à qui l'on persiste à faire prendre du mercure et rien que du mercure, bien qu'ils soient arrivés à l'époque où les accidents secondaires proprement dits se transforment en accidents *de transition* ou en accidents franchement tertiaires. Beaucoup de praticiens tombent dans cet écueil. Réservant absolument l'iodure de potassium pour les affections des systèmes fibreux et osseux, ils hésitent ou refusent de l'associer au mercure contre les altérations profondes de la peau. C'est dans ces cas qu'éclatent les névropathies dont je parlais tout à l'heure. Je me rappelle deux ouvriers des ateliers du chemin de fer, à Oullins, qu'un médecin avait gorgés de mercure pour une syphilide echthymateuse des jambes (symptôme *intermédiaire* des plus tenaces). Ils m'offrirent, et pendant très-longtemps, les sensations vagues et mobiles que je me crois en droit de rapporter au mercure.

Enfin, à égalité supposée dans les autres conditions, je pense avoir observé plus souvent ces troubles chez les sujets qui avaient pris pendant longtemps *la même* préparation mercurielle; et aussi chez ceux qui, malgré l'administration prolongée et à haute dose de ce métal, n'en avaient jamais éprouvé d'effet irritant sur la muqueuse buccale. Enfin, une mercurialisation de courte durée, quelque énergique qu'elle ait été, ne saurait les produire.

On regardera peut-être ces douleurs comme étant de nature syphilitique. Moi-même je me l'étais imaginé dans les premiers temps. Mais elles n'ont ni les caractères, ni l'époque d'apparition, ni la localisation toujours circonscrite, des douleurs ostéocopes. De plus, et notamment, l'iodure n'exerce aucune action curative sur elles. Enfin, on les voit quelquefois persister fort longtemps sans qu'aucune lésion syphilitique vienne s'adjoindre à elles.

TRAITEMENT. — La véritable démonstration de leur origine mercurielle consisterait à les faire cesser en suspendant l'usage de l'agent qui les a produites. Les choses se passent effectivement quelquefois ainsi. Je pourrais citer, par exemple, l'histoire d'un de mes malades, en 1848 (salle Saint-Jean), chez qui je vis un point pleurodynique douloureux se montrer pendant que je lui donnais 15 centigrammes par jour de proto-iodure hydrargyrique. Méconnaissant à cette époque l'influence du remède, j'en continuais l'emploi, tout en traitant le point par les sangsues et les vésicatoires volants saupoudrés de morphine. Il persista, malgré ces médications, sans rien perdre de son intensité. Au bout de six jours d'essais infructueux de ce genre, je supprimai les pilules. A partir du lendemain, le point de côté s'amenda; et il disparut en très-peu de jours.

C'est là, toutefois, une exception. Dans les cas les plus heureux, une amélioration succède, il est vrai, à la suspension de l'agent mercuriel; mais la

---

ardeur. Il publia donc un ouvrage dans ce sens, PÉTITION DES CITOYENS DOMICILIÉS A PARIS (27 décembre 1788), et il fit preuve dans cet ouvrage, très-difficile à trouver aujourd'hui, d'une vigueur et d'une pénétration de pensée, d'une solidité d'instruction a un degré peu commun. Mais comme les idées émises par l'auteur de cet ouvrage parurent à cette époque empreintes d'un caractère de licence et même de révolte, Guillotin fut mandé au parlement, et là il essuya une remontrance qui ne l'effraya nullement et ne le corrigea pas davantage. Bien plus, le peuple le ramena chez lui en triomphe, le regardant comme un martyr de la bonne cause. Cette ovation populaire, et la cause qui l'avait produite, l'ayant fait connaître ainsi que ses principes, il fut nommé un des électeurs de la ville de Paris pour le tiers état; bientôt l'assemblée électorale le choisit pour son secrétaire, puis elle le nomma député aux États généraux, devenus assemblée nationale. Guillotin était certainement de ces honnêtes gens qui, n'ayant pas encore l'expérience d'une révolution, acceptaient avec espoir les justes réformes qu'elle promettait. Alors on croyait naïvement qu'un peuple libre serait toujours juste et sage, toujours modéré dans l'usage de sa force et de sa puissance; que ses volontés feraient ses lois et que ses lois feraient son bonheur. Fier de l'assentiment de ses concitoyens, Guillotin était loin de prévoir que plus tard il faudrait pour gouverner, une popularité de sang et de cynisme, que la révolution se transformerait en guerre civile, en assassinats réciproques, en une curée de victimes humaines. Aussi, longtemps après, il disait à ses amis : Mes impressions de jeunesse, mon expérience d'homme fait et mes souvenirs de vieillard m'ont convaincu que le bien public ne se fait que lentement, progressivement, que quand on l'a conçu avec maturité; il faut l'exécuter avec une prudence résolue.

Toutes les opinions, dans l'assemblée nationale, étaient à la réforme des abus et à l'égalité des droits, et elle posa en principe que chaque crime étant personnel, la honte ne devait être nullement reversible sur chaque membre de la famille du coupable. Guillotin comprit alors qu'une pareille décision serait tout à fait insuffisante, que le seul moyen de la rendre efficace était d'établir un même supplice pour toutes les classes de citoyens. De là ses projets, ses recherches et sa célèbre invention. Ayant demandé la parole le 28 novembre 1789, il exposa son opinion pour changer le mode de supplice, et parla d'une machine à trancher la tête qui lui semblait remplir toutes les conditions les plus importantes pour satisfaire la justice, sans blesser l'humanité, enfin, il présenta une sorte de code pénal très-précis et très-substantiel. L'Assemblée ne voulut rien décider d'abord, et elle renvoya la question à l'époque où elle s'occuperait du code criminel. L'abbé Maury cependant prit la parole; il ne blâma point le projet qu'on venait de présenter, seulement il fit remarquer qu'il ne fallait pas accoutumer le peuple à la vue du sang, que cela était d'autant plus dangereux que l'ivresse du sang était la plus terrible de toutes les ivresses. Par son projet, Guillotin voulait obtenir deux résultats importants, l'un physique, l'autre moral; dans le premier, il espérait qu'en confiant l'exécution du supplice à un instrument d'un effet aussi sûr que rapide, le patient ne souffrirait nullement. Sa conviction était telle à cet égard, que plein du plus naïf enthousiasme, il répétait sans cesse à ses collègues : « Le supplice que j'ai inventé est si doux qu'on ne saurait que dire si on ne s'attendait pas à mourir et qu'on croirait n'avoir senti sur le cou qu'une *légère fraîcheur*. » Le docte physiologiste avait raison en

douleur, quoique affaiblie, n'en persévère pas moins. Remarquons-le en effet : loin d'offrir de l'acuité comme chez le malade ci-dessus, ce symptôme est chronique de sa nature ; aucun moyen n'a rapidement prise sur lui ; et souvent des mois et des années se passent sans qu'il ait complétement abandonné sa victime. Je dis *victime*, car, bien que très-légère en elle-même, l'incommodité qui en résulte affecte toujours péniblement et préoccupe cent fois plus qu'une maladie véritable. Pour la grande majorité de nos clients, le mercure, seul entre tous les remèdes, est toujours un ennemi. Il est reçu que jamais il ne quitte le corps, qu'il ronge les os, attaque le cerveau, etc., etc. Aussi, tant qu'ils en sentent l'influence, ne serait-ce que par le plus insignifiant picotement, la vie présente est décolorée et l'avenir gros d'orages. Ils se voient irrévocablement frappés eux et leur famille !......

Pour hâter la fin de ces maux, on peut, outre l'interruption du traitement mercuriel, recourir aux moyens plus directs accrédités contre l'intoxication spéciale qui résulte de son excès. Les diurétiques, mais principalement les purgatifs et les sudorifiques seront utilement ordonnés dans ce but. Provoquer d'abondantes transpirations par les bains de vapeur ou l'emploi des procédés hydrothérapiques est sans doute ce qu'il y a de mieux en fait de médications spéciales. Mais il ne faut pas oublier d'en aider l'action par l'habitation dans un climat sec et chaud, et l'usage de la flanelle. Je ne manque jamais, lorsque les circonstances le permettent, de conseiller dans ces cas un voyage, ou même le changement de résidence du Nord pour le Midi.

Pendant que je terminais ce paragraphe, un exemple frappant des douleurs mercurielles vient de se présenter à mon observation. Un Monsieur, âgé de 40 ans, parfaitement raisonnable, d'un jugement droit et de caractère calme et tranquille, a contracté, il y a quinze jours, une blennorrhagie légère. Traitée à temps, elle se dissipa en quatre ou cinq jours sous l'influence d'injections au sulfate de zinc. Néanmoins, *par excès de précaution*, son médecin lui prescrivit des pilules de Belloste. Je laisse maintenant parler mon client. Ce qui suit a été écrit par moi sous sa dictée : « Je pris, ainsi qu'on me l'avait conseillé, deux de ces pilules par jour, *ne sachant pas qu'il y entrait du mercure.* Mais après la troisième, je fus réveillé au milieu de la nuit par une vive douleur dans le mollet gauche. Elle était comparable à des crampes que j'avais autrefois ressenties en prenant des bains de mer.

» Je continuai cependant mes pilules. Mais je dus m'arrêter après la cinquième ; car il me survint des douleurs qui, depuis lors, n'ont pas diminué. C'est dans les jointures (principalement dans celles des doigts et des genoux), dans le gras des bras et des mollets, parfois dans la cuisse droite, plutôt un agacement qu'une véritable souffrance. Cela va pourtant quelquefois jusque-là.

» Je sens cet état plus fort dans les doigts. Ni les mouvements que je fais, ni de serrer ces parties-là n'augmente, ni ne ramène les élancements. Je les ai sentis cependant en écrivant ma correspondance ; il en est résulté deux ou trois fois un engourdissement qui m'a forcé de quitter la plume.— Jamais, auparavant, je n'avais senti rien de semblable. »

J'ajoute à ce récit qu'il était en même temps survenu, par suite des pilules mercurielles, de l'excitation aux gencives et un léger saignement par leur surface.

Il faut aussi noter que ce malade avait eu, il y a huit ans, une syphilis secondaire, pour laquelle il prit, sous la direction de M. Ricord, 4 pilules de proto-iodure de mercure par jour, durant un mois. Mais ni à cette époque, ni depuis lors, il n'avait eu ni ptyalisme, ni rien qui ressemblât aux douleurs particulières dont il se plaint maintenant. Le spécifique ne deviendrait-il nuisible que lorsqu'il n'a point d'ennemi sur qui épuiser son action ?...—Les jointures endolories n'offraient d'ailleurs, chez lui, aucune lésion apparente, aucun changement qui fût matériellement appréciable.

§ IV. — DOULEURS RHUMATISMALES.

Tout comme les autres hommes, mais pas plus qu'eux, les syphilitiques sont sujets aux endolorissements articulaires que le rhumatisme chronique laisse à sa suite. Je ne pouvais donc me dispenser de leur donner place dans la présente nomenclature. Mais s'il convient de les nommer, il serait puéril de les vouloir décrire ici. Qui n'en connaît les causes, la marche, les caractères distinctifs, le traitement si loin encore, je ne dirai pas de la perfection, mais d'un état satisfaisant ? D'ailleurs leur diagnostic différentiel a déjà été ou se trouvera suffisamment établi dans les autres parties de ce travail pour m'épargner une tâche qu'aucun but d'utilité ne saurait justifier.

Je clorais donc ici ce paragraphe si je n'avais à prévenir une illusion à laquelle beaucoup de médecins se laissent aller. Certains sujets, on le sait, ne peuvent contracter une blennorrhagie simple sans qu'une arthropathie plus ou moins inflammatoire se développe à la suite. Tant qu'on est en présence de cette coïncidence, l'erreur a peu de chances ; la maladie est évidente, et le moindre étudiant l'appellerait par son nom de rhumatisme, car il faudrait véritablement être aveugle pour confondre avec les douleurs syphilitiques l'hyperesthésie d'une articulation rouge, chaude, tuméfiée, et dont la phlegmasie a éveillé un mouvement fébrile continu.

Mais plus tard, l'antécédent blennorrhagique a disparu, et son souvenir s'affaiblit, en même temps que les traits de la maladie articulaire perdent de leur netteté primitive. Très-souvent, dans ces cas, le rhumatisme est devenu chronique, se réfugie dans les petites articulations de la main ou du pied. Il s'y reproduit alors par l'influence de la fatigue, d'un exercice répété, des refroidissements locaux, d'un changement de température, mais sans réaction fébrile, et seulement sous forme de douleurs que les mouvements augmentent.

En cette occurrence, si le praticien se borne à un examen superficiel — si, au lieu d'un interrogatoire précis, il se contente de demander vaguement au patient : « Avez-vous eu des maladies vénériennes ? » la réponse — toujours affirmative — de celui-ci le fourvoiera immanquablement ; et il se laissera d'autant plus aisément aller à considérer ces douleurs comme syphilitiques qu'il s'ouvre ainsi, en quelque sorte, l'espoir de leur trouver un spécifique. — Voilà donc le malade, de par son médecin, déclaré, ou tout au moins suspecté atteint de syphilis. Pour juger des conséquences d'un tel arrêt, relisez la fin du précédent paragraphe, et prononcez ensuite s'il est indifférent pour la tranquillité des malades de le porter à faux ! De telles sentences pèsent parfois sur la vie tout entière d'un individu. Lorsque vous tentez ensuite de vaincre sa syphilomanie, il vous renvoie à M. le docteur A. ou à M. B., qui le regardaient bien, eux, comme vénérien, puisqu'ils lui avaient prescrit du mercure ou de l'iode. Et vous restez indécis, sans crédit pour casser ce jugement, souvent même sans désir de l'essayer, puisque vous n'y parviendriez quelquefois qu'aux dépens de la réputation d'un confrère !

---

quelque sorte, et l'excessive facilité de la décapitation au moyen de l'instrument qu'il proposa et qu'on perfectionna (1) ne fut que trop prouvée par les massacres juridiques qui eurent lieu plus tard, quand la France fut couverte, en deux ans, de ruines et d'échafauds. Le second résultat qu'espérait l'illustre médecin était plus précieux encore. On sait, comme nous l'avons fait pressentir, que le supplice de la corde était infamant dans les familles, tandis que celui de la décollation n'entraînait aucune flétrissure, préjugé absurde, mais qui n'en était pas moins enraciné dans les mœurs. Guillotin fit tous ses efforts pour qu'il y eût identité de supplice pour les coupables de toutes les classes de la société ; de cette manière il parvint, sinon à détruire complétement, au moins à diminuer le fatal préjugé dont il a été question, et graver dans les esprits ce que dit Corneille : *le crime fait la honte et non pas l'échafaud*, maxime si fièrement rappelée par Charlotte Corday, qu'un illustre écrivain de nos jours ne craint pas de nommer l'*ange de l'assassinat*.

Cependant, après quelques difficultés, l'assemblée législative ordonna, le 3 avril 1792, qu'il serait fait un rapport sur la proposition et l'invention de Guillotin. Ce rapport ayant été fait et lu par le représentant Carlier, une commission fut nommée pour examiner et perfectionner l'instrument de Guillotin, car c'était le seul nom qu'on lui donnait alors. Ce fut le 17 avril de la même année qu'on essaya l'effet de la terrible machine sur des animaux, puis sur des morts, « afin qu'elle apprît d'eux son œuvre, » selon M. de Chateaubriand. Bien des tâtonnements, beaucoup de changements eurent lieu, enfin on la jugea parfaite, très-capable de remplir ses fonctions, et il fut même question de placer sur son frontispice les vers de Malherbe :

> Et la garde qui veille aux barrières du Louvre
> N'en défend pas les rois.

Effrayantes paroles qui, l'année suivante, ne se vérifièrent que trop.

Le 27 mai 1792 tomba la première tête par l'instrument tant vanté de Guillotin, et ce fut celle d'un voleur de grand chemin nommé Pelletier qui, depuis le 1er janvier, attendait ou son supplice ou son pardon. La première exécution politique eut lieu le 21 août 1792, la victime était un employé des bureaux de l'hôtel de ville, accusé de conspiration ; il se nommait Collenot-d'Anglemont. Toutefois les exécutions ne répondaient pas complétement à ce qu'avait promis Guillotin ; il y avait de l'écrasement du cou plutôt qu'une section nette et prompte, enfin le supplice semblait se prolonger, à cause de l'imperfection de

(1) On sait maintenant, par des recherches ultérieures, que cet instrument n'avait rien de nouveau dans son principe. Il y en avait autrefois de semblable en Écosse, destiné au même usage, connu sous le nom de *maiden*. En Italie, Achille Bocchi a fait graver dans son livre, imprimé pour la première fois en 1555 (SYMBOLICÆ QUÆSTIONES, DE UNIVERSO GENERE) la figure d'une machine à décapiter. Cette machine fait le sujet de la 18e planche. C'est la *mannaia*, ou *mannaja* des Italiens, que les lexicographes définissent « hache à trancher la tête. » On se servit même, dans le même pays, d'une machine analogue pour l'amputation des membres, mais les graves accidents qui en étaient la suite inévitable la firent abandonner.

Revenons à la syphilis. J'ai dit que les syphilitiques peuvent, comme tous autres individus, ressentir des douleurs suite d'arthrites aiguës par eux éprouvées avant qu'ils eussent pris la vérole. Mais *je ne me souviens pas d'avoir vu, dans le cours de ma pratique, un seul malade actuellement atteint de symptômes secondaires ou tertiaires bien caractérisés, offrir une attaque franche de rhumatisme articulaire aigu.* J'ignore si la même remarque a été faite par d'autres observateurs. Mais il n'y aurait rien d'étonnant à ce qu'il en fût ainsi. En effet, le rhumatisme aigu, fébrile, n'existe pas sans un excès de fibrine dans le sang. Or comment cette disposition ne serait-elle pas entravée par une diathèse qui engendre souvent la chlorose, que les antiphlogistiques et la diète ne font qu'aggraver, qui amène souvent à sa suite un dépérissement cachectique, une transformation comme sénile de tout l'individu ; par une diathèse qui, d'après des expériences positives de MM. Ricord et Grassi, produit dans le sang une diminution considérable de la quantité des globules? Joignez à cette influence morbifique, celle du traitement qu'on dirige ordinairement contre elle par le mercure, agent *antiplastique* par excellence, et dites si la théorie ne conduirait pas naturellement à prononcer l'existence d'un antagonisme entre ces deux affections.

Satisfait pour le moment d'avoir appelé sur ce point l'attention des cliniciens, je livre le fait pour ce que mon expérience personnelle lui peut donner de valeur, et l'explication simplement comme stimulant à de nouvelles recherches. En attendant, un corollaire thérapeutique assez important eu ressort, que j'ai déjà eu l'occasion de vérifier : c'est que, parmi les médications préconisées contre le rhumatisme, quelques-unes sont contre-indiquées par la coïncidence de la vérole constitutionnelle. On a déjà vu (§ II) que les bains de vapeurs avaient notablement exaspéré chez mon malade la chlorose syphilitique dont il était atteint. De même, il ne faut pas douter que des émissions sanguines, l'usage des diurétiques, des diaphorétiques, une diète végétale ou lactée, des purgations réitérées, les sudations hydriatiques continuées jusqu'à production d'un affaiblissement notable ne s'opposassent plus ou moins à la guérison de la syphilis constitutionnelle. Peut-il, du reste, en aller autrement? Deux états morbides de nature contraire, constitués par une condition du sang diamétralement opposée peuvent-ils trouver l'un et l'autre leur remède dans un même ordre de médications? — Conclusion de tout ceci : Quand des douleurs rhumatismales chroniques reparaissent chez un syphilitique, traitez uniquement la syphilis; ou, s'il faut se préoccuper du rhumatisme, ne lui opposez que des moyens locaux, et gardez-vous surtout de celles des méthodes thérapeutiques générales que j'ai nommées plus haut.

(*La fin au numéro prochain.*)

MATIÈRE MÉDICALE.

DES PRÉPARATIONS D'OR, SOUS LES POINTS DE VUE CHIMIQUE ET PHARMACEUTIQUE; par MM. A. LEGRAND, docteur en médecine, et D..., maître en pharmacie.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

SULFURE D'OR. — L'un de nous a récemment introduit cette préparation dans la thérapeutique ; appliquée au traitement des dermatoses, elle rendra sans doute de grands services. C'est un composé facile à obtenir, stable et aussi d'une administration fort commode.

Voici comment on procède :

Le perchlorure d'or obtenu précédemment (1 partie) est dissous dans :

Eau distillée . . . . 400 parties.

On prépare une autre dissolution avec :

Sulfure de potasse alcalin. . . 2 parties.
Eau distillée . . . . 100 —

On filtre, et cette dernière solution est versée peu à peu dans la solution aurifère, où il se forme rapidement un précipité abondant noir, et qui, ainsi que le stannate d'or, dépasse toujours beaucoup en poids l'or employé.

PERCHLORURE D'OR ET DE SODIUM. — Voici la préparation d'or la plus active, la plus vulgairement connue, quoiqu'elle ne soit pas toujours la plus employée par les médecins les plus familiarisés (1) avec la médication aurifère.

Nous allons exposer avec soin les procédés un peu compliqués qu'il faut suivre pour obtenir ce beau sel triple.

Le perchlorure d'or (4 parties) obtenu précédemment est dissous dans :

Eau distillée. . . . . 36 parties.

On prend d'un autre côté :

Chlorure de sodium purifié et décrépit. . . 1 partie,

qu'on dissout dans :

Eau distillée. . . . . 6 parties.

Ces deux dissolutions étant filtrées séparément, sont réunies dans une capsule en verre d'un poids connu, et on fait évaporer lentement, sur un bain de sable, à feu très-doux jusqu'à ce que le liquide ne présente plus qu'un poids de 16 parties. On obtient, par le refroidissement, une première cristallisation qu'on sépare du liquide par décantation. On fait dissoudre et évaporer une seconde fois et on obtient une cristallisation très-régulière, de couleur jaune pâle. Ces cristaux, posés sur un papier joseph, sont mis à sécher dans une étuve d'une température peu élevée ; car, par une chaleur trop forte, ces cristaux perdent leur diaphanéité et prennent une couleur rouge brun.

Le perchlorure d'or et de sodium cristallise en prismes quadrangulaires allongés ; il n'éprouve aucune altération à l'air libre, à moins que celui-ci ne soit très-chargé d'humidité. Sa décomposition est opérée par tous les corps qui agissent sur le chlorure d'or.

CYANURE D'OR. — C'est à M. le docteur Figuier (2) qu'on doit le meilleur procédé pour obtenir cette préparation aurifère trop négligée par les thérapeutistes.

(1) Ainsi, M. le docteur Duhamel (CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR LES SCROFULES ET LEUR TRAITEMENT PAR LES PRÉPARATIONS D'OR ; br. in-8°) n'emploie jamais que les oxydes d'or par la potasse et par l'étain.

(2) JOURNAL DE PHARMACIE. Juillet 1836.

---

la machine. Plusieurs améliorations furent proposées et exécutées, mais la plus importante, la plus décisive fut indiquée par Louis, secrétaire perpétuel de l'Académie de chirurgie. Ce perfectionnement consistait à donner au tranchant une forme oblique, et non horizontale ou en croissant, comme on l'avait fait jusqu'alors. A ce sujet, il fut question, par une cruelle plaisanterie ou pour faire honneur à ce grand chirurgien, car tout peut se supposer dans ce temps de désordre et de confusion, de nommer *Louisette* l'instrument qu'il avait mis en état de si bien fonctionner.

Toutefois, le nom de Guillotin prévalut; lui-même se réjouissait des perfectionnements apportés à sa machine. Cependant tout le monde était loin de lui rendre justice, de comprendre même et de justifier ses intentions. Les injures, les apostrophes grossières, les sarcasmes, les railleries plus ou moins piquantes ne lui furent pas épargnées. Une des plus remarquables fut la chanson qui parut dans le célèbre journal-pamphlet LES ACTES DES APÔTRES, fait principalement par Rivarol et le marquis de Champcenetz. En voici le premier couplet, sur l'air du menuet d'Exaudet :

Guillotin,
Médecin,
Politique,
Invente un beau matin
Que pendre est inhumain
Et peu patriotique.
Aussitôt
Il lui faut
Un supplice
Qui, sans corde et poteau,
Supprime du bourreau
L'office.

Mais si les railleries plus ou moins spirituelles qu'on fit sur lui et sur son invention ne le touchèrent guère, il n'en fut pas de même du terrible emploi qu'on fit de sa machine, et un peu plus tard des explications physiques et morales, de la controverse animée qui eut lieu à ce sujet entre plusieurs médecins du plus haut rang scientifique. Il serait, en effet, difficile de peindre l'étonnement, la douleur, l'effroi, qu'éprouva cet excellent citoyen, lui un de ces hommes droits et purs, dont l'existence est un dévouement passionné au bonheur de leurs semblables, quand il vit, à l'aide de cette machine tant vantée, le sang couler de toutes parts en France et surtout à Paris, quand la terreur étant à l'ordre du jour, on prétendit qu'il fallait établir la guillotine en permanence pour faire *marcher le siècle*, comme on disait, et que le sang humain était l'holocauste le plus agréable à la liberté. C'est alors que les illusions de Guillotin s'étant dissipées firent place pendant longtemps à un morne désespoir. Il vit que son désir du bien n'avait abouti qu'à des massacres, que son invention ne servait qu'à commettre des assassinats; il comprit même que son *exegi monumentum*, conçu dans l'intérêt de l'humanité, ne donnerait à son nom qu'une odieuse immortalité. Il n'est que trop vrai, ce mot lugubre, écrit en caractères horribles dans l'histoire, n'est prononcé par la postérité qu'avec une sorte d'effroi et n'a pour écho qu'un cri d'exécration; lorsqu'on l'entend

On prend du :

Perchlorure d'or précédemment obtenu. . . 1 partie,

qu'on fait dissoudre dans :

Eau distillée . . . . 5 parties.

On filtre, pour séparer l'or qui aurait pu se réduire dans les dessiccations successives auxquelles on a soumis la première solution pour l'obtenir bien neutre.

D'un autre côté, on fait dissoudre également :

Cyanure de potassium fondu (1). . . 1 partie,

dans :

Eau distillée . . . . 6 parties,

dont on sépare, par la filtration, la petite quantité de quadricarbure de fer qui s'y trouve mêlé.

Cela fait, on divise en quatre fractions la solution de chlorure d'or, et on traite convenablement chaque partie par le cyanure de potassium dissous. On reconnaît qu'on a atteint le véritable point de saturation (qu'il importe de ne pas dépasser), lorsqu'on voit se former un précipité abondant couleur jaune serin, qui se dépose lentement au fond du verre à expérience. Le cyanure d'or ainsi obtenu est bien lavé à l'eau distillée, parfaitement séché et conservé dans un flacon.

Avant d'exposer les diverses formes pharmaceutiques sous lesquelles on administre les préparations d'or, et de dire les doses auxquelles on les donne, nous avons à indiquer la préparation d'une poudre parfaitement inerte, qui sert d'excipient au sel triple aurifère dont nous venons d'indiquer le mode d'obtention, et qui pourrait servir aussi pour mélanger avec le cyanure d'or.

C'est la *poudre d'iris*, mais nous le répétons, rendue complétement inerte en la traitant comme il va être dit.

On prend de poudre d'iris de Florence très-fine, 1 kilog., qu'on lave d'abord à grande eau simple et qu'on fait bouillir une première fois pendant une grande heure au moins, puis on décante. Ce premier résidu est repris par l'eau distillée chaude, puis tenu en contact pendant huit jours au moins avec cette eau, qu'on fait bouillir deux ou trois fois et qu'on a le soin d'agiter souvent. Au bout de ce temps, on décante, et le second résidu est repris par de l'alcool à 34°, et on laisse digérer encore deux ou trois jours au moins, en l'agitant souvent, après quoi on la fait bouillir. Ce troisième résidu est repris par de l'alcool absolu et traité de la même façon ; enfin le quatrième résidu est encore repris par l'éther, laissé en digestion pendant plusieurs jours, puis après l'avoir fait bouillir et décanter, on le lave à grande eau distillée chaude. On obtient de cette manière, après quinze jours au moins de manipulations, 50 à 60 grammes d'une poudre (qu'il faut encore porphyriser), et qui *(quoique en conservant une odeur de violette marquée)* est sans action sur le sel aurifère, avec lequel on le mélange dans les proportions suivantes :

Perchlorure d'or et de sodium . . . . 1 partie.
Poudre inerte d'iris . . . . 3 parties.

(1) Il importe d'opérer avec du cyanure de potassium très-pur, de même qu'il faut employer une liqueur d'or entièrement privée d'acide. Pour obtenir le cyanure, il faut suivre le procédé de MM. Robiquet et F. Bondet, qui a donné à son cyanure la dénomination de *cyanure de potassium fondu*.

A l'aide de la molette, on broie le sel aurifère avec une petite quantité de poudre d'iris bien desséchée sur le porphyre légèrement chauffé ; lorsqu'il est bien pulvérisé, on le tamise à travers un tissu serré ; les parties qui ne passent point au tamis sont de nouveau broyées, et ainsi de suite, jusqu'à ce que le perchlorure soit parfaitement pulvérisé et mêlé à toute la poudre d'iris. On expose quelque temps ce mélange à la chaleur de l'étuve, pour le priver du peu d'humidité qu'il aurait pu retenir ; on l'enferme ensuite dans un flacon bien séché fermé à l'émeri, où il peut être conservé plusieurs années sans aucune altération si la poudre végétale a été bien préparée et si on le garde de l'humidité. Ce mélange est d'un jaune grisâtre extrêmement pâle ; la moindre altération dans sa couleur, qui passe au pourpre violet, annonce un commencement de décomposition du sel aurifère. On doit cesser de l'administrer sitôt qu'il offre cette même teinte pourpre violette que nous venons de signaler, et qui se manifeste aussi quand le papier qu'on emploie pour le fractionner n'est pas bien sec.

MODE D'ADMINISTRATION DES PRÉPARATIONS D'OR ET INDICATION DES DOSES AUXQUELLES IL FAUT LES ADMINISTRER.

Nous avons, au début de cet article, inscrit les préparations d'or à peu près dans leur ordre d'activité. Toutes, à l'exception du cyanure d'or que nous n'avons point expérimenté de cette façon, peuvent être administrées en frictions sur la langue ; disons même qu'il y aurait un immense avantage à ce qu'elles fussent toujours administrées sous cette forme. Toutes aussi, *à l'exception du perchlorure d'or et de sodium*, peuvent être données à l'intérieur, soit en pastilles, soit en pilules, soit incorporées dans du miel ou quelque confiture peu acide, telle que la gelée de pomme.

Pour cet ordre de médicaments comme pour tous les médicaments possibles, l'âge, la susceptibilité du malade et la nature de la maladie font varier les doses à l'infini ; mais en général on procède toujours par doses lentement croissantes, et pendant la durée d'un traitement un peu long, il faut souvent passer d'une préparation plus douce à une préparation plus active.

L'or divisé, soit en frictions sur la langue, soit à l'intérieur, se donne par doses de 1 centigr. à 25 et 30 centigr. par jour.

Les oxydes et le sulfure, par doses aussi croissantes de 5 millig. à 5 centig. par jour ; pour le sulfure on peut élever la dose jusqu'à 10 centigr.

Le perchlorure d'or et de soude, associé à la poudre d'iris, est administré aussi par doses croissante (et toujours pour le bien en frictions sur la langue) de 2 dix-millig. à celle de 10, 15 et même 20 centigr., ce qui ferait 5 centigr. de sel aurifère par friction, dose considérable que M. Legrand n'a jamais atteinte qu'une fois et qu'il n'a jamais dépassée.

Pour être administrés à l'intérieur, l'or divisé, les oxydes, le sulfure d'or sont mêlés à un mucilage de gomme et de sucre, à du chocolat, à des extraits insignifiants (tels que les extraits de réglisse, de fumeterre, de douce-amère), ou bien pour remplir des indications particulières, à l'extrait de seconde écorce de gazon, ou à l'extrait de feuilles de noyer. L'or divisé, quand on veut le donner à de tout jeunes enfants, est incorporé dans du miel ou dans de la gelée de pomme dans les proportions de 5 centig. d'or divisé pour 25 à 30 grammes d'excipient.

Nous avons dit qu'on ne devait point administrer le perchlorure d'or et de sodium à l'intérieur ; M. Legrand a fait une seule exception à cette règle absolue, et il lui arrive assez souvent de l'administrer dans le sirop

---

quelque part, on dirait que les morts sont émus comme les vivants, que bourreaux et victimes vont reparaître à la lumière.

Sombre quatre-vingt-treize, épouvantable année,
De larmes et de sang encor toute trempée.

Il n'est pas un cœur honnête qui ne répète avec douleur ces funèbres accents. D'ailleurs une remarque pleine de justesse a déjà été faite, c'est de croire, comme on le fait de nos jours, que les classes laborieuses, le peuple en un mot, était épargné, que les nobles et les prêtres étaient seuls sacrifiés, c'est la une complète erreur. Non, la hache frappait partout, à la base de la société comme sur les sommets les plus élevés, et comme la dit un poëte contemporain, Delisle :

Le pauvre en vain s'endort sur la foi de ses maux :
Le pauvre a ses tyrans, le prêtre a ses bourreaux.

On a compté jusqu'à soixante-seize médecins et chirurgiens qui furent condamnés et exécutés. Guillotin fit tous ses efforts pour sauver le plus possible de victimes ; il avait connu, en qualité de confrère et de collègue, Marat, cette espèce de démon sanguinaire et grotesque, l'ayant vu souvent dans la rue de Bourgogne où celui-ci demeurait quand il était médecin des écuries du compte d'Artois ; il s'adressa à lui plusieurs fois dans l'intérêt de quelques amis communs, mais toujours inutilement (1). Marat prétendait que l'échafaud était la première assise du nouvel édifice social à élever ; que quant à lui il se considérait comme un homme d'État physiologique saignant le corps politique pour l'épurer. Or comme ses économies mettaient autant que possible, de leur propre aveu, la philosophie des actes avec la philosophie des idées, le sang continuait à couler, la plus abjecte tyrannie à peser sur tous les citoyens ; c'est là ce qu'on appelait la liberté républicaine, *tempérée par la guillotine* (2).

La destruction des académies, des facultés, de toutes les institutions scientifiques, le long et affreux supplice de Bailly, celui de Lavoisier (le 7 mai 1794, peu de temps avant le 9 thermidor) et que le rapport du professeur Hallé ne put sauver, car Fouquier-Tinville avait dit à ce sujet « que la France n'avait pas besoin de savant, » et tant d'autres illustres victimes, plongèrent Guillotin dans

(1) Le médecin Lanthenal, autrefois très-ami de Marat, et condamné avec les Girondins, fut le seul que ce démagogue furieux fit effacer de la liste fatale, « comme *faible d'esprit* et incapable de rien tenter de sérieux. » Il n'en fut pas de même du médecin Lebardy, député du Morbihan, auquel Vergniaud dit en marchant ensemble au supplice : « Docteur, vous devez un coq à Esculape, tous vos malades sont guéris. »

(2) Qu'aurait dit Voltaire, l'apôtre ardent de la tolérance, en voyant de pareilles horreurs, lui qui criait à l'occasion du supplice du jeune Labarre : « Et c'est là ce peuple si doux, si léger et si gai ! Arlequins *anthropophages*, je ne veux plus entendre parler de vous. » (CORRESP. GÉN., 1776.)

de tussilage ou de guimauve à la dose de 5 centigr. et même de 25 milligr. pour 250 grammes d'un de ces deux sirops, qui modifient sans doute en les atténuant les conditions chimiques du sel (puisque le sirop, ainsi additionné, se colore de plus en plus en vieillissant), mais qui certainement ne réduisent pas le sel, car il n'a jamais de dépôt, effet qui est produit presque instantanément par le sirop de gomme.

Quant au *cyanure d'or*, il peut s'administrer aussi en frictions sur la langue, en l'associant à la poudre d'iris, ou bien à l'intérieur, en l'incorporant dans les substances que nous avons indiquées plus haut. De cette dernière façon, il exerce souvent sur les intestins une action purgative fâcheuse ; aussi M. Legrand, suivant les errements de MM. Carron du Villars et Furnari (voy. BULLET. GÉN. DE THÉRAP.), ne l'emploie-t-il jamais que comme emménagogue. Dans ce cas, le sel aurifère est mis en suspension dans une potion spiritueuse et aromatique, additionnée de gomme.

Enfin toutes les préparations d'or, même le perchlorure d'or et de soude, malgré sa décomposition assez lente du reste, peuvent être employées en pommade. Les doses varient pour l'or divisé et les oxydes de 25 centigr. à 1 gramme par 25 gr. de pommade de concombre, et pour le sel aurifère de 5 centigr. à 50 centigr. Le mélange doit toujours être fait sur le porphyre et à l'aide de la molette. Cependant, pour l'or divisé, ce mode de manipulation a l'inconvénient de ramener la poudre d'or à l'état de paillettes, qui peuvent alors agir comme corps irritants.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

LETTRE SUR LE MÉCANISME DE L'ÉRECTION ; par le docteur AUG. MERCIER.

A M. LE DOCTEUR DEBRON (D'ORLÉANS).

Mon cher confrère,

J'ai lu, avec l'attention que je donne à tout ce qui émane de votre plume, votre travail *sur le mécanisme de l'érection* (GAZ. MÉD., 1850, p. 698), dans lequel vous citez et combattez mon opinion. Que vous ne l'admettiez pas, je n'en suis pas surpris : la question est si ardue et tant de physiologistes éminents ont émis à ce sujet des opinions contradictoires !

Mais, vous le savez, un auteur est un père et il lui est par cela même permis d'avoir un faible pour ses productions. Permettez-moi donc de défendre mon explication, et pardonnez-moi de ne pas trouver vos objections aussi péremptoires qu'elles vous le paraissent.

Remarquez d'abord, mon cher confrère, que la théorie que vous adoptez ne repose que sur des éléments que vous regardez vous-même comme très-contestables et sur des recherches que vous dites très-sujettes à erreur (*Ibid.*, p. 729), tandis que la mienne n'a pour base que des faits palpables et faciles à saisir.

J'ai dit, en effet, que les muscles pelviens (releveurs de l'anus) ont une portion très-imparfaitement décrite par les auteurs, et qui, placée de champ pour ainsi dire, naît derrière la symphyse pubienne, côtoie la face latérale correspondante de la prostate et va s'unir avec les fibres longitudinales du rectum au moyen d'une intersection aponévrotique en V, qui a jusqu'à présent passé inaperçue et à laquelle adhèrent intimement les bords latéro-postérieurs de la prostate (RECH. SUR LES MALADIES URIN. DES HOMMES AGÉS, p. 66. — RECH. SUR LES RÉTRÉCISS. DE L'URÈTHRE, p. 12) : ces faits sont facilement observables. Eh bien ! n'est-il pas évident que si ces plans musculaires viennent à se contracter, ils compriment les faces latérales de la glande en même temps qu'ils entraînent celle-ci contre la symphyse pubienne à laquelle ils adhèrent ? A ce dernier mouvement concourent d'une manière non moins efficace deux muscles, un de chaque côté, que j'ai nommés *pubio-prostatiques*, muscles qui s'étendent de la symphyse pubienne aux parties latéro-supérieures de la prostate, et dont tous les anatomistes, Winslow excepté, n'ont connu que les tendons antérieurs qu'ils ont désignés sous le nom de *ligaments pubio-prostatiques*.

Or, que trouvons-nous entre la symphyse pubienne et la face antérieure de la prostate ? Les sinus de Santorini, où viennent aboutir presque toutes les veines de la verge. Que trouvons-nous entre les faces latérales de cette glande et les plans musculaires qui les compriment ? Les plexus veineux prostatiques, qui sont les divisions des sinus de Santorini.

Tout ceci admis, il me semble impossible de comprendre que ces plans musculaires puissent se contracter d'une manière un peu durable sans entraver la circulation dans ces vaisseaux et sans provoquer la stagnation du sang dans les organes d'où ils émanent.

Maintenant y a-t-il, dans les muscles du périnée, pendant l'orgasme vénérien, une contraction tonique, soutenue et différente des mouvements momentanés, saccadés, que notre volonté leur imprime ? C'est un fait que vous dites contestable (*Ibid.*, p. 701). Quant à moi, mon cher confrère, je pense différemment.

Ne voit-on pas alors les cremasters se contracter plus ou moins fortement et trahir pour ainsi dire au dehors ce qui se passe au dedans ?

Et quand l'orgasme est à son apogée, comment est-on averti que l'éjaculation va avoir lieu ? Par une détente qui se manifeste dans tout le périnée. Or comment se produirait cette détente, s'il n'existait préalablement une tension (1) ?

(1) Peut-être les lecteurs de la GAZETTE MÉDICALE seront-ils désireux de savoir comment j'explique l'éjaculation, phénomène si intimement lié avec celui qui fait l'objet de cette lettre. Voici ce que j'en ai dit :

« Pendant l'orgasme vénérien, le sperme se trouve pressé dans les vésicules séminales. Tant que les muscles pelviens se contractent et compriment les lobes de la prostate l'un contre l'autre, il ne peut passer dans l'urèthre ; sans cela il s'écoulerait peu à peu et continuellement : il ne pourrait y avoir d'éjaculation. Mais lorsque l'orgasme est à son comble, soudain ces muscles se relâchent et subitement aussi le sperme afflue dans le canal ; mais bientôt survient une contraction brusque et comme convulsive, et le sperme qui se trouve dans les régions prostatique et membraneuse se trouvant comprimé et ne pouvant passer dans la vessie qui est fermée par l'occlusion de son col, s'échappe dans la portion spongieuse ou plutôt au dehors ; car il ne peut séjourner dans cette partie, en raison de la turgescence de ses parois et de la contraction simultanée des muscles bulbo-caverneux. Un nouveau relâchement laisse arriver une nouvelle quantité de liquide, et une nouvelle contraction l'expulse. Souvent cependant ce n'est qu'à la deuxième ou même à la troisième que le sperme commence à s'échapper de l'urèthre : cela a lieu surtout quand il n'y arrive pas en abondance.

» Dans ma théorie, il n'est pas nécessaire d'admettre une contraction spasmodique des vésicules séminales (Richerand), contraction si peu en rapport avec leur organisation ; une sorte de crispation analogue à celle du dartos serait suffisante. On voit aussi que, dans ce premier temps, j'attribue aux muscles pelviens un rôle tout autre que celui qu'on leur accorde généralement, puisque les phy-

---

le désespoir, et quand il vit la machine qu'il appelait autrefois son *philanthropique* instrument, servir à de pareils attentats, c'était pour lui comme un rêve affreux dont il ne pouvait se délivrer. A ce motif de désolation s'en joignit un autre tout particulier. On sait que les Français, toujours les mêmes, au milieu d'une atmosphère de sang et de fange, parlaient alors de la guillotine avec une inconcevable légèreté. On en fit un bijou hideux, placé dans les meubles, aux breloques de montres, sur les cheminées, etc ; on disait même qu'un homme tout à la fois dévot et révolutionnaire en avait placé une entre deux bénitiers, comme preuves de son double fanatisme ; en sorte que le malheureux Guillotin ne pouvait parcourir la ville, aller dans le monde, dans les salons, dans les promenades publiques, sans que sa vue ne fût frappée de ce symbole de destruction, d'échafaud, de discordes civiles, loin d'être, comme il l'avait espéré, un instrument de conciliation sociale sous le rapport du châtiment des coupables. Bien plus, dans les prisons, quelques victimes même dont le sang était déjà dévoué aux dieux infernaux du jacobinisme, plaisantaient en quelque sorte sur l'instrument du supplice qui les attendait (1) ; plusieurs montrèrent sous la tyrannie populaire, ce genre d'héroïsme que d'autres avaient montré sous la tyrannie monarchique des Tibère, des Caligula. C'est ainsi qu'un détenu avait écrit ces vers :

La guillotine est un bijou,
Aujourd'hui des plus à la mode ;
J'en veux une en bois d'acajou,
Que je mettrai sur ma commode.
Je l'essairai chaque matin,
Pour ne pas paraître novice,
Si par malheur le lendemain,
A mon tour, je suis de service.

Et peu de jours après, assure-t-on, le malheureux fut de service.

A la vue de tant de désastres, Guillotin restait comme plongé dans une sorte de stupéfaction. Seulement dans la profonde intimité de quelques amis, il répétait ces paroles de Rousseau : « Que la révolution la plus juste devait être abhorrée si elle coûtait une seule goutte de sang humain. » Ou bien, quand il entendait

(1) On a déjà remarqué que pendant la terreur, le burlesque, la plaisanterie grossière et triviale, le disputaient à l'atroce et à l'absurde. Un député soutint qu'il fallait beaucoup s'occuper de la guillotine, cette question étant éminemment vitale. La commune de.... envoya à la Convention une *caisse de lard* pour graisser la guillotine, et ce *don patriotique* fut reçu avec applaudissement.

Hébert mettait quelquefois dans son journal : « Les citoyens..... ont été amnistiés ; on n'a excepté que leurs têtes. »

Ce fut aussi à cette époque que Delisle de Salle, auteur de la PHILOSOPHIE DE LA NATURE et d'autres ouvrages aujourd'hui complétement oubliés, publia un mémoire en faveur du Père éternel qu'il appelait son *respectable client*.

Pourquoi est-il si difficile d'uriner pendant l'érection, si ce n'est parce qu'il y a contraction des muscles qui agissent sur l'urèthre et sur le col de la vessie? Ce n'est certainement pas à cause de la turgescence du tissu érectile, car vous pourrez vous assurer vous-même qu'elle n'est pas assez forte pour empêcher une sonde d'un bon calibre de traverser la région spongieuse sans difficulté.

D'un autre côté, je soigne en ce moment un malade qui m'a été adressé par un de nos anciens collègues, le docteur Maunoury (de Chartres), et qui est tourmenté par ces érections nocturnes que vous avez si bien décrites. Après l'emploi infructueux de plusieurs agents, et notamment de l'extrait de belladone que la théorie vous a conduit à conseiller, je résolus de recourir tous les soirs à l'introduction momentanée d'une sonde volumineuse, ce qui, pour le dire en passant, paraît bien faire. Eh bien! chaque fois que je rencontre dans la partie profonde du canal, qui est le siége d'une inflammation chronique (1), plus de spasme que d'habitude, je suis sûr que les érections seront plus fréquentes et plus pénibles pendant la nuit. Cette coïncidence n'annonce-t-elle pas un certain rapport entre les muscles qui sont le siége de ce spasme et les érections?

Ainsi donc, à mon avis, par leur contraction, les bulbo-caverneux compriment le bulbe, et les ischio-caverneux les racines des corps caverneux; mais il n'en résulte pas grand effet au point de vue qui nous occupe: la véritable cause de l'érection, c'est la compression des sinus de Santorini et de leurs divisions par la contraction des muscles pelviens et pubio-prostatiques.

Effectivement, en dehors de ces voies de retour, quelles sont celles qui peuvent donner passage au sang? Je ne vois absolument que les veines satellites des artères honteuses internes. Eh bien! je croyais et je crois encore avoir trouvé dans la longueur et les sinuosités de ces veines, et même, *lorsque l'érection est énergique*, dans la tension du grand fessier, des obstacles au libre parcours du sang dans ces vaisseaux.

Voilà ma théorie, voyons maintenant vos objections.

L'une est adressée par vous à tous ceux qui acceptent le fait d'un obstacle mécanique à la sortie du sang veineux; vous dites: « Si l'érection persiste et dure longtemps, plusieurs heures, il faut bien qu'autant de sang sorte qu'il en entre, puisqu'on ne voit pas la gangrène survenir dans tous les cas d'érection permanente. Or, si autant de sang sort qu'il en entre dans l'érection prolongée, comment admettre qu'il n'en est pas ainsi dans l'érection ordinaire (*Ibid.*, p. 700)? » Ceci, je vous l'avoue, ne me paraît pas une objection. Un obstacle survient sur le trajet du sang veineux: ce sang éprouvant là plus de résistance que ne lui en offre l'élasticité des tissus, s'accumule dans ceux-ci et les distend. Mais sitôt que leur distension fait équilibre à l'obstacle, le liquide, en raison du *vis a tergo*, force cet obstacle et passe sans que la distension des tissus cesse; car supposons pour un instant qu'elle diminue, l'obstacle alors n'étant plus équilibré, recommencerait à agir, et le sang se trouverait de nouveau arrêté. Remarquons d'ailleurs que cette objection s'adresserait aussi bien à la théorie que vous admettez qu'à la mienne.

siologistes prétendent que, par leurs contractions brusques, ils expulsent ou aident à expulser le liquide contenu dans les vésicules séminales, tandis que je pense au contraire qu'il s'en échappe pendant le relâchement de ces muscles, fait qui s'accorde avec la faculté que l'homme a de retarder pendant quelques instants l'éjaculation en prolongeant volontairement le resserrement de ces muscles (RECH. SUR LES MAL. URIN., etc., p. 96). »

(1) Je n'ai jamais vu jusqu'à présent de priapisme sans inflammation aiguë ou chronique de la partie profonde de l'urèthre.

Vous m'en faites une autre plus directe, c'est que si l'érection résultait d'un arrêt du sang veineux dans les sinus de Santorini et les plexus prostatiques, la réplétion de la vessie et l'hypertrophie de la prostate devraient comprimer ces vaisseaux beaucoup plus que ne le fait la contraction des muscles pelviens, et que cependant l'érection n'est pas alors un phénomène habituel.

Il n'est pas exact, suivant moi, de dire que la vessie, lorsqu'elle est distendue, presse sur les sinus de Santorini et sur les plexus prostatiques: loin de presser alors sur le plancher du bassin, elle tend, au contraire, à remonter dans l'abdomen comme l'utérus à une certaine époque de la grossesse; vous avez constaté vous-même, j'en suis sûr, en pratiquant le cathétérisme dans de telles circonstances, que l'orifice vésico-uréthral est plus élevé et plus difficile à atteindre. Cette objection ne me paraît donc pas plus fondée que la précédente.

J'en dirai autant de l'hypertrophie de la prostate. Le plan vertical des muscles pelviens ne forme pas un anneau autour de cette glande; celle-ci peut donc augmenter de volume sans en être étreinte; si son diamètre transversal devient plus grand, l'extrémité postérieure du plan musculaire gauche est plus écartée de celle du droit, voilà tout; et d'ailleurs ce changement se fait avec tant de lenteur qu'il ne peut en résulter aucun effet appréciable sur les vaisseaux intermédiaires.

Enfin, à ce que j'ai dit que, dans les fortes érections, les veines honteuses internes sont-elles-mêmes comprimées par les grands fessiers, vous m'objectez qu'il y a ici, comme en plusieurs autres points analogues, une arcade fibreuse qui protége les vaisseaux contre toute compression.

Une protection de ce genre existe en effet dans beaucoup d'autres points; mais y a-t-il analogie complète? Pour qu'une arcade fibreuse protége des parties contre une compression, il faut qu'elle ne puisse elle-même céder à cette compression: on comprend aisément que lorsqu'un vaisseau passe dans une gouttière osseuse et qu'une sorte de pont fibreux va d'un bord à l'autre, il ne puisse être comprimé; mais j'ai beau examiner la face externe d'une épine sciatique, je n'y vois pas l'ombre d'une gouttière semblable.

Si je ne craignais de m'égarer dans le domaine de l'imagination, je pourrais à mon tour vous faire quelques objections; mais je me contenterai de vous demander où se trouvent et comment sont disposées ces fibres musculaires intra-caverneuses qui, par leur contraction, produisent l'expansion de tout le tissu érectile, non-seulement dans la portion antérieure du corps caverneux, mais encore dans les cellules les plus reculées de ses racines, aussi bien au point d'émergence des veines que dans les parties qui en sont les plus éloignées; je vous demanderai en particulier d'où provient la réplétion des veines dorsales qui rampent sous la peau de la verge. Vous me direz peut-être que la distension de ces vaisseaux, qu'on ne peut contester en pareil cas, n'est pas aussi grande que celle des corps caverneux, et que cela devrait être si l'obstacle était le même; mais cette inégalité s'explique facilement par les anastomoses que ces veines ont avec celles du voisinage, et notamment avec les saphènes internes. Il en résulte effectivement que le sang qui les remplit n'est pas, par le fait de l'oblitération des sinus de Santorini, complétement isolé du reste de la circulation: sa stagnation provient simplement de ce que ses communications sont moins nombreuses et surtout moins directes.

---

parler de fêtes républicaines décrétées par la Convention, il souriait en disant: « Nous avons le bonheur de sacrifier à la raison et aux muses, comme les anciens sacrifiaient *aux dieux inconnus*. » On voit que tout abattu qu'il était, il s'exprimait encore avec franchise sur les événements et les hommes portés au pouvoir par la violence révolutionnaire. Mais un de ceux pour lesquels il éprouva la plus complete aversion fut ce grand coupable Robespierre dont il avait reconnu tout d'abord la profonde dissimulation. Personne, disait Guillotin, n'a été assez près de son cœur pour savoir ce qu'il contient de fiel et d'hypocrisie, pour y saisir le ver de l'orgueil et de l'ambition qui le ronge; sa parole et son style ont une odeur de sang. Une autre fois, l'ayant examiné à une certaine distance, il dit encore: Il y a de l'*enfer* dans sa figure, dans son tempérament (1) comme dans son avenir. Ces propos, ainsi que d'autres non moins énergiques et piquants, parvinrent bientôt, dans un temps de délation perpétuelle, aux oreilles du démagogue atrabilaire qui ne manqua pas de le faire arrêter. Guillotin resta quelque temps en prison, et il eût été infailliblement condamné à mort sans la révolution du 9 thermidor, et lorsque de toutes parts on avait substitué ce sublime chant *le Réveil du peuple* à l'ignoble *Carmagnole* et au *Ça ira*. C'est son arrestation qui fit longtemps croire que lui-même avait été victime de son invention, et il n'aimait pas qu'on l'en félicitât, c'était rouvrir les plaies de son cœur. Après ces événements, Guillotin se retira complétement de la scène politique, il essaya de vivre en repos, d'exister avec cette pleine et radieuse quiétude du sage qu'il était en droit d'espérer. Il demanda à la science, non de le consoler, mais de l'absorber. Ce fut en vain: on lui rendit justice, on reconnut ce que valaient son mérite et ses efforts pour le bien public, et néanmoins il éprouva après la terreur des souffrances morales auxquelles il était loin de s'attendre; en voici le motif.

R. P.

(1) Guillotin avait jugé Robespierre en physiologiste profond comme en philosophe, et tous les contemporains ont confirmé son jugement. Sous le rapport physique, Robespierre avait les formes grêles et la stature peu élevée; sa figure était effilée, d'un teint jaunâtre et fortement marquée de petite vérole. Il avait le front comprimé sur les côtés. Comme une bête de proie, les lèvres petites, serrées, une voix d'un timbre rauque dans le bas, mais aigre et glapissante dans la colère et l'exaltation. Il avait surtout dans les yeux quelque chose de faux et de sombre; d'une excessive irritabilité nerveuse, il éprouvait des mouvements convulsifs dans les muscles du tronc et des membres, notamment à la tribune. Madame de Staël dit qu'il avait les *veines vertes*. Il est certain qu'ayant le tempérament mélancolique le plus prononcé, c'est-à-dire avec prédominance du système veineux et nerveux, ses veines, quoiqu'il fût jeune encore, devaient avoir une teinte particulière, comme il arrive à tous les hommes doués de cette constitution, c'est ce que j'ai cherché à démontrer dans mon MEMOIRE SUR LE TEMPÉRAMENT MÉLANCOLIQUE lu à l'Académie des sciences. (Voy. mes ÉTUDES DE L'HOMME, t. II, p. 358.)

(La fin prochainement.)

Voilà, mon cher confrère, ce que j'avais à vous dire. Mes raisons peuvent ne pas être de nature à porter la conviction dans votre esprit; je vous prie toutefois de considérer la liberté que j'ai prise de vous les présenter comme une nouvelle preuve de mon estime profonde et de ma sincère amitié.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES.

Les numéros de janvier, avril, juillet et octobre 1850 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Symptomatologie de la folie;* par M. Parchappe. (Travail inachevé.) 2° *Rapport médico-légal sur un cas de lypémanie avec tentative de meurtre;* par M. H. Girard. 3° *Note supplémentaire au mémoire médico-légal sur l'affaire Moulinard;* par M. Aubanel. 4° *Des gâteux dans un asile d'aliénés;* par M. D. Morel. (Travail dont l'objet est d'examiner tout ce qu'il serait possible de faire pour améliorer la position et diminuer le nombre de cette catégorie d'aliénés désignée, dans les établissements spéciaux, sous le nom de *gâteux*. Parmi les moyens thérapeutiques capables de combattre l'atonie des organes digestifs que l'on observe chez la plupart des aliénés mélancoliques et qui les constitue à l'état de gâteux, M. Morel préconise surtout l'emploi des affusions d'eau froide dirigées le long de la colonne vertébrale et sur la région abdominale. Mais il place au premier rang les conditions de localité telles, que l'hygiène, la surveillance et les influences morales puissent s'exercer dans toute la plénitude de leur action. Aussi condamne-t-il le système cellulaire appliqué aux aliénés comme le plus contraire à la réalisation de ces influences.) 5° *Sur la congestion cérébrale;* par M. Bouchet. 6° *Du crétinisme;* par M. Brierre de Boismont. (Examen du rapport de la commission créée par le roi de Sardaigne, dont les lecteurs de la Gazette Médicale ont lu l'analyse.) 7° *Homicide commis par un monomaniaque;* par M. Ant. Fossati. (Rapport médico-légal.) 8° *Rapport médical sur l'asile de Maréville;* par M. Morel. 9° *Monomanie intellectuelle;* par M. H. Gérard. (Rapport médico-légal.) 10° *Rapport médical sur l'état mental de M....* (monomanie raisonnante); par M. Morel. 11° *De l'ennui;* par M. Brierre de Boismont. 12° *De la folie consécutive aux maladies aiguës;* par M. Thore fils. (M. Thore fils s'est appliqué depuis assez longtemps à montrer que la folie succède quelquefois aux maladies aiguës; il en apporte aujourd'hui de nouveaux exemples relatifs à la pneumonie, à l'angine, à la rougeole et à la fièvre typhoïde. Ces observations nous paraissent péremptoires.) 13° *Du diagnostic différentiel des diverses espèces de paralysie générale, à l'aide de la galvanisation localisée;* par M. Brierre de Boismont. (L'auteur promet un travail plus étendu sur ce sujet; nous le ferons connaître en temps et lieu.) 14° *Recherches sur la paralysie générale des aliénés;* par M. E. Billod. (Considérations relatives spécialement à l'état mental propre à cette affection; détermination très-précise des caractères qui distinguent cet état de celui qui appartient à d'autres formes de dérangement cérébral. Le travail se termine par une observation remarquable de paralysie générale des aliénés, suivie d'une rémission assez prononcée pour que l'auteur croie pouvoir l'appeler *guérison*, non toutefois sans quelques réserves, suivant nous, très-prudentes.)

SUR LA CONGESTION CÉRÉBRALE; par M. BOUCHET (de Nantes).

Tous les médecins s'entendent parfaitement sur l'acception à donner au mot congestion cérébrale et sur l'ensemble des phénomènes que cette expression rappelle. On est assez généralement d'accord aussi, depuis surtout les travaux de Georget et de Lallemand, pour rattacher certaines formes variées dont les anciens auteurs faisaient autant d'espèces nosologiques distinctes, à une même cause immédiate, l'excitation du cerveau produisant une congestion plus ou moins brusque et entraînant la perturbation de ses fonctions. Mais ce qui est encore un objet d'incertitude pour les pathologistes, ou ce qui n'a qu'insuffisamment fixé jusqu'ici leur attention, c'est l'influence des causes éloignées de la congestion cérébrale, ses complications, le rapport des altérations trouvées sur le cadavre avec les symptômes observés pendant la vie, etc. On sait que les altérations que l'on trouve le plus ordinairement dans le cerveau, après la mort de ceux qui ont succombé à la suite d'une congestion cérébrale sont : l'injection des vaisseaux formant la trame de la pie-mère; la teinte rosée superficielle de la substance grise, quelquefois avec un sablé rouge de cette substance; la dilatation plus ou moins prononcée des vaisseaux cérébraux; un flux de sérosité, soit dans le tissu cellulaire interfibrillaire, soit dans les cavités séreuses centrales. Cependant il n'est pas rare de ne rencontrer, à l'autopsie, que les lésions que nous venons de rappeler à la suite de symptômes qui semblaient accuser des désordres fonctionnels d'une gravité excessive, tandis que d'autres fois, au contraire, des symptômes beaucoup plus bénins coïncident avec des altérations plus profondes. En un mot, il existe souvent entre les altérations et les symptômes correspondants une disproportion qu'on ne s'explique pas aisément au premier abord. C'est vers la solution de ces difficultés théoriques que M. Bouchet a dirigé les recherches qui font l'objet de ce travail.

Voici comment M. Bouchet explique cette apparente contradiction.

Les altérations dont il s'agit, légères en apparence, ne sont point circonscrites; elles s'étendent à plusieurs parties du cerveau et souvent à toutes, de manière à agir simultanément sur chaque fibre; il résulte de cet ensemble d'actions une manifestation d'autant plus considérable qu'elles s'exercent sur l'organe central de la vie de relation, c'est-à-dire sur celui dont les manifestations fonctionnelles saillent à la moindre excitation. Il faut aussi considérer, ajoute-t-il, que ces altérations pathologiques n'intéressant pas profondément la fibre nerveuse, ne la rompant pas, ne la détruisant pas, ne faisant que la comprimer ou l'exciter, ne doivent produire au dehors qu'une manifestation plus vive dans les fonctions nerveuses, avec le désordre inhérent à toute modification organique; tandis qu'une altération plus sérieuse et plus profonde, détruisant la fibre, ou au moins rompant sa continuité, anéantit partiellement la fonction du tissu affecté, et, si elle n'est accompagnée de congestion cérébrale, borne là son effet. Il résulte de là que l'injection des méninges et l'injection cérébrale se ressemblent par leurs symptômes, aux différences d'intensité près.

M. Bouchet trouve encore une explication de ce fait dans l'importance du rôle si justement assigné par M. Foville à la couche corticale dans laquelle semblent se concentrer les actions des deux ordres de fibres dits du sentiment et du mouvement qui la constituent; il s'ensuivrait en effet que les altérations de la couche corticale devraient représenter tous les phénomènes susceptibles de résulter du désordre de ces fonctions. On comprend alors comment de simples injections plus ou moins considérables de cette membrane peuvent produire des altérations plus ou moins variées, plus ou moins intenses dans la sensibilité, l'intelligence, les affections, les mouvements; bien plus, les altérations du reste du cerveau, comme phénomène général, ne deviennent plus que secondaires, en répétant d'une manière plus prononcée seulement sur les organes disséminés à la périphérie les manifestations de la membrane corticale malade. On comprend même alors que des injections plus ou moins étendues, plus ou moins prononcées puissent exister dans les autres parties du cerveau, sans produire ces manifestations saisissantes des altérations de la couche corticale, et ne déterminent que ces symptômes cérébraux vagues, peu prononcés, comme la somnolence, l'engourdissement général, la prostration qui accompagnent si souvent les affections viscérales.

Les symptômes de la congestion cérébrale ne se rencontrent pas seulement avec des cerveaux injectés de sang et plus ou moins colorés en rouge, ils se rencontrent aussi avec des cerveaux mous, luisants, incolores, humectés et comme infiltrés de sérosité. C'est là encore un fait qui fournit un nouveau contraste apparent en montrant une distinction dans la nature des altérations pathologiques, bien que les symptômes qui les traduisent restent les mêmes. Des faits nombreux et d'ailleurs bien connus prouvent en effet que la congestion peut être produite dans le cerveau, tantôt avec le sang, tantôt avec la sérosité, soit en proportions égales, soit en proportions différentes. Il semblerait donc, si l'on devait désigner les maladies par leurs altérations organiques plutôt que par leurs symptômes, qu'il fallût reconnaître deux sortes de congestions cérébrales donnant chacune un résultat anatomique différent avec des symptômes caractéristiques semblables. Mais l'auteur fait remarquer avec raison que cette séparation ne serait pas fondée, même au point de vue anatomo-pathologique, car dans beaucoup de cas, même pour les formes anatomiques, ces deux sortes de congestions se rapprochent, se mêlent et se confondent. Il est donc plus exact d'admettre avec lui que le sang et la sérosité, dont l'une est le produit de l'autre, sans que cette circonstance entraîne un rapport direct et nécessaire entre les qualités réciproques des deux liquides, sont les éléments directs constitutifs de la congestion cérébrale.

Quelles sont les causes immédiates de l'accumulation de ces fluides dans le cerveau ? Par quel moyen, par quel travail moléculaire intime produisent-ils les symptômes de la congestion cérébrale ? Est-ce par le simple accroissement de leur quantité ou par un changement survenu dans leur nature ? Autant de questions que l'auteur ne fait que poser et à l'égard desquelles il se renferme dans le doute philosophique, se contentant de constater les faits perceptibles et de les coordonner suivant leur rapports légitimes.

Suivant M. Bouchet, la mort par congestion cérébrale, loin d'être aussi fréquente que plusieurs auteurs l'ont pensé, serait un fait très-rare, sinon problématique, en tant qu'il s'agit de la congestion simple et sans compli-

cation. Il pense que plusieurs des faits rapportés par M. Andral à la congestion cérébrale comme cause de mort, doivent être plus justement attribués à d'autres maladies chroniques, telles que des affections du cœur ou des organes de la respiration. Mais si la congestion cérébrale a rarement par elle-même une issue funeste, elle provoque, lorsqu'elle est permanente ou fréquemment répétée, une série de désordres fonctionnels consécutifs dont M. Bouchet présente dans ce mémoire un tableau des plus complets.

Nous n'avons fait qu'indiquer seulement d'une manière sommaire quelques-uns des points traités dans le mémoire de M. Bouchet, qui paraît destiné à servir d'introduction ou de prolégomènes à une étude plus étendue des affections nerveuses, et dans lequel nous constatons avec plaisir une heureuse tendance à ramener les faits de la pathologie du système nerveux à des lois régulières et à des principes physiologiques.

De l'ennui; par le docteur Brierre de Boismont.

La pensée de ce travail, c'est qu'il existe un *ennui originel* lié à la constitution morale de l'individu, bien différent par conséquent de l'*ennui acquis* ou consécutif à des chagrins ou à toute autre cause de perturbation morale, et que la première espèce d'ennui porte fréquemment au suicide sans qu'il y ait de symptômes de folie. Voici deux exemples sur lesquels l'auteur appuie sa distinction. Un homme perd une personne tendrement aimée; la vie, jusqu'alors pleine de charmes, lui devient insupportable, et il se tue pour échapper à son désespoir. Dans ce cas, l'ennui est la cause secondaire; le chagrin de la perte de l'objet aimé, le point de départ du mal moral. Un individu, au contraire, a pour traits de son caractère habituel le vague des pensées, la mélancolie, les idées noires; rien ne lui plaît, tout l'attriste; il se plaint des autres, de lui-même, des choses. Vienne une peine vive, il se lancera dans l'éternité. Souvent même la simple exagération de cette disposition d'esprit suffira pour avancer la catastrophe. Ici l'état mélancolique de l'âme est la cause première, et le chagrin la circonstance accessoire.

L'auteur demande d'abord à l'histoire les traces de l'ennui primitif, et il en trouve dans la plus haute antiquité, mais surtout parmi les anciens ascétiques, les reclus des monastères, et plus tard parmi les grands sceptiques du dix-huitième siècle et leurs disciples plus modernes. L'oisiveté de la solitude, même d'une solitude habitée par la foi, a produit fréquemment, sous ce rapport, le même effet que la ruine de toute croyance et la dévastation de l'âme. On trouve une véritable et très-fidèle description du mal dans Sénèque, dans saint Chrysostôme, saint Jérôme et plusieurs écrivains ecclésiastiques. Saint-Preux, Werther, René, Raphaël, en sont d'illustres personnifications. Nous ne pouvons qu'indiquer ces aperçus, dont on suivra avec un vif plaisir le développement dans le travail de M. Brierre. La seconde partie est consacrée à l'exposé de plusieurs observations propres à faire ressortir le caractère initial de l'ennui comme cause directe du suicide, sans intervention d'aucun dérangement mental. Comme circonstances propres à faire naître cette sorte d'ennui ou à l'accroître, il montre successivement l'abus de la rêverie, la prédominance de la pensée sur l'action, l'absence d'un but d'activité; — la surexcitation de l'époque de la puberté, la vivacité des impressions de cet âge, la disposition mélancolique qui en est le résultat; — l'amour-propre blessé chez les artistes, les mécomptes de toute espèce chez les hommes ardents et énergiques, l'influence des écrits et des idées du temps; — un sentiment d'orgueil exagéré, une susceptibilité extrême; — quelquefois enfin l'impuissance d'améliorer le sort d'autrui, chez des esprits généreux et exaltés.

L'ennui de la vie peut se manifester à toutes les époques de l'existence, chez le jeune homme comme chez le vieillard. Pour s'assurer de son degré de fréquence, l'auteur a dépouillé 4,595 procès-verbaux de suicides. Sur ce nombre, 160 individus sont désignés comme ayant attenté à leurs jours par dégoût de la vie. Cet état a été amené 40 fois par l'affaiblissement des forces et des souffrances physiques, 32 fois par la misère, 20 fois par les chagrins en général, 19 fois par les chagrins domestiques, 16 fois par amour, 5 fois par vanité, 2 fois par peur, une fois par jalousie. Restent donc 25 individus dont le suicide paraît devoir être rapporté exclusivement au découragement, à la mélancolie, à l'ennui enfin. La proportion de cette dernière catégorie est beaucoup plus considérable, si l'on consulte les relations particulières de mélancolie primitive. Sur 237 cas (192 hommes et 45 femmes), l'ennui est rapporté 138 fois à des motifs connus; 99 fois il n'a eu d'autre source que lui-même et se rattachait à l'éducation, aux idées dominantes, au tempérament, à l'organisation, à l'humeur des individus.

Ne pas se complaire dans la tristesse qui naît de l'ennui, se reprendre à la vie par le lien de la famille, s'imposer un but positif d'activité, tels sont les trois remèdes conseillés par saint Chrysostôme dans ses Lettres a Stagyre. M. Brierre ne trouve rien de mieux, et nous sommes comme M. Brierre.

Cette étude psychologique est un nouveau témoignage de l'esprit d'observation et des saines pensées morales qui distinguent l'auteur. Nous croyons fermement, comme lui, à la réalité de la maladie qu'il décrit; nous l'admettons, soit comme état mental particulier, soit comme cause de suicide. Nous pourrions en citer pour notre compte deux exemples. Nous ne ferons qu'une remarque, qui sera surtout historique et ne touchera en aucune façon à la valeur intrinsèque du travail et des idées qui y sont défendues. Si nous avons bien compris M. Brierre, le point de vue original de son travail réside dans la distinction de deux espèces d'ennui dont l'un serait consécutif à des troubles moraux et l'autre serait primitif, et il ne place que sur le second plan cet autre point de vue de sa disquisition, que l'ennui conduit au suicide *en l'absence de tout dérangement intellectuel*. Or, peut-être la science est-elle mieux fixée sur la première question que sur la seconde. Aucun auteur, il est vrai, n'a tracé, entre les caractères de l'ennui, une ligne de démarcation aussi tranchée; mais il en est auxquels les éléments de la distinction étaient connus, puisqu'ils rangent au nombre des causes de l'ennui celles même que M. Brierre assigne à l'ennui primitif. « L'ennui, dit Esquirol (Maladies mentales, 1838, t. Ier, p. 553), reconnaît pour cause la cessation de grandes occupations, le passage d'une vie très-active au repos et à l'oisiveté, lorsqu'on n'a pas su se créer d'avance quelque occupation de l'esprit ou quelque affection du cœur. L'ennui est aussi l'effet de l'abandon forcé ou volontaire du grand monde, des plaisirs frivoles, lorsqu'on reste isolé et sans intérêt quelconque. L'homme a besoin de désirer, ou bien il tombe dans l'ennui. » Et plus haut: « L'ennui, à l'époque de la puberté, résulte d'un besoin vague dont l'objet est inconnu à celui qui l'éprouve: ce besoin fait naître une inquiétude qui jette dans la tristesse, laquelle porte à l'ennui; les effets les plus ordinaires de cet ennui sont le dépérissement, la faiblesse et quelquefois le suicide. » Si l'on veut bien se reporter au tableau tracé par M. Brierre des causes de l'ennui, on verra qu'il s'accorde parfaitement avec celui d'Esquirol. Nous ajouterons que la distinction établie par le premier de ces auteurs ne saurait être acceptée dans un sens trop absolu, et qu'il est surtout difficile d'en mesurer la portée aux résultats des relevés statistiques. Il y a, sans aucun doute, des individus que la constitution particulière de leur esprit, leur tempérament moral, si on peut le dire, prédispose plus que d'autres à la mélancolie. Mais cela est commun et à ceux qui manifestent des penchants au suicide à la suite d'un violent chagrin, et à ceux que l'oisiveté ou l'orgueil conduit au dégoût de la vie. Quand on dit, comme l'auteur, que le *tædium vitæ* est *déterminé* par l'abus de la rêverie, par l'absence d'un but d'activité; qu'il est dû à la surexitation de l'époque de la puberté; qu'on y est *conduit* par les blessures de l'amour-propre, qu'un sentiment d'orgueil le *détermine* (p. 584 et 585), on reconnaît implicitement qu'il n'est pas tout à fait primitif et originel. Il est bien clair que, pour quelques-unes de ces catégories, le mode de génération de l'ennui ressemble fort à celui de l'ennui consécutif ou secondaire. Les plaies de l'amour-propre, par exemple, la révolte de l'orgueil contre la position sociale, qui sont comptées au nombre des causes de l'ennui, diffèrent peu des *chagrins* dont on fait procéder l'ennui consécutif, et il est probable que les statisticiens, sans méconnaître les causes énumérées par M. Brierre, les ont rangées sous ce titre général. Le véritable ennui spontané, le *tædium vitæ* pur et simple existe donc, nous le reconnaissons; seulement il peut précéder l'espèce d'ennui à laquelle l'auteur assigne les caractères d'un mal consécutif ou secondaire. Il en faudrait peut-être réserver le nom à celui qui résulte de l'oisiveté de l'esprit et du cœur par suite de l'absence d'un but d'activité. Mais, nous le répétons, les autres causes n'en sont pas moins réelles, et M. Brierre n'en a pas moins le mérite de les avoir précisées et appréciées avec beaucoup de justesse.

Nous disions tout à l'heure que le point le plus litigieux de la question était relatif à l'état mental des ennuyés. « Esquirol, dit l'auteur, a rejeté l'influence de l'ennui sur le suicide, et cherché à établir qu'il y a toujours quelque chose de dérangé dans l'esprit. » Il faut remarquer qu'Esquirol ajoute: « Tous (ceux qui avaient attenté à leurs jours) avaient des motifs déterminés, des chagrins *réels* ou imaginaires qui leur faisaient *haïr* l'existence. » Et comme, ainsi qu'on l'a vu plus haut, Esquirol assigne à l'ennui les mêmes causes à peu près que M. Brierre, et que les chagrins réels sont au nombre de ces causes, on voit que les auteurs sont bien près de s'entendre sur la question de l'influence de l'ennui sur le suicide. Mais cet ennui s'accompagne-t-il *toujours* de dérangement mental, de lypémanie, par exemple? Nous ne le croyons pas et nous nous rangeons sur ce point du côté de M. Brierre.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 11 NOVEMBRE.

RECHERCHES PHYSIOLOGIQUES SUR LES MILIEUX D'EXISTENCE DES ANIMAUX DANS LES AGES GÉOLOGIQUES.

M. D'ORBIGNY lit sous ce titre la troisième et dernière partie d'un mémoire dont il a précédemment communiqué les deux premières parties. Ce travail a pour objet de rechercher si les divers organes des animaux les plus anciens sont restés les mêmes depuis le commencement du monde géologique, ou s'ils se sont modifiés par suite de changements de milieux d'existence. L'auteur a pris pour base principale de ses recherches l'organe de la respiration.

Voici les conclusions qui résument ce travail :

1° Si le perfectionnement progressif existait, on devrait trouver tous les animaux sans organe spécial de respiration dans les premiers âges du monde, et les autres devraient paraître successivement, suivant leur degré de perfection; mais, au contraire, tous les modes différents de respiration arrivant à la fois sur la terre, on en doit conclure que ce perfectionnement progressif n'existe pas.

2° Que l'on considère entre elles les périodes croissantes ou décroissantes de développement de formes zoologiques, que l'on compare l'instant d'apparition des ordres d'animaux à la perfection de leurs organes, ou qu'on prenne pour base des recherches comparatives les déductions physiologiques tirées du mode de respiration des animaux, on arrive toujours aux mêmes résultats négatifs, relativement au perfectionnement successif des êtres dans les âges du monde. On doit donc accepter ces résultats comme définitifs.

3° Aucune modification appréciable n'existant dans les organes de la respiration des êtres, depuis les époques les plus anciennes jusqu'à l'époque actuelle, un grand nombre de genres ayant toujours existé avec les mêmes caractères, depuis la première animalisation du globe jusqu'à présent, on doit croire que les éléments vitaux n'ont pas changé, et que les milieux d'existence sont restés les mêmes sur les continents et dans les mers.

4° Les milieux d'existence étant toujours restés les mêmes sur les continents et dans les mers, aucun changement de ces milieux d'existence n'a pu dès lors influer sur l'extinction et sur le renouvellement des faunes successives que nous voyons se remplacer tant de fois à la surface du globe, depuis la première animalisation jusqu'à l'époque actuelle; dernière conclusion d'une immense portée dans l'histoire chronologique du monde ancien, et des êtres qui l'ont peuplé à toutes les époques géologiques.

CONTAGION ET TRAITEMENT DE LA GALE.

M. BOURGUIGNON lit une analyse d'un mémoire sur la contagion et le traitement de la gale de l'homme. Ce mémoire a pour double objet l'étude de la question de la contagion de la gale de certains animaux à l'homme et de son traitement.

L'auteur conclut des recherches relatives au premier point que la contagion de la gale des animaux à l'homme et de l'homme aux animaux est impossible; que les maladies de peau des animaux sont souvent pour l'homme une cause d'affection du même organe, dont le traitement ne doit pas être insecticide, antipsorique, mais celui des maladies de peau en général.

Pour le traitement, il résulte de l'essai de divers médicaments : 1° qu'un grand nombre de topiques jouissent, à des degrés différents, de la propriété de guérir la gale : ainsi le soufre, les sels potassiques, la poudre de chasse, l'huile de goudron, l'huile animale de Dippel, l'essence de térébenthine, peuvent, dans un cas donné, être une ressource précieuse, car, bien que les uns soient irritants et aggravent les complications, les autres, doués de couleur et d'odeur désagréables, il suffit que leur usage, pendant un temps qui varie de deux à huit jours, amène une guérison radicale pour qu'ils soient comptés parmi les topiques antipsoriques;

2° Que trois médicaments principaux, la pommade à la poudre de chasse et au soufre, l'huile de cade, et la pommade sulfuro-alcaline d'Helmerick, supérieurs à tous les autres, auraient une efficacité identique, si la pommade d'Helmerick n'augmentait momentanément l'inflammation des maladies de peau que l'insecte fait naître secondairement; que le médecin aura à son service trois médicaments qui guérissent sûrement la gale en quarante-huit heures, en soumettant les malades à deux frictions générales d'un quart d'heure de douze en douze heures, et en leur faisant prendre un grand bain savonneux vingt-quatre heures après la dernière friction.

M. Bourguignon dépose en même temps que son mémoire un exemplaire des gravures qui reproduisent l'anatomie et l'organologie de l'acarus humain.

MONSTRE NOSENCÉPHALE.

M. GEOFFROY SAINT-HILAIRE présente, au nom de MM. Joly, professeur à la Faculté des sciences de Toulouse, et Guitard, chirurgien interne à l'Hôtel-Dieu de la même ville, une note sur un enfant nosencéphale adhérant à un placenta et né vivant à Toulouse le 26 juillet 1850.

Ce monstre humain est né à terme; il a vécu quarante-deux heures; il a crié et a pu même avaler de l'eau sucrée. Il appartient au genre nosencéphale de Geoffroy Saint-Hilaire, et il offre en outre des particularités uniques dans l'histoire des pseudencéphaliens.

Le placenta adhère par des brides membraneuses à la face et à la tumeur nervoso-vasculaire qui représente le cerveau; la bouche est largement béante; les lèvres sont considérablement écartées l'une de l'autre; le nez est à peine indiqué; les yeux sont sortis de leurs orbites; enfin il existe une fissure palatine, et l'os des maxillaires supérieurs (le droit) n'est pas encore soudé avec l'os incisif ou intermaxillaire.

Sauf un développement considérable de sa partie abdominale, un léger renversement des pieds en dedans et un embonpoint très-remarquable, le reste du corps n'offre à l'extérieur rien de particulier; mais il n'en est pas de même de l'intérieur. En effet, il existe dans la cavité thoracique un déplacement du cœur à droite sans inversion splanchnique abdominale. L'appareil urinaire et les organes génitaux externes étaient plus développés que de coutume; mais, en revanche, on ne trouvait aucun des organes génitaux internes. Cependant, à en juger par l'inspection des parties extérieures, le sexe du monstre était femelle.

Voici les conséquences que MM. Joly et Guitard ont cru pouvoir tirer de l'examen de ce monstre :

1° Les brides placentaires ne sont ici rien autre chose que les restes normalement conservés et accrus de l'un des deux capuchons amniotiques qui entourent l'embryon dans les premiers temps de son existence.

2° Les brides ont agi d'une manière mécanique à la façon de *vrais tirans*, comme le dit Geoffroy Saint-Hilaire, sur les parties auxquelles elles sont fixées. En tiraillant ces parties, quand le fœtus faisait certains mouvements tendant à l'éloigner du placenta, elles ont mis obstacle au développement normal et complet du nez, des yeux, de la lèvre supérieure et de la mâchoire.

3° Elles peuvent même avoir déterminé, au moins en partie, l'atrophie de l'encéphale et de la portion supérieure de la boîte osseuse qui le contient. Toutefois les auteurs pensent qu'il faut tenir compte de l'impression morale produite sur la mère (elle avait été frappée pendant toute la durée de sa grossesse du souhait qu'avait fait une de ses sœurs qu'elle mît au monde un monstre).

4° L'existence de l'os intermaxillaire, niée par plusieurs anatomistes chez l'espèce humaine, est prouvée chez ce monstre par l'absence de soudure du maxillaire supérieur droit avec l'os qui porte les dents incisives.

5° Le développement complet de l'appareil urinaire en l'absence de tout appareil génital interne semble trancher la question si souvent débattue de l'indépendance primitive de ces deux appareils. Il prouve qu'ils ne proviennent pas d'une seule et même source (les corps de Wolf), mais bien de plusieurs sources parfaitement distinctes entre elles, comme elles le sont des corps de Wolf.

6° L'existence des organes génitaux externes et l'absence des internes démontre de la manière la plus positive que les premiers ne sont qu'une simple dépendance de la peau.

7° Enfin, comme le placenta n'a point fourni d'hémorrhagie, soit avant, soit après la section des cordons ombilicaux, ne peut-on pas inférer de cette circonstance qu'il n'existe aucune communication directe, aucune anastomose véritable entre les vaisseaux du placenta et ceux de la matrice?

PROPRIÉTÉ DÉSINFECTANTE DU CHLOROFORME.

M. AUGEND, de Constantinople, envoie un mémoire sur une nouvelle propriété du chloroforme.

L'auteur rapporte l'expérience suivante, qui lui a servi à établir entre l'éther et le chloroforme une ligne de démarcation bien tranchée, et l'a amené à reconnaître dans celui-ci une propriété remarquable, qui avait échappé jusqu'à présent à l'attention des chimistes.

Si l'on prend trois flacons à large ouverture, bouchés à l'émeri, qu'on verse dans le premier quelques gouttes d'éther, dans le second quelques gouttes de chloroforme, et qu'on laisse le troisième tel quel; si on place dans chacun d'eux un morceau de chair musculaire de bœuf, qu'on les bouche et qu'on les abandonne à eux-mêmes pendant l'été, voici ce qu'on observe : la viande de bœuf, colorée en rouge brun dans son état normal, passe à vue d'œil au rouge vermeil par la vapeur de chloroforme mêlée d'air dans le second flacon, tandis que l'éther n'y produit aucun changement.

Voilà pour l'effet immédiat. Mais au bout d'une semaine de contact, les résultats sont beaucoup plus tranchés encore.

La viande conservée dans l'air a peu changé de couleur; celle qui a été conservée dans la vapeur d'éther a bruni, tandis que celle conservée dans la vapeur de chloroforme a pris une teinte de viande bouillie.

Si on ouvre les flacons, on remarque que la viande conservée telle qu'elle est putréfiée exhale une odeur horrible; que le même phénomène a lieu en présence de l'éther; mais que rien n'est changé dans l'odeur de la viande chloroformisée, à part la saveur sucrée et l'odeur propre au chloroforme.

Le chloroforme a présenté à M. Augend des propriétés intéressantes comme *antiseptique*. Il a constaté, en effet, qu'il suffisait de 1/200me de chloroforme pour s'opposer complétement à la décomposition d'une masse de chair musculaire fraîche. Ce qui est non moins remarquable, c'est la facilité avec laquelle la vapeur de cette substance traverse les tissus les plus épais. Le chloroforme a l'avantage sur la créosote de ne point coaguler l'albumine; il n'est pas non plus décomposé par la fibre musculaire.

L'action la plus apparente du chloroforme, non-seulement sur la chair musculaire, mais encore sur le péricarpe charnu des semences et des fruits, c'est une contraction immédiate de la fibre ou du parenchyme qui fait écouler les sucs aqueux au fond du vase où l'on opère.

L'auteur rapporte une série d'expériences faites sur un grand nombre de substances animales, et variées de différentes manières, desquelles il résulte que dans l'état actuel la propriété antiseptique du chloroforme peut être utile aux naturalistes et aux anatomistes qui veulent conserver pendant quelque temps des pièces d'études. Il pense qu'il pourrait notamment rendre service dans le cas où une personne, ayant été victime d'un assassinat ou d'un empoisonnement, on aurait intérêt à garder pendant un certain temps le cadavre pour des recherches de médecine légale.

NOUVELLE THÉORIE DE LA VISION.

M. le docteur DEZAUTIÈRE, de Décize (Nièvre), envoie une note sur la vision. Suivant l'auteur, la rétine, tout en servant à transmettre au cerveau, pour y être changée en sensation, l'impression qu'elle a reçue des objets extérieurs, servirait aussi à redresser les images qui arrivent renversées sur la surface. En d'autres termes, la rétine serait un miroir concave qui redresse les images qui viennent renversées au fond de l'œil. C'est par ce fait qu'il explique le phénomène du redressement des objets primitivement renversés par les milieux réfringents de l'œil.

En effet, dit-il, cette membrane est située au fond de l'organe de la vision; elle est concave et sa concavité est tournée du côté du cristallin; elle est transparente; elle a à peu près la couleur du verre. Derrière elle existe, unie à elle, une matière d'un noir foncé, et connue sous le nom de *pigmentum nigrum*. Au devant d'elle on voit le corps vitré, qui n'est que du *verre animal*, si on peut ainsi dire, placé là pour rendre les images plus vives. On peut à juste raison considérer le corps vitré comme un premier verre placé au devant de la rétine et du *pigmentum nigrum*, cette dernière substance réfléchissant les rayons.

— M. MARTIN-SAINT-ANGE écrit qu'il se porte candidat à la place vacante dans la section d'anatomie et de zoologie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 12 NOVEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. BRICHETEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle ne comprend qu'une seule lettre du ministre du commerce transmettant un mémoire sur la délivrance et le décollement du placenta et une ceinture ombilicale par Mme Coquillard, sage-femme. (M. Danyau).

— M. le préfet de la Seine accuse réception du rapport sur le seigle ergoté et remercie l'Académie de cette communication.

— M. le docteur LECADRE, médecin des épidémies de l'arrondissement du Havre, envoie un mémoire sur la constitution météorologique et médicale du semestre d'été 1850. (Commissaires: MM. Guéneau de Mussy et Gaultier de Claubry.)

CORPS ÉTRANGER DANS LES VOIES AÉRIENNES.

M. le docteur RENDU, médecin à Compiègne, adresse une observation d'introduction de corps étranger dans les voies aériennes.

Le 8 mai 1848, un enfant de 5 ans, ayant dans la bouche un baricot, poussé des cris et est pris tout à coup d'accès de suffocation. Ces accès se reproduisent de plus en plus fréquemment jusqu'au cinquième jour. M. Rendu constate la présence d'un corps étranger dans les voies aériennes, et il pratique la broncho-trachéotomie. L'opération faite, les accès de suffocation cessent, mais le corps étranger n'est pas expulsé, malgré l'étendue de la plaie maintenue béante. Celle-ci est enfin abandonnée à elle-même et se cicatrise le quinzième jour après l'opération; dès cette époque, retour des accès de suffocation, mais ils sont moindres.

Jusqu'au 25 juillet 1848 l'état reste à peu près le même; à cette époque, trois mois après l'accident, quinte violente, expulsion brusque par la bouche de matières purulentes, au milieu desquelles se trouve le baricot qui avait germé.

Depuis cessation des accès de suffocation, mais expulsion fréquente de crachats purulents; cette expectoration est précédée de quintes de toux.

L'enfant, qui, au moment de l'expulsion du corps étranger, était d'une maigreur extrême, a repris depuis ce temps ses forces et son embonpoint, les quintes de toux se sont éloignées, ainsi que l'expectoration purulente, et au mois de septembre 1850, deux ans et quatre mois après l'accident, l'enfant est dans un état de santé excellent.

— M. ORFILA, à l'occasion du procès-verbal, expose quelques nouvelles observations sur la valeur comparative des divers procédés de réfrigération, qui viennent à l'appui de ce qu'il a dit, dans la dernière séance, du mélange d'azotate et d'hydrochlorate d'ammoniaque. D'après de nouvelles expériences qu'il vient de répéter à cette occasion, M. Orfila a non-seulement vérifié de nouveau l'efficacité de ce moyen de réfrigération, mais il a constaté, en outre, que l'opération, qui consiste à évaporer le mélange pour en retirer les sels, produit elle-même un degré de froid considérable et susceptible d'être utilisé.

NOUVELLE SOURCE (BROSSON) A VICHY.

M. O. HENRY lit, au nom de la commission des eaux minérales, un rapport officiel sur l'eau minérale alcaline gazeuse de la *source nouvelle* de MM. Brosson à Vichy (Allier), en réponse à une lettre ministérielle du 14 mai dernier qui invitait l'Académie à faire procéder dans son laboratoire à l'analyse des échantillons envoyés à cet effet avec des certificats de puisement, etc. Le ministre priait en particulier l'Académie de lui faire connaître si, au point de vue de la thérapeutique, elle a quelque objection à présenter contre la demande formulée par le sieur Brosson.

Les résultats de l'analyse ont prouvé que l'eau de la source de MM. Brosson n'avait pas changé depuis la première analyse faite en 1837 et 1838, époque de la découverte; elle offre toujours la plus grande analogie avec celle de la grande grille et n'en diffère surtout que par une température beaucoup plus basse; elle n'a que 19 à 20° centig., l'autre marquant 39 à 40°. Toutefois la commission se croit fondée à croire qu'en raison de cette analogie de composition chimique, elle possède les mêmes vertus médicales. Si l'on considère qu'elle fournit par son écoulement naturel un volume d'eau considérable, on doit regretter de voir cette belle source rester sans utilité, lorsque les sources de l'établissement du gouvernement sont tout à fait insuffisantes pour les besoins journaliers du service.

La commission propose en conséquence les conclusions suivantes:

« Tout nous porte à croire, en conséquence, qu'il y aurait pour la thérapeutique et pour la localité, un avantage réel à utiliser une source aussi abondante et aussi riche en principes minéralisateurs; mais en raison des graves intérêts tant publics que privés qui peuvent se trouver compromis dans cette question et des contestations qui sont survenues, nous vous proposons de déclarer de nouveau à M. le ministre qu'une analyse *comparative* faite sur les lieux et simultanément aurait mis la commission en mesure de se prononcer d'une manière plus positive et plus rigoureuse. »

Ces conclusions sont adoptées.

L'Académie se forme en comité secret à quatre heures moins un quart.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS D'AOUT 1850; par M. le docteur FOLLIN, secrétaire.

(Suite et fin.)

IV. — PATHOLOGIE.

1° HÉMORRHAGIE CÉRÉBRALE PAR SUITE DE LA RUPTURE D'UNE BRANCHE DE L'ARTÈRE MÉNINGÉE MOYENNE; par M. DUPLAY.

M. le docteur Duplay communique à la Société l'observation suivante:

Le nommé Voisin (Louis), âgé de 78 ans, d'une stature moyenne, mais fort et bien constitué, présentait depuis quelque temps un peu de dérangement de l'intelligence. Il était devenu triste, parlait peu avec ses camarades, et l'on remarquait de l'incohérence et de la bizarrerie dans ses idées. Le 11 juillet, le malade sort pour aller se promener, mais il ne rentre pas le soir, et pendant quatre jours il disparaît de la maison. Le 15 juillet, il est ramené par des agents de police qui l'ont arrêté à Bercy en état de vagabondage. Comme il présente des contusions à la face, on le fait entrer à l'infirmerie.

Le 16, je vois le malade pour la première fois. Il porte une ecchymose très-considérable sur chaque œil et sur la base du nez; il en porte également aux deux genoux et sur les deux coudes. Ce sont, dit-il, les agents de police qui l'ont ainsi frappé lorsqu'ils l'ont arrêté. Mais l'individu qui l'a ramené affirme que Voisin présentait ces ecchymoses au moment de son arrestation. L'intelligence du malade est évidemment dérangée; ses réponses se contredisent à chaque instant, et il lui est impossible de se rappeler ce qu'il a fait depuis son départ de la maison. La locomotilité et la sensibilité sont intactes dans les membres supérieurs et inférieurs de chaque côté. Pas de céphalalgie. Le pouls est normal. L'examen attentif de tout l'extérieur du corps et des divers appareils organiques ne me fait découvrir aucune fracture ni aucune lésion des organes intérieurs.

Je prescris néanmoins une saignée du bras de deux palettes et demie, des bains de pieds sinapisés et des boissons délayantes.

17. L'état du malade est le même que la veille. Point de céphalalgie; aucun trouble de la motilité ou de la sensibilité. Même état de l'intelligence. La veille, on a seulement observé un mouvement fébrile, caractérisé par une chaleur plus grande de la peau, un peu d'injection de la face. Pendant la nuit le malade a été agité; il parlait seul, et plusieurs fois le veilleur a été obligé de le faire remettre dans son lit, qu'il quittait machinalement et sans savoir pourquoi. Le matin à la visite cet état avait disparu. (Une bouteille d'eau de Sedlitz; pédiluves sinapisés.)

18. L'état du malade est resté très-bon la veille jusqu'à midi. Mais alors il est survenu un frisson violent, qui au bout de deux heures a été remplacé par une fièvre violente. La nuit a été encore agitée; le malade s'est levé plusieurs fois; mais à la visite le calme est rétabli. Le pouls a repris une fréquence normale, et la peau a sa chaleur naturelle. Du reste, même état de l'intelligence, même état de la locomotilité et de la sensibilité. Nouvel examen de la poitrine et des divers appareils organiques qui donnent tous des signes aussi négatifs que les jours précédents. (Limonade; pédiluves sinapisés; 60 centigr. de sulfate de quinine; bouillons.)

19. Le frisson est revenu la veille à midi, mais il a été moins long que le 17. La chaleur qui l'a suivi a été moins intense; l'accès fébrile a surtout été caractérisé par de l'agitation; le malade s'est levé un grand nombre de fois; il tournait autour de son lit, puis il se recouchait. Le matin il était assez calme; son intelligence était dans le même état que la veille, et aucun accident nouveau ne s'était manifesté. (Continuation du sulfate de quinine à la même dose; lavement purgatif; bains de pieds sinapisés; bouillons.)

20. Le malade n'a pas éprouvé de frisson la veille; seulement, vers midi, on a remarqué chez lui plus d'agitation. Il parlait seul, et plusieurs fois il s'est levé comme les jours précédents. A la visite, il est à peu près dans le même état que le jour précédent, seulement il y a un peu plus de prostration, un peu de paresse dans ses réponses. (Continuation du sulfate de quinine; pédiluves; boissons délayantes; bouillons.)

21. La veille à midi, même agitation que le jour précédent, mais sans frisson. Apparition d'un engorgement volumineux à la région parotidienne, survenu pendant la nuit et formant une saillie volumineuse comme un très-gros œuf de poule. Le tissu cellulaire qui occupe la région mastoïdienne, et celui de la partie

supérieure du cou, participent à l'engorgement. La peau est d'un rouge terne, et la tumeur donne la sensation d'une dureté considérable. Un peu au-dessus du poignet gauche, phlyctène de la largeur d'un centimètre et demi, soulevant l'épiderme, et entourée d'un cercle d'un rouge violacé. Assoupissement. Réponses lentes et incomplètes. Aucun trouble de la locomotilité ni de la sensibilité. Rien de nouveau du côté de la poitrine. La langue est sèche. Le pouls est petit et facilement dépressible. (15 sangsues au niveau de l'engorgement; cataplasmes sinapisés; limonade vineuse; continuation du sulfate de quinine.)

22. L'engorgement de la région parotidienne a encore augmenté depuis la veille; celui du tissu cellulaire s'étend presque jusqu'à la base du cou. La peau de toute cette région est d'un rouge livide. Prostration extrême; somnolence continuelle; quand on l'appelle, le malade ouvre les yeux pour les refermer aussitôt. La sensibilité et la locomotilité n'ont subi aucun trouble. Langue très-sèche. Le timbre de la voix est changé, et a pris un caractère de raucité qu'il n'avait pas la veille. Respiration fréquente, sans lésion appréciable par la percussion ou l'auscultation; pouls petit, misérable. Rien de notable du côté de l'appareil urinaire. Émission involontaire des matières fécales et de l'urine. Quant au mouvement fébrile quotidien, il n'a été caractérisé la veille que par un peu d'agitation et par des tentatives de la part du malade pour descendre de son lit. (Frictions mercurielles sur l'engorgement parotidien; limonade vineuse; cataplasmes.)

Le malade meurt à quatre heures du soir. Il avait présenté à midi l'agitation observée les jours précédents, et il avait même conservé encore assez de force pour essayer, à plusieurs reprises, de se lever. Vers deux heures, la prostration augmenta, le malade tomba dans un coma profond, la respiration s'embarrassa, et il s'éteignit insensiblement.

L'autopsie, faite vingt-quatre heures après la mort, me donna les résultats suivants:

A l'examen de la tumeur de la région parotidienne, le tissu cellulaire qui recouvre la glande parotide est infiltré d'une sérosité légèrement jaunâtre, ainsi que le tissu cellulaire sous-cutané, de la région latérale droite du cou, jusqu'au niveau de la clavicule. Le tissu de la glande, incisé dans toute son épaisseur, donne issue à une multitude de gouttelettes de pus qui viennent sourdre à la surface de la coupe. Chaque gouttelette de pus est fournie par un lobule de la glande. Le tissu cellulaire interlobulaire est aussi infiltré d'un liquide séro-purulent. Avant d'inciser la glande, une pression assez forte avait donné issue par le canal de Sténon à une certaine quantité de pus qui était venue se répandre sur la face interne de la joue et sur le côté correspondant de la langue. La phlyctène qui s'était montrée sur l'avant-bras est affaissée; l'épiderme est seul detruit. Le tissu cellulaire sous-cutané est simplement infiltré de sérosité, mais ne présente pas de désorganisation profonde.

La peau du crâne ne laisse apercevoir dans aucun point de traces d'ecchymose, celles qu'on a observées sur les deux yeux ne dépassent pas l'arcade sourcilière. La surface extérieure des os du crâne, dépouillée de son périoste, et examinée avec le plus grand soin, ne présente aucune trace de fêlure. Leur surface intérieure n'adhère point à la dure-mère; aussi, lorsqu'on enlève la boîte osseuse, n'éprouve-t-on aucune difficulté. Au moment de cette séparation, l'on aperçoit sur la surface extérieure de la dure-mère qui revêt l'hémisphère gauche du cerveau, une couche de sang dont une partie est liquide, et l'autre prise en caillots peu consistants qui s'étendent sur plusieurs points en une membrane mince. La portion de la dure-mère qui correspond à la partie moyenne, et un peu inférieure de l'hémisphère gauche, présente une perforation arrondie, à bords minces, et occupée par un caillot sanguin mince, friable, qui se sépare de l'ouverture lorsqu'on soulève la dure-mère, et qui ne paraît avoir aucune connexion intime avec elle. Une des branches principales de l'artère méningée moyenne rampe à quelques millimètres en dehors de la perforation, et la dépasse sans avoir été compromise par l'altération de la dure-mère. Mais un de ses rameaux qui s'en sépare tombe, après un trajet d'un ou deux millimètres, dans la perforation, et se trouve comme coupé en travers. L'orifice du vaisseau est bouché par un petit caillot fibrineux, dont l'extrémité libre flotte sur le bord correspondant de la perforation. Du reste, ni le tronc principal, ni le rameau, ainsi arrêté brusquement dans son trajet, ne présentent d'altération de structure ou de dilatation.

En même temps que mon attention était frappée par cette solution de continuité de la dure-mère, elle était attirée vers le point correspondant de la surface interne des os du crâne. Là, en effet, on apercevait une cavité creusée dans l'épaisseur du pariétal, un peu au-dessus de la suture écailleuse, renfermant du sang en partie liquide, en partie à moitié coagulé. La table interne de l'os avait complétement disparu, ainsi que le tissu diploïque, et le fond de la cavité était formé par la table externe, excessivement amincie, réduite à l'épaisseur d'une feuille de papier, et présentant même une petite perforation. Le pourtour de cette cavité, assez régulièrement arrondi, était comme tranchant. Quant à la destruction du tissu diploïque, elle s'étendait un peu au delà du pourtour de la solution de continuité, dont elle semblait avoir en quelque sorte miné les bords. Il m'a été impossible, malgré les recherches les plus minutieuses, de retrouver aucun fragment osseux, soit dans les caillots, soit à la surface du cerveau.

La dure-mère enlevée, j'ai rencontré sur l'hémisphère gauche du cerveau, une couche mince de sang liquide qui recouvrait l'arachnoïde cérébrale. La fosse occipitale du même côté contenait environ trois cuillerées de sang à moitié coagulé, qui était accumulé au-dessus de la tente du cervelet.

Toute la partie postérieure de l'hémisphère gauche présentait une teinte d'un rouge violacé, qui avait pénétré non-seulement l'arachnoïde, mais encore toute l'épaisseur de la couche corticale. Cette rougeur, uniforme, non pointillée, m'a paru un simple phénomène d'imbibition. L'arachnoïde était intacte dans toute l'étendue de l'hémisphère. Vers le point correspondant à la perforation de la dure-mère, elle ne présentait aucune altération, aucune dépression. Partout elle se détachait de la substance cérébrale avec la plus grande facilité. La substance grise du cerveau conservait partout sa consistance et sa couleur naturelles, à l'exception du point où elle avait été en contact avec le sang épanché au-dessus de la tente du cervelet.

L'hémisphère droit ne présentait rien de remarquable. Toutes les autres portions de l'encéphale, examinées avec le plus grand soin, étaient dans un état parfait d'intégrité.

Les organes thoraciques et abdominaux ne présentaient aucune altération. La rate seule était profondément altérée. Son tissu était réduit en une sorte de bouillie d'un rouge terne qui s'écrasait par la pression la plus légère.

En analysant toutes les particularités de ce fait singulier, il en est une qui échappe et qui laisse une lacune dans l'enchaînement des accidents qui ont dû se succéder. D'une part, l'on peut constater la lésion que présente la voûte du crâne; de l'autre, celle de la dure-mère et de l'artère méningée moyenne qui a donné lieu à l'épanchement de sang dans l'intérieur du crâne. Mais, quant à la cause qui a porté simultanément son action et sur le pariétal et sur la dure-mère, elle ne trouve plus son explication dans l'examen des lésions constatées après la mort.

Cependant, en tenant compte de certaines particularités, et en comparant ce fait à des faits qui ont avec lui le plus d'analogie, il est possible, je crois, sinon de combler complètement cette lacune, du moins de toucher de bien près à la vérité.

Il est impossible, dans le cas qui nous occupe, d'admettre une fracture de la table interne de l'os. La forme de la solution de continuité, la régularité de ses contours, doivent faire rejeter une pareille supposition. En effet, dans tous les exemples de déchirures de l'artère méningée moyenne par suite de fracture du crâne, on trouve dans la boîte osseuse des désordres tels, qu'il serait impossible de les laisser échapper, même au milieu des recherches les moins attentives. On peut s'en convaincre en lisant les observations de ce genre publiées par les auteurs, et en parcourant celles du même genre que M. Chassaignac a réunies dans une thèse de concours (DES PLAIES DE TÊTE. Paris, 7 juin 1842). Dans toutes ces observations, on retrouve des fêlures plus ou moins étendues des os du crâne, ou des fragments osseux, soit libres, soit enfoncés dans la substance cérébrale. Chez le malade qui fait le sujet de cette observation, rien d'analogue n'a été observé, malgré les recherches les plus attentives.

L'existence d'une tumeur qui aurait simultanément porté son action et sur la dure-mère, et sur les os du crâne dont elle aurait détruit l'épaisseur par une véritable usure, et en procédant de dedans en dehors, est seule capable d'expliquer les désordres que nous avons décrits. Mais ici se présentent encore de nouvelles difficultés. L'artère méningée moyenne, dont une branche était brusquement interrompue sur le pourtour de la solution de continuité de la dure-mère, a-t-elle été le siége d'une dilatation anévrismale? Nous allons voir que si certaines circonstances paraissent favorables à cette opinion, d'autres au contraire semblent de nature à la faire abandonner. La destruction partielle du pariétal, qui n'est réduit qu'à l'épaisseur de la table externe et qui présente même une petite perforation, a la plus grande analogie avec l'usure des os produits par les tumeurs anévrismales. Mais d'un autre côté, l'examen attentif des organes n'a pu faire découvrir ni les débris d'un sac anévrismal, ni une dilatation plus considérable de la portion du rameau artériel qui s'étendait depuis sa séparation du tronc de l'artère méningée moyenne jusqu'à l'endroit de sa déchirure. Cette circonstance me paraît importante à noter, car dans les cas d'anévrismes de l'artère méningée moyenne que possède la science, l'examen des parties lésées a toujours fait retrouver les débris du sac anévrismal, ou du moins une dilatation plus ou moins considérable de l'artère dans les portions voisines de la tumeur. On peut lire à ce sujet plusieurs observations de ce genre consignées par M. Chassaignac, dans une seconde thèse pour le concours de la chaire de clinique chirurgicale (DES TUMEURS DE LA VOUTE DU CRANE. Paris, 1848). Ainsi, dans la première de ces observations, empruntée au JOURNAL DES PROGRÈS (t. X, p. 237), la tumeur qui avait perforé les os du crâne, fut prise pour un kyste et ouverte par un chirurgien. Le sac anévrismal communiquait par un canal très-étroit avec l'artère méningée moyenne, *qui avait acquis dans le crâne le volume du petit doigt*. Dans la seconde, qui a été publiée par le docteur Gairdner, la tumeur se rompit pendant un effort, et le malade mourut. A l'autopsie, on trouva ***un sac anévrismal situé sur le trajet de l'artère méningée moyenne*** formé par la séparation des feuillets de la dure-mère, et contenant environ 4 onces de sang coagulé. Enfin, M. Chassaignac rappelle encore un cas cité par M. Bégin, et dans lequel un anévrisme qui occupait l'artère méningée moyenne fit périr le malade après avoir perforé la fosse temporale.

Rien d'analogue à ce que nous signalons dans les observations précédentes n'a été retrouvé chez le malade dont il est ici question. Pour admettre, dans ce cas, l'existence d'un anévrisme de l'artère méningée moyenne, il faudrait supposer que le sac anévrismal, très-petit, formant sur le trajet de l'artère une saillie brusque et sans dilatation de la portion du vaisseau voisin du sac, aurait été complétement détruit au moment de sa rupture et entraîné par l'effort hémorrhagique.

Reste donc la supposition d'une tumeur de toute autre nature, par exemple d'un fongus de la dure-mère qui, après avoir usé la table interne de l'os, aurait déterminé en même temps l'altération observée sur la dure-mère, et par suite la lésion du rameau de l'artère méningée moyenne. L'absence de toute dilatation et de toute altération dans le tronc artériel et son rameau, jusqu'à l'endroit de sa déchirure, nous paraît tout à fait favorable à cette dernière opinion. Mais, dans ce cas, il faut encore admettre qu'au moment de la déchirure de l'artère déterminée sans doute par la chute du malade ou les violences exercées sur lui, la tumeur a été complétement détachée de la dure mère, et entraînée avec la portion altérée de cette membrane, par le flot hémorrhagique.

V. — TÉRATOLOGIE.

1° MONSTRUOSITÉS DIVERSES CHEZ UN FOETUS; par M. GIRALDÈS.

M. Giraldès présente à la Société un fœtus monstrueux que la putréfaction a profondément altéré. Il n'existe point de fente palpébrale, et la peau recouvre complétement le point normalement occupé par les yeux. Mais, sons cette peau on trouve deux tumeurs saillantes; d'un côté, c'était l'œil projeté en dehors de l'orbite; de l'autre, c'était une masse graisseuse.

Les extrémités terminales des membres supérieurs sont réunies par une sorte de palmure. Le bout des doigts est seul saillant et distinct; toutefois il n'existe pas de sondure des phalanges, et les doigts pourraient être séparés jusqu'à leur racine. La même disposition se rencontre aussi aux membres inférieurs; les parties génitales externes ne paraissent point déformées; on voit, à la partie supérieure de la région génitale un petit tubercule, c'est le clitoris recouvert par les deux ailerons d'un petit capuchon. Il existe une ouverture pour le conduit urinaire, et une autre pour le rectum. Quant au vagin, il ne s'ouvre point à l'extérieur, mais se termine en cul-de-sac.

La vessie, vers son bas-fond, donne naissance à un diverticulum qui se trouve situé entre cet organe et le condnit vaginal.

L'utérus est plus projeté d'un côté que de l'autre. La symphyse pubienne est fibreuse et le siége d'un écartement de plus d'un centimètre.

VI. — HELMINTHOLOGIE.

SUR UN VER VÉSICULAIRE TROUVÉ DANS DES PETITS KYSTES A LA SURFACE DU POUMON DU LIMAX RUFUS; par M. CHAUSSAT.

En disséquant des limaces (*limax rufus*) prises dans le bois de Meudon, près Paris, M. Chaussat aperçut, à la surface du poumon de plusieurs d'entre elles de petites élevures blanchâtres, à peine grosses comme la tête d'une très-petite épingle. Le nombre de ces petites élevures varie; quelquefois il n'y en a que deux ou trois; d'autres fois toute la surface de la cavité pulmonaire en est parsemée. Ces petites élevures peuvent s'énucléer, mais assez difficilement. Étant parvenu à en isoler une, et l'ayant mise sous le microscope, à un faible grossissement, M. Chaussat a vu distinctement un animal se mouvant dans un kyste, et dont voici les caractères:

Cet helminthe est constitué par une vésicule ronde, assez transparente, n'ayant guère qu'un demi-millimètre de diamètre lorsque l'animal a rentré son cou. Cette vésicule présente, dans ses parois, les petits grains qui se rencontrent chez les cystiques; ces petits grains ont à peine un centième de millimètre. Le cou, dont on aperçoit assez bien les circonvolutions par transparence, paraît avoir environ 1 millimètre de longueur; mais il est extrêmement difficile de le faire sortir sans opérer la déchirure de la vésicule. La partie antérieure de ce cou présente, dans une longueur de un quart de millimètre environ, des plis transversaux qui n'ont guère que de 1 à 3 centièmes de millimètre de largeur. La partie du cou qui offre ces plis est large de 5 à 7 centièmes de millimètres, et se termine en avant par une tête obtuse, sans ventouses mais pourvue d'une couronne de vingt crochets de même grandeur, légèrement courbés et disposés sur une seule rangée. Ces crochets ont 4 centièmes de millimètre de longueur, et présentent, dans leur milieu, sur le bord concave, un talon assez court incliné du côté de la pointe du crochet.

Cet helminthe n'a été signalé par aucun helminthologiste, et c'est peut-être le premier exemple d'un ver vésiculaire chez les animaux invertébrés.

NOMINATION.

La Société procède à l'élection d'un membre titulaire. M. Germain ayant réuni l'unanimité des suffrages, est nommé membre titulaire de la Société de biologie.

BIBLIOGRAPHIE.

PARALLÈLE DES DIVERS MODES OPÉRATOIRES EMPLOYÉS DANS LE TRAITEMENT DE LA CATARACTE; thèse de concours, par M. NÉLATON. — Paris, 1850, chez Germer Baillière, 17, rue de l'École-de-Médecine.

Au premier abord, le sujet de cette thèse paraît avoir déjà exercé la plume des auteurs d'ophthalmologie. Il n'en est rien cependant. Si le parallèle des deux principales méthodes usitées dans le traitement de la cataracte figure dans la plupart des traités d'oculistique et de médecine opératoire, celui des nombreux procédés que comportent l'une et l'autre méthode n'est exposé nulle part d'une manière satisfaisante. Ce programme sortait donc des questions ordinairement posées en pareille circonstance. Ce n'était pas un travail tout fait à éditer sous la responsabilité du candidat; mais une véritable lacune à combler dans le domaine des maladies des yeux. Il était difficile de ne laisser échapper aucune des manœuvres, des procédés, perfectionnements, modifications de procédés, additions, etc., dus à l'inépuisable fécondité des spécialistes. Il était plus difficile encore de classer tous ces matériaux dans un ordre naturel qui en permît le rapprochement ainsi que l'examen comparatif des modes opératoires susceptibles d'être mis en parallèle; enfin, pour juger toutes ces opérations et bien déterminer, soit leur valeur absolue, soit leur valeur relative, il fallait joindre une pénétration féconde à une longue pratique des affections oculaires. A ces divers titres, nous pouvons annoncer d'avance que les principales difficultés inhérentes à une pareille œuvre ont été heureusement surmontées.

L'auteur entre en matière par l'examen des soins préliminaires à donner aux malades qu'on va opérer de la cataracte: il discute les avantages et les inconvénients de l'emploi des agents anesthésiques et des moyens mydriatiques avant l'opération; il examine quelle position doivent avoir et le malade et le chirurgien pendant l'opération; enfin il passe en revue les différents mécanismes imaginés pour découvrir l'œil et pour le fixer. Faut-il soumettre le malade à l'influence des anesthésiques? M. Nélaton, avec la grande majorité des chirurgiens, répond négativement: l'opération de la cataracte, quelle que soit la méthode et quel que soit le procédé mis en usage, est peu douloureuse; il n'y a donc aucune utilité à priver le malade de sa sensibilité. D'un autre côté, il importe peu de paralyser les muscles de l'œil, puisque cette paralysie n'empêche pas le globe oculaire de se déplacer sous la pression des instruments et ne dispense nullement de recourir à un moyen de fixation.

Faut-il dilater la pupille? Si l'opérateur se propose de déplacer ou de fragmenter le cristallin, cette dilatation préalable lui permettra en effet de voir plus exactement ce qui se passe dans l'intérieur de l'œil. S'il a pour but de l'extraire, la dilatation de la pupille favorisera la sortie de la lentille, mais elle rendra aussi plus facile l'issue de l'humeur vitrée. La plupart des ophthalmologistes emploient les moyens mydriatiques dans tous les cas: M. Nélaton conclut au contraire que ces agents très-avantageux dans l'opération de la cataracte par déplacement, par broiement ou par aspiration offrent moins d'utilité dans l'extraction, et que si leur intervention est obligatoire dans les trois premiers modes opératoires, elle demeure facultative dans le dernier.

Le doigt d'un aide suffit-il pour relever convenablement la paupière, ou vaut-il mieux employer un des nombreux instruments imaginés dans ce but par les oculistes? M. Nélaton enveloppe dans la même proscription tous ceux qui agissent à la fois sur les deux paupières, et dont quelques-uns ont reçu le nom de *speculum oculi*; il fait une exception pour les releveurs de la paupière supérieure, entre autres pour celui de M. Bonnet (de Lyon), qui est en effet d'une utilité incontestable dans l'opération de la cataracte par extraction. Il juge avec la même sévérité les instruments qui servent à fixer l'œil: dans l'opération de la cataracte avec l'aiguille, il voit peu d'inconvénients à livrer l'œil, soit à ses propres mouvements, soit aux déplacements mécaniques qu'on peut lui imprimer dans les différents temps de la manœuvre. Dans l'opération avec le couteau où la fixation de l'œil a plus d'importance, il rejette à la fois et les *ophthalmostats*, et l'application de la pulpe du doigt sur l'angle interne de l'œil; il préfère l'implantation d'une petite érigne dans la sclérotique à égale distance de la cornée et de l'angle externe des paupières, comme l'a encore proposé et comme le pratique M. Bonnet.

Après les soins préliminaires vient l'examen des divers modes opératoires que comporte la méthode de l'abaissement; or l'histoire de cette méthode ne pouvait être passée sous silence. On sait que l'origine de l'abaissement se perd dans les premiers âges de la chirurgie, et que du temps de Celse, des progrès successifs en avaient déjà porté l'exécution à un haut degré de perfection. M. Nélaton la prend à cette époque reculée et trace l'exposé de ses diverses phases pendant les dix-huit siècles qui nous séparent du célèbre auteur. A coup sûr on ne trouverait pas aisément ailleurs des recherches historiques plus patientes, plus complètes, plus impartiales sur une méthode dont, en raison de son importance même, il était si difficile de nombrer avec exactitude les modifications presque infinies.

Dans l'examen des modes divers qu'on peut mettre en usage en opérant la cataracte par abaissement, M. Nélaton ne s'est pas borné à une comparaison vague, sans portée ni conclusions. Il n'a pas craint, même dans une thèse de concours (notons bien ce fait!), de porter sur chaque procédé un jugement net, précis, tel, en un mot, qu'on devait l'attendre d'un chirurgien aussi judicieux et expérimenté.

L'opération par scléroticonixis compte un grand nombre de procédés. Notre auteur examine successivement ceux qui ont été proposés pour introduire l'aiguille dans le corps vitré: pour la faire passer du corps vitré dans la chambre postérieure, pour ouvrir la capsule, pour déplacer le cristallin. Les premiers de ces procédés sont implicitement passés en revue dans la réponse qu'il fait à ces trois questions essentiellement pratiques: Quelle est la meilleure direction à donner aux deux plans du fer de lance pendant la pénétration de l'aiguille dans le globe de l'œil? A quelle distance de la cornée convient-il de ponctionner la sclérotique? A quelle distance du diamètre transverse de l'œil faut-il ponctionner la sclérotique? C'est aussi en discutant un certain nombre de questions aussi précises que celles-là, qu'il poursuit jusqu'au bout sa comparaison. Ce parallèle a surtout le mérite d'être

fondé dans une étude approfondie de l'anatomie de l'œil. C'est presque toujours à l'anatomie que M. Nélaton emprunte ses arguments pour accepter ou rejeter les différents procédés. La position, calculée plus exactement qu'avant lui, de l'iris, des procès ciliaires et des artères ciliaires, qu'il est dangereux de blesser, lui sert à déterminer à quelle distance de la cornée et du diamètre transverse de l'œil il convient de ponctionner la sclérotique. Une étude plus complète de la capsule cristalline et de ses adhérences avec la zone de Zinn lui fait proscrire l'abaissement en masse comme impossible, malgré l'opinion contraire de tous les ophthalmologistes antérieurs à Scarpa et de quelques autres de l'époque présente, tels que Weller et M. Deval. Enfin, c'est principalement sur des notions plus exactes touchant les nouveaux rapports que contracte le cristallin dans la dépression directe, la réclinaison, la dépression-réclinaison et l'élévation, qu'il se fonde pour donner la préférence au second de ces procédés.

Si nous avons insisté sur ce qui concerne l'abaissement, c'est pour donner par cela seul une idée de la manière dont M. Nélaton a envisagé son sujet. C'est toujours suivant le même ordre et dans le même esprit qu'il passe en revue les procédés du déplacement par kératonyxis, du broiement, de l'extraction, de l'aspiration, et de quelques autres méthodes moins importantes. Il y a certainement dans le parallèle des différents procédés de l'extraction des détails instructifs, de saines appréciations et des conseils pratiques d'une grande portée, mais l'examen critique de l'*aspiration* présente encore un plus vif intérêt tant par la nouveauté de la méthode que par la manière pleine de sens dont elle est appréciée. Lorsqu'en 1847 M. Laugier, muni de son instrument si ingénieux, pratiqua le premier l'opération de la cataracte par aspiration, on ne manqua pas de rechercher dans les archives de la science si cette méthode était tout à fait neuve comme le croyait son auteur. M. Sichel, dans un travail fort intéressant, publia quelques passages empruntés aux manuscrits arabes de la bibliothèque nationale, desquels il résulte que la succion de la cataracte avait été assez souvent pratiquée en Perse vers le huitième et le neuvième siècle; il montra que cette opération était mentionnée par quelques écrivains des quinzième, seizième et dix-septième siècles, mais que depuis deux siècles on en retrouvait les traces de la méthode persane ni dans les traités généraux de chirurgie et de médecine opératoire, ni dans les traités spéciaux d'ophthalmologie, ni dans la pratique des chirurgiens ou des oculistes connus. Il résulte donc de ces recherches que l'aspiration, si elle a été employée autrefois, était depuis longtemps sortie de la mémoire des chirurgiens, et qu'à l'époque où M. Laugier l'a proposée elle avait tous les caractères de la nouveauté; c'est ce qui reste définitivement établi, malgré quelques réclamations d'un chirurgien italien, M. Pacchioli, à qui on n'accordera pas, à coup sûr, les honneurs de la méthode, pour avoir fait construire une aiguille creuse sans l'avoir jamais appliquée au traitement de la cataracte, sans même en avoir indiqué le but.

Comme tous les inventeurs, M. Laugier a fondé sur l'aspiration des espérances que l'avenir ne réalisera peut-être pas complétement. Il pense que dans les cataractes lenticulaires molles avec transparence de la capsule cristalline, on peut avec son instrument aspirer le cristallin liquide et laisser intacte son enveloppe membraneuse; qu'il ne serait même pas impossible d'obtenir un résultat semblable dans les cas où la lentille conserverait un certain degré de dureté, l'aiguille pouvant recevoir des fragments assez solides du cristallin; que dans les cataractes moitié molles et moitié dures, on peut aspirer la partie molle du cristallin et déplacer la partie dure; que dans les cataractes commençantes, il est possible d'aspirer la partie opaque du cristallin sans préjudice pour sa partie transparente; que dans les cataractes avec opacité des membranes, on peut attirer la capsule vers l'aiguille, l'enrouler autour d'elle et la déplacer avec moins de peine que dans l'abaissement ordinaire; que dans ces cas, si on aspire un peu d'humeur vitrée, on favorise le déplacement de la cataracte en lui faisant pour ainsi dire une place vide dans l'œil, et on a moins à craindre les accidents inflammatoires convulsifs.

A l'appui de toutes ces vues théoriques, M. Laugier n'a apporté jusqu'à présent qu'un petit nombre de faits. Faire la part de tout ce qu'il peut y avoir d'exagéré dans ces espérances, tout en rendant justice à la méthode, c'était apprécier celle-ci avec autant d'indépendance que d'impartialité. Nous dirons donc avec M. Nélaton : « S'il est encore aujourd'hui si difficile d'arriver à des conclusions solides touchant le mérite respectif et le rang que doivent occuper les méthodes par extraction, par abaissement et par broiement, méthodes tant de fois expérimentées depuis nombre d'années par les praticiens les plus consommés de toutes les nations, qui pourrait blâmer notre réserve dans le jugement d'une méthode née d'hier et à peine introduite dans la pratique chirurgicale ? Tout ce que nous croyons pouvoir dire dans l'état actuel de la question, c'est que les faits rapportés par M. le professeur Laugier sont de nature à encourager des tentatives nouvelles et la continuation d'essais propres à rendre plus sûre et plus fructueuse une méthode fondée sur des considérations judicieuses et rationnellement déduites de la nature même des altérations pathologiques auxquelles, il s'agit de porter remède. »

Après le parallèle des procédés venait naturellement celui des méthodes. M. Nélaton compare ensemble l'extraction, l'abaissement et le broiement aux points de vue des difficultés de leur manuel opératoire, de leurs accidents immédiats et consécutifs, de leurs applications et de leur résultat définitif. Ce parallèle se recommande sans doute par d'éminentes qualités de distribution et d'appréciation ; la sévérité des aperçus y est encore rehaussée par un style positif et concis. Mais résout-il mieux la grande question de savoir quelle méthode l'emporte sur les autres et doit être préférée dans la généralité des cas ? M. Nélaton nous laisse à cet égard, et ne pouvait, du reste, que nous laisser dans la même incertitude que ses devanciers.

Enfin quelques considérations neuves et d'une utilité toute pratique sur le traitement des cataractes fausses terminent cette thèse digne, sous tous les rapports, de la juste réputation de son auteur.

VARIÉTÉS.

— On lit dans l'AKHBAR du 26 octobre :

« Le choléra a pénétré de Tunis en Algérie presque simultanément par deux points assez éloignés : la vallée de la Medjerda et le Djérid. Par la première voie, il a envahi la partie septentrionale de la grande tribu des Hanencha, où les pertes ont été au nombre de 411.

» La perte totale des Hanencha du Tell est estimée à plus de 600 personnes. La différence entre ce chiffre et le précédent vient de ce qu'il y a quelques tribus dont le chiffre des morts n'a pas été indiqué à part.

» Les attaques de choléra avaient une violence extrême : quelques individus mouraient foudroyés, et chez un assez grand nombre le malade succombait en peu d'heures. Des *nezla* (campements indigènes) ont été complétement détruits, et pas un habitant n'a survécu. On a remarqué que beaucoup d'animaux ont péri à cette époque avec tous les symptômes du choléra. Les populations épouvantées se dispersaient en tous sens à l'approche du fléau qui s'était annoncé d'une si terrible façon, et les travaux de la moisson demeurèrent suspendus sur plusieurs points.

» Comme d'habitude, les indigènes attribuaient aux étrangers qu'une fâcheuse coïncidence amenait dans leur pays, l'importation du mal. A Sfax, dans la régence de Tunis, M. le colonel Ducaurray, en mission du gouvernement français, a failli être jeté à la mer pour ce motif. Quand on se rappelle les tristes scènes de Paris, au printemps de 1832, on n'a pas le droit de s'étonner de cette fureur aveugle d'un peuple barbare.

» Au Kef, première ville tunisienne que l'on rencontre après avoir franchi la frontière de l'Algérie, le choléra n'a sévi, cette fois, qu'aux environs de la ville. Dans l'hiver de 1849-50, il avait au contraire fait de nombreuses victimes dans la ville et n'avait presque pas sévi au dehors. Les juifs, qui avaient beaucoup souffert la première fois, n'ont perdu que cinquante personnes à la dernière invasion.

» Tiboursek, petite ville située entre le Kef et Tunis, a perdu 538 individus sur environ 1,500 habitants. On doit constater que cette bourgade est d'une saleté révoltante. Tasfour et Medjez-el-Bab, qui viennent ensuite, ont fait aussi des pertes considérables par rapport à leur faible population.

» Quant à Tunis, on sait combien il a souffert du fléau. Les habitants avaient cru pendant longtemps que les *khondok*, égouts à ciel ouvert qui coulent entre le rempart oriental et l'étang de la Goulette, devaient les préserver du choléra; et ils opposaient cela aux étrangers qui leur reprochaient l'existence de ces espèces de rivières infectes. Ils doivent être cruellement désabusés aujourd'hui.

» Pendant la durée de l'invasion, le bey avait consacré une caserne à l'usage de *moristan* ou hôpital. Cette création temporaire est devenue définitive : un médecin européen est à la tête du service avec quelques aides. De jeunes juives remplissent les fonctions d'infirmières ; on en remarque une parmi elles qui fut la première personne atteinte du choléra à Tunis, et qui a dû son salut, ainsi que beaucoup d'autres, au traitement adopté dans cet hôpital. On assure, en cet endroit, que les cholériques qui vomissent naturellement ont beaucoup de chances de guérir. Quand on parvient à provoquer artificiellement les vomissements chez les autres, la guérison est assurée, dit-on. Tel est le traitement très-simple usité dans le *moristan*, et on assure qu'il a réussi dans les trois quarts des cas. Cela vaut la peine de le livrer à la publicité.

» Voici le bulletin du choléra à Alger, en ville et au lazaret : du 20 au 27, 13 constatations, 14 décès; du 27 au 28, 11 constatations, 7 décès.

» Aux hôpitaux militaires : du 26 au 27, 2 entrées, 3 décès; du 27 au 28, 3 entrées, 1 décès. Les décès, parmi les musulmans, se sont élevés, en ville, d'après les documents officiels qui nous sont fournis, du 20 de ce mois au 27, au chiffre de 34. »

— M. le docteur PHILLIPS commencera un cours des maladies des voies urinaires, mardi 19 novembre, à sept heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'École pratique.

— M. Édouard Robin ouvrira le 18 novembre, par la physique expérimentale, la chimie et l'histoire naturelle, une nouvelle série de cours préparatoires au baccalauréat ès sciences et au premier examen de médecine. Ils auront lieu tous les jours, le dimanche et le jeudi exceptés. Le cours de chimie sera commencé à deux heures et demie, celui de physique à une heure et quart, et celui d'histoire naturelle à trois heures et demie.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — DE L'ANGINE ŒDÉMATEUSE.

Jamais lecture d'un médecin étranger devant l'Académie de médecine n'a été plus attentivement écoutée que ne l'a été, dans la dernière séance, celle de M. le docteur Sestier. C'est qu'on trouve rarement un travail plus distingué par la précision du style, la clarté de la méthode, l'enchaînement régulier des idées, la fidélité des descriptions, l'analyse critique des phénomènes et la justesse des déductions. Ajoutez que ce travail a été lu comme il a été écrit, avec la même intelligence. Il s'agissait du rôle de l'œdème intra-laryngé et de l'œdème de l'arrière-bouche dans les cas d'angine laryngée œdémateuse. L'auteur s'était proposé surtout de mettre en relief l'importance de l'infiltration du tissu sous-muqueux de l'arrière-bouche et de l'œdème intra-laryngé, dans le diagnostic, le pronostic et le traitement de l'affection appelée œdème de la glotte. Nous le répétons, on ne saurait dessiner avec plus de vérité le tableau anatomique de l'œdème laryngé, faire mieux toucher le rapport des phénomènes symptomatologiques avec le degré d'étendue ou le mode de répartition de l'infiltration, mieux expliquer, par exemple, la difficulté de l'inspiration seulement dans l'œdème borné à la glotte et la gêne simultanée de l'inspiration et de l'expiration dans l'œdème qui occupe à la fois la glotte et les cordes vocales. On ne saurait enfin poser plus solidement, dans l'extension de l'œdème à la cavité du larynx, l'indication de pratiquer de bonne heure la trachéotomie.

Nous faisons grande, comme on peut voir, notre part d'éloges au mémoire de M. Sestier. Ceux qui assistaient à la séance mardi ne la trouveront pas exagérée. Que ce sincère témoignage serve, auprès de notre confrère, de passe-port aux quelques remarques que nous croyons devoir présenter.

Le travail de M. Sestier ferait un excellent article de dictionnaire, parce qu'il expose et apprécie nettement tous les termes de la question. S'il a été présenté comme œuvre originale, il pourra susciter quelques réclamations. Il était difficile que des points aussi importants que ceux dont M. Sestier a fait le sujet de son étude eussent complétement échappé aux nombreux observateurs qui, depuis Bayle, ont porté une attention spéciale sur l'angine œdémateuse, principalement à Tuilier et à MM. Trousseau, Bouillaud, Blache, Legroux, L. Fleury, Valleix. Et en effet, on trouverait dans ces différents auteurs, non-seulement l'énoncé des faits anatomiques sur lesquels s'appuie M. Sestier, à savoir, l'extension de l'œdème à l'arrière-bouche ou à la cavité du larynx, et même la possibilité d'un œdème purement laryngé sans envahissement de la glotte, mais encore l'exposé des circonstances symptomatologiques sur lesquelles il insiste le plus.

Bayle lui-même avait déjà dit que l'œdème pouvait s'étendre à tout le tissu sous-muqueux du larynx ; Tuilier l'a répété ; Casimir Broussais a vu, après l'opération de la laryngo-trachéotomie, des hourrelets œdémateux faire saillie à la partie inférieure du larynx. Mais s'il peut rester quelque doute à cet égard, il n'en est plus de même de l'œdème des cordes vocales et des parois ventriculaires, soit isolément, soit concurremment avec l'infiltration de la glotte. Ces dispositions ont été très-nettement, très-complétement indiquées par les auteurs, plus spécialement par M. Fleury, et dans le mémoire par lui publié en 1844 dans le JOURNAL DE MÉDECINE, et dans son article du COMPENDIUM DE MÉDECINE : « L'épiglotte, dit-il (t. V, p. 537), les replis arythéno-épiglottiques et les *cordes vocales* sont, *isolément* ou *simultanément*, le siége ordinaire de l'infiltration.... Les cordes vocales peuvent devenir assez volumineuses pour se toucher et pour effacer complétement la cavité des ventricules latéraux. D'autres fois, *c'est la muqueuse qui tapisse ces ventricules* qui est soulevée par l'infiltration du tissu cellulaire placé au-dessous d'elle et qui comble la cavité comprise entre les deux cordes vocales d'un même côté. » Le même auteur, M. Valleix, d'autres encore, font remarquer aussi que l'infiltration s'étend quelquefois au tissu cellulaire du pharynx, de l'arrière-bouche et même du cou. Voilà pour l'étendue et la répartition de l'œdème. D'un autre côté, il est reconnu généralement, d'après les observations de MM. Trousseau, Belloc, Bouillaud, que dans l'angine œdémateuse, le contraste signalé par Bayle entre la difficulté de l'inspiration et la facilité de l'expiration ne se présente pas invariablement, que parfois les deux mouvements respiratoires sont également gênés, enfin que l'œdème interne, en augmentant la dyspnée, aggrave le pronostic et constitue une indication de plus en faveur de la trachéotomie.

Ainsi donc la science possédait, avant M. Sestier, les éléments sur lesquels se fonde toute l'économie de son travail. Mais nous avons hâte de le reconnaître, le rapport de tous ces éléments entre eux n'avait pas été clairement déterminé ; et si ce rapport n'avait pas été bien déterminé, à plus forte raison n'a-t-il pas été convenablement interprété. Ainsi quel parti peut-on tirer, sous le rapport du diagnostic, de l'existence d'une infiltration du pharynx et de l'arrière-bouche? Jusqu'à quel point constitue-t-elle une présomption en faveur d'une infiltration de parties plus profondes? Pourquoi l'expiration est-elle quelquefois aussi difficile que l'inspiration, tandis que c'est le contraire qui a lieu le plus souvent? La condition essentielle de cette exception symptomatologique n'est-elle pas précisément l'extension de l'œdème aux cordes vocales et aux ventricules? Cette dernière disposition ne trouve-t-elle pas une condition particulière de gravité dans la densité du tissu cellulaire à cette hauteur du conduit aérien? Quelle est la valeur de ces diverses circonstances dans le diagnostic, dans le pronostic, dans le traitement médical et chirurgical? Voilà ce que M. Sestier nous paraît avoir éclairci avec beaucoup de bonheur. Nous doutons qu'on ajoute jamais quelque chose d'important à une étude aussi rigoureuse. Que si l'on voulait contester la nouveauté de quelques-unes des solutions auxquelles elle a conduit, sous prétexte qu'elles étaient déjà dans les faits, il suffira, pour montrer toute la distance qu'il y a souvent, même pour des esprits distingués, entre un fait et sa conséquence légitime, il suffira de rappeler que certains auteurs, après avoir admis, d'une part, l'existence de l'œdème intra-laryngé, et, de l'autre, celle d'une gêne égale dans l'inspiration et l'expiration, non-seulement ne signalent pas le rapport de ces deux faits, mais rangent la facilité de l'expiration au nombre des symptômes de l'infiltration des parois du larynx.

Nous n'ajouterons plus qu'une remarque. Le travail de M. Sestier, en tant que relatif à une question de diagnostic anatomique, est un modèle du genre. On peut ajouter, d'après quelques passages, que l'auteur sait voir, au delà de cet horizon, les points de vue plus généraux de l'étiologie et de la nature de l'angine œdémateuse. Toutefois nous craignons qu'entraîné par le courant où il s'était placé, il ne les ait un peu trop négligés à l'article de la thérapeutique, et qu'il n'ait trop étroitement subordonné le choix et le degré d'efficacité des moyens thérapeutiques au degré et au siége de la lésion locale. Nous doutons que le siége plus ou moins

---

Feuilleton.

ÉTUDE BIOGRAPHIQUE.

GUILLOTIN (JOSEPH-IGNACE).

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

...... *Specie recti deceptus.* (Cic.)

Une dernière et profonde douleur était en effet réservée à notre médecin législateur et philosophe. Après la chute de Robespierre, quand le feu de la révolution fut éteint dans le sang, que le mauvais génie de la France eut un instant lâché prise, une vive controverse s'établit entre d'éminents physiologistes sur le supplice même de la guillotine. On prétendit qu'il était le plus odieux, parce qu'il était le plus douloureux de tous, attendu que le *moi*, la conscience de l'être existait encore, la tête étant séparée du tronc. Qu'importe, disait-on, l'espace de temps de la perception, n'y eût-il que dix minutes, ce serait un monde de douleurs et de souffrances. On conçoit ce que devait éprouver le malheureux Guillotin puisqu'on lui contestait le but suprême de son invention, la rapide extinction de la vie.

Deux médecins allemands, Œlsner et Sœmmering, exposèrent et soutinrent cette opinion : qu'après la décapitation « le moi reste *vivant* pendant quelque temps et ressent l'*arrière-douleur* dont le cou est affecté. » En France, le docteur J.-J. Sue adopta ce sentiment et tâcha, avec un talent et un savoir incontestables, d'en prouver la vérité (1). Il pose en principe, que le supplice de la guillotine est un des plus affreux par sa violence et par sa durée ; il soutient que, dans ce cas, tous les effets soit de jugement, soit de réminiscence, sont produits par un reste d'*excitement du cerveau* ; il est persuadé que la *puissance pensante*, entend, voit, sent et juge la séparation de tout son être. Or, selon lui, quelle situation plus horrible que celle d'avoir la *perception* de son exécution, et à la suite l'arrière-pensée de son supplice. Le docteur Sue préférerait beaucoup au supplice de la guillotine celui de l'*asphyxie*, « en ce que celui-ci, dit-il, apathise tellement la puissance vivante, qu'elle la tient engourdie et comme anéantie dans tous ses points. » (P. 15.) Mais cette opinion paradoxale, très-digne assurément d'exciter l'attention des gens de bien comme des méde-

(1) OPINION DU CITOYEN SUE SUR LE SUPPLICE DE LA GUILLOTINE ; 1796. Il y en a une seconde édition à la suite d'un autre opuscule du même auteur : RECHERCHES PHYSIOLOGIQUES ET EXPÉRIENCES SUR LA VITALITÉ, lues à l'Institut national de France, le 11 messidor an V de la République française.

profond de l'œdème établisse dans le pronostic une aussi grande différence qu'il a semblé le dire, dans les cas où, la nature du mal étant bien reconnue, on le combat énergiquement par les moyens appropriés, et que la possibilité ou l'impossibilité d'appliquer des remèdes topiques aient une aussi grande influence sur l'issue de la maladie.

— M. Ferrus avait continué, au commencement de la séance, la lecture de son mémoire sur le crétinisme. Il la terminera dans une séance prochaine. Nous nous occuperons alors de ce travail avec tout le soin qu'il mérite.

— D'importantes communications ont été faites aussi à l'Académie des sciences : par M. Brown-Séquard, sur la transmission des impressions sensitives dans la moelle épinière ; par M. L. Fleury, sur l'emploi des douches froides contre le tempérament lymphatique, la chlorose et l'anémie ; par M. Landouzy, sur l'exaltation de l'ouïe dans la paralysie du nerf facial ; par M. Delieux, sur l'emploi des sels d'argent en médecine ; par M. Auzias, sur la transmission de la syphilis aux animaux. Les lecteurs de la GAZETTE MÉDICALE connaissent les idées de M. Brown-Séquard sur l'entrecroisement des fibres sensitives de la moelle. Ils savent également quels services rend chaque jour l'hydrothérapie entre les mains de M. Fleury. Quant à MM. Landouzy et Auzias, ils n'ont envoyé que de simples notes qui ne peuvent servir de base à une appréciation éclairée. Nous nous contentons donc, quant à présent, de signaler leurs recherches aux observateurs. L'intéressant fait de pathologie comparée, à la démonstration duquel s'est voué M. Auzias, mérite surtout d'être approfondi.

EMBRYOGÉNIE.

OBSERVATIONS SUR LE DÉVELOPPEMENT DU CŒUR ET DE L'AORTE, PENDANT LES CENT QUARANTE-QUATRE PREMIÈRES HEURES DE L'INCUBATION ; par MM. les docteurs PRÉVOST et LEBERT. (Communiquées à la Société de biologie en juin 1850.)

Le travail que je publie aujourd'hui, après avoir fait la perte douloureuse de mon excellent ami M. le docteur Prévost, ajoute quelques détails à ceux que nous avons publiés antérieurement ensemble dans les ANNALES DES SCIENCES NATURELLES (janvier 1844). Parmi les points nouveaux, il y en a surtout un qui me paraît d'une haute importance, c'est la formation du cœur d'abord comme organe transitoire et ensuite comme organe permanent qui tire son origine d'un sinus médian qui longe la convexité de l'organe primitif et qui peu à peu devient ventricule gauche. Tout ce qui a rapport dans ce travail à ce point appartient à M. Prévost, c'est sa découverte à lui seul et que même je n'ai pas pu confirmer jusqu'à ce jour. Il y a aussi plusieurs points sur la formation de l'aorte sur lesquels des injections faites sur de très-jeunes embryons (depuis quarante-huit heures d'incubation) m'ont conduit à des résultats différents de ceux indiqués dans ce travail et que je ferai connaître par la suite. (LEBERT.)

Le fœtus se montre dès les premières heures de l'incubation dans la partie moyenne du blastoderme. Il se développe dans la partie de cette membrane que l'on a appelée le feuillet sanguin ; mais qui serait mieux dénommée le *parenchymateux* ; car c'est dans cet espace limité supérieurement par le feuillet séreux, inférieurement par le muqueux, que s'organisent les parenchymes de l'embryon.

A la partie antérieure et moyenne, on voit le blastoderme se renfler et former une petite éminence creuse que l'on a comparée à un doigt de gant. Cette pyramide s'élève d'abord verticalement, puis en prenant de l'accroissement elle se couche sur le blastoderme et ses parties latérales contractent des adhérences avec le feuillet séreux.

Dans les parois de cette éminence se développent supérieurement et en arrière la tête et la région spinale, latéralement et antérieurement l'appareil brachial et les membranes de la cavité concave. On peut déjà à la vingtième heure voir le petit trait transverse ou buccal qui formera la fente de la bouche et mettra en communication l'intérieur de la pyramide avec l'extérieur ; cette partie intérieure formera comme un canal large et très-court qui s'ouvrira, d'une part à la bouche, de l'autre au jaune ; c'est ce que nous appelons la cavité commune.

Depuis la vingt-quatrième heure de l'incubation, on aperçoit les premiers linéaments du cœur ; il se voit comme un renflement cylindrique qui s'étend depuis cette espèce de renflement au-dessous du trait buccal jusqu'au sommet de cet angle, plan que forme la pyramide avec la surface du blastoderme sur laquelle elle est couchée. Nous ouvrons le péricarde adventif que la face antérieure de la pyramide d'une part, le feuillet séreux du blastoderme de l'autre, forment au cœur, afin de mieux voir cet organe. Nous trouvons déjà à l'extrémité supérieure deux divisions : l'origine des premiers arcs branchiaux, qui se dirigent à droite et à gauche dans la masse de substance au-dessous du trait buccal.

Inférieurement le cœur est aussi renflé, tourné à gauche et adhérent au fond de l'angle plan dont nous avons parlé.

Vers la trente-deuxième heure, le cœur prend l'apparence d'un sac dont l'ouverture serait tournée en bas. A cette forme doit être attribuée l'erreur où sont tombés plusieurs anatomistes qui ont avancé que cet organe n'était d'abord qu'un sac arrondi par le haut ; mais en opérant une traction en bas avec la pointe d'un stylet, l'erreur se dissipe, la portion arrondie du sac n'était qu'un pli, et l'on retrouve le bulbe et les deux divisions des vaisseaux plus avancées, mais comme nous les avions décrites.

Déjà à cette époque si hâtive, on remarque sur la face antérieure du cœur une ligne qui la divise longitudinalement en deux portions symétriques et égales de l'auricule au bulbe ; ce trait est le premier rudiment du ventricule gauche. L'auricule, car pour le présent il n'y en a qu'une, commence à se soulever du bas en haut, et d'abord d'avant en arrière ; on voit déjà surgir à sa partie supérieure deux petits filets qui deviendront plus tard les veines de retour du sang à cette cavité. On observe encore sur l'auricule deux petits tubercules, l'un en avant, l'autre en arrière ; en se développant, ils deviendront les appendices de l'auricule gauche.

Le cœur à cette époque est très-mou, et si l'on place le fœtus sur le côté droit, on croit y voir un nœud ; cette apparence a aussi trompé quelques anatomistes, elle résulte du croisement l'une sur l'autre des deux portions supérieure et inférieure de cette espèce de boyau que forme l'organe qui nous occupe. C'est de la trente-sixième à la quarantième heure de l'incubation que le cœur commence à se contracter d'une manière bien évidente. Le fœtus est encore placé dans le blastoderme, de manière à présenter le

---

cins philosophes, ne tarda guère à être vivement attaquée et réfutée. Un des médecins qui entra le premier en lice fut le médecin Gastelier (1), et ce qu'il y a de remarquable, c'est qu'il avait déjà écrit sur ce sujet lorsqu'il était en prison et devait subir ce supplice le 15 thermidor, sans la mort de Robespierre qui arriva le 9. J. Sédillot (2) combattit également cette désolante opinion. Il prouva que « la conscience du sentiment, cette *apperception* de la douleur, qui est invariablement le résultat de l'action combinée des fonctions vitales dans leur état d'intégrité le plus parfait, ne peut exister lors du supplice de la guillotine. Il conclut que les mouvements observés tiennent uniquement à une *irritabilité automatique* ; ainsi, que la mort est *subite et totale*, que les têtes séparées du corps par l'instrument fatal cessent de vivre, de sentir et de juger même avant leur entière séparation.

Mais l'athlète le plus redoutable dans cette singulière controverse fut assurément Cabanis (3) ; il y apporta le poids de son talent et de son autorité. « J'honore, dit-il, le sentiment qui a dicté cette opinion, mais je ne puis la partager. » Ce médecin philosophe regarde comme absolument impossible, l'existence de la moindre étincelle de la conscience du *moi* après la décapitation ; et les arguments qu'il emploie sont d'une puissance irrésistible. Il n'oublie pas de rappeler ce qu'on avait dit de la tête de Charlotte Corday après son supplice. Ce qu'il rapporte à cet égard est trop remarquable pour le passer sous silence. « Plusieurs personnes de ma connaissance, dit-il, ont suivi depuis la conciergerie jusqu'à l'échafaud la charrette qui conduisait cette femme si intéressante.... ; elles ont été témoins de son calme admirable pendant la route et de la majesté de son dernier moment. Un médecin de mes amis ne l'a pas perdue de vue une minute. Il m'a dit que sa sérénité simple et grave avait toujours été la même ; qu'au pied de l'échafaud, elle avait légèrement pâli, mais que bientôt son beau visage avait repris encore plus d'éclat. Pour cette rougeur nouvelle qu'on prétend avoir couvert ses joues après sa décapitation, il n'eu a rien vu quoiqu'il soit observateur clairvoyant et qu'il fût alors observateur très-attentif. Les autres personnes dont je viens de parler n'en ont pas vu davantage. » Cabanis conclut ainsi : « Il en résulte qu'un homme guillotiné ne souffre ni dans les membres ni dans la tête, que sa mort est rapide comme le coup qui le frappe ; et si l'on remarque dans les muscles des bras, des jambes et de la face certains mouvements ou réguliers ou convulsifs, ils ne prouvent ni douleur ni sensibilité : ils dépendent seulement d'un reste de facultés vitales que la mort de l'individu, la destruction du *moi* n'anéantit pas sur-le-champ dans ces muscles et dans leurs nerfs. » Voilà, si je ne me trompe, qui est péremptoire et décisif.

Une chose surprend dans cette discussion tout à la fois physiologique, morale et philosophique, c'est le silence de Guillotin. Nulle part on ne trouve de lui aucun écrit sur ce sujet, rien n'indique qu'il ait pris part à cette controverse ; et pourtant il s'agissait de ses idées, de ses opinions, de son invention, pourquoi n'est-il pas intervenu ? Comment expliquer ce silence absolu ? Son esprit

(1) DISSERTATION SUR LE SUPPLICE DE LA GUILLOTINE. Sens, an IV (1796). In-8°.
(2) REFLEXIONS HISTORIQUES ET PHILOSOPHIQUES SUR LE SUPPLICE DE LA GUILLOTINE. An IV de la République française.
(3) NOTE SUR LE SUPPLICE DE LA GUILLOTINE. (Œuvres de Cabanis.)

dos à l'observateur, et le cœur paraît à droite, sa convexité en dehors.

Le sang commence à rougir le vaisseau placé sur la grande courbure du cœur (ce trait longitudinal que nous avons noté); il coule dans ce sinus placé à la base du *septum* qui divise le cœur en deux cavités longitudinales. Ce *septum* est lui-même composé de deux feuillets adhérents l'un à l'autre, sauf sur le point où ils s'écartent pour laisser passer le sang. Le décollement s'augmentera peu à peu, et à la place d'un sinus très-étroit se formera la grande cavité du ventricule gauche. Les portions contractiles du cœur sont au début : l'auricule, le sinus dont nous avons parlé et la portion de ce sinus engagée dans le bulbe. Les tissus qui forment le cœur extérieurement n'ont aucune propriété contractile; ils consistent en un tissu fibro-globuleux élastique; les cavités d'une et d'autre part du *septum* sont pleines d'un sérum fort transparent, et cette disposition a donné encore lieu à une illusion dans laquelle est même tombé le grand Haller.

Dans les premiers moments, le sang passe par gouttelettes très-petites dans le sinus, et comme le septum et le sérum, vu leur grande transparence, ne se distinguent pas l'un de l'autre, le sang a l'air de courir au travers d'un liquide incolore, mais sans s'y répandre et sans s'y mêler.

L'auricule prend de l'extension par l'afflux du sang. On remarque dans sa cavité une espèce d'arête qui s'étend de droite à gauche où elle vient aboutir à une ouverture, l'orifice auriculo-ventriculaire d'où le fluide coule par un conduit placé sur la grande courbure dans le ventricule. Le cœur se rétrécit dans ce point et forme un canal qui, plus tard, se raccourcira tout à fait et ne sera plus au lieu d'un conduit qu'une gorge.

Des deux côtés de ce conduit auriculo-ventriculaire, nous remarquons de petites languettes élastiques; lorsque l'auricule se contracte elles se fléchissent en dehors et se prêtent à la dilatation du passage, puis se redressant par leur élasticité, elles aident à chasser le sang dans la région ventriculaire. Ces deux bandelettes s'épanouissent et forment les deux parois antérieure et postérieure du cœur; puis se rétrécissant de nouveau, elles deviennent la gorge qui termine la région ventriculaire. Cette gorge est très-courte; les fibres qui en partent s'épanouissent de nouveau sous la forme de deux autres languettes placées sur les côtés du bulbe, comme celles que nous avons vues sur les côtés du canal auriculo-ventriculaire, elles ont les mêmes fonctions, elles aident à projeter le sang dans le vaisseau branchial. Nous remarquerons ici que les fibres des deux faces du cœur se croisent pour former les bandelettes du bulbe, de telle sorte que la bandelette droite appartient à la face gauche ou antérieure; la gauche provient de la face droite ou postérieure. Le canal contractile, qui par son développement formera le ventricule gauche, se renfle dans le bulbe comme dans la région ventriculaire, composée de deux feuillets adhérents l'un à l'autre, sauf dans la partie où l'on aperçoit un décollement au travers duquel le sang se fraye une route. Ce décollement ira croissant et formera vers la cinquantième ou soixantième heure une cavité ovoïde entre les deux languettes, qui se remplit de sang par la contraction ventriculaire, et le projette dans le *vaisseau branchial*. Ce vaisseau assez étroit monte vers la partie supérieure du fœtus et se termine par deux divisions symétriques à droite et à gauche qui, donnant chacune un gros rameau à la tête et se courbant en bas, forment deux canaux que nous appelons les sinus branchiaux, parce que successivement de chaque côté nous verrons sortir du vaisseau branchial des rameaux qui, passant dans le centre des arcs branchiaux, iront s'ouvrir dans ces sinus. Entre la quarantième et la quarante-huitième heure les deux premières paires d'arcs branchiaux sont achevées, ils ont leur forme cylindrique, et dans leur partie moyenne ils contiennent les artères branchiales qui vont du vaisseau de ce nom aux sinus. Leur accroissement est d'abord rapide, mais il s'arrête bientôt, et elles s'oblitèrent vers la fin du troisième jour, alors que les autres croissent. Du vaisseau branchial part une troisième paire d'artères qui montent d'abord parallèlement à celui-là, et après un chemin assez court se divisent en deux rameaux qui entrent dans les troisième et quatrième paires d'arcs branchiaux. Sur le vaisseau branchial, nous n'avons donc que quatre paires d'artères, et non pas cinq comme comptent les embryologistes. Les derniers arcs branchiaux sont plus grêles que les deux premiers; le col en s'allongeant sépare le dernier système du supérieur, dont la circulation s'éteint avec l'oblitération de la portion correspondante du vaisseau branchial. A l'endroit où la troisième artère branchiale entre dans le sinus de même part, on voit se détacher un vaisseau qui se porte en dehors, c'est l'artère de l'aile.

Arrêtons-nous un moment dans notre description pour montrer combien, à l'époque où nous sommes arrivés, la circulation du fœtus chez l'oiseau ressemble à celle du poisson; nous avons, en effet, une seule auricule qui projette le sang dans un ventricule unique, un système branchial au lieu de poumons, dont le sang passe dans deux sinus qui vont se joindre pour former l'aorte. Ici peut-être on nous objectera qu'un anatomiste dont la France à juste titre s'honore, M. le professeur Serres, a cru voir deux aortes qui se réunissaient plus tard. Voici ce qu'une étude exacte des faits nous a montré :

Vers la quarante-huitième à la cinquantième heure de l'incubation, en soulevant le cœur, on voit les deux sinus branchiaux distinctement s'aboucher et former un vaisseau extrêmement court qui se divise en deux autres descendant le long de l'épine dorsale; ces artères donnent dans la région pectorale chacune aux vertèbres qui leur correspondent des vaisseaux nourriciers, et dans la région ventrale un gros rameau qui se porte au jaune, *les artères omphalo-mésentériques*, pour le présent au nombre de deux; ces deux artères provenant de l'aorte continuent à descendre jusque dans le bassin. Entre ces deux vaisseaux, depuis leur origine, on observe un espace vide. Lorsque le volume du sang augmente, la portion antérieure de l'enveloppe aortique qui, se joignant à la postérieure, formait ainsi une gaîne à chacun des vaisseaux latéraux qui provenaient du principal, se décolle, et les deux vaisseaux se trouvent ainsi réunis en un seul jusqu'à un point immédiatement au-dessous de l'origine des omphalo-mésentériques; celles-ci se trouvent alors placées sur une petite ampoule qui se moule bientôt en un tronc très-court, celui de l'artère omphalo-mésentérique supérieure. Peu à peu l'aorte continue son développement jusqu'au bassin; elle donne l'évolution de deux nouvelles artères : les iliaques primitives sur une ampoule aussi, et l'artère sacrée termine son cours. Mais si nous trouvons des traits de ressemblance entre l'oiseau et le poisson, il en est d'autres qui déjà les différencient. Le cœur chez le premier n'est point placé symétriquement sur la ligne médiane; l'auricule présente en avant sa face gauche au lieu de montrer la droite. La face droite du cœur et du bulbe est aussi en avant chez le poisson, et non tournée latéralement à gauche comme cela a lieu dans le cœur du poulet, ce qui oblige le vaisseau branchial de ce dernier à décrire une courbe pour arriver aux arcs branchiaux.

Plus tard, par l'allongement du col et l'atrophie du vaisseau branchial, le bulbe se déforme et disparaît. Le cœur passe, à cette époque, de la ré-

---

était-il tombé dans une complète prostration depuis les événements affreux passés sous ses yeux? N'avait-il plus comme autrefois cette ardeur du bien, cette foi vive dans ses doctrines, donnant à ses paroles et à ses actions une singulière animation communicative? On ignore quel fut le motif qui retint sa plume dans cette grave circonstance. Seulement pendant les sanglantes calamités de 93, quand on était frappé de sa tristesse, il se contentait de répondre : *Homo sum et civis*, en voilà assez pour justifier ma douleur. Toujours est-il néanmoins que si l'opinion de Sœmmering et de J.-J. Süe eût été fondée, on était en droit de lui reprocher une erreur cruelle, ayant infligé d'horribles souffrances à cette foule de victimes que frappa la hache de son instrument. Le scepticisme même eût été un crime. Et cet homme qui disait : « J'ai de la charité plein le cœur » eût mérité la haute réprobation de la science et de l'humanité.

Après l'époque de la terreur et pendant la république directoriale, Guillotin s'éloigna tout à fait de la scène politique, du moins rien ne constate qu'il occupât un poste de quelque importance. On croit qu'il reprit paisiblement l'exercice de sa profession, bien qu'il eût réclamé et ne cessât de s'élever contre la patente à laquelle cette profession avait été et reste encore soumise, ou plutôt condamnée. Son savoir, son affabilité, une grande variété de connaissances, un discernement très-fin, lui acquirent la confiance de plusieurs personnes distinguées; il sut toujours allier aux formes extérieures qui commandent le respect, la bienveillance qui inspire la sympathie. Toutefois l'exercice de l'art ne suffisait point à son zèle, car faire le bien fut constamment le mobile et le tourment de son âme. Entre autres le mesmérisme excita son inquiète ardeur du bonheur de l'humanité; l'inoculation avait également attiré son attention, et les avantages de cette méthode ne lui parurent jamais démontrés. Mais tout à la fin du dix-huitième siècle, la vaccine ayant été proposée comme un préservatif certain de la petite vérole, Guillotin se hâta d'en étudier, d'en observer les résultats, avec le soin, les scrupules répétés, minutieux même, qu'il apportait en toute chose. Il fut nommé membre du comité fondé par le gouvernement pour la propagation de la nouvelle méthode, place qui n'avait d'autre rétribution que l'occasion répétée de faire le bien; dès lors il s'empressa d'accepter, c'était toujours, sous une autre forme, la sainte cause de l'humanité à servir. Heureusement d'ailleurs il ne s'agissait plus de ces mouvements tumultueux, violents qui emportent les esprits et les nations au delà de la raison; ce n'était plus cette folle soif de l'impossible et du chimérique qu'allument parfois les révolutions politiques, il s'agissait uniquement de constater l'effet d'un moyen scientifique propre à neutraliser un fléau plus dangereux, plus dévastateur que la peste et le choléra asiatique. En effet, ces deux derniers ne paraissent qu'à des intervalles plus ou moins éloignés, tandis que la petite vérole, toujours présente, toujours active, exerçait constamment ses ravages, quoique à des degrés différents. En second lieu, la peste et le choléra-morbus n'attaquent qu'une très-petite partie de la population, on en compte les victimes; tandis que la petite vérole atteignait le plus grand nombre, et qu'on regardait ceux qui en étaient exempts comme autant de privilégiés de la nature. Quoique le choléra asiatique fût inconnu à l'époque où vivait Guillotin, il ne comprit pas moins l'immense bienfait de la vaccine, et il contribua de tout son zèle, de toute son activité à la propager dans le public. C'était une chose touchante de voir ce bon vieillard, cet homme, dont le nom passé au féminin rappelait de si effroyables idées et des

gion trachéale à la pectorale, où il doit être définitivement placé.

De la centième à la cent trentième heure, le cœur achève de s'organiser et présente les formes qui appartiennent spécialement aux vertébrés à sang chaud, son diamètre de l'auricule au bulbe se raccourcit, et ce mouvement amène l'évolution de la pointe qui se dirige en bas et un peu en arrière, le bulbe se contourne de droite à gauche et présente sa face en avant.

La face droite de l'auricule, laquelle est demeurée entièrement dépouillée de fibres musculaires, se gonfle et forme comme une protubérance qui devient l'auricule droite; elle communique largement avec la cavité gauche; toutefois une bride circulaire à forme d'anneau indique déjà une division; si l'on ouvre la cavité auriculaire, l'on voit sur la limite des deux auricules les rudiments des membranes semilunaires qui fermeront le tron de Botal et la *rainure* entre ces deux feuillets d'où le sang veineux passe dans l'auricule droite.

Nous remarquons ici que cette face de l'auricule gauche qui se distend maintenant pour former la cavité auriculaire droite reste dépouillée de fibres musculaires; la même chose est arrivée à la partie inférieure du cœur, dans l'endroit où sa pointe se prolonge.

Ainsi que nous l'avons déjà dit plus haut, le ventriculegauche perd de sa longueur lorsque la pointe du cœur se forme, par contre, il gagne en profondeur ce qu'il perd ainsi. Sur sa face supérieure, qui ne semble plus qu'une arête, on trouve vers cette époque un vaisseau considérable, dont se voit, dès la cent huitième heure, l'orifice dans le ventricule gauche; à droite de l'orifice auriculo-ventriculaire, il rampe sur la face supérieure du cœur, et passant dans la languette droite du bulbe, il s'ouvre à l'origine de l'artère branchiale; à cette époque, le bulbe cesse ses fonctions. Nous reconnaissons aisément dans l'artère qui sort du ventricule gauche l'aorte à son origine; on lui a donné le nom de bulbe de l'aorte, parce qu'on a cru que cette partie était une transformation du bulbe adventif, et c'était encore là une erreur que nous tenons à relever, parce qu'on la trouve dans tous les traités d'anatomie. Nous avons laissé l'auricule droite se développant; de cette cavité part en arrière et à droite un vaisseau mince qui va porter du sang à un gros point rouge qui est le ventricule droit. En dehors du bulbe de ce point, le sang passe dans un autre conduit qui croise l'origine de l'aorte, passe au-devant d'elle et se jette dans la languette gauche du bulbe adventif : c'est l'artère pulmonaire, dont nous montrerons le parcours un peu plus loin. Quelques heures plus tard, le ventricule droit s'étend, devient une véritable cavité, et le canal auriculo-ventriculaire se réduit à un orifice. L'on a cru que les ventricules, primitivement, se divisaient en deux compartiments, par une membrane semblable à celle qui sépare les deux auricules; il n'en est rien et les ventricules sont toujours séparés; le gauche est formé par l'extension du ventricule originairement moyen; le droit par un vaisseau sanguin qui pénètre dans l'espace contenu entre la paroi droite du ventricule gauche et les téguments musculaires de la droite du cœur.

De la cent vingtième à la cent quarante-quatrième heure de l'incubation, l'appareil circulatoire grossit et se perfectionne; ainsi les orifices de l'aorte et de l'artère pulmonaire sont pourvus de valvules qui fonctionnent toutefois à peine. Le cœur, rentré dans la cavité pectorale, est environné d'un péricarde encore fort transparent.

Quant aux vaisseaux, le rameau supérieur de la troisième artère branchiale gauche donne le tronc innominé de même part, et il en est de même à droite; mais ici nous devons faire remarquer une autre différence entre les animaux à sang chaud et les poissons. A gauche, le rameau supérieur de la troisième artère donne le tronc innominé de même part, puis toute la portion du sinus branchial qui de ce point va à l'aorte descendante, s'oblitère et disparaît. A droite, le rameau supérieur de la troisième artère branchiale donne le tronc innominé de même part, l'inférieur donne une portion de l'aorte qui est formée par l'artère branchiale du quatrième arc, et la portion du sinus branchial qui va du point où cette artère entre dans le sinus, jusqu'à celui où le sinus va former l'aorte descendante.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

LETTRE SUR LA THÉORIE DE L'ÉRECTION; par M. DEBROU (d'Orléans).

RÉPONSE A M. LE DOCTEUR AUG. MERCIER.

Mon cher confrère,

Malgré le plaisir que j'aurais à causer de science avec vous, j'ai hésité à répondre à la lettre que vous m'avez adressée par l'intermédiaire de ce journal (voir le numéro du 16 novembre dernier). Tout désir de dérober au public un temps précieux, et de lui présenter des discussions inutiles ou personnelles, est loin de mon esprit; et entre vos idées et les miennes sur le point qui fait l'objet de votre lettre, je laisserai volontiers chacun libre de choisir. Si donc aujourd'hui je vous adresse une courte réponse, c'est parce que je crains que, à votre insu sans doute, on n'étende à tout ce que j'ai dit la contestation que vous avez élevée sur un point circonscrit, et parce que je crois qu'il importe de poser nettement, pour ceux qui voudront s'en occuper plus tard, les véritables bases de la théorie de l'érection.

Il y a deux parties à considérer dans cette théorie : 1° une condition anatomique qui permet au sang de remplir la verge; 2° une action nerveuse qui tient la disposition anatomique elle même sous sa dépendance. J'ajouterai de suite que cette dernière partie à considérer est plus importante que la première, parce que seule elle peut rendre compte de ce qu'il y a de variable dans le phénomène, malgré l'état permanent et stable de la condition anatomique qui facilite la turgescence; elle seule explique, en effet, pourquoi avec *une disposition des veines et des muscles qui ne varie point, il y a des âges de la vie et des moments du même âge où l'érection est possible, et d'autres où elle ne peut avoir lieu.*

Si l'on examine les recherches qui ont eu l'érection pour objet, on trouve que tous les efforts se sont dirigés, depuis de Graaf, vers les conditions anatomiques de la stase du sang; mais la difficulté même de ce point secondaire, difficulté attestée de nouveau par le débat qui nous sépare aujourd'hui, rejeta souvent les esprits vers une propriété aussi insaisissable qu'accommodante, l'*érectilité*, qui expliquait tout sans rien expliquer. Dans cet état de choses, j'ai cru avoir mis la main sur un fait de quelque valeur, en donnant un corps à cette propriété érectile, qui n'est autre chose à mes yeux *qu'une dépendance et une application de l'action réflexe de la moelle épinière;* et par là j'ai concilié, je le crois, ce qu'il y avait de vrai dans la manière de voir des partisans vitalistes de l'érection, avec l'opinion

---

événements non moins terribles, soigner les petits enfants et les soigner avec cette mansuétude, avec ces délicates attentions qu'on exige dans de pareilles circonstances, suivre avec anxiété les développements du virus, en noter toutes les formes, tous les changements. Avec l'expansion chaleureuse de son âme, on doit croire qu'il éprouva une vive satisfaction quand il vit que les résultats justifiaient les espérances conçues. Il y a maintenant plus d'un demi-siècle que la précieuse découverte de Jenner a été faite, et malgré quelques variations le vaccin continue sa bienfaisante influence : le fléau, quoi qu'on en dise, est frappé d'impuissance (1). Que ne pouvons-nous en dire autant de celui qui ravage le monde depuis plusieurs années !

A ces occupations plus ou moins étendues et variées, Guillotin joignit les travaux d'une société de médecins qu'il avait fondée et dont il fut le président. Profondément affligé de la destruction des corps enseignants et académiques emportés par l'ouragan révolutionnaire, regrettant de voir que les *écoles de santé* établies ne remplissaient nullement l'objet des anciennes facultés, Guillotin voulut, autant qu'il était en lui, en reconstituer l'image, parce que nul n'en sentait plus que lui l'utilité. Les travaux de cette société ont laissé peu de traces, bien que les membres fussent animés du plus grand zèle. Mais il leur manqua un recueil périodique où ils pussent déposer et faire connaître leurs travaux. D'ailleurs cette société, tolérée et non officiellement reconnue par le gouvernement, n'avait pas de lieu fixe pour ses réunions. Dans une lettre datée du 4 juin 1811, lettre entièrement écrite de sa main, et que j'ai sous les yeux (1), Guillotin s'adresse à M. Maron, président du consistoire réformé, pour le remercier de la *salle d'asile*, si l'on peut s'exprimer ainsi, qu'on lui accorda à l'Oratoire, et il le prie de vouloir bien continuer ce bienfait envers son *académie de médecine*. Cette lettre est écrite avec une franchise, une liberté d'expression qui prouvent les sentiments élevés qui animaient l'illustre médecin dans toutes les circonstances. En voici deux fragments qui pourront donner une idée du but et de l'esprit de cette société savante. « L'Académie de médecine, monsieur le président, est composée de tout ce qui nous reste encore de l'ancienne Faculté de Paris, et d'un nombre de docteurs reçus dans d'autres Facultés de médecine de France, qu'elle a choisis et engagés pour travailler en commun pour la plus grande utilité publique, au progrès de l'art de guérir, et au maintien de la dignité de cette honorable profession, si dégradée de nos jours par l'anarchie. » Le second fragment est bien autrement remarquable, parce qu'il découvre les hautes pensées qui inspiraient l'auteur. « Sans doute, ajoute-t-il, monsieur le président, les vues des pasteurs, leurs moyens, leur but, sont d'un ordre supérieur; mais, monsieur, un même sentiment nous anime vous et

(1) Voyez le TRAITÉ DE LA VACCINE du docteur Bousquet. C'est assurément l'ouvrage le plus savant, le plus complet et le mieux fait qui ait été publié sur cet important objet.

(1) Cette lettre m'a été communiquée, ainsi que le portrait de Guillotin, par mon excellent collègue, M. Boutron-Charlard, et je me plais à lui en témoigner publiquement ma reconnaissance.

qui place surtout la cause du phénomène dans un moyen mécanique capable de permettre au sang de remplir la verge.

Pour agir avec son pouvoir réflexe sur la cause anatomique qui permet le séjour du sang dans les corps caverneux, la moelle a besoin de décharger son principe moteur sur une partie musculaire. Ici on peut choisir entre les muscles ischio-caverneux, comme le veulent Krause, Muller et Huscke; ou les muscles profonds du périnée, que vous défendez avec autant d'art que de persévérance; ou enfin les fibres musculaires intrinsèques du corps caverneux. Au fond, il importe assez peu, pour le succès de la théorie que je propose, que ce soit l'une de ces actions musculaires que l'on adopte plutôt que l'autre; il me suffit de dire que je persiste à préférer l'action des fibres musculaires propres, décrites par Muller et Valentin, et que pas un mot de votre critique ne détruit l'application de l'action réflexe de la moelle à la théorie de l'érection.

J'ajouterai encore que, depuis la publication de mon mémoire, j'ai trouvé de nouveaux motifs pour ranger l'érection sous la dépendance de cette action de la moelle, et je me propose même, lorsque le loisir m'en sera laissé, d'y faire rentrer aussi l'explication des *pertes séminales involontaires*. Quelques malades affectés de ces pertes, que j'ai examinés avec soin, les expériences déjà anciennes de M. Ségalas sur l'éjaculation chez les cabiais, par l'irritation d'un point de la moelle cervicale, les faits et plusieurs inductions contenus dans l'ouvrage de M. Lallemand, tout me prouve que l'action réflexe de la moelle rend compte de ces pertes de semence, aussi bien que de l'érection. Au reste, pour celui qui observe attentivement, les *érections nocturnes* ne sont qu'une variété amoindrie de l'affection qui cause les pertes séminales. Dans les deux cas, existe la même susceptibilité des organes génitaux de l'homme, à un degré différent toutefois, susceptibilité qui a sa source et sa cause le plus souvent dans un état de la moelle épinière, dans une grande facilité de l'action réflexe de cet organe à s'irradier vers le pénis et les vésicules séminales, et peut-être même dans un état d'une partie de la moelle qui serait le siége du principe de l'érection et de l'éjaculation. J'ai indiqué aussi déjà que l'incontinence nocturne d'urine, chez les enfants, est un fait physiologique du même ordre qui se range d'autant mieux sous la même loi que, d'après M. Lallemand, cette petite infirmité annonce, pour la puberté et l'âge mûr, une disposition aux pertes involontaires de semence. Les faits assez nombreux cités par le même chirurgien, dans lesquels la spermatorrhée était entretenue par des causes physiques, telles que des vices dans le rectum ou un amas de mucus irritant sous le prépuce, ne m'ébranlent pas dans cette manière de voir; car l'observation journalière prouve que ces causes ne suffisent pas pour donner lieu aux pertes séminales, et il faut admettre en plus par conséquent la susceptibilité spéciale de la moelle dont j'ai parlé. Je ne suis pas plus ébranlé par les succès obtenus à l'aide de la cautérisation de la partie profonde de l'urètre; car il est facile de comprendre qu'une modification forte, apportée en ce point, peut agir sur le système nerveux de la moelle, de même qu'on voit la cautérisation du pharynx, avec un pinceau chargé d'ammoniaque, diminuer la toux et la dyspnée. — Au reste, tous ces points ont besoin d'être examinés de nouveau et contrôlés, et le seront soit par moi, soit par d'autres; par vous, par exemple, mon cher confrère, dont les idées ingénieuses ont déjà plusieurs fois éclairé des questions difficiles de physiologie.

Agréez, etc.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ITALIENS.

(Suite et fin.)

III. IL FILIATRE SEBEZIO.

Les numéros de janvier, février et mars 1850 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Réagglutination d'une partie du petit doigt*; par M. Testa. 2° *Des* criterium *pour le diagnostic et le traitement des maladies*; par M. Marini. 3° *Cas de méningite aiguë*; par M. Porro. 4° *Histoire d'une apoplexie cérébrale*; par M. Piccirilli. 5° *Cas de hernie diaphragmatique*; par M. Del Giudice. 6° *Cas de fièvre pernicieuse cérébro-spinale*; par M. Barbarolta.

RÉUNION D'UNE PARTIE DU PETIT DOIGT, SÉPARÉE DU CORPS; par M. TESTA.

A défaut de travaux de plus haute portée, nous sommes trop souvent obligés d'enregistrer des observations semblables à celle-ci, où l'authenticité d'un phénomène curieux forme tout l'intérêt de la communication. Cette circonstance du moins existe ici tout entière; et rien ne paraît plus certain que l'ancienne et complète séparation de la portion de doigt qu'on parvint heureusement à réunir.

OBS. — Tommaso Bonito, âgé de 21 ans, de tempérament sanguin-nerveux, menuisier, se présenta le 8 juin, vers cinq heurs du soir, à l'hôpital, pour une blessure qu'il venait de se faire une heure auparavant au petit doigt de la main gauche.

Après avoir enlevé un linge qui le recouvrait, M. Testa vit le petit doigt tranché presque en travers, mais un peu obliquement en bas, et en avant, vers le milieu de la racine de l'ongle. La plaie résultant d'un coup de couteau était lisse, nette. Deux artérioles fournissaient un jet de sang continu. On l'arrêta par la compression, et l'on vit au centre de la surface la partie tronquée de la phalangette.

Le blessé déclara qu'il avait inutilement cherché le morceau de son doigt. Comme il était impossible de mettre les deux lèvres de la plaie en contact, M. Testa pansa de manière à les rapprocher autant que possible, tout en établissant une compression capable d'empêcher l'hemorrhagie.

Cela fait, le malade fut conduit par un infirmier auprès du commissaire du quartier pour y faire sa déclaration. Il retourna ensuite chez lui, où après des investigations plus attentives, il finit par trouver son bout de doigt.

Lorsqu'il revint à l'hôpital, il s'était écoulé environ deux heures depuis le moment de l'accident. La surface de ce morceau de doigt était exactement semblable à celle du moignon. On y distinguait une partie de l'ongle et le bout de la phalangette. Froid comme le marbre, d'une teinte bleu clair, la pression n'en faisait pas sortir une goutte de sang.

Malgré ces conditions défavorables, M. Testa résolut de tenter la réunion. Il fut encouragé à l'essayer par cette pensée que si elle ne réussissait pas, cet insuccès n'aggraverait en rien les choses, puisque de toute manière on était dans l'impossibilité d'obtenir l'adhésion des lèvres de la plaie par première intention.

En conséquence, il enleva l'appareil précédemment posé; aussitôt l'hémorrhagie se renouvela. M. Testa en profita, et se servit du sang lancé pour laver la surface du morceau détaché, dans l'espoir que le contact du sang, outre sa

---

nous, un même esprit nous dirige. C'est essentiellement l'amour du bien public. L'amour du prochain, et un zèle aussi pur, aussi désintéressé qu'il est ardent, nous porte au soulagement de nos frères, surtout quand ils sont dans l'indigence. Le principe est donc le même, l'application seule varie. Les différentes applications de ce même principe ne pourraient-elles pas être réunies dans le même lieu? Et l'homme ne serait-il pas plus heureux s'il pouvait puiser, pour ainsi dire à la même source, et des adoucissements aux maux de cette vie, et des secours puissants pour se procurer les biens de l'autre? » Est-il, je le demande, de rapprochement plus heureux? et dans un style aussi simple qu'élégant, peut-on renfermer plus de pensées justes, élevées, plus de ces sentiments qui jaillissent d'un cœur pur et dévoué?

Cette longue lettre fait d'ailleurs entrevoir une partie du caractère de l'excellent médecin philosophe dont je n'ai fait qu'esquisser la vie. Ce caractère était plein de franchise et d'indépendance, d'une vigueur qui, sans être apparente, n'en était pas moins énergique quand les circonstances l'exigeaient. La vérité seule, dit-on, doit peser les cendres des morts; eh bien! la vérité se prononcera toujours pour honorer la mémoire de cet homme de bien. C'était la nature elle-même avec un esprit très-distingué; point d'art, point d'envie de se faire valoir, nul déguisement, aucune arrière-pensée. Après les malheurs de la France et les bouleversements politiques qui eurent lieu, Guillotin désespéra si peu des progrès en toutes choses, que, selon lui, on ne savait pas jusqu'à quel degré peut s'étendre la perfectibilité humaine. Son opinion à cet égard était invariable. Malgré le rapide sillage du temps qui change la scène, les acteurs et les spectateurs, c'est-à-dire à toutes les époques de sa vie et sous les gouvernements qui se succédèrent, ce fut là sa constante manière de comprendre les événements et leur mobilité. On peut même conjecturer qu'aujourd'hui, lorsque les Français, marchant de révolutions en révolutions, ne sont occupés depuis soixante ans qu'à faire et à défaire des rois et des lois, le bon Guillotin compterait encore sur cette perfectibilité dont il n'assignait pourtant ni le mode ni les limites.

Dans un ouvrage écrit en 1789 (1), le caractère de Guillotin, caché sous le nom de *Tigellin*, est parfaitement représenté; en voici quelques fragments : « *Tigellin* ne songe ni à conquérir des suffrages, ni à jeter les fondements d'une réputation; convaincu que la pétulance, l'ostentation, le désir de briller, caractérisent certaines nations, il conserve un sang-froid inaccessible aux excès contemporains; et sans jamais se départir de ses principes, il marche au but. »....

« Il compte pour peu de chose le fracas de l'éloquence, l'honneur de rédiger des motions, etc. Mais quand il a mûri longtemps une idée, il la propose, l'explique, en démontre l'utilité; et peu lui importe que ses rivaux la revêtent de leur coloris, et la donnent pour le fruit de leurs méditations politiques. »......

« Il sait que le vulgaire prend la timidité pour l'impuissance, la modération pour la médiocrité, la sagesse pour l'inexpérience; mais comme il aspire à être un citoyen utile et non un homme d'État, à servir son pays et non à se faire

(1) LA GALERIE DES ÉTATS-GÉNÉRAUX, 1789; ouvrage curieux sur les hommes de cette célèbre époque, attribué à Chauderlos de Laclos et au marquis de Luchet.

température élevée, pourrait exciter la vitalité des nerfs de la partie, comme leur stimulant naturel. Ceci fait, il adapta aussi bien que possible l'une contre l'autre les deux parties lésées; puis il les maintint au moyen de trois bandelettes, dont deux croisées sur l'extrémité du doigt, et la troisième entourant circulairement les deux premières, et recouvrant exactement la circonférence de la plaie pour forcer en quelque sorte le sang à enfiler les artérioles du morceau séparé. Une attelle courbe servit à tenir le doigt immobile dans la demi-flexion.

Le quatrième jour, le défaut de fétidité engagea à suspendre tout renouvellement de pansement, quoique le bout du doigt semblât être devenu noir.

Le douzième jour, on trouva que, sous l'épiderme détaché, le derme était de couleur rouge, et que l'adhésion entre les deux morceaux était faite en grande partie. Les pansements furent continués tous les matins. L'ongle finit par se détacher.

Enfin, après trois semaines, l'union était achevée; mais il resta un peu d'atrophie de l'extrémité séparée. En outre, une escarre de 2 à 3 lignes de largeur s'y forma. Mais après la chute de cette escarre et la guérison de la plaie qui lui succéda, c'est-à-dire au bout de quarante jours, cet homme fut présenté à l'Académie médico-chirurgicale de Naples, qui constata le fait de la réunion.

M. Tesla paraît attacher une grande valeur à l'irrigation de sang artériel sur la surface du morceau détaché. Ce serait effectivement un secours à ne pas négliger dans des circonstances semblables.

IV. IL RACCOGLITORE MEDICO.

Les numéros de janvier, février et mars 1850 contiennent les travaux originaux suivants: 1° *Plaie du vertex, suivie de mort au bout de onze jours; consultation médico-légale*; par M. Malagodi. 2° *Consultation sur un cas d'épilepsie*; par M. Giovanni. 3° *Analyse de la nouvelle méthode de M. Rizzoli pour faire cesser la claudication qui résulte du chevauchement et de l'union réciproque des fragments après la fracture du fémur*; par M. Malagodi. 4° *Lettre médicale*; par M. Crescembeni. 5° *Histoire d'une* phlegmasia alba dolens *récidivée*; par M. Pétratti. 6° *Exposé cosmologique de la vie*; par M. Giovanni. 7° *Sur les trois points les plus controversés de l'histoire du choléra*; par M. Camillo. 8° *De l'usage médical des chaînes galvano-électriques-rhumatiques*; par M. Santopadre.

PLAIE DU VERTEX, SUIVIE DE MORT AU BOUT DE ONZE JOURS; CONSULTATION MÉDICO-LÉGALE; par M. MALAGODI.

Ce fait ne présentera peut-être sous notre analyse qu'un médiocre intérêt; mais nous n'avons pas voulu cependant le passer sous silence, à cause des intéressants développements, et de la piquante discussion médico-légale dont il a fourni le sujet au savant rédacteur en chef de ce journal.

OBS. — Il s'agit d'un homme de 70 ans, bien portant en apparence jusque-là, qui dans une rixe reçut à la tête un coup de pierre. Il continua néanmoins la lutte, lorsqu'un tiers sépara les combattants. Notre homme retourna chez lui sans avoir besoin d'aide. Un chirurgien appelé le déclara atteint d'une excoriation faite par un instrument contondant et sans gravité. Pendant huit jours, le blessé non-seulement ne garda pas le lit, mais vaqua aux travaux de la campagne, mangea comme à l'ordinaire. Mais au bout de ce temps, il fut subitement pris de malaise et de vomissements, perdit la connaissance ainsi que la parole, tomba dans un état soporeux et mourut le troisième jour de cette nouvelle phase, c'est-à-dire onze jours après l'accident.

L'autopsie montra une solution de continuité, de peu de lignes de longueur, en suppuration, comprenant les téguments de la région pariétale. L'os sous-jacent offrait l'état normal, ne présentait ni rugosité, ni fracture provenant du coup. La lame interne de l'os était un peu abaissée et rugueuse; les méninges engorgées, un peu de sérosité entre elles et la substance cérébrale. Le cerveau était sain.

De ceci les experts tirèrent la conséquence que la plaie, en elle-même de facile guérison, n'était pas cependant sans offrir quelque gravité en raison de l'âge avancé du sujet, de sa constitution très-faible, et d'une légère commotion cérébrale présumée, enfin à cause de son inexactitude à suivre les prescriptions hygiéniques indiquées les premiers jours.

M. Malagodi, tout en professant la plus entière considération pour les signataires de cette déclaration, fait remarquer que c'est une pernicieuse coutume que celle de confier l'expertise au médecin qui a soigné le malade. L'expert, dit-il, doit se mettre à l'œuvre, l'esprit libre de toute prévention sur la cause de la mort, et se proposer de chercher la vérité seulement dans un examen attentif du cadavre. Or comment pourra-t-il se dépouiller d'idée préconçue, si l'impression des phénomènes de la maladie et de mille autres circonstances altèrent ses souvenirs et troublent son jugement. De plus, le rapport doit toujours être donné par écrit, ce qui a été omis dans cette occasion.

Prenant à la lettre les termes du rapport, d'après lesquels la plaie est déclarée n'intéresser *que les téguments*, M. Malagodi en conclut que si elle a laissé l'aponévrose et le péricrâne intacts, elle n'a donc pu léser *directement* les os. Ainsi se trouve détruit tout soupçon de lésion de la boîte osseuse ou des enveloppes cérébrales par le contact même de l'instrument vulnérant.

Mais une commotion a bien pu exister, malgré l'absence de toute trace de lésion apparente du crâne; aussi les experts, dans leur désir de présenter la blessure comme cause de la mort, se sont-ils emparés de cette supposition, en alléguant l'existence ou du moins la présomption d'une commotion légère. Malheureusement les faits donnent le démenti le plus absolu à cette version. Qui ignore aujourd'hui que les effets de la commotion ne sont jamais plus forts qu'au moment de l'accident, et que, à partir de cette époque, ils vont en diminuant? Or, qu'observons-nous à l'instant où ces symptômes auraient dû être le plus accentués? Rien, absolument rien. L'homme frappé n'a ni vertiges, ni éblouissements, ni absence même passagère, même partielle de connaissance. Il n'interrompt pas la lutte, continue à se battre avec la même animosité, ne se met point au lit. Où trouver là les indices d'une commotion cérébrale, à un degré quelconque?

De plus, quand l'état empira, il présenta tellement peu le caractère des plaies de tête graves, que le médecin chargé du traitement — le même qui fit plus tard le rapport — attribue d'abord les symptômes à une hernie mal contenue que le malade portait, et n'eut recours à aucun des moyens usités généralement contre la congestion cérébrale.

Après avoir réfuté les explications proposées, M. Malagodi donne la sienne. La cause de la mort de cet homme, il la trouve dans cet abaissement de la table interne, à surface rugueuse, dont nous avons déjà parlé. Il ne saurait admettre que ce fût là une trace de fracture par contrecoup de la table interne, l'externe ayant résisté. Car de pareilles fractures, ainsi qu'il le rappelle avec raison, proviennent plutôt de l'action d'un instrument à large surface; elles consistent ordinairement dans une fissure simple ou étoilée; elles s'accompagnent toujours d'un épanchement sanguin, soit dans

---

une réputation, il abandonne le public à ses jugements erronés, et sans les mépriser, il s'en passe, etc. » Une pareille appréciation est aussi vraie que juste.

Toutefois, cette circonspection dont on le loue, l'abandonnait dans quelques circonstances, et la franchise reparaissait avec vivacité. On a vu que, du temps de Robespierre, ce franc parler faillit lui coûter la vie. Sous le consulat de Bonaparte, tout en admirant l'incomparable génie de cet homme, il n'aimait ni sa politique, ni ses tendances au despotisme. Depuis la mort du duc d'Enghien, son aversion fut complète pour celui que M. de Chateaubriand nomma depuis le *glorieux assassin*. Il en fut de même sous l'empire; ne comprenant pas les nécessités de la position, il reprochait à Napoléon la perte de nos libertés conquises au prix de tant de sang et de sacrifices, et à cet égard il s'exprimait si librement, que le préfet de police l'ayant fait venir dans son cabinet, lui dit avec amertume : Monsieur Guillotin, vous passez pour ne point aimer l'empereur. — Monsieur, cela est parfaitement vrai. — Mais monsieur, pourquoi ne l'aimez-vous pas? — Monsieur, parce que je ne le trouve point aimable. Retranché dans cette logique, on ne put l'en faire sortir et on le laissa tranquille. Cependant, malgré sa vivacité, soit à cause des événements qui avaient frappé son imagination, soit par la profondeur de la réflexion, il tombait parfois dans une sorte de mélancolie, répétant souvent ce vers de Voltaire :

» Rien ne remplit le cœur et tout est vanité. »

Ses opinions en médecine étaient marquées au coin du bon sens et de la sagesse. L'expérience, mais une expérience raisonnée, pénétrant dans la vérité des faits, telle est, selon lui, l'unique base de l'art de guérir. Du reste il ajoutait que, très-heureusement pour la science et l'humanité, aucune doctrine connue n'était définitive, dans ce sens du moins qu'aucune n'était un obstacle aux progrès ultérieurs. Mais si la science et l'art furent les objets sacrés de son admiration, il n'en était pas de même de la profession. Depuis qu'un vent de folie destructive des institutions scientifiques passa sur la France avec la violence d'un ouragan, il regardait cette profession comme perdue à jamais et livrée à ces trois harpies : la fiscalité, la non-solidarité et la misère. Membre de l'ancienne Faculté de médecine, la loi du 19 ventôse (1803), qui nous régit encore, était à ses yeux totalement imparfaite, impuissante, et lorsqu'on la publia, il dit : Aux grands maux les petits remèdes. Quant à lui, par son exemple, par ses discours, par son académie de médecine, il fit tout ce qui était en son pouvoir pour remédier à l'immense lacune de cette loi, faite avec une inconcevable légèreté, maintenue avec une opiniâtreté mille fois plus inconcevable encore.

Lorsqu'on le voyait et qu'on l'entendait nommer, on se sentait comme saisi d'un sentiment de curiosité, d'étonnement mêlé d'un peu d'effroi par le souvenir. Mais quand on l'écoutait un certain temps, on prenait plaisir à l'entendre discourir. Il avait cette exquise courtoisie, cette finesse de manières qui, annonçant la bonne éducation, relève le prix des moindres prévenances et frappe à son coin la menue monnaie de la politesse. Sa figure était expressive, ainsi que son regard, et quand il était à son aise, sa conversation devenait savante, spirituelle et même enjouée. Toutefois il évitait de parler sur son nom, sur les circonstances qui l'ont si tristement immortalisé. Quoiqu'il eût vécu dans un

le diploé, soit entre l'os et les membranes; enfin elles sont en général suivies d'un trouble plus ou moins grave des fonctions cérébrales.

Pour M. Malagodi, cet abaissement, ou mieux, cette saillie, est une exostose, que le malade portait depuis longtemps, et par conséquent avant sa blessure. C'est elle qui a amené l'engorgement des méninges, l'effusion de sérosité, jusqu'à ce que la compression du cerveau étant peu à peu parvenue à un certain point, ait déterminé l'apoplexie et la mort.

— On comprend les motifs qui nous imposent la plus absolue réserve à l'égard de la version que M. Malagodi propose. Il nous sera cependant permis de dire qu'elle semble pécher par la disproportion existant entre la cause supposée et les effets observés. Comment cette petite exostose qui, à un moment donné, a pu devenir mortelle, n'avait-elle donc auparavant révélé sa présence par aucun phénomène morbide? Et comment, entièrement inaperçue jusque-là, a-t-elle pu, *en trois jours*, amener une terminaison funeste?.... Ce sont là des questions que tout lecteur se posera sans doute avec nous, mais qu'on ne peut pas se permettre de vouloir résoudre sans avoir vu les faits.

MÉTHODE POUR GUÉRIR LA CLAUDICATION RÉSULTANT DU CHEVAUCHEMENT AVEC UNION RÉCIPROQUE DES FRAGMENTS DU FÉMUR; par M. RIZZOLI.

L'idée de ce moyen a été fournie à l'auteur par un hasard heureux. Ayant eu à traiter d'une fracture du fémur droit un homme qui avait eu antrefois une fracture du fémur gauche guérie avec raccourcissement, il imagina de laisser les fragments de l'os récemment cassé chevaucher peu à peu, jusqu'à ce que ce membre eût ainsi atteint la longueur de l'autre; et le blessé demeura par la suite exempt de claudication.

Cette observation — que nous avons nous-même rapportée en détail (V. GAZ. MÉD., 1846, p. 492) — fit songer M. Rizzoli à obtenir le même résultat dans les claudications de cette espèce, en fracturant artificiellement le fémur sain, puis le laissant chevaucher de manière à devenir aussi court que celui de l'autre côté. L'expérience est déjà venue sanctionner cette théorie de la manière la plus heureuse, ainsi qu'on en pourra juger par le fait suivant.

OBS. — On présenta à M. Rizzoli une enfant de famille noble âgée de 9 ans, qui boitait depuis le moment où elle commença à marcher. Comme cause de cette claudication, le médecin ne trouva qu'une tumeur osseuse, au voisinage du grand trochanter gauche. C'était le résultat d'une fracture du fémur, survenue à 7 mois, dissimulée par la nourrice, et qui s'était consolidée avec chevauchement des fragments; ce qui rendait ce membre plus court que l'autre d'un pouce et trois quarts. D'ailleurs la petite malade n'avait ni scrofule, ni rachitisme, ni aucun autre vice de la constitution. Ainsi que ses parents, elle manifestait le plus vif désir d'être guérie, au prix de quelques souffrances que ce pût être.

Inspiré par le souvenir du fait que nous rappelions tout à l'heure, M. Rizzoli résolut de réaliser artificiellement les mêmes conditions, c'est-à-dire *de fracturer obliquement le fémur du côté sain, puis de le laisser raccourcir et consolider, de façon à lui donner une longueur égale à celle de l'autre.*

La machine destinée à exécuter ce projet se compose d'un fort bras d'acier assez long pour occuper un peu moins que la partie interne de la cuisse. Le centre de ce bras reçoit perpendiculairement une longue vis à trois hélices, munie à une extrémité d'un manche horizontal qui sert à la mettre en mouvement. L'autre extrémité de la vis presse contre un arc d'acier qui embrasse transversalement la moitié de la cuisse; l'arc, bien entendu, ne suivant pas les mouvements de la vis. Deux grands anneaux, l'un plus large que l'autre, embrassent la cuisse et servent à fixer contre elle le bras d'acier.

On comprend la manière d'agir de cet appareil. Le bras d'acier étant fixé sur la cuisse, on matelasse convenablement la partie du membre sur laquelle on veut agir, c'est-à-dire le milieu du côté interne. Alors le chirurgien placé au côté externe du membre, tire en bas et en haut les parties molles qui recouvreut le fémur, afin d'éloigner les vaisseaux cruraux du point sur lequel doit porter la pression. Il commande alors à un aide de tourner le manche de la vis, qui en deux ou trois tours s'allonge de manière à rompre l'os instantanément.

L'auteur ayant répété les expériences cadavériques sur des sujets de tout âge, obtint toujours le même résultat, c'est-à-dire une fracture plus ou moins oblique du fémur, sans lésion des parties molles contiguës.

Tout étant bien calculé, M. Rizzoli se décida à opérer sa malade. En conséquence, le 27 avril 1847, après l'avoir éthérisée, il produisit chez elle la fracture du fémur droit par le procédé que nous venons d'indiquer. Elle n'en éprouva aucune douleur: et la seule contraction musculaire suffit pour réduire le membre fracturé à la même brièveté que l'autre. Un appareil inamovible maintenu pendant vingt jours contint en place les fragments chevauchés. Deux jours après, la petite malade put descendre du lit, et s'exercer à marcher à l'aide de béquilles, qu'elle quitta au bout d'un mois, bien guérie, à cette époque, de sa claudication.

— Cette brillante conception mérite assurément tous nos éloges; et nous les lui donnons d'autant plus volontiers qu'elle se présente accompagnée d'un succès aussi complet, et obtenu aussi promptement qu'il était possible de l'espérer. Nous ne ferons qu'une seule objection à la généralisation de cette méthode. Dans le cas où la fracture artificiellement provoquée se produirait *en rave*, il arrivera de deux choses l'une: ou l'on ne pourra pas déterminer le chevauchement désiré; et alors le malade restera avec sa claudication et une fracture de plus. Ou bien le chevauchement s'effectuera; mais alors les surfaces fracturées étant transversales demeureront trop éloignées l'une de l'autre, pour s'affronter, et le malade sera exposé aux chances d'une pseudarthrose.

Du reste, nous confessons que cette éventualité est fort peu à craindre. Il est d'observation que l'infinie majorité des fractures de cuisse sont obliques, et que le chevauchement entre les fragments arrive presque toujours, malgré toutes les précautions prises pour le prévenir. A plus forte raison donc devra-t-il avoir lieu alors que tout sera fait pour le solliciter et le maintenir.

DE L'USAGE MÉDICAL DES CHAÎNES GALVANO-ÉLECTRIQUES RHUMATIQUES; par M. SANTO-PADRE.

On connaît la composition de ces chaînes, dites de Goldberger. Elles sont constituées par une série d'anneaux oblongs, l'un de zinc, l'autre de cuivre, se terminant par deux anneaux de métal différent qui se réunissent dans un cylindre de verre. Leur inventeur les préconise contre les affections goutteuses, rhumatismales et nerveuses.

M. le docteur Santo-Padre a fait une chose utile en cherchant à s'éclairer sur la valeur véritable de cet agent, prôné par les personnes étrangères à l'art avec un enthousiasme irréfléchi. Il publie 7 observations, constatant les résultats obtenus par son application, dans des conditions pathologiques variées. Chez les cinq premiers sujets dont l'affection, rhumatismale ou goutteuse, était de date récente, l'emploi des chaînes procura un soulagement toujours assez rapide, et parfois durable tant qu'on gardait l'appareil en place. Les deux derniers n'en ont retiré ni amendement, ni aggravation de leur mal.

temps de désordre et de confusion le plus complet, son costume se rapprochait si bien des époques de sa jeunesse, qu'il ne quitta que très-tard la poudre et le chapeau à cornes, même pendant le règne du bonnet rouge et du sansculotisme. Guillotin était ce qu'on appelle un bon, un agréable vieillard; il pensait sans doute comme Franklin, « qu'on est obligé d'être aimable, presque comme on est obligé de payer ses dettes. » Sa santé se soutint longtemps, mais enfin brisé par l'âge, par les travaux, peut-être aussi par les douleurs morales qui ne lui furent pas épargnées, il fut atteint d'un *anthrax* de mauvaise nature, à l'épaule gauche, et il succomba à l'âge de 76 ans, rue de la Sourdière, le 26 mars 1814 (1). Jusqu'à ses derniers moments, cet illustre médecin philosophe conserva le même amour de l'humanité, les mêmes opinions politiques; patriote de 89, détestant 93, il mourut en conservant cette fermeté de caractère, cette équité élevée qui ne consentent jamais à destituer le progrès, l'intelligence, la liberté, parce que l'on commet en leur nom des crimes et des folies.

R. P.

(1) Non pas le 6 mai, comme l'ont écrit la plupart des biographes; et la preuve, c'est que le discours prononcé à ses funérailles, par son ami le docteur Bourru, dernier doyen de la Faculté, est daté du 28 mars 1814.

— DIRECTION DU SERVICE DE SANTÉ DE L'ARMÉE, A LONDRES. — Il est question du remplacement de sir James M'Gregor dans les fonctions de directeur général du service de santé. C'est un devoir de justice et de convenance envers le public médical, l'armée et les officiers de santé militaire, que le choix du gouvernement ne porte que sur des hommes hautement posés par le caractère et l'intelligence, et que les fonctions de directeur général ne soient ni scindées ni diminuées en puissance et en considération.

— ÉTAT SANITAIRE HEBDOMADAIRE DE LONDRES. — On a enregistré 845 morts dans la semaine qui finit au 26 octobre. Ce chiffre est inférieur à celui des semaines correspondantes de 1840 à 1849, si ce n'est celles des années 1841 et 1845, dans lesquelles la mortalité ne s'est pas élevée au delà de 800. Les maladies épidémiques, tuberculeuses, et celles des organes respiratoires, à elles seules ont été pour plus de la moitié dans le chiffre de 845. Prises en totalité, elles montrent aussi une diminution notable du chiffre de la mortalité. Comparées, chacune d'elles en particulier, avec celles des semaines correspondantes, elles font voir que la diminution de la mortalité a surtout porté sur les maladies épidémiques. Ces morts ont été au nombre de 188, dont 137 enfants.

Il y a eu 1362 naissances, dont 693 du sexe masculin et 669 du sexe féminin.

— Plusieurs cas de *fièvre jaune* se sont montrés sur les vaisseaux qui sont en croisière sur la côte d'Afrique.

L'auteur rappelle, en terminant, la manière dont il faut s'y prendre pour bien appliquer le remède. Dans les maladies de la tête, du cou et de la poitrine, on doit mettre la chaîne autour du cou, de telle sorte que le cylindre de verre repose sur la poitrine, ou sur le cœur, ou sur les vertèbres dorsales entre les omoplates. Pour les affections de la partie inférieure du corps, la chaîne entourera le bas-ventre, le cylindre étant placé sur le siége même du mal. La chaleur est nécessaire, si l'on veut obtenir de ce traitement ses bons effets.

Quant à la chaîne, on aura soin de la frotter souvent pour en prévenir l'oxydation : et si son action s'affaiblit, il faut laver avec de l'eau salée la partie où on l'applique, afin de provoquer un développement plus abondant d'électricité.

V. GAZZETTA MEDICA LOMBARDA.

Les numéros de janvier, février et mars 1850 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Vaste abcès cérébral chez un épileptique ; mort ; nécroscopie* ; par M. Sissa. 2° *Quelques réflexions sur le choléra-morbus* ; par M. Strambio. 3° *Opération césarienne exécutée avec succès* ; par M. Ferrario. 4° *De la paralysie générale des pellagreux* ; par M. Verga. 5° *Réponse de M. Merlini à M. Barbieri au sujet d'un article sur les principes contagieux*. 6° *De la contagion ou non-contagion du choléra-morbus* ; par M. Geromini. 7° *Essai d'une classification des maladies cutanées, etc.* ; par M. Foltz. 8° *Réflexions sur un cas d'hydrophobie guéri par l'inhalation du chloroforme* ; par M. N. Porta. 9° *De la fièvre et des fièvres* ; par M. Piguacca. 10° *Du collodion et de ses différentes applications* ; par M. Borelli. 11° *De l'utilité de la santonine, et de son mélange avec la strychnine contre les vers, sans en excepter le ténia* ; par M. Cerris. 12° *D'une nouvelle méthode de traitement des abcès froids, destinée à prévenir l'infection purulente* ; par M. Pétrequin.

VASTE ABCÈS CÉRÉBRAL CHEZ UN ÉPILEPTIQUE ; MORT ; NÉCROSCOPIE ; par M. SISSA.

Il est si rare de trouver à l'épilepsie une cause matérielle, anatomiquement appréciable, qu'on ne saurait trop soigneusement recueillir les observations semblables à celle-ci, où la lésion point de départ apparaît claire et incontestable.

OBS. — Belluti, âgé de 29 ans, vint consulter M. Sissa. Il était atteint depuis près de trois semaines d'une maladie que son premier médecin avait reconnu être l'épilepsie. Lorsque les accès revenaient, il s'en apercevait à une sorte de bruissement aux oreilles. Il était ensuite saisi d'un fourmillement le long de l'épine dorsale, qui s'étendait de là aux bras et aux jambes. Alors il appelait au secours, se couchait sur son lit, et était agité par de violents mouvements convulsifs de tout le corps, avec perte de connaissance et écume à la bouche. Cet état durait deux heures environ.

Le premier accès avait eu lieu le 18 février, le second revint le 20 du même mois avec plus de violence. Malgré un traitement qui produisit quelque amélioration, il en avait déjà eu neuf lorsqu'il consulta M. Sissa. Celui-ci remarqua quelque chose d'égaré dans l'attitude générale et dans le mouvement des yeux du malade. A part cela, ses facultés intellectuelles étaient intactes. Il n'y avait ni accélération du pouls, ni chaleur augmentée à la peau. Il se plaignait d'une sorte de pesanteur à la tête comme si elle eût été coiffée d'une calotte de plomb.

Après de longues méditations sur la cause de ces désordres, M. Sissa diagnostiqua *une arachnitis lente du système cérébro-spinal, avec diffusion phlogistique consécutive à la membrane vasculaire du système cardiaco-artériel*. En conséquence, il pratiqua des saignées, appliqua des sangsues aux émissaires de Santorini, fit faire des frictions mercurielles le long du dos jusqu'à salivation, seules ou associées à la belladone et à l'aconit. Il employa aussi les purgatifs salins, le calomel et le jalap, et enfin le sulfate de fer uni à la scille et à l'aloès. A l'aide de ce *simple* appareil thérapeutique, dit l'auteur, je suspendis tout accès jusqu'au 30 mars.

Mais ce jour (le 30 mars) le malade s'étant un peu fatigué, fut saisi de nouveaux accidents convulsifs. On recommença alors le même traitement, auquel on ajouta un large vésicatoire à la nuque, pansé ensuite avec l'onguent mercuriel.

Au bout de huit jours, le malade commença à se plaindre d'une violente céphalée qui, partant du côté droit, se répandait par toute la tête ; elle dura pendant toute la journée, et se renouvela le lendemain à la même heure. Vaincue par le sulfate de quinine, elle fit place à une autre douleur un peu au-dessus de l'union du pariétal droit avec l'occipital, qui de là s'étendit à toute la tête, et ne l'abandonna plus. Cependant il mangeait, marchait et n'eut jamais l'ombre de fièvre. Malgré les émissions sanguines, les drastiques et les révulsifs, les choses restèrent dans le même état jusqu'au 2 mai, jour où la douleur devint tout à coup insupportable. Cris continuels que de nouvelles saignées, ni l'application à demeure de la glace ne purent apaiser. Tout mouvement exaspérait encore sa souffrance ; ses bras étaient agités d'un tremblement convulsif. Et cependant il n'y eut pas, au milieu de ces troubles si graves, un seul moment de fièvre. Tout fut inutile ; le 9 mai il succomba sans paralysie, sans symptômes d'apoplexie et sans avoir depuis près de quarante jours offert d'accès épileptique bien caractérisé.

AUTOPSIE. — Crâne d'une dureté extraordinaire, sans plus d'épaisseur qu'à l'état naturel. Après l'ablation de la calotte osseuse, la masse cérébrale sortit vivement comme si elle avait été jusque-là soumise à une forte compression. Dure-mère presque cartilagineuse, avec ses sinus vides de sang. Au contraire, l'arachnoïde et la pie-mère en étaient gorgées. La substance corticale du cerveau offrait très-peu de volume relativement à celui de la substance blanche.

En détachant le cerveau, on avait déjà vu sortir du lobe postérieur droit une certaine quantité de pus verdâtre. On poursuivit les recherches, et l'on découvrit dans ce lobe une grande cavité presque ronde, de capacité à contenir un œuf de poule, pleine d'un pus verdâtre, ayant la consistance de la crème, sans odeur. On en évalua la quantité à 2 onces. La cavité n'était point tapissée d'un kyste ; Il semblait plutôt que les fibres cérébrales se fussent écartées pour recevoir entre elles le liquide purulent. Du reste, ces parois présentaient un état de ramollissement assez marqué ; mais on n'aurait pu décider s'il tenait à l'inflammation ou à un effet cadavérique.

OPÉRATION CÉSARIENNE HEUREUSEMENT EXÉCUTÉE ; par M. CUSTODI.

OBS. — Une femme de 33 ans, mariée depuis dix mois, bien portante, mais rachitique, sentant à terme les premières douleurs, appela une sage-femme le 22 novembre 1849. Celle-ci, de concert avec M. Bianchi, reconnut une étroitesse peu ordinaire du détroit inférieur.... Il assembla alors en consultation MM. Ferrari, Custodi et Lualdi. Ils trouvèrent que l'obstacle principal venait du détroit inférieur dont le diamètre transversal était réduit à 2 pouces. Les eaux écoulées, les douleurs persistant avec force mais sans résultat, l'enfant étant encore vivant, on se décida à l'opération césarienne. Elle fut faite immédiatement par M. Custodi qui incisa les parois abdominales longitudinalement sur la ligne médiane. Il tira une belle petite fille pleine de vie, qui salua le jour par un vagissement ; après l'extraction du placenta, on fit la suture enchevillée. M. Custodi avait, pendant l'opération, mis tous ses soins à tenir les parois du ventre bien rapprochées de l'utérus afin d'éviter le plus possible l'entrée de l'air et du sang dans le péritoine.

Bien que, dès le second jour, l'inflammation péritonéale se fût déclarée avec fièvre et météorisme, les lochies coulèrent et la plaie se cicatrisa malgré les mouvements continuels d'une toux occasionnée par la rigueur de la saison. Au bout de cinquante jours, la guérison était parfaite. Le traitement consista uniquement en fomentations glacées continuelles, la glace à l'intérieur, des lavements et des purgatifs.

— M. Custodi nous avait déjà habitués en quelque sorte à de pareils succès. Déjà en 1849, la GAZETTE MÉDICALE (p. 506) contenait un exemple non moins beau, non moins complet, de son heureuse pratique sous ce rapport. Sans doute tout, dans ce bonheur, n'est pas dû au hasard, sans doute l'art de bien opérer, l'art surtout de saisir et d'exécuter promptement l'indication sont pour beaucoup dans les causes de réussite. Mais enfin deux guérisons, même aussi remarquables que celles-ci, ne sont point une garantie que la suite dût immanquablement répondre à ce brillant début, et nous ne voyons par conséquent guère comment le rédacteur M. Ferrari peut s'être laissé entraîner à dire à la louange de l'opérateur :

« Oh ! si, au lieu d'arriver à Busto, ce fait s'était passé à Milan ou dans quelque grande ville, peut-être à l'heure où je parle, le docteur Custodi, étendu dans un char élégant, parcourrait les plus beaux quartiers de la noblesse. Mais tel n'est pas et ne sera jamais le sort des pauvres médecins de campagne, dont toute l'ambition doit consister à se faire charreter dans une méchante carriole par une haridelle décharnée, qui vous rend les mains calleuses à force de jouer du fouet !... »

DE LA SANTONINE UNIE A LA STRYCHNINE DANS LES CASREBELLES DE VERS OU DE TÉNIA ; par M. CERRI.

Lorsque les vers n'ont pas cédé aux médications ordinaires, ou même lorsque le ténia existe, M. Cerri s'est bien trouvé de la formule suivante :

Santonine pure	2 grammes 4 décigr.
Strychnine.	7 centigr. et demi.
Poudre de racine de jalap. . . .	12 grammes.
Sucre pulvérisé	15 —

Mêlez et divisez en 24 doses égales.

Le malade devra en prendre six par jour de trois heures en trois heures, et boire après chacune d'elles un bouillon fait au beurre.

L'auteur avertit, avec raison, les praticiens de s'assurer préalablement de la bonne qualité des médicaments.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 18 NOVEMBRE.

M. LALLEMAND lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Sandonville, relatif aux mesures administratives à prendre dans le but d'empêcher la propagation des maladies vénériennes. La commission pense que ces mesures sont conformes à celles qui ont été jusqu'à présent adoptées dans le même but; qu'elles en seraient le complément, et peuvent être recommandées avec confiance aux ministres du commerce et de la guerre pour en poursuivre l'application. (Ces conclusions sont adoptées.)

— M. LALLEMAND lit un deuxième rapport sur une note de M. Demeaux (de Puy-l'Évêque-sur-Lot), sur un mode d'altération de la matière séminale. La commission pense que ces recherches sont d'une importance réelle sous bien des rapports, et propose à l'Académie de remercier l'auteur et de l'engager à continuer les recherches qu'il annonce comme devant faire l'objet de nouvelles communications. (Adopté.)

TRANSMISSION DES IMPRESSIONS SENSITIVES DE LA MOELLE ÉPINIÈRE.

M. BROWN-SÉQUARD lit sur ce sujet un mémoire qu'il résume en ces termes :

Tout le monde admet aujourd'hui que la transmission des impressions reçues par une moitié latérale du corps s'opère, en totalité, par la moitié latérale correspondante de la moelle épinière. L'auteur a trouvé, au contraire, que la transmission se fait principalement d'une manière croisée, c'est-à-dire que la moitié droite de la moelle transmet, en très-grande partie, les impressions reçues par la moitié gauche du corps, et *vice versâ*.

Par suite de l'opinion d'après laquelle la moelle épinière transmet les impressions en ligne directe, on a dû chercher ailleurs que dans cet organe la cause du croisement de l'hémiplégie dans les maladies du cerveau, et l'on s'est efforcé de trouver cette cause dans l'un des entre-croisements que l'on voit à la moelle allongée, à la protubérance et au devant d'elle. En démontrant que la majorité des fibres sensitives du tronc et des membres doivent s'entre-croiser dans toute la longueur de la moelle épinière elle-même, les expériences de M. Brown-Séquard donnent une solution nouvelle au problème de l'hémiplégie croisée du sentiment.

Voici quels sont les faits principaux qui l'ont conduit à admettre l'existence d'un entre-croisement des fibres sensitives dans la moelle épinière. Après avoir coupé transversalement, sur un mammifère, une moitié latérale de la moelle épinière à la hauteur de la dixième vertèbre costale, M. Brown-Séquard a constaté : 1° que le membre postérieur du côté de la section de la moelle est non-seulement très-sensible, mais qu'il paraît manifestement plus sensible qu'à l'état normal; 2° que le membre postérieur de l'autre côté est notablement moins sensible qu'à l'état normal.

Lorsqu'au lieu d'opérer l'hémisection de la moelle à la région costale, on la pratique au niveau de la troisième vertèbre cervicale, on trouve que les deux membres du côté de la section paraissent plus sensibles qu'à l'état normal, tandis que les deux autres le sont beaucoup moins.

Si l'on fait plusieurs sections complètes d'une même moitié latérale de la moelle, on trouve que la sensibilité subsiste inaltérée du côté coupé, et qu'elle est presque nulle du côté opposé.

Pour s'expliquer l'hémiplégie croisée du sentiment dans les maladies du cerveau, on a supposé que les fibres sensitives des diverses parties du corps devaient s'entre-croiser dans les centres nerveux. On sait quel désaccord existe dans la science à l'égard du lieu où s'opérerait cet entre-croisement. Il résulte des recherches de M. Brown-Séquard que c'est surtout dans la moelle épinière que les fibres sensitives s'entre-croisent, et que, s'il en existe qui, venues des membres, montent jusqu'à l'encéphale pour y faire leur entre-croisement, elles doivent être en petit nombre.

EMPLOI DES DOUCHES FROIDES CONTRE LE TEMPÉRAMENT LYMPHATIQUE.

M. SERRES présente, au nom de M. le docteur LOUIS FLEURY, une note sur l'emploi des douches froides excitantes contre le tempérament lymphatique, la chlorose et l'anémie.

L'auteur résume ce travail de la manière suivante :

1° Les douches froides excitantes doivent être placées au premier rang des agents appartenant à la médication reconstitutive en raison de l'action qu'elles exercent sur la circulation capillaire, et consécutivement sur la composition du sang, la calorification, la nutrition et l'innervation.

2° Plus rapidement et plus sûrement que tous les agents hygiéniques et pharmaceutiques connus, elles modifient le tempérament lymphatique et lui substituent un tempérament sanguin acquis. Cette heureuse influence paraît avoir été attribuée à une double action : l'une s'exerçant sur la nutrition et la composition du sang; l'autre sur les vaisseaux capillaires eux-mêmes, dont les propriétés vitales propres et la contractilité sont excitées de manière à faire pénétrer des globules sanguins dans des vaisseaux qui auparavant ne donnaient entrée qu'à du sérum. Neuf enfants âgés de 3 à 12 ans, offrant tous les caractères du tempérament lymphatique le plus prononcé, ont été soumis à cette médication; tous ont été notablement modifiés au bout de trois mois de traitement, et ceux qui l'ont suivi pendant deux années ont été complétement transformés. Les douches froides ont exercé en même temps une influence très-favorable sur le développement du corps et du système musculaire, ainsi que sur l'établissement de la menstruation.

3° Cinq jeunes filles âgées de 18 à 22 ans, affectées depuis plusieurs années de chlorose confirmée, grave, rebelle, ayant résisté aux préparations ferrugineuses et à tous les modificateurs hygiéniques et pharmaceutiques connus, ont été soumises à l'action des douches froides; toutes ont guéri, la durée du traitement ayant été de sept mois au maximum, de deux mois au minimum et de quatre mois et demi en moyenne.

L'effet de la médication a été constamment le même, s'est manifesté d'abord sur les appareils digestif et musculaire, puis sur le système nerveux, et enfin sur le sang et la circulation.

4° L'anémie idiopathique et celle des convalescents disparaissent rapidement sous l'influence des douches froides, en raison de l'action que celles-ci exercent sur la digestion, la nutrition et le système musculaire, action qui favorise mieux que tout autre agent thérapeutique la reconstitution du sang.

5° Dans les anémies symptomatiques liées à certaines affections de l'utérus (déplacements et engorgements), aux névralgies anciennes et rebelles, à certaines névroses, à une hypertrophie du foie ou de la rate, à la cachexie paludéenne, à une phlegmasie chronique des organes digestifs, etc., les douches froides exercent une double action curative en guérissant simultanément et souvent l'un par l'autre les deux états pathologiques.

6° Dans l'anémie accompagnée d'hémorrhagies abondantes et répétées, les douches froides exercent également une double action fort remarquable; en opérant la reconstitution du sang, en combattant les congestions organiques, elles diminuent ou arrêtent les hémorrhagies, qui, après avoir produit l'anémie, sont à leur tour favorisées par elle, et l'on parvient ainsi à échapper au cercle vicieux qui se présente si souvent dans la pratique.

7° Dans l'anémie liée à une affection curable, mais sur laquelle les douches froides n'ont aucune prise, celles-ci rendent encore d'importants services au praticien en améliorant l'état général du malade et en rendant ainsi plus faciles le traitement et la guérison de l'affection primitive.

8° Dans l'anémie liée à une affection incurable, les douches froides sont souvent très-utiles; elles ont notablement amélioré l'état général de plusieurs malades atteints d'emphysème pulmonaire, d'une affection organique du cœur, de cancer, de tumeurs abdominales, etc.

DE L'EXALTATION DE L'OUÏE DANS LA PARALYSIE DU NERF FACIAL.

M. H. LANDOUZY, professeur à l'École de médecine de Reims, envoie un mémoire sur ce sujet. L'auteur résume son travail dans les conclusions suivantes :

Sous le rapport pathologique,

1° L'exaltation de l'ouïe du côté paralysé est un symptôme presque constant de l'hémiplégie faciale indépendante de toute affection cérébrale;

2° Cette exaltation paraît en même temps que l'hémiplégie et disparaît avant elle;

3° Elle doit être attribuée à la paralysie du muscle interne du marteau;

4° Elle indique que la lésion nerveuse n'est pas située au-dessous du premier coude de la septième paire;

5° Elle peut exister en l'absence d'hémiplégie faciale;

6° Qu'elle coïncide avec l'hémiplégie ou qu'elle en soit indépendante, elle disparaît spontanément, complétement et dans l'espace de quinze jours à trois mois;

7° Pour en constater l'existence, il est quelquefois nécessaire d'impressionner l'ouïe par un bruit d'autant plus intense qu'on s'éloigne davantage du début de l'affection;

8° Un traitement spécial sera presque toujours inutile; dans le cas où il deviendrait nécessaire, il consisterait à tamponner l'oreille du côté paralysé, (et au besoin des deux côtés, pour diminuer l'action des ondes sonores, à diriger avec prudence quelques douches froides ou légèrement astringentes sur le tympan, et enfin à galvaniser le nerf facial ou la membrane du tympan; dans le cas d'hémiplégie, le galvanisme agirait en même temps contre les deux maladies, et dans le cas d'hypercousie indépendante l'action électrique s'étendrait par la connexion des deux nerfs jusqu'à l'intermédiaire;

9° Sous le rapport physiologique, cette hypercousie dépendante ou indépendante de l'hémiplégie paraît confirmer les inductions de M. le docteur Longet sur le nerf intermédiaire, qui devrait être considéré comme nerf moteur tympanique remplissant pour l'ouïe le rôle du nerf moteur oculaire commun pour la vue.

INOCULATION DE LA SYPHILIS.

M. AUZIAS-TURENNE adresse la lettre suivante :

» La syphilis est sans contredit, parmi les maladies de l'homme, une de celles dont l'étude présente le plus d'incertitude et d'obscurité. La manière dont elle se contracte dérobe à l'observateur plusieurs circonstances importantes relativement à ses causes, à ses symptômes et à son évolution.

» L'inoculation de cette maladie aux animaux devait donc fournir la solution de bien des problèmes. Hunter et tous les syphilographes de son école avaient en vain multiplié les expériences pour arriver à ce résultat. J'ai été plus heureux, et grâce au concours de l'administration éclairée de la ménagerie du Muséum, qui m'a permis d'expérimenter sur quelques animaux et plus particulièrement sur des singes, j'ai pu résoudre un certain nombre de questions touchant l'étude de la syphilis.

» Dès l'année 1844, j'ai eu l'honneur de faire part à l'Académie des premiers succès que j'avais obtenus. Des objections s'élevèrent contre mon opinion, et les syphilographes prétendirent que le problème ne serait pas résolu d'une manière

certaine, tant qu'un homme ne se serait pas soumis à l'inoculation du pus d'un chancre syphilitique que j'aurais donné à un animal.

» Quant à moi, ne trouvant aucune différence réelle entre la marche et les symptômes des chancres de l'homme et la marche et les symptômes des ulcérations que je produisais sur les animaux, je n'ai jamais douté de l'identité des deux maladies. Les faits intéressants qui m'étaient journellement révélés par mes expériences m'encourageaient d'ailleurs vivement à poursuivre celles-ci sans m'arrêter à une objection qui me paraissait dénuée de fondement.

» Cependant M. Robert de Weltz, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Wurtzbourg, s'est quatre fois soumis, par dévouement pour la science, à l'inoculation du pus des chancres que j'avais produits sur un singe et sur un chat. Ces inoculations ont réussi, et notre courageux confrère a laissé, pendant dix jours, s'étendre sur ses deux bras les quatre chancres qu'il avait ainsi contractés.

» J'ai rédigé sur cette question, dont je m'occupe depuis six années, un mémoire que je désire soumettre au jugement de l'Académie, et pour la lecture duquel j'attends que mon tour soit venu par rang d'inscription. Je développe dans ce mémoire tous les détails et toutes les conséquences de mes expériences, qui sont nombreuses et variées. Mais entre les faits qui m'ont été révélés par ces expériences, il en est un que je ne veux pas laisser ignorer plus longtemps, parce qu'il est de nature à éclaircir bien des doutes et à produire une véritable révolution dans l'étude de la syphilis. Ce n'est donc pas un fait que j'annonce légèrement; il m'a été au contraire démontré sans aucune espèce d'exceptions par toutes les expériences que j'ai faites. Des observations entreprises sur l'homme sont venues le confirmer. On s'étonnerait à bon droit qu'il ait échappé à l'observation de tous les médecins, si l'histoire des sciences n'était pleine d'exemples de ce genre. Combien de choses nous paraissent aujourd'hui évidentes, qu'il a fallu pourtant laborieusement prouver autrefois. Le phénomène auquel je fais allusion établit de grandes analogies entre la syphilis et la petite vérole. Voici en quoi consiste ce phénomène.

» Quand on communique à un animal des chancres successifs par inoculation, quelle que soit la distance qu'on mette dans leur succession, ou de quelque manière qu'on les combine, le premier chancre se manifeste plus vite, devient plus large, fournit plus de pus, s'accompagne d'une inflammation plus grande et enfin dure plus que le deuxième. Celui-ci est au troisième ce que le premier est au deuxième, et ainsi de suite, jusqu'à ce que l'animal ne puisse plus en contracter aucun. Cet animal se trouve ainsi *vacciné* contre la syphilis, c'est-à-dire que l'état dans lequel il se trouve relativement à la syphilis est analogue à celui dans lequel nous nous trouvons relativement à la petite vérole, après avoir subi l'inoculation du vaccin ou de la petite vérole. Je désigne cet état par le mot *syphilisation* ou par les termes de *vaccination syphilitique*. Les singes sur lesquels j'ai expérimenté sont actuellement, pour la plupart, dans cet état.

» Je n'attache pas à ce mot *syphilisation* un sens assez net pour prétendre qu'il pénètre au fond des choses et traduire l'essence du phénomène dont il est question. La physiologie et la pathologie ne se prêtent malheureusement pas à une aussi exacte précision. Je ne puis pas non plus décider si la *syphilisation* doit impliquer l'idée d'une imprégnation des humeurs, plutôt que celle d'une impression particulière produite sur le système nerveux. Sans connaître à fond l'état dans lequel nous place la *vaccination* ou *l'inoculation de la petite vérole*, ne savons-nous pas que cet état nous exempte pendant un certain temps de la contagion variolique? Eh bien! il en est de même quant à la syphilis de l'état que j'appelle *syphilisation*. L'animal *syphilisé* se trouve à l'abri de toute contagion syphilitique. Mon mémoire a principalement pour objet l'étude de la *syphilisation* et de ses conséquences.

» Néanmoins, je ne voulais pas tarder plus longtemps à signaler à l'Académie l'héroïsme de M. Robert de Weltz, et à lui annoncer une découverte qui, si je ne me fais pas illusion, marquera un grand progrès dans l'étude des sciences médicales. »

SUR LA NATURE ET LES CAUSES DU CHOLÉRA.

M. le docteur DURAND (de Lunel) adresse sur ce sujet la réclamation suivante :

Dans la séance du 4 novembre 1850, l'Académie a reçu une communication, de M. le docteur Guindet sur la nature, les causes, le siége, etc., du *choléra*. Pour ce médecin, cette maladie serait le résultat de l'action de certaines émanations marécageuses susceptibles de se propager, par le moyen de l'absorption pulmonaire, d'un individu à un autre; ces émanations porteraient de préférence leur action, une action asthénisante sur l'appareil nerveux de la vie organique comme il est d'autres poisons qui s'exercent de préférence sur l'appareil nerveux de la vie animale; enfin la cholérine serait le premier degré de l'infection, et dès lors guérir la cholérine ce serait arrêter le développement du choléra.

J'ai l'honneur de faire hommage à l'Académie d'un exemplaire d'un MÉMOIRE SUR LA NATURE ET LE TRAITEMENT DU CHOLÉRA, extrait de la GAZETTE MÉDICALE des 22 et 29 septembre 1849 et dont je suis l'auteur. J'ai, dans ce travail, exposé et développé les trois propositions que vient d'émettre aussi M. Guindet, et il en est au moins une dont il m'importe de revendiquer la priorité; c'est celle qui concerne l'action physiologique de la cause du choléra, ses préférences pour l'appareil nerveux de la vie organique.

Voici, en effet, comme conséquence de certaines preuves, une des conclusions de mon mémoire :

« Le choléra est une altération primitive, spéciale et septique du sang qui provoque d'abord la sidération des nerfs de l'appareil vasculaire sanguin, puis, à un certain degré d'intensité, celle du reste de l'appareil nerveux de la vie organique et du pneumo-gastrique, et enfin de tout l'appareil nerveux de la vie animale; mais qui, d'après cette gradation, peut laisser à l'organisme des ressources de réaction en raison inverse de l'intensité et de l'étendue de la sidération provoquée. » (P. 13.)

Voici ce que j'avais dit auparavant, après avoir exposé la marche des symptômes du choléra :

« Chose des plus remarquables, on dirait en tout ceci une marche symptomatique inverse à celle de l'éthérisme qui, d'après les expériences si bien faites de M. Flourens et de M. Longet, sidère d'abord l'intelligence, puis la sensibilité, puis la motilité et en dernier lieu l'action organique. » (P. 12.)

Je n'ai pas à revendiquer la priorité de la première proposition de M. Guindet; elle était dans le domaine public avant que je ne l'eusse étayée de quelques preuves développées et particularisée.

Quant à la troisième, elle revient en toute propriété à M. le docteur Jules Guérin qui, depuis 1832 jusqu'en 1849, n'a cessé, soit dans la GAZETTE MÉDICALE, soit dans un mémoire spécial sur la cholérine publié en 1837, d'en faire ressortir toute l'importance au point de vue pratique. Pour moi, je n'ai voulu, en ce qui la concerne, qu'apporter à sa confirmation le tribut de mon expérience, et ce tribut je l'ai consigné dans le mémoire que j'ai l'honneur d'offrir aujourd'hui à l'Académie.

— M. BAZIN, médecin de l'hôpital Saint-Louis, adresse à l'occasion du mémoire de M. Bourguignon sur la contagion et le traitement de la gale, une réclamation au sujet d'une modification importante dans le traitement de la gale, à savoir : la substitution de la méthode des frictions générales à la méthode des frictions partielles.

— M. le docteur JOSEPH DELIOUX, professeur de matière médicale à l'École de médecine navale de Rochefort, envoie la première partie d'un travail chimique et thérapeutique sur les sels d'argent.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 19 NOVEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. BRICHETEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend :

1° Une lettre du ministre du commerce, transmettant une lettre et cinq tableaux relatifs aux opérations et expériences auxquelles s'est livré M. le docteur Tellier, médecin inspecteur des eaux minérales de Bourbon-Lancy (commiss. des eaux de la France); 2° les états de vaccination du département de la Dordogne.

— M. STANISLAS DUPLAN, chirurgien principal, adresse l'état nominatif des malades qui ont été traités à l'établissement thermal et militaire de Baréges, dans la division des blessés, pendant les deux saisons de 1849.

— M. LANDOUZY envoie un mémoire intitulé : DE L'EXALTATION DE L'OUÏE DANS LA PARALYSIE DU NERF FACIAL (Voir le compte-rendu de l'*Académie des sciences.*)

MÉDICATION ARSENICALE DANS LES FIÈVRES INTERMITTENTES.

M. FUSTER, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Montpellier, adresse une première note sur la médication arsenicale dans les fièvres intermittentes paludéennes.

Voici le résumé de cette note :

Les fièvres paludéennes invétérées, rebelles même au traitement quinique, cèdent au traitement arsenical.

Celles qui résistent à celui-ci guérissent alors sous ses auspices par le sulfate de quinine.

Il faut débuter dans ces sortes de fièvres par 5 centigrammes d'acide arsénieux, pris en trois fois dans les 24 heures, et élever au besoin cette dose de 1 à 2 centigrammes par jour, jusqu'à 9 et 10 centigrammes dans les vingt-quatre heures.

La meilleure formule pour son administration, soit par la bouche, soit en lavement, c'est de l'incorporer avec le sucre de lait dans la proportion d'un vingtième.

Dès que les accès ont cessé, on en diminue les doses comme on les a augmentées, jusqu'à la dose initiale.

Aucune espèce d'accident n'accompagne son usage : il est parfaitement toléré par les malades.

Dans nos contrées méridionales, les vomitifs au début et dans le cours du traitement favorisent, entretiennent ou rétablissent la tolérance pour cet acide. Il n'est besoin d'aucun régime spécial hors les jours du vomitif.

Les engorgements viscéraux ne s'effacent jamais aussi vite que la fièvre; ils ne diminuent et ne disparaissent que par la persistance de l'état normal.

(Commission déjà nommée pour ce sujet.)

EAUX SULFUREUSES D'OLETTE.

M. BOUIS adresse des observations sur les eaux sulfureuses d'Olette (Pyrénées-Orientales).

Voici, d'après M. Bouis, ce que ces eaux présentent de plus remarquable :

1° Volume d'eau thermale évaluée à un minimum de 1,500 à 2,000 litres à la minute, non comprises les eaux froides non minérales provenant de la rivière et du ravin de la cascade.

2° Sources également nombreuses placées à quelques mètres au-dessus du lit

de la rivière comme aux parties supérieures à l'est et à l'ouest, avec des différences de niveau de 50 à 60 mètres.

3° Températures de 30° à 78° c.

3° Sources fortement sulfureuses et sources sans sulfuration.

5° Volume, niveau, températures, composition sulfureuse ou non sulfureuse, permettant toute espèce d'applications demandées par la médecine balnéaire.

(Commiss. : MM. Pâtissier, Lecanu, Boutron-Charlard.)

— M. Bayard (de Cirey-sur-Blaise) envoie une nouvelle note sur les effets de la vaccine.

— M. le docteur A. Bertherand, chirurgien-major à l'hôpital militaire de Strasbourg adresse un mémoire sur la rupture spontanée des parois du cœur.

MÉDICATION ANESTHÉSIQUE LOCALE.

M. le docteur Aran, médecin du bureau central des hôpitaux, adresse une note sur la médication anesthésique locale, et en particulier sur la valeur relative des divers agents anesthésiques au point de vue de cette médication. Dans cette note, M. Aran rappelle que le chloroforme seul a été employé en application topique, et que les résultats favorables obtenus par un grand nombre de médecins étaient de nature à engager les médecins à poursuivre l'étude de la médication anesthésique locale à l'aide des autres agents anesthésiques connus. La difficulté était de se procurer ces diverses substances qui n'existent pas dans le commerce ; mais cette difficulté a été bientôt levée, grâce à l'obligeance de M. Mialhe.

Voici les conclusions auxquelles M. Aran a été conduit par ses expérimentations :

1° Toutes les substances volatiles auxquelles on a reconnu jusqu'ici des propriétés anesthésiques générales (les diverses espèces d'éther, le chloroforme, la *liqueur des Hollandais* ou chlorure de gaz oléfiant, l'aldéhyde, la benzine) possèdent également des propriétés anesthésiques locales on en applications extérieures sur la peau.

2° L'énergie de la puissance anesthésiante locale n'est pas en rapport direct avec celle de la puissance anesthésiante générale, mais bien en raison inverse de la volatilité de la substance anesthésique. C'est ce qui explique comment, au point de vue de l'anesthésie locale, la *liqueur des Hollandais* ou chlorure de gaz oléfiant l'emporte sur toutes les autres substances anesthésiques, comment le chloroforme l'emporte sur les éthers, comment l'éther acétique l'emporte lui-même sur les autres espèces d'éther.

3° De ces diverses substances anesthésiques, quelques-unes peuvent être appliquées sur la peau, en toute proportion, sans déterminer aucune irritation, ainsi tous les éthers, l'aldéhyde, la benzine ; quelques-unes, au contraire, possèdent une âcreté particulière qui les rend plus ou moins irritantes pour la peau. Le chloroforme même le plus pur est dans ce cas ; appliqué en petite quantité, il détermine une sensation de brûlure légère, qui peut aller jusqu'à la brûlure la plus vive et jusqu'à déterminer la vésication si le contact est prolongé et la quantité de chloroforme versé sur la peau un peu considérable ; cette action irritante se développe d'une manière bien plus énergique, si l'évaporation du chloroforme se fait à l'air libre sur la surface d'application. La *liqueur des Hollandais* possède aussi des propriétés irritantes, mais infiniment moins prononcées.

4° Ainsi que je l'ai dit plus haut, le meilleur de tous les anesthésiques, au point de vue de l'application extérieure, est la *liqueur des Hollandais* ou chlorure de gaz oléfiant. Son action anesthésiante se prolonge plus longtemps que celle des autres substances anesthésiques, même lorsqu'elle est employée à petite dose, de 15 à 30 gouttes, sur une surface douloureuse ; elle ne produit qu'une stimulation de la peau insignifiante, tandis que le chloroforme détermine une véritable brûlure au premier ou au deuxième degré ; elle a une odeur éthérée légère et assez agréable, tandis que les éthers, le chloroforme, l'aldéhyde, la benzine, ont une odeur pénétrante qui est assez difficilement supportée par les malades. L'aldéhyde et la benzine en particulier ont une odeur très-désagréable quand elle est concentrée. Le seul inconvénient de la *liqueur des Hollandais* c'est que dans l'état actuel de la fabrication, son prix est très-élevé ; mais tout fait croire que, avant peu, il sera ramené aux proportions de celui du chloroforme.

5° Pour obtenir des effets anesthésiques locaux suffisants, il n'est pas du tout nécessaire d'employer, comme on le fait habituellement, des doses considérables d'agents anesthésiques. Avec 15 ou 30 gouttes au plus de *liqueur des Hollandais*, versées sur la partie malade, que l'on recouvre ensuite d'une compresse humide et d'une toile cirée, on peut arriver à calmer la douleur dans le plus grand nombre des cas où l'emploi des agents anesthésiques est indiqué.

— M. le Président annonce que, par suite du décès de trois membres, il y a lieu de déclarer une vacance. L'Académie aura à nommer, dans la prochaine séance, une commission qui désignera la section à laquelle devra être affectée cette vacance.

— La parole est à M. Ferrus pour la suite de sa lecture sur le goître et le crétinisme.

GOÎTRE ET CRÉTINISME.

M. Ferrus se propose dans cette deuxième partie de considérer le crétinisme sous le double rapport anatomique et pathologique, et d'étudier successivement le début de la maladie, ses premiers symptômes, sa marche ses caractères anatomiques et ses complications.

État des organes et des fonctions chez les crétins. — Après avoir indiqué, dans une ébauche rapide, les traits généraux de la constitution des populations crétineuses, M. Ferrus décrit les traits qui caractérisent leur état individuel ; nous reproduisons textuellement quelques-uns des détails relatifs à ces traits spécifiques :

J'ai déjà dit que la configuration du crâne se montrait défectueuse chez la plupart d'entre eux. Variable dans sa forme, suivant les pays et les sexes, le crâne qui subit une sensible dépression à la partie supérieure sur la suture sagittale est renflé, et exubérant sur les côtés et manque, dans la pluralité des cas, de concordance proportionnelle avec le visage.

Le docteur Trombotto a remarqué que la tête du crétin pubère, à son maximum de développement, est inévitablement écrasée à sa partie antérieure, également aplatie à sa partie postérieure, et latéralement large. Le front, bas et pour ainsi dire nul chez quelques-uns, fuit d'avant en arrière par une progression insensible, et la tête tombe ensuite verticalement jusqu'à la protubérance occipitale.

« La moyenne de cent mesures prises par ce médecin sur des crétins adultes a démontré que le diamètre antéro-postérieur, depuis la racine du nez jusqu'à la protubérance occipitale, est constamment plus court que celui latéral, près du trou auditif d'une oreille à celui de l'oreille opposée, en passant par le sommet de la tête. Le premier est toujours, dit la commission, entre 28 et 32 cent. ; et le second entre 32 et 36. Le diamètre circulaire, du nez aux trous auditifs et des trous auditifs à la protubérance occipitale, reste entre 47 et 52. Ainsi la tête présenterait la forme d'un cône dont la pointe se trouverait en haut, à la place même où les sutures sagittales et l'ambdoïde viennent se joindre et se réunir. »

Le docteur Duclos, médecin des aliénés du Betton, ayant répété dans la vallée de l'Isère les mêmes observations, est arrivé à des constatations presque analogues. Il a signalé en particulier l'exiguité caractéristique du front et la dépression qui se rencontre sur les côtés seulement de la partie antérieure.

On a fait observer avec raison que les crétins avalaient les aliments sans les triturer, la mastication leur étant rendue en quelque sorte impossible par les dispositions de l'appareil masticateur, l'allongement de l'angle sous lequel les mâchoires se rencontrent, et la proéminence déjà signalée des arcades dentaires.

A Bicêtre, j'ai souvent fixé l'attention de mes auditeurs sur une particularité de la cavité buccale, commune chez les idiots et plus encore chez les imbéciles. Elle consiste dans l'étroitesse et l'élévation de la voûte palatine. Parfois j'ai noté une disposition semblable chez les crétins et très-fréquemment chez les plus dégradés d'entre eux l'aplatissement de cette voûte. Je ne chercherai point à réduire ici les conséquences de ses dispositions anatomiques, mais je les crois toutes deux en rapport avec la profondeur ou l'étendue de la base du crâne.

Chez les crétins les plus avancés, il reste encore quelques vestiges de mémoire ; chez les semi-crétin, elle est vive et entière, en ce qui touche l'accomplissement des besoins, le lieu, les personnes ; cette faculté semble en eux plus marquée qu'on ne te rencontre pour les idiots dans nos contrées, et elle ouvre par conséquent une plus large voie d'applications à l'éducabilité dont ils peuvent être susceptibles.

Le crétin, sensible au souvenir de la douleur, ne l'est point au même degré à celui du plaisir ; quant aux facultés comparatives, absentes absolument chez le crétin complet, elles n'apparaissent qu'en lueurs confuses chez le semi-crétin, et peuvent acquérir un certain degré de rectitude chez le crétineux.

J'ai dit déjà que les sensations du crétin étaient obtuses : cette obtusion porte plus spécialement sur celles de l'ouïe et de l'odorat. Les impressions et les perceptions qui en résultent sont faibles, débiles, fugitives, mais au degré où elles se produisent, elles ne sont pas perverties, ce qui ne permet point, à cet égard, d'assimiler le crétinisme à la folie ou à la stupidité proprement dite, quoiqu'il se rapproche de cette dernière.

Le langage, cette manifestation directe, et pour ainsi dire géométrique de l'intelligence, ici, comme chez les idiots, n'est pas seulement entravé par la simple obtusion des sens, mais bien plutôt par la débilité, la torpeur et l'indigence intellectuelles. Chez les crétins, de même qu'on le remarque dans l'idiotie, le langage peut, suivant une heureuse expression de la commission sarde, servir à mesurer d'une manière certaine la limite de leur dégradation et à déterminer leur classification respective.

Les crétins, capables d'avoir entre eux des communications, s'isolent néanmoins les uns des autres, et il résulte pour eux, de la communauté d'existence, des querelles fréquentes et vives. Cette tendance solitaire s'accroît d'ordinaire avec la vieillesse. Si l'on ne peut pas dire pourtant que l'instinct de sociabilité soit entièrement éteint, il ne se développe jamais en eux que dans un intérêt immédiat et personnel.

La volonté est obtuse, confuse, quelquefois nulle ; et par suite d'ailleurs de la débilité de l'appareil moteur, sa manifestation ne peut manquer de faire défaut comme le sentiment et la pensée.

Si plusieurs auteurs ont exagéré la faculté générative des crétins et la lascivité de leurs penchants ; d'autres, en revanche, me semblent en avoir beaucoup trop circonscrit la limite. Le crétin complet n'est pas, je le reconnais, enclin à l'acte générateur, et demeure, à ce qu'on assure, communément inhabile à se reproduire ; mais les semi-crétins et les crétineux, notamment parmi les femmes, seraient, d'après mes observations personnelles, plus fallacieux, plus portés à la masturbation et au coït, que le rapport sarde ne l'indique. Je suis d'ailleurs disposé à croire que la fécondation n'est pas fréquente pour ces deux dernières classes, et que la grossesse des semi-crétines et des crétineuses est très-souvent un fruit avorté ; si rares pourtant que soient ces cas, la science les doit signaler comme un fléau, et l'administration doit songer, il nous semble, à prendre toutes les mesures en son pouvoir pour en arrêter la propagation.

Le crétinisme apparaît dès l'enfance, chez les individus qui y sont prédisposés; il ne devient évident, toutefois, qu'à l'âge où l'on voit surgir en eux quelques signes d'intelligence et quelques manifestations de langage. Les observateurs les plus compétents limitent à la septième année, comme point de départ, le développement de cette maladie. L'un d'eux, le docteur Maffey, a pensé que c'était à l'âge de 4 ans qu'on devait reporter cette limite. Jusque-là les enfants ne sembleraient qu'engourdis, retardés, *pesants*, selon la désignation vulgaire. Mais si j'en crois les renseignements obtenus sur les lieux, d'hommes qu'aucun intérêt ne portait à dissimuler la vérité, et si mes observations personnelles sont exactes, le cachet de cette cruelle infirmité se montre à une époque beaucoup plus voisine de la naissance.

L'invasion du crétinisme est annoncée aux mères par la difficulté qu'elles éprouvent à allaiter des enfants sans ressort, sans activité, sans énergie, et qui, s'ils ne refusent dans aucun cas le sein, ne le sollicitent jamais; on va même jusqu'à affirmer que des sages-femmes expertes peuvent, un instant après l'enfantement, annoncer avec certitude si le nouveau-né doit on non compter parmi les victimes du crétinisme.

L'enfant prédisposé à devenir crétin a généralement (selon le dire de la commission sarde) une tête irrégulière et volumineuse; ce n'est *qu'avec peine qu'il réussit à la tenir droite avant sa seconde ou sa troisième année.* Les fontanelles sont sensiblement plus larges qu'à l'état sain; les cheveux, déjà très-épais, s'approchent à tel point des sourcils que le front est presque nul. *Les yeux sont inexpressifs et presque toujours à demi fermés;* de rares cils protègent les paupières gonflées et pesantes. La peau du visage, ainsi que le reste du corps, est souvent livide dans les premiers mois, et devient ensuite jaunâtre; le nez est écrasé, la bouche très-large. La langue, très-grosse dès la naissance, dépasse les lèvres, et les mères s'épuisent quelquefois en vains efforts pour la faire rentrer dans la bouche. Les traits, grossiers, manquent de cette rondeur et de cette élégance qu'affectent ordinairement ceux des enfants; quelques-uns naissent avec un goître apparent, d'autres sans goître. Tous ont la tête rentrée, le cou gros et ramassé, mais plus court à la nuque qu'à la partie antérieure; *aussi leur tête tombe presque constamment en arrière ou ploie de côté.* Le thorax est mal construit, aplati supérieurement et latéralement; l'abdomen est élevé et gonflé; les extrémités sont faibles, grêles et molles. Quand ils pleurent, chose rare, leurs cris sont plutôt un grognement qu'un vagissement ordinaire. Leur sommeil est presque incessant. Leur respiration est généralement lente. Bien qu'ils prennent le sein avec une certaine difficulté, ils ne semblent pourtant jamais rassasiés. Les fonctions digestives sont défectueuses, les vomissements fréquents et les déjections alvines irrégulières. Ils ne font point de caresses et ne sourient jamais.

On ne saurait méconnaître, ajoute M. Ferrus, aux lignes de ce tableau : 1° les phénomènes d'une compression cérébrale modérée, mais permanente, évidemment caractérisée par l'obtusion des facultés, l'engourdissement général, le défaut d'expression dans les organes de la vue, qui demeurent presque toujours fermés, et plus encore par le volume insolite de la tête, laquelle ne peut rester droite avant la vingt-deuxième ou la vingt-troisième année, et qui tombe presque constamment en arrière ou se penche sur les côtés; 2° un état constitutionnel de l'économie tout entière; une idiosyncrasie spéciale, et, si l'on veut me permettre cette expression un peu surannée, une cachexie lymphatique et crétineuse. Les solides et les liquides ne semblent-ils pas également altérés dans ces corps difformes, mous, disgraciés? Toutes les fonctions sont languissantes; on remarque dans celles qui président à la vie de relation une débilité voisine de l'obtusion, sans qu'elles soient pourtant éteintes dans leur principe, puisqu'elles sont susceptibles de se rétablir plus tard, sous l'influence de soins et de médications appropriées. En un mot, l'évolution organique est complète; mais tout l'organisme est frappé dans sa contexture et entravé dans l'action de ses éléments vitaux les plus essentiels. Comment, en effet, comprendre que le corps humain se puisse développer jusqu'à l'état normal d'une manière favorable et régulière quand des sens imparfaits ou obtus n'éveillent point l'action cérébrale, ou plutôt quand celle-ci, n'ayant ni initiative ni puissance, ne répand point sur les fonctions son influence salutaire?

Atteinte à sa source, on le voit, la vie du crétin, pendant toute sa durée, demeure engourdie et languissante; le cœur est sans ressort, la circulation lente, la respiration incomplète, sifflante, *râleuse*, par suite des mucosités qui obstruent les bronches, la trachée et les fosses nasales, ce qui est dû évidemment à la débilité des muscles de l'appareil respiratoire. Nulle activité dans l'appétit. Les crétineux seuls montrent une voracité impatiente, et font soupçonner par leurs gémissements que leur estomac obéit à de pressantes sollicitations. L'hématose se fait mal, et le sang, privé des qualités que lui donne sans doute l'influx nerveux, est également altéré dans sa composition chimique. Les digestions, imparfaites et lentes, ne peuvent être suivies d'une chylification bien élaborée. D'autre part, les organes qui président aux mouvements volontaires ou les exécutent s'atrophient par l'absence de la volonté. Les muscles dès lors, tant par manque de mouvement que par l'effet d'une nutrition viciée, baignés d'ailleurs dans la sérosité dont le tissu cellulaire est infiltré, au lieu de s'enrichir en fibrine, deviennent flasques, mous et sans myotilité. Enfin le système osseux se déforme, et le corps s'affaisse alors par sa laxité, sa pesanteur et le défaut de support dans sa charpente osseuse.

On a constaté, du reste, la concordance qui se rencontre entre l'abaissement de température du corps et l'élévation de degré du crétinisme. Le docteur Savoisien, qui, dans cette question, a toute l'autorité de l'expérience, assure que les inspirations, qui sont, chez l'homme sain, de dix-huit par minute, descendent à quinze chez le crétin.

Il y a pour ce dernier, dans le pouls, quatre à cinq pulsations de moins, et la température du corps est plus basse de 2 degrés.

Quant aux fonctions de la peau, peu actives chez les crétins, elles ne donnent lieu qu'à une transpiration insensible, ce qui force d'expliquer par la malpropreté de leurs habitudes l'odeur infecte qu'ils exhalent.

Marche de la maladie. — L'état du crétin complet n'éprouve ni point d'arrêt ni amélioration fugitive, tandis que celui des semi-crétins et des crétineux est susceptible de se modifier favorablement, quelquefois par les seuls progrès de l'âge, et plus sûrement sous l'influence des travaux auxquels ils peuvent être assujettis. C'est particulièrement de 6 à 7 ans, période de croissance et de développement, que la guérison peut s'opérer.....

Anatomie pathologique. — C'est à un développement osseux exagéré que se rattachent les phénomènes qu'on doit regarder comme produits par une ossification trop active, entre autres la réunion des sutures qui devraient persister jusqu'à la fin de la vie.

Les os, séparés chez le fœtus, *se réunissent difficilement; les deux parties de l'occipital sont mal jointes*, et une dépression sensible en est le résultat. Les os wormiens sont fréquents, et donnent à la suture simple l'aspect d'une double suture.

L'occipital est plus rarement altéré dans sa position et sa direction que dans sa courbure. Cette courbure est exagérée d'un côté ou des deux côtés; elle est d'un moindre diamètre, ou elle manque d'une manière absolue.

Ces mêmes irrégularités s'étendent jusqu'aux dimensions des canaux et des orifices du nerf et des vaisseaux. Une des fosses jugulaires est souvent plus grande que l'autre; il en est de même pour l'orifice externe de l'oreille.

M. Ferrus fait ressortir, dans la description pathologique, deux ordres de phénomènes essentiels :

1° Un état constitutionnel de l'économie entière; un tempérament propre, une cachexie lymphatique et crétineuse;

2° Une compression cérébrale modérée, mais permanente, signalée par l'obtusion des sens et des facultés, l'engourdissement général de l'économie, le volume insolite et la vacillation continuelle de la tête.

Pour le premier de ces points, dit-il, rien n'est plus spécialement propre à caractériser l'état constitutionnel natif, ou tout au moins très-précoce, que les arrêts de développement dans la formation même du système osseux.

Quant au second, on trouve, dans ces recherches d'anatomie pathologique nouvelles et complètes, la cause matérielle évidente de tous les phénomènes observés pendant la vie. Il n'est donc pas permis, suivant M. Ferrus, de regarder comme de récentes altérations, d'une part, cette déformation de la tête, qui s'élargit sur les côtés en se déprimant d'avant en arrière; de l'autre l'agrandissement des deux ventricules moyens, constamment remplis de sérosité, et considérablement distendus au profit de la masse cérébrale comprimée.

On rencontre en effet, dans cette double circonstance, les deux espèces d'hydrocéphalie qu'ont décrites les auteurs, sous les noms d'hydrocéphalies internes et externes, puisque indépendamment de la distension des ventricules produite par l'accumulation de sérosité, cette partie liquide entoure et comprime la masse cérébrale elle-même.

Les conditions, d'ailleurs, sous lesquelles cette sérosité se présente à la surface du cerveau, les adhérences des membranes avec la substance cérébrale, laquelle offre, à ton tour, un état anormal de ramollissement, en un mot, toute cette partie de la description anatomique, se rapporte également et avec la même exactitude à l'hydrocéphalie et à l'œdème cérébral.

M. Ferrus termine par une dernière observation, relative au volume de la tête: c'est que l'œdème cérébral et l'hydrocéphalie, à différents degrés, sont loin d'être incompatibles avec la microcéphalie.

Au double point de vue moral et médico-légal, les crétins, suivant le degré qu'ils ont atteints, sont de véritables idiots ou simplement des imbéciles. Dans les deux cas, et entraînement à ce qui existe, il serait urgent de leur appliquer les mesures d'administration, et de les soumettre aux règles législatives que le Code civil et la nouvelle jurisprudence sur les aliénés prescrivent à l'égard des individus chez lesquels la liberté morale est faible, troublée ou abolie, au point d'assurer à leurs actes le bénéfice de l'irresponsabilité.

Au point de vue pathologique, au contraire, les crétins sont tellement distincts des idiots qui se rencontrent au milieu de populations saines, qu'il est indispensable de tracer entre eux une ligne de démarcation profonde, et qu'il serait impossible de les confondre dans une classification rigoureusement scientifique.

Après avoir comparé avec le crétinisme l'idiotie, l'imbécillité, M. Ferrus conclut que c'est improprement qu'on désigne le crétinisme sous le nom d'idiotisme endémique. Pour donner une idée plus précise de sa nature et de ses phénomènes essentiels, ajoute-t-il, c'est à la stupidité, maladie mentale fort bien décrite parmi nous depuis quelques années, qu'il conviendrait de comparer le crétinisme, en se gardant toutefois de le confondre avec elle. Indépendamment, en effet, de quelques phénomènes pathologiques importants de son invasion et de sa marche, rien, dans cette dernière maladie, ne semble tenir, comme dans le crétinisme, à un vice de la constitution. La stupidité et le crétinisme se rapprochent néanmoins, au point de vue symptomatique, par l'engourdissement, l'obtusion des facultés intellectuelles, qui, dans la généralité des cas, sont loin d'être abolies.

Ces deux affections sont unies par des liens plus intimes encore sous le rapport anatomique; car une suffusion séreuse a paru, à titre de cause matérielle, leur être commune dans toutes les circonstances où les autopsies ont pu être pratiquées avec les soins désirables.

Quoi qu'il en soit, au reste, sur l'exactitude plus ou moins rigoureuse de ces divers rapprochements, M. Ferrus définit le crétinisme une hydrocéphalie œdémateuse chronique, se rattachant aux vices des localités, aux dispositions gé-

nérales de l'économie, à l'hérédité, aux affections fœtales ou bien à celles de l'enfance.

DU RÔLE DE L'ŒDÈME INTRA-LARYNGÉ ET DE L'ŒDÈME DE L'ARRIÈRE-BOUCHE DANS LE CAS D'ANGINE LARYNGÉE ŒDÉMATEUSE.

M. SESTIER lit sous ce titre un mémoire dans lequel il s'est proposé de rechercher toutes les circonstances propres à faire prévoir l'invasion plus ou moins prochaine de cette maladie et à en rendre le diagnostic plus certain dès son début, ainsi que les moyens les plus efficaces à opposer au danger imminent que courent les malades atteints de cette affection.

L'auteur s'attache d'abord à faire ressortir l'importance des lésions anatomiques caractéristiques de l'angine laryngée œdémateuse, et en particulier de l'infiltration du tissu cellulaire sous-muqueux de l'intérieur du larynx et de l'arrière-bouche.

L'œdème interne du larynx, dit M. Sestier, tend à obscurcir le diagnostic de l'angine œdémateuse, en altérant un des symptômes principaux de cette affection, la facilité de l'explication contrastant avec la difficulté de l'inspiration. Il aggrave le danger que court déjà le malade par suite de l'infiltration des replis supérieurs de l'organe.

D'autres circonstances qui rendent très-redoutables l'œdème des cordes vocales, c'est que le tissu cellulaire sous-muqueux de cet organe est fin et serré, et que le liquide une fois infiltré dans ce tissu ne peut être résorbé qu'avec difficulté et lenteur, et qu'enfin il est inaccessible aux moyens directs de traitement.

En effet, lorsque l'intérieur du larynx est exempt d'œdème et l'infiltration uniquement bornée aux replis aryténo-épiglottiques, la déchirure, les scarifications des bourrelets, les insufflations d'alun, la solution d'azotate d'argent, etc., conserveront tous leurs avantages; mais si l'œdème interne du larynx s'ajoute à celui des replis supérieurs de l'organe d'abord certains moyens directs, tels que la compression, la déchirure et les scarifications n'auront absolument aucune prise sur lui. On devra, en conséquence, insister d'autant plus sur l'emploi des moyens indirects, tels que les émissions sanguines, l'huile de croton tiglium à l'intérieur comme purgatif, le vésicatoire, etc. Mais s'il est difficile d'obtenir rapidement et à temps, à l'aide des seuls moyens généraux et indirects, la résorption du liquide infiltré dans les replis supérieurs du larynx, il sera bien plus difficile de l'obtenir dans le cas d'œdème intra-laryngé. En conséquence l'œdème une fois développé dans l'intérieur du larynx rend la bronchotomie plus nécessaire et plus urgente que lorsque les plis supérieurs de cet organe sont seuls infiltrés.

Suivant M. Sestier, il n'y a aucun signe à l'aide duquel on puisse affirmer positivement que l'œdème intra-laryngé manque ou existe; mais il y a des circonstances, telles que l'antécédent du malade, la forme étiologique de la maladie, la gêne de l'expiration, l'engorgement de l'arrière-gorge, etc., qui fournissent une probabilité plus ou moins grande.

L'œdème de l'arrière-bouche lui paraît en outre fournir d'utiles renseignements sur la nature de l'angine laryngée œdémateuse. Il recommande, dans ces circonstances, les scarifications des bourrelets, qui lui paraissent d'une très-grande utilité, surtout si l'infiltration laryngée dépend d'un obstacle à la circulation veineuse ayant pour siége le cœur lui-même ou le trajet des grosses veines du cou; si l'infiltration laryngée dépend d'une anasarque consécutive à la scarlatine, à la miliaire; si elle dépend d'une cachexie séreuse survenue à la suite de fièvres intermittentes répétées, d'affection scorbutique ou cancéreuse; en d'autres termes, toutes les fois que l'œdème du larynx sera à l'état passif ou voisin de cet état.

M. Sestier termine son mémoire par la relation de deux observations qu'il rapporte comme preuve de l'infiltration de l'arrière-gorge et de l'importance de ce signe dans le diagnostic de l'angine laryngée.

(Commissaires : MM. Bouillaud, Gaultier de Claubry et Michel Lévy.)

EXTRACTION D'UN CALCUL ENGAGÉ DANS LA RÉGION PROSTATIQUE DE L'URÈTRE.

M. BONNAFONT, chirurgien en chef de l'hôpital d'Arras, présente un calcul d'un poids de 26 grammes, de forme allongée, long de 8 centimètres et épais au centre de 2 centimètres environ, ressemblant assez bien à un petit poisson. Ce calcul a été extrait avec succès de la région prostatique et membraneuse de l'urètre. Le malade, âgé de 33 ans, avait été opéré, à l'âge de 6 ans, par la lithotritie; à 13 ans, il subit une nouvelle opération de la taille périnéale; mais le calcul s'étant brisé sous la pression de l'instrument, l'extraction des fragments devint très-laborieuse. Ce fut six mois après cette dernière opération qu'il éprouva une vive douleur au col de la vessie, suivie d'une grande difficulté d'uriner. Tout à coup, à la suite de violents efforts, le calcul franchit le col de la vessie, s'engagea dans le canal de l'urètre en s'arrêtant dans la portion prostatique et membraneuse. Quelques jours après, le calcul rentra dans la vessie et revient ensuite dans l'urètre. Ce va-et-vient urétro-vésical a duré 9 ans, avec cette circonstance remarquable, que la présence du calcul dans l'urètre était quasi insensible, tandis que dans la vessie il y occasionnait de vives douleurs, tout en rendant très-pénible l'émission des urines. Il finit enfin, il y a 9 ans, par suite probablement des manœuvres réitérées que faisait le malade pour le retenir dans l'urètre, par s'y fixer et par en prendre la forme, mais non sans le dilater beaucoup. L'extrémité urétrale de ce calcul est arrondie, tandis que son extrémité vésicale est mince et aplatie.

L'extraction, qui a présenté quelques difficultés, a été faite au moyen d'une boutonnière d'un pouce et demi. Le rapprochement des bords de la plaie a été maintenu au moyen de quatre serre-fines qui ont produit un très-bon résultat.

— M. HUGUIER présente un jeune garçon affecté d'un énorme polype du nez qui distend outre mesure les parois de la face et fait une saillie considérable au-dessous des orifices des fosses nasales. M. Huguier se propose d'opérer ce malade et de le soumettre ensuite à l'examen de l'Académie.

Il est cinq heures, la séance est levée.

BIBLIOGRAPHIE.

RECHERCHES HISTORIQUES SUR L'ORIGINE DU TRAITÉ DU MÉDECIN, D'HIPPOCRATE; SUIVIES D'UNE TRADUCTION NOUVELLE DE CE LIVRE, AVEC NOTES ET COMMENTAIRES; par M. J.-E. PÉTREQUIN, professeur à l'École de médecine de Lyon. — Un in-8° de 32 pages. — Paris, 1850.

Le titre de cet opuscule se recommande et surprend tout à la fois par le nom de son auteur. En effet, pour quiconque sait, même de loin, l'évolution de la science contemporaine, il doit sembler étonnant qu'un praticien dès longtemps mêlé à tous ses progrès, à toutes ses découvertes, ait pu dérober aux absorbantes sollicitudes d'un service d'hôpital assez de temps pour apprécier au trébuchet philologique le poids et la valeur de telle ou telle expression plus ou moins concordante aux versions légitimes. L'école de Lyon cependant a dû habituer déjà à de telles entreprises ceux qui la connaissent, et M. Pétrequin ne professe ici ni pour la première fois ni le premier ce culte éclairé du passé, dont l'œuvre actuelle est un des gages les plus marquants. Les noms de Sainte-Marie, de M. A. Petit, Montfalcon, Jourdan, Commarmot, honorent la littérature et l'archéologie non moins que la médecine. S'il faut citer des tributs plus positifs, les recherches du respectable Martin jeune sur *la doctrine médicale d'Hippocrate*; la patiente et ingénieuse dissertation de M. Gauthier au sujet de *l'exercice de la médecine dans les temples*; l'histoire de *l'Hôtel-Dieu*, de M. Pointe, complétée par M. Pétrequin, témoignent assez de l'impulsion réfléchie et judicieuse que nos compatriotes peuvent et savent donner à cette partie élevée de la science médicale.

En prenant pour sujet de ses méditations l'origine et le texte d'un traité d'Hippocrate, M. Pétrequin n'a donc fait que suivre une coutume populaire dans sa ville natale, et que lui-même a contribué à y mettre en honneur. Je voudrais pouvoir ajouter que l'importance de l'œuvre égale sa difficulté, que les laborieux efforts du traducteur ont enrichi l'art de précieuses données, ignorées jusque-là..... Hippocrate ne me permet pas cet éloge, et je ne m'avance guère en supposant que M. Pétrequin se sera trouvé aussi désappointé que ses lecteurs quand il aura vu quel mince résultat pratique a produit sa persévérante application à rétablir le sens du texte grec. Mais n'anticipons pas.

Avant de se mettre à traduire le TRAITÉ DU MÉDECIN, il était tout naturel de prendre ses sûretés, de s'enquérir s'il offrait la garantie d'une provenance bien authentique. Ce livre, en un mot, ou plutôt ce fragment, émane-t-il véritablement d'Hippocrate? Sur ce point, M. Pétrequin trouve tout d'abord à lutter contre forte partie. Érotien ni Galien ne mentionnent ce malheureux traité. Mercuriali ne le croit ni d'Hippocrate ni de ses disciples. Grunner le rejette comme apocryphe. Ackermann, Sprengel, Linck, le proscrivent non moins explicitement. MM. Littré, Daremberg, Piérer, regardent son origine comme au moins fort obscure.

Sans se laisser imposer par l'accord de ces graves autorités, M. Pétrequin aborde franchement le combat, et prend tour à tour la défensive, puis l'offensive. Sous le premier point de vue, il montre que si le traité en question parle de la rareté de la guerre civile, on ne saurait en conclure qu'il a été écrit après la guerre du Péloponèse, puisque le texte porte expressément : « *guerre dans les cités.* » — En second lieu, comme le prouve l'auteur, il n'est pas exact de dire, ainsi que l'a fait Piérer, qu'il soit question, dans ce traité, de la division de l'art en médecine et en chirurgie (ce qui, si cela était vrai, lui eût effectivement dû faire assigner une date postérieure aux temps hippocratiques).

Arguant ensuite de preuves d'un ordre plus direct, M. Pétrequin fait ressortir les formes du style de ce livre, la pureté de l'ionisme qui s'y observe, sa tournure didactique, toutes qualités qui, de l'aveu même de M. Littré, lui impriment un caractère d'ancienneté bien difficilement contestable.

Mais la voie de démonstration que le commentateur emploie de préférence est celle-ci : empruntant des passages nombreux à des livres que tous les critiques rapportent à Hippocrate, il constate en eux une analogie frappante de doctrine ou de sens, parfois une identité absolue d'expression avec d'autres passages extraits du TRAITÉ DU MÉDECIN. Les traités qu'il choisit ainsi pour élément de vérification sont ceux de L'ANCIENNE MÉDE-

CINE, des TRAITS ET BLESSURES et des ULCÈRES, tous les trois classés parmi les œuvres les plus légitimes de la collection hippocratique. Par conséquent, c'est la même main qui a dû écrire ici et là des pensées aussi semblables; et si Hippocrate est, dans un cas, l'auteur reconnu, avoué, pourquoi nier qu'il le soit également dans l'autre ?— Ce rapprochement, quelque adroite et pressante que soit la manière dont M. Pétrequin l'a su utiliser, ne nous séduit qu'à moitié ; car, en supposant ce qu'il conteste, c'est-à-dire en admettant l'origine étrangère, postérieure à Hippocrate, du TRAITÉ DU MÉDECIN, il est évident que rien n'empêchait son auteur d'y comprendre des phrases d'un traité d'Hippocrate. Quelle que fût son intention, il n'avait qu'à y gagner. Voulait-il, par exemple, faire attribuer son œuvre personnelle à son illustre devancier, alors il n'y avait pas pour lui de plus facile et de meilleure tactique que d'imiter sa doctrine et de copier son style. Se proposait-il, au contraire, de travailler en son propre nom, alors ces emprunts à autrui deviennent, il est vrai, moins excusables; mais ils sont certes aussi naturels, et l'exemple en est trop répandu parmi nos contemporains pour qu'on ait à s'étonner de le voir déjà donné à une époque aussi reculée.

Quoi qu'il en soit de ces remarques, que nous présentons sous notre humble couvert de *profane*, M. Pétrequin a, ce nous semble, découvert un plus sûr moyen de conviction, en cherchant dans les livres d'Hippocrate, ci-dessus désignés, des passages où l'auteur renvoie explicitement à un traité qui ne saurait être autre que celui DU MÉDECIN. Nous laissons aux érudits le plaisir de suivre pas à pas la méthode pleine de clarté et de logique avec laquelle cette thèse historique est élucidée. L'écrivain ne plaide pas; il cite, rapproche, compare, et lorsque, enfin, il vient à tirer la conséquence, presque toujours le lecteur trouve que, naturellement, il avait déjà conclu comme lui.

Après cette discussion d'interprétations, il serait curieux sans doute d'agiter le problème chirurgicalement, et rien que chirurgicalement. On aurait à déterminer si ces préceptes sur les opérations répondent bien à l'idée que, instinctivement, chacun se forme du prince de la médecine. Peut-être un esprit étranger à toutes les notions historiques précédentes arriverait-il ainsi, à la lueur du simple bon sens, à dépouiller Hippocrate de ce prétendu fleuron ; ou à coup sûr, du moins, il se demanderait, et non sans hésitation, si en cherchant à le lui restituer, M. Pétrequin a cru bien mériter, s'il a bien mérité de sa mémoire vénérée !..... Notre opinion à cet égard n'est pas douteuse; mais il pourrait être imprudent de la formuler. Cela, d'ailleurs, est d'autant moins nécessaire que la valeur absolue de ce traité universellement connu n'est point ici en question.

Comme on le sait, rien n'est plus disparate que les deux pièces de ce fragment. L'auteur commence par examiner ce qui touche aux mœurs, au caractère, à l'*habitus* physique du médecin, et il trouve à cet égard des sentiments élevés et un langage digne du sujet. Puis, sans transition aucune, il se jette dans les plus infimes détails, traite longuement des chaises, des éponges, des cataplasmes, indique les espèces et l'usage des lancettes et des ventouses sèches ou scarifiées, et s'arrête enfin après quelques mots sur les ulcères et sur les blessures reçues à la guerre. Rien, dans tout cela, ne sent le maître, ne décèle le novateur ingénieux : l'auteur, évidemment, raconte ce qui se faisait de son temps, et non ce qu'il a imaginé.

Les commentateurs cependant, selon leur coutume, n'ont pas laissé de s'acharner à ce maigre morceau, d'en débattre chaque alinéa, chaque mot, de hasarder, en cas de difficulté, toutes les solutions possibles ou impossibles, dussent-elles, comme cela s'est vingt fois rencontré, les conduire droit au contre-sens. Mais à ces essais, on peut maintenant le dire, il avait manqué jusqu'ici le coup d'œil et la sagacité spéciale d'un interprète qui fût en même temps chirurgien, et chirurgien également versé dans les principes et la pratique de son art. Malgré tout leur mérite, les traducteurs précédents tombaient à chaque instant dans des fautes que, avec tous les égards dus, on ne saurait appeler autrement que grossières bévues. Ainsi Gardeil prend la saignée où l'opérateur ne perce que la peau, pour celle où les ouvertures faites à la veine et à la peau cessent ensuite de se correspondre. Ainsi Dacier et Demercy confondent l'augmentation de volume de la tumeur phlegmoneuse avec sa fonte purulente. Ainsi ce dernier entend des abcès qui suivent la voie la plus déclive ce qu'Hippocrate a voulu dire de ceux qui creusent en profondeur. Ainsi les mêmes traducteurs nomment *ulcères paraissant sur la chair* les ulcères qui se recouvrent d'excroissances charnues. Ainsi encore, tandis que le père de la médecine dit, avec la sobriété qui le caractérise : « Trop d'empressement à parler comme à agir, lors même que cela pourrait parfois être utile, expose le médecin à la déconsidération ; » Gardeil n'hésite point à lui faire tenir ce langage : « La promptitude et la hardiesse ne peuvent manquer d'attirer le mépris, *quand même elles serviraient à gagner plus d'argent.* »

Toutes ces inexactitudes et beaucoup d'autres ont été signalées par M. Pétrequin avec une insistance qui n'a rien de fastidieux, puisque les corrections sont contenues dans des notes entièrement séparées du texte, et qu'on est tout à fait libre de laisser de côté. Mais peu de lecteurs, nous croyons pouvoir l'affirmer, voudront faire un pareil affront au luxe d'érudition qu'a déployé notre confrère. Quoique la mode se soit un peu délachée de ces débats qui passionnaient les beaux esprits du grand siècle, la génération médicale actuelle compte encore, nous l'espérons, assez de connaisseurs pour offrir un public digne de lui au laborieux annotateur qui, au milieu de la glaçante atmosphère d'une époque de positivisme, a su mener à bien ce combat à outrance contre la tautologie, le barbarisme, le contre-sens, l'omission et l'interprétation vicieuse. Pour quelques-uns d'ailleurs, cette lecture offrira un autre genre d'intérêt; ce ne sera peut-être pas sans une curiosité quelque peu défiante que ses émules en chirurgie viendront y rechercher si ce nouveau titre de l'ex-chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon est d'aussi bon aloi que les précédents, si c'est bien réellement qu'un praticien aussi dévoué au culte de l'art

Sait du grec autant qu'homme de France !

A ceux ci nous laisserons bien volontiers le plaisir de juger par eux-mêmes, sans les troubler par le moindre soupçon sur leur compétence; et nous nous bornerons à féliciter notre confrère d'avoir aussi heureusement trouvé matière à occuper les loisirs que tout esprit d'élite parvient à se créer même au sein des labeurs les plus multipliés de la profession.

P. DINAY.

VARIÉTÉS.

— MUTATIONS DANS LE CORPS DES OFFICIERS DE SANTÉ MILITAIRES. — M. Coste, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Rennes, est désigné pour passer à l'hôpital du Val-de-Grâce.

M. Lhoste, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Lyon, est désigné pour passer à l'hôpital du Gros-Caillou.

M. Chems, chirurgien sous-aide aux ambulances de l'Algérie, est désigné pour passer à l'hôpital du Val-de-Grâce.

M. Tédeschi, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Corte, est désigné pour passer à l'hôpital du Gros-Caillou.

M. Rey, chirurgien sous-aide aux ambulances de l'Algérie, est désigné pour passer à l'hôpital de Lille.

M. Lotor, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Saint-Omer, est désigné pour passer aux ambulances de la division de Constantine.

M. Molinard, chirurgien sous-aide aux ambulances de l'Algérie, est désigné pour passer aux ambulances de la division d'Alger.

M. Garabin, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Maubenge, est désigné pour passer aux ambulances de Constantine.

M. Barby, médecin ordinaire de 2[e] classe à l'hôpital de Metz, est désigné pour les ambulances de la division d'Alger.

M. Dussourt, médecin ordinaire de 2[e] classe à l'hôpital de Strasbourg, est désigné pour les ambulances de la division d'Alger.

M. Collin, médecin-adjoint aux ambulances de l'Algérie, est désigné pour les ambulances de l'hôpital de Briançon.

M. Juckelscherer, médecin-adjoint à l'hôpital de Sedan, est désigné pour les ambulances de la division de Constantine.

M. Depaeuw, médecin-adjoint à l'hôpital de Strasbourg, est désigné pour les ambulances de la division d'Oran.

M. Caillemer, chirurgien aide-major de 1[re] classe au 10[e] d'artillerie, détaché en Algérie, est désigné pour rentrer au 10[e] d'artillerie.

M. Monier, chirurgien aide-major de 1[re] classe au 9[e] d'artillerie, est désigné pour être détaché en Algérie.

M. Campenas, chirurgien aide-major de 2[e] classe au 64[e] de ligne, est désigné pour les ambulances de la division d'Alger.

M. Jourdeuil, chirurgien aide-major de 2[e] classe, est désigné pour le 64[e] de ligne.

M. Finot, médecin ordinaire de 1[re] classe, à l'hôpital de Belfort, est désigné pour celui de Metz.

M. Golscheider, pharmacien-major de 2[e] classe, à l'hôpital de Thionville, est désigné pour celui du Val-de-Grâce.

M. Claude, pharmacien aide-major de 1[re] classe, à l'hôpital de Toulouse, est désigné pour celui de Thionville.

M. Faréau, chirurgien aide-major commissionné au 55[e] de ligne, est démissionnaire.

M. Delassus, chirurgien aide-major de 1[re] classe à l'hôpital de Lille, est nommé chef de service à l'hôpital de Calvi.

M. Calcatoggio, chirurgien aide-major de 1[re] classe à l'hôpital de Calvi, est nommé chef de service à l'hôpital de Lille.

M. Meunier, chirurgien sous-aide aux ambulances de la division de Constantine, est désigné pour l'hôpital de Lille.

M. Dautezac, chirurgien sous-aide à l'hôpital militaire de Lille, est désigné pour les ambulances de la division de Constantine.

— NOUVEL HÔPITAL POUR LES ALIÉNÉS DU COMTÉ D'HAMPSHIRE. — Le comité des magistrats choisis pour présider à l'érection de cet hôpital a estimé que les dépenses totales monteraient à 2,500,000 fr., et cette somme a été votée sur les fonds du comité.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

SYPHILISATION.

La commnnication faite par M. Auzias-Turenne à l'Académie des sciences (V. GAZ. MÉD., n° 47, p. 841), occupe et mérite à un trop haut degré d'occuper l'attention des pathologistes pour que nons nous exposions au reproche de paraître indifférents envers cette découverte. Nons ne voulous point ici la juger : preuves et explications manquent encore, et de plus, elles sont promises par l'auteur. Mais ce motif, hien suffisant pour nous faire réserver notre opinion définitive, ne sanrait l'être assez pour imposer silence aux réflexions que tout fait inattendu, voisin du merveilleux, arrache instinctivement aux esprits les plus amis de la temporisation et du doute. Si nos observations sont démenties par les résultats déjà acquis à M. Auzias, il excusera sans peine une impatience que le titre seul de sa lettre justifie. Si, au contraire, elles peuvent lui indiquer de nouvelles recherches, rectifier quelques-uns de ses aperçus, lui ouvrir une meilleure voie de démonstration, certes alors notre critique, hieu que prématurée, n'aura été sans fruit ni pour lui ni pour la science.

Il convient de distinguer dans les faits annoncés par M. Auzias, trois choses : 1° les particularités de l'évolution syphilitique qu'il a coostatée snr les animaux ; 2° l'analogie qu'il pent y avoir lieu d'établir sous ce rapport entre les animaux et l'homme ; 3° les conséquences pathogéniques et prophylactiqnes anxquelles ce fait, nne fois admis, pourrait conduire.

1° Pour ce qui regarde l'inoculation chez les animaux, personne assurément ne voudra contester à M. Anzias qu'il ait vu et bien vu ce qu'il décrit. Son nom senl rappelle à un si louable degré toutes les qualités de l'observatenr patient, attentif, consciencieux ; il est tellement lié à l'histoire de cette partie de la syphilographie, que mettre eu doute la réalité de ce qu'il avance avoir cent fois vérifié, serait, pour le critique, donner de sa propre loyauté une triste opinion. Il faut donc reconnaître avec lni que, sur les animaux mis en expérieoce, les chancres qu'il a inoculés se sont montrés d'autant plus *actifs* (1) qu'ils étaient on les premiers ou les plus ancieos en date. C'est là la partie matérielle, indéniable du phénomène. On peut différer d'avis avec l'autenr sur l'explication de sa canse, et nons proposerons peut-être nons-mêmes plns tard notre version à ce sujet ; mais il n'y a pas de dissidence possible sur l'exactitude de l'observation. Elle serait d'ailleurs d'autant moins excusable que, à ce moment, pas un médecin en Europe ne pourrait invoquer contre ces expériences des expériences contraires en nombre suffisant pour en détruire, pour en ébranler le moins du monde la valenr.

2° Cette loi, qn'on peut nommer de *saturation* syphilitique, régit-elle également l'espèce humaine? C'est là le point important, mais anssi le plus difficile à établir. Disons tont d'abord que l'analogie ne serait ici qu'une voie bieo incertaine de démonstration. L'aptitude à snbir telle on telle contagion varie à un haut degré dans les diverses classes zoologiques. Ainsi, les affections charbonneuses qui se transmettent si facilement entre les ruminants, dès qu'elles passent à l'homme, y perdent nne grande partie de leur force de propagation. La rage inoculée aux individus de l'espèce ovine épuise, au bout de qnelques passages chez eux, son ponvoir contagieux, tandis que de chien à chien, les transmissions successives possibles sont véritablement indéfinies.

Privés de l'indnction, du moins comme argument décisif, il faut recourir à l'observation. Or déjà M. Auzias affirme qu'elle plaide en sa faveur : « Des observations entreprises sur l'homme, dit-il, sont venues confirmer le fait que j'annonce. » Nous demandons bien pardon à notre honorable confrère de venir démentir une assertion qn'il se propose de prouver plus tard ; mais si nous osons nous inscrire dès anjonrd'hui contre *ses expériences*, c'est au nom *d'une expérience* bien autrement ancienne, celle de tous les syphilographes, celle aussi de tons les syphilitiques.

Ainsi :

A. S'il est positif qu'un homme qui a eu la vérole constitutionuelle est désormais sûr de ne pas en prendre une nonvelle, il n'est pas moins certain qu'un, deux, trois, vingt chancres primitifs, snivis ou non de vérole constitutioonelle, n'empêchent en aucune façon lenr malheureuse victime d'en reprendre dès demain un vingt et nnième, s'il s'est mis dans les conditions voulues et vulgairement connues pour cela.

B. Il existe en effet des individus qui se croient, qui passent dans le cercle de lenrs amis pour réfractaires à la syphilis. Mais loin d'être des hommes *saturés* de chancres, ce sont tonjours au contraire des jennes gens, peu avancés encore dans la carrière, et qu'une bonne qnalité d'épiderme, un gland habituellement découvert, la ténuité de leur organe, qui adoucit le frottement, leur susceptibilité générique qui l'abrége, empêchent pendant quelqnes années de contracter des chancres là où d'autres en prennent. Mais laissez passer encore deux on trois ans, soumettez-les à l'inoculation artificielle, et ils payeront tout aussi complet que qui que ce soit leur tribnt arriéré.

C. Nous précisons cette idée, et nous disons, contrairement à M. Anzias, qu'il n'y a point d'hommes privilégiés chez qui l'inoculation, convenablement faite, du pus chancreux, ne produise pas la pustule caractéristique.

Si nn, deux, trois chancres précédemment contractés créaient réellement, ainsi que le veut M. Auzias, des circonstances atténuantes en faveur de celui qui en prend un quatrième, il serait à la rigueur possible que ce fait fût passé inaperçu des médecins et des malades. Mais la pratique de l'inoculation n'anrait pas tardé à le mettre en relief. Ainsi les centaines (je pourrais dire les milliers) d'individus à qui M. Ricord a inoculé le pus du chancre, présentaient certes, sous ce rapport, les conditions les plus diverses, les uns ayant un chancre pour la première fois, d'antres pour la cinqniême on sixième an moins. Si donc la nonvelle théorie était vraie, on aurait ensuite vu se produire les différences les plus tranchées quant à la rapidité d'apparition, la largeur, la ténacité des chancres d'inoculation. Eh bien, il n'en a rien été. Quels qne fnssent les états de service syphilitique de ces innombrables sujets, chez tous, sans exception, la pnstule a invariablement suivi une marche identique, permettant ainsi à l'illustre expérimentateur d'en décrire la marche nniforme et constante avec une précision que jamais aucune exception depuis n'est venne démentir.

E. Tons les médecins spécialistes ont observé, et il est de science vulgaire parmi les malades, qu'une seconde blennorrhagie est moins doulou-

(1) Ce mot nous parait résumer assez bien les propriétés de rapidité d'apparition, d'étendne, de fécondité pyogenique, d'inflammation et de dnrée, que M. Auzias regarde comme plus prononcées dans le premier chancre inoculé que dans le second, et ainsi de suite.

Feuilleton.

CHRONIQUE MÉDICALE.

Magnétisme et magnétiseurs. — Le fluide odylique et le fluide escargotique. — Les somnambules en police correctionnelle. — La sibylle moderne. — Tarif de consultations magnétiques.

Il y a longtemps que nous n'avons régalé nos lecteurs de magnétisme animal. Ce n'est pas que la matière ait manqué, car jamais le zele des adeptes n'a été plus ardent et la faveur publique plus complaisante. On s'étonnerait si nous faisions le catalogue des livres, brochures, volumes de tout format, sortis de cette presse-là dans le cours d'une année. La partie indnstrielle ne va pas moins bien que la partie littéraire. Les magnétiseurs, hommes de plus de sens qu'on ne croit, ont planté là les savants, les académies, les médecins, qui leur faisaient perdre leur temps avec leurs prix dérisoires et leurs programmes d'expériences ioexécutables ; ils n'ont plus voulu avoir affaire qu'à ce bon et grand public, qui ne fait pas de questions, qui admire et qui paye. L'exploitation a marché si grand train que, parmi les branches d'industrie, le magnétisme animal est une de celles dont les fermiers des annonces ont le plus à se louer. Bref, le magnétisme est décidément entré, comme on dit, dans nos mœurs ; il est devenu un élément important et nsuel des affaires et des relations de la vie. On a maintenant aussi souvent affaire à la somnambule qu'à l'avocat et au médecin, et il ne serait pas impossible que la profession sibyllinne accaparât on rendit inutiles les deux autres. Elle empiéte même sur les attribntions des autorités, des administrations publiques, et se charge au besoin de leur besogne. Êtes-vous malade? laissez-là la médecine des médecins ; c'est si nsé! et d'ailleurs les médecins ne savent rien ; c'est connu. Allez chez la somnambule du coin qui, ainsi que vous l'annonce votre journal, dort régulièrement tous les jours de dix beures à quatre, en attendant la pratique, et qui y verra plns clair dans votre cas que le docteur le plns éveillé. Êtes-vous volé, et tenez-vous à savoir où est le voleur et surtout l'objet volé? Pas n'est besoin du commissaire de police ni des prétendus argus de M. Carlier, bons diables qui ne voient que ce qu'on leur montre, qui ne savent que ce qu'on leur apprend. Allez chez la somnambule, qui vous nommera l'bomme, vous dira le lieu, l'heure, les circonstances du fait et ses suites. Nous avons souvent pensé qu'il suffirait de quelques somnambules bien dressées (il en faudrait plusieurs pour regarder partout en même temps) pour rendre le service de sûreté de la capitale aussi prompt qu'infaillible ; et si un préfet de police intelligent, sortant enfin des vieilles routines des Sartine et des Lenoir, adoptait ce moyen, il serait à jamais fameux et béni. Tant il est vrai, comme l'a dit un profond philosophe, que les bonnes choses abondent en ce monde, mais qu'il faut savoir s'en servir! Êtes-vous en peine au sujet d'un ami, d'une amie, d'un parent habitant on voyageant en de lointains pays, à Cayenne, à la Nouvelle-Zélande, au Spitzberg? La poste de

reuse, moins aiguë, moins inflammatoire que la première; la troisième moins que la seconde, et ainsi de suite. Comment le fait qu'ils ont su signaler pour l'une des deux formes vénériennes leur aurait-il échappé pour l'autre, s'il était exact?

F. Enfin l'*adoucissement* progressif du chancre étant supposé réel, pourquoi verrait-on chaque jour tant d'infractions à cette prétendue loi? L'atténuation pourrait être faible, insignifiante, contestable; mais au moins elle ne devrait jamais faire place à une influence en sens contraire. Un quatrième chancre, plus grand, plus enflammé, plus prolongé que le premier, devrait être un fait inouï, monstrueux. Or ce fait se rencontre à tout instant. Il n'est pas de salle d'hôpital, il n'est pas de souvenir d'obscur praticien qui n'en fournit sur-le-champ quelques exemples. Nous soignons, en ce moment même, un monsieur âgé de 30 ans, maintenant affecté de chancres qui occupent une moitié du gland et la plus grande partie de l'extérieur du prépuce. Ils existent depuis deux mois, et malgré tous nos soins, ont pris un caractère phagédénique. Eh bien! ce même malade avait eu déjà des chancres en 1843, puis d'autres en 1848, et la maladie, surtout la première fois, s'était bornée à des ulcérations de durée et de largeur comparativement très-modérées. Bien entendu le même traitement avait été, à ces trois époques, prescrit par le même médecin.

G. En vain M. Auzias dirait-il que si les chancres nouveaux durent quelquefois plus ou autant que les anciens, cela tient à l'influence d'une thérapeutique vicieuse. D'abord il faudrait, pour appuyer cette manière de voir, supposer que tous les premiers chancres sont bien traités, et tous les nouveaux mal, ce qui est évidemment le contraire de la vérité; car ce n'est souvent qu'averti par la mauvaise issue d'un premier accident que le malade se décide à consulter pour celui qui lui arrive plus tard. En second lieu, l'insoucieuse population ouvrière ne donne que de trop fréquentes occasions au médecin d'observer la marche comparative des infections successives, telle qu'elle a lieu naturellement et hors de l'influence de tout traitement.

Nous résumant donc sur ce second point, nous nous croyons en droit d'affirmer que l'action *locale, directe*, du virus syphilitique sur l'homme ne suit point, dans ses transmissions successives, la progression décroissante que M. Auzias a cru pouvoir présenter comme étant un de ses caractères.

3° La conséquence à tirer de la loi énoncée par M. Auzias a déjà été saisie par les moins clairvoyants: ce serait la possibilité, pour l'individu ainsi *saturé* d'échapper désormais à toute infection syphilitique. Mais ici encore il faut distinguer entre le principe et l'exécution.

En principe, il est reçu aujourd'hui, et je pense à l'abri de toute contestation, qu'une diathèse, un état général de l'organisme, ne peut être modifié, combattu, prévenu, détruit, que par une action qui porte également son effet sur toute l'économie. Or de deux choses l'une: ou la *syphilisation* (1), due à plusieurs chancres successifs, tient à une modification générale, constitutionnelle, et alors je ne vois vraiment pas de différence entre la *syphilisation* et la syphilis, ou bien les chancres qui l'ont produite sont restés une affection locale. Dans ce second cas, le danger, je l'avoue, est moindre; mais aussi les garanties contre une infection ultérieure me paraissent beaucoup plus incertaines.

(1) M. Auzias désigne par cette expression l'état dans lequel se trouve un sujet qui, à la suite de plusieurs chancres successifs, ne peut plus en contracter aucun.

Quant à l'application, il convient de laisser entièrement à l'auteur le soin d'en tracer les règles; mais nous ne quitterons néanmoins pas ce sujet sans rappeler à nos lecteurs ce que M. Auzias sait tout aussi bien que nous:

Que chancre simple et chancre induré peuvent tous les deux donner lieu, quoique moins souvent le premier, à la vérole constitutionnelle;

Que le pus d'un chancre qui ne donnera pas la vérole à celui qui en est porteur peut parfaitement transmettre à un autre individu un chancre qui donnera la vérole à celui-ci;

Que la cautérisation abortive, sur laquelle M. Auzias compte peut-être afin d'ôter tout danger aux chancres qu'il se propose d'inoculer pour produire la *syphilisation*, tout en leur laissant leur effet censé heureusement modificateur de la constitution, que la cautérisation abortive, dis-je, rend, il est vrai, les chances d'infection générale moindres, et d'autant moindres qu'elle est faite de meilleure heure, mais qu'elle ne les neutralise jamais entièrement;

Que par conséquent les hommes exposés à avoir la syphilis préféreront sans doute courir les hasards de la contracter par la voie qui du moins offre quelques compensations, au lieu de se soumettre coup sur coup à cinq, six, sept, huit chancres, inoculés ou spontanés, cautérisés ou non, qui pourront fort bien leur donner, chemin faisant, la vérole..., le tout dans l'espoir d'être préservés contre la chance d'en contracter un neuvième...

REVUE SANITAIRE.

CONSTITUTION MÉDICALE DU TROISIÈME TRIMESTRE DE 1850.

Nous disions dans notre dernière *Revue sanitaire* (p. 605), publiée au mois d'août, que le caractère principal de la constitution médicale du second trimestre, à savoir l'intermittence, allait s'affaiblissant, et qu'une autre constitution s'établissait, caractérisée surtout par la fréquence des fièvres continues et des troubles gastro-intestinaux. Ces dernières affections ont dominé en effet pendant le troisième trimestre, mais le caractère d'intermittence a persisté au même degré à peu près qu'à l'époque où nous signalions son atténuation croissante; de telle sorte qu'on peut dire qu'il a été le trait essentiel des maladies du troisième trimestre, comme il avait été celui des maladies du deuxième. Nous nous bornons en ce moment à consigner ce fait général, comme étant nécessairement l'expression de la cause la plus générale, quoique indéterminée, de la constitution que nous venons de traverser. Nous y reviendrons en traçant, dans le prochain article, l'histoire détaillée des formes morbides qui se sont produites sous ce caractère commun. Aujourd'hui nous exposerons seulement les conditions météorologiques qui ont régné dans le cours du dernier trimestre.

Examinons d'abord, suivant notre habitude, les moyennes mensuelles de la température et de la pression atmosphérique, la quantité de pluie tombée, la direction et la fréquence relative des vents; on trouvera ces différentes données exprimées dans le tableau suivant:

---

terre et d'eau ne sert guère à ces distances, et les fils du télégraphe électrique ne seront pas de longtemps allongés jusque-là. Allez donc chez la somnambule, qui dort pour cela comme pour tout le reste; elle vous dira où est, ce que fait ou éprouve, en ce moment même, la personne aimée, et vous donnera en réalité la scène du *miroir magique*, qui fit jadis le succès de l'opéra de *Zémire et Azor*. C'est bien dommage que la communication avec la personne absente n'ait lieu que dans la direction d'elle à vous, et qu'en recevant des nouvelles vous ne puissiez pas en envoyer. Jusqu'ici les somnambules n'avaient pas pu remplir cette seconde condition d'une poste régulière, et c'était une lacune des plus regrettables dans la théorie et dans les usages du magnétisme.

Mais, dans cette époque de progrès, un besoin ne peut se faire sentir longtemps sans que la science y pourvoie d'une manière ou d'une autre. Le somnambule humain, mâle ou femelle, étant jugé impuissant à remplir l'office, on a pensé qu'un somnambule animal ou bestial serait peut-être mieux doué. De ce trait de lumière est venue la fortune inopinée de l'escargot. Comment, entre tant de milliers et de millions d'êtres marchant, rampant, volant et nageant, a-t-on songé à s'adresser à cet humble gastéropode, qui n'était jusqu'ici connu que par les gracieuses évolutions de ses deux tentacules oculaires, jolis petits spécimens de la future queue phalanstérienne, et par le goût assez problématique de sa chair, dont les Romains étaient cependant très-friands et qu'on utilise encore en province, comme prétexte à une sauce à l'ail? Est-ce un hasard, ou un coup de génie? L'inventeur, seul, M. B..., peut le dire. Quoi qu'il en soit, la découverte du fluide escargotique ouvre évidemment une nouvelle voie à la doctrine du magnétisme animal; elle y fera sans doute une révolution analogue à celle que la découverte de l'électro-magnétisme a opérée dans la théorie du magnétisme terrestre. Mais l'auteur de la découverte n'ayant pas encore dit son dernier mot, notre respect pour les droits des inventeurs, en tout genre, nous fait une loi de ne pas discuter prématurément ses idées, et nous considérerons, jusqu'à nouvel ordre, l'invention comme un paquet cacheté déposé sur le bureau de l'Académie des sciences.

Il est rare — on l'a souvent remarqué — qu'une grande découverte scientifique soit tout à fait sans précédents. Il y a toujours, pour parler médicalement, des prodromes. Le fluide escargotico-magnéto-adamique pourrait bien n'être qu'un perfectionnement d'un fluide autrement nommé, découvert il y a à peine un ou deux ans en Allemagne, et dont nous sommes heureux de donner la première nouvelle au monde savant français. Ce fluide est le fluide odylique, ainsi nommé par son inventeur, M. le baron de Reichenbach. Il se révèle principalement par des effets physiologiques tout à fait surprenants, comme, par exemple, de faire trembler et geler de froid le sujet qui en est imprégné auprès d'un poêle de fonte chauffé au rouge, et réciproquement de le faire suer et étouffer de chaleur dans un bain de neige; il fait paraître lumineux presque tous les corps au milieu des plus épaisses ténèbres, etc., etc. Un savant professeur d'une université d'Écosse, le docteur Grégory, a traduit en anglais l'ouvrage du baron de Reichenbach, et y a joint des notes et commentaires qui valent bien le texte. Qui sait si le fluide odylique et le fluide escargotique ne sont pas un seul et même agent, étudié dans des conditions différentes, et si on ne pourrait pas les ramener à cette belle unité, dans laquelle ont fini par se confondre le galvanisme, le magnétisme terrestre et l'électricité? Nous proposons timidement ces ques-

TABLE MÉTÉOROLOGIQUE DU TROISIÈME TRIMESTRE DE 1850, EXPRIMÉE EN MOYENNES MENSUELLES.

MOIS.	9 HEURES DU MATIN.		MIDI.		3 HEURES DU SOIR.		9 HEURES DU SOIR.		THERMOM.	PLUIE EN CENTIMÈTR.		Vents qui ont régné classés d'après leur ordre de fréquence (observés à midi).
	Barom. à 0.	Therm. exterieur.	Barom. à 0.	Therm. extérieur.	Barom. à 0.	Therm. extérieur.	Barom. à 0.	Therm. extérieur.	Moyenne du mois.	Cour de l'Observ.	Terrasse. de l'Obser.	fois. fois. fois. fois.
Juillet.	756,57	+ 20,1	756,13	+ 22,4	755,74	+ 22,6	756,29	+ 18,1	+ 19,1	4,411	3,900	S. 18. N. 7. O. 6. E. 0
Août	756,87	+ 18,1	756,23	+ 20,8	756,18	+ 20,8	756,77	+ 16,4	+ 17,7	15,828	14,813	S. 13. N. 11. O. 6. E. 1.
Septembre . .	759,43	+ 14,3	759,05	+ 17,2	758,32	+ 18,0	758,42	+ 13,8	+ 14,2	3,300	2,930	N. 12. S. 9. O. 5. E. 4.

La *température*, qui avait été modérée pour la saison, dans le cours du second trimestre, a continué, comme on peut voir, à présenter ce caractère dans le troisième. La moyenne mensuelle, de + 18,4 qu'elle était en juin, s'est montée en juillet qu'à + 19,1, puis est descendue à + 17,7 en août et à + 14,2 en septembre. L'année dernière, à la même époque, nous avions trouvé, pour ces trois derniers mois, + 18,3, + 18,4, + 16,1. De ces chiffres, le premier était un peu bas pour le mois de juillet, et le dernier un peu élevé pour le mois de septembre. Cette année donc, où la chaleur moyenne a été un peu plus forte au commencement du trimestre, et plus faible à la fin, on peut dire que chaque mois a eu sa température en quelque sorte normale, c'est-à-dire du degré qu'on observe le plus ordinairement.

La *pression atmosphérique* moyenne (à neuf heures du matin) a été en général assez forte : 756,57 en juillet, 756,87 en août, et 759,43 en septembre. Ce dernier chiffre surtout se présente rarement. L'année dernière avait donné, pour juillet, 756,64 ; pour août, 757,56 ; et pour septembre, 755,10. Ajoutons que, cette année, la pression atmosphérique moyenne est allée en augmentant du commencement à la fin du trimestre.

La *quantité de pluie tombée* est très-considérable. Elle se mesure par 23^{c}539^{mm} dans la cour de l'Observatoire et 21^{c}043^{mm} sur la terrasse. Cette quantité dépasse sensiblement celle que nous avions trouvée en 1849, et qui déjà n'était pas commune, à savoir, 18^{c}689^{mm} dans la cour et 17,547 sur la terrasse. Elle dépasse plus encore celle du second trimestre 1850, qui était de 18^{c}22^{mm} et 12,840. On remarquera que les deux tiers environ de la pluie totale du troisième trimestre appartiennent à un seul mois, au mois d'août ; en sorte que les deux autres n'ont fourni qu'une part de pluie fort médiocre, le mois de septembre surtout, qui pourrait même être considérée comme assez sec, n'ayant donné que 3^{c}300^{mm}, et 2,930.

Sous le point de vue *anémologique*, ce trimestre a, pour ainsi dire, répété le précédent, en ce sens qu'il s'est ouvert par une prédominance très-marquée du vent du sud, laquelle s'est affaiblie ensuite et a fini par faire place à la prédominance du vent du nord. Ainsi, en juillet, le vent du sud a soufflé 18 fois, contre le vent du nord 7 fois; en août, 13 fois le vent du sud et 11 fois le vent du nord; enfin, en septembre, 12 fois le vent du nord et 9 fois le vent du sud. Quant aux vents d'ouest et d'est, on peut voir qu'ils ont soufflé beaucoup moins souvent; le dernier surtout a manqué complétement dans le mois de juillet. On a pu s'apercevoir, du reste, par la série de nos *Revues sanitaires*, que le vent d'est était de beaucoup le plus rare de tous sous le climat de Paris. Ajoutons, pour compléter ce qui rapport à cette condition météorologique, que le vent du sud a surtout soufflé dans la seconde moitié de juillet, et le vent du nord dans la première moitié de septembre, circonstances qui ne sont pas indifférentes pour l'histoire d'une constitution médicale étudiée dans les courtes limites d'un trimestre.

Si maintenant l'on passe à l'examen des variations barométriques et thermométriques, on constate qu'elles n'ont été ni fréquentes, ni considérables pendant tout le cours du troisième trimestre. C'est ce qui résulte du tableau suivant, comprenant : 1° les oscillations barométriques et thermométriques brusquement survenues d'un jour à l'autre et mesurées par 6 millimètres au moins pour le baromètre et 4 degrés au moins pour le thermomètre; 2° les *minima* et les *maxima* des niveaux barométrique et thermométrique observés, pour chaque mois, du 1er au 10, du 10 au 20, et du 20 à la fin du mois.

TABLEAU DES VARIATIONS BAROMÉTRIQUES ET THERMOMÉTRIQUES, OBSERVÉES A NEUF HEURES DU MATIN.

MOIS.	Baromètre à neuf heures du matin.			Thermomètre à neuf heures du matin.			Baromètre à neuf heures du matin.						Thermomètre à neuf heures du matin.					
	Jours.	Élévat.	Abais.	Jours.	Élévat.	Abais.	Du 1er au 10.		Du 10 au 20.		Du 20 à la fin du mois.		Du 1er au 10.		Du 10 au 20.		Du 20 à la fin du mois.	
							Minim.	Maxim.	Minim.	Maxim.	Minim.	Maxim.	Minim.	Maxim.	Minim.	Maxim.	Minim.	Maxim.
		mm	mm				mm	mm	mm	mm	mm	mm	°	°	°	°	°	°
	Du 6 au 7	»	11	Du 1 au 2	5	»												
	Du 7 au 8	7	»	Du 7 au 8	»	4												
Juillet.				Du 17 au 18	»	6	750,44	761,68	753,01	759,49	752,38	759,98	+14,7	+22,2	+17,5	+26,6	+16,6	+26,0
				Du 21 au 22	5	»												
				Du 23 au 24	»	6												

tions; c'est aux habiles à les résoudre.

On voit que le magnétisme animal est, en théorie et en pratique, dans la situation la plus florissante. Il a en outre, de plus que les autres sciences, une propriété tout exceptionnelle, et par laquelle il concourt avec les beaux-arts à l'amusement du public. On a eu l'heureuse idée d'en faire un spectacle. Il est peu de grandes réunions de plaisir où l'on ne voie figurer un somnambule; et au lieu de : *on dansera*, il n'est pas rare de lire au bas d'une lettre d'invitation de soirée : *il y aura une séance magnétique*. Sur les places publiques, aux jours de fête ou de foire, on voit le somnambulisme faire ses tours ou ses expériences, comme il les appelle, en plein vent, à côté des chiens savants et de Polichinelle. A Paris il a sa place obligée sur divers théâtres, et il figure sur l'affiche comme un des intermèdes du spectacle du jour!

Cependant, comme il arrive à tout ce qui s'élève, ces triomphes et ces succès du magnétisme animal sont semés de tribulations. Il a à subir les traits railleurs de l'incrédulité, les attaques sérieuses de la science; il n'aime ni les uns ni les autres, mais, en définitive, il se console de ces oppositions, en se disant que le ridicule, quand il est éclatant, est une excellente annonce, et que ce sont les réfutations scientifiques qui lui font tenir rang de science; ce en quoi il montre une profonde connaissance de l'esprit humain en général, et en particulier du public. Mais il a une autre classe d'adversaires dont il ne peut décidément pas s'accommoder : ce sont les procureurs de la République. Or ceux-ci se sont avisés de trouver dans les pratiques magnétisantes une occasion d'appliquer : 1° les art. 405, 479, 480 et 481 du Code pénal, lesquels punissent de prison, d'amende et autres peines, quiconque a reçu ou tenté d'obtenir partie ou totalité du bien d'autrui par l'allégation d'*un pouvoir imaginaire, pour faire naître l'espérance ou la crainte d'un accident ou événement chimérique*, et quiconque se permet de *pronostiquer l'avenir, d'expliquer les songes et de faire métier de deviner* ; 2° les art. 35 et 36 de la loi du 19 ventôse an XI, sur la médecine, qui défend l'exercice de l'art de guérir de quelque façon que ce soit, sans être pourvu d'un diplôme de médecin. Ces redoutables textes, tracés sur papier timbré et présentés par les huissiers, ont glacé d'effroi somnambules et magnétiseurs. Ils ont été traqués de la plus rude manière tant dans les départements qu'à Paris, et il y a eu jusqu'à des fournées de dix ou douze condamnés dans une même audience.

Ils ont cependant essayé de combattre. Un d'eux, qui paraît être célèbre, a levé le drapeau de la résistance à l'oppression par un *appel à tous les amis et partisans du magnétisme*. Nous ne savons si son appel a été entendu. Du reste, ce magnétiseur avait, il faut en convenir, quelque raison de se fâcher. On avait en effet mis en cause un des sujets somnambuliques les plus précieux, la *sibylle moderne*, qui en outre était sa femme. Pour comprendre et excuser son exaspération, il suffit de donner un résumé des facultés, propriétés, qualités et puissances de cette jeune dame :

1° Comme médecin, elle guérit les maladies *nouvelles* ou *anciennes*, *aiguës* ou *chroniques*, *ordinaires* et *extraordinaires*, *physiques* et *morales*, et ce qu'il y a de plus remarquable, c'est qu'elle guérit indifféremment par l'une de ces trois méthodes, la médecine ordinaire, le magnétisme, l'homœopathie, au choix des malades.

2° Comme devineresse, elle peut annoncer l'*issue d'une affaire, d'un pro-*

MOIS.	Baromètre à neuf heures du matin.			Thermomètre à neuf heures du matin.			Baromètre à neuf heures du matin.						Thermomètre à neuf heures du matin.					
	Jours.	Élévat.	Abais.	Jours.	Élévat.	Abais.	Du 1er au 10.		Du 10 au 20.		Du 20 à la fin du mois.		Du 1er au 10.		Du 10 au 20.		Du 20 à la fin du mois.	
		mm	mm		°	°	Minim.	Maxim.	Minim.	Maxim.	Minim.	Maxim.	Minim.	Maxim.	Minim.	Maxim.	Minim.	Maxim.
Août. .	Du au 17	6	»	Du 5 au 6	»	5	mm	mm	mm	mm	mm	mm	°	°	°	°	°	°
	Du 21 au 22	6	»	Du 6 au 7	»	4	750,52	759,72	751,57	758,85	749,92	765,13	+15,8	+24,7	+16,0	+21,6	+13,5	+20,5
				Du 28 au 29	»	5												
Septem.	Du 29 au 30	»	7	Du 17 au 18	»	4	761,84	768,47	749,87	762,88	745,70*	756,37	+10,7	+17,4	+10,2	+17,8	+12,4	+16,9
				Du 19 au 20	4	»												

Nous ne croyons pas avoir jamais rencontré un trimestre où les soubresauts, les variations brusques du *boromètre* aient été plus rares et moins étendues. On peut même dire que le mois de septembre en est tout à fait exempt; car le seul soubresaut noté dans ce mois appartenant au dernier jour n'a pu évidemment exercer une influence sur les maladies du trimestre. Restent pour les deux autres mois quatre soubresauts dépassant 6 millim., dont trois dans le sens de l'élévation et un seul dans le sens de l'abaissement. L'année dernière déjà ce trimestre s'était fait remarquer par le peu de fréquence des soubresauts barométriques, mais non pas, à beaucoup près, au même degré. Le mois de septembre, en particulier, en avait fourni sept, dont quelques-uns d'une assez grande amplitude.

Quant aux variations graduelles, exprimées par les différences notées entre les *minima* et les *maxima*, elles aussi ont été peu prononcées en général, puisque ces différences ne sont représentées que par les chiffres de 24 en juillet, 32 en août et 31 en septembre; total, 87. Ce total est très-faible; il est notamment fort inférieur à ceux que nous avions obtenus en 1848 (114) et en 1849 (128). En réalité, la différence entre les *minima* et les *maxima* correspondants n'a été considérable (16) que dans une seule période de dix jours, celle du 20 au 31 août, période pendant laquelle le baromètre est descendu à 749; la différence du mois de septembre (13) se rapporte à une époque du trimestre trop avancée pour qu'on doive en tenir ici un compte sérieux. Il en est de même à plus forte raison de la différence afférente à la période du 20 au 30 septembre, où l'abaissement du baromètre à 145mm eut lieu précisément le dernier jour du trimestre.

Les variations du *thermomètre* ont été un peu moins rares; on compte cinq soubresauts de 4 degrés ou plus dans le mois de juillet, 3 en août et 2 en septembre. Néanmoins, c'est là aussi un nombre de variations brusques fort restreint et dont l'importance s'affaiblit encore en présence de leur peu d'amplitude. La plus forte d'entre elles a été, comme on peut voir, de 6 degrés. Les deux seules qui appartiennent à septembre n'ont pas dépassé 4 degrés.

Plus considérables, proportionnellement, ont été les variations graduelles. Les différences qui les expriment sont de 27° en juillet, 21° en août et 18° en septembre; total, 66. Ce chiffre n'est pas de beaucoup inférieur à celui de l'année dernière (70); mais il faut dire que ce dernier lui-même n'avait rien d'exceptionnel; en sorte que les oscillations graduelles du thermomètre dans le troisième trimestre de 1850, bien qu'elles aient été relativement supérieures aux oscillations brusques, ont été pourtant médiocrement prononcées. On remarquera que le chiffre qui les représente dans chaque mois va en s'abaissant du commencement à la fin du trimestre, exactement comme le nombre des variations brusques.

Telles sont les conditions météorologiques qui ont régné pendant le dernier trimestre; elles se résument dans les caractères suivants :

1° Température *moyenne* modérée pour la saison, et modérée dans chacun des mois du trimestre;

Variations brusques du thermomètre, rares et de peu d'amplitude; variations graduelles relativement plus étendues, mais d'une amplitude encore peu considérable; les unes et les autres diminuant de fréquence ou de degré du commencement à la fin du trimestre;

2° *Pression atmosphérique* moyenne assez forte, surtout en septembre;

Variations brusques du baromètre presque nulles et peu étendues; variations graduelles également peu prononcées;

3° *Quantité de pluie tombée* très-considérable en août, médiocre en juillet, faible en septembre;

4° Prédominance très-marquée du vent du sud dans le mois de juillet; prédominance faible du même vent dans le mois d'août; prédominance faible du vent du nord dans le mois de septembre.

Nous tracerons dans le prochain article l'histoire abrégée de la constitution médicale du trimestre.

* Ce chiffre appartient au dernier jour du trimestre.

PHILOSOPHIE MÉDICALE.

DE LA LOI BIOGÉNIQUE (1); par M. J.-B.-G. BARBIER.

La gravitation qui dirige le cours des astres dans les espaces célestes est devenue une loi à laquelle se rapportent les études, les calculs, les recherches de l'astronome et du physicien.

Les affinités moléculaires de la matière donnent une autre loi qui régit le monde minéral. Cette loi constitue la science du chimiste. Elle conduit les principes élémentaires des corps terrestres; elle les pousse à se chercher,

(1) Voir la GAZETTE MÉDICALE du 30 mars 1850, n° 13.

cès, *d'une intrigue, d'un voyage, d'une entreprise, d'un héritage, d'un mariage*, etc.

3° Comme séméiotiste ou diplomate, elle peut renseigner le consultant sur la loyauté, la conscience, les sentiments, le caractère, les mœurs, la constitution, les facultés, la fortune, et *cætera*, de toute personne avec laquelle on aurait à traiter d'une manière quelconque.

4° Comme pythonisse, elle interprète et explique les songes et les visions.

5° Comme somnambule proprement dite, elle *voit* et *entend* à toute distance, à travers les lieux et les temps.

6° Comme prophétesse, il n'y a pour elle *dans l'espace et dans le temps ni mesure ni limite.* Ses prédictions s'étendent à tous les ordres de faits, physiques, moraux, politiques, économiques (elle a, par exemple, annoncé les principaux événements politiques de ces deux dernières années; et, ce qui vaut la peine d'être noté, elle peut au besoin indiquer à l'avance la hausse et la baisse des fonds publics).

7° Enfin, comme simple mortelle, *elle joint à une excellente tenue, à une élocution élégante et facile, une intelligence rare et une louable modestie.*

On conçoit que l'auteur de l'*appel* tienne beaucoup à une femme de ce mérite, et l'on ne saurait trop s'étonner de l'inconvenant procédé de ce procureur de la République qui a fait asseoir cet être surnaturel sur les bancs de la police correctionnelle.

Cependant, comme les procès et les condamnations, loin de supprimer l'exercice de ces arts occultes, ne font d'ordinaire qu'accroître leur clientèle, nous espérons que le cabinet de la *sibylle moderne* ne sera pas longtemps fermé. Voici, pour l'édification et la gouverne de qui voudra en user, le menu des frais et des conditions d'admission.

Le prix d'une consultation est ordinairement de 20 à 50 francs *et au-dessus*, selon qu'il y a une ou plusieurs questions à résoudre, et qu'elles sont simples ou composées, selon enfin que la séance doit durer plus ou moins longtemps. On peut donc demander une séance de 20, 30, 40, 50 fr. et au-dessus.

Toute demande de consultation doit contenir :

1° Le programme des questions à résoudre par la somnambule;

2° Une mèche de cheveux de la personne à étudier;

3° Les détails et renseignements propres à diriger la somnambule dans son travail;

4° Enfin, pour payement de la consultation, un mandat *à vue* sur la poste ou sur une maison de Paris.

NOTA. Toute demande, remplissant d'ailleurs les autres conditions qui viennent d'être indiquées, mais qui n'est pas accompagnée du mandat à vue, est considérée comme nulle et non avenue, et reste sans réponse.

(Tout l'ensemble de ce tarif, et cette dernière clause surtout, montrent que la *sibylle moderne* réunit à ces précieuses facultés de tout genre, précédemment énumérées, un remarquable esprit d'ordre, et qu'elle n'entend pas moins bien le présent que le passé et l'avenir.)

D'après tout ce qui précède, on ne s'étonnera pas de lire les lignes suivantes, arrachées par la reconnaissance à un avocat d'Évreux : « J'avais été exploité d'une » manière indigne... Vous, madame, vous m'avez rendu le courage et l'espoir...

à se combiner, d'après un ordre déterminé d'attractions. Ces dernières contiennent la raison des compositions et des décompositions qui s'opèrent sans cesse à la surface et dans l'intérieur du globe.

C'est seulement après que ces lois ont été reconnues, étudiées, interprétées, que les sciences astronomiques, physiques et chimiques ont eu des principes certains, qu'elles ont pris un corps de doctrine appuyée sur des bases solides, qu'elles ont fait des progrès qui s'étendent tous les jours.

Avant la découverte de la gravitation, l'astronomie ne se composait que d'observations curieuses sur le mouvement des astres. Une attention persévérante avait constaté un grand nombre de faits, mais la science astronomique n'existait pas. La loi de la gravitation se révèle, et aussitôt tout le système du monde planétaire s'explique. Tout ce qui se passe dans les cieux est prévu d'avance, et nous annonçons à nos neveux les phénomènes célestes dont ils seront les témoins.

La chimie a eu le même sort. D'abord cette science n'était qu'un jeu de hasard. On mettait sans règle, sans guide, des substances en contact, et on attendait ce que ces rapprochements fortuits fourniraient. On espérait, à force de tentatives, obtenir des combinaisons précieuses. On croyait que les corps se formaient par accident ; la chimie était la science des prodiges. On y parlait un langage énigmatique, mystérieux.

La loi des affinités moléculaires se découvre, et la chimie devient une science dont toutes les opérations reposent sur des données positives. Si elle veut obtenir un corps, elle sait quelles sont les conditions nécessaires pour le former ; si elle désire décomposer une substance, elle connaît les agents qu'il faut employer pour séparer les principes qui la constituent. Aujourd'hui la chimie domine toutes les autres sciences : elle les a rendues ses tributaires.

Nous trouvons les corps célestes soumis à l'empire d'une loi. Nous reconnaissons qu'une seconde loi gouverne les corps terrestres inorganiques. Pourquoi les êtres organisés auxquels ces deux lois ne suffisent pas, dont elles ne peuvent faire comprendre ni le développement, ni l'existence, n'auraient-ils pas une loi qui leur soit propre? Cette troisième loi, qui complète le mécanisme merveilleux de l'univers, sera *la loi biogénique.*

Nous entendons ici par loi l'exercice patent de la puissance éternelle, infinie qui veille au maintien des ouvrages de la création. Les actes que nous voyons s'accomplir sur la terre et dans les cieux sont soumis à des règles fixes, invariables. Ils nous montrent, par leur certitude, par leur régularité, par leur ponctualité, qu'ils sont conduits par une injonction souveraine. Ces actes sont des produits visibles, des témoignages éclatants d'un empire qui s'exerce incessamment sur l'univers, et que proclame l'expérience des siècles.

Aurait-on quelque répugnance à admettre la loi biogénique? Cette répugnance tiendrait-elle à l'origine de cette loi, à ce qu'elle suppose un pouvoir occulte, un pouvoir divin? Mais la cause de la gravitation, celle des affinités moléculaires sont-elles plus à la portée de notre esprit, se prêtent-elles davantage à la démonstration?

Si je consulte, sur la loi de la gravitation, l'auteur de la mécanique céleste, le célèbre Laplace, il me répond que les mouvements du soleil, des planètes, des satellites indiquent une cause générale qui les a déterminés, et qu'il y a plus de quatre mille milliards à parier contre un que cette disposition n'est point l'effet du hasard : ce qui forme, ajoute-t-il, une probabilité bien supérieure à celle des événements les plus certains de l'histoire, sur lesquels nous ne nous permettons aucun doute.

Nous arrêtons-nous à la loi des attractions moléculaires, le pouvoir dont elle émane n'est pas plus connu. Fourcroy dit que la nature créatrice a placé dans tous les corps qui composent notre globe une force intime qui pénètre, agite leurs molécules, et qui les invite en quelque sorte à s'unir les unes avec les autres. M. Thénard n'explique cette tendance à la combinaison que par l'existence d'une force inhérente à la matière dont il ignore complètement la cause.

Comme la loi de la gravitation, comme celle des affinités moléculaires, la loi biogénique ne se démontre que par les faits. Ces lois datent de la création, et leur origine est enveloppée de la même obscurité. Ce qu'il y a d'évident, c'est qu'elles ont fait arriver les choses créées jusqu'à nous ; c'est qu'elles conservent, qu'elles maintiennent l'ordre admirable de l'univers. Ces lois immuables attestent une volonté souveraine, un pouvoir incommensurable. La main d'où procède ce pouvoir ne se révèle qu'à la conscience de l'homme. Comme l'abrogation de ces lois anéantirait le monde, l'âme éprouve un doux sentiment de sécurité à reconnaître une suprématie.

Les êtres qui ont reçu une organisation, les plantes et les animaux, ne sont pas soustraits à l'empire de la loi de la gravitation, ni à celui de la loi des affinités moléculaires. Mais les conditions de leur existence démontrent que ces êtres sont soumis à l'autorité d'une autre loi, et que cette autorité domine en eux la puissance des deux lois dont nous venons de parler.

Les êtres organisés forment une création à part. Ils ont un corps isolé, composé d'un nombre déterminé de pièces distinctes. Chacune de ces pièces remplit une fonction particulière. C'est le jeu combiné de ces pièces, c'est la coordination de ces fonctions, qui fait croître ces êtres, qui leur assure une durée à peu près fixée, qui les perpétue par la génération. Tout ce qui se passe en eux nous apparaît comme l'effet d'une force qui pénètre leur organisation, qui anime toutes les parties de leur corps. Quand cette force les abandonne, ils rentrent sous la domination de la loi des affinités moléculaires, ils se décomposent, se détruisent.

On sait quels hommages les hommes ont dans tous les temps rendus à ce qu'ils ont nommé la *nature!* Combien est imposant tout ce qu'ils entendaient exprimer par ce mot, que l'on retrouve dans les ouvrages des astronomes, des chimistes, des naturalistes, des médecins, des philosophes, etc. Mais on n'a pas donné une définition bien précise du sens que l'on attachait à cette parole. Ici la nature est la puissance créatrice elle-même, là elle ne représente plus que ses ouvrages, que l'ensemble des choses créées. Dans les livres d'astronomie, elle devient la loi de la gravitation, elle assure la durée du système planétaire. Les chimistes donnent la nature comme une force sans cesse agissante dans le globe terrestre. C'est elle qui dirige les combinaisons minérales, qui les décompose pour en former d'autres.

Enfin, quand on s'occupe des plantes et des animaux, la nature reparaît encore, mais alors elle est devenue une puissance organisatrice, une puissance vivifiante : elle est synonyme de force vitale, de principe vital. Tant de merveilles se produisent dans les corps organisés! Ces merveilles sont tellement étrangères aux lois de la pesanteur et des attractions chimiques, tellement éloignées de ce que nous voyons dans les autres corps terrestres, qu'il a fallu, pour les concevoir, admettre dans ces êtres quelque chose qui leur était propre, qui leur donnait des facultés d'un ordre spécial, ce que l'on appelle la vie!

Que proposons-nous de substituer à ces inventions fabuleuses? Une loi qui régit les êtres organisés, comme la loi des affinités moléculaires régit les

---

» Merci encore. *Du reste, vous trouvez votre récompense dans la dignité avec laquelle vous exercez le noble sacerdoce que tant d'autres dégradent en le réduisant aux ignobles proportions d'un trafic...* ».

Nous aurions bien d'autres choses à vous dire du magnétisme et des magnétiseurs, mais cela suffira pour cette fois ; c'est déjà bien assez qu'ils aient envahi toute la CHRONIQUE et ne laissent pas la plus petite place à la plus petite nouvelle. Nous en avions deux ou trois, qui heureusement peuvent attendre jusqu'au numéro prochain sans rien perdre de leur fraîcheur.

— Les registres des inscriptions ont été clos le 15 novembre dans la Faculté de médecine de Paris. Il résulte du relevé des chiffres officiels, que la population de l'École de médecine s'est accrue en 1850 dans une remarquable proportion. Le nombre d'inscriptions, qui était de 880 en novembre 1849, s'élève à 1,223 en 1850.

— Le président de la République,

Sur le rapport du ministre de l'instruction publique et des cultes ;

Vu les lois, décrets, ordonnances et règlements, relatifs à l'enseignement et à l'exercice de la médecine, et notamment l'ordonnance du 12 décembre 1824, portant organisation de la Faculté de médecine de Montpellier ;

Le conseil supérieur de l'instruction publique entendu,

Décrète :

Art. 1er. La chaire de botanique de la Faculté de médecine de Montpellier est convertie en une chaire de botanique et d'histoire naturelle médicale.

Art. 2. Il sera pourvu par la voie du concours à la nouvelle chaire de botanique et d'histoire naturelle médicale.

Art. 3. Le ministre de l'instruction publique et des cultes est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à l'Élysée-National, le 25 novembre 1850.

L.-N. BONAPARTE.

Le ministre de l'instruction publique et des cultes,

E. DE PARIEU.

— A la sollicitation des médecins suédois qui ont suivi la clinique ophthalmologique de M. le docteur Desmarres, le roi de Suède vient d'envoyer à notre savant confrère la décoration de l'Étoile polaire.

— On écrit d'Alger :

« Sous l'influence d'une nuit orageuse et d'une atmosphère fortement chargée d'électricité, le choléra vient encore de manifester sa présence au milieu de nous par une nouvelle recrudescence. Hâtons-nous de dire que le fléau présente bien moins d'intensité que le mois dernier, et que, par suite d'une modification notable dans l'atmosphère, une amélioration sensible n'a pas tardé à se manifester dans la santé publique.

» Dans l'espace de deux jours, on a compté 42 constatations et 36 décès.

» Les environs de la ville continuent heureusement à être préservés du choléra. »

êtres inorganiques et la loi de la gravitation les corps sidéraux. Tous les actes que l'on attribue à la nature, au principe vital, à la force vitale dans les corps vivants, ne seront pour nous que des effets de l'application de la loi biogénique sur ces corps. La vie ne sera toujours que la manifestation de cette loi. On la voit en action, quand on parle de la fécondité, de la sagesse, de la prévoyance de la nature vivante.

Opposerait-on à l'admission d'une loi pour les êtres qui ont reçu une organisation, la diversité de ces êtres, le nombre infini de phénomènes différents auxquels il faudrait l'appliquer? Mais y a-t-il plus d'unité, y a-t-il moins de diversité dans les choses qui dirigent la loi de la gravitation et surtout celle des affinités moléculaires?

La loi de la gravitation règle les mouvements des astres; mais chacun d'eux suit dans son cours une direction particulière.

La loi des attractions chimiques domine tous les corps minéraux. Elle attache aux molécules de ces corps des affinités invariables. Quand des substances dont les affinités se conviennent se trouvent en contact immédiat, leurs molécules s'unissent, des composés se forment. Ces derniers, abandonnés à eux-mêmes, sont inaltérables. Mais si des molécules douées d'une affinité plus forte pour les principes de ce composé surviennent, elles opèrent un départ de ces principes, le composé perd son existence, et de cette décomposition naît un nouvel être, que d'autres molécules menacent à son tour.

Ces propriétés virtuelles, ces actions réciproques produisent un mouvement continuel dans l'intérieur du globe comme à sa surface; elles suscitent des changements sans fin, des transformations perpétuelles dans les êtres minéraux. Ces créations sont soumises à des règles constantes et fixes. Les substances minérales se reproduisent toujours avec les mêmes caractères physiques, avec les mêmes qualités intimes. Toutes les espèces renaissent semblables dans le monde inorganique comme dans le monde organisé. La loi des affinités moléculaires se montre donc multiple, compliquée dans son application.

L'autorité d'une loi se manifeste sur les corps végétaux et animaux comme sur les corps minéraux. Là aussi il y a commandement et soumission. Mais la loi des êtres organisés a une autre essence. Au lieu de l'affinité inhérente aux molécules des êtres inorganiques, nous trouvons la vie dans les organes des végétaux et des animaux. La loi biogénique semble se partager en autant de puissances distinctes qu'il a été créé d'espèces dans le règne végétal et dans le règne animal. Chacune de ces espèces possède comme une émanation de la force créatrice qui se transmet par la génération. C'est la spécialité de cette émanation, c'est son identité dans tous les individus d'une même espèce, qui fait que les formes originelles se conservent, que le matériel des corps offre toujours la même composition chimique, que les individus reproduisent exactement dans leurs descendants l'organisation qui a été assignée à leur espèce.

Si la loi biogénique était sérieusement acceptée, si cette loi obtenait dans les connaissances humaines le rang qu'elle doit y occuper, le premier avantage que nous retirerions, ce serait de contenir les physiciens et les chimistes. Nous ne les verrions plus faire des efforts, toujours inutiles et toujours renouvelés, pour expliquer, par les données de la mécanique et de la chimie, les phénomènes de la vie. Ils respecteraient la loi biogénique à l'égal des autres lois de la création.

Que l'élasticité des cartilages costaux, que l'élasticité des poumons rendent quelques services dans le jeu des inspirations et des expirations de l'air, ces mouvements mécaniques font-ils concevoir la fonction respiratoire? L'exercice de cette fonction n'offre-t-il plus de mystère, parce qu'on sait que, dans les vésicules bronchiques, l'oxygène de l'air se combine avec certains principes du sang veineux? Toute l'opération de l'hématose consiste-t-elle dans l'action chimique que l'air exerce sur ce sang, et du sang veineux que l'on met en contact avec l'air atmosphérique devient-il aussitôt identique avec celui qui circule dans les artères?

Les exhalations, les absorptions qui se font sur les surfaces vivantes, et dont l'exercice est soumis à tant de variations, à tant d'anomalies, sont-elles un simple produit de la porosité de ces surfaces?

Le suc gastrique que sécrète l'estomac au moment de la digestion attaque les matières alimentaires. Mais n'y a-t-il là qu'une opération chimique? Des décompositions, des combinaisons, des transformations se font dans la cavité gastrique: elles ne sont pas seulement dirigées par la loi des affinités moléculaires; elles s'exécutent sous la pression d'une autre puissance. Plus loin la vie devient encore plus manifeste. C'est elle qui forme le chyle; c'est elle encore qui assimile les principes de ce dernier au sang; c'est elle enfin qui dirige l'acte secret par lequel tous les tissus organiques s'approprient les molécules nutritives que le sang leur présente, et les identifient à leur substance.

Quand les sciences qui se rapportent à la loi de la pesanteur ou à celle des affinités moléculaires sortent de leur domaine, pénètrent dans celui de la loi biogénique, elles deviennent étrangères aux objets qu'elles veulent embrasser. Dans les recherches qui concernent l'existence des êtres organisés, les principes de ces sciences ne sont plus applicables. S'ils paraissent éclairer un instant quelque partie d'une fonction, on arrive bientôt à un fond essentiel qu'ils n'expliquent plus. Alors s'impose la nécessité de recourir à une force occulte, à un moteur inconnu. Alors on adopte le mot nature, qui désigne un pouvoir sans origine, une chose idéale. En mettant la loi biogénique à la place de la nature, on ne fait pas seulement un changement de nom. Au lieu d'une idée incomprise, d'une expression qui ne se rapporte à rien, qui conduit l'esprit à une sorte d'idolâtrie, on trouve l'empire d'une loi qui se lie aux autres lois de la création: on adopte le germe d'une philosophie nouvelle pour la science des êtres organisés.

L'autorité de la loi biogénique est toujours en action devant les personnes qui se livrent à l'étude des sciences physiologiques et pathologiques. Disons quelques mots de chacune de ces sciences.

La *botanique* et la *zoologie*, ces belles parties de l'histoire naturelle, comprennent tous les êtres que gouverne la loi biogénique. Elles étudient l'organisation de ces êtres; elles réunissent ceux qui sont d'une ressemblance complète, et de la collection de ces individus, elles forment les espèces, opération importante, car les espèces sont l'ouvrage de la création, et c'est le naturaliste qui établit les genres, les classes, les familles, en rapprochant les espèces qui ont de l'analogie entre elles.

Nous devons nous borner ici à signaler les faits qui décèlent une intention, une prévoyance, un commandement. Le mammifère, l'oiseau, le poisson, l'insecte, la plante, etc., ont tous un corps parfaitement approprié aux conditions d'existence qui ont été faites à chacun d'eux. Ce corps a été pourvu de toutes les pièces qui lui sont nécessaires; tous les besoins ont été prévus. Si, à une époque de la vie, un organe devient utile, il se développera au moment où il doit servir. Si une matière est destinée à remplir quelque usage important, le corps la fournira à l'époque où elle sera désirée. Tout a été calculé et arrive toujours à propos.

Non-seulement ce que les phénomènes des êtres organisés étaient dans le passé, ils le sont pour nous, ils le seront après nous; mais chacun apparaît dans l'année à une époque fixée, invariable. La lumière et le calorique, plus abondants au printemps et en été, portent la même impression sur tous les corps terrestres, mais sur les êtres organisés cette impression produit des effets qui sont très-variables. Chaque espèce y répond d'une manière qui lui est propre.

Si nous nous arrêtons aux végétaux, nous voyons les graines des plantes rester dans la terre un temps variable, mais toutes les graines d'une même espèce lèvent ensemble. Les tiges des plantes vivaces ne s'allongent que quand le moment marqué pour leur espèce est arrivé. L'évolution des feuilles des arbrisseaux et des arbres, comme leur chute, semble se faire à un signal donné pour chaque espèce. On sait que toutes les plantes ont dans l'année un temps assigné pour leur floraison, pour leur fructification, pour la dissémination de leurs graines; ces actes de la vie végétative ont lieu simultanément dans tous les individus qui composent une espèce: ils semblent avoir tous ressenti la même impulsion.

Ces remarques s'appliquent aux animaux. Les principaux actes de leur vie se font toujours, dans chaque espèce, à des époques déterminées.

On s'est occupé du mouvement des étamines sur les pistils, mais a-t-on réfléchi que ces mouvements n'ont lieu qu'au moment où le pollen a acquis ses propriétés fécondantes, et qu'alors les stigmates des pistils sont gonflés, sont humides, qu'ils présentent une disposition convenable pour le recevoir.

Les mammifères, à l'état de liberté, ont, dans l'année, une époque où ils éprouvent le besoin de se reproduire; tous les individus de la même espèce le ressentent en même temps. Il y a alors une concordance remarquable dans les sexes. Les testicules des mâles sécrètent une liqueur qui contient un grand nombre d'animalcules, et les ovaires des femelles offrent des ovules gonflés, dans un état de maturité. Les soins dont l'œuf fécondé devient l'objet sont curieux. Tout est préparé sur son passage, et il trouve en arrivant dans l'utérus une membrane muqueuse épaissie, tomenteuse, plus sanguine. Un appareil vasculaire s'organise autour de l'embryon; il met celui-ci en communication avec la masse sanguine de sa mère. La durée de la gestation est fixée pour chaque espèce, et quand l'utérus a expulsé l'être ou les êtres qu'il contenait, les mamelles se gonflent, elles fournissent abondamment le lait qui doit nourrir ces nouveaux individus.

Les organes de la génération des mâles et des femelles des oiseaux entrent aussi en même temps dans un état d'orgasme. La durée de l'incubation a un terme arrêté pour chaque espèce. Le travail créateur, qui conduit l'être naissant de la condition de germe à la condition d'animal parfait, est accompli à jour fixe.

L'autorité d'une loi se montre encore dans ce qui se passe depuis l'éclosion de l'œuf d'un lépidoptère, jusqu'à l'arrivée du papillon. Ces œufs, toujours déposés sur l'arbrisseau ou sur l'arbre dont les feuilles conviennent pour la nourriture des chenilles: celles-ci n'apparaissant qu'à l'époque où ces feuilles se développent; ces chenilles se transforment après un temps

déterminé, en nymphes, d'où sortiront des papillons à la suite d'une sorte d'incubation que ces nymphes éprouvent dans les cocons soyeux qui les renferment. La durée de chacune de ces métamorphoses est ordinairement fixée. Elles se reproduisent tous les ans de la même manière. Ce que l'on observe pour une génération est la répétition fidèle de ce qui a eu lieu pour les générations qui ont précédé. Toutes ces mutations créatrices sont aussi constantes que la marche des astres, aussi sûres que les opérations chimiques des affinités moléculaires.

Combien de faits de détail nous pourrions ajouter au petit nombre que nous venons d'exposer, pour signaler l'empire de la loi biogénique sur chacun des êtres organisés. Dirons-nous que si une plante porte des étamines plus courtes que les pistils, la fleur est pendante; que si les étamines sont séparées des pistils, comme dans les plantes monoïques, les premières occupent la partie supérieure de la tige; que dans certains fruits, il existe des espèces de ressorts destinés à lancer les graines au loin; que d'autres graines sont garnies d'aigrettes, d'ailes qui favorisent leur dissémination, etc., etc.?

L'horticulteur parvient, par des procédés ingénieux, à obtenir des plantes dont les tiges, les feuilles, les fleurs, les fruits, ont des qualités acquises qui leur donnent un grand prix. Comment parvient-il à multiplier ces plantes? il emploie la bouture, l'écusson, la greffe, qui lui donnent seulement une continuation, une division des mêmes individus. S'il a recours aux graines de ces plantes cultivées, le plus souvent il est trompé dans son attente. Les caractères originels de ces plantes se représentent; les qualités que la culture avait obtenues disparaissent. On dit que la nature, c'est-à-dire la loi biogénique, a repris ses droits.

Voulez-vous une preuve de la puissance de cette loi, contemplez une de ces plantes ou un de ces animaux dont la petitesse étonne l'imagination. Dans ces corps si exigus existe une organisation complète : tous les instruments nécessaires à l'accomplissement des fonctions qui conservent les individus et de ceux qui servent à perpétuer les espèces s'y trouvent. Il y a autant de machines, de ressorts, de mouvements, de produits dans cette parcelle de matière organisée que dans les animaux les plus gros.

L'anatomie, ou l'étude de la structure des corps végétaux et animaux, prouve qu'une intelligence souveraine a présidé à ces constructions, a réglé la disposition de toutes leurs parties. Quel art dans l'arrangement des diverses pièces qui constituent ces êtres! Toujours la solidité alliée à la délicatesse, toujours la position de chaque partie favorisant son action, toujours pour chaque organe la forme qui convient à sa destination; partout unité de plan, intention évidente, pouvoir absolu.

Les viscères des animaux dont la déformation compromettrait la vie, protégés par des parties dures et résistantes, la situation de chaque organe assurée par des liens solides. Quels merveilleux effets de mécanique nous présentent les squelettes des animaux! Les os qui se meuvent les uns sur les autres ont leurs surfaces humectées par la liqueur synoviale. Aux orifices du cœur sont placées des valvules sans lesquelles la circulation du sang ne pourrait se faire. Les valvules d'un grand nombre de veines et leur destination, l'absence de ces valvules dans les veines où elles seraient inutiles, le jeu de l'épiglotte, des sphyncters, etc., etc. Que de motifs pour reconnaître dans ces organisations l'ouvrage d'une volonté, d'une loi!

Les parties sont toujours pour leur volume et pour leurs propriétés dans un rapport exact avec les besoins de l'être qui les porte. Les oiseaux de proie, l'aigle, le faucon, etc., doivent jouir d'une vue perçante et rapide; ils possèdent des tubercules quadrijumeaux et des nerfs optiques d'un volume considérable. Une vision moins développée suffit aux oiseaux gallinacés; on trouve chez eux les organes bien plus petits.

La *physiologie* voit en mouvement les organisations si diversifiées des plantes et des animaux. Elle ne trouve ni dans la forme ni dans la texture des organes la raison des opérations qu'ils exécutent. L'examen d'une feuille ne lui dira pas pourquoi, si on change sa disposition, si on la retourne et que sa surface supérieure devienne inférieure, elle reprend d'elle-même et en peu de temps sa situation première, pourquoi les tiges volubiles s'enroulent autour des corps solides aussitôt qu'elles les rencontrent. Ce n'est point la condition matérielle du foie ni celle des reins qui expliquera pourquoi le premier fournit la bile et les seconds l'urine.

Il faut admettre dans l'économie animale quelque chose de plus que les lois de la physique et de la chimie pour concevoir comment l'exercice journalier de l'absorption, de la nutrition n'amène pas plus souvent des transformations de nos tissus organiques; comment l'enlèvement de molécules qui sont remplacées par d'autres molécules ne modifie pas la forme, la texture des organes où cette rénovation s'opère d'une manière incessante; pourquoi même une espèce ne prend jamais la figure d'une autre espèce, pourquoi une vigne ne devient jamais un figuier.

La loi biogénique répond à toutes ces questions. Cette loi se présente dans tous les êtres vivants comme une force intelligente qui suscite, qui dirige tous les mouvements, toutes les actions de leur organisme. Toutes les opérations de la vie sont réglées par elle; elle conserve à chacune de ces opérations son caractère, sa destination; elle est le lien qui unit les fonctions de la vie, qui les fait concourir à un but commun, l'entretien, la conservation de l'être au profit duquel elles s'exécutent.

Nous reproduirons ici ce fait, parce qu'il est d'une grande valeur pour la doctrine que nous soutenons. Les êtres organisés composent eux-mêmes le matériel de leurs corps; ils emploient l'oxygène, l'hydrogène, le carbone, l'azote. Avec ces éléments, ils constituent toutes leurs parties; ils en font, ici des tiges, des feuilles, des fleurs, là des tissus cartilagineux, fibreux, musculaires, médullaires, et du sang, etc. La loi des affinités moléculaires ne produit jamais la gomme, le sucre, les huiles, la fécule, la résine, l'albumine, la fibrine, la graisse, etc.; la loi biogénique en forme journellement et abondamment.

Les êtres organisés n'ont pas une stabilité d'état, une existence illimitée comme les êtres minéraux. Les premiers naissent, croissent, sont quelque temps stationnaires, puis décroissent et se détruisent. Cette destinée est inévitable. Ce mouvement de la vie forme des époques que l'on désigne sous les noms d'enfance, de jeunesse, d'adolescence, d'âge mûr et de vieillesse.

Ces évolutions des âges amènent des changements profonds, importants dans l'organisation. Chaque période de la vie donne au corps une constitution nouvelle, lui confère des facultés qu'il n'avait pas, lui enlève celles dont il jouissait. Ces mutations organiques se succèdent d'une manière régulière dans les individus, mais leur durée varie selon les espèces. Quelle que soit la brièveté de la vie d'un être organisé, ces époques se distinguent toujours. Nous ne trouvons rien dans les êtres inorganiques qui ait quelque analogie avec ce qui nous occupe. L'autorité de la loi biogénique devient ici manifeste.

La *pathologie*, vue d'une manière générale, s'occupe des maladies des êtres vivants. La santé est la condition ordinaire, la situation légitime de ces êtres. Cette condition existe tant que la loi biogénique conserve sur eux toute son autorité. La maladie offre un état tout différent. L'ordre normal n'existe plus; la loi biogénique est contrariée, violentée; les signes d'un désordre, j'ai presque dit d'une révolte, se manifestent dans l'organisation. Pour nous les maladies seront donc des aberrations, des dérogations que la loi biogénique éprouve dans son application.

Si dans les espaces célestes un corps observait mal la loi de la gravitation, il y aurait écart, perturbation dans sa marche. Si les molécules des corps terrestres obéissaient à une impulsion qui ne serait pas celle de la loi des affinités moléculaires, elles créeraient des combinaisons extraordinaires, insolites. Ces produits seraient des sortes de maladies dans l'ordre sidéral comme dans le monde minéral. Les maladies des êtres organisés nous offrent non pas une violation de la loi biogénique, mais des anomalies auxquelles cette loi paraît se prêter.

Citerons-nous comme preuves de la possibilité de faire varier les applications de cette loi, les productions que l'on connaît en histoire naturelle sous le nom de variétés, c'est-à-dire des individus que des influences accidentelles font différer de l'espèce à laquelle ils appartiennent; les améliorations qu'une intelligente interprétation de la loi biogénique sait obtenir dans la multiplication des animaux domestiques? Rappellerons-nous les qualités que l'horticulteur parvient, par une culture adroite, à donner aux fleurs et aux fruits?

Les monstruosités sont les produits d'un arrêt ou d'une exagération de la nutrition, de l'absorption, dans diverses parties des êtres organisés pendant leur premier développement, d'une soudure de plusieurs pièces, etc. Il y a eu désordre dans l'exercice des fonctions qui devaient composer le corps de ces êtres; la loi biogénique n'a pas été observée. On dit que c'est une erreur de la nature.

Comparez les individus d'une même espèce, que de dissemblances ne vous offrent-ils pas sous le rapport de la taille, du volume, de la force, etc. Il y a plus : si vous examinez sur le même individu les pièces qui composent son organisation, vous ne les verrez pas toujours en harmonie pour leur développement, pour leur aptitude. Des personnes dont le corps est fortement constitué portent un ou plusieurs organes faibles, délicats. Combien d'hommes d'une chétive constitution sont remarquables par la force matérielle d'une partie de leur corps: chez l'un, c'est le cerveau; chez l'autre, c'est le cœur, l'estomac, le foie, etc.

La loi biogénique est donc susceptible d'éprouver des variations, même des écarts dans son application. Nos affections pathologiques sont des suites de ces variations, de ces écarts. Tous les modes de lésions qui donnent naissance aux maladies sont des produits d'un trouble dans l'exercice de fonctions qui ont pour objet de maintenir l'intégrité du corps, d'assurer la conservation de la vie.

L'empire de la loi biogénique s'exerce sur des êtres si mobiles, cette loi préside à des opérations si délicates! Ces êtres sont incessamment soumis à des influences extérieures si puissantes et si changeantes!

Ainsi l'homme puise sans cesse dans l'air atmosphérique l'oxygène, sans lequel la respiration ne peut opérer la conversion du sang veineux en sang artériel. Mais l'atmosphère terrestre exerce sur le corps de l'homme d'autres influences aussi variées que puissantes. Tantôt l'air est sec, tantôt il est chargé d'humidité : dans ces deux états il a sur l'homme une action d'un caractère bien différent. L'air peut aussi contenir plus ou moins de lumière et de calorique. Ces principes stimulent ses organes en proportion de leur abondance. De plus, ils se combinent avec ses liquides et avec ses solides, et concourent à leur donner la composition qu'ils doivent avoir. On sait ce que le défaut de lumière produit sur l'homme comme sur les plantes. L'air devenu froid lire de cette qualité négative un pouvoir d'une grande étendue sur les êtres vivants. Enfin l'air peut contenir des principes étrangers à sa constitution chimique, des corpuscules irritants, des miasmes morbifiques, etc. Ces influences se succèdent souvent d'une manière brusque; leur action est encore augmentée par les agitations qu'éprouve la masse atmosphérique, par les courants qui s'y établissent.

L'emploi des aliments et des boissons a pour objet de fournir à l'homme les matériaux nutritifs dont son corps a besoin pour réparer les pertes qu'il fait sans cesse. Mais les substances qu'il emploie pour son alimentation sont très-variées ; elles diffèrent par la proportion de principes alibiles qu'elles recèlent, mais aussi par le genre d'impression qu'elles portent sur l'organisation qui les reçoit.

Les quatre saisons de l'année donnent à l'homme une disposition différente ; la situation du pays qu'il habite, le climat dans lequel il vit, laissent sur son organisation une empreinte particulière ; une vie sédentaire, une vie active la modifient d'une manière remarquable ; les passions de l'âme suscitent des mouvements violents, etc., etc.

L'homme vit donc au milieu d'influences puissantes, diversifiées, multipliées qui tendent sans cesse à changer sa condition actuelle. La loi biogénique travaille à effacer les impressions que ces causes portent sur l'organisation, quand elles deviennent trop actives, quand elles sont nuisibles; mais est-il étonnant que cette intention ne puisse pas toujours être remplie, que parfois cette loi éprouve des irrégularités, des infractions dans son application.

L'état de maladie est ordinairement la suite d'un refroidissement, d'un échauffement du corps, d'un écart, de régime, d'un excès de travail corporel, d'un repos trop prolongé, d'un accès de colère, d'une peur, etc., etc., de causes enfin qui ont provoqué dans l'économie animale des mouvements insolites, une perturbation plus ou moins grave.

Si l'impression que ces causes ont produite sur l'organisation est légère, si l'ébranlement qu'elles ont occasionné n'est pas profond, la loi biogénique maintient l'ordre normal; il ne se forme pas de lésions pathologiques. Une impression plus forte, un ébranlement plus prononcé peuvent amener pendant quelques jours une santé douteuse, du malaise, un dérangement de quelques fonctions. Fréquemment la loi biogénique corrige encore ces désordres, reprend bientôt son autorité. Les changements d'état qu'éprouvaient certains organes se dissipent, les lésions qui les menaçaient avortent, il ne survient pas de maladie. L'expérience prouve que ces résultats heureux se remarquent principalement sur les personnes qui ont une bonne et forte constitution, c'est-à-dire sur les personnes chez lesquelles la loi biogénique a une grande puissance.

Trop souvent les causes extérieures que nous avons citées plus haut sont l'occasion de mutations redoutables dans l'économie animale. Un ou plusieurs organes perdent leur condition normale : la composition du sang se modifie, les fonctions de la vie prennent un cours dérégié, de nouvelles lésions se forment sans cesse. La loi biogénique est devenue impuissante; un état morbide bien prononcé a envahi l'organisation.

Pour nous la maladie n'est point un être, elle n'est point un travail pour expulser ou pour assimiler une matière morbifique; elle ne consiste pas dans une perturbation de propriétés vitales, dans une réaction intentionnelle, etc. Il y a maladie quand la loi biogénique est troublée dans son application, que l'exercice des fonctions conservatrices de l'organisation est vicié, qu'il s'est formé sur quelques points du corps des lésions, que l'état normal des fluides et des solides est altéré.

Les symptômes sont l'expression de ces lésions. L'importance des organes modifiés, l'étendue de la lésion qui les occupe, le nombre de ces foyers morbides, font la gravité de la maladie. Le diagnostic, le pronostic, la thérapeutique, tout arrive là. Mais il faut s'entendre sur la valeur du mot *lésion* en pathologie. Pour reconnaître qu'une lésion a existé, il ne faut pas exiger qu'après la mort l'organe offre toujours une altération visible, appréciable, de son tissu. Une lésion morbide, une lésion qui a fourni des symptômes sérieux, peut n'avoir été qu'un changement d'état qui s'est effacé avec la vie, que l'on ne retrouve plus sur le cadavre. Peut-on saisir après la mort le degré de tension des tisssus, estimer la chaleur qu'ils avaient acquise, retrouver leur coloration, etc.? Peut-on juger les modifications organiques qui sont intimes et moléculaires? Peut-on constater une lésion commençante, etc.?

Entre un être sain et un être malade, il n'y a qu'une différence dans l'exercice de la vie. Mais on oublie qu'entre un être malade et un être mort, il n'y a plus aucun rapport. Le premier est animé par la loi biogénique; il existe sous son empire. Cete loi a abandonné le dernier, et il n'est plus soumis qu'aux deux autres lois de la création, la loi des affinités moléculaires et la loi de la pesanteur. Dans les recherches anatomiques, il faut vivifier par la pensée les organes que l'on examine, redonner en quelque sorte aux parties qui fournissaient des phénomènes morbides les qualités insolites qu'elles avaient pendant la vie.

Nous nous hâtons de dire que le trouble que l'on observe dans l'action d'un organe peut avoir son moteur loin de cet organe; mais alors il y a toujours quelque part une lésion qui fait naître ce trouble. Toute l'organisation est soumise à l'influence des centres nerveux. L'innervation peut acquérir un pouvoir anormal, une force perturbatrice, parce que le point d'où elle provient a éprouvé un changement d'état, a pris une disposition nouvelle. L'organe qui la reçoit exécute des mouvements anormaux, l'exercice de sa fonction est altéré sans que ses tissus aient éprouvé aucune modification matérielle. On dit alors qu'il y a un simple trouble fonctionnel, une affection purement vitale. Nous ajouterons que la lésion qui s'est alors formée dans les centres médullaires, sur les cordons nerveux ou dans les plexus des nerfs ganglionnaires, est ordinairement si légère, si fugace, que l'on n'en retrouve aucune trace sur les cadavres. Ce sont des lésions qu'il faut juger pendant la vie par les symptômes, par les phénomènes qui en émanent.

Il ne peut y avoir d'effet sans cause. Il ne peut se manifester dans une organisation des symptômes, des signes morbides, sans qu'il y ait un changement d'état des organes qui les fournissent, ou des parties de l'appareil de l'innervation avec lesquelles ces organes sont en rapport.

Nous insistons sur ce point que les lésions qui deviennent pathologiques sont toujours des produits de la perversion des mêmes mouvements, des mêmes fonctions qui servent à l'entretien, à la conservation du corps. C'est toujours un trouble de la digestion, de l'hématose, de la circulation générale ou capillaire, de la respiration, de la nutrition, de l'absorption, des sécrétions, qui provoque le développement de ces lésions. Des actes, salutaires quand ils étaient réguliers, deviennent malfaisants, parce qu'ils sont dérégiés. Des fonctions qui maintenaient l'organisation dans un état d'intégrité ont pris un mode d'exercice qui amène un changement dans la texture, dans le volume, dans la densité, dans les qualités des organes, qui peut même les dénaturer au point de les rendre inhabiles à remplir leur destination.

Citerons-nous les principales lésions pathologiques? Si la nutrition du fluide sanguin, si l'hématose prend un mode nouveau d'exercice, le sang peut devenir trop abondant sans perdre ses qualités naturelles; mais il peut aussi acquérir une consistance trop grande, ou avoir une fluidité morbide. Sa fibrine peut être augmentée ou diminuée, elle peut être modifiée; les globules sanguins ne sont plus dans la proportion voulue, etc.

Sur les solides, nous noterons d'abord l'irritation. Nous donnons pour caractères à cette lésion, la rougeur, la chaleur, peu de douleur, point de gonflement. Les tissus n'offrent point d'imbibition sanguine. Si l'organe où l'irritation s'établit fournit une sécrétion ou une exhalation, celle-ci devient plus abondante. Ce mode de lésion ne s'aperçoit plus sur les cadavres.

Dans la phlogose, il y a chaleur, douleur, rougeur, gonflement de la partie malade. Le sang a pénétré les fibres organiques; il s'y établit un travail qui tend à dénaturer l'organe ; ce mode de lésion produit le pus.

La congestion sanguine nous offre le sang en trop grande abondance dans un point du corps. Ce fluide distend les vaisseaux capillaires; il y séjourne. Il y a du gonflement, un peu de chaleur. Si cette surabondance de sang rentre dans le torrent circulatoire, l'organe dont la fonction était troublée reprend son état primitif.

L'irritation, la phlogose, la congestion sanguine, donnent lieu à des exhalations séreuses, gazeuses ou sanguines. Si ces lésions occupent des surfaces internes, elles occasionnent souvent des accumulations de sérosité, de gaz ou de sang dans les diverses cavités du corps.

Un trouble de l'ordre normal de la nutrition, de l'absorption interstitielle, peut changer peu à peu le volume, la texture, la forme des organes, comme on le voit dans les hypertrophies, les oligotrophies, les ramollissements, les endurcissements, etc.

Les cancers, les tubercules sont-ils autre chose que des corps parasitiques qui naissent sur les tissus organiques, s'y implantent, se nourrissent de leur substance, s'y multiplient, puis se détruisent en se ramollissant ?

Nous devons maintenant noter les affections pathologiques de l'homme qui sont dues à un germe spécifique et contagieux, comme la variole, la rougeole, la scarlatine, etc. Ces maladies, quand elles sont régulières, ont un développement arrêté, comme celui d'un être organisé. On distingue la pé-

riode d'incubation, la période d'invasion, la période d'éruption, la période de suppuration ou de desquammation. Pendant la période d'incubation, il n'y a pas de trouble morbide, la santé paraît intacte. La maladie commence quand le principe morbifique se met en action, quand il suscite des changements d'état, des lésions dans diverses parties du corps. On conçoit que si on parvenait à découvrir un moyen qui pût détruire ce principe pendant le temps de l'incubation, on préviendrait le développement de la maladie.

Ces réflexions sont applicables en partie à la syphilis. Nous pourrions chercher à annihiler le principe de cette maladie, avant son absorption ou pendant qu'il est encore à l'état d'inertie; au moins, avec les préparations mercurielles, nous savons le détruire quand son activité morbifique s'est développée; nous savons corriger ses effets, effacer les lésions pathologiques qu'il fait naître dans l'économie animale.

L'hydrophobie, la maladie produite par le venin de la vipère, etc., nous suggéreraient des remarques analogues.

Des fièvres typhoïdes du plus mauvais caractère ont souvent pour cause la respiration d'un air vicié par des miasmes délétères, par des émanations animales. Ces principes morbifiques donnent lieu à une sorte d'intoxication. Ils s'introduisent, par l'absorption, dans la masse sanguine; ils suscitent bientôt les lésions les plus sérieuses. Le sang perd sa constitution normale; les tissus organiques éprouvent des modifications profondes; un désordre général et menaçant existe dans l'organisation. Sans cesse des lésions nouvelles se présentent à l'observation. On se demande s'il ne serait pas possible que l'on trouvât un agent capable de détruire ou d'expulser ces principes morbifiques pendant leur courte incubation; on se demande si, pendant que le praticien s'occupe de combattre les accidents de ces funestes maladies, les principes qui les ont fait naître ne continuent pas d'agir; si ce n'est pas là ce qui rend si souvent inutiles tous ses efforts.

Nous n'avons pas la prétention de donner ici des principes de pathologie; nous voulions seulement montrer que la loi biogénique ne se fait pas sur l'homme malade, que son empire n'est pas suspendu parce que cet être est entré dans le domaine de la pathologie. Seulement il faut reconnaître que l'autorité de cette loi est enfreinte, que les organes ont une action déréglée, que les fonctions qui avaient formé l'être malade, qui conservaient son existence, ne remplissent plus leur but, que leur exercice vicié fait naître sur divers points de son organisation des lésions redoutables. L'homme malade vit toujours; mais il n'a plus qu'une vie pathologique, vie chanceuse, pleine de périls, qui conduit à des abîmes.

Dans l'état de maladie, la loi biogénique tend constamment à reprendre son cours naturel, ses droits primitifs sur l'organisation. Les anciens voyaient alors la nature lutter contre les causes morbifiques, travailler à les expulser ou à anéantir leur pouvoir nuisible. Ces efforts sont parfois très-évidents. Observez un homme qui vient d'avaler une certaine quantité de liqueurs alcooliques: les molécules de ces liqueurs, portées par le sang dans tous les organes, les stimulent, les irritent. Aussi voit-on bientôt l'organisation les repousser, les expulser par toutes les voies excrétoires. L'expiration pulmonaire en enlève une grande partie; l'exhalation cutanée en est chargée en peu de temps. Le sang est dépouillé de tous ces principes étrangers.

Les mêmes efforts d'expulsion ont lieu pour les matières vénéneuses; on retrouve dans les liquides excrétés, les molécules de ces matières qui ont pénétré dans la masse sanguine.

On sait combien les anciens médecins attachaient d'importance à ces efforts spontanés des corps malades qu'ils nommaient des crises. Des sueurs abondantes, des évacuations alvines, une hémorrhagie, une éruption cutanée, etc., s'établissaient, et aussitôt les accidents de la maladie diminuaient, les symptômes menaçants cessaient. Pour nous, cette solution favorable de la maladie annonce que la loi biogénique vient de reprendre son autorité légitime sur l'organisation.

La *thérapeutique* est l'art de rétablir sur un corps organisé l'empire régulier de la loi biogénique, quand il a été troublé.

Les moyens qu'elle emploie pour obtenir ce résultat agissent sur la cause même de la maladie, ou bien ils tendent à faire disparaître les lésions qui la produisent et qui l'entretiennent. Il y a donc deux sortes de méthodes dans le traitement des maladies: il y a la thérapeutique des causes morbifiques et la thérapeutique des lésions pathologiques.

Dans les empoisonnements, les agents chimiques qui neutralisent, dans la cavité gastrique, les substances corrosives, détruisent directement ce qui provoquerait une maladie. Un émétique qui, donné, aussitôt après l'ingestion d'une matière vénéneuse, la ramène au dehors par le vomissement, délivre de même le corps d'une maladie imminente.

C'est aussi le principe des maladies syphilitiques qu'attaquent les composés mercuriels, en même temps qu'ils combattent les lésions que ce principe a produites.

Dans les maladies périodiques, le quinquina a la faculté de prévenir le développement des accès; il est douteux que ce médicament tire cette vertu curative de ses effets immédiats. Son efficacité contre les intermittences pathologiques procède-t-elle de quelque action mystérieuse sur une cause inconnue?

Les vermifuges font périr les vers intestinaux; ils agissent sur la cause même des accidents morbides.

Les maladies qui dépendent de lésions organiques n'offrent pas ordinairement de causes à combattre. C'est contre ces lésions mêmes que le praticien doit diriger tous ses moyens. On a beaucoup exagéré la puissance thérapeutique des médicaments. Ces agents n'ont pas de vertus positives, absolues, contre les modifications des fluides et des solides du corps qui constituent nos maladies. Ces modifications ne peuvent être corrigées, effacées, que par un mode d'exercice différent, souvent opposé des mêmes fonctions qui les ont créées par leur perversion. C'est l'organisation seule qui peut réparer ces désordres, et les médicaments, par l'action qu'ils exercent sur elle, peuvent seulement aider le travail, devenir l'occasion de mouvements salutaires, seconder, provoquer même les tendances médicatrices de la loi biogénique. Tous les genres de médications que l'on dirige contre une lésion pathologique ne sont toujours que des incitations habiles, des provocations raisonnées que le praticien adresse à cette loi.

Un émétique irrite la surface gastrique et provoque des vomissements; un purgatif porte cette irritation sur la surface intestinale et donne lieu à des évacuations alvines; un tonique détermine un resserrement fibrillaire des tissus, fortifie les organes; un excitant accélère leurs mouvements, peut provoquer des sueurs, exciter le cours des urines, établir le flux menstruel; un émollient amène une détente des fibres organiques; un tempérant ralentit leur action quand elle est exagérée; un narcotique modifie l'état présent des centres nerveux, change le cours de l'innervation; d'autres médicaments produisent des effets immédiats qui sont moins appréciables. Des agents empruntés à l'hygiène, à la physique, servent aussi à susciter dans le corps malade des mutations organiques qui rendent de grands services à la thérapeutique.

Mais si vous voulez rechercher la raison de l'utilité de tous ces moyens, vous ne trouvez qu'une chose: le travail organique qu'ils ont déterminé sur quelque point du corps malade, l'ébranlement plus ou moins profond qu'ils ont imprimé à l'organisation. Une amélioration dans la marche de la maladie, dans la gravité des symptômes, n'est pas une suite directe, obligée, de leur emploi. Il faut ici l'interventim de la loi biogénique, ou, comme on dit, de la nature; il faut que cette loi puisse tirer un parti utile de ces auxiliaires, qu'elle ne rencontre pas d'obstacle trop grand, que les lésions pathologiques ne soient pas trop avancées, que les tissus des organes malades ne soient pas dénaturés.

Les médicaments que l'on donne à petites doses ne produisent pas des effets immédiats d'où l'on voie sortir leur utilité thérapeutique; mais on répète ces doses tous les jours, même plusieurs fois par jour, et on en continue l'usage longtemps. Si, après plusieurs semaines, on se représente la quantité de ces médicaments que le corps a reçue, on reconnaît qu'ils ont dû exercer un pouvoir d'une grande étendue sur le corps malade. Les impressions secrètes des molécules de ces agents sur tous les organes ont modifié l'exercice des digestions, de l'absorption, de la nutrition, de toutes les fonctions. Une modification générale de l'organisation en a été le résultat. Cette modification a pu contrarier, diminuer, enfin effacer les lésions pathologiques que le corps malade renfermait. Ici encore c'est la loi biogénique qui réalise le succès: le médicament n'en a été que l'occasion.

On a dit avec justesse que prétendre, après le traitement heureux d'une maladie, assigner à chacun des médicaments dont on s'est servi la part qu'il a pu prendre à la guérison, était une opération bien délicate. Ce jugement est bien plus difficile si on néglige les effets immédiats qu'ils ont produits.

Deux faits prouvent que, dans la guérison des maladies, la loi biogénique est toute-puissante: 1° Il est des maladies graves qui guérissent sans le secours d'aucun moyen médicinal, et, comme on dit, par les seules forces de la nature. 2° Des méthodes curatives différentes, même opposées, guérissent les mêmes maladies.

Près d'un malade, le praticien doit toujours être soutenu par une légitime confiance dans la force médicatrice de la loi biogénique. Il faut qu'il ait présente à l'esprit l'opération organique des remèdes qu'il ordonne, et qu'il n'oublie pas qu'à côté des indications qu'il veut remplir, il y a des contre-indications qu'il doit respecter. Sans ces données, il s'abandonne à des inspirations empiriques; il ne motive plus ses prescriptions; il suit une direction incertaine, même dangereuse.

SYMPTOMATOLOGIE SPÉCIALE.

DES DOULEURS QUI PEUVENT COEXISTER AVEC LA SYPHILIS CONSTITUTIONNELLE; par M. DIDAY, ex-chirurgien en chef de l'Antiquaille (hôpital des vénériens de Lyon).

(Suite. — Voir les numéros 45 et 46.)

§ V. — DOULEURS OSTÉOCOPES.

Leur nom seul rappelle assez la nature et les caractères de cette sorte de douleurs pour me dispenser d'en faire l'histoire complète; car ce mot n'a certes pas plus besoin d'être défini aux lecteurs spéciaux pour qui j'écris ces pages, qu'aux chirurgiens ceux de crépilation, de fluctuation, d'inamovibilité. Cette vive souffrance nocturne, symptôme tertiaire par excellence, coïncidant ordinairement avec une tuméfaction appréciable de l'os on de son enveloppe, presque toujours aisément localisable à une partie de la diaphyse, curable et rapidement curable par les préparations iodées, peut-elle être méconnue ou confondue avec quelques lésions que ce soit?... Pour ma part du moins je n'ai jamais trouvé à ce diagnostic la moindre difficulté. Aussi jugé-je tout à fait superflu d'insister plus longuement sur ce point.

TRAITEMENT. — Je viens de placer parmi les meilleurs indices séméiologiques l'influence des iodurés sur ces douleurs. Telle est effectivement leur puissance d'action que toute la thérapeutique se borne ici, selon moi, à savoir manier ce précieux agent. Conséquent avec les meilleures autorités et d'après ma propre expérience, je n'hésite donc point à poser le principe suivant : « *L'iodure de potassium fait toujours cesser les douleurs ostéocopes. S'il ne remplit pas ce but, la faute en est au médecin, non au remède.* »

Ne croyez pas, en effet, qu'il vous suffise pour réussir de transcrire sur votre ordonnance une page de formulaire ou de vous trainer uniformément sur les traces d'une pratique à juste titre populaire. Malgré sa solubilité, sa commodité d'emploi, son innocuité presque constante, parfois l'iodure échoue. Il faut savoir pourquoi; avec un peu de perspicacité on y arrive, et l'on reconnaît alors que quelque circonstance insolite, mais indépendante de son efficacité même, est la seule cause de l'insuccès. Ainsi :

1° L'iodure de potassium est adultéré par addition ou substitution de substances qui changent son action médicatrice ou l'affaiblissent. — Cette cause n'est point rare; mais souvent le médecin soupçonne toutes les autres avant de songer à celle-ci.

2° Pris pur dans le bocal du pharmacien, le sel iodique a été altéré par suite d'une prescription défectueuse. Le professeur Moijovics a parfaitement signalé la fâcheuse conséquence qui résulte du mélange des iodures avec les véhicules regardés jusqu'ici comme les plus innocents sous ce rapport, les boissons mucilagineuses, les décoctions féculentes, les acides soit végétaux, soit minéraux. — Pour la prévenir, n'ordonnez jamais, à moins d'indication impérieuse, qu'une solution dans l'eau distillée, à prendre ensuite dans de l'eau pure, pour boisson.

3° Le médicament est arrivé à l'estomac, mais il n'y a pas trouvé la tolérance nécessaire à une absorption régulière. Ce cas est rare, beaucoup plus rare que ne le pensent quelques gastralgiques. — Le remède, bien entendu, varie comme la cause morbide qui amène cette conséquence. Ce qui me réussit en général pour rendre le tube digestif plus docile, c'est de faire boire, un quart d'heure environ avant l'ingestion de l'iodure potassique, une cuillerée à bouche de sirop diacode. L'ordre se rétablit bientôt, et au bout de quelques jours, ordinairement, cette précaution préparatoire devient inutile.

4° Je ne dois compter que pour mémoire les cas où un diagnostic erroné explique le manque d'efficacité du spécifique. — Mais ici l'échec même que le médecin reçoit sert à l'éclairer; car de ce que l'iodure laisse subsister les douleurs, il peut en conclure à coup sûr que ce n'étaient donc pas des douleurs ostéocopes.

5° Le remède est bon, pur, bien indiqué, bien supporté, mais il n'a pas été pris à dose suffisante. — Il faut bien s'entendre sur ce mot de *dose suffisante*; car elle varie selon les cas entre des limites qui ne sont pas distantes de moins que de 2 ou 3 décigr. à 10 ou 12 grammes et plus. La première de ces quantités calme à peu près certainement des douleurs récentes, qui n'avaient pas encore été attaquées par l'iodure; tandis que des conditions pathologiques inverses réclament la dernière mesure. Encore doit-on faire aussi la part de l'âge, des tempéraments, de la saison, de la susceptibilité de l'individu aux accidents iodiques, de la rapidité quelquefois extrême que l'iodure met chez lui à être éliminé, etc.

6° Quelques praticiens croient bien agir en administrant l'iodure à l'extérieur, pour ménager les voies gastriques. Mais les bains, les pommades, les lotions, n'ont que bien peu de vertu contre la douleur : il n'est donc pas étonnant que ceux qui emploieraient le remède exclusivement sous cette forme eussent souvent ensuite à l'accuser d'impuissance.

7° Plusieurs malades affirment qu'ils suivent exactement la prescription; mais, en réalité, ils l'omettent ou l'atténuent sans scrupule. Voici ce qui m'a le plus ordinairement semblé être la cause de cette dissimulation. Vous commencez, je suppose, par donner une cuillerée à bouche, matin et soir, d'une solution de 3 grammes d'iodure sur 300 grammes d'eau. Le client prend cette quantité sans résistance, mais lorsqu'il vous voit ensuite prescrire jusqu'à six, huit ou dix cuillerées, cette progression l'effraye; il désobéit, puis vous ment, le tout, suivant lui, dans un but de légitime défense. — Vous pouvez essayer de lui faire comprendre comme quoi, ayant débuté par une très-faible dose, vous avez pu plus tard la porter sans danger au quintuple et au delà. Vous le pouvez...; mais je vous préviens qu'il regardera vos explications comme une défaite. Ne vous obstinez pas dans cette lutte où vous êtes destiné à avoir toujours raison et toujours le dessous. Au lieu *d'augmenter le nombre des cuillerées*, augmentez de temps en temps la *concentration* de la solution. De cette manière, vous ne soulèverez ni appréhensions ni répugnance. Il eût fallu persuader votre client : vous l'aurez guéri. Cela vaut toujours mieux, et ici c'est plus tôt fait.

Ces points préliminaires bien éclaircis, je vais examiner quelques autres questions relatives à l'action de l'iodure. Contre ce que je disais de son infaillibilité, on allègue l'exemple de plusieurs malades tertiaires qui lui ont vainement demandé la santé. Cela est vrai; mais ici encore il faut s'entendre, car à cet argument il y a deux réponses à faire.

D'abord, il est indubitable que toute syphilis tertiaire n'est pas guérie par l'iode. Mais ce qu'on peut avouer de la diathèse tertiaire en général ne serait plus exact si on le voulait dire des douleurs ostéocopes en particulier. Oui, je conviens qu'assez fréquemment ce remède n'amène pas de changement bien marqué dans certains cas et à une certaine période des nodus, des ulcères serpigineux, des exostoses, etc. Mais j'affirme que convenablement appliqué, il fera toujours cesser les douleurs franchement ostéocopes. Une amélioration notable ne se fait pas attendre. Telle est ici la convenance, l'*attraction* du remède pour le mal que, en trois on quatre jours au plus, quelquefois dès le lendemain, le patient accuse une diminution très-sensible de tourments qu'il endurait depuis des années. Je suis si habitué à ce résultat que si, au bout de huit jours, je ne constate pas un amendement considérable, je me prends à soupçonner ou l'origine non syphilitique de la maladie ou l'existence de quelque circonstance anormale qui met obstacle à l'action curative du spécifique.

En second lieu, l'iodure pallie, il est vrai, ces douleurs plus qu'il ne les guérit sans retour. Mais si les récidives sont fréquentes, presque inévitables, souvent désespérantes, du moins la même médication conserve toujours sur elles le même pouvoir. On voit les iodurés devenir de moins en moins salutaires et perdre enfin leur vertu contre de nouvelles poussées de gommes, de tubercules, du palais; contre des périostoses sans cesse renaissantes. Mais, quant aux douleurs ostéocopes, *il jouit de la faculté de dompter indéfiniment chacune de leurs attaques.* Il y a plus : tandis qu'il laisse revenir et se perpétuer une lésion sur laquelle il n'a plus de prise, il l'empêche cependant alors de déterminer des souffrances; c'est ce que l'on voit pour quelques exostoses rebelles, dans le cours desquelles il donne parfois au médecin le curieux spectacle d'un remède sans force pour arrêter les progrès de l'altération de tissu, mais tout-puissant contre le symptôme douleur.

Peut-être me reprochera-t-on d'avoir, en exaltant les propriétés de l'iode, plaidé une cause dans laquelle j'étais sûr que la partie adverse devait nécessairement faire défaut. J'avoue que, sur ce point, la pratique médicale s'est heureusement modifiée dans ces dernières années. J'avoue que le spécialiste a plus rarement occasion aujourd'hui de renouveler ces guérisons, presque miraculeuses aux yeux du vulgaire, de malheureux tertiaires regardés jusque-là comme incurables. Cependant tous les préjugés ne sont pas dissipés; plus d'une éducation reste encore à faire. Je n'en veux citer d'autre preuve qu'un exemple tout récemment venu à ma connaissance.

Il n'y a que quelques semaines, je fus consulté par un Monsieur, âgé de 52 ans, affecté d'une tuméfaction syphilitique de la diaphyse de l'humérus droit. Des douleurs ostéocopes s'y étaient déclarées depuis deux mois; et depuis deux mois il recevait les soins assidus d'un médecin de notre ville, justement célèbre dans toute l'Europe par le sens original et la portée pratique de ses nombreux travaux. Mais, malgré la docilité du client, ses tourments n'avaient point diminué; l'insomnie et la maigreur qui en résultaient allaient en augmentant.

Lorsqu'il prononça le nom du médecin dont il voulait me rendre le successeur, il me sembla d'abord impossible de réussir là où celui-ci avait échoué. Mais en écoutant le récit du traitement essayé jusque-là je vis

bientôt que mon cher confrère me laissait la partie plus belle que je n'eusse dû l'attendre de son immense mérite. Selon les propres expressions du malade, il s'était proposé de *faire cesser d'abord la douleur par des moyens sédatifs simples, et de n'employer qu'ensuite l'iodure de potassium pour guérir la lésion osseuse*. Il avait donc successivement tenté les frictions avec des huiles narcotiques, l'opium à l'intérieur, les bains de vapeur, et, en dernier lien, un vésicatoire *loco dolenti*, pansé avec un sel de morphine. Mais tout ceci n'avait qu'à peine engourdi momentanément ta douleur; toujours elle reparaissait plus féroce, et le malade s'était lassé enfin des lenteurs volontairement calculées de ce plan de traitement.

Je lui proposai, bien entendu, l'iodure *hic et nunc*, seul et immédiatement. Mais une difficulté inattendue se présenta. Voyant que depuis deux mois on temporisait avant de lui donner ce remède, il s'était figuré que jamais son estomac ne le pourrait supporter. Je fus obligé pour l'y décider de lui affirmer formellement que sous trois jours ses douleurs auraient presque disparu. Il obéit : prit successivement 3, puis 4, puis 5 décigr., et revint en effet le cinquième jour m'annoncer la réalisation de ma promesse. Deux jours de traitement lui avaient déjà rendu le sommeil, et il se trouvait comme dans un monde nouveau. — Il continue maintenant à doses progressives, et l'amélioration est bientôt, quant aux douleurs, devenue guérison.

J'indiquerai, pour terminer cet article, deux précautions à prendre dans le maniement de l'iodure, qui m'ont bien souvent aidé à rendre son action curative plus énergique et plus complète.

Durant le cours du traitement, lorsque les phénomènes douloureux ont cédé, et qu'on ne persévère plus dans l'emploi du remède que pour guérir la lésion de tissu, il faut surtout craindre que l'économie, s'accoutumant à son effet, n'en subisse plus ou n'en subisse qu'incomplétement la modification vitale désirée. C'est dans ce but qu'a été imaginé le système des doses progressives, et notamment celui des doses brusquement augmentées; mais comme il y aurait parfois danger à pousser trop loin la quantité quotidienne, je mets alors en usage le système des *doses alternées*, en donnant un jour quelques décigrammes et le lendemain quelques grammes du sel iodique, et ainsi de suite. De cette façon, je romps l'habitude, et obtiens, avec une quantité totale presque de moitié moindre, les mêmes effets qui auraient nécessité des charges souvent bien pesantes pour l'estomac et pour la bourse de mon client.

Les douleurs ostéocopes vaincues une, deux, trois fois, menacent toujours de reparaître. Pour les accidents tertiaires, comme pour les secondaires, le chapitre des récidives (qui n'a été traité avec bonne foi que depuis Ricord) est le grand écueil, l'opprobre permanent de ta médecine spéciale. Quoique ces retours ne soient ni inévitables ni éternels, ainsi qu'un préjugé populaire se plaît à l'enseigner ; quoiqu'une rechute, après traitement méthodique, soit toujours plus douce qu'une rechute qu'on n'avait rien fait pour prévenir; quoiqu'une syphilis convenablement traitée dès son origine et bien soignée ensuite dans chacune de ces réapparitions successives, finisse ordinairement par déposer la plus grande partie de son principe délétère, il est néanmoins vrai de dire que celui qui trouverait le moyen de guérir d'emblée et complétement la première poussée de vérole constitutionnelle mériterait autant de reconnaissance que l'inventeur des spécifiques les plus accrédités. Pour ce qui est de la période tertiaire, je me suis demandé si l'on ne parviendrait pas à la solution de ce problème en prolongeant l'administration de l'iodure pendant un ou deux ans, à la dose de 5 ou 10 centigrammes seulement par jour. J'en ai fait prendre, d'après cette vue, à plusieurs de mes malades les plus réfractaires. Ce régime n'a rien de pénible : il suffit de faire dissoudre la quantité d'iodure tous les matins dans une carafe ou une demi-carafe d'eau, et de se servir ensuite exclusivement de cette eau pour boisson, soit aux repas, soit dans leur intervalle. En la buvant ainsi avec du vin, il n'y a ni assujetissement excessif, ni mauvais goût, ni effet irritant à redouter. De cette manière, je crois avoir déjà réussi à éloigner jusqu'à présent le retour de certains accidents qui avaient l'habitude de revenir à plus courte échéance. Mais l'avenir seul peut prononcer sur ta valeur de cette pratique, que j'invite tous mes confrères à expérimenter à leur tour.

(La fin au numéro prochain.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

REVUE MÉDICALE.

Les numéros de juillet, août et septembre contiennent les mémoires originaux suivants : 1° *Lettre sur la fièvre jaune qui règne actuellement au Brésil, et sur l'origine de cette maladie;* par le docteur Audouard. 2° *Thérapeutique spéciale, ou moyen certain d'obtenir une grande économie dans les hôpitaux, hospices et autres établissements de bienfaisance ;* par le docteur Junod. (Il s'agit des avantages de la méthode hémospasique, bien connue de nos lecteurs.) 3° *Quatrième lettre sur le parallèle des doctrines vitalistes ;* par le docteur Sales-Girons. 4° *De l'or dans le traitement des maladies scrofuleuses des os;* par le docteur Legrand. (La GAZETTE MÉDICALE a publié un travail de l'auteur sur l'emploi de l'or dans le traitement des affections scrofuleuses.) 5° *Réflexions sur le choléra asiatique ;* par le docteur Padiolean (de Nantes). 6° *Consultation sur un cas de vomique chez une jeune fille ;* par le docteur Cayol.

LETTRE SUR LA FIÈVRE JAUNE QUI RÈGNE EN CE MOMENT AU BRÉSIL ET SUR L'ORIGINE DE CETTE MALADIE ; par le docteur AUDOUARD.

La fièvre jaune règne au Brésil où elle exerce des ravages considérables. Selon une lettre publiée par un journal de la Nouvelle-Orléans, elle y parut vers la mi-décembre 1849 ; mais elle régnait déjà depuis plus d'un mois à Fernambouc. C'est de ce point de départ qu'elle s'étendit à Bahia, s'acheminant vers Rio-Janeiro. On assure qu'à Fernambouc les premières victimes du fléau appartenaient à l'équipage d'un navire ; mais ensuite la maladie s'est propagée si rapidement que, en peu de mois, elle a parcouru tout le littoral et est parvenue jusqu'à Montévidéo.

La circonstance la plus importante de cette épidémie, c'est qu'elle est, d'après tous les documents, absolument nouvelle au Brésil. Or pourqui une affection épidémique jusque-là inconnue au pays, s'y est-elle développée en 1849 ? Dans ces faits si peu d'accord avec l'opinion qui rapporte exclusivement l'origine de la fièvre jaune au climat, M. Andouard voit la confirmation d'une idée qu'il a émise depuis plus de vingt ans (REVUE MÉDICALE, 1824 et 1826), et qu'il a défendu depuis avec insistance. On sait que, d'après la plupart des auteurs qui ont étudié sur place les fièvres d'Amérique, deux conditions sont nécessaires au développement de la fièvre jaune, une température élevée et un foyer d'infection. On sait aussi que les bâtiments éloignés du littoral, mais devenus le réceptacle d'un foyer d'infection, peuvent être envahis par l'épidémie. Or M. Audonard ajoute que ce sont les bâtiments négriers qui apportent ainsi la fièvre dans les diverses localités où elles paraît endémique ; que les foyers d'infection ne sont que là et ne sont pas, comme on le croit, inhérents aux localités elles-mêmes, que, par exemple, la fièvre ne régnerait pas en Afrique, ni en Amérique, si la traite était supprimée. Ces navires, primitivement infectés par l'entassement des noirs, après qu'ils se sont débarrassés de leur marchandise vivante, portent la fièvre jaune avec leurs denrées coloniales dans tous les pays avec lesquels ils font le commerce. C'est ce qui explique, ajoute M. Andouard, pourquoi l'Espagne ne fut visitée par cette terrible affection que longtemps après la découverte de l'Amérique ; avant la révolution française, les bâtiments espagnols ne se livraient pas à la traite.

Maintenant, voici le Brésil qui fait à son tour la première épreuve de la fièvre jaune. Or le Brésil fait encore la traite, et la maladie a commencé à Fernambouc par un bâtiment. Mais le bâtiment était-il négrier ? Voilà précisément ce qu'il est impossible d'affirmer. Les documents sur lesquels s'appuie l'auteur sont, à cet égard, très-peu explicites; car il y est dit seulement que « *plusieurs personnes* pensent que la maladie a été apportée de la côte d'Afrique par les bâtiments faisant la traite. »

Au surplus, le moment est favorable pour étudier de nouveau la question au point de vue où s'est placé M. Audonard. La traite a disparu, ou peu s'en faut, de l'Amérique du Nord ; la civilisation la traque dans l'Amérique du Sud, et finira par l'en évincer. Il sera donc facile de voir si elle jouait un rôle aussi important dans le développement de la fièvre jaune. A mesure que diminuera le nombre des bâtiments négriers, il sera plus aisé de s'assurer si un bâtiment dont l'arrivée dans un port aura coïncidé avec l'apparition d'une épidémie avait ou non fait la traite, et plus tard la suppression totale du commerce d'esclaves devra amener la soppression de la fièvre jaune. A vrai dire, nous croyons que l'expérience ne sera pas favorable à une opinion aussi exclusive.

RÉFLEXIONS SUR LE CHOLÉRA ASIATIQUE ; par le docteur PADIOLEAU (de Nantes.)

Les réflexions du docteur Padioleau sont surtout relatives à la contagion, Comme elles n'apportent pas, malgré leur mérite réel, d'élément nouveau dans la question, nous aimons mieux consigner ici les faits qui, dans la dernière épidémie, ont rattaché l'auteur plus fortement que jamais à l'opinion contagioniste qu'il professait depuis longtemps. Ces faits peuvent se résumer comme il suit :

1° Immunité de l'hospice de Saint-Jacques, de Nantes, réservé aux vieillards et aux aliénés, même au plus fort de l'épidémie, tant qu'on n'y in-

troduisît pas de cholérique du dehors ; envahissement de l'hospice à partir du moment où le directeur fut forcé de recevoir deux individus gravement atteints et dont l'un succomba ;

2° Introduction du choléra à *Paimbœuf*, petite ville à l'embouchure de la Loire, par un matelot arrivant de Nantes sur une petite embarcation, et qui, à peine débarqué, succomba à une attaque de choléra. Il y a eu dans la ville un grand nombre de victimes.

3° Importation du choléra à *Beautour* par un jeune homme arrivant de Nantes et succombant dans la période algide. La personne qui l'ensevelit meurt deux jours après, et la contagion infecte ce petit village, éloigné d'une lieue et demie de Nantes.

4° Mort de trois femmes succombant à des attaques de choléra, après avoir lavé du linge ayant servi à des cholériques.

5° Plusieurs exemples de transmission directe.

Un enfant de 12 ans est atteint du choléra grave pendant la nuit. Il meurt le lendemain au milieu d'une réaction franche qui avait fait concevoir les plus grandes espérances. Huit jours après, l'oncle de cet enfant, qui l'avait soigné avec la plus tendre affection, meurt en douze heures du choléra, dans un quartier éloigné du premier. Six jours plus tard, la sœur de l'enfant, âgée de 16 à 17 ans, et qui avait soigné son oncle, est atteinte du choléra, mais heureusement ne succombe pas. Une tante de la jeune personne quitte Rennes pour venir soigner sa nièce ; elle contracte à son tour la maladie et meurt au bout de quelques jours. Enfin, la mère tombe malade à son tour ; on la transporte à l'hôpital, où elle ne tarde pas à succomber.

Autre exemple.

Quatre sœurs lingères vivaient en commun ; l'une d'elles, continuellement malade, est prise du choléra et meurt dans la période algide. Huit jours plus tard, une seconde sœur, depuis longtemps dans un état d'imbécillité, est atteinte également de la maladie et succombe dans l'espace de douze heures. Les deux autres sœurs, effrayées, quittent leur appartement et vont habiter loin de là ; néanmoins elles sont prises toutes les deux du choléra.

L'auteur ajoute qu'il a vu des individus prendre la maladie quelques jours après avoir soigné des cholériques dans un quartier éloigné.

Assurément, tous ces faits, si l'on en excepte peut-être celui qui concerne les quatre sœurs habitant sous le même toit et ayant pu puiser le mal à la même source, tous ces faits méritent la plus sérieuse attention. M. Padioleau aurait pu, sans doute, entrer dans des détails plus circonstanciés ; mais il n'a négligé aucun des éléments essentiels de l'expérience, les communications des individus entre eux, la nature de ces communications, la distance des habitations, le temps écoulé entre le contact et l'invasion de la maladie, etc. Or toutes ces circonstances sont celles qui, pour toute autre maladie transmissible, pour la variole, la rougeole, etc., ont toujours servi, et servi sans conteste, à établir la réalité de la contagion. Nous ne voulons pas être, quant à nous, plus difficiles à l'égard du choléra.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 25 NOVEMBRE.

ACTION DU SUC PANCRÉATIQUE SUR LES HUILES.

M. LASSAIGNE adresse la note suivante, intitulée : FAITS POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU SUC PANCRÉATIQUE.

On sait, d'après les intéressantes recherches de MM. Bernard et Barreswil, que le suc pancréatique jouit de la propriété remarquable d'émulsionner les corps gras d'origine végétale et animale, et de les transformer en acides gras et en glycérine, à la température de + 38° centigrades.

M. Bernard, en répétant dernièrement à l'école d'Alfort, de concert avec M. Colin, chef des travaux anatomiques de cet établissement, le procédé à l'aide duquel il en obtient sur les animaux, a bien voulu nous faire remettre une petite quantité de ce suc qu'il avait extrait lui-même sur un chien de moyenne taille.

Les expériences auxquelles nous l'avons soumis nous ont permis d'ajouter quelques faits à ceux déjà connus des physiologistes, et dont les principaux peuvent être résumés par les propositions suivantes :

1° L'action du suc pancréatique sur les huiles s'exerce même à la température de + 12° et à + 15° centigr. en moins de quelques heures.

2° A la température de + 15°, le mélange du suc pancréatique et d'huiles d'olive s'acidifie après un temps égal dans les vases qui le contiennent.

3° Cette acidification se produit dans divers gaz, tels que l'oxygène, l'hydrogène, l'azote et l'oxyde de carbone. L'air ne semble pas participer à cette singulière réaction, qui est peut-être due à une force de la même nature que celle désignée par Berzélius sous le nom de force catalytique, et dont la chimie inorganique et organique offre des exemples.

4° Le suc pancréatique peut conserver son alcalinité faible et sa propriété d'agir sur l'huile pendant plusieurs jours.

5° Dans les conditions où l'huile est modifiée par le contact du suc pancréatique, le sucre et la gomme, dissous dans ce fluide, conservent leur neutralité, ce qui dénote l'action toute spéciale sur les corps gras.

ORGANISATION DU SYSTÈME VASCULAIRE DE LA SANGSUE MÉDICINALE, POUR SERVIR A L'HISTOIRE DES MOUVEMENTS DU SANG DANS LES HIRUDINÉES.

M. P. GRATIOLET lit, sous ce titre, un mémoire renfermant ses recherches sur ce sujet ; en voici les principaux résultats.

Les vaisseaux latéraux, dont les parois sont très-musculaires, sont les principaux organes de l'impulsion du sang ; ils se contractent alternativement, ainsi que l'ont très-bien vu MM. Dugès, Weber et Muller, et le sang qui les parcourt se meut circulairement, tantôt dans un sens, tantôt en sens opposé.

Les branches que ces vaisseaux fournissent sont de deux ordres :

A. Les unes sont destinées à la peau, et se ramifient dans les réseaux respiratoires ; elles ne s'anastomosent jamais avec celles du côté opposé. Avant de donner leurs ramifications les plus déliées, elles forment sous la peau un énorme réseau variqueux, qu'on a jusqu'à présent considéré comme un plexus de vaisseaux hépatiques, mais qui est bien positivement un entrelacement de vaisseaux sanguins.

B. Les autres branches sont destinées à l'intestin grêle et à sa valvule spirale, aux testicules, aux appareils copulateurs, enfin aux anses et aux vésicules mucipares.

Toutes ces branches naissent de branches ou de grandes arcades qui établissent une libre anastomose entre les deux vaisseaux latéraux.

Ces faits ont, relativement à la circulation du sang, une grande importance. En effet, les arcades dont nous venons de parler étant constamment, dans un sens ou dans l'autre, parcourues par le sang qui met en mouvement la contraction des vaisseaux latéraux, ces vaisseaux jouent évidemment, à l'égard des vaisseaux qui en proviennent, le rôle de deux pompes foulantes dont le jeu serait alternatif. Ainsi le sang tend à passer continuellement des vaisseaux latéraux dans les réseaux capillaires de l'intestin et des glandes, d'où il est ramené vers les surfaces pulmonaires par les deux vaisseaux médians, c'est-à-dire par le vaisseau dorsal et le vaisseau ventral, et par un assez grand nombre de petites veines.

Or ce courant sanguin, dont le sens est constant, ne peut être refoulé par les courants des branches cutanées des vaisseaux latéraux, leur force impulsive s'anéantissant dans les grands plexus variqueux qu'elles forment sous la peau, et qui la doublent dans toute son étendue.

Les conséquences de ces faits sont faciles à résumer. Le sang *oscille* sous l'influence de contractions alternatives, d'un réseau pulmonaire à l'autre ; il *circule* dans le principal organe de l'absorption intestinale, dans les testicules et dans les glandes mucipares.

Cette circulation, très-différente de celle que M. Dugès admettait dans les prétendues vésicules pulmonaires, montre combien les moyens que la nature emploie varient. Ici elle détermine le cours du sang à l'aide de soupapes et de valvules ; ailleurs elle parvient au même but en faisant prédominer certains courants sanguins sur les autres. L'étude de la circulation dans le système veineux des reptiles, qui est, comme on sait, dépourvu de valvules, pourrait donner lieu à des considérations du même ordre.

NOUVEAUX PROCÉDÉS ET NOUVEAUX AGENTS DE CONSERVATION DES MATIÈRES ANIMALES ET VÉGÉTALES.

M. ED. ROBIN adresse le résumé de ses recherches sur ce sujet.

Une nombreuse série d'expériences a fait reconnaître à M. Ed. Robin que les composés volatils artificiels formés soit uniquement, soit essentiellement, de carbone et d'hydrogène, constituent une classe spéciale d'agents qui, paralysant l'action de l'oxygène humide, conservent les substances animales malgré la présence de ce gaz. Dans cette catégorie, se placent l'éther sulfurique, le chloroforme, le naphte, l'huile de houille brute ou rectifiée, l'huile de schiste, l'éther acétique, la benzine, la naphtaline, l'huile d'esprit de bois, l'essence de caoutchouc, l'essence de pommes de terre, l'essence d'amandes amères, enfin l'éther iodhydrique.

Les matières animales plongées dans ces substances liquides n'y éprouvent aucune altération putride. Les vapeurs de ces mêmes substances jouissent également de propriétés antiputrides énergiques. Des morceaux de chair, placés dans des vases clos au fond desquels on introduit une éponge imbibée de substance conservatrice, retiennent le sang qu'ils contenaient dans l'état frais, et ne décèlent aucune trace de putréfaction. L'auteur conserve ainsi depuis huit mois, au moyen des vapeurs qui se dégagent d'éponges imbibées d'éther sulfurique, de chloroforme, d'huile de houille brute ou rectifiée, dans des vases bouchés à l'émeri, des morceaux de viande d'une demi-livre et d'une livre qui se sont maintenus dans un état de conservation parfaite. La viande immergée dans de l'eau imprégnée de la vapeur de ces corps hydrocarbonés paraît aussi se conserver indéfiniment.

M. Ed. Robin, conduit par l'analogie de composition chimique de laquelle il croyait pouvoir déduire l'existence de propriétés analogues, a découvert un second ordre de substances qui possèdent à un haut degré la propriété antiputride : ce sont les composés binaires de carbone et d'un métalloïde autre que l'hydrogène. Il a constaté expérimentalement que le sulfure de carbone, le protochlorure de carbone, l'azoture de carbone, la liqueur des Hollandais et l'acide cyanhydrique sont, comme les carbures d'hydrogène, de puissants conservateurs

des matières organiques. Les vapeurs de ces composés, dégagées à la température ordinaire dans des vases clos, conservent indéfiniment les substances animales qu'on y renferme. A plus forte raison, cet effet se produit-il lorsqu'on plonge les matières animales dans ces composés liquides.

Mais il ne suffit pas qu'une substance s'oppose complétement à la putréfaction, qu'elle garde la forme, le volume et la consistance des objets; il faut encore qu'elle conserve autant que possible leur couleur. Sous ce rapport, le chloroforme, le protochlorure de carbone et l'huile de houille rectifiée sont bien supérieurs aux substances mises en usage jusqu'à présent; mais ils sont loin d'égaler l'acide cyanhydrique. Dès l'instant où la vapeur que dégage cet acide à la température ordinaire sature l'air contenu dans un vase clos, tout pouvoir d'altération est paralysé. La matière animale est fixée à l'état où la vapeur l'a trouvée; il n'y a plus d'altération ni dans la couleur ni dans aucune des propriétés physiques. Des morceaux de chair musculaire d'un petit volume, suspendus depuis huit mois dans des flacons bouchés à l'émeri au fond desquels se trouve soit une éponge imbibée d'acide cyanhydrique au septième, soit ce liquide lui-même, ont maintenant toute la fraîcheur, tous les caractères extérieurs qu'ils présentaient au moment où ils ont été mis en expérience.

Néanmoins, sous les rapports réunis de la modicité du prix, de l'intensité du pouvoir antifermentescible général, de la rapidité de l'opération et de la conservation des propriétés physiques, M. Ed. Robin n'a trouvé, parmi les carbures d'hydrogène et leurs analogues les composés liquides de carbone et d'un métalloïde autre que l'hydrogène, aucune substance qui présente au même degré les avantages de l'huile de houille.

La vapeur qui s'exhale d'une éponge imbibée d'huile de houille brute ou rectifiée conserve, avec leur forme, leur volume, leur flexibilité et une belle couleur d'un rouge brun, des morceaux de chair disposés dans un vase bien bouché. Aucun liquide ne s'en écoule, et l'on peut, à volonté et tout à son aise, les retirer du vase, les étudier et les disséquer.

Les matières animales qui, par une immersion suffisante dans l'huile de houille, ou par une exposition prolongée aux vapeurs qui s'en dégagent, se sont bien imprégnées du liquide, sont désormais à l'abri de toute putréfaction dans l'air. Retirées du liquide ou de la vapeur, elles se dessèchent et deviennent dures comme du bois, si on les laisse à l'air libre; elles conservent, au contraire, leur volume et leur consistance, si on les met dans des vases bouchés où l'évaporation de l'esu ne puisse avoir lieu.

L'huile de houille très-rectifiée offre sur l'huile brute l'avantage de moins altérer la couleur et de conserver aux chairs une apparence de fraîcheur remarquable. Elle pourra d'ailleurs, vu le peu d'élévation de son prix, être mise en usage dans tous les cas où il est utile de changer le moins possible la couleur des objets.

On pourrait, si cela était nécessaire, activer beaucoup la préparation des pièces, en facilitant par la chaleur l'évaporation du liquide; on obtiendrait ainsi une vapeur plus dense et plus pénétrante.

M. Ed. Robin pense que l'on pourrait appliquer avec avantage l'huile de houille brute ou rectifiée à l'embaumement des corps et à la conservation des cadavres pour les dissections, à la conservation des pièces anatomiques, au tannage des cuirs et à la préparation des cuirs de Russie, à la destruction des insectes qui attaquent les collections d'histoire naturelle, les bois, les céréales et les différentes graines, à la conservation des bois, et enfin à la conservation des céréales et de toutes les graines en général.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 26 NOVEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. BRICHETEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend:

Six lettres du ministre du commerce transmettant:

1° Une recette d'un remède contre le choléra (commission des remèdes secrets);

2° La recette et l'échantillon d'une poudre anticroupale préparée par M. Delahaye, chirurgien à Bléré (Indre-et-Loire) (même commission);

3° La formule d'une limonade purgative au citrate de soude, composée par M. Roche, pharmacien à Paris (id.);

4° La recette et l'échantillon d'un remède secret sous le nom d'*onguent Barrault* (id.);

5° Une lettre et un rapport de M. le docteur Lasfore, inspecteur de l'établissement thermal des eaux chaudes (commission de l'annuaire);

6° Un rapport rédigé par les officiers de santé en chef de l'hôpital militaire de Guagno (Corse), et contenant des renseignements sur les malades qui ont fait usage des eaux minérales de cette localité pendant la saison de 1849 (commission des eaux minérales).

Et une lettre de M. le préfet de police transmettant le relevé statistique des décès dans la ville de Paris, pour le mois d'octobre dernier.

MOYEN DE COMBATTRE LE PRIAPISME.

M. Sistach, sous-aide-major à l'hôpital militaire de Perpignan, adresse un mémoire sur les érections génitales morbides chez l'homme.

L'auteur propose la compression du prépuce au moyen d'une ligature circulaire, comme moyen de traitement de cette incommodité.

Voici les conclusions dans lesquelles il résume son travail:

1° Pour prévenir les érections nocturnes, il faut lier modérément le prépuce, en avant du gland, lorsque le malade se couche.

2° Pour la combattre pendant son évolution, on maintient avec les doigts, pendant une minute, le prépuce amené en avant du gland.

Ces moyens peuvent être employés dans le priapisme, le satyriasis, la masturbation, dans toutes les affections, enfin, où l'érection se produit.

SCARIFICATIONS MULTIPLES DU COL DANS LA LEUCORRHÉE SYMPTOMATIQUE.

M. le docteur Alex. Mayer (de Belfort) envoie un mémoire sur les scarifications multiples du col, au moyen d'un instrument nouveau, dans le traitement des leucorrhées symptomatiques des engorgements utérins.

L'auteur conclut:

1° Qu'il est une espèce de leucorrhée symptomatique d'un engorgement aigu ou chronique de la matrice ou seulement du col;

2° Que cette espèce de leucorrhée incoercible par les moyens ordinaires exige les déplétions sanguines locales;

3° Que les sangsues appliquées loin du col sont inefficaces, et que leur application sur le col même est hérissée de difficultés telles que ce moyen est tombé en désuétude;

4° Qu'il est possible de suppléer à l'action locale des sangsues par des scarifications multiples de la surface externe du col de l'utérus;

5° Qu'un instrument spécialement adapté à cet organe, et rendant l'opération des plus faciles, mérite de fixer l'attention des praticiens, et de prendre place dans le traitement d'une affection souvent rebelle à toute autre médication. (Comm.: MM. Velpeau, Récamier et Hervez de Chégoin.)

EMPLOI DES ENDUITS IMPERMÉABLES CONTRE LES INFLAMMATIONS DE LA SURFACE DU CORPS.

M. Robert-Latour adresse sur ce sujet la lettre suivante:

« Lorsqu'au mois de mars dernier, je fis part à l'Académie des résultats remarquables que j'avais obtenus de l'emploi des enduits imperméables contre les inflammations de la surface du corps, j'espérais que, déduite de notions physiologiques, et appuyée de faits accomplis dans un grand service d'hôpital, sous le contrôle public, cette médication fixerait l'attention des membres de la commission à qui vous en remettiez l'examen. Le silence gardé jusqu'à ce jour sur ma communication serait-il une condamnation? J'hésite, je l'avoue, à y attacher un tel sens, quand je vois la méthode thérapeutique dont j'ai signalé à l'Académie les précieux avantages, se développer, s'étendre, et partant, tenir ce qu'elle a promis. Je ne citerai pas ici d'observations particulières: les succès, aujourd'hui, se comptent par centaines; et pour n'énoncer qu'un fait général, mais significatif, je dirai qu'à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Nélaton, depuis six mois que l'érysipèle, de cause traumatique ou autre, est attaqué par un enduit de collodion, pas un malade n'a succombé à cette affection, bien qu'elle se soit présentée fréquemment et sous les formes les plus variées et les plus graves.

» J'ajoute que cette médication, par laquelle je n'avais d'abord combattu que les inflammations extérieures, telles que l'érysipèle, le zona, le furoncle, le phlegmon sous-cutané, j'en ai depuis étendu l'application à plusieurs autres maladies inflammatoires, parmi lesquelles je me borne à signaler aujourd'hui le rhumatisme articulaire aigu et la goutte. Trois fois j'en ai fait usage contre cette dernière affection, et trois fois le succès le plus frappant s'est opéré sous mes yeux. L'électricité n'est pas plus prompte à transmettre la pensée que ne l'a été, ici, l'enduit imperméable à dompter la douleur, et la résolution de l'engorgement inflammatoire, commençant immédiatement, était complète vingt-quatre heures après. Quant au rhumatisme articulaire aigu, de tous les traitements dont il a été l'objet, il n'en est aucun dont les résultats soient comparables à ceux qu'on obtient par la suppression de l'action calorisatrice de l'air sur les parties affectées; et c'est chose merveilleuse de voir, sous l'empire de cette médication, le malade, immédiatement soulagé, passer de l'anxiété au calme, de l'insomnie au sommeil, et la fièvre s'éteindre en un laps de temps dont on est loin de soupçonner la brièveté; 36 heures m'ont suffi récemment pour remporter un tel avantage, dans un rhumatisme des plus aigus, alors que, depuis trois jours déjà, les pieds, envahis dans toutes leurs articulations, étaient fort tuméfiés, ainsi que les genoux, qui tous deux accusaient la présence d'un épanchement considérable. Symptômes généraux et phénomènes locaux, tout fut dissipé à la fois, et le malade, entrant en convalescence, faisait usage de ses membres, le quatrième jour du traitement.

» Je regretterais que l'Académie ne vît, dans cette médication, qu'un heureux essai d'un vulgaire empirisme: c'est dans la physiologie que s'en trouvent les éléments, et je donnerai une idée des recherches et des travaux dont elle est le fruit, en résumant dans les propositions suivantes, la filiation des faits auxquels elle se rattache:

» 1° La chaleur animale est la force dynamique de la circulation capillaire; c'est-à-dire que cette circulation est le but physiologique de la fonction calorisatrice, comme je l'ai démontré dans un travail publié dans la Revue médicale, cahier d'août 1846.

» 2° L'inflammation est un fait d'hydraulique animale, subordonné à l'intensité de l'action calorisatrice. En d'autres termes, l'exagération locale de la chaleur organique est le principe de l'affection, et tous les caractères matériels ne sont que des effets physiquement enchaînés à ce phénomène primordial. Cette proposition, je l'ai amplement développée dans un ouvrage publié en 1838, sous le titre: Qu'est-ce que l'inflammation? qu'est-ce que la fièvre? Et peu après, dans

un autre travail, où je démontrai, par des expériences directes, l'inaptitude des animaux sans chaleur, à contracter l'inflammation.

» 3° Pour combattre avec succès l'inflammation, il faut donc attaquer la chaleur animale, dans ses éléments essentiels.

» 4° Les expériences du docteur Fourcault ont invinciblement prouvé que l'action immédiate de l'air sur la peau, est une condition absolue de l'exercice de la calorification.

» 5° Donc, la première condition à remplir contre les affections inflammatoires, c'est d'enchaîner la production de la chaleur animale par la suppression du contact de l'air sur le point de la peau correspondant à la maladie.

» Ces dogmes de philosophie médicale, les résultats cliniques les justifient chaque jour, et je ne crains pas de me commettre en leur marquant, pour l'avenir, une place élevée dans la science, comme prix de l'éclat et de la certitude dont la pratique médicale leur sera redevable. Les faits qui, depuis huit années, se sont accomplis sous mes yeux, autorisent une telle prétention. »

— M. le Président annonce que l'Académie se formera en comité secret à quatre heures et quart, pour entendre les rapports sur les prix.

L'ordre du jour appelle le scrutin pour la nomination d'une commission de onze membres.

M. Cornac demande la parole pour une motion d'ordre. Il demande que, d'après la proposition faite à l'Académie et adoptée par elle sur un rapport de M. Bégin, il ne soit point nommé de commission de onze membres pour décider dans quelle section doit être déclarée la prochaine vacance. La section d'accouchement étant incomplète, la vacance doit être déclarée de droit dans cette section.

Une discussion s'engage sur cette question entre MM. Bégin, Gaultier de Claubry, Guibourt et Dubois.

La décision est renvoyée au comité secret.

Réunion des deux commissions pour les appareils électriques.

M. Soubeiran lit le rapport suivant :

Au mois de novembre 1849, l'Académie a nommé une commission composée de MM. Guéneau de Mussy, Poisentille et H. Gaultier de Claubry pour lui faire un rapport sur l'appareil électro-magnétique des frères Berton.

Au mois de juillet de cette année, elle a chargé une autre commission de lui faire un rapport sur les appareils voltaélectrique et magnéto-électrique à double courant du docteur Duchenne; un peu plus tard elle lui a renvoyé l'examen des chaînes électriques de M. Pulvermacher (de Vienne). Cette commission se compose de MM. Bouvier, Longet, Bérard et Soubeiran.

Ce sont par conséquent quatre appareils électriques destinés à l'usage médical sur lesquels l'Académie est appelée à se prononcer ; les documents relatifs à ces appareils sont entre les mains de deux commissions différentes.

La commission dont j'ai l'honneur de faire partie, considérant l'extrême analogie qui existe entre tous ces appareils et l'avantage à ce qu'ils fussent examinés comparativement et qu'il fût fait à leur sujet un travail d'ensemble, propose à l'Académie de réunir les deux commissions de novembre 1849 et juillet 1850 (Adopté.)

Varice anévrismale guérie par la ligature.

M. Roux communique une observation de varice anévrismale opérée avec succès pour servir à l'histoire de l'anévrisme artérioso-veineux.

Cette varice anévrismale avait son siége au bras gauche dont elle comprenait au moins tout le système veineux superficiel; elle avait succédé à une saignée malheureuse; elle datait de six années au moment où le malade vint se confier à M. Roux. M. Roux lui a pratiqué la ligature de l'artère brachiale, non plus seulement au-dessus de la tumeur ou du côté du cœur, comme s'il s'était agi d'un anévrisme proprement dit, ou spontané, ou faux consécutif, mais immédiatement au-dessus et au-dessous de l'ouverture anastomotique. Il a dû agir au pli du bras en ménageant les veines autant que possible. L'opération pratiquée le 28 août, il y a trois mois environ, a eu le plus heureux résultat; toute trace de la maladie a complétement disparu.

M. Roux présente à cette occasion quelques considérations puisées dans le rapprochement des cinq cas, y compris celui-ci, dans lesquels il a eu l'occasion d'observer ce genre d'anévrisme. Voici les données générales qu'il en déduit :

Ces faits confirment que si, rigoureusement, la varice anévrismale peut être quelquefois spontanée, elle est bien plus souvent d'origine traumatique.

Ils confirment aussi que, de toutes les causes traumatiques, celle qui la produit le plus ordinairement, c'est la saignée au pli du bras avec simple piqûre ou lésion plus étendue de l'artère brachiale; et qu'à cause de cela la varice anévrismale et l'anévrisme variqueux proprement dit se montrent bien plus fréquemment au bras que dans quelque autre région du corps que ce soit.

Ils m'autorisent à penser et à dire que la maladie est beaucoup plus fréquente au bras gauche qu'au bras droit, ce qui doit être pour le phlébotomiste un avertissement, et lui inspirer des précautions auxquelles on n'a peut-être pas assez songé jusqu'à présent.

Ces faits ne tendent-ils pas aussi à fortifier les chirurgiens dans l'opinion qui, du reste, tend à devenir de plus en plus prédominante, à savoir, que, si l'on doit entreprendre la guérison d'un anévrisme variqueux ou même d'une simple varice anévrismale par la ligature de l'artère qui verse le sang dans les veines, l'opération doit être pratiquée là même où est l'ouverture anastomotique, et non pas par ce qu'on nomme la méthode d'Anel ou de Hunter.

N'autorisent-ils pas enfin à penser qu'il peut y avoir de graves inconvénients à abandonner trop longtemps à lui-même l'anévrisme artérioso-veineux sous l'une ou l'autre de ces deux formes, et que, lorsqu'à raison de son siége il y a possibilité d'en entreprendre la guérison, l'opération à faire est plus simple et plus susceptible de réussir quand la maladie est récente que lorsqu'elle est ancienne.

— Dans la séance prochaine, l'Académie se formera en comité secret, immédiatement après le dépouillement de la correspondance, pour la discussion du rapport sur les prix, et elle reprendra ses travaux après la clôture de cette discussion.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

Séance du 27 juillet 1850. — Présidence de M. Vleminckx.

La séance est ouverte à dix heures.

— M. le ministre de l'intérieur informe l'Académie qu'il lui soumettra prochainement les articles du projet de loi qu'il se propose de présenter à la législature pour la révision des dispositions relatives à l'exercice de l'art médical, et l'invite à désigner, avant de se séparer pour entrer en vacances, les commissaires auxquels elle jugera devoir confier le rapport à lui faire sur cet objet.

Sur la proposition de MM. Stas et François, l'Académie décide que cette commission sera composée d'un membre délégué par chacune des sections et du président de la compagnie qui en dirigera les travaux.

Sont appelés à en faire partie :

MM. Fallot, Lombard, Seutin, Sauveur, de Hemptinne, Thiernesse et Vleminckx.

— M. le docteur Fr. Gunsbourg (de Breslau) exprime le désir d'obtenir le titre de membre correspondant.

— M. le docteur Robiquet (de Givet) sollicite le même titre en soumettant à la compagnie un mémoire intitulé : De la carie de l'astragale par suite d'entorse négligée. (Renvoyé à l'examen de la troisième section.)

— Sur la proposition du bureau, l'Académie décide :

1° Qu'elle ne tiendra pas cette année de séance solennelle;

2° Qu'elle procédera, dans une séance prochaine, à l'élection d'un membre titulaire et d'un membre honoraire correspondants.

Quelques mots sur le secret en médecine; par le docteur A. Didot, membre titulaire, professeur agrégé à l'Université de Liége, etc.

M. Didot lit, sous ce titre, un travail qui peut se résumer dans les termes suivants :

L'article 378 du Code pénal formule l'obligation du secret, *sous certaine réserve* empruntée à la législation ancienne. Jusqu'où doit aller cette réserve? Tel est le point litigieux que M. Didot s'est proposé d'élucider à l'aide d'une interprétation de la loi qui impose aux médecins le secret professionnel, interprétation qu'il fonde sur un très-grand nombre de faits. L'auteur démontre que, malgré les défenses de l'article 378 du Code pénal, il est des circonstances extraordinaires où le médecin peut se croire moralement obligé de *dénoncer* certains crimes odieux, tandis que, dans beaucoup d'autres cas, il ne sera autorisé à fournir à la justice qu'un simple *témoignage* lorsqu'il en sera requis, et lorsque sa profession l'aura mis en présence de certains attentats entraînant un *préjudice prévu et défini*. Par une interprétation *morale* de la loi écrite, il fait intervenir ensuite *la volonté* des parties incriminées et l'absence de *préjudice direct* pour autrui, comme éléments essentiels d'excuse et comme titre à la discrétion absolue du médecin. Tels sont, suivant M. Didot, les bases du secret professionnel et les principes qui doivent guider le médecin au milieu du vague *non défini* des cas où la loi, aussi bien que la morale, exigent qu'il seconde la justice répressive par un témoignage sincère et véritable. Toutefois le fait seul d'une communication quelconque à la justice ne délie point, suivant lui, le médecin des obligations que lui impose l'article 378 du Code pénal, et le secret le plus absolu continue à être pour lui un devoir d'honneur et de conscience.

Mouvements du cœur. — Rapport de la première section sur le mémoire de M. Fossion, relatif aux mouvements du cœur.

(M. François, rapporteur.)

La première section a examiné avec toute l'attention que mérite l'importance du sujet le mémoire de M. Fossion; sans prétendre se constituer juge des opinions qui y sont émises ni des expériences sur lesquelles elles sont appuyées, elle pense que rien ne s'oppose à l'insertion de ce travail dans le recueil des mémoires de l'Académie. Elle doit, dans l'intérêt de la justice, faire remarquer qu'il y a trois ans que le travail de notre honorable collègue a été déposé, et qu'il a été publié depuis cette époque plusieurs ouvrages intéressants dont l'auteur n'a pas pu tenir compte. La section émet le vœu que M. Fossion continue cette étude et qu'il en communique le résultat à l'Académie, promesse qui se trouve d'ailleurs exprimée dans son mémoire.

Contagion du choléra épidémique. — Rapport de la deuxième section sur des notes relatives à ce sujet, communiquées par MM. Montegnie et Decondé.

(M. Lombard, rapporteur.)

M. le docteur Montegnie rapporte trois faits relatifs à la question de la contagion du choléra.



Premier fait. — Le docteur Marouzé (de Boussu) succomba victime de son zèle pendant le mois de juin dernier, frappé du choléra qui régnait, à cette époque, dans la ville qu'il habitait.

Sa mère, qui vivait sous le même toit que lui, sa femme et l'un de ses deux fils, succombèrent quelque temps après, atteints du même mal. Le deuxième fils, enfin, fut également frappé du choléra, et il eut le bonheur d'y échapper.

M. Montegnie fait remarquer que l'un des deux fils (il ne dit pas si c'est celui qui est mort) avait quitté le collége de Valenciennes pour rendre les derniers devoirs à son père mourant, et que, bien que se trouvant ainsi en dehors des influences au milieu desquelles les autres avaient pu puiser peut-être certaines prédispositions, il ne put cependant lutter contre le principe de contagion ou d'infection.

Ce fait soulève deux questions :

1° M. Marousé, sa mère, sa dame et son fils, qui tous habitaient la même maison, ont-ils été atteints successivement du choléra par contagion ou par infection ?

2° Le fils qui venait de Valenciennes a-t-il puisé le mal à la même source?

A la première question, nous répondrons que tous les membres de cette malheureuse famille ont été soumis aux mêmes influences; que tous habitaient la même ville, frappée du fléau ; que tous ont respiré le même air, mangé le même pain, bu la même eau, etc., etc.; enfin que tous sont morts, dans cette famille honorable, comme il est arrivé dans plusieurs familles, sans que l'un des membres de celle-ci soit allé prendre le mal au chevet d'un mourant.

Rien donc ne démontre ici ni la contagion ni l'infection.

Quant à la deuxième question, elle doit également être résolue par la négative. Un jeune homme arrive de Valenciennes, où le choléra ne s'est pas encore manifesté, dans une ville où le fléau fait des ravages. A-t-il besoin, ce jeune homme, d'entrer dans une maison où il y a des cholériques pour recevoir les atteintes du choléra? Du jour où il entre dans la localité contaminée, n'est-il pas soumis aux mêmes influences générales que les autres habitants?

On possède ici des centaines de faits qui sont de nature à prouver sans réplique que des personnes vivant dans des lieux éloignés de l'épidémie étaient plus exposées à en être atteintes lorsqu'elles arrivaient à Liége où régnait le choléra, que les habitants de la ville qui vivaient depuis longtemps sous l'influence épidémique. Il n'était pas besoin que les étrangers descendissent dans des maisons où le choléra faisait ou avait fait des victimes pour qu'ils en fussent atteints, le plus souvent mortellement, et cela quelquefois dès la première nuit.

Deuxième fait. — Le choléra est à Mons : une famille composée de huit membres perd quatre enfants; un cinquième est atteint du fléau et guérit. Le père, la mère et un des fils, obligés de vaquer au dehors à leurs affaires, échappent à la maladie.

Si M. Montegnie croit rencontrer la contagion dans ce deuxième fait, nous pensons qu'elle n'y existe pas plus que dans le premier; nous nous bornerons donc à ce que nous avons dit tout à l'heure relativement à la première question que nous nous sommes posée.

S'il croit y rencontrer les caractères de l'infection, parce que quatre individus de la même famille succombent les uns après les autres, ce fait ne prouve pas plus qu'il ne prouverait si les quatre sujets qui ont succombé avaient habité des maisons différentes : il y a là action des causes épidémiques, voilà tout. Il faudrait que des individus atteints de choléra, transportés dans un lieu où la maladie ne règne point, devinssent le foyer de l'épidémie; or mille faits prouvent le contraire. Ceux qui, ayant quitté des lieux infectés, ont été atteints du choléra le lendemain de leur arrivée chez eux ou dans les huit jours qui ont suivi (nous ne connaissons pas d'incubation cholérique de plus de huit jours), ceux-là, disons-nous, soignés par leurs parents, leurs amis, n'ont communiqué la maladie à personne ni par contagion ni par infection, c'est-à-dire que ceux qui en approchaient ne sont pas devenus malades, si l'épidémie ne régnait déjà dans l'endroit.

Dès que l'épidémie existe, la contagion et l'infection s'ajoutent-elles à l'action épidémique? Je ne le sais; mais j'affirme que tout ce que j'ai vu est de nature à démontrer que là où il n'y a point d'épidémie, il n'y a ni contagion ni infection.

Troisième fait. — Le choléra sévissait avec fureur à Saint-Symphorien et à Hyon, village près de Mons. Spiennes, autre village situé entre les deux précédents, semblait devoir être préservé, et il était même cité comme une exception bizarre à l'envahissement général de l'épidémie qui tournait autour de lui sans s'y implanter, lorsque deux enfants de Saint-Symphorien, dont le père et la mère venaient de mourir cholériques, sont envoyés chez des parents à Spiennes. A peine arrivés, ils offrent les premiers symptômes du mal asiatique et ils succombent. Dès cet instant le choléra est dans Spiennes. Il attaque aussitôt deux habitants de la maison où ils avaient été reçus, et de là se propage dans toute la commune.

Ce fait pourrait assurément paraître le plus important de ceux que M. Montegnie nous a communiqués comme preuve de contagion ; mais il perd toute son importance : 1° par cette considération que le choléra régnait tout autour du village de Spiennes depuis longtemps, et que l'on peut supposer qu'il y a eu coïncidence entre l'arrivée des enfants de Saint-Symphorien et celle de l'influence épidémique; 2° par l'opposition à ce fait d'autres faits de même nature qui n'ont pas eu la même conséquence. Ainsi on a vu des habitants d'une ville ou d'un village où le choléra faisait des ravages, aller mourir de cette affection dans des localités éloignées *de deux ou trois lieues du rayon de l'épidémie*, sans communiquer le plus léger dérangement ni aux personnes qui les ont recueillis ni à leurs voisins. C'est qu'alors l'influence épidémique ne régnait pas dans ces villages.

Pendant que le choléra faisait de nombreuses victimes à Pepinster, village situé à une lieue de Verviers, une pauvre femme quitta le foyer de l'épidémie et vint mourir à Beaufays, village distant de Liége de deux lieues et demie. Il n'y a jamais eu d'autres cas de choléra dans ce dernier village.

A la même époque, un homme de Pepinster va mourir du choléra à Francorchamps, village situé entre Spa et Stavelot. Cet homme fut également le seul qui mourût de cette maladie dans cette localité.

D'autres quittent encore Pepinster et vont mourir à Theux, bourg situé à une lieue de ce village. Aucun habitant de cet endroit n'a été atteint du choléra.

Enfin, parmi les faits nombreux qui montrent qu'en dehors des causes épidémiques il n'en est aucune qui puisse sans celles-ci donner la maladie, je rappellerai l'observation remarquable de l'hospice Saint-Abraham, que j'ai déjà citée.

Dès le début de l'épidémie à Liége, l'hospice Saint-Abraham fut converti en hôpital des cholériques. Depuis plus de quatre mois, on recevait journellement dans cet asile un nombre considérable de personnes atteintes du fléau. Un personnel nombreux y faisait le service confié à MM. Sauveur et Wasseige. Jusque-là aucune des personnes de la maison n'avait été malade ; jusque-là aussi il n'y avait pas eu de malade dans les rues avoisinant l'hôpital, lorsque le fléau, s'étendant, fit beaucoup de ravage en Bergerne, rue aboutissant à l'une des extrémités de celle de la Casquette, tandis que l'hospice susdit se trouve situé à l'autre extrémité de la même rue de la Casquette. Le choléra s'étend bientôt vers l'hôpital ; enfin il y arrive, et durant la nuit une grande partie du personnel en est frappée à des degrés divers. La cuisinière, qui par ses fonctions n'est pas en rapport avec les cholériques, succombe quelques heures après l'invasion de la maladie. Une sœur hospitalière et un infirmier ont le même sort. MM. Sauveur et Wasseige sont atteints de forte cholérine. Enfin, la même nuit, les malades convalescents ont eu des rechutes et ont tous succombé.

Ainsi, on le voit, tant que l'hôpital Saint-Abraham n'a été que le réceptacle des cholériques, il n'y a eu ni contagion ni infection; et du moment que la cause épidémique a frappé le voisinage, ceux qui avaient pu jusqu'alors sans accident vivre avec les cholériques, une fois influencés par la cause épidémique, sont devenus cholériques à leur tour.

En terminant ce qui a trait à la communication de M. Montegnie, nous devons à la vérité de vous faire remarquer, messieurs, que cet honorable confrère pense que la contagion, dans la véritable acception du mot, ne peut point s'appliquer au choléra; qu'il met en doute seulement que l'on puisse respirer impunément l'air infectieux que les cholériques répandent autour d'eux, soit par l'expiration, soit par les déjections.

M. le docteur Decondé, membre correspondant de l'Académie, nous fait l'honneur de porter à notre connaissance un fait qui ne laisse aucun doute dans son esprit sur la nature contagieuse du fléau.

En voici le résumé :

Le choléra sévissait depuis peu de temps à Diest, et se bornait à faire des victimes dans un quartier voisin de la porte de Louvain, lorsque, vers la mi-septembre, il vint se montrer dans le quartier qui avoisine la porte d'Anvers.

L'infirmier militaire Sergheys, homme adonné aux boissons alcooliques et qui habitait ce dernier quartier, y puise le poison cholérique, l'apporte à l'hôpital et le communique à son voisin de lit ; celui-ci en fait autant à l'égard d'un autre; puis le sujet le plus faible de l'hôpital, un convalescent de typhus couché à quatre lits de distance des premiers sujets affectés, y succombe à son tour ; enfin un infirmier jeune, vigoureux, contracte les phénomènes précurseurs du choléra en soignant avec assiduité les derniers cholériques et y succombe quelques jours après.

Ce fait, dont M. Decondé s'est sans doute exagéré l'importance, perd toute sa valeur :

1° Par cette considération qu'en même temps que le choléra s'était introduit dans l'hôpital *il se montra dans le voisinage* et y fit quelques victimes : donc épidémie!

2° Par la distance de quatorze jours entre le premier cholérique et le second ; ce qui, si on admettait la contagion, supposerait une incubation d'une durée qui va beaucoup au delà de ce que l'on connaît jusqu'à ce jour. Pour notre compte, nous avons déjà dit que la plus longue incubation qui soit à notre connaissance a été de huit jours.

Enfin, nous pensons que l'on confond encore ici l'épidémie avec la contagion. Si c'est la contagion, pourquoi s'est-elle arrêtée là? Pourquoi tous ceux qui ont soigné les malades n'en ont-ils pas été atteints?

Pour nous, nous pensons que si le choléra pouvait un jour réunir à son caractère épidémique les caractères contagieux et infectieux, comme, grâce aux sentiments d'humanité, il y aura toujours des hommes qui soigneront les malades, la race humaine finirait par être détruite.

La deuxième section pense donc, messieurs, que les faits soumis à son examen ne suffisent pas pour démontrer la contagion ni l'infection; elle a l'honneur de vous proposer :

1° De déposer dans vos archives les deux communications dont il vient d'être question ;

2° De voter des remerciments à nos honorables confrères MM. Montegnie et Decondé.

— Les conclusions du rapport de M. Lombard sont mises aux voix et adoptées.

CONTAGION DU CHOLÉRA ÉPIDÉMIQUE. — Rapport sur une note communiquée par M. MOREAU (de Thuin) relative à ce sujet.

(M. FALLOT, rapporteur.)

Au nombre des points que l'histoire du choléra asphyxique laisse encore à élucider, il en est un qui, en importance et malheureusement en obscurité, ne le cède à aucun autre: je veux parler de sa contagiosité. Le choléra est-il susceptible de se communiquer à un homme sain par le contact ou d'un cholérique lui-même ou de ses émanations? Voilà une question qui se pose, et à la solution de laquelle on n'est pas encore parvenu. Si la masse des faits négatifs pouvait seule conduire à la certitude, aucun doute ne serait depuis longtemps plus permis: ces faits sont, en effet, si communs et multipliés, l'expérience de chaque jour en accroît tellement le nombre, que pour des esprits sévères, ils pourraient équivaloir à une démonstration. Cependant, s'il arrivait qu'une seule fois on eût vu un cholérique communiquer sa maladie en dehors de la zone infectée, s'il était bien avéré que, ayant contracté sa maladie aux lieux où régnait l'influence épidémique, il l'eût importée dans des localités où elle n'avait pu agir, il s'ensuivrait que la maladie est transmissible au moins dans quelques cas, et il ne s'agirait plus que de déterminer les conditions auxquelles cette transmission est subordonnée. Dans cet état de choses, on ne peut qu'applaudir aux efforts tentés pour fixer ce point important de doctrine et au zèle avec lequel les observateurs se livrent à la recherche de faits propres à y parvenir.

M. le docteur Moreau, médecin des établissements civils de Bone (Algérie), pense qu'il vient de recueillir récemment quelques faits de nature à démontrer cette contagiosité, et avec une confiance dont nous ne pouvons que nous trouver honorés, il les soumet à notre appréciation. La note transmise par lui étant très-courte, je vais la lire en entier; ce sera le meilleur moyen de vous mettre à même d'en fixer la signification.

Le choléra a régné à Bone pendant les mois d'octobre et novembre 1849; le 5 décembre, on y constatait le dernier décès cholérique; depuis lors il a entièrement disparu de cette ville et même de l'Algérie.

Dans les mois de janvier, février et mars dernier, il s'est propagé épidémiquement à Tunis; vers la fin d'avril, on le considérait comme terminé dans cette ville; en effet, M. Guyon, chirurgien en chef de l'armée, en mission spéciale à Tunis, dit qu'on n'en observait plus qu'un ou deux cas de loin en loin. Cependant, dans le courant du mois de mai, il reprit une violente intensité qui persiste encore aujourd'hui.

La population de cette ville, effrayée des ravages du fléau, chercha en partie son salut dans l'émigration.

Le bateau à vapeur français *le Sphinx* partit de Tunis le 19 juin à midi, ayant reçu à son bord 206 passagers, la plupart émigrants appartenant à la nation israélite; la veille de son départ, il avait constaté 149 décès cholériques à Tunis; pendant la traversée de Tunis à Bone, qui est de vingt heures, trois passagers moururent du choléra à bord. Vu ces circonstances, la commission sanitaire décida que les passagers, au nombre de 160, destinés pour Bone, seraient soumis à une quarantaine de cinq jours, qui compterait du jour où il n'y aurait plus de décès, et que le bateau serait libre de conduire en France les autres passagers à cette destination.

Le 20 dans l'après-midi, les passagers pour Bone furent débarqués et internés au fort Génois, situé à deux lieues de la ville; des gardes de santé furent placés dans le fort, et une compagnie d'infanterie fut envoyée de Bone et campée en dehors du fort; elle était chargée d'empêcher les communications et de former une espèce de cordon sanitaire.

Depuis le 20 juin, jour du débarquement des passagers et de leur entrée en quarantaine au fort Génois, jusqu'aujourd'hui 6 juillet, il a été constaté, parmi eux 7 nouveaux cas de choléra, dont 5 sont morts.

Le 27 juin, le nommé Blanquet, soldat à la 6e compagnie du 3e bataillon du 43e régiment, faisant partie du cordon sanitaire établi autour du fort Génois, est atteint de choléra algide.

Le 28, la réaction s'opère, et le 30 il passe à l'état typhoïde. Ce militaire est convalescent.

Le 28, le nommé Lajons, fusilier au même corps et à la même compagnie, employé au cordon sanitaire, est atteint et meurt après treize heures de maladie.

L'autopsie, faite avec soin, en présence de plusieurs médecins, ne laisse aucun doute sur l'existence du choléra. La cyanose a envahi les membres et la partie supérieure du tronc; l'intestin est rempli par la matière riziforme caractéristique du choléra; la vessie contractée est complétement vide.

Ces deux militaires n'avaient pas communiqué directement avec les passagers.

Le 29, le nommé Pancratio, garde de santé préposé à la surveillance et au service des passagers dans le fort même, est atteint par la maladie. On observe chez lui l'enfoncement des orbites, les crampes, les vomissements et la diarrhée de matière riziforme. Aujourd'hui cet homme est convalescent.

Le 2 juillet, le nommé Guida, élève en pharmacie, envoyé depuis le 22 juin au fort pour préparer les médicaments destinés aux passagers, offre tous les symptômes cholériques: vomissements, diarrhée riziforme, voix éteinte, cyanose, crampes, stupeur.

Le 3, à onze heures du matin, ce malade meurt dans l'état algide.

Ces quatre cas de choléra observés sur des hommes habitant une contrée d'où l'épidémie avait disparu depuis longtemps, prouvent évidemment que la maladie a été importée par *le Sphinx* et communiquée par ses passagers.

Il est remarquable que deux de ces hommes ont été atteints par communication directe dans le fort, et que les deux militaires l'ont été à distance.

Enfin, il y a tout lieu de croire que la maladie ne se propagera pas; de sévères mesures sanitaires ont été prises; jusqu'ici aucun cas n'a été observé en ville ni aux environs, et il n'y a pas eu de nouveaux cas depuis quatre jours au fort.

Il y a, me semble-t-il tout d'abord, deux cas reprochables, ce sont ceux de Blanquet et de Lajous, puisque, de l'aveu de M. Moreau lui-même, ces deux individus n'avaient pas eu de communication avec les passagers, qu'aucune transmission directe n'avait pu avoir lieu. L'auteur pense, à la vérité, que c'est à distance et par l'intermédiaire, sans doute, de l'air contaminé par les malades du fort, que la transmission s'était opérée. On conçoit bien, messieurs, qu'une maladie infectieuse accroisse d'activité par la concentration de ses émanations dans un lieu étroit et renfermé, et s'inocule alors à ceux qui plongent dans l'atmosphère qu'elle a viciée; mais que cela ait eu lieu en plein air, sur le bord de la mer, sur une plage balayée par les vents, lavée par les vagues, cela ne peut pas être admis sur la foi seule d'une simple allégation.

Maintenant, quant aux deux autres, Pancratio et Guida, est-ce bien à leur séjour parmi les cholériques ou à leur portée qu'ils ont dû de contracter la maladie à laquelle ils ont succombé? Remarquez qu'il y avait peu de temps seulement que les derniers cas de choléra avaient été observés à Bone quand ils en tombèrent victimes. Je ne répéterai pas ici ce que j'ai eu l'honneur de dire il y a peu de jours, en vous rendant compte d'un travail sur le même sujet de notre honorable collègue M. Van Berchem, que nous ne connaissons pas encore assez le choléra pour pouvoir tracer son itinéraire et considérer chaque fois sa disparition pendant quelques jours comme un adieu définitif. Ne peut-on pas, sans être trop sceptique, en présence de tant d'autres faits analogues, attribuer l'apparition du choléra chez les quatre malades dont M. Moreau nous trace l'histoire, à quelque reste d'influence cholérigène? Je ne l'affirme pas, je le demande. S'il en était ainsi, la conclusion de l'auteur ne serait-elle pas prématurée, et la confiance qu'il accorde aux quarantaines comme préservatif, trop absolue?

Quoi qu'il en soit, la note de M. Moreau est on ne peut plus recommandable dans ses intentions, et pourra, par ses rapprochements avec d'autres de même nature, acquérir une signification plus positive, une valeur plus grande. J'ai l'honneur de vous proposer d'adresser des remercîments à l'auteur, et de déposer sa note honorablement dans nos archives.

Les conclusions du rapport de M. Fallot sont mises aux voix et adoptées.

— Nous publierons dans notre prochain compte rendu la discussion du rapport de la commission chargée d'examiner le mémoire de M. Warlomont relatif à une épidémie de fièvre éruptive observée en 1847 à l'hôpital militaire et dans les prisons de Bruxelles.

— Après avoir adopté le rapport de la commission instituée en vertu de l'art. 104 du règlement, et adressé, sur la proposition de M. Lebeau, des remercîments au bureau d'administration pour sa gestion pendant l'exercice 1849-1850, l'Académie procède au renouvellement de celui ci pour la quatrième période triennale, conformément à l'art. 14 des statuts organiques et des arrêtés royaux des 13 février 1842 et 13 novembre 1843.

M. Vleminckx est continué dans les fonctions de président, à la majorité de 29 voix sur 33 votants. Deux voix ont été données à M. Fallot, et deux bulletins blancs ont été déposés dans l'urne.

M. Fallot est réélu premier vice-président, à la majorité de 27 voix, et M. Verheyen second vice-président, à la majorité de 19 voix.

Huit voix ont été données à M. Lombard, trois voix à M. Guislain, trois voix à M. Craninx, et une voix à MM. Van Coetsem et Lebeau.

M. Marinus est également réélu secrétaire adjoint à la majorité de 32 voix.

La séance est levée à deux heures.

SÉANCE DU 28 SEPTEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. VLEMINCKX.

La séance est ouverte à dix heures.

La rédaction du procès-verbal est approuvée.

M. le ministre de l'intérieur envoie en communication un rapport de M. le président de la commission médicale de la province de Namur, relatif à une fièvre typhoïde qui a régné dans le pénitentiaire des femmes, à Namur. — Renvoyé à l'examen de la deuxième section.

M. Heyfelder, membre correspondant à Erlangen, fait hommage des ouvrages publiés par MM. Will et Gorup-Besanez, en exprimant le désir que l'Académie associe ces savants à ses travaux avec le titre de correspondants.

M. Marinus présente, au nom de M. le docteur Parola, médecin en chef de l'hôpital de Coni (Piémont), un traité sur la tuberculose en général et la phthisie pulmonaire en particulier, et un mémoire sur la maladie morvo-farcineuse, en sollicitant pour l'auteur le titre de membre correspondant.

MÉMOIRE SUR LES MÉDICAMENTS FERRUGINEUX, SUIVI DE CONSIDÉRATIONS SUR L'EMPLOI DU MANGANÈSE EN MÉDECINE; par M. le docteur MARTENS, membre titulaire.

(RÉSUMÉ ANALYTIQUE.)

De l'ensemble des faits et considérations exposés dans son mémoire, M. Martens croit pouvoir conclure :

1° Que le meilleur médicament ferrugineux est le lactate de fer;

2° Qu'il peut être remplacé avantageusement par le carbonate ferreux donné en suspension et en solution dans l'eau, ou bien en pilules avec du miel, de ma-

nière à ne pouvoir se suroxyder, conformément à la prescription du docteur Vallet;

3° Que toutes les pilules ferrugineuses dans lesquelles le métal est susceptible de se suroxyder doivent être rejetées pour l'usage médical, parce qu'elles se durcissent en peu de temps, au point de ne plus se délayer dans l'eau ni dans l'estomac;

4° Que les substances ferrugineuses insolubles doivent toujours être administrées au moment du repas, pour qu'elles se dissolvent dans les sucs acides qui se rencontrent alors dans l'estomac;

5° Que parmi les médicaments ferrugineux, il faut généralement choisir ceux qui ne sauraient être précipités ou plutôt rendus complétement insolubles par les sucs alcalins qui se rencontrent dans le duodénum, surtout à l'époque de la digestion intestinale;

6° Qu'eu égard à l'action du chlorure de fer sur les sucs albumineux, la teinture éthérée ou nervine de Bestucheff, qui, bien préparée, contient la majeure partie du fer à l'état de protochlorure, peut constituer un bon médicament ferrugineux, surtout lorsqu'il s'agit en même temps de produire quelque effet astringent;

7° Que les médicaments ferrugineux les plus actifs sont, sans contredit, ceux qui, ayant pénétré dans le sang à l'état liquide, s'y assimilent le plus facilement à l'hématosine pour former avec elle la matière colorante rouge du sang;

8° Que, dans le traitement de la chlorose et de l'anémie, il importe non-seulement de prescrire les ferrugineux, mais de favoriser leur assimilation au sang par le séjour à la campagne ou dans des lieux très-exposés à la lumière du soleil;

9° Que le régime des chlorotiques doit autant que possible se composer de viande succulente ou noire, et non d'une alimentation blanche où l'oxyde de fer fait généralement défaut;

10° Que les chloroses légères ou peu avancées guérissent généralement par le seul régime animal, secondé par le mouvement au grand air et par l'insolation;

11° Que l'usage habituel de la viande introduit dans l'économie animale assez de fer pour la formation des globules rouges du sang, et peut même en fournir en excès;

12° Qu'au contraire, l'usage exclusif des pommes de terre, du pain blanc, du laitage et de graisses, qui forme ordinairement le régime des classes ouvrières et nécessiteuses, prédispose à la chlorose ou à l'altération anémique du sang, parce que ces aliments renferment trop peu de fer pour concourir efficacement à la formation des globules sanguins rouges;

13° Que le pain de froment peut être rendu beaucoup plus restaurant en y ajoutant, avant la panification, une petite quantité de sulfate de fer, et que ce n'est qu'ainsi qu'il peut fournir une alimentation complète susceptible de remplacer la viande.

14° Que l'on peut évaluer approximativement à 10 centigrammes (2 grains) la quantité d'oxyde de fer dont l'homme a besoin journellement pour la restauration où le renouvellement de son sang, et que cette quantité doit faire partie de sa ration alimentaire, pour que celle-ci puisse suffire à l'entretien de la santé;

15° Que tous ceux qui, soit par leur régime peu animalisé et par suite peu ferrugineux, soit par leur habitation ou leur séjour dans des lieux peu éclairés, comme les ouvriers de la plupart de nos manufactures, sont disposés aux vices anémiques du sang, devraient faire usage de pain ferrugineux pour favoriser l'hématose ou la formation des globules rouges du sang;

16° Que le manganèse n'entrant dans la constitution des globules sanguins qu'en quantité infiniment petite, ne paraît point être nécessaire à la sanguification;

17° Que les composés de manganèse ne sauraient être considérés comme des médicaments antichlorotiques, à l'instar des composés ferrugineux, ou du moins qu'ils ne concourent pas directement à la restauration du sang;

18° Que ce n'est que comme médicament à vertu inconnue ou plutôt inexpliquée que les composés de manganèse peuvent être employés dans la thérapeutique.

Sur la proposition de M. Lombard, l'Académie décide qu'elle passera immédiatement à la discussion de chacune des conclusions du mémoire de M. Martens.

M. le Président : La discussion est ouverte sur la première conclusion : « Le meilleur médicament ferrugineux est le lactate de fer. »

M. Lombard : Cette proposition générale est établie théoriquement et sur des données chimiques : en thérapeutique, on ne peut point juger de cette manière. Les praticiens qui emploient journellement les préparations ferrugineuses ne consentiront pas à admettre la proposition d'une manière aussi absolue. J'ai, pour mon compte, depuis des années, employé le lactate de fer, ainsi que toutes les préparations ferrugineuses recommandées, et je n'ai point vu disparaître les accidents que le fer guérit, plutôt avec le lactate de fer qu'avec le sous-carbonate de fer. Je dirai même que depuis longtemps j'ai abandonné le lactate de fer pour donner la préférence aux pilules de Blaud. Dans bien des cas aussi, nous avons vu toutes les préparations de fer échouer et la simple limaille réussir. Si tout le monde est d'accord que c'est là le résultat des observations cliniques, on ne peut pas admettre que le lactate de fer soit, de tous les médicaments ferrugineux, le meilleur.

M. Martens : Je n'ai pas voulu établir la proposition dont il s'agit d'une manière absolue; j'ai seulement voulu dire qu'*en général* le lactate de fer doit être considéré comme le médicament ferrugineux le plus utile.

M. Lombard a dit que le carbonate de fer et même la limaille sont plus avantageux que le lactate. Mais remarquez que le carbonate de fer et la limaille deviennent du lactate dans la majeure partie des cas. C'est l'acide lactique, toujours en abondance dans l'estomac à l'époque de la digestion, qui opère cette transformation. Maintenant, pourquoi faut-il que cette transformation se fasse dans l'estomac? Ne vaut-il pas mieux la faire avant l'ingestion du médicament? C'est d'autant plus avantageux que le lactate ferreux se conserve très-bien et ne se suroxyde pas comme d'autres composés ferrugineux.

Du reste, je le répète, quand j'ai dit que le lactate de fer était préférable aux autres préparations ferrugineuses, j'ai en en vue la généralité des cas. Toute proposition générale présente des exceptions.

M. François : Quelque intéressantes que soient les inductions théoriques à propos de l'action des martiaux dans le traitement de la chlorose, l'expérience doit être surtout prise pour guide dans des questions de ce genre. Or il m'est arrivé maintes fois de voir la chlorose résister à une, deux, trois préparations de fer, puis céder à une quatrième; et le plus souvent c'est à la limaille ou au sous-carbonate de fer qu'a été due la guérison. Mon expérience s'accorde en cela entièrement avec celle de M. Lombard.

M. Stas : Si j'ai bien compris M. Martens, il s'est proposé de rechercher quel est le meilleur médicament ferrugineux. Pour résoudre ce problème, il a posé en principe que le composé ferrugineux qui, étant dissous, n'est pas précipité par les matières albumineuses et par le suc pancréatique et autres liquides que l'on rencontre dans le duodénum, doit être préféré.

D'après les expériences dont notre collègue nous a donné connaissance, le lactate de protoxyde de fer jouirait de cette propriété. D'après lui, les matières ferrugineuses insolubles introduites dans l'estomac passeraient aussi à l'état de lactate. Je suis loin d'infirmer le premier point, la non-précipitation du lactate de protoxyde de fer dissous par les matières albumineuses; je l'admets même, quoique ce fait soit contesté. Quant au second point, le passage à l'état de lactate des composés insolubles de fer introduits dans l'estomac, je n'en connais aucune preuve expérimentale, et je suis très-porté à croire que notre collègue serait bien embarrassé de l'administrer. Je sais bien que le suc gastrique renferme, pendant la digestion, de l'acide lactique; mais l'existence de cet acide dans ce suc ne prouve pas que les composés ferrugineux insolubles se transforment en lactate dans l'estomac, puisque ce même suc renferme d'autres acides plus énergiques, tels que l'acide phosphorique et l'acide butirique.

La non-précipitation du lactate de protoxyde de fer par les matières albumineuses ne constitue pas non plus une preuve que ce sel soit le meilleur médicament ferrugineux. Le composé ferrugineux auquel il me semble qu'on doit donner la préférence est celui qui réunit cette double condition de présenter le fer à l'état sensible aux réactifs chimiques, et d'être en même temps le plus facilement absorbé par les vaisseaux de l'estomac.

La raison de la non-absorption de ces corps par une partie quelconque de l'appareil digestif autre que l'estomac me paraît résider dans la facile décomposition de toutes les matières que l'on rencontre dans l'intestin. La bile, le produit de la sécrétion intestinale, le résidu des aliments désagrégés ou dissous par les liquides de l'estomac, sont des produits excessivement altérables et susceptibles de donner de l'acide sulfhydrique ou du sulfhydrate d'ammoniaque qui ramènent le fer à l'état de sulfure. Aussi voyons-nous un composé métallique introduit dans l'estomac, à moins qu'il ne soit d'une absorption excessivement facile, passer entièrement à l'état de sulfure dans l'intestin, et être ainsi éliminé de l'économie animale. J'en ai fait sur moi-même l'expérience. Quelque minime que soit le composé ferrugineux ingéré, quelle que soit sa nature, pourvu que le fer y soit à l'état sensible aux réactifs chimiques (sulfate, chlorure, lactate, citrate, tartrate double de fer et de potasse, citrate de fer et de quinine), la majeure partie du fer est éliminée de l'économie à l'état de sulfure dans les fèces. Quelle que soit aussi la dose de sous-nitrate de bismuth qui s'ingère, pourvu qu'elle ne dépasse pas 45 grammes par vingt-quatre heures, tout le métal est éliminé à l'état de sulfure.

M. Lombard : Une simple observation : M. Martens nous dit que les préparations ferrugineuses introduites dans l'estomac passent à l'état de lactate, que ce n'est qu'alors qu'elles peuvent être absorbées. J'admets l'hypothèse : si elle est vraie, nous n'avons pas besoin de rechercher quelles sont les meilleures préparations de fer, puisque, une fois introduites dans l'estomac, elles sont toutes ramenées au même état.

M. Martens : Il fut un temps où l'on croyait que dans l'estomac, il ne se passait pas d'action chimique. Il n'en est plus de même aujourd'hui : on sait qu'il s'y passe les mêmes actions chimiques que dans tout autre vase; on sait notamment que la digestion stomacale est une action chimique. Ainsi je prétends que le carbonate de fer subira dans l'estomac, de la part des acides, la même action que dans un vase inerte, c'est-à-dire que le carbonate ferrugineux passera à l'état de lactate avant de produire son effet; car c'est l'acide lactique qui prédomine dans l'estomac; les autres acides n'y existent qu'en quantités minimes.

Je crois donc qu'en général le lactate de fer doit être employé de préférence, excepté dans les cas où il y aurait avantage à neutraliser des acides existant en trop grande abondance dans l'estomac; alors je conçois que l'on emploie plutôt le sous-carbonate ou la limaille de fer.

M. Stas m'a fait une objection assez judicieuse, et qui, si elle devait être admise, changerait beaucoup la théorie que j'ai établie. Il nous a dit que les métaux administrés par la voie de l'estomac passent très-promptement à l'état de sulfure, et qu'ainsi ils se trouvent soustraits à l'action des sucs albumineux, des sucs alcalins qui se rencontrent ou affluent dans le duodénum. Mais M. Stas n'a pas fait attention que le gaz hydrogène sulfuré, qui peut transformer les métaux

à l'état de sulfure, n'existe pas dans le duodénum. L'expérience a démontré que les gaz que l'on rencontre dans l'intestin grêle ne renferment jamais de l'hydrogène sulfuré; que ce n'est que dans le gros intestin que le gaz sulfhydrique apparaît et que les métaux passent à l'état de sulfure. Tant que M. Stas ne nous démontrera pas que ces gaz sulfurés existent dans l'intestin grêle, il n'y a pas de raison pour admettre que, dans le duodénum et dans le reste de l'intestin grêle, les métaux se trouvent à l'état de sulfure. Je suis persuadé qu'ils ne passent à cet état que dans le gros intestin.

M. Stas prétend que les médicaments ferrugineux doivent être absorbés dans l'estomac, même sans avoir subi de changements; mais alors il ne saurait expliquer l'emploi avantageux de la limaille ou du sous-carbonate de fer; car, dans leur état naturel, ces matières insolubles ne sont pas absorbables. Il faut qu'elles passent à l'état de lactate ou de chlorure pour pouvoir prendre la forme liquide qui seule permet leur absorption.

Ainsi, je le répète, je n'exclus pas l'emploi des carbonates ferreux, de la limaille de fer; mais je prétends qu'ils passent généralement à l'état de lactate dans l'estomac. J'admets même que, lorsqu'il s'agit de neutraliser plus ou moins certains acides prédominants dans l'estomac, ils doivent être préférés au lactate.

Les propositions 2 à 8 ne donnent lieu à aucune discussion.

Neuvième proposition.— « Le régime des chlorotiques doit autant que possible se composer de viande succulente ou noire, et non d'une alimentation blanche où l'oxyde de fer fait généralement défaut. »

M. Lombard : Des développements très-lumineux que l'honorable M. Martens a donnés dans son mémoire, il résulte, ce qui est d'ailleurs connu de tout le monde, que l'alimentation animale, et surtout l'alimentation composée de viandes noires, convient particulièrement aux chlorotiques, aux anémiques. Jusqu'à présent j'avais considéré cela comme un fait d'observation : c'était pour moi une règle, comme pour tous les médecins praticiens; mais je n'avais pas songé à en rechercher le pourquoi. L'honorable M. Martens nous l'a donné; il nous a dit : « Les viandes blanches ne contiennent pas autant d'éléments ferreux que les viandes noires, et c'est pour cette raison que l'usage des viandes noires convient aux chlorotiques. » Eh bien ! nous nous trouvons chaque jour en position de ne pouvoir administrer ces bonnes viandes noires, et si l'explication de M. Martens est fondée, nous pourrons dorénavant, lorsque la position peu aisée des personnes l'exigera, prescrire les viandes d'un moindre prix, sauf à donner à nos malades un peu plus de fer. Cette explication est d'autant plus importante que très-souvent nous trouvons la chlorose dans les familles où une nourriture succulente est impossible. J'appelle donc toute l'attention de l'Académie sur l'observation de M. Martens.

M. Martens : Je dois cependant faire observer à M. Lombard que je ne prétends pas qu'il y ait identité entre les viandes noires et les viandes blanches de moindre qualité auxquelles on a ajouté des ferrugineux. Il ne suffit pas que les aliments aient une composition chimique normale; il faut encore qu'ils soient en rapport avec la force digestive de celui qui les prend ; j'ai seulement voulu dire que certaines nourritures, et surtout le pain blanc, qui est considéré comme un aliment complet, manquent plus ou moins d'un élément de nutrition tout à fait indispensable, c'est-à-dire de l'oxyde de fer; mais il ne faut pas conclure de là qu'un individu pourrait tout à fait se passer de viande de bonne qualité, pourvu qu'on lui donnât des ferrugineux ; car les viandes de qualité inférieure laissent à désirer sous d'autres rapports encore que celui du défaut de fer.

Les dixième et onzième conclusions ne donnent pas lieu à discussion.

Douzième conclusion : « L'usage exclusif des pommes de terre, de pain blanc, de laitage et de graisses, qui forme ordinairement le régime des classes ouvrières et nécessiteuses, prédispose à la chlorose ou à l'altération du sang, parce que ces aliments renferment trop peu de fer pour concourir efficacement à la formation des globules sanguins rouges. »

M. Lombard : Cette conclusion peut être vraie, mais il me semble qu'elle n'est pas conforme aux faits que l'on possède. M. Martens a cherché à démontrer que si le poisson était une nourriture inférieure à la viande, ce n'est pas, comme on le pense; qu'il contienne moins d'azote, puisque certains poissons renferment plus d'azote que certaines viandes, mais parce que le poisson manque de fer. Eh bien! vous connaissez tous les pêcheurs d'Ostende et de Blankenberghe, qui ne mangent jamais un atome de viande, et qui sont rouges, pléthoriques, chez lesquels les globules sanguins abondent.

M. Martens : Le poisson contient du fer, mais en moindre quantité que la viande.

M. Lombard : Il résulterait de cela que l'air et la lumière où ces pêcheurs puisent leur vie auraient plus de part au développement sanguin et de la masse globulaire que la nourriture. Eh bien! s'il en est ainsi, la règle générale que pose M. Martens doit subir de grandes exceptions, car l'exemple que j'ai cité est pris au hasard, et vous en trouverez d'autres peut-être plus frappants encore et plus propres à venir à l'appui de la thèse que je soutiens. Si l'on recherchait les faits, on verrait que c'est plutôt à l'absence d'air et de lumière qu'à l'absence de fer dans les aliments, qu'il faut attribuer la chlorose chez ces jeunes filles.

M. Martens : J'ai dit expressément, dans mon mémoire, qu'il ne suffit pas de donner des ferrugineux, mais qu'il faut que le fer s'assimile au sang, et que cela ne se fait pas sans l'influence de la lumière. Sans la lumière, l'homme ne formerait pas des globules rouges, pas plus que les plantes ne formeraient des globules verts; mais aussi s'il n'y a pas de fer dans les aliments, la lumière ne produira pas d'effet, parce que la lumière ne peut pas former le fer indispensable à la constitution des globules sanguins rouges.

Quant au poisson, il est évident que certaines espèces, quoique ne contenant pas autant de fer que la viande, en contiennent cependant beaucoup plus que le pain blanc; aussi l'individu qui ne se nourrirait que de ce pain seul ne prendrait certainement pas assez de fer pour la formation ou le renouvellement de son sang. On ne saurait en dire autant de ceux qui se nourrissent presque exclusivement de poisson; ceux-là peuvent trouver dans cet aliment assez de fer pour l'entretien de leur sang dans l'état normal.

Si ensuite ils se trouvent placés dans des conditions favorables à l'assimilation du fer, et c'est, comme vous l'a dit M. Lombard, le cas des pêcheurs d'Ostende, indubitablement les globules sanguins rouges doivent être formés en quantité considérable.

Treizième conclusion : « Que le pain de froment peut être rendu beaucoup plus restaurant en y ajoutant, avant la panification, une petite quantité de sulfate de fer, et que ce n'est qu'ainsi qu'il peut fournir une alimentation complète susceptible de remplacer la viande. »

M. le Président : Je demanderai à M. Martens si, d'après le principe qu'il pose, il ne conviendrait pas de remplacer, dans les hôpitaux, le pain blanc ordinaire, qui sert exclusivement à l'usage des malades et des convalescents, par du pain auquel on aurait ajouté une petite quantité de sulfate de fer. Il n'est aucun de vous qui n'ait été frappé de l'état d'anémie que présentent, pendant bien longtemps, une foule de personnes qui ont été atteintes de maladies aiguës : ne pourrait-on remédier à cet état par l'addition d'une très-petite quantité de sulfate de fer au pain qui sert de nourriture aux convalescents?

M. Martens : Je crois avoir répondu à la question que me pose M. le président. J'ai dit qu'il serait utile que le pain destiné aux pauvres et aux ouvriers contînt du sulfate de fer. Quant aux convalescents, il est évident qu'il faut consulter l'idiosyncrasie de l'individu. En tout cas, j'ai parlé pour des estomacs sains; cependant je crois que ce pain ne peut être nuisible dans l'état de convalescence; il sera même généralement utile s'il y a plus ou moins d'anémie et que le convalescent ne puisse faire usage d'un régime suffisamment animalisé.

M. François pense que l'introduction d'une préparation de fer dans le pain destiné aux convalescents aurait une haute importance et promettrait les résultats les plus heureux; mais qu'on ne peut prononcer d'après des *à priori* et des vues fondées sur la seule théorie chimique et que des expériences sont nécessaires.

M. Braggraeve ne s'oppose pas à ce que des expériences soient faites, surtout dans les hôpitaux; mais il doit être bien entendu que le pain ferrugineux sera seulement un pain de convalescent. Il y aurait un certain danger à modifier toujours dans sa nature, pour le rendre ferrugineux, le pain blanc qui s'approprie à toutes les conditions; ce pain, qui pourrait être utile pour les uns, deviendrait nuisible aux autres.

M. Lombard : Le pain, que l'on pourrait appeler *pain Martens*, me semble devoir être appelé un jour à des applications très-utiles. Je crois que cette manière d'administrer le fer est bonne, et, on l'a démontré, une foule de travailleurs qui n'ont pas une alimentation convenable ou suffisante ont besoin de fer. Ce sera un moyen facile de leur en donner.

Mais je ne puis approuver l'expérience que propose M. François. Je veux bien admettre des expériences tendant à reconnaître les effets du pain en question; mais celle que propose M. François n'aura aucune valeur; elle réussira nécessairement.

Mais de ce que le pain ferrugineux aura réussi pour des convalescents, irez-vous en conclure que ce pain convient à tout le monde, surtout aux travailleurs? Évidemment non.

Si l'on veut des expériences, il faut qu'elles soient faites d'après d'autres bases que celles qui sont proposées.

M. Lequime pense que la mise à exécution de ce projet n'amènerait pas, vraisemblablement, les conséquences qu'on en attend, à cause des nombreuses difficultés inhérentes à la solution du problème qu'il s'agirait de résoudre, le régime qui convient aux convalescents différant en raison du genre de maladie dont ils ont été affectés, de sa durée, et d'une foule d'autres conditions inutiles à énumérer.

M. Mareska pense que l'expérimentation que l'on propose est tout à fait inutile, et qu'elle ne pourrait jamais être généralisée.

M. Martens : Je n'ai pas été bien compris. J'ai dit positivement que le pain ferrugineux n'est utile que pour les classes qui ne peuvent pas se procurer de la viande en quantité suffisante, et qu'il est complétement inutile là où le régime alimentaire est convenablement établi.

M. Stas : De quelle manière M. Martens s'est-il assuré que l'économie perd, en vingt-quatre heures, 1 décigramme de fer, comme il l'avance dans sa quatorzième proposition?

M. Martens : J'ai établi, d'après des données appréciables, que la quantité de fer que perd l'économie en vingt-quatre heures doit être considérable, et qu'il faudrait probablement plus d'un décigramme d'oxyde de fer pour réparer cette perte. Au reste, si l'on tient compte de la quantité de viande qui est généralement reconnue nécessaire dans un régime alimentaire convenable, il faut bien admettre que la quantité de fer nécessaire à la nutrition est au moins de 10 centigrammes par jour; car la viande qui fait partie d'une ration ordinaire contient déjà plus de 10 centigrammes d'oxyde de fer. Je pense donc que ce chiffre peut être considéré comme un *minimum*.

M. Stas : On a établi qu'il faut rendre à l'économie animale une quantité déterminée de carbone, d'hydrogène et d'azote à l'état de substances alibiles, parce qu'on a démontré que l'homme, pendant vingt-quatre heures, perd à peu près

cette quantité de carbone à l'état d'acide carbonique, cette quantité d'hydrogène à l'état d'eau, et cette quantité d'azote à l'état d'urée, d'acide urique et de sels ammoniacaux. Mais pour le fer on n'a constaté jusqu'ici aucune perte sensible. Il s'élimine, à la vérité, par l'urine et par les fèces une petite quantité de ce métal; mais elle est si minime qu'on peut affirmer que les aliments ingérés, quels qu'ils soient, en renferment autant. Je ne vois donc pas pourquoi il faudrait 1 décigramme de fer par vingt-quatre heures; aussi je considère cette proposition comme très-hasardée.

M. MARTENS : J'ai dit que l'on peut, et non pas que l'on doit, évaluer à 10 centigrammes la quantité d'oxyde de fer dont nous avons besoin journellement; je n'ai pas parlé d'une manière positive, ce n'était qu'une évaluation approximative.

Seizième conclusion : « Que le manganèse n'entrant dans la constitution des globules sanguins qu'en quantité infiniment petite, ne paraît point être nécessaire à la sanguification. »

M. LOMBARD : Vous avez vu que M. Martens pense que M. Hannon s'est trompé. Il croit que ce médecin a admis l'existence constante du manganèse dans le sang, par hypothèse.

Vous vous rappelez les travaux de M. Hannon. Ce n'est pas par hypothèse qu'il a procédé; il vous dit seulement que l'analogie l'a conduit à croire qu'il y avait du manganèse dans le sang; que ce manganèse, que quelques-uns avaient cru trouver, que d'autres avaient nié, lui avait paru devoir exister dans ce liquide, parce que partout où l'on trouve du fer dans la nature, on y trouve aussi du manganèse.

Je demande que les praticiens déclarent dans cette enceinte ce que vaut la découverte de M. Hannon, qui, à mon sens, est d'un très-grand prix.

M. MARTENS : M. Hannon n'a pas, comme le pense M. Lombard, établi la quantité de manganèse existant dans le sang. Il n'a pas fait une analyse quantitative du sang par rapport au manganèse qui peut s'y trouver; il n'a fait qu'une analyse qualitative, une analyse au chalumeau. Il n'a jugé de la présence du manganèse dans les cendres du sang que par la coloration obtenue dans le verre de borax.

Ces expériences ne prouvent en aucune manière que le sang renferme une quantité un peu notable de manganèse. Cette quantité est certainement très-minime, puisqu'elle a échappé à tous les chimistes qui ont fait des analyses du sang : aucun n'a pu reconnaître combien il y a de manganèse dans une quantité déterminée de sang. Cette quantité est inappréciable à nos balances.

Le manganèse n'existe pas en plus grande quantité dans le sang que partout ailleurs; je prétends donc qu'il n'est nullement nécessaire à la formation des globules rouges. Je ne conteste cependant pas l'utilité des médicaments manganiques, si elle a été suffisamment établie par l'expérience clinique; mais ce que je conteste, c'est l'explication qu'a donnée M. Hannon de l'efficacité du manganèse. Si l'on a retiré des avantages de son emploi dans le traitement de la chlorose, je dirai que c'est probablement parce qu'il facilite l'assimilation du fer au sang. Il faut donc le considérer comme un médicament à vertu encore inconnue ou inexpliquée.

M. RAIKEM rappelle que l'oxyde de manganèse a été employé contre la chlorose par le professeur Brera (de Padoue), qui a publié un mémoire sur ce sujet.

M. LE PRÉSIDENT : Il nous reste à examiner les conclusions dix-septième et dix-huitième.

M. LOMBARD : Ce que nous venons de dire s'applique également à ces propositions.

La discussion est close.

L'Académie vote ensuite l'impression du travail de M. Martens dans le recueil de ses mémoires.

ESSAIS D'INOCULATION FAITS AVEC DU COWPOX RECUEILLI PAR M. VAN BERCHEM DANS LA COMMUNE DE HINGHENE. — Rapport sur ce sujet.

(M. RAIKEM, rapporteur.)

Messieurs,

Le bureau m'a transmis, le 28 janvier 1850, trois plaques chargées de cowpox trouvé sur une vache, à Hinghene, et recueilli par M. le docteur Van Berchem, en me priant de me concerter avec notre collègue, M. le professeur Simon, pour l'utiliser.

Nous procédâmes dans le courant du même mois, chacun de notre côté et avec le plus grand soin, à l'inoculation chez trois enfants sains et bien portants qui n'avaient pas eu la petite vérole et n'avaient jamais été vaccinés.

Pour mon compte, le 16 février, j'inoculai le cowpox, au moyen de trois piqûres à chaque bras, à une petite fille encore à la mamelle. Pendant cinq jours je soumis cette enfant à une observation diligente, et il ne se développa pas chez elle la moindre apparence de pustule vaccinale.

M. Simon m'a déclaré n'avoir pas été plus heureux que moi dans les inoculations qu'il a pratiquées avec la même matière vaccinale. Ce professeur m'a, en outre, assuré n'avoir obtenu aucun succès de l'inoculation faite avec ce même cowpox de Hingbene que le gouvernement avait fait parvenir à la commission médicale de la province de Liége.

D'après ces résultats, on peut, ce me semble, conclure que la matière vaccinale dont il s'agit ne jouissait pas de la faculté de communiquer la vaccine par inoculation, quand nous en avons fait usage.

Le rapport de M. Raikem sera transmis au gouvernement.

SIROP PRÉCONISÉ POUR LE TRAITEMENT DE LA COQUELUCHE, dont la formule a été communiquée à l'Académie par M. DELAHAYE, pharmacien à Aunay (France). — Rapport de la deuxième section sur ce sujet.

(M. LEQUIME, rapporteur.)

Un pharmacien d'Aunay (Calvados), M. Louis Delahaye, a fait hommage à la compagnie de la formule d'un sirop qu'il préconise contre la coqueluche; à l'en croire, ce sirop, qui est composé de café, de belladone et d'ipécacuanha, jouirait d'une efficacité incontestable contre cette maladie; il voudrait, en conséquence, que l'Académie en recommandât l'usage.

La deuxième section propose de passer à l'ordre du jour sur cette communication.

M. FALLOT propose, tout en conservant la conclusion de la deuxième section au fond, de la modifier dans la forme, et de dire que l'Académie, considérant que les médicaments qui entrent dans la composition de cette formule ont déjà été recommandés dans le traitement de la coqueluche, passe à l'ordre du jour.

Les conclusions de la deuxième section, modifiées comme le propose M. Fallot, sont adoptées.

DU MAL DE MER. — Rapport sur l'ouvrage de M. le docteur SÉMANAS (de Lyon) sur ce sujet.

(M. FALLOT, rapporteur.)

Chargé par le bureau de rendre compte verbalement du livre que je tiens en main et qui a pour titre : *Du mal de mer*, recherches théoriques et pratiques sur ses causes, sa nature et son traitement, ainsi que sur les rapports qui existent entre ce mal et le choléra, la fièvre jaune, la peste, etc., je l'avais lu dans cette intention. Mais en prenant ensuite connaissance de la lettre qui en accompagnait l'envoi, je me suis aperçu que l'intention de l'auteur était de se faire de ce livre un titre pour être nommé membre correspondant. N'ayant aucune qualité pour me prononcer sur cette demande, attendu que vous avez nommé une commission spéciale pour cet objet, j'ai cru devoir m'abstenir de tout jugement sur le mérite du travail, et j'ai l'honneur de vous en proposer le renvoi à cette commission. (Adopté.)

— Avant de clore la séance, M. le président rappelle aux commissions chargées d'examiner les mémoires envoyés en réponse aux questions proposées pour prix qu'elles doivent nécessairement se réunir dans le courant du mois d'octobre, et faire leurs rapports dans la séance prochaine.

La séance est levée à deux heures.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS DE SEPTEMBRE 1850; par M. le docteur FOLLIN, secrétaire.

I. — OPTIQUE APPLIQUÉE A LA BIOLOGIE.

NOUVEAU MICROSCOPE DESTINÉ SPÉCIALEMENT AUX RECHERCHES CHIMICO-MICROSCOPIQUES; par M. LAURENCE SMITH.

Ce microscope est composé d'un pied lourd soutenant une platine tournante et ayant une hauteur de 10 à 11 centimètres.

Au-dessous de la platine est placé un prisme à quatre faces, disposé de manière qu'un rayon de lumière entrant par la face supérieure sorte par une autre face, après avoir subi deux réflexions déflectant la lumière de 144°; de telle sorte qu'en regardant de haut en bas à un angle de 36° à la perpendiculaire, nous pouvons voir ce rayon de lumière.

Sur la face du prisme par laquelle arrive la lumière est placé le tube portant l'objectif; tandis que sur la face du prisme par laquelle sort la lumière est placé un tube portant l'oculaire.

Le montage des pièces qui composent ce microscope peut s'effectuer d'une manière très-simple.

En dehors de l'instrument il y a un petit appareil destiné à chauffer à des températures diverses l'objet que l'on examine.

Les avantages qu'offre cet instrument sont :

1° Que la partie optique est à l'abri de l'action des réactifs qui peuvent être employés, et cela sans nuire à la faculté de voir et d'opérer;

2° On peut voir presque en même temps le corps soumis à l'examen, et son image dans le microscope;

3° On n'a pas à craindre que les vapeurs, s'échappant d'un corps déjà chaud ou chauffé sous le microscope, n'obscurcissent le verre et ne gênent la vision;

4° On peut soumettre les corps en examen à l'action électrique ou galvanique.

Je n'insisterai pas sur les autres avantages qu'on pourra apprécier en se servant de cet instrument.

Quoique l'instrument ne soit pas destiné à l'examen avec de fort grossissements, on obtient cependant des effets très-remarquables avec le n° 7 de Nachet, sans se servir d'un éclairage artificiel, mais en prenant la lumière

directe du ciel. On peut ainsi voir les points sur les navicules hipocampus avec les nos 6 et 7, de Nachet.

Je n'insisterai pas sur les petits détails propres à l'instrument que je présente à la Société, parce qu'ils pourront être plus ou moins modifiés.

En outre, j'ai l'honneur de présenter deux améliorations que j'ai appliquées à ce microscope, et qui peuvent servir aux autres formes de cet instrument. La première consiste en un nouveau micromètre oculaire, et l'autre est une méthode de mesurer les angles des cristaux. C'est aux habiles opticiens MM. Nagher père et fils que nous devons la confection de ces instruments.

II. — BOTANIQUE.

SUR UN PARASITE NOUVEAU; par M. ERNEST GERMAIN (de Saint-Pierre.)

Je plaçai dernièrement une anguille vivante dans un bassin d'eau de puits; cette anguille avait été blessée dans les filets où on l'avait prise, la peau était déchirée et contusionnée sur un grand nombre de points des parties dorsales et latérales. Cette anguille paraissait cependant aussi vive qu'une autre anguille placée dans le même bassin. Le jour suivant, la surface des points où la peau était écaillée et saignante prit une couleur d'un gris blanchâtre, et deux ou trois jours après, ces surfaces blanchâtres prirent de l'épaisseur et présentèrent un aspect gélatineux et floconneux; des flocons de la matière blanchâtre gélatiniforme s'étant détachés par le frottement de l'animal contre les parois du bassin, me laissèrent voir que les points dénudés qu'ils occupaient étaient d'un rouge vif, et tendaient à s'ulcérer plus profondément au lieu de se cicatriser. Les points malades, d'abord peu nombreux en apparence, se multiplièrent rapidement, et la plus grande partie de la surface de l'animal, y compris les membranes des nageoires, fut successivement envahie. Le huitième jour, l'animal paraissait fort languissant, se tordait de temps à autre comme s'il eût éprouvé une vive douleur, puis il se renversa sur le flanc, et périt dans la journée suivante.

Ayant soumis au microscope la matière blanchâtre floconneuse qui se détachait des points malades de la peau, je constatai que cette substance se compose d'un nombre infini de filaments microscopiques flexueux, plus ou moins rameux, à rameaux irrégulièrement disposés et inégalement espacés, à sommets brusquement obtus; l'ensemble présente, au microscope, l'aspect du *mycelium* des champignons; ces filaments ramifiés ne sont pas régulièrement cylindriques, leur calibre est irrégulier, et présente çà et là des renflements ou nodosités; dans toute l'étendue dans laquelle j'ai pu les suivre, les filaments ne sont point anastomosés entre eux, ils ne présentent aucun diaphragme transversal, même au niveau des points où ils se ramifient; ils m'ont paru tubuleux et remplis d'un liquide incolore; je n'ai vu rien de semblable à des spores ou à des propagules. Les tubes paraissent quelquefois remplis d'une matière granuleuse, mais il est facile de s'assurer que cette matière est une substance étrangère déposée à leur surface, car on voit souvent les granulations se détacher de la paroi externe du tube.

Dans quel ordre devrons-nous classer cette singulière production morbide? Elle a l'aspect, avons-nous dit, du *mycelium* de certains champignons; ce n'est point cependant un champignon, car un des caractères essentiels des champignons est l'*habitat* non submergé, et les espèces végétales qui pourraient presque également être classées parmi les algues ou parmi les champignons, sont considérées comme algues si elles croissent dans l'eau. Il s'agirait donc d'une algue plutôt que d'un champignon; mais la forme irrégulière des tubes, et l'absence jusqu'ici apparente de corps reproducteurs, éloigne cette production des algues, même les plus inférieures.

Est-il donc absolument nécessaire que cette production rentre dans une des grandes classes d'êtres organisés admises? Certaines espèces, qui lient le règne végétal et le règne animal, ne sont elles pas encore à classer? les navicules et autres diatomées qui ont un mouvement de translation, les oscillatoires, dont les ondulations semblent s'exécuter sous l'influence d'une contraction volontaire, n'ont-ils point des caractères en dehors de ceux qui sont assignés, tant aux végétaux qu'aux animaux?

Pourquoi la production que nous examinons ici ne serait-elle point de nature à ne rentrer dans aucun des groupes connus? c'est un produit morbide sécrété par la peau, et dont l'organisation a lieu sous l'influence de l'eau qui baigne constamment la partie malade. Mais de ce que cet produit morbide s'accroît à la manière de certains végétaux, par l'allongement et la ramification d'une cellule, de ce qu'il présente quelque analogie d'aspect avec certaines espèces d'algues ou de champignons microscopiques, je ne crois pas pouvoir conclure à ce qu'il doive prendre place parmi les végétaux.

Quoi qu'il en soit, je propose de donner à cette production, non classée, le nom de *trichothrauma dermale*.

Je dois ajouter qu'une anguille non blessée qui a séjourné dans le même bassin que l'anguille malade, n'a point été atteinte par le *trichothrauma*, et qu'une jeune perche placée dans le bassin après que l'anguille malade en a été retirée, mais dans la même eau, a péri au bout de quatre jours, la peau envahie par le *trichothrauma*; j'ignore encore si dans ce dernier cas la présence du *trichothrauma* a été spontanée, ou si elle a été le résultat de la contagion rendue plus facile chez la perche, déjà malade, que chez l'autre anguille encore bien portante.

III. — HELMINTHOLOGIE.

HELMINTHES DE L'ORDRE DES NÉMATOÏDES DE RUDOLPHI, OU CAVITAIRES DE CUVIER, TROUVÉES DANS LES MOYENNES ET PETITES BRONCHES DES DEUX POUMONS D'UN PORC AGÉ D'UN AN; par M. PERRIN.

Nous ne croyons pas qu'on ait rencontré jusqu'à présent dans les organes pulmonaires de l'homme ou des animaux d'autres helminthes que des acéphalocystes, c'est-à-dire des hydatides renfermant toujours dans leur intérieur, en nombre plus ou moins considérable, de petits vers auxquels on a donné le nom d'échinocoque. Ceux que le hasard nous a fait rencontrer dernièrement dans les moyennes et petites bronches d'un jeune porc sont d'un ordre tout différent, et appartiennent aux nématoïdes de Rudolphi, ou cavitaires de Cuvier. A ce titre, notre observation rare, unique peut-être, mérite d'être signalée à l'attention des pathologistes et des naturalistes.

Ce porc était âgé d'un an. Il avait été élevé et engraissé par un de nos voisins. Malgré tous ses soins, ce dernier n'avait pu obtenir qu'un produit médiocre; ce qui lui faisait dire, selon le terme consacré par nos paysans, que son cochon avait toujours été *dur d'amendement*. Il attribuait cette difficulté qu'il avait éprouvée à lui faire prendre de la graisse à une chute que l'animal avait faite autrefois dans un puits, et d'où cependant on l'avait retiré en apparence sain et sauf.

Quoi qu'il en soit, destiné au saloir, il fut tué et ouvert devant nous. Comme nous désirions faire quelques recherches anatomiques sur le cœur et le poumon, nous fîmes détacher ces deux organes par le charcutier en le priant d'insuffler avec soin les deux poumons. Le poumon droit se dilata à peu près complétement; le poumon gauche, au contraire, resta en grande partie affaissé sur lui-même. Il n'y eut que quelques lobules pulmonaires, disséminés çà et là à la surface du poumon, qui se laissèrent pénétrer par l'air, et dont la coloration naturelle, d'un rose tendre, contrastait d'une manière remarquable avec le reste de l'organe devenu imperméable et comme splénifié.

Sans trop savoir à quelle cause attribuer ce défaut de pénétration de l'air dans les cellules pulmonaires, nous incisâmes immédiatement le poumon dans les différents endroits qui nous parurent altérés. Quel fut notre étonnement quand nous vîmes à l'orifice des bronches, moyennes et petites, que nous venions d'ouvrir, apparaître par une de leurs extrémités une foule de petits vers vivants, allongés, à corps arrondi, cylindrique, élastique, blanc, de 2 à 4 centimètres au moins de longueur, de la grosseur du fil à coudre, accolés parallèlement les uns aux autres, et formant par leur réunion de véritables faisceaux dont le volume, en rapport exact avec le diamètre de la bronche où ils siégeaient, nous expliquait à merveille, en présence de ces obstructions animées, comment l'air n'avait pu pénétrer dans les cellules pulmonaires auxquelles cette bronche ainsi obturée venait aboutir.

Ces helminthes, comme il est facile de s'en assurer par ceux que nous avons retirés intacts, étaient réunis par cinq, dix, vingt, trente individus et plus, agglutinés ensemble et enveloppés d'une sorte de mucus filant, épais, limpide, qui ne nous a pas paru identique aux mucosités des bronches, et que nous sommes porté à considérer comme nécessaire à leur existence.

Nous évaluons à mille peut-être le nombre de vers que nous avons rencontrés dans les deux poumons, et spécialement dans le poumon gauche. Il n'y en avait, nous le répétons, que dans les dernières ramifications bronchiques. Les portions de poumon imperméables à l'air n'étaient le siége que d'une simple congestion veineuse, par défaut d'hématose, purement mécanique. Des fragments jetés dans l'eau restaient à la surface du liquide. La muqueuse bronchique dans toute son étendue, et spécialement dans les points où existaient des helminthes, n'offrait aucune trace de rougeur ni autre altération morbide.

Le système glandulaire était légèrement affecté. Quelques glandes bronchiques, axillaires et abdominales étaient rouges et engorgées. Il n'existait pas de tubercules dans les poumons. Les autres organes étaient sains.

Nous considérons les helminthes dont nous venons de faire l'histoire, comme appartenant à l'ordre des vers nématoïdes de Rudolphi, νημα fil, εἶδος forme, qui correspond à l'ordre des cavitaires de Cuvier. Nous nous garderons bien de vouloir déterminer le genre auquel ils doivent être rapportés; nous laisserons ce soin à d'autres plus compétents que nous, ainsi que celui de leur donner, au point de vue de la médecine comparée, toute la signification pathologique qu'ils peuvent offrir. Nous croyons toutefois pouvoir en donner au lecteur une idée suffisante, et bien préférable à la description incomplète que nous venons d'en faire, en disant qu'ils ressemblaient *à première vue*, par leur forme extérieure, à des ascarides lombricoïdes extrêmement réduits, ou bien encore à des oxyures vermiculaires considérablement grossis.

IV. — ANATOMIE.

SUR LES VAISSEAUX DES ÉPIPLOONS LOMBAIRES DE LA MARMOTTE: par MM. VALENCIENNES et CL. BERNARD.

Indépendamment des épiploons ordinaires, il existe chez les marmottes, ainsi que chez plusieurs rongeurs, des masses graisseuses spéciales auxquelles on donne le nom d'*épiploons lombaires*, et qui ont été déjà signalés depuis longtemps.

Chez les marmottes chacun des épiploons lombaires prend naissance au-dessous du rein, se continue avec la capsule graisseuse de cet organe et se prolonge en bas jusqu'à l'origine des replis péritonéaux des organes génitaux. Ensuite ces deux épiploons lombaires s'avancent vers la ligne médiane sous forme de pannicule graisseux et s'entrecroisent même à leur point de jonction. Il en

résulte que la masse intestinale de la marmotte se trouve recouverte successivement par le grand épiploon gastro-colique et par les deux couches des épiploons lombaires.

On peut voir cette disposition des épiploons lombaires sur la pièce que nous présentons. Mais ce que nous voulons faire remarquer, parce que cela peut avoir de l'importance au point de vue physiologique, c'est que les *épiploons lombaires* diffèrent des *épiploons ordinaires* en ce qu'au lieu de recevoir leurs vaisseaux du système abdominal (artère mésentérique et veine-porte), ils les reçoivent du système vasculaire général (artères et veines lombaires). A cause de cette dernière circonstance la graisse qui constitue les *épiploons lombaires* est dans les mêmes conditions que la graisse située dans le tissu cellulaire souscutané.

V. — Physiologie.

1° De l'absorption élective de la veine-porte et des vaisseaux chylifères; par M. Cl. Bernard.

Ce travail, qui a pour objet de déterminer un rôle spécial des ganglions mésentériques, sera publié dans les mémoires de la Société de biologie.

2° Recherches sur la phosphorescence du port de Boulogne (résumé); par M. A. de Quatrefages.

A Boulogne comme au Havre la phosphorescence du port est due presque exclusivement aux noctiluques.

L'uniformité de teinte que semblent présenter certaines vagues lumineuses n'est qu'une illusion produite par le nombre immense et la petitesse des points brillants.

En observant les noctiluques elles-mêmes sous le microscope, jusqu'à des grossissements de plus de 200 diamètres, on reconnaît que la lumière émise par chacun de ces animalcoles est due à une multitude d'étincelles isolées et très-petites. Le plus ordinairement cette lumière ne brille que sur une faible portion du corps.

Tous les agents physiques ou chimiques qui excitent la contraction des noctiluques amènent en même temps un redoublement d'intensité dans la phosphorescence. Certains d'entre eux rendent les animaux momentanément lumineux dans toute l'étendue du corps. Ce fait général resulte d'expériences faites en employant l'électricité, le vide plus ou moins parfait, la compression..., et en soumettant les noctiluques à l'action de divers acides, bases, gaz, etc.

Les gaz irritants, solubles dans l'eau, exercent une action des plus marquées.

Les gaz propres à entretenir la combustion et ceux qui éteignent les corps enflammés agissent exactement de la même manière.

De ces différents faits constatés par plusieurs témoins, je crois pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° Les noctiluques n'ont point d'organe spécial destiné à produire la lumière, comme cela se voit chez les lampyres.

2° La phosphorescence chez les noctiluques n'est pas, comme chez les lampyres, un phénomène de combustion.

3° Chez les noctiluques, la phosphorescence se rattache intimement à la contraction spontanée ou provoquée de la trame du corps entier.

— Les nudibranches phlébentérés et les nudibranches ordinaires, examinés à l'état de larve, présentent une structure anatomique presque identique. Chez les uns comme chez les autres, le foie est creusé d'une cavité qui communique largement avec celle de l'estomac. Rien de plus aisé que de suivre les grains de carmin avalés par l'animal dans leurs mouvements de va-et-vient d'une de ces cavités dans l'autre. Ce fait montre que le phlébentérisme tel qu'on l'observe chez les adultes n'est autre chose que la persistance et le développement chez certains nudibranches d'une disposition anatomique embryonnaire commune très-probablement au groupe tout entier. (Séance du 14 septembre.)

3° Observation d'une muqueuse utérine rendue après un mois et demi de rétention des règles; par MM. Dutard et Laboulbène.

Obs. — Leroux (Marie), ouvrière, âgée de 24 ans, née à Paris, entrée le 13 septembre 1850, à l'infirmerie générale de la Salpêtrière, service de M. Barth.

Cette fille, d'une constitution ordinaire, est habituellement d'une bonne santé. Elle n'a jamais eu de maladies graves, à l'exception de la variole, dont elle porte des cicatrices légères. Elle a été réglée à 11 ans et demi; les menstrues ont toujours été abondantes et régulières. Elle a eu un enfant à 16 ans, et à cette époque, ses couches furent sans accidents; mais depuis, elle a fait deux fausses couches, l'une il y a cinq ans, l'autre il y a trois ans. Après la première, elle a pu voir le fœtus, qui était âgé de 3 mois; à la deuxième, elle n'a pas vu le fœtus, mais le médecin qui la soignait lui a affirmé qu'elle avait fait une fausse couche.

Elle ignore si elle est enceinte, mais elle avoue que cela est possible, elle n'a pas eu ses règles le 28 août, elle se plaint de coliques et souffre beaucoup depuis trois jours.

14 septembre. État actuel : teinte pâle de la peau; muqueuses décolorées; peau chaude; céphalalgie médiocre; quelques étourdissements quand elle se lève; pouls fréquent, régulier, souple; bruit de souffle continu très-fort à l'auscultation du cou. Ce bruit de souffle ne cesse pas quand on comprime la jugulaire externe.

Rien d'anormal à l'auscultation du cœur et des poumons.

Langue humide, villeuse, blanche; appétit diminué; selles naturelles; le ventre est douloureux à la pression dans sa partie inférieure; pas de tuméfaction anormale; coliques vives depuis trois jours.

Pertes en blanc peu abondantes, pas de douleurs en urinant; le toucher vaginal fait constater que le col utérin est allongé transversalement, un peu frangé; le volume de l'utérus ne paraît pas considérable; néanmoins le siége des douleurs abdominales paraît devoir être rapporté à l'utérus. (Catapl. laud.; groseille; bouillons et potages.)

16. Même état; coliques un peu moins vives que les jours précédents; douleur fixe à l'hypogastre; écoulement blanc jaunâtre assez abondant; examiné à l'aide du spéculum, le col présente sur sa lèvre postérieure des ulcérations légères environnées d'un cercle rougeâtre. Cet examen n'occasionne aucune douleur.

17. Dans la nuit, les coliques sont si vives, les douleurs si intolérables, que la malade reveille ses voisines. Ces douleurs sont plus fortes par moments. L'écoulement est beaucoup plus abondant; il est sanguinolent.

La malade a taché deux chemises dans la journée, et le soir, les douleurs abdominales sont moins vives.

Abdomen tendu, un peu tuméfié, douloureux à la pression; envies de vomir et vomissements de matières filantes, muqueuses. Langue blanche, humide.

Peau chaude, moite; pouls fréquent; céphalalgie.

18. Même état. Le toucher vaginal n'indique rien d'anormal. Le col n'est pas entr'ouvert; écoulement séro-sanguinolent très-abondant. (*Ut suprà*; lavement laud.)

Dans la soirée, la malade, en voulant se lever pour aller à la garde-robe, a senti s'échapper par la vulve un corps qu'elle a pris pour un caillot de sang.

A partir de ce moment, les coliques ont cessé; le ventre n'a plus été tendu et il est devenu moins douloureux. L'écoulement est toujours séro-sanguinolent, sans odeur marquée. Les seins sont assez fermes, non douloureux.

19 septembre. Peau avec sa chaleur normale; pouls souple, à 10; langue naturelle; pas d'appétit; soif médiocre.

20. L'écoulement diminue sensiblement; il est presque entièrement blanc, séreux; odeur nulle; plus de fièvre; plus de céphalalgie; langue naturelle; appétit; selles naturelles.

21. C'est à peine si le linge de la malade est taché en blanc jaunâtre. Plus de douleurs nulle part; appétit; toujours un bruit de souffle au cou. (Une portion; 4 pilules de Vallet.)

Elle sort le 26 septembre, guérie.

Le corps rendu par la malade est la muqueuse de l'utérus. Il offre la forme triangulaire de la cavité utérine, moins la portion du col. Elle présente une ouverture inférieure irrégulière, dilacérée sur ses bords, et deux autres petites ouvertures correspondent à l'entrée des trompes. Sa couleur est d'un rouge vif.

Examinée sous l'eau, elle a une épaisseur de plusieurs millimètres; elle est villeuse à sa face externe, lisse, douce au toucher à sa face interne. Celle-ci est criblée de petits orifices en partie visibles à l'œil nu. Elle ressemble pas mal, pour la consistance et l'aspect, à un petit sac d'agaric ou d'amadou qui serait poli dans son intérieur et villeux à son extérieur.

Sur un des points de son intérieur, vers le tiers supérieur et latéral, au-dessous d'une ouverture tubaire, on voit un petit corps pédiculé.

L'examen microscopique, fait avec grand soin par M. Ch. Robin, ne laisse aucun doute sur la nature de ce produit; les follicules caractéristiques y abondent. C'est bien une membrane organisée, la muqueuse utérine elle-même.

(La fin au prochain numéro.)

(La fin au prochain numéro.)

BIBLIOGRAPHIE.

Études sur les propriétés physiques, chimiques et médicinales des eaux minérales d'Enghien; par le docteur Pierre Bouland. — Paris, chez E. Dentu. — 1850.

Cet ouvrage est le résumé des recherches et expériences que l'auteur n'a cessé de poursuivre depuis un bon nombre d'années, et dont les académies et les journaux de médecine ont déjà reçu en partie communication. Il constitue tout à la fois un bon exposé des notions scientifiques qui se rapportent à l'origine, à la composition et à l'usage thérapeutique des eaux d'Enghien, et, en beaucoup de points, un véritable guide du baigneur. Nous nous hâtons toutefois d'ajouter que, sous le second rapport, l'œuvre a le caractère d'une sérieuse utilité et ne renferme pas un mot qui puisse être considéré comme s'adressant plus à l'amour du luxe et du confort qu'à l'intérêt de la santé. Élevé pour ainsi dire dans l'établissement dont il est aujourd'hui médecin-inspecteur, M. Bouland possède sur les eaux d'Enghien une expérience consommée, dont plusieurs passages du livre indiquent qu'il s'est souvent fourni à lui-même les éléments, en étudiant l'effet des eaux sur sa propre organisation.

Nous passons sur quelques pages consacrées à la salubrité, parfois contestée, de la ville d'Enghien, à la description des sources et de l'établissement, etc., pour arriver à la composition des eaux. Le principe sulfureux étant le principe essentiel, bien qu'il ne soit pas le seul actif, il s'agit de déterminer, pour apprécier la valeur *quantitative* des eaux d'Enghien, de déterminer la proportion de soufre représentée dans les hydrosulfates et les sulfures contenus dans ces eaux, comparativement avec les autres eaux de même nature. Or un tableau dressé par M. O. Henry démontre que les sources

d'Enghien renferment une proportion de soufre plus considérable que celles de Baréges, Cauterets, St-Sauveur, Bagnères-de-Luchon et d'autres encore qui jouissent d'une grande réputation. Mais nous avons vu avec plaisir que M. Bouland ne cherchait pas à tirer avantage de cette supériorité de richesse des eaux soumises à son inspection. Il s'efforce, au contraire, de montrer combien il serait inexact d'estimer la qualité d'une eau minérale au poids de ses éléments. C'est là une erreur dans laquelle il serait aujourd'hui impardonnable de tomber. Outre que la chimie des eaux minérales est loin d'être arrivée à sa perfection et laisse même beaucoup à désirer, comme le prouvent les additions ou modifications qu'elle subit chaque jour, on ne peut affirmer qu'elle exprime jamais la composition réelle des eaux, c'est-à-dire leur constitution intime, au sortir des sources, avant l'intervention des opérations chimiques. Nul ne peut affirmer que l'action des fourneaux ou des réactifs ne soit pas elle-même une cause de perturbation, susceptible d'influer sur la nature des produits; nul ne peut dire par conséquent que ces produits soient rigoureusement tels qu'ils étaient dans le corps analysé, avant sa décomposition. La preuve, c'est qu'en réunissant tous les produits de l'analyse, on ne parvient que rarement à reconstituer le corps analysé. C'est ce qui arrive précisément pour les eaux minérales. Et ce n'est pas tout. Les éléments intégrants d'un corps peuvent être combinés dans des rapports ou suivant des modes variables, encore indéterminés, qui modifient sensiblement leurs propriétés médicinales. Comment expliquer autrement le contraste qu'on observe souvent entre le degré de richesse apparente d'une eau minérale et l'énergie de son action thérapeutique, telle eau très-riche étant parfois moins active qu'une autre beaucoup moins chargée en principes? M. Bouland, nous le répétons, a parfaitement rendu justice à ces vérités, et la pensée qui l'y a porté est d'autant plus louable qu'elle n'était pas, tant s'en faut, dans les intérêts de sa position.

Comme la plupart des sources, celles d'Enghien présentent de notables variations dans les proportions de ses principes constituants. Quel est le caractère de ces variations? quelle influence exercent sur elles les saisons, chaudes ou froides, sèches ou pluvieuses? Les différentes sources d'un même établissement éprouvent-elles, dans un temps donné, les mêmes vicissitudes? Quel rapport y a-t-il entre ces variations et la rapidité de l'écoulement? Telles sont les questions que M. Bouland a étudiées avec le plus grand soin; mais comme ces recherches ont fait le sujet d'une lecture académique dont la GAZETTE MÉDICALE (1849, p. 667) a rendu compte, nous n'y insisterons pas. Rappelons seulement que le chiffre de l'oscillation quotidienne d'une source se maintient ordinairement entre : soufre, 0 gr. 0013 et 0 gr. 0015; que les saisons ne paraissent pas avoir une influence marquée sur les variations; que, bien qu'à Enghien les sources aient entre elles une telle solidarité d'origine qu'il suffit de baisser de quelques centimètres le niveau de l'une d'elles pour voir les autres cesser de couler, néanmoins les variations du principe hépatique paraissent se comporter, dans chacune d'elles, d'une manière indépendante; enfin que, contrairement à l'opinion de quelques observateurs, la richesse en soufre n'est pas fatalement en raison inverse de l'écoulement.

L'auteur recherche les propriétés médicinales des eaux d'Enghien, d'abord isolément dans les différents ingrédients qu'elle tient en dissolution, puis dans le composé total, tel que les sources le fournissent. Cet excellent procédé d'étude, conforme à l'esprit d'une saine étiologie, la conduit à attribuer une importance toute spéciale aux sels de chaux, plus particulièrement au bicarbonate. C'est à l'hydrochlorate de chaux que M. Chomel attribue l'action curative de l'eau d'Enghien sur la pharyngite granuleuse. M. Dupasquier (de Lyon) reconnaît aux bicarbonates de chaux contenus dans les eaux minérales le privilége de ne pas les rendre séléniteuses, comme les autres sels de même base, et l'avantage de fournir à l'organisme la matière calcaire qui lui est indispensable, tout en favorisant la digestion à la manière du bicarbonate de soude. M. Bouland, qui avait déjà attaché une grande importance aux composés calcaires des eaux, dans son MÉMOIRE SUR LA PHARYNGITE GRANULÉE (REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE, juillet 1849), y revient avec insistance dans le présent travail. « Je puis assurer, dit-il, que jusqu'à présent le carbonate de chaux me paraît agir d'une manière *certaine* dans les maladies du système lymphatique, les scrofules, le rachitisme, etc., et qu'il est indiqué toutes les fois que le malade est d'une constitution faible, chétive; que son moral est craintif, anxieux; qu'il transpire avec facilité; qu'il est très-sensible au froid; que la peau est sèche, rude, couverte d'écailles furfuracées; qu'il sue facilement de la tête; que ses cheveux tombent; qu'il a de la suppuration aux yeux, du larmoiement au grand air; qu'à la sécheresse de la langue se joint le défaut d'appétit avec soif continuelle; que l'estomac paraît pesant à jeun et après avoir mangé; que le bas-ventre est dur et gonflé; qu'il y a défaut d'appétit vénérien; qu'il y a une ménorrhagie et que les règles sont précédées de flueurs blanches causant de l'ardeur et de la démangeaison. »

Quant à l'action de l'eau d'Enghien elle-même, l'auteur l'étudie successivement au point de vue des effets physiologiques et à celui des faits curatifs. Ainsi il commence par déterminer, d'après des expériences dont il a été souvent le sujet, les symptômes développés chez l'homme sain par l'usage de l'eau des sources à une dose un peu forte : ce sont principalement de l'irritabilité, du mal de tête, de la sensibilité aux yeux, du prurit aux oreilles et au nez, de la salivation ou de la sécheresse de la bouche et de la gorge, des rapports acides ou d'œufs pourris, de la pesanteur d'estomac, le ballonnement du ventre, la dureté des déjections, le développement d'hémorrhoïdes, de fréquentes envies d'uriner, des pollutions nocturnes, le coryza, l'engouement pulmonaire, des douleurs erratiques, du prurit et des éruptions vésiculeuses aux membres inférieurs, etc.; puis il passe à l'action des eaux sur les systèmes cutané, nerveux, sanguin et lymphatique. Elles *décapent* la peau et en stimulent les fonctions; elles excitent le système nerveux et quelquefois, spécialement, certains nerfs crâniens, comme l'ouvrage en contient un exemple détaillé; elles ralentissent et régularisent les battements du cœur, contrairement à l'opinion générale; elles amènent quelquefois dans l'état général une modification analogue à celles que produisent les préparations ferrugineuses, et l'auteur se propose de soumettre ce fait au contrôle de l'examen chimique. Enfin viennent des considérations et des observations relatives aux effets de l'eau d'Enghien dans certaines affections des organes respiratoires : pharyngite et laryngite granulées, laryngite aiguë, bronchite aiguë, bronchite chronique, phthisie présumée, maladies chroniques de l'utérus, maladies chroniques de la peau, goutte rhumatismale. Nous ne pouvons que signaler cette partie du travail, dont l'analyse exigerait beaucoup d'espace. Contentons-nous de dire que plusieurs des observations citées sont extrêmement remarquables.

L'ouvrage se termine par un chapitre sur les différents modes d'emploi des eaux, et sur l'hygiène du baigneur. Ce sont quelques conseils simples, pouvant compléter l'éducation de ceux qui voudront prendre ou conseiller à bon escient des eaux minérales fort actives, et dont l'administration exige par cela même beaucoup de prudence et des notions spéciales d'une grande précision. C'est donc un véritable service qu'a rendu M. Bouland, en réunissant, sous une forme concise, l'ensemble des connaissances indispensables à une pratique sage et éclairée.

VARIÉTÉS.

— Le doyen des chirurgiens belges, M. J.-B. Raynaud, vient de mourir à Verwez, à l'âge de 94 ans. Les annales de la médecine contemporaine n'offrent pas d'exemple d'une carrière aussi longue. Ancien élève de l'Hôtel-Dieu, son diplôme remonte à l'année 1782.

— Des lettres particulières de la Havane, en date du 22 septembre, annoncent que le choléra a éclaté dans le sud de l'île, où il n'avait pas encore paru, et y a déterminé une mortalité considérable parmi la population esclave. Le fléau s'est montré également dans le centre de l'île de Cuba, où la population nègre est très-serrée et très-nombreuse.

Dans le Mexique, le choléra a disparu dans les États du Nord; mais il sévit encore sur les bords de la mer, et particulièrement à Jalapa.

— NOUVELLE SOCIÉTÉ MÉDICALE DE LONDRES. — La première séance de cette Société, formée par la réunion de l'ancienne Société médicale et de la Société médicale de Westminster, a eu lieu le 12 octobre à George-Street, 33, Hanover-Square. Cette fusion de deux corps savants en un seul fera de la nouvelle Société l'une des associations médicales les plus importantes de l'Angleterre, où elle est appelée à jouer à peu près le rôle de notre Académie de médecine. La Société médicale de Londres jouit de la tradition d'une haute réputation scientifique et compte parmi ses membres la partie la plus intelligente et la plus active des médecins de la métropole. Elle est à la fois populaire et assez influente sur le gouvernement. On sait que c'est elle qui accorde les prix fondés par Fothergill (Fothergillian medals). En l'honneur du fondateur de l'ancienne Société médicale, elle vient de créer deux chaires occupées par des hommes éminents sous le nom de *cours lettsomiens*.

— DISCOURS ANNUEL EN L'HONNEUR DE LA MÉMOIRE DE JEAN HUNTER. — Richard Anthony Stafford, esq. chirurgien de l'infirmerie de Saint-Marylebone, membre du conseil du collége royal des chirurgiens, a été chargé de prononcer le discours annuel *huntérien* pour le 14 février 1851, au collége royal des chirurgiens.

— SOCIÉTÉ DE SECOURS POUR LES VEUVES ET ORPHELINS DE MÉDECINS A LONDRES ET DANS LE VOISINAGE. — La réunion semestrielle générale des membres de la Société a eu lieu le 23 octobre, sous la présidence de sir Charles Mansfield Clarke, Bart. M. D. — MM. Cape, Sutherland, Braman, Lane, Clifton et Bird ont été nommés directeurs annuels. — On espère que le duc de Cambridge actuel accordera son puissant patronage à cette association. Les revenus à distribuer, montant à 19,500 francs pour l'année courante, proviennent presque entièrement de dons faits par les membres de la Société et nullement de collectes publiques.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE SANITAIRE.

CONSTITUTION MÉDICALE DU TROISIÈME TRIMESTRE DE 1850.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

L'intermittence, considérée comme caractère essentiel et indépendant des localisations morbides auxquelles il se liait, l'intermittence qui avait été le trait principal de la constitution du deuxième trimestre, s'est continuée pendant le troisième. Nous devons, à ce sujet, rectifier quelque peu ce que nous avons dit à cet égard dans notre précédent article. Ce caractère n'a pas gardé uniformément, jusqu'au mois d'octobre, *le même degré* où nous l'avions laissé à la fin du mois de juin. On se rappelle peut-être qu'à cette époque il avait déjà subi une atténuation sensible. Des notes détaillées et des documents positifs, empruntés soit à la pratique civile, soit aux hôpitaux, nous mettent à même d'affirmer qu'il a conservé, sans variations notables, ce degré d'atténuation jusque dans le mois d'août, et qu'à partir de ce moment il a repris son mouvement de décroissance sans disparaître pourtant tout à fait, jusqu'à la fin du trimestre.

L'intermittence n'est pas non plus restée liée, dans ces deux moitiés du trimestre, aux mêmes formes morbides.

Dans la première moitié, on rencontrait surtout des fièvres intermittentes essentielles, des fièvres typhoïdes, précédées ou accompagnées d'accès intermittents, des états dyspepsiques avec exacerbations régulières. Les fièvres périodiques essentielles affectaient presque toujours le type quotidien, quelquefois cependant le type tierce. Nous en avons observé quelques exemples parfaitement caractérisés. Quand des accès de fièvre périodique n'étaient que le préambule d'une fièvre typhoïde, ils résistaient presque toujours au quinquina, on n'en recevaient d'autre influence qu'un changement de type ou une perturbation complète dans le mode de succession, et ce défaut d'efficacité du quinquina devenait même une lumière pour le diagnostic. La fièvre typhoïde une fois établie, elle était souvent encore traversée par des intermittences, dont une sueur abondante était parfois le seul indice; ou bien la fièvre continue ayant disparu, les accès intermittents revenaient aussi complets, aussi bien caractérisés qu'au début. Dans ces deux cas, mais surtout dans ce dernier, le sulfate de quinine avait une véritable efficacité. C'est déjà ce que nous avions constaté dans le second semestre. Enfin, les accès fébriles qui accompagnaient les états dyspepsiques aigus affectaient à peu près constamment le type quotidien, et se montraient assez sensibles à la médication quinique.

Dans la seconde moitié du trimestre, l'intermittence ne s'est plus montrée que rarement dans les fièvres typhoïdes, devenues, il est vrai, plus bénignes. Les intermittentes légitimes ont à peu près disparu; mais, en revanche, on a observé dans la pratique civile, principalement chez les enfants, bon nombre de fièvres *pseudo-continues*, d'un caractère benin. Nous savons que l'hôpital des enfants en a offert aussi beaucoup d'exemples. Tantôt les accès se succédant dans un ordre tout à fait irrégulier, et ayant une durée incessamment variable, laissaient entre eux des intervalles très-courts d'apyrexie, mais d'une apyrexie complète: ainsi, un accès durait vingt-quatre, trente-six, quarante-huit heures même, puis venait une apyrexie de quelques heures seulement, à laquelle succédait un autre accès, plus court ou plus long que le précédent; et ainsi de suite. Tantôt les accès, d'abord réguliers et assez courts, se rapprochaient de plus en plus et finissaient par se résoudre en une fièvre définitivement continue, coupée néanmoins, dans la grande majorité des cas, par des exacerbations irrégulières. Dans cette seconde forme, les premiers accès s'annonçaient d'ordinaire, non par un frisson réel, mais par une sensation de froid que nous avons vue bornée aux épaules, au dos, aux pieds, etc. Les accès se terminaient rarement par de la sueur. Il y avait ordinairement de l'anorexie, de l'empâtement de la langue, etc. Dans certains cas, pourtant, les sujets ne cessaient d'accuser une grande faim et digéraient même très-bien de légers aliments, bien que la peau fût chaude et le pouls à 100 ou 110. Ces fièvres n'avaient, en général, aucune gravité; il était rare qu'elles parcourussent plus d'un septénaire, bien que nous en ayons vu se prolonger au-delà de quinze jours. On a observé plusieurs récidives. Dans un cas de notre pratique, la maladie a disparu entièrement en une semaine; l'enfant est revenu à une santé parfaite et a repris toutes ses habitudes; puis, au bout de quinze jours, une fièvre absolument semblable à la première s'est déclarée, pour durer, celle-là, deux septénaires. Un vomitif nous a paru quelquefois couper court à tous les symptômes. Des enfants, travaillés depuis trois ou quatre jours de la fièvre, revenaient soudainement à la santé après une dose d'ipécacuanha. Si la fièvre se prolongeait, l'extrait de quinquina, additionné de quelques grains de sulfate de quinine, constituait la médication la mieux appropriée.

On sait déjà que les fièvres typhoïdes n'ont cessé d'occuper la scène pendant le troisième trimestre, graves dans la première moitié, devenues rapidement bénignes dans la seconde. En dehors des phénomènes intermittents signalés tout à l'heure, nous n'avons à noter, en ce qui les concerne, que deux circonstances de quelque intérêt. La première est l'abondance excessive de la diarrhée dans un bon nombre de cas et sa prolongation indéfinie après la disparition des caractères typhoïdes. Ce symptôme a été parfois tel, dans la période d'état, que non-seulement il a rendu inutile l'emploi des évacuants si forte indiqué dans cette période, mais il a obligé à recourir à des moyens spéciaux pour modérer un flux qui n'eût pas tardé à jeter l'organisme dans une fâcheuse débilité. La seconde circonstance est relative aux rechutes. Les vraies récidives de la fièvre typhoïde, avec le retour des caractères essentiels, est tellement rare, qu'il est difficile d'en faire l'objet de statistiques de quelque importance, et de signaler des différences un peu significatives dans leur degré de fréquence pendant une certaine période de temps. Nous devons dire pourtant que 4 cas de ce genre se sont présentés dans un seul service des hôpitaux (celui de M. Cazalis), pendant la courte durée du trimestre. Après dix à quinze jours de convalescence, la fièvre a reparu avec stupeur, gargouillement iliaque, et jusqu'aux taches spécifiques. Un des malades a eu même deux rechutes, précédées l'une et l'autre d'une convalescence en apparence complète. Ces faits doivent être rapprochés de ces autres cas de récidives que nous signalions tout à l'heure au sujet de la fièvre pseudo-continue, fièvre si proche parente de la thyphoïde caractérisée, et qui la précède quelquefois dans une même évolution morbide.

Une autre trait, qui n'est pas le moins important, de la constitution du dernier trimestre, est relatif aux rhumatismes articulaires aigus. Très-nombreux déjà dans les mois de mai et juin (voir GAZ. MÉD., 1850, p. 633), ils n'ont pas cessé de se présenter avec une fréquence tout à fait insolite jusqu'à la fin du troisième trimestre; leur fréquence a encore augmenté vers la fin d'août et en septembre, sans compter qu'ils foisonnent en ce

---

Feuilleton.

LETTRE SUR LA MORT DE WIRSUNG ET LA DÉCOUVERTE DU CANAL PANCRÉATIQUE;

Par le docteur DEBROU, médecin à Orléans.

A M. LE PROFESSEUR BÉRARD,
doyen de la Faculté de médecine de Paris.

Très-honoré et cher maître,

Depuis longtemps j'avais l'intention de revoir les pièces qui concernent la mort de Wirsung et la découverte du conduit pancréatique. J'avais trouvé dans Morgagni un document qui, à lui seul, réfute sans réplique cette fausse opinion, répandue depuis de Graaf, que Wirsung a péri victime de la découverte du conduit excréteur du pancréas, opinion admise autrefois par des hommes très-érudits, et que les modernes écrivains répètent à l'envi chaque jour. Cette intention s'est changée en un désir qu'il serait utile de réaliser, lorsque j'ai vu que vos LEÇONS DE PHYSIOLOGIE, publiées enfin à la grande satisfaction de tous ceux qui aiment la science, accréditent la même erreur. Vous n'affirmez pas, à la vérité, mais, vous mettant à couvert sous la vague et perfide autorité de l'*on dit* généralement reçu, vous montrez par votre exemple, placé en si juste et si haute estime, qu'il est nécessaire de rétablir la vérité obscurcie sur ce point.

Animé de ce désir, je n'ai pas craint de vous adresser la présente dissertation, et il ne m'est pas venu à l'esprit que vous pourriez mal recevoir un récit différent de celui que vous aviez adopté. Pour dire même toute ma pensée, cette seule différence, si d'autres motifs m'avaient fait défaut, aurait suffi à me décider de placer sous vos auspices un redressement de votre propre opinion. Je vous aime et vous honore à ce point, de ne pas vouloir d'autre juge que vous-même, entre vous et moi devant le public, assuré d'avance de la droiture et de la justsse de votre jugement. Vous l'avouerai-je aussi, j'ai eu peur de paraître sans un patronage. J'ai eu peur de ce public médical affairé, qui ne se détourne de son chemin que pour prendre note des faits pratiques qu'on lui fournit chaque jour, avec des promesses de succès le lendemain démenties. Pauvre médecin ignoré de province, je n'ai pas osé traiter un petit point d'histoire sans rechercher, à défaut de titres, une recommandation qui me fit accueillir; et vous retrouvant alors dans le lien le plus aimé de mes souvenirs, mêlé à d'autres qui furent aussi mes maîtres, et dont quelques-uns déjà ne sont plus, j'ai mis votre nom en tête de cette dissertation, espérant qu'ainsi offerts, les éclaircissements que j'ai rassemblés sur la mort de Wirsung parviendraient à dissiper tous les doutes pour l'avenir.

C'est vous que je commencerai par mettre en cause, cher maître, et en votre personne, l'opinion commune que vous avez représentée de la manière suivante: « La découverte du conduit pancréatique chez l'homme eut lieu en 1642, et elle

moment. Et la saison sous laquelle ils régnaient n'eu a pas le moins du monde adouci l'expression. Au contraire, ils ont offert, en général, beaucoup d'acuité et se sont très-fréquemment compliqués d'accidents du côté du cœur. Ils se sont néanmoins, comme de coutume, terminés à peu près tous par la guérison.

Enfin, comme les rhumatismes aigus, les érysipèles n'out rien perdu de la fréquence qu'ils avaient conservée pendant toute la durée du second semestre et ont continué à se montrer surtout à la face. Presque toujours ils étaient symptomatiques d'autres maladies aigues, telles que fièvres typhoïdes, troubles gastro-intestinaux, arthralgies, pleurésies, etc. Ils avaient peu de gravité, bien qu'accompagnés d'une réaction intense, et duraient plus de quatre ou cinq jours. Néanmoins, et c'est un caractère tout à fait digne de remarque, ils laissaient après eux (même ceux qui paraissaient idiopathiques ou du moins ne se liaient pas manifestement à quelque affection aiguë) une grande faiblesse, de l'amaigrissement et quelquefois les apparences d'une convalescence de fièvre grave. Aussi, après avoir combattu les symptômes aigus par les délayants, fallait-il recourir promptement au quinquina et aux ferrugineux.

Ce sont là les caractères importants de la constitution médicale du troisième trimestre. Nous signalerons seulement, pour mémoire, un nombre considérable de varioles, devenues d'autant plus fréquentes qu'on se rapprochait davantage de la fin du trimestre; des eczémas, des urticaires, des prurigos dans le mois d'août; et une sorte de bouffée d'angines et de coryzas dès la première moitié de septembre.

Mettons ces caractères en présence des conditions météorologiques signalées dans notre précédent article.

L'intermittence, dans les premier et deuxième trimestres de 1850, avait paru se rattacher à de nombreuses variations thermométriques et barométriques. Au premier abord, on pourrait être porté à invoquer, contre l'hypothèse d'une telle corrélation, la persistance du même caractère dans le troisième trimestre, qui a été tout à fait, si on s'en souvient, remarquable par la rareté et le faible degré des variations de température et de pression atmosphérique. Cependant il ne faut pas oublier que ce caractère, déjà affaibli à la fin de juillet, ne s'est pas fortifié ultérieurement, et que même, après quelques semaines, il a fini par s'effacer de plus en plus. Or il n'y a rien d'étonnant, pour ceux qui sont familiarisés avec les constitutions médicales, à ce qu'un caractère du génie épidémique survive plus ou moins longtemps aux conditions sous l'influence desquelles il s'était développé. Il suffit d'ouvrir Sydenham pour en trouver des exemples. Nous ne disons pas que cette persistance du caractère intermittent, sous le règne d'une température peu variable et d'une atmosphère peu troublée, soit favorable à l'opinion qui place *l'origine* de ce caractère dans les vicissitudes météorologiques; nous prétendons seulement que, dans les circonstances actuelles, elle ne la contredit pas absolument.

Des réflexions analogues se présentent au sujet des rhumatismes articulaires. L'uniformité de la température et le calme de l'atmosphère ne sont pas, sans doute, des conditions favorables à leur développement, et l'on peut tout d'abord s'étonner qu'ils aient été aussi fréquents dans le dernier trimestre. Mais l'étonnement diminue quand on remarque qu'ils ont été en augmentant du commencement à la fin du trimestre, et que précisément août et septembre présentent quelques-unes des conditions réputées favorables à la génération des rhumatismes. En premier lieu, la température moyenne de ces six mois ayant été faible, les *minima* thermométriques sont descendus assez bas. Ainsi nous avons noté, dans la dernière période d'août, un *minimum* de + 13, tandis que le *minimum* correspondant de 1849 était de + 17. En septembre, les *minima* des deux premières périodes de dix jours (les seuls qui peuvent avoir influé sur la constitution du trimestre) sont de + 10,7 et + 10,2, tandis que ceux de l'année dernière étaient de + 12,6 et + 12,0. Ajoutez que le vent du nord a soufflé fréquemment en août et a prédominé sur tous les autres vents en septembre, et que c'était déjà dans des circonstances semblables que les rhumatismes aigus avaient pris un grand développement dans les mois de mai et de juin.

Quant aux érysipèles, nous répétons ce que nous en disions dans la REVUE SANITAIRE du précédent trimestre : ils ne sont le plus souvent que des complications d'autres maladies et de maladies très-diverses. Une haute température les multiplie d'ordinaire; mais c'est là un de ces phénomènes morbides qui nous paraissent se lier fréquemment à des conditions fort différentes des changements météorologiques, et ayant plus ou moins d'affinité avec les affections putrides. Elles se rapprochent à cet égard des fièvres puerpérales, de la pourriture d'hôpital, etc. Aussi faut-il s'attendre à les rencontrer sous des constitutions météorologiques très-diverses. On doit reconnaître que celle du dernier trimestre ne rend aucunement compte de leur fréquence pendant toute sa durée.

Nous terminons par un tableau du mouvement des hôpitaux pendant le dernier trimestre.

TABLEAU DU MOUVEMENT DES HÔPITAUX PENDANT LE TROISIÈME TRIMESTRE DE 1850.

Mois.	Établissements.	Malades existants le 1er du mois.	Malades admis pendant le mois.	Tot. des malad. existants au commenc. du mois et admis pendant le mois.	Malades sortis pendant le mois.	Malades décédés pendant le mois.
Juillet...	Hôpitaux.	5,824	7,549	13,373	6,891	546
	Hospices.	9,797	997	10,794	821	142
Août...	Hôpitaux.	5,936	7,012	12,948	6,626	499
	Hospices.	9,831	970	10,801	789	153
Septemb.	Hôpitaux.	5,823	6,809	12,632	6,595	503
	Hospices.	9,859	934	10,793	835	165

PHYSIOLOGIE.

RECHERCHES SUR LA CICATRISATION DES ARTÈRES, A LA SUITE DE LEUR LIGATURE, SUR LA PRODUCTION DES HÉMORRHAGIES ARTÉRIELLES SECONDAIRES, ET SUR LEUR TRAITEMENT; par M. A.-H. NOTTA, interne en médecine et en chirurgie des hôpitaux de Paris, etc.

Lorsqu'on étudie les moyens que la nature emploie pour amener la cicatrisation définitive de l'extrémité des artères, à la suite de leur ligature, et les causes qui, s'opposant à cette cicatrisation, donnent lieu aux hémor-

» eut, dit-on, des conséquences tragiques. Wirsung, qui découvrit le premier le » conduit pancréatique (canal de Wirsung), fut, suivant de Graaf, assassiné dans » sa maison par des personnes jalouses de sa découverte. »

— Vous ajoutez immédiatement : « D'autres ont prétendu que Maurice Hoffmann, condisciple de Wirsung, lui avait montré ce conduit, et l'on voyait encore, au temps de Haller, les bons compatriotes d'Hoffmann, célébrer, dans un » banquet périodique, l'anniversaire de la découverte du conduit pancréatique, » protestant ainsi, le verre en main, contre les prétentions des Bavarois, qui » réclamaient pour Wirsung l'insigne honneur de cette découverte. » (Votre COURS DE PHYSIOL., t. II, p. 393.)

L'on trouve en effet dans Haller, en un passage que je citerai plus loin, mention de ce dernier témoignage de zèle national de la part des étudiants d'Altdorf, qui soutenaient la cause d'Hoffmann contre Wirsung, attestant ainsi le grand honneur qui revenait alors pour la découverte des conduits excréteurs des glandes, et l'amour passionné, un peu éteint de nos jours, que gardaient les étudiants pour les hommes célèbres de leur pays. Je reviendrai sur ce débat entre Wirsung et Hoffmann. Pour le moment, je recherche les circonstances de la fin tragique de Wirsung, car il est vrai qu'il fut assassiné d'un coup de fusil, dans l'année qui suivit sa découverte.

On fit de ce sinistre événement une fausse relation qui fut accréditée autrefois d'une manière aussi générale qu'aujourd'hui, et qui eut un grand succès, à en juger par les hommes considérables qui la répétèrent. Elle est adoptée par Kerkringius, dans son SPICILEG. ANATOM., en 1670; par Munnicks, en 1697; par Goëlike (IN HIST. ANAT.), en 1713. Cette triste mort devint une historiette ridicule qui courut tous les livres, dit Haller, dans un style charmant : « ..... Hæc insipida fabella omnes libros pererravit...., » et fut défigurée à ce point que Deidier, médecin de Montpellier, ne craignit pas d'avancer (sans demander pardon aux dieux — Haller) que l'aventure se passa à Montpellier, et que l'assassin, camarade de Wirsung, se vengea ainsi de ce que la pauvre victime avait manqué à sa promesse en publiant, comme sienne, une découverte qui leur était commune. (Deidier, ANATOM. RAISONNÉE, p. 364. Paris, 1742.) Boerhave lui-même se fit l'écho de l'opinion générale, et dit expressément que Wirsung ne put donner un traité du pancréas, parce qu'il mourut frappé par des hommes jaloux de sa découverte : « Percussus *sica* fuit, » dit-il, ce qui ajoute encore à l'erreur, puisque l'instrument du meurtre fut un fusil et non le poignard. Haller, en commentant son maître, cite la lettre anatomique de Morgagni, que j'invoquerai plus loin, et fait ressortir le peu de fondement de toutes ces histoires.... Vanitatem ejus famæ. (METH. STUD. MED. de Boerhave, édit. de Haller, t. I, p. 385.)

A qui donc appartient l'honneur d'avoir mis le premier ce bruit en circulation? Il revient à de Graaf, écrivain antérieur à tous ceux cités précédemment, et qui, dans son traité du *suc pancréatique*, ayant à s'occuper de Wirsung et de la découverte du canal du pancréas, s'exprime de la manière suivante : « Jo. Geor. » Wirsungus Bavarus, de studio anatomico optime meritus, qui anno 1642 Patavii, primus reperit ductum pancreaticum, quem in reip. medicæ bonum æri » incisum publici juris fecit : à quo plura potuissemus sperare nisi ab invidis ne» farie in ædibus suis, eo forsan nomine, fuisset sclopeto interemptus. » (TRACT. DE SUC. PANCR...., caput. I, p. 281 des œuvr. compl., édit. de Lyon, 1678.) Il est digne de remarque que ce passage, qui n'indique aucune source où l'auteur a pu

-rhagies secondaires, on est frappé des différences qui existent à chaque instant entre les faits que l'on observe et les descriptions des anleurs qui ont traité ce snjet. *A priori*, on aurait pu s'y attendre ; car les résultats auxquels ils sont arrivés sont rarement identiques, et portent souvent l'empreinte des idées théoriques qui les dirigeaient dans leurs recherches.

Ainsi, par exemple, nous lisons dans J.-L. Petit « qu'après la ligature il se forme toujours un caillot, qui a une figure pyramidale, dont la base est du côté de l'intérieur du vaisseau et la pointe du côté de la ligatnre; *cette figure est très-favorable pour retenir le sang après la chute de la ligature,* » etc.

Jones (MÉL. DE CHIR. ÉTRANG., t. III, p. 87, Genève 1826) conclut de ses expériences « que le caillot intérieur sanguin remplit rarement le canal de l'artère, et lorsqu'il le remplit, *il n'adhère jamais* à la tunique interne. *Sa formation n'est donc que d'une légère importance;* car, ajoute-t-il plus loin, après l'application de la ligature, le point lié commence à s'enflammer, et sa snrface interne étant maintenue en contact exact contracte des adhérences et convertit cette portion du vaisseau en un cul-de-sac imperméable et légérement conique. »

Pour M. Amussat (Malgaigne, ANAT. CHIR., t. I, p. 223), le caillot *n'adhère pas à la membrane interne ; mais il est en contact par sa base avec la celluleuse*, et contracte avec elle des adhérences qui sont à peu près le senl obstacle aux hémorrhagies après la chnte de la ligature.

M. Manec (TRAITÉ THÉOR. ET PRAT. DE LA LIGAT. DES ARTÈRES) a constaté, dans ses expériences, qu'il se forme constamment un caillot remplissant la cavité de l'artère, *et adhérant dans toute sa hauteur à la membrane interne* par l'intermédiaire d'une couche de lymphe plastique qui est sécrétée par la paroi interne du vaisseau.

Ces citations, que je prends au hasard et qu'il est inutile de multiplier davantage, suffisent pour montrer combien il régne d'incertitude sur le mode d'oblitération des artéres ; aussi M. le professeur Malgaigne, après avoir exposé, dans son ANATOMIE CHIRURGICALE, l'état de la science sur ce point, ajoute : « On voit que cette grave question de la ligature est encore loin d'être éclairée. De même que pour le cal, il est urgent que quelque observateur consciencieux compare entre elles toutes les expériences faites jusqu'à ce jour, constate la cause des variations des phénoménes, et pose des conclusions mieux appuyées que celles qui ont été jetées en avant jusqu'ici. »

Je n'ai certes pas la prétention de remplir le cadre tracé dans ce programme, cette tâche difficile appartient à une plume plus excercée que la mienne; seulement ayant eu l'occasion, dans le cours de mon internat, de faire l'autopsie d'un certain nombre de moignons d'amputés à des époques variables après l'opération, j'ai été à même de suivre pas à pas le travail de cicatrisation des artères, à la suite de leur ligature. Donner ici simplement les résultats de mes dissections, tel est le but de ce travail. Toutefois je ne négligerai pas, lorsque l'occasion s'en présentera, de discuter les principales opinions qui ont été émises par les auteurs; puis je terminerai par quelques considérations générales sur les ligatures, sur la production des hémorrhagies secondaires et sur les moyens d'y remédier, considérations qui ne seront que la conséquence naturelle des faits que j'ai observés.

A l'appui des diverses propositions que j'aurai à émettre, je rapporterai avec détail les principales observations qui leur servent de base; de sorte que si je me suis trompé dans l'appréciation des faits, on pourra toujours facilement rectifier l'erreur. Mes observations ont toutes été recueillies avec le plus grand soin et en dehors de toute idée préconçue ; d'ailleurs les pièces anatomiques ont été déposées au musée Dupuytren (1), où l'on pourra vérifier l'exactitude des descriptions.

Contrairement à celles des auteurs, mes recherches ont porté sur des artères appartenant toutes à l'homme ; elles étaient toutes d'un gros calibre, telles que l'humérale, la fémorale, etc. Dans tous les cas, j'ai disséqué le vaisseau sur place, une fois mis à nu avec beaucoup de précaution dans les deux tiers de sa circonférence, et après avoir constaté ses rapports avec les parties voisines, je l'incisais longitudinalement de dehors en dedans avec un bistouri bien tranchant. Cette maniére de faire, qui donne toujours une coupe verticale très-nette du caillot et des tuniques artérielles, me permettait d'apprécier très-exactement l'épaisseur des parois du vaisseau, leur adhérence au caillot, etc.; elle m'a paru préférable à celle qui consiste à fendre l'artère avec des ciseaux jusqu'au niveau de la ligature; on s'expose ainsi à détruire des adhérences molles et à enlever de très-petits caillots.

Toutes les ligatures ont été faites avec des fils de chanvre, cirés, ronds et fortement serrés. Une seule fois, on a employé un fil double; mais je l'indiquerai dans l'observation.

Lorsqu'on applique une ligature sur une artère avec un fil rond, les tuniques internes sont coupées plus ou moins nettement, la celluleuse seule résiste. Si on fend l'artère jusqu'au niveau de la ligature, on trouve les tuniques interne et moyenne repliées, et les lévres de leur division rapprochées et tenues en contact avec elles-mémes, parce que la tunique externe presse sur elles, en les inclinant vers le centre du vaisseau. Presque toujours les lévres de la division faite aux membranes interne et moyenne font une légére saillie dans la cavité du vaisseau. Il résulte de cette disposition que le canal artériel est complétement fermé par les tuniques internes, qui forme ainsi une sorte de diaphragme interposé entre lui et la celluleuse ; de sorte que le caillot qui va se former reposera par sa base sur la membrane interne, et ne pourra en aucune façon venir adhérer à la celluleuse, qui sera frappée de mort dans le point où porte la ligature. J'ai fait de nombreuses ligatures sur le cadavre, tantôt dans la continuité, tantôt sur des tronçons d'artères, et j'ai obtenu constamment le même résultat, que j'ai également constaté dans plusieurs autopsies faites à une époque rapprochée de la ligature.

Les choses étant ainsi que nous venons de le dire, au bout d'un temps très-court, peut-être immédiatement, la colonne de sang, qui heurte habituellement contre l'obstacle qui s'oppose à son passage, dépose de la fibrine sur la petite surface irrégulière, formée dans l'intérieur du vaisseau par les lévres de la division des membranes internes. Cette fibrine y adhére fortement, les unit entre elles et constitue l'origine du caillot, qui va nous présenter des différences notables dans sa forme et sa hauteur, différences qui sont toujours dues à la présence d'une collatérale, quelque petit que soit son calibre. Si cette collatérale est située à une certaine distance au-dessus de la ligature, le caillot, qui tout d'abord s'est développé en longueur jusqu'à son niveau ou du moins à peu de distance au-dessous, ne remplit pas en général, dès les premiéres heures, toute la cavité de l'artère dans laquelle il flotte ; mais bientôt, augmentant de grosseur par l'addition

(1) Je prie M. le docteur Houel, conservateur du musée, de recevoir mes remercîments pour le concours bienveillant qu'il m'a prêté en cette circonstance.

---

puiser son opinion, ne produit le fait que sous une forme dubitative, et comme en passant, *eo forsan nomine*. Cependant, c'est sur cette seule autorité que repose la version qui fait mourir Wirsung victime de sa découverte. On peut dire, avec Morgagni, que l'on ne sait à quoi attribuer une telle erreur commise par des hommes très-célèbres et très-sincères.... « clarissimis honestissimisque scriptoribus. » Je ne suis pas bien sûr que Deidier, aussi, ait mérité ces généreuses épithètes, mais Morgagni ne l'a pas eu en vue.

Il est évident que de Graaf, qui est né seulement deux ans avant la mort de Wirsung (en 1641), et qui n'a publié son traité du *suc pancréatique* qu'en 1664, à Leyde, ne pouvait avoir aucune connaissance personnelle du fait qu'il allègue. A son témoignage, ou plutôt à son assertion sans preuve, on doit opposer le silence de Thomas Bartholin, qui avait été auditeur de Wirsung à Padoue. Thomas Bartholin, né en 1616, à Copenhague, après avoir étudié à Leyde, puis à Paris et à Montpellier, fut ensuite à Padoue, où il était en 1642, car il dit positivement dans son ANATOMIE (p. 113, édit. de Lyon, 1677) que Wirsung démontra *devant lui* le canal du pancréas, dans les premiers jours du mois de mars 1642. Ses biographes rapportent qu'il resta trois ans à Padoue, ce qui conduit jusqu'en 1644, si l'on admet qu'il était à Montpellier en 1641, fait établi par lui-même dans la 2e centurie de ses histoires anatomiques (hist. 12), et que je n'ai pu vérifier, faute de l'ouvrage, mais qui est certifié par Portal. De plus, il est certain que Thomas Bartholin connaissait la fin tragique de Wirsung, puisqu'en signalant sa découverte, il lui adresse un regret et un adieu..... « Anatomico plane diligenti, sed cruento fato extincto.... (*loc. cit.*) » Dès lors, comment se fait-il que Bartholin, contemporain, condisciple et peut-être disciple de Wirsung, qui même avait exercé les fonctions de prorecteur pour la *nation* allemande (1), dans l'Université de Padoue, vers le temps où mourut Wirsung (le DICT. HIST. DE MÉD. de MM. Dezeimeris, Ollivier et Raige de Lorme indique cette élévation de l'anatomiste danois à la date du 25 novembre 1642. — Voir l'art. *Thom. Bartholin*), comment se fait-il qu'il n'ait pas connu aussi bien que de Graaf la cause du meurtre? Que de raisons n'avait pas Bartholin pour s'exprimer comme de Graaf, s'il n'avait pu le faire en disant la vérité!

Ces considérations sont déjà bien suffisantes pour ébranler l'interprétation que l'on donne du motif de la mort de Wirsung ; mais ce qui me reste à dire doit dissiper tous les doutes qui pourraient rester encore. Morgagni, professeur à l'Université de Padoue, environ un siècle après la mort de Wirsung (depuis 1712 jusqu'en 1771), le grand Morgagni, jaloux de connaître la vérité même dans l'histoire de son art, ayant examiné les registres que tenait la nation allemande « depuis des siècles, dit-il, année par année, et avec une extrême fidélité, » trouva la consignation suivante, que je transcris textuellement : Ex tomo IV, p. 80, anno ipso 1643, quo anno mortuus Wirsungus est, de ejus fato ab ejusdem civibus, atque sodalibus conscripta..... « 22 augusti illuxit fatalis dies nob, excellent. et

(1) On sait que dans les universités qui réunissaient des étudiants de divers pays, on donnait à chaque groupe d'étrangers le nom de *nation*, avec l'épithète du pays auxquels ils appartenaient. Chaque nation formait ainsi une corporation à part, tenant un registre de ses actes, et ayant à sa tête un recteur, un prorecteur et des assesseurs.

de nouvelles molécules, sa surface va se mettre en contact avec la paroi interne du vaisseau, et, contractant avec cette paroi des adhérences, il oblitérera complétement son calibre sans le rétrécir. Ce moment de contact, d'après les expériences de M. Manec, arriverait le plus souvent entre la trente-sixième et la quarante-huitième heure, et quelquefois sur de jeunes animaux, entre la vingtième et la trentième heure. En général, les choses se passent ainsi chez l'homme; une fois même le caillot remplissait complétement l'artère au bout de dix-huit heures (obs. 2). Cependant il faut tenir compte du calibre de l'artère, de l'âge et surtout de l'état pathologique du sujet, qui, dans certains cas, peut mettre obstacle à la formation du caillot.

Si la ligature est située au niveau d'une collatérale, quel que soit son calibre, il y a dépôt d'une petite masse fibrineuse au niveau du point de contact des lèvres de division des membranes internes. Cette petite masse, qui n'a souvent que le volume d'une tête d'épingle, est très-résistante et très-adhérente par sa base. Si la collatérale est seulement à 2 ou 3 millim. au-dessus de la ligature, ce petit caillot central s'élargira par l'addition de nouveaux dépôts fibrineux, gagnera par sa circonférence la face interne du cylindre artériel, lui adhérera et formera ainsi, à l'extrémité du vaisseau, un diaphragme de 1 ou 2 millim. de hauteur, doublé par le cul-de-sac formé par la réflexion des tuniques artérielles au niveau de la ligature.

On le voit par cel exposé, dans tous les cas, le mode de formation du caillot est le même, et les différences que nous y rencontrons ne sont pour ainsi dire que des arrêts de développement déterminés par la présence d'une collatérale plus ou moins rapprochée de la ligature.


FIG. I

Tels sont dans leur ensemble les phénomènes que l'on observe pendant la première période, que l'on peut appeler *période de formation du caillot*. Avant de reprendre chacun des points principaux de cette description générale pour leur donner les développements qu'ils comportent, nous croyons devoir rapporter ici avec détail quelques-nns des faits qui nous ont permis d'assister à ce premier travail de la nature.

Obs. I. — Dufossé (Grégoire), âgé de 42 ans, entre le 5 février 1849 à l'hôpital Saint-Louis, pour un anévrisme diffus faux primitif de la jambe, produit par le passage d'une roue de voiture. Le 9 février, on fit la ligature de la fémorale, et le malade mourut de délire nerveux *neuf heures* après l'opération.

Autopsie. — La ligature qui a été faite avec un fil double, ciré et fortement serré, porte sur la fémorale à 2 centim. au-dessous de la profonde. Pour le bout supérieur, nous trouvons un caillot légèrement conique, aplati transversalement, à base adhérant à une des lèvres de division des membranes interne et moyenne, qui est repliée dans la cavité du vaisseau, où elle fait une saillie d'un millimètre, à sommet mousse se terminant au niveau de l'origine de la profonde. Ce caillot est libre, flottant dans la cavité artérielle, dont il remplit tout au plus la moitié du calibre, ayant environ 3 millim. de large sur 2 d'épaisseur. Il est dense, resistant; sa surface est d'un rouge noirâtre. Dans toute sa hauteur, l'artère ne fournit aucune collatérale, son calibre n'est pas rétréci et ses tuniques n'offrent ni rougeur ni épaississement.

Pour le bout inférieur, le caillot a une longueur de 5 centim.; il est un peu plus grêle que le supérieur, et comme lui flotte dans la cavité artérielle sans y adhérer, excepté à sa base, qui est élargie et repose au point de contact des membranes interne et moyenne. Ce caillot est d'un rouge intense, il est dur, résistant et présente quelques stries d'un blanc jaunâtre. L'artère, dans toute son étendue, n'est pas rétrécie et ne fournit aucune collatérale. (Musée Dupuytren, série des *maladies du système circulatoire*, pièce n° 97.)

Cette observation est un bel exemple de formation du caillot, lorsque la ligature est située à une certaine distance d'une collatérale; elle vient à l'appui de tout ce que nous avons dit précédemment. Je ferai seulement remarquer que, dans les deux bouts de l'artère, le mode et le degré de développement du caillot ont été semblables. Ce fait ne doit pas nous surprendre, car la ligature portant au-dessous de la profonde le sang devait revenir abondamment dans le bout inférieur par de nombreuses anastomoses; par conséquent les deux bouts du vaisseau se trouvaient, par rapport au courant sanguin, dans des conditions à peu près identiques.

Obs. II. — Fabre, âgé de 49 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine pour une tumeur encéphaloïde, située à la face interne et supérieure de la cuisse. M. Chassaignac, s'étant décidé à extirper cette tumeur, pratique la ligature de l'iliaque primitive, et le malade meurt *dix-huit heures* après l'opération.

Examen de l'artère trente heures après la mort.

La ligature de l'iliaque primitive a été faite dans le point précis où elle se divise en iliaque interne et externe. L'iliaque primitive, incisée suivant son axe jusqu'au niveau de la ligature, est remplie, dans une hauteur de 2 centim. à partir de la ligature, par un caillot fibrineux, d'une teinte rouge d'un brun très-foncé; ce caillot est très-adhérent à la paroi interne dans toute sa hauteur, et en remplit exactement le calibre, qui n'offre aucun rétrécissement; sa consistance est plus marquée quand on approche de la ligature; son extrémité supérieure est horizontale, tronquée. La tunique interne de l'artère ne présente aucun changement de coloration; elle est lisse, polie, et on n'y voit aucune trace d'inflammation; les autres tuniques artérielles ont leur aspect normal. Dans toute la hauteur de l'iliaque primitive, il n'y a point de collatérales, et la bifurcation de l'aorte est située à 6 cent. de l'extrémité supérieure du caillot. L'hypogastrique incisée, suivant son axe, présente un caillot fibrineux, fusiforme, mou, d'un rose cendré, parsemé de stries rougeâtres, ayant 2 centim. et demi de longueur. Ce caillot, libre dans toute sa hauteur, dans la cavité du vaisseau, est adhérent, par son extrémité supérieure, à la surface de section des membranes interne et moyenne, qui font, dans la cavité du vaisseau, une légère saillie; il remplit à peu près la moitié du calibre de l'artère. L'iliaque externe, incisée dans le même sens et avec les mêmes précautions, renferme un caillot fibrineux, rouge noirâtre, assez mou, remplissant les deux tiers de son calibre, ayant 6 centim. de hauteur, à extrémité supérieure, légèrement conique, répondant à la ligature, et adhérant à la surface de section des membranes interne et moyenne, qui sont repliées dans l'intérieur du vaisseau, et forment ainsi un cul-de-sac immédiatement au-dessous de la ligature. L'extrémité inférieure du caillot est tronquée et cesse à 2 centim. au-dessus de l'épigastrique. A 15 millim. au-dessous de la ligature, on voit une petite collatérale qui peut admettre un fil dans sa cavité. Les tuniques des iliaques interne et externe ne présentent aucune trace de coloration anormale, aucune altération.

Ayant assisté à cette autopsie, j'ai été à même de constater l'exactitude de cette excellente description, faite par mon collègue et ami Géry (Gaz. des hôpit., 10 oct. 1850). Aussi j'ai dû la copier textuellement; j'y ajouterai seulement que le tissu cellulaire qui entourait l'artère au niveau de la ligature ne présentait aucune trace d'inflammation.

» clarriss. viro D. Joh. Georg, Wirsung philosophiæ ac medicinæ doctori, inclytæ nationis nostræ assessori honorando, qui circa 24 noctis horam, ex solito, » sub propriæ domus janua, familiariter cum aliquibus concivibus codem contubernio utentibus conversatus, à D. Jacobo *Cambier*, ob nescio quod odium » privatum, sclopeto magno quod *carabinet* vulgo dicunt, petitus globoque trans- » jectus cum sanguinis copia simul et animam fudit, hæc verba identidem repe- » tens, « *son morto io*, o *Cambier*, o *Cambier*. »

— Le même registre ajoute autre part : « Quidam dalmata interficit sclopo » longo nostrum concivem sub propriæ domus jannâ. » (Morgag., Epist. anat. prim., n° 85.)

Cet extrait mortuaire est en forme et indique tout, le mois, le jour, l'heure, le genre et même la cause de la mort (ob nescio quod odium privatum). Il y manque seulement le bras armé par la jalousie, en conséquence de la découverte du conduit pancréatique.

— Le même registre continue et dit que Cambier, auteur du crime, s'évada le lendemain matin, du lieu où il avait passé la nuit, avec son parent, Nicaise Cambier, et un autre étudiant dalmate comme lui, tous deux complices du forfait, et quittant Padoue, s'échappa par la fuite.

Que manque-t-il à ce témoignage? Cependant, puisqu'il est passé presque inaperçu, et qu'il est devenu nécessaire de le reproduire de nos jours, après Haller et Portal (que je cite ici volontiers, pour l'indemniser des accusations d'inexactitude qu'on lui adresse souvent), je ne puis mieux faire que de répéter avec Morgagni : « Ainsi, il convient d'oublier tous les soupçons malheureusement ima- » ginés sur cette mort, et il faut accepter un témoignage contemporain, véri- » dique et sincère, qui établit que Wirsung a été tué par suite d'une querelle » privée, ainsi que cela se voit souvent entre jeunes gens étrangers vivant loin » de leur pays (*loc. cit.*) » J'ajouterai seulement, comme une chose qui saute aux yeux, que si Wirsung avait été martyr de sa découverte, ses condisciples, ses compatriotes et ses amis n'auraient pas manqué de consigner sur leur registre ce motif attendrissant d'une fin déjà triste et prématurée, qui aurait jeté sur leur malheureux compatriote, et par suite sur la *nation* entière, une gloire de plus.

— Ce point étant éclairci, je voudrais dire quelques mots sur le véritable inventeur du conduit pancréatique. Wirsung passe généralement aujourd'hui pour cet inventeur, mais il n'obtint pas autrefois cet honneur sans contestation. De graves autorités attribuèrent la découverte à Maurice Hoffmann, et le savant Haller, qui était au courant du débat, n'ose pas trop se prononcer d'une manière exclusive. Je ferai voir en effet que la gloire ici se partage entre les deux rivaux, et que la question de priorité, comme on le dirait dans notre moderne langage, peut être jugée en deux sens différents.

Mais d'abord, mon cher maître, j'ai le plaisir de ne pas me séparer de vous sur ce point, et les éclaircissements que j'ai à fournir n'offriront aucun désaccord avec ce que vous avez admis. Vous avez indiqué les traits principaux, et ne pouviez faire plus dans un cours de physiologie; le reste est une affaire de chronique, que les chercheurs de vieilles choses aiment à retrouver et même à exhiber au risque d'ennuyer le lecteur.

Wirsung et Hoffmann avaient entre eux des rapports de liaison intime. Wir-

La formation dn caillot a été plus rapide et plus complète dans le bout supérieur que dans l'inférieur. Ce résultat diffère de celui que nons avons observé dans l'observation précédente où les denx caillots étaient également développés. C'est qu'en effet les conditions ne sont plus les mêmes. Dans le cas précédent, de larges anastomoses ramenaient le sang dans le bout inférieur ; ici, au contraire, le sang revenait difficilement et en petite quantité dans les artères iliaques interne et externe; elles se trouvaient par conséquent dans des conditions diamétralement opposées à celles qui existaient pour le bout supérieur : aussi le peu de développement de leur caillot ne doit-il pas nous surprendre.

Guthrie (MALADIES ET BLESSURES DES ARTÈRES, JOURN. UNIV. ET HEBD., t. I., 1830) dit que le bout inférieur d'une artere est plus disposé que le supérieur aux hémorrhagies consécutives. La meilleure raison qu'il en donne, à mon avis du moins, c'est que la matière couenneuse (le caillot sans doute ?) bouche moins parfaitement l'orifice du bout inférieur et se détache avec plus de facilité. Guthrie a bien indiqué le fait, mais il serait important de rechercher les causes qui favorisent ou retardent la formation de ce caillot. D'après les deux faits que je viens de citer, je serais porté à croire que plus les anastomoses, qui versent le sang dans le bout inférieur, sont petites et y rétablissent la circulation difficilement, plus le caillot doit se former lentement et d'une manière irrégulière, et partant plus l'hémorrhagie secondaire est à craindre. Ce n'est qu'avec une extrême réserve que je donne cette explication ; car n'ayant eu que deux fois l'occasion de disséquer des artères liées par la méthode de Hunter, je n'ai pu suffisamment étudier la cicatrisation du bout intérieur, et il me sera impossible d'en donner la description dans ce travail.

FIG. 2



OBS. III. — Mottet (Antoine), 27 ans, salle Saint-Augustin, n° 50, hôpital Saint-Louis, est amputé de la cuisse, pour une tumeur blanche du genou gauche, le 4 avril 1849. Il meurt au bout de *vingt-neuf heures.*

AUTOPSIE. — L'extrémité de l'artère fémorale se voit à la surface de la plaie, qu'elle affleure. La face externe de ce vaisseau présente une série de stries transversales qui lni donnent l'aspect d'un lombric ; ces stries sont plus nombreuses lorsqu'on se rapproche de son extrémité. Après l'avoir incisé suivant son axe, nous tronvons à sa surface interne des stries transversales correspondant à celles que nous avons décrites à l'extérieur.

Tout près de la ligature, et immédiatement au-dessus du petit caillot dont nons allons parler, est une petite collatérale qui admet un stylet d'Anel dans sa cavité ; dans une longueur de 5 centimètres au-dessus, l'artère ne fournit aucune collatérale, et a ce niveau il en existe une qui a 1 millimetre de diametre au plus. Après avoir enlevé la ligature avec beaucoup de précautions, nous constatons qu'elle a porté à 5 ou 6 millimètres au-dessus de la section du vaisseau par l'instrument tranchant, et qu'elle n'a divisé que les tuniques interne et moyenne. Celles-ci s'incurvent à angle presque droit, de manière à se toucher par leur bord libre qui vient adhérer fortement à un petit caillot fibrineux, jaunâtre, formant dans l'intérieur de l'artère un petit mamelon de la grosseur de la tête d'une épingle. De son extrémité saillante naît un filament fibrineux transparent, présentant çà et là quelques points rougeâtres, un peu plus volumineux à son extrémité supérieure qu'à son extrémité inférieure, libre dans toute sa longueur, qui est de 5 centimètres, et flottant dans la cavité artérielle, qui a conservé son calibre normal dans toute son étendue.

Sur une des principales branches de la fémorale profonde, qui a environ 2 millimètres de diamètre, je trouve la même disposition des tuniques interne et moyenne au niveau de la ligature. Le caillot, dans une hauteur de 1 centimètre, remplit tout le cylindre artériel, qui n'offre aucun rétrécissement, et il adhère à la tunique interne ; au-dessus il se termine par une extrémité libre, conique, à sommet dirigé du côté du cœur, de 2 à 3 millimètres de hauteur, et cessant au niveau d'une collatérale. (Musée Dupuytren, *maladies du système circulatoire*, pièce n° 48.)

Cette observation nous montre le travail qui s'est opéré pendant les vingt-neuf premières heures qui ont suivi la ligature. Déjà la formation du caillot est à peu près terminée pour les deux artères. La disposition de leurs tuniques artérielles est la même au niveau de la ligature : or, pour la fémorale, nous n'avons qu'un très-petit caillot, de la grosseur d'une tête d'épingle, à la réunion des lèvres de division des membranes interne et moyenne, tandis que le caillot de la fémorale profonde est adhérent, dans une hauteur de 1 centimètre, à toute la surface de la membrane interne. Cette différence dans la forme et le volume du caillot ne saurait être attribuée au calibre différent des artères, mais bien à la situation différente des collatérales, comme j'espère le démontrer plus loin.

OBS. IV. — Rameau (Claude), âgé de 60 ans, est amputé de la jambe, au lieu d'élection, pour une gangrène spontanée du pied gauche, le 30 septembre 1850, à l'hôpital Saint-Louis. Il meurt au bout de *trois jours.*

La ligature tient encore solidement à l'extrémité du tronc tibio-péronier. Après l'avoir fendu suivant son axe, on tronve sa face interne rugueuse et pleine de concrétions calcaires. Au niveau de la ligature, les tuniques interne et moyenne, quoique en grande partie ossifiées, sont plissées et incurvées vers le centre du vaisseau, et coiffées par la celluleuse, qui est encore intacte. Un caillot fibrineux conique, de 8 millimètres de hauteur, à sommet dirigé du côté du cœur, d'un rouge noirâtre, adhère par sa base très-intimement au cul-de-sac formé par les membranes internes, dans une hauteur de 3 millimètres. Au niveau de l'extrémité supérieure du caillot est l'origine de la tibiale antérieure. Les tuniques artérielles n'offrent aucun changement de coloration. Le tissu cellulaire qui environne l'artère est souple, non induré. (Musée Dupuytren, *maladies du système circulatoire*, pièce n° 100.)

Malgré l'ossification des parois artérielles, la ligature n'a pas coupé la celluleuse, et le caillot s'est développé aussi régulièrement que dans une artère saine. Nous aurons à revenir sur ce fait.

OBS. V. — Un homme, âgé de 30 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis le 19 janvier 1850.

Il a été pris entre deux wagons, et il a au bras droit une rupture du biceps accompagnée d'un épanchement de sang considérable. Il n'y a pas de rupture de la peau. On ne perçoit pas les battements des artères radiale et cubitale. La main gauche est écrasée et il y a une très-forte contusion de la poitrine. *Il meurt le cinquième jour,* sans avoir présenté de symptômes d'infection purulente.

AUTOPSIE. — Au milieu d'un vaste foyer sanguin, qui ne contient aucune trace de pus, on trouve l'artère humérale broyée vers sa partie moyenne. Elle offre une teinte rouge foncée, uniforme, qui paraît due à une imbibition du sang noir au milieu de laquelle elle plonge. Dans le point où a porté l'action du corps vulnérant, elle est retrécie dans une hauteur de 2 centimètres, et il est facile de voir que, dans cette étendue, les tuniques interne et moyenne sont

---

sung était le maître d'Hoffmann pendant le séjour que fit celui-ci à l'Université de Padoue. Wirsung n'était point cependant professeur à l'Université, bien que l'aient dit à tort quelques écrivains. Pendant les quatorze ans qu'il demeura à Padoue, dit Morgagni, depuis le 8 novembre 1639 jusqu'à sa mort en 1643, il n'eut jamais la mission d'enseigner.... « Hoc autem toto annorum ferme quatuordecim spatio, nullum docendi munus gessit.... » Mais s'étant fait remarquer de Veslingius, le professeur d'anatomie, il fut choisi par lui pour être son préparateur, son prosecteur, *minister vel incisor* ou son *prévôt*, comme on disait dans les anciennes écoles de Paris. A ce titre, il disposait d'un laboratoire, peut-être de celui de Veslingius, et donnait des répétitions aux élèves moins avancés. Parmi ces élèves était Maurice Hoffmann, son inférieur en savoir et en âge (il n'avait que 21 ans) et vivant chez lui dans cette subordination familière qui existait autrefois entre les maîtres et les élèves privés. Il était *domestique* chez Wirsung, suivant l'expression naïve de Bartholin.... « Hoffmanno domestico tunc Wirsungi....; » c'est-à-dire *son hôte*, comme le dira plus tard le fils d'Hoffmann lui-même, dans un passage que je citerai bientôt.

Thomas Bartholin, que je vais invoquer encore pour le faire intervenir entre eux, était aussi leur compagnon d'études. Et on comprendra facilement que ces trois jeunes hommes, venus de contrées qui ne représentaient qu'une seule nation dans l'Université italienne, aient dû se fréquenter sur une terre étrangère où les rassemblaient de communs travaux. Il faut donc admettre que Bartholin a connu les circonstances de la découverte du conduit pancréatique, et que son témoignage aura une valeur sans égale, puisqu'il était désintéressé dans la question, et convenablement placé sur les lieux pour bien voir. Or il s'exprime d'une façon nette et précise : « A nullo hactenus descriptum, qui » primo Patavii *nobis præsentibus* 1642 initio martii mensis, Joh. Georg. Wir» sungo anatomico plane diligenti, sed cruento fato extincto apparuit, licet » priori autumno in Gallico indico ipsi ostensus à Maur. Hoffmanno domestico » tunc Wirsungi. » (Thom. Barthol., ANAT. QUART. RENOV., lib. I, cap 13, p. 113.)

Cette phrase ne laisse prise à aucune équivoque. Maurice Hoffmann a vu dans l'automne de 1641 le conduit du pancréas dans un coq d'Inde ; *il l'a montré à Wirsung* ; et au mois de mars de l'année suivante, celui-ci l'a disséqué pour la première fois chez l'homme, et en a fait une démonstration devant témoins.

J'ajoute à ces détails que Wirsung fit graver le conduit pancréatique sur une table de cuivre, en grandeur naturelle, et en fit don à la nation allemande pour être conservé dans la bibliothèque de cette nation (Morgag., *loc. cit.*) ; que vers la même époque il rédigea une description de ce conduit, et l'envoya, sous forme de lettre, à Jean Riolan, professeur à Paris, à la date du 7 juillet 1643, un mois et quelques jours avant de tomber sous l'arme meurtrière de Cambier.

On ne saurait hésiter à admettre le récit de Bartholin, comme étant conforme à la vérité, et je vois une preuve de cette conformité, à mes yeux sans réplique, dans la manière dont s'est exprimé sur le même sujet le fils de Maurice Hoffmann, Jean-Maurice Hoffmann. Jean-Maurice assurément connaissait les droits de son père ; il les soutenait et les défendait contre les prétentions des partisans de Wirsung, ainsi que le déclare Haller : « Vindex patris filius Joan. Mauritius fuit. » Or son récit n'est qu'une paraphrase de celui de Bartholin, dont il

broyées et encore contenues dans la celluleuse. Cette partie rétrécie se continue, sans ligne de démarcation bien nette, avec le bout inférieur, tandis qu'elle ne tient au bout supérieur que par un lambeau de la paroi artérielle, qui a la largeur de la demi-circonférence du vaisseau. L'action du corps contondant paraît s'être limitée en ce point, et au dessus le bout supérieur a conservé toutes ses parois intactes, et son calibre est normal. Là on trouve un caillot fibrineux, rouge foncé, homogène, très-adhérent dans toute sa circonférence et dans toute sa hauteur, qui est de 1 centimètre. Dans cette étendue, le calibre de l'artère n'est pas rétréci. L'extrémité supérieure de ce caillot présente un prolongement fibrineux, blanchâtre, en forme de massue, à grosse extrémité dirigée vers le cœur, de 6 millimètres de hauteur, adhérant à une des parois artérielles, et ne remplissant que la moitié du calibre du vaisseau. Immédiatement au-dessus se trouve une collatérale permettant l'introduction d'un stylet de trousse. Au fond du cul-de-sac formé par le bord supérieur du caillot adhérent précédemment décrit, par la paroi artérielle libre et par la face non adhérente de la partie supérieure du caillot se trouve une petite collatérale dans laquelle on peut introduire un stylet d'Anel. Dans toute la partie adhérente du caillot, l'artère ne fournit aucune collatérale. L'extrémité inférieure du caillot est coupée obliquement, en bec de flûte, au même niveau que les trois tuniques. (Musée Dupuytren, *maladies du système circulatoire*, pièce n° 102.)

Ici le bout supérieur de l'artère humérale se trouvait exactement dans les mêmes conditions que si on y avait appliqué une ligature; en effet, immédiatement au-dessus du point où l'artère a été déchirée, ses parois ne sont pas contuses; de plus, les débris de la celluleuse et les caillots qui se sont formés, par suite de l'épanchement sanguin, autour du vaisseau, ont dû oblitérer sa lumière; en sorte que nous pouvons, sans craindre de faire fausse route, regarder le travail d'oblitération de l'artère comme étant exactement le même que celui que nous aurions sous les yeux, si à ce niveau on eût appliqué une ligature.

Des faits que l'on vient de lire et de tous les autres que nous avons observés, nous avons conclu que les premiers rudiments du caillot étaient entièrement fournis par la fibrine du sang, qui se déposait sur les lèvres de division des membranes interne et moyenne, leur adhérait directement, et augmentait ensuite de volume par l'addition de nouvelles couches.

Suivant M. Manec (*loc. cit.*), au bout de huit à dix heures après la ligature, il se fait, à la surface de la division des membranes interne et moyenne, une exsudation de lymphe coagulable, qui unit ces parties et se combine avec les filaments de fibrine qui sont les premiers rudiments du caillot. On le voit, nous sommes arrivé aux mêmes résultats que M. Manec; seulement nous rejetons l'existence de la lymphe coagulable dont il parle, et cela pour plusieurs motifs : si cette lymphe plastique, qui est nécessairement liquide au moment de la formation, était versée dans l'intérieur du vaisseau, elle serait délayée dans le sang; il se passerait ce que nous voyons tous les jours; quand il reste un peu de sang entre les surfaces d'une plaie récente, la coagulation de la lymphe plastique, la réunion par première intention ne peut avoir lieu; de plus, pour admettre l'existence de cette lymphe coagulable, il faudrait pouvoir constater sa présence. Je l'ai recherchée avec soin, et je n'ai pu trouver dans la structure du caillot, au niveau de sa base, aucune différence qui autorisât à penser qu'en ce point il était constitué par autre chose que par de la fibrine. Il y a, du reste, tant d'analogie entre la lymphe plastique et la fibrine coagulée, que dans le cas même où les choses se passeraient comme le dit M. Manec, il serait bien difficile de faire la part de ces deux sources de formation du caillot.

Cette critique, qui pourra paraître futile au premier abord, je ne l'eusse point faite, si M. Manec n'avait fait jouer à la lymphe plastique un rôle très-important et s'il ne l'avait considérée comme un produit inflammatoire. Ainsi, pour lui, lorsque le caillot, en se développant, a rempli tout le cylindre artériel et qu'il est en contact avec sa face interne, celle-ci verse à sa surface, sous l'influence de l'*irritation* déterminée par la ligature, une couche de lymphe qui le fait adhérer. Je ne sais s'il en est ainsi chez les animaux; mais tous les caillots que j'ai examinés étaient parfaitement homogènes, semblaient adhérer, sans nul intermédiaire, à la membrane interne, et il m'a toujours été impossible de distinguer cette couche; aussi je n'hésiterai pas à rejeter formellement son existence chez l'homme, tant qu'elle n'aura pas été démontrée par des pièces concluantes. D'ailleurs la fibrine qui constitue le caillot a en elle-même la propriété d'adhérer à la membrane interne, dans de certaines conditions et en l'absence de toute inflammation; c'est un fait que l'on a souvent l'occasion d'observer dans certaines concrétions polypiformes du cœur. Déjà il avait été signalé par Bichat, lorsqu'il dit : « Les caillots de l'anévrisme adhèrent quelquefois si intimement à la membrane commune, qu'on est obligé de les enlever avec un instrument quelconque; mais cette adhérence est entièrement inorganique, c'est une espèce d'agglutination, qui supposerait même plutôt le peu de vie de cette membrane commune. » (ANATOMIE GÉNÉRALE, éd. Blandin, t. II, p. 99.)

Nous avons dit que le caillot se formait en totalité, aux dépens de la fibrine du sang; il nous reste à déterminer la cause de sa formation. Doit-on l'attribuer, comme on le dit généralement, à l'inflammation que la ligature développerait dans l'extrémité de l'artère?

Au premier abord, cette idée a quelque chose de séduisant : vous appliquez une ligature sur une artère, cette ligature agit comme corps étranger, l'enflamme, et, comme le caractère essentiel de l'artérite commençante est la coagulation du sang, vous avez formation d'un caillot dont la longueur est subordonnée à l'étendue variable de l'inflammation. Cette doctrine est parfaitement logique; malheureusement son point de départ est faux, et l'examen des faits nous conduit à la rejeter.

Tout le monde, en effet, s'accorde à reconnaître que les artères s'enflamment très-difficilement. M. P. Bérard (ARCH. DE MÉD., t. X, 1re série) a cité, à l'appui de cette assertion, des observations dans lesquelles les vaisseaux artériels se sont conservés intacts au milieu des parties enflammées ou dégénérées. M. Trousseau (MÉMOIRE SUR LES COLORATIONS CADAVÉRIQUES DES ARTÈRES; ARCH. DE MÉD., t. XIV, 1re série) conclut de ses expériences que la tunique interne des artères s'enflamme difficilement; on connaît d'ailleurs la rareté de l'artérite spontanée. Eh bien! est-il possible d'admettre que ce même tissu artériel, si réfractaire à l'inflammation dans les conditions où tous les autres tissus de l'économie y prennent part, sous l'influence d'une lésion aussi légère qu'une ligature, va s'enflammer en quelques heures dans une hauteur quelquefois considérable, et produire ainsi la formation d'un caillot? Il faudrait en vérité reconnaître à la ligature une spécificité qu'elle ne peut avoir : lorsque, au bout de neuf, de dix-huit heures, nous avons trouvé des caillots dans les artères, aurions nous été logique de regarder ces caillots comme un produit de l'inflammation artérielle, tandis que le tissu cellulaire, en contact direct avec le fil, et, comme on le sait, si susceptible d'inflammation, n'en présentait encore aucune trace.

Si le caillot était dû à une artérite, sa hauteur serait subordonnée à l'é-

---

invoque lui-même le témoignage. Le voici textuellement : « Sed attendi præcipuè meritus vas excretorium proprium scilicet ductus pancreaticus . . . . .
» . . . .
» A venerando domino parente meo, anno supra millesimum sexcentesimum
» quadragesimo primo, mense septembri, in illustri Venetorum Lyceo Patavi-
» no, in Gallo indico repertus, et Joh. Georg. Wirsungio anatomico et chirurgi-
» co celebratissimo, hospiti tunc suo ostensus, ab hoc autem deindè insequen-
» tis anni mense martio demum in homine, doctâ quæsitus indagine et publicâ
» notitia expositus, sicuti anatomicorum coryphæus, testis omni exceptionne
» major, confirmat Thom. Bartholinus. » (IDEA MACHINÆ HUMANÆ. Altdorf, 1703. In-4°, p. 42.)

Les seuls points nouveaux qui ressortent de cette version du fils sont que Maurice Hoffmann fit sa découverte dans le coq d'Inde au mois de septembre, et qu'il la fit dans le lycée des Vénitiens à Padoue. Ce *lycée des Vénitiens* était un vaste amphithéâtre d'anatomie que la République de Venise avait élevé à Padoue en 1594, à la sollicitation de Fabrice d'Aquapendente qui y professait alors avec éclat; et la mention de cette circonstance montre, ainsi que je l'ai déjà fait remarquer, que Hoffmann, élève familier de Wirsung, était admis avec lui dans le laboratoire du professeur Veslingius. Jean-Maurice répète que son père était l'*hôte* de Wirsung; il parle de Wirsung en termes de respect et de haute estime; il le nomme *anatomiste très-célèbre*, et déclare qu'il lui a fallu de savantes dissections pour trouver le conduit chez l'homme : *Demum in homine docta quæsitus indagine.* Ajoutez que non-seulement il a dû connaître toutes les prétentions de son père, mais que lui-même, pendant un séjour qu'il fit à l'Université de Padoue vers 1672, a pu prendre des informations dans la tradition conservée à Padoue. Que faut-il de plus pour constituer un renseignement sincère et authentique?

Il n'est donc pas douteux que le maître et l'élève ont pris une part égale à la découverte du conduit pancréatique; car si Wirsung a eu le mérite d'une dissection très-difficile, Hoffmann n'a-t-il pas la gloire d'avoir montré le premier le conduit? Honneur à cette grande école italienne de Padoue, dans laquelle Harvey puisa le germe de sa découverte de la circulation, et dont un jeune élève de 21 ans trouvait, en disséquant un animal, au hasard peut-être, le conduit qui fait sortir le pancréas des organes amorphes, pour le ranger parmi les glandes!

Malgré les contestations élevées parmi les anatomistes contemporains, Wirsung fut regardé comme l'inventeur plutôt qu'Hoffmann, ainsi que l'attestent les mots de *canalis* ou *ductus Wirsungianus*, employés par Riolan (IN SECUND. ANIMADV. AD ANAT. TH. BARTH., imprimé à Paris en 1653), par Thom. Bartholin lui-même dans son TRAITÉ DES VAISSEAUX LYMPHATIQUES, imprimé à Paris à la même date, et par beaucoup d'autres. Plusieurs cependant attribuèrent la découverte à Hoffmann. Je citerai parmi eux Heister qui dit à la page 87 de son COMPENDIUM ANATOMICUM (éd. d'Amsterdam, 1748) : « Inventor primus Mauritius » Hoffmannus professor postea Altorfinus, Patavii anno 1641, in Gallico indico, » et deinde post hujus demonstrationem in homine repertus et demonstratus » est à Wirsungo Bavaro. » Mais on peut croire qu'Heister, en allant un peu contre l'opinion commune, voulait faire un acte de courtoisie envers l'Université d'Altdorf, où les deux Hoffmann avaient été professeurs, et où le fils Jean-

tendue de l'inflammation, et non, comme nous l'avons dit et comme nous le démontrerons, à l'existence d'une petite collatérale.

Enfin les parois artérielles n'ont présenté aucune trace d'inflammation dans la hauteur du caillot sur toutes les artères que nous avons examinées à une époque rapprochée de la ligature; à une époque plus éloignée, après la chute du fil, l'extrémité du vaisseau en contact immédiat avec la plaie présentait bien un petit liséré inflammatoire; mais dans le reste de la hauteur du caillot, les tuniques artérielles ont constamment offert leur épaisseur normale, et jamais nous n'avons vu ni injection ni ramollissement, caractères assignés à leur phlegmasie. Quelquefois elles présentaient une teinte rouge semblable à celle du caillot; mais nous savons que cette coloration, qui d'ailleurs disparaissait souvent après quelques heures de macération, ne peut à elle seule être un signe de l'inflammation.

Nous appuyant sur les motifs que nous venons d'exposer, nous ne pouvons attribuer la formation du caillot à un phénomène inflammatoire; il nous faut par conséquent lui chercher une autre cause.

La première collatérale qui se trouve au-dessus de la ligature est, par rapport au cours du sang, la continuation de l'artère liée et la portion d'artère comprise entre cette collatérale, et la ligature devient, par le fait même, une cavité exactement dans les mêmes conditions anatomiques qu'une petite poche anévrismale développée sur la paroi d'un vaisseau; par conséquent, comme dans l'anévrisme, le sang va subir dans cette extrémité artérielle une diminution de mouvement qui sera d'autant plus marquée, qu'en général la première collatérale est d'un calibre bien inférieur à celui de l'artère liée. Cette diminution, ou plutôt cette modification du mouvement du sang, doit favoriser sa coagulation; le caillot commence à se développer sur la surface de section des membranes interne et moyenne, qui, étant rugueuse, irrégulière, sert de point d'insertion aux premiers filaments de fibrine. Ceux-ci s'accroissent par l'addition de nouvelles couches, et finissent par former un bouchon qui ferme le vaisseau mécaniquement. Cette manière d'envisager la formation du caillot nous rend assez bien compte des variétés de forme que le caillot peut présenter lorsqu'il commence à se développer; le calibre de l'artère, le volume, la situation de la première collatérale, doivent nécessairement modifier le courant sanguin, et par suite la forme primitive du dépôt fibrineux.

Le caillot se formant exclusivement aux dépens de la fibrine du sang, on conçoit que son développement devra être influencé par l'état pathologique de ce liquide. Suivant M. Manec, la jeunesse, l'âge adulte, le tempérament sanguin, pléthorique, certaines dispositions inflammatoires, soit individuelles, soit atmosphériques, doivent être regardées comme autant de circonstances favorables à sa formation rapide. Ce qui unit au contraire à son développement, ce sont un âge avancé, une constitution lymphatique, faible ou épuisée par une longue maladie, enfin une altération profonde du sang. Les faits que j'ai observés ne sont pas assez nombreux pour m'avoir permis de vérifier cette assertion, et dans plusieurs cas où les malades étaient épuisés, j'ai trouvé le caillot bien formé à une époque rapprochée de la ligature. Cependant, à l'appui de l'opinion émise par M. Manec, je dirai que les deux seuls cas dans lesquels j'ai trouvé un arrêt de développement du caillot étaient dans les conditions qu'il indique comme peu favorables à sa production. Dans le premier cas, il s'agit d'une amputation de cuisse datant de six jours; le caillot de l'artère fémorale est mou, ne remplit pas complétement le calibre du vaisseau, et n'adhère qu'à sa base à la surface de division des membranes internes. Dans le second, la mort survient le quatrième jour; le caillot présente la même disposition, et, de plus, il est ramolli à son centre, où il est converti en un liquide noirâtre, putride. Ces deux cas sont les seuls dans lesquels le caillot ne remplissait pas la cavité artérielle et n'adhérait pas à ses parois, quoique la mort ne soit arrivée que le quatrième et le sixième jour, c'est-à-dire après un temps suffisant pour qu'il ait pu arriver à un développement complet. Cette exception ne pourrait-elle pas tenir à ce que ces deux malades sont morts d'infection purulente, à une époque très-rapprochée de l'opération? L'état pathologique de ces caillots nous porte à le croire. Dans les autres observations où le caillot était complétement développé, les malades sont très-souvent morts d'infection purulente; mais à une époque plus éloignée de l'opération, et la nature avait eu le temps de pourvoir à sa formation avant que le sang fût altéré. D'ailleurs l'altération de ce liquide n'est pas la même chez tous les sujets, et l'on comprend très-bien que le malade, mourant d'infection purulente au quatrième ou cinquième jour, le caillot pourra, dans certains cas, être complétement formé, tandis que, dans certains autres, son développement sera enrayé. De même que, dans certaines fièvres typhoïdes, le sang des saignées offre quelquefois une couenne assez résistante, et d'autres fois en est complétement dépourvu.

Nous venons d'assister à ce qu'on peut appeler la période de formation du caillot; nous allons maintenant étudier toutes les particularités qui se rattachent à son histoire, lorsqu'il est arrivé à son état de développement complet.

(La suite au prochain numéro.)

TÉRATOLOGIE.

DUPLICITÉ DE LA FACE CHEZ LES OISEAUX; par M. DAVAINE.

M. le docteur Davaine communique à la Société de biologie les remarques qu'il a faites sur certains cas de duplicité de la face chez quelques oiseaux.

J'ai montré à la Société, dit M. Davaine, un poulet monstrueux dont M. Rayer m'avait confié la dissection.

L'anomalie offerte par cet animal consiste dans la duplicité des parties antérieures de la tête, la région postérieure et le corps étant simples. Cette monstruosité a été assez fréquemment observée, et même dans les quatre classes d'animaux vertébrés; mais le plus grand nombre des observateurs s'étant bornés à l'examen des caractères extérieurs, d'après lesquels ont été établies la plupart des classifications tératologiques, l'histoire de l'organisation de ces monstres laisse encore à désirer. J'ai donc pensé qu'il ne serait pas sans intérêt de donner une description détaillée du sujet dont je présente aujourd'hui les pièces anatomiques. Je mets en même temps sous les yeux de la Société trois autres cas provenant également de la collection de M. Rayer, et qui présentent à des degrés divers le même genre d'anomalie.

1er SUJET. — Le poulet, déjà présenté dans une séance précédente, avait le corps en tout semblable à celui d'un poulet au terme de l'incubation. La tête offre les particularités suivantes : simple et normale dans la région occipitale, elle présente en avant deux faces distinctes, dont les axes divergent à angle droit; dans

---

Maurice exerçait les fonctions de doyen lorsque lui, Heister, fut appelé à une chaire de l'Université. Il devait subir l'influence des Hoffmann et du pays qui l'accueillait.

C'est de même par suite de cette influence des Hoffmann que s'établit à Altdorf la fête dont parle Haller, pour célébrer le jour anniversaire de la découverte du conduit pancréatique. La solennité avait pour but d'honorer, dans la personne de Maurice Hoffmann, l'Académie qui lui avait conféré le grade de docteur, ainsi que le prouve le passage suivant, que j'ai été assez heureux pour retrouver : « Et annum diem festum Altdorfii celebrari audio quo is ductus ab » ejus academiæ doctore inventus sit. » (Voir note *a* du comment. de Haller dans METHOD. STUD. MED. DE BOERHAAVE, t. I, p. 365.) Mais cette sorte d'argument, si Hoffmann n'avait pas eu d'autres titres à invoquer, n'aurait pas une grande valeur, car les partisans de Wirsung auraient pu dire que la fête d'Altdorf était un de ces *Te Deum* que chantent les vaincus aussi bien que les vainqueurs après une bataille.

Que conclure de tous ces renseignements? que l'on doit s'en tenir au récit de Bartholin, et ne jamais parler de la découverte du conduit pancréatique sans citer Hoffmann aussi honorablement que Wirsung. J'ai un certain plaisir à lui rendre une partie de sa gloire trop oubliée. Sans doute il pourrait s'en passer mieux que l'infortuné Wirsung, qui n'est venu à la postérité qu'avec ce seul titre, embelli d'une auréole de martyr de la science qu'il faut même écarter de son front. Mais avant tout, l'histoire doit être vraie.

Vous le savez mieux que personne, mon cher maître, vous qui avez un si louable zèle pour rendre à chacun ce qui lui revient d'honneur dans les travaux que vous aimez. Il y a pourtant des choses qui restent inconnues, et on peut croire que certaines abeilles butinent volontiers sur le champ d'autrui. J'ai eu souvent la pensée que vous aviez plusieurs fois souffert de leurs emprunts furtifs; mais on n'ose prendre votre défense lorsqu'on contemple votre sérénité. La plainte qui, peut-être alors, s'élève au dedans de vous est un gage de votre richesse, en même temps qu'une des nécessités de celui qui expose aux autres le fruit de ses veilles, une peine adoucie par le contentement de soi-même.

Agréez, etc.

Orléans, 10 novembre.

— CONCOURS POUR L'INTERNAT, A LYON. — Le concours pour l'internat des hôpitaux de Lyon, commencé le 18 novembre, a été terminé le 21; de nombreux concurrents avaient pris part à cette lutte, qui a été très-brillante.

Le jury était composé de MM. Barbier, Bouchacourt et Rodet, chirurgiens en chef de l'Hôtel-Dieu, de la Charité et de l'Antiquaille; Brachet, professeur à l'École de médecine; Candy et Roy, médecins de l'Hôtel-Dieu, et Arthaud, médecin en chef des aliénés. Les internes élus sont MM. Dupuy, Devay, Dron, Bron, Bonnand, Chaumier, Game, Pupier, Carrier et Franon.

— M. le docteur Caillard, depuis plus de trente ans médecin résidant à l'Hôtel-Dieu de Paris, vient de mourir à l'âge de 78 ans.

leur écartement, les deux orbites internes, confondues, forment une seule cavité. Cette orbite, commune aux deux têtes, était occupée par un œil volumineux, entouré par quatre paupières et deux membranes nictitantes rudimentaires. L'œil externe de chaque tête étant normal, l'ensemble présentait donc trois yeux. Les deux becs supérieurs sont normaux et divergent suivant l'axe de chaque tête. Les becs inférieurs participent davantage de la fusion générale; plus rapprochés l'un de l'autre, ils se volent dans l'angle rentrant, intercepté par les becs supérieurs, auxquels ils ne peuvent s'adapter. Deux cavités buccales, séparées en avant par une cloison membraneuse très-courte, sont confondues en arrière et se continuent avec un pharynx commun. De la cloison partent deux langues courtes, une pour chaque bouche; elles forment entre elles un angle obtus et se confondent par leur base.

L'examen anatomique a permis de constater que tous les organes abdominaux et thoraciques étaient semblables à ceux d'un poulet normal. Il y avait un seul œsophage, un pharynx, une trachée et un larynx simples.

L'os hyoïde, unique, est normal; mais il supporte un os lingual (encore cartilagineux chez ce sujet) modifié dans sa forme et dans sa direction. Il est évidemment formé par la réunion de deux os, un pour chaque langue, et présente quatre cornes, dont les deux antérieures, plus grandes, forment un croissant placé transversalement au devant du corps de l'os hyoïde.

L'encéphale, enlevé avec soin de la cavité crânienne, avait une forme assez exactement cubique; on y reconnaissait une moelle allongée simple, un seul cervelet et deux corps quadrijumeaux plus volumineux que chez un poulet normal, mais qui étaient trop altérés pour qu'on pût en constater les autres particularités; enfin deux cerveaux séparés l'un de l'autre par une mince cloison cellulaire. L'ensemble de ces deux cerveaux formait un quadrilatère dont les lobes olfactifs de chacun occupaient un angle; leur grande scissure se portait diagonalement en arrière l'une vers l'autre. — Vu par sa base, l'encéphale offrait une double scissure disposée en croix: l'une, longitudinale, était la ligne de séparation des deux cerveaux; l'autre, transversale, correspondait aux *scissures de Sylvius*. En arrière de cette scissure, l'on trouvait sur chaque cerveau l'origine des nerfs optiques, dont les deux internes se portaient, en convergeant, à l'œil situé dans l'orbite commune. Cet œil était plus volumineux que chacun des deux autres; on pouvait y constater une sclérotique unique, présentant sur la ligne médiane supérieurement et inférieurement un sillon profond, trace de la fusion de deux globes oculaires, une seule choroïde, mais divisée longitudinalement par une cloison médiane verticale, qui n'était pas recouverte de pigment. Cette cloison formait ainsi avec la choroïde deux cavités, dont chacune contenait le peigne et une rétine. On pouvait y constater en outre l'existence de deux cristallins séparés, de deux iris réunis, présentant deux pupilles distinctes; enfin deux cornées unies par leur bord en 8 de chiffre. — Cet œil recevait un nerf optique de chaque cerveau. Ces nerfs aboutissaient à la sclérotique en deux points distincts.

La cavité du crâne est formée en arrière par les quatre pièces occipitales, de chaque côté par un pariétal, par la portion écailleuse et pétrée du temporal, la grande aile du sphénoïde et un frontal, comme chez un poulet normal. A la base, par un sphénoïde basilaire qui offre les premières traces de la duplicité antérieure de la tête. Cet os s'élargit d'arrière en avant, où il présente deux selles turciques séparées par une cloison osseuse. Enfin la cavité crânienne est complétée en avant et en haut par un frontal unique, formant une voûte au-dessus de l'orbite commune. Il est facile de reconnaître que cet os résulte de la fusion de deux frontaux peu modifiés dans leur forme et appartenant chacun à une tête différente. On observe à la voûte du crâne, entre les trois frontaux et les pariétaux, une large fontanelle membraneuse. De même la cavité du crâne est séparée de celle de l'orbite commune par une membrane qui occupe tout l'espace compris entre le sphénoïde et le frontal. Cette membrane offre à sa partie inférieure et postérieure deux trous optiques.

A la face, toutes les parties situées en devant et de chaque côté des orbites, parties constituant le bec supérieur, la voûte palatine et les fosses nasales, sont conformées pour chaque tête comme chez un poulet normal, à l'exception de quelques parties voisines de l'axe d'union des deux têtes. Ainsi les arcades zygomatiques internes (*internes par rapport à cet axe*), à partir de l'origine du bec, se portent transversalement l'une vers l'autre, et s'unissent en formant le bord antérieur de l'orbite commune. Les deux palatins *internes*, au lieu de suivre la direction du bec auquel ils appartiennent, se portent parallèlement d'arrière en avant et s'unissent, à la naissance de chaque bec, avec les zygomatiques dont il vient d'être question, formant ensemble un quadrilatère sous l'orbite commune. Une petite pièce osseuse quadrilatère correspond aux deux ptérygoïdiens *internes*.

Les deux mâchoires inférieures se réunissent au niveau de la partie cornée du bec; leurs branches internes se confondent et se terminent en arrière par une pointe aiguë. Les deux branches externes forment avec les deux précédentes un M majuscule dont la base regarde le crâne.

Ce poulet, au terme de l'incubation, avait rompu sa coquille en deux points correspondants aux deux becs; mais la portion intermédiaire opposait une résistance qu'il n'avait pu vaincre. Il fut trouvé, le lendemain, ayant les becs engagés dans les deux trous de la coquille. Il est donc probable que ce poulet était viable.

2ᵉ SUJET.—Le deuxième cas nous a été offert également par un poulet dont je présente le squelette. Ici la fusion des deux faces est beaucoup plus complète. Les becs inférieurs sont réunis jusqu'auprès de leur extrémité antérieure. Les becs supérieurs sont aussi très-rapprochés, de sorte que l'on aurait pu croire à une simple fissure médiane de ces organes sans la présence d'une troisième orbite Celle-ci, située sur la ligne médiane, plus reculée en arrière que celle du poulet précédent, est à peu près de la grandeur d'une orbite normale. Elle contenait un œil unique, petit, et qui, autant qu'on en pouvait juger après son long séjour dans l'alcool, n'offrait qu'une seule cornée. L'ossification de la tête était plus complète que dans le poulet précédent.

3ᵉ SUJET. — Le troisième cas appartient à un *pigeon*. Dans ce cas, la fusion est moins complète que dans les deux autres; il y avait, comme dans le premier sujet, un seul cervelet et deux cerveaux. L'orbite commune est très-large, et l'œil qui l'occupe représente assez exactement deux yeux contigus, chacun d'une grandeur égale à celle de l'un des yeux latéraux. Les becs sont complètement séparés. L'œsophage et la trachée sont simples, ainsi que l'os hyoïde, dont l'extrémité antérieure supporte deux os linguaux.

4ᵉ SUJET. — Le quatrième cas appartient à un *canard*; mais celui-ci offre un intérêt particulier par la coexistence d'une monstruosité d'une autre nature, c'est-à-dire par l'existence de la cyclocéphalie à l'une des têtes. Ce sujet, fortement durci par un long séjour dans un liquide conservateur et ayant déjà été examiné, ne peut plus donner lieu qu'à une description incomplète; mais la face et les yeux sont entiers. La tête droite est bien conformée, abstraction faite de la partie qui s'unit à la tête gauche. Celle ci, moins volumineuse, présente un bec inférieur bien développé, épais et recourbé en haut, comme en général la mâchoire inférieure des monstres rhinocéphales, une langue bien conformée, un bec supérieur très-rudimentaire, qui laisse à découvert presque toute la cavité buccale et qui naît immédiatement sous l'orbite, sans aucune trace d'ouverture des narines ou de fosses nasales. Ces organes sont indiqués au-dessus de l'œil par un petit mamelon qui représente très-exactement, au volume près, la forme de la trompe des mammifères rhinocéphales.

Les deux orbites de cette tête sont confondues en une seule, qui, étant confondue elle-même avec l'orbite interne de la tête voisine, constitue une cavité unique et très-large; en sorte que l'ensemble de ces deux têtes présente seulement deux orbites: l'une, normale, est l'orbite externe de la tête droite, l'autre, anormale, résulte de la fusion des deux orbites internes entre elles et avec l'orbite externe de la tête gauche affectée de cyclocéphalie.

L'œil contenu dans cette orbite commune représente un seul globe oculaire très-allongé transversalement, dans lequel on peut distinguer: 1° deux cornées bien conformées et séparées, appartenant, l'une au côté interne de la tête droite, l'autre au côté interne de la tête gauche; et 2° en dehors et au-dessus de cette dernière cornée, une sorte de renflement correspondant à l'œil externe de cette tête gauche affectée de cyclopie.

La cyclocéphalie a été quelquefois observée chez les oiseaux, mais elle est beaucoup plus rare chez eux que chez les mammifères; d'un autre côté, il n'est pas rare de rencontrer la pseudencéphalie ou l'anencéphalie chez ces monstres doubles, principalement chez ceux dont la tête offre une fusion plus ou moins complète. Chez ce canard opodyme, l'existence de la cyclocéphalie, dont les rapports avec les anomalies anencéphaliques ou pseudencéphaliques sont très-intimes, ne présente donc rien d'extraordinaire; néanmoins je ne connais pas d'autre exemple de la réunion sur un même sujet des anomalies (opodymie, cyclocéphalie) que nous offre ce monstre.

La monstruosité dont je viens de placer plusieurs exemples sous les yeux de la Société a été désignée par quelques auteurs (Gurlt, Barkow) sous le nom de *diproropie*; elle appartient au genre opodyme de M. Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, genre caractérisé par une tête unique en arrière et se séparant en deux faces distinctes à partir de la région oculaire. Mais, comme nous venons de le voir, dans ce genre de monstruosité, les faces elles-mêmes peuvent ne pas être complétement distinctes. Les régions antérieures de la tête participent quelquefois de la fusion des régions postérieures à ce point que l'orbite commune, très-étroite, ne contient plus qu'un seul œil petit et incomplet, tandis que d'autres fois cette orbite contient deux yeux normaux complétement distincts, et dans quelques cas, les traces de la duplicité s'observent même au cervelet. Ces cas forment ainsi la transition de ces monstres, dont la duplicité est à peine indiquée, à ceux qui offrent deux cerveaux et deux cervelets distincts. Que si l'on recherchait le dernier terme de cette duplicité, l'on trouverait, à partir de ces monstres simples au-dessous de l'ombilic et doubles au-dessus jusqu'aux opodymes les plus simples, l'on trouverait, dis-je, une série dans laquelle on observe des degrés, mais non des catégories, dont les caractères distinctifs et constants puissent permettre l'établissement de genres ou d'espèces, comme on l'entend en zoologie.

SYMPTOMATOLOGIE SPÉCIALE.

DES DOULEURS QUI PEUVENT COEXISTER AVEC LA SYPHILIS CONSTITUTIONNELLE; par M. DIDAY, ex-chirurgien en chef de l'Antiquaille (hôpital des vénériens de Lyon).

(Suite et fin. — Voir les numéros 45, 40 et 48.)

§ VI. — DOULEURS IMAGINAIRES.

Rien n'est plus sérieux que ce sujet, malgré la légèreté que beaucoup de médecins affectent en en parlant. Que de syphilophobes rebutés ou plaisantés

languissent, épuisent leurs dernières ressources, deviennent à charge à la société, à leur famille, à eux-mêmes, finissent par le suicide, qui, conduits par un esprit à la fois patient et ferme, fussent rentrés dans la plénitude de leurs facultés!

Je ne décrirai point ces douleurs; chaque médecin sans doute en a vu d'assez nombreux spécimens pour en prendre une idée, et la plus longue nomenclature resterait tellement au-dessous de la réalité qu'un syphilophobe seul serait excusable d'essayer ce travail. Depuis la piqûre d'épingle jusqu'à l'explosion d'arme à feu, depuis les gouttes d'eau qui coulent sous sa peau jusqu'au feu qui lui dévore les entrailles, est-il un élancement, battement, agacement, déchirement, fourmillement, tiraillement, martellement, roulement, ruissellement, gargouillement, tremblement, qu'ensemble ou successivement ce malheureux ne s'imagine endurer? Chacun d'eux a à cet égard sa marotte de prédilection, son *dada* auquel il revient toujours; mais ce qu'il y a de plus triste, c'est que si par hasard on parvient à débusquer l'idée fixe de son siége favori, elle sait bien vite se créer une nouvelle résidence.

Le syphilophobe n'est pas difficile à reconnaître : il se diagnostique à première vue, à distance. Son air mystérieux et affairé, la longueur de ses préambules, ses incoercibles redites, la préoccupation que toute sa personne exprime, l'ont trahi avant même qu'il n'ait abordé le sujet de sa visite. Ajoutez qu'il ne rit jamais, qu'infailliblement il a déjà pris de la salsepareille..., et vous avez tout son portrait.

Ceux qui veulent traiter par la raillerie ces infortunés, qui s'obstinent à dire leurs tourments imaginaires, n'ont probablement jamais réfléchi à l'analogie qui existe entre leurs souffrances et les hallucinations. De même qu'un maniaque a la sensation très-réelle d'odeurs, de saveurs, de bruits, malgré l'absence non moins réelle de tout corps odorant, sapide ou sonore, de même le pseudo-vérolé éprouve véritablement les sensations douloureuses dont il se plaint, quoiqu'il n'y ait eu aucune impression morbide exercée sur ses nerfs. On voit par là qu'une médecine morale vigilante est l'indispensable, le seul moyen de remédier à ce pénible état. Ne dédaignons donc point d'en tracer ici quelques règles.

TRAITEMENT. — Sans donner la clef des problèmes très-compliqués que chacun de ces cas offre à résoudre, les préceptes suivants seront, je l'espère, de quelque utilité à ceux qui font les premiers pas dans cette scabreuse carrière.

A. Prenez, avant tout, vis-à-vis de votre client, un air sérieux et réfléchi, et quoique vous l'ayez deviné d'avance, sachez l'écouter jusqu'au bout. Pour qu'il vous croie un juge éclairé, il faut qu'il ait trouvé en vous un juge attentif. Toute influence sur lui vous échappe s'il a entrevu, dans vos allures railleuses ou distraites, un parti pris d'incrédulité.

B. Une fois ses doléances terminées, passez à l'inspection directe, mais non sans lui avoir bien dit (ce qui, du reste, est généralement vrai) que la syphilis se traduit toujours par quelque lésion matérielle, appréciable; que partant, là, où l'on ne trouve pas d'altération apparente, il n'existe pas de syphilis.

C. S'il vous montre d'insignifiantes papules ou des particularités naturelles qu'il regarde comme morbides, il vous est aisé de dissiper son erreur. Dans un travail spécial (voy. GAZ. MÉD. DE LYON, t. I, DES CONFORMATIONS NATURELLES PRISES POUR DES MALADIES), j'ai dit que le meilleur moyen consiste alors à faire voir au malade qu'on est soi-même porteur, et porteur bien portant, de la conformation qui l'effrayait.

D. Avant de dire au patient qu'il n'a pas la vérole, assurez-vous bien qu'il ne l'a effectivement pas. Si vous doutez, remettez votre sentence à une prochaine visite; mais, à tout prix, prenez garde de vous exposer, par trop de précipitation, à une méprise ou à la nécessité de modifier ultérieurement votre premier jugement. La confiance d'un syphilophobe ne s'obtient jamais complète, et peut se retirer à chaque instant. Or songez que cette confiance si fragile est votre seule arme sur lui; que si elle est ébranlée par une fausse manœuvre, vous restez sans pouvoir pour le guérir.

E. Dans le récit de ses souffrances, avez-vous rencontré quelque antécédent rhumatismal, névralgique, goutteux, etc., capable d'expliquer les maux dont il se plaint?..... ceci est une fortune. Usez et abusez-en. Dussiez-vous forcer un peu l'étiologie, ne manquez pas de tout rejeter sur ce maudit rhumatisme, sur cette *humeur de goutte* qui ne *veut jamais quitter le corps*. Heureux client, heureux docteur, si vous parvenez ainsi à le dépayser! Changer la syphilophobie contre l'arthrophobie, par exemple, c'est évidemment tout bénéfice.

F. Ces prétendus malades ont du mercure et de la vérole une peur presque égale; aussi est-on généralement bien venu en leur proposant comme pierre de touche l'iodure de potassium. « Si vos douleurs, leur dis-je, sont en effet vénériennes, douze à quinze jours de cette médication suffiront pour les faire cesser. Demandez à tous les médecins, ils vous donneront la même réponse. » — Les conditions acceptées, les informations prises, l'iodure est avalé; mais les douleurs persistent. Laissez alors le malade tirer la conclusion lui-même. Si vous avez bien su poser les prémisses, il y aura souvent dans ce seul résultat négatif de quoi dissiper son illusion.

G. Nul traitement ne comprend dans ses détails des indications plus variées que celui de la syphilophobie. Mais une question générale les domine toutes : Dans l'intérêt du client vaut-il mieux commencer par le déclarer non malade et lui refuser ses soins que de calmer son imagination en lui ordonnant d'insignifiants remèdes que vous lui présentez comme antisyphilitiques?... Ce sont deux tactiques diverses : chacune a ses cas d'application, et c'est à la pénétration du praticien de les saisir. La patiente attention que je lui conseille pendant les prolixes divagations du client a justement pour but de lui donner le temps et les moyens de faire ce choix.

H. Il est des cas où l'on réussit effectivement en donnant des remèdes insignifiants. Si le malade affirme qu'un peu de mercure le guérirait, si sa confiance en vous est aveugle, donnez lui quelques pilules de *mica panis*, étiquetées mercure : la foi opère encore des miracles! — A-t-il paru accueillir l'explication qui attribue ses douleurs au rhumatisme, à un vice dartreux répercuté, à des transpirations arrêtées, à *un grand feu dans le sang*, à un tempérament *trop nerveux* (1), alors droguez-le en conséquence, mais non sans l'avoir bien prévenu que ces remèdes n'agissent qu'à la longue, que ce n'est pas en quelques jours qu'on peut rétablir le cours *des humeurs*, ou l'équilibre dans la *masse du sang*. Promettez positivement la cure, mais demandez du temps. Il en faut pour que le maniaque *oublie* de sentir ses douleurs; et cette coopération morale de sa part est le principal, l'indispensable élément de la guérison.

I. Mais si le malade est entier dans sa manière de voir, s'il parle sans vous écouter, s'il veut causer médecine, si surtout c'est un paysan (classe essentiellement réfractaire au raisonnement).... contre cet invulnérable ennemi n'hésitez pas à frapper le grand coup. Après l'avoir bien entendu, bien examiné, déclarez lui catégoriquement qu'il n'a ni vérole ni autre maladie, que les douleurs dont il se plaint sont purement imaginaires. Mais gardez-vous ensuite de compromettre par une transaction l'effet de cette sortie; refusez et refusez aussi opiniâtrément qu'on vous le demandera, de délivrer une ordonnance. Lorsqu'il sera trois ou quatre fois revenu infructueusement à la charge, peut-être — quelque paysan qu'il puisse être — finira-t-il par s'avouer qu'il faut que le médecin soit donc bien persuadé de ce qu'il dit pour refuser ainsi *de gagner une visite!* — Cette manœuvre sagement conduite m'a gagné de belles parties; mais il faut réfléchir avant de la tenter; car c'est brûler ses vaisseaux et s'ôter tout moyen de revenir, en cas d'échec, à un autre plan de bataille.

J. Avant, toutefois, de renvoyer ou de décourager un client de cette espèce, songez que, s'il sort de chez vous rebuté mais non converti, il va devenir la proie du premier charlatan qui fera *chorus* à ses doléances. Ainsi, point de pruderie exagérée : dans son propre intérêt, consentez parfois à lui laisser prendre quelques consultations. Il ne les aura pas payées trop cher s'il y a puisé la connaissance de la vérité et la haine des prétendus dépuratifs.

K. La plupart de ces infortunés se condamnent des mois et des années à l'inaction absolue et à un régime rafraichissant. Aussi voit-on leur cerveau rendu plus susceptible par cette double cause débilitante admettre et garder les idées les plus chimériques. Malgré leurs récriminations, leurs protestations qu'ils ne sauraient obéir sans danger, exigez, sachez obtenir qu'ils reprennent leurs occupations, qu'ils mangent de la viande et boivent du vin. Une fois le sommeil et les forces de retour par ce moyen, l'esprit attaché à de sérieuses exigences trouvera moins le loisir de s'égarer dans les champs de la fantaisie.

L. Quelques-uns d'entre eux m'ont donné une autre espèce d'embarras. Des médecins — et des plus recommandables — leur avaient déjà délivré, soit de vive voix, soit par écrit, un brevet en règle de syphilitique. Faut-il alors désabuser le malade en s'exposant à blesser un confrère, ou celer, par savoir-vivre professionel, la vérité salutaire?..... Entre ces deux alternatives, s'il n'y avait qu'à choisir, certes je n'hésiterais pas. Heureusement l'expérience m'a, depuis quelques années, suggéré un biais assez commode. Dès que le malade, au milieu de son récit, me parle d'un médecin, je l'arrête avant qu'il n'ait prononcé son nom : tire-t-il de sa poche une ordonnance, je ne lui donne pas le temps de la déplier : « Permettez, lui dis-je, et cela dans votre propre intérêt, que je vous donne d'abord mon avis, hors de toute influence. » Une fois ma consultation écrite et signée, mais pas avant, je rends à mon client la liberté de produire ses témoins. Et s'il se

(1) Je vous recommande, comme particulièrement bien venues des malades, ces deux dernières explications. « Il est, a dit la Bruyère, certains défauts dont n'est point fâché d'être plaisanté. » Aussi peu de malades regimbent-ils quand on leur affirme, du ton de la divination, qu'ils se sont beaucoup trop *échauffés* dans leur jeunesse, ou que leur constitution pèche par excès de sensibilité.

trouve alors une dissidence, quel confrère pourrait m'en vouloir de ce désaccord, si les circonstances lui en sont fidèlement rapportées?

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS DES DÉPARTEMENTS.

I. JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX.

Les numéros d'avril, mai et juin contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Compte rendu des maladies observées dans le service de la clinique médicale pendant les mois de janvier, février et mars* 1850; par M. Oré. 2° *Observation de purpura hæmorrhagica*; par M. Roussel. (Observation remarquable par le résultat heureux du traitement qui avait consisté dans l'emploi du quinquina, du ratanhia, des acides du fer. L'hématurie, symptôme assez rare dans le purpura, avait duré plusieurs jours.) 3° *Observation d'un cas de névralgie, hyperesthésie de la peau de presque tout un côté du corps, avec des phénomènes intérieurs cardiaques pulmonaires et gastriques, guérie par la cautérisation transcurrente*; par M. de Sainte-Marie. 4° *De la présentation de la face : quels sont les cas où l'art doit et peut intervenir?* par M. Dubreuilh fils. 5° *Observations de taille et de lithotritie*; par M. Cazenave. 6° *Excision d'une exubérance squirrheuse du col utérin, faite avec succès sur une jeune fille vierge*; par le même.

OBSERVATION D'UN CAS DE NÉVRALGIE, HYPERESTÉSIE DE LA PEAU DE TOUT UN CÔTÉ DU CORPS, AVEC DES PHÉNOMÈNES INTÉRIEURS, CARDIAQUES, PULMONAIRES ET GASTRIQUES, GUÉRIE PAR LA CAUTÉRISATION TRANSCURRENTE; par M. de SAINTE-MARIE.

Cette observation, recueillie dans le service de M. Costes, présente une très-belle et très-sérieuse application de la cautérisation transcurrente, comme moyen de combattre les névralgies. Car, ici, il s'agissait, non plus seulement d'une névralgie bornée à un certain nombre de cordons nerveux, mais bien d'une affection des plexus cardiaque et pulmonaire, des nerfs cutanés de presque tout un côté du corps, et probablement aussi de quelques nerfs plus profonds. On jugera sans doute comme nous, et ce paraît être aussi le sentiment de l'auteur, que les désordres constatés du côté de la circulation centrale et de la respiration ne pouvaient être rapportés, exclusivement du moins, à une névralgie intercostale, quelque étendue qu'on la supposât. Cette observation est encore intéressante en ce qu'elle offre un exemple de la difficulté qu'on éprouve parfois à distinguer les troubles cardiaques purement nerveux de ceux qui tiennent à une lésion matérielle de l'organe, et qu'elle peut servir à montrer que parfois les phénomènes névralgiques qu'on a coutume, lorsqu'on les rencontre dans cette région, de regarder comme le symptôme d'une altération organique du cœur, sont, au contraire, l'expression de la cause initiale de tout le désordre, le signe enfin d'une affection de la partie correspondante du système nerveux, dont la guérison amènerait en même temps celle des palpitations, de l'étouffement, et arrêterait même le développement de la lésion matérielle. Nous avons vu récemment un cas où tous les symptômes d'un anévrisme cardiaque en voie rapide de formation, — palpitations continues, irrégulières, douloureuses, soulevant parfois le thorax avec force et amenant alors un sentiment de défaillance; dyspnée considérable; matité précordiale étendue, bruits du cœur éclatants et forts; battements désordonnés, paraissant quelquefois s'arrêter pour se précipiter ensuite pendant deux ou trois révolutions cardiaques, etc., — où tous ces symptômes, disons-nous, longtemps traités en vain par la digitale et l'application du froid, ont cédé presque tout à coup à l'emploi de vésicatoires très-larges, occupant toute la partie antérieure du côté gauche de la poitrine. Rapportons brièvement l'observation de M. de Sainte-Marie.

OBS. — Une jeune fille de 24 ans, née à Bordeaux, d'une constitution forte et régulière, d'un tempérament sanguin lymphatique, était entrée plusieurs fois à l'hôpital pour des battements de cœur, fréquents, douloureux, avec sensibilité exagérée de la peau de la région sous-mammaire gauche. Quand M. Costes prit le service vers la fin d'avril 1849, ces symptômes étaient très-prononcés. On ne pouvait pratiquer l'auscultation et encore moins la percussion, sans augmenter les douleurs. La face s'injectait avec rapidité. On fit appliquer vingt sangsues sous le sein gauche. Un séton précédemment placé sur cette région suppurait encore. Il avait amené un léger amendement dans les symptômes, bien qu'ils fussent encore très-intenses.

Environ quinze ou vingt jours après, la suppuration tarit. Dès ce moment, les douleurs se ranimèrent, les battements de cœur devinrent plus fréquents. Il y avait par jour huit ou dix accès de palpitations très-douloureuses, d'un quart d'heure chaque. Il y avait dysménorrhée. Les calmants de toutes sortes furent employés en vain. On décida d'appliquer huit sangsues aux cuisses à chaque époque.

Au mois de juillet, aggravation des symptômes. La malade semblait menacée d'asphyxie. Durant huit jours, cris incessants. Nouvelle application de sangsues sous le sein gauche; sirop de morphine à haute dose; glace sur la région précordiale; vésicatoires saupoudrés de sel de morphine. Ce dernier moyen était, de tous, le moins inefficace. Mais les accès revenaient toujours fréquemment. Ce fut alors qu'on eut recours à la cautérisation transcurrente.

Le 1er septembre, la malade étant anesthésiée, on trace trois raies de feu, une s'étendant depuis le bord interne du scapulum jusqu'à la dernière côte, une deuxième oblique depuis l'angle inférieur de l'omoplate jusqu'à l'angle des premières fausses côtes, une troisième sous le sein gauche. Les battements du cœur diminuent rapidement de fréquence et d'intensité, et les douleurs des régions cautérisées disparaissent; mais la peau de la partie gauche du ventre, de l'aine, de l'hypocondre gauche, de la région fessière et lombaire, devient le siége de douleurs très-vives. Les vésicatoires pansés avec la morphine ayant été sans efficacité durable, on cautérise à leur tour ces régions; aussitôt la douleur les quitte, pour se montrer presque immédiatement dans toute l'étendue de la cuisse. Dès ce moment la malade n'éprouva plus de battements de cœur; les règles sont venues spontanément et à leur époque fixe après la première cautérisation.

Ajoutons qu'on cautérisa la cuisse et que la douleur émigra dans le genou et la jambe; que de là elle fut repoussée par une autre cautérisation vers les malléoles et à la plante du pied; qu'il fallut brûler deux fois ces dernières régions pour en expulser la douleur.

Le lendemain 26 novembre, à la suite d'une exposition prolongée de la jambe malade au froid humide, il survient de nouveau de la dyspnée et les symptômes de l'engorgement pulmonaire aigu. Plus tard, le 18 janvier, réapparition des battements de cœur douloureux. Sensibilité très-vive de la peau au-dessous du sein gauche et jusqu'à la région inguinale du même côté. Sixième cautérisation sur cette région. La douleur disparaît et gagne la cuisse. Puis le lendemain, vomissements opiniâtres, etc. Enfin, une série de symptômes analogues, également mobiles, se présente encore pendant cinq à six semaines. La cautérisation est appliquée avec opiniâtreté, et enfin, le 25 mars, la malade quitte l'hôpital, après un séjour de plus de quatorze mois.

DE LA PRÉSENTATION DE LA FACE : QUELS SONT LES CAS OÙ L'ART DOIT ET PEUT INTERVENIR? par M. DUBREUILH fils.

Dans presque toutes les présentations de la face, on doit attendre un temps suffisant; et bien souvent on n'a eu qu'à se repentir d'avoir manqué de patience. Il n'y a aucune modification à espérer lorsque les présentations sont mento-antérieures; et lorsqu'elles sont postérieures, elles viennent toutes à peu près se réduire en antérieures par le mouvement naturel de rotation, pendant lequel le menton roule de droite à gauche ou de gauche à droite, suivant la position, pour se porter derrière la symphyse des pubis et se dégager toujours en avant. Ce mouvement de rotation, plus ou moins considérable dans les diverses variétés de positions de la face, fait seul la différence dans le mécanisme de l'accouchement.

Ainsi, les ressources de la nature sont immenses pour terminer spontanément les positions mento-antérieures. Dans les positions mento-postérieures, on doit attendre avant d'agir; et puis après on en vient, suivant les indications, à la version céphalique, pelvienne, ou à l'application du forceps.

Baudelocque, qui regardait les accouchements où la face se présentait comme des accouchements contre nature, conseillait de redresser la tête de l'enfant, c'est-à-dire de faire remonter la face et descendre l'occiput pour rappeler le sommet à la situation ordinaire. Cette manœuvre est très-souvent impossible, et de plus, nuisible pour la mère et l'enfant; quand on parvient à faire cette réduction, il est rare qu'elle se maintienne, et on a vu quelquefois ces tentatives déranger les efforts de la nature, et nécessiter la terminaison forcée de l'accouchement. Cependant, s'il était possible, au début du travail, de constater une position vicieuse de la face, un seul moyen de prévenir les difficultés si redoutables de cette position, serait, avant l'engagement, de la convertir en position du sommet.

MORT SUBITE OCCASIONNÉE PAR LA FRAYEUR D'UNE OPÉRATION DE TAILLE; par M. CAZENAVE.

Ce fait, digne d'être ajouté aux nombreux exemples de l'influence de la peur, ne saurait être plus authentique ni plus probant, puisque l'événement fatal arriva en présence de quatre médecins, et avant que le malade eût été touché par l'instrument. En voici les plus importantes circonstances.

OBS. — M. Dubousquet, vétérinaire très-distingué, âgé de 60 ans, d'une bonne constitution, d'une force morale à toute épreuve, était affecté depuis un an des symptômes ordinaires d'un calcul vésical. Il avait, depuis lors, beaucoup maigri et perdu de ses forces.

M. Cazenave, auquel il s'adressa, constata chez lui un état spasmodique tel du col de la vessie et de l'urètre qu'on ne pouvait faire pénétrer une sonde que

très-rarement et au prix de douleurs extrêmes qui exaspéraient encore les spasmes.

En présence de pareils obstacles, que dix-huit jours de tentatives patientes ne purent vaincre, il était impossible de songer à la lithotritie, dont le malade s'était aussi plu à espérer que l'application pourrait lui être faite. Aussi M. Cazenave, après avoir constaté la présence d'un calcul, dut-il se décider pour l'opération de la taille. M. Dubousquet en accepta résolument la proposition, ne fit aucune observation, ne sembla point affecter un courage qu'il n'avait pas, conserva, du moins en apparence, le calme moral dont il jouissait habituellement.

Le malade étant donc convenablement préparé à l'opération, celle-ci fut entreprise par M. Cazenave, en présence de MM. les docteurs Crébessac, Arthand et Dupont. Il fut placé, contenu par des aides, et on allait introduire le cathéter dans l'urètre, quand le futur patient qui venait de se montrer calme et serein en présence des préparatifs de l'opération, s'affaissa sur lui-même, pâlit subitement, perdit connaissance, ne respira plus, n'eut plus de pouls, et mourut trois quarts d'heure après, quoi qu'on eût pu faire pour le sauver.

LITHOTOME DOUBLE FABRIQUÉ TOUT EXPRÈS POUR UN CAS EXCEPTIONNEL; par le même.

Un des plus sérieux reproches et des mieux fondés qu'on ait fait au lithotome, et notamment au lithotome double, tient à la ténuité de ses lames. Souvent, en effet, on a pu constater que, cédant devant la résistance des parties molles qu'elles devraient diviser, ces lames ne sortent qu'à moitié de leur gaîne ; de sorte que l'incision des couches périnéales n'a pas l'étendue que le chirurgien lui voulait donner, et que, s'il désire absolument la compléter, il doit renoncer au secours du lithotome, et employer, sans guide ni régulateur, le bistouri boutonné, qui l'expose à aller trop loin.

Cette imperfection de la manœuvre est encore bien plus fréquente et plus grave lorsque les tissus à couper sont épais, engorgés. Tel était le cas chez un homme de 62 ans, calculeux, dont le périnée était sillonné de larges cicatrices résultant de nombreux abcès et fistules urinaires, abcès et fistules de date ancienne, et dont la cicatrisation s'était opérée par deuxième intention, à l'aide d'un tissu inodulaire fibreux, ayant sans doute la consistance et la dureté des ligaments articulaires les plus forts. A cela se joignait une hypertrophie de la prostate, laquelle était très-dure, presque squirrheuse.

Jugeant des difficultés qu'une pareille structure mettrait à l'action du lithotome double ordinaire, M. Cazenave jugea nécessaire d'en avoir un fait exprès pour la circonstance. Il demanda donc à M. Charrière de lui en fabriquer un, en conservant toutes les formes du manche, de la bascule, de la tige et des lames, mais en donnant seulement des proportions plus considérables à toutes ces parties, notamment à la tige et aux lames, de façon à ce qu'aucun tissu périnéal et la prostate elle-même ne pussent résister à l'action tranchante. Les lames furent, en conséquence, construites deux fois plus larges et deux fois plus épaisses que celles des lithotomes doubles ordinaires.

Avec l'instrument ainsi modifié, le malade put être opéré par la méthode bilatérale avec autant de facilité que si la région eût présenté l'état normal. Il guérit assez vite, et sans accidents.

— Nous n'aurions pas mis autant d'insistance à faire ressortir ce fait, si nous n'avions pensé que l'enseignement qui en découle pourra être utilisé par la plupart des fabricants. La correction, exceptionnellement prononcée, qu'a demandée M. Cazenave, ne servira en effet que dans les cas exceptionnels. Mais chez tous les malades, à tous les âges, dans toutes les conditions, chirurgiens et patients, se trouveraient on ne peut mieux d'une correction à un certain degré dans le même sens. Un peu plus de force des lames donnerait, et sans aucune compensation fâcheuse, plus d'assurance aux premiers, plus de sécurité aux seconds. Déjà réclamée, en 1834, par notre estimable confrère, H. Bell, cette légère modification mériterait certes autant que bien d'autres de trouver un patron dans le judicieux fabricant dont la sagacité a tant de fois enrichi l'école chirurgicale de Paris.

II. GAZETTE MÉDICALE DE STRASBOURG.

Les numéros d'avril et juin 1850 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Mémoire sur les luxations en arrière des phalanges des doigts*; par M. Michel. 2° *Dégénérescence fongueuse, sanguine de l'extrémité interne de la clavicule gauche; résection*; par M. Rigaud. 3° *Note sur l'emploi d'un collodion cantharidé pour l'établissement des vésicatoires, et sur un nouveau mode de pansement des vésicatoires volants*; par M. Strohl. 4° *Quelques réflexions sur la pathogénie de la folie*; par M. Dagonet. 5° *Nouvelles recherches expérimentales sur l'épreuve des trois images et sur l'application qu'on peut en faire au diagnostic des maladies oculaires*, recueillies aux leçons cliniques de M. Pétrequin, par M. Chomier.

MÉMOIRE SUR LES LUXATIONS EN ARRIÈRE DES PHALANGES; par M. MICHEL.

L'auteur a pris pour point de départ de ses recherches ce fait, mal expliqué jusqu'ici, que de ces luxations les unes se réduisent sous l'influence de tractions très-simples, tandis que d'autres résistant à ces moyens ordinaires exigent des efforts plus considérables, en divers sens, des procédés spéciaux, et même demeurent quelquefois complétement irréductibles.

Pour se rendre compte de cette différence importante que l'observation clinique lui avait révélée, M. Michel a produit des luxations sur le cadavre, et la même variété s'est représentée sous le rapport des difficultés que la réduction rencontrait. Il a alors analysé, le scalpel à la main, les conditions anatomiques particulières à chacun de ces deux cas; et voici ce qu'il a trouvé en prenant pour type, par exemple, une luxation métacarpo-phalangienne du pouce. Ainsi :

Dans la luxation irréductible, après avoir enlevé la peau, on trouva les tendons des extenseurs infléchis sur eux-mêmes, suivant les contours de la déformation sans subir de déplacement; en arrière l'articulation intacte. Les muscles qui s'attachent de chaque côté de la base de la première phalange étaient légèrement écartés; ils laissaient voir dans leur écartement la tête du métacarpien qui ne se trouve pas, toutefois, engagée dans cette boutonnière. Le tendon du fléchisseur repose sur le milieu de la tête du métacarpien sans subir cette déviation; sa coulisse synoviale, brisée en ce point, était largement ouverte (ce qui pourrait expliquer les fusées purulentes qui se produisent à la suite de quelques luxations du pouce.) Le ligament antérieur séparé au niveau du col de la tête du métacarpien accompagnait la base de la première phalange et dépassait en arrière l'extrémité articulaire du métacarpien qu'il embrassait étroitement; les ligaments latéraux étaient intacts, plissés sur eux-mêmes. Si l'on exerçait une traction violente sur le doigt luxé, afin de réduire la luxation, on voyait aussitôt l'extrémité rompue du ligament capsulaire s'enfoncer entre les surfaces osseuses, sans cesser de rester en contact parfait avec l'extrémité articulaire métacarpienne. Loin de réduire la luxation par cette manœuvre, on l'augmentait en quelque sorte davantage. Si l'on continuait les mêmes tractions, après avoir préalablement ouvert l'articulation par sa face postérieure l'introduction du ligament rompu entre les surfaces osseuses n'avait plus lieu; bien plus, ce dernier se détachait de l'extrémité articulaire, un bruit de claquement se faisait entendre, et la réduction avait lieu. Enfin les nerfs collatéraux palmaires se trouvaient fortement comprimés par la saillie osseuse du métacarpien.

Dans la luxation réductible, les altérations sont semblables, à une seule et importante exception près; le ligament antérieur, loin d'être déchiré à son insertion métacarpienne, s'était détaché dans le voisinage de la base de la phalange luxée. Il avait suivi le métacarpien et ne pouvait plus s'engager entre les surfaces osseuses.

Ces mêmes particularités caractérisent les luxations réductibles et irréductibles soit du petit doigt sur le métacarpe, soit des phalanges entre elles. Toujours, dans ses expériences cadavériques, M. Michel a trouvé la raison de la réductibilité ou de l'irréductibilité dans le point de rupture du ligament antérieur. Cependant les luxations irréductibles des phalanges autres que celles du pouce s'obtiennent plus difficilement que celles-ci, parce que la rupture du ligament antérieur se fait presque toujours à la base de la phalange luxée; et que, en second lieu, le ligament antérieur est fort long et très-lâche, disposition qui ne lui permet point de dépasser en arrière la tête du métacarpien. De plus, le ligament antérieur transverse des métacarpiens, en se prolongeant avec la paroi postérieure de la coulisse du fléchisseur, forme un pont tendu et incompressible qui ne permet pas au ligament antérieur, rompu à une certaine hauteur, de s'interposer entre les surfaces articulaires.

Enfin, chez les vieillards, la rupture du ligament antérieur se fait plus souvent sur la base de la phalange luxée par arrachement de portions osseuses du rebord articulaire : aussi l'auteur est-il plus rarement parvenu à produire des luxations irréductibles chez des sujets de cet âge.

Comme conséquence et complément de ces intéressantes données anatomiques, M. Michel décrit un procédé de réduction que M. Sédillot emploie et qui lui a réussi dans trois cas difficiles. Voici l'indication de ce procédé, appliqué à une luxation en arrière métacarpo-phalangienne du petit doigt. Après avoir chloroformisé le malade et reconnu que les tractions directes sur le doigt luxé restaient sans résultat, M. Sédillot, changeant de manœuvre, exagéra d'abord le déplacement en poussant en arrière le doigt luxé; puis, s'assurant du contact des surfaces osseuses entre elles, il fit rouler d'arrière en avant la base de la phalange luxée sur toute la longueur de la surface articulaire du métacarpien. La luxation se trouva réduite. Pendant l'opération, un aide fixait dans l'immobilité le cinquième métacarpien.

(*La suite au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 2 DÉCEMBRE.

M. Bayard adresse un nouveau mémoire sur la marche de la variole depuis la découverte et l'introduction de la vaccine, et sur les modifications qu'elle a subies et la loi de mortalité dans les épidémies.

M. Bourguignon adresse une nouvelle note en réponse à la réclamation de priorité relative à l'emploi des frictions générales dans le traitement de la gale, adressée dans la précédente séance par M. Bazin.

INJECTIONS IODÉES RÉPÉTÉES DANS LE TRAITEMENT DES TUMEURS ENKYSTÉES.

M. Borelli, agrégé de la Faculté médico-chirurgicale de Turin, adresse des réflexions critiques sur la méthode de M. Legrand relative au traitement des loupes et tumeurs analogues sans opération sanglante, et des observations pratiques à l'appui de la méthode des injections iodées répétées dans le traitement des tumeurs enkystées.

Depuis quelques années M. Borelli emploie, dit-il, avec succès la méthode des injections iodées répétées selon un procédé qui lui est propre. Voici en quels termes il le décrit :

Dans un point quelconque de la tumeur, même à quelque distance, pour éviter, s'il le faut, la vue des marques de la cicatrice, on enfonce un peu obliquement et à plat une lancette ordinaire qui, pénétrant directement dans le kyste, laisse une ouverture d'un demi-centimètre environ, par laquelle on fait sortir la matière contenue dans le kyste, ensuite on injecte la teinture alcoolique d'iode pure préparée d'avance dans une seringue, et on doit autant que possible ne pas en laisser sortir. On ferme l'ouverture avec un morceau de diachylon, ou simplement avec un peu de charpie enduite de cérat que l'on contient au moyen d'un bandage adapté. La douleur qui suit l'injection se fait sentir très-vivement pendant une ou deux minutes, et dans les vingt-quatre heures survient ordinairement une inflammation dans la tumeur que l'on diminue aussitôt avec un cataplasme émollient si elle est très-forte. La tumeur, qui alors était douloureuse et endurcie, se ramollit, s'affaisse et commence à laisser suinter par l'ouverture quelques gouttes de liquide coloré. Si on n'applique pas de cataplasme, l'inflammation fait un cours ordinaire de trois jours et cède ensuite tout à fait; la tumeur se ramollit alors et laisse couler par l'ouverture la teinture injectée, mêlée de pus liquide.

Quelquefois après la première injection et à la suite de la réaction locale, on peut déjà sentir le kyste qui se détache dans la tumeur et même en tirer au dehors avec les pinces; mais ordinairement il faut répéter une, deux et même trois fois l'injection avant d'en obtenir une complète séparation. Quand la sortie du kyste est complète, on est sûr que la guérison sera radicale, et il ne restera plus alors que l'adhésion des tissus environnants à se faire, ce qui a lieu assez rapidement.

Voici quels sont les avantages que l'auteur attribue à ce procédé :

La ponction de la tumeur n'est pas plus douloureuse que celle d'une saignée.

L'injection de la teinture d'iode, quoique assez irritante, est de courte durée.

La réaction phlogistique est très-modérée et peut se calmer aussitôt avec des cataplasmes émollients.

La durée du traitement est relative au volume de la tumeur, quelquefois elle est très-rapide. En général, elle est de quinze à vingt jours pour les tumeurs ordinaires, et d'un mois pour celles d'un grand volume.

Le traitement est à l'abri de tout accident grave, du complications, comme sont généralement ceux fondés sur les cautérisations répétées et légères.

Le traitement radical des tumeurs enkystées est assuré par la fusion et l'expulsion du kyste.

Enfin, après le traitement, il ne reste pas plus de cicatrice que celle d'une saignée.

ÉTAT DE L'UTÉRUS A L'ÉPOQUE DES MENSTRUES.

M. Ripault (de Dijon) écrit pour faire connaître un fait physiologique qu'il a eu l'occasion de constater un grand nombre de fois depuis plus de sept années qu'il est chargé de la visite des filles soumises à Dijon, et qui, d'après ses recherches, n'est consigné nulle part. Il s'agit d'un caractère particulier que présente l'utérus à chaque retour des menstrues. A cette époque, dit M. Ripault, il n'y a comme on l'a trop souvent répété, ni gonflement réel du col utérin, ni augmentation de fluides d'une nature quelconque; la seule exaltation des forces vitales dont l'œil puisse presque invariablement s'assurer dans cet endroit, à l'aide des moyens usités, consiste dans la saillie d'une veine bleuâtre, quelquefois de deux, affectant une direction irrégulièrement transversale, ou serpigineuse, et en formant un relief sur la lèvre antérieure du col, d'abord le jour qui précède le retour des règles, et le jour surtout où cette sécrétion commence; ce qu'il y a de particulier sur l'apparition de ces veines, c'est que l'aspect variqueux et passager qu'elles offrent, après s'être manifesté sur la lèvre antérieure avant le début des règles et durant le deuxième ou même le troisième jour de leur apparition, finit par s'effacer insensiblement et par disparaître pour se montrer presque aussitôt sur la lèvre postérieure de ce même col utérin, où la saillie veineuse en question acquiert assez souvent un volume plus prononcé. Elle disparaît, en ne laissant qu'une teinte d'amarante plus ou moins foncée sur cette dernière surface, les deux derniers jours qui suivent la fin de l'évacuation périodique d'où elle doit évidemment dépendre.

Ainsi pour rendre ce phénomène relatif à la disposition du col de la matrice dans le temps des règles, aussi clair que possible, il faut admettre, ainsi qu'on l'a fait jusqu'à présent, dans sa trame et dans son tissu sous-muqueux, une injection vasculaire sensible, depuis le moment qui précède d'un jour au moins les menstrues, durant leur cours, et aussi un peu après leur terminaison. Mais il convient d'établir une distinction dans l'état de cette hypérémie particulière; cette dernière n'est pas générale, elle n'envahit presque jamais la totalité du col; en un mot, il y a rarement une tendance hémorrhagique sur les deux lèvres en même temps; le plus habituellement il arrive que cette hypérémie est graduelle et successive; elle débute par la lèvre antérieure du col utérin, pour achever les phases qui lui sont dévolues, à sa lèvre opposée.

Cette migration hypérémique, examinée dans ses effets, semble rendre compte de certains phénomènes concomitants qui se passent chez la plupart des femmes dans le temps où elle s'effectue; il n'est pas de médecin qui ne reconnaisse l'ensemble des symptômes généraux auxquels se rattache la particularité assez importante dont il s'agit; l'on en peut tirer quelques déductions significatives dans l'exercice de l'art. Indépendamment de certaines circonstances où, par un motif grave, la médecine légale pourrait, au besoin, s'éclairer de cette disposition du col, selon les phases que présente chaque époque menstruelle, on est autorisé à croire qu'il est permis de compter sur une direction mieux combinée et plus rationnelle dans l'emploi des remèdes destinés au soulagement des femmes, selon les premiers ou les derniers jours de leurs règles, dont pour une cause quelconque elles auraient à souffrir.

CONSIDÉRATIONS CHIMIQUES ET THÉRAPEUTIQUES SUR LES SELS D'ARGENT.

M. Delioux, professeur à l'École de médecine navale de Rochefort, adresse la deuxième partie de son mémoire sur les sels d'argent. L'auteur s'est proposé dans ce travail de déterminer le rôle précis que jouent les sels alcalins et les matières albuminoïdes ou protéiques des humeurs organiques dans l'absorption, l'assimilation et le mode d'action intime d'une série déterminée de composés métalliques, des sels d'argent.

On admet, dit M. Delioux, que l'azotate d'argent et les sels de ce métal sont transformés dans l'estomac par les chlorures alcalins en chloro-argentates alcalins solubles et immédiatement absorbables; mais les chlorures alcalins ne forment avec le chlorure d'argent des chlorures doubles que lorsqu'on fait réagir à la température de l'ébullition des dissolutions concentrées de chlorures alcalins sur le chlorure d'argent, et ce nouveau sel est décomposé par l'eau qui tenait en dissolution le chlorure alcalin. Ainsi, en admettant que l'azotate d'argent soit transformé dans l'estomac en chlorure d'argent, et que ce dernier, sous l'influence des chlorures alcalins, soit ultérieurement transformé en chloro-argentate alcalin, ce nouveau chlorure double ne serait pas une substance immédiatement absorbable, puisque, décomposé par l'eau, il donnerait lieu à la formation d'un composé insoluble, ce même chlorure d'argent dont il est impossible d'expliquer la dissolution et l'absorption en ne tenant compte que de l'action des chlorures alcalins. On peut assurer, d'ailleurs, qu'à la température du corps humain et dans l'état de dilution où les chlorures se trouvent dans les liquides organiques, il est impossible d'admettre la formation d'un chloro-argentate alcalin. L'expérience prouve, en effet, que si l'on fait réagir pendant une heure, à une température variant entre 55 et 20 degrés une dissolution de chlorure de sodium et de chlorhydrate d'ammoniaque sur du chlorure d'argent récemment préparé, le précipité obtenu ne décèle aucune trace d'argent. Mais si l'on fait intervenir dans la réaction des éléments organiques, on arrive à des résultats différents. D'une série d'expériences relatées par M. Delioux, il résulte que les humeurs organiques possèdent, dans la réunion de leurs éléments salins et albuminoïdes, un réactif susceptible de transformer l'azotate d'argent, et probablement tous les autres composés de ce métal, en une combinaison soluble et absorbable autre que le chlorure d'argent ou un chloro-argentate alcalin. En outre, les matières albuminoïdes impriment aux dissolutions argentiques des caractères spéciaux et dénaturent leurs réactions ordinaires, de telle sorte que les réactifs de l'argent, excepté l'acide sulfhydrique, au lieu de fournir les précipités colorés si caractéristiques, éclaircissent généralement la dissolution et semblent augmenter la solubilité du composé argento-protéique.

De ces faits chimiques on doit conclure, suivant M. Delioux, qu'il y a lieu de modifier le mode d'administration des sels d'argent, et qu'il convient de les associer à l'albumine et aux chlorures alcalins, afin de faciliter leur absorption. C'est surtout en l'employant sous forme de lavement que l'auteur a eu occasion de juger des avantages de l'administration de l'azotate d'argent en dissolution dans l'eau albumineuse chlorurée.

M. Delioux appelle l'attention sur la propriété que possède le lait de précipiter les dissolutions d'azotate d'argent, même en présence de l'albumine, et il croit pouvoir en conclure que le lait serait un contre-poison efficace des sels d'argent. Ce sera le sujet d'expériences qu'il se propose de faire sur les animaux.

Dans la deuxième partie de son travail, M. Delioux s'occupe de deux accidents inhérents à l'administration intérieure des préparations d'argent : l'action irritante et la coloration spéciale de la peau.

La coloration étant ordinairement le résultat de l'usage plus ou moins prolongé de l'azote d'argent, M. Delioux a recherché, dans ce travail, si d'autres sels d'argent méritent d'être conservés ou introduits dans la matière médicale. Il conclut de ces recherches que de tous les composés d'argent un seul offre des garanties réelles contre la coloration de la peau, c'est celui qui résiste

le plus souvent à l'action réductive de la lumière et des matières organiques, l'iodure d'argent.

PRIX MONTYON DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

M. Andral, au nom de la commission chargée de juger les pièces adressées pour le concours de médecine et de chirurgie (années 1849 et 1850) a fait, en comité secret, un rapport dont voici les conclusions :

1° (Année 1849.) — Accorder : A M. le docteur Jobert (de Lamballe), un prix de 2,500 fr. pour son Traité de chirurgie plastique ;

A M. le docteur Guillon, un encouragement de 1,000 fr. pour son *brise-pierre pulvérisateur* ;

A M. Martin, un encouragement de 1,000 fr. pour son ouvrage intitulé : Essai sur les moyens prothétiques des membres inférieurs ;

A M. le docteur Morel-Lavallée, un encouragement de 1,000 fr. pour son ouvrage *sur les hernies du poumon*.

2° (Année 1850.) — A M. le docteur Herpin, une récompense de 1,500 fr. pour son ouvrage intitulé : Études pratiques sur le pronostic et le traitement de l'épilepsie ;

A M. le docteur Delasiauve, une récompense de 1,000 fr. pour son travail *sur le traitement de l'épilepsie* ;

A M. le docteur Auguste Mercier, une récompense de 1,500 fr. pour ses *recherches anatomiques, pathologiques et thérapeutiques sur les valvules du col de la vessie*, et pour ses *observations* et ses *remarques sur le traitement de la rétention d'urine causée par les valvules du col de la vessie ;*

A M. le docteur Vrolik, une récompense de 1,000 fr. pour son ouvrage *sur la tératologie ;*

A M. le docteur Stahl, un encouragement de 1,000 fr. pour son travail *sur la physiognomonie et l'anatomie pathologique de l'idiotie endémique ;*

A M. le docteur Horteaux, un encouragement de 1,000 fr. pour son mémoire *sur les effets physiologiques et thérapeutiques des émanations du tabac observés sur les ouvriers de la manufacture de Paris ;*

A M. le docteur Carrière, un encouragement de 1,000 fr. pour son ouvrage intitulé : Le climat de l'Italie sous le rapport hygiénique et médical.

— M. Flourens, au nom de la commission chargée de juger les pièces adressées pour le grand prix des sciences naturelles (année 1850), fait un rapport dont la conclusion est que la question proposée est remise au concours pour l'année 1853.

La séance est levée à cinq heures un quart.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 3 DÉCEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. BRICHETEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle ne comprend que deux lettres du ministre du commerce : l'une par laquelle le ministre transmet une lettre de M. le docteur Frison, médecin inspecteur des eaux minérales de Digne, pour être communiquée à la commission de l'annuaire des eaux de la France ; la deuxième par laquelle il consulte l'Académie sur une demande d'application des dispositions du décret du 3 mai 1850 à un remède contre la blennorrhagie présenté par M. Brou-Laveyssière, pharmacien à Périgueux.

M. Helme, médecin au Pouzin (Ardèche), adresse un calcul biliaire très-gros, ainsi que l'observation qui y est relative. Il s'agit d'un calcul du volume d'une petite noix environ. (Commissaires, MM. Guibourt, Loiseet Grisolle.)

M. Macario envoie quelques observations de paralysie hystérique. (Comm., MM. Léry et Baillarger.)

M. Leroy-d'Étiolles présente en son nom et celui de M. Mathieu, fabricant d'instruments de chirurgie, un nouveau tonsilotome qui diffère de celui de Fanestock en ce que la lunette tranchante coupe en pressant et en sciant par un mouvement oscillatoire combiné avec le tirage. Cet instrument est en outre muni d'une abaisse langue qui change de côté suivant qu'on agit à droite ou à gauche, et d'une double érigne qui attire plus sûrement l'amygdale dans la lunette que ne le fait la broche de Fanestock ou même la fourche à bascule de M. Velpeau. (Commissaire, M. Larrey.)

M. le Président annonce que, par suite de la décision prise par l'Académie en comité secret dans la dernière séance, la vacance est déclarée dans la section d'accouchements.

L'Académie se forme en comité secret.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité pratique de la colique de plomb, par M. J.-L. Brachet, professeur de pathologie générale à l'École secondaire de médecine de Lyon. — (Ouvrage couronné par l'Académie des sciences, inscriptions et belles-lettres de Toulouse.) — 1 vol. in-8° de 295 pages. 1850. Paris, chez J.-B. Baillère ; à Lyon, chez Savy.

En 1846, l'Académie des sciences, inscriptions et belles-lettres de Toulouse mit au concours la question de médecine suivante :

Exposer d'après l'état actuel de la science :

1° La nature et le véritable siége de la maladie connue sous le nom de colique saturnine;

2° Les signes qui peuvent la faire distinguer des affections abdominales qui ont avec elles quelque ressemblance;

3° Les indications curatives qu'elle présente et la médication rationnelle pour les remplir.

On ne peut à coup sûr, lorsqu'on se reporte surtout à cette date, contester ni l'opportunité ni l'importance de cette question. Et cependant quatre années à peine se sont écoulées depuis qu'elle a été proposée, et grâce aux progrès de l'industrie et de l'hygiène, la gravité du mal qu'elle avait pour objet de conjurer en en provoquant de nouveau l'étude, se trouve déjà notablement atténuée. Quelques années encore, et tout porte à espérer que la prudente initiative du ministre actuel des travaux publics portera ses fruits et contribuera, en encourageant la substitution du blanc de zinc au blanc de plomb dans l'usage de la peinture, sinon à éteindre cette cruelle affection, du moins à la rendre de plus en plus rare et en quelque sorte tout à fait exceptionnelle. Mais la réalisation de cette espérance exige du temps, et tant qu'il y aura des malades atteints de colique saturnine, quelque petit qu'en soit le nombre, la question posée par l'Académie de Toulouse n'aura rien perdu ni de son intérêt ni de son actualité. A plus forte raison le dirons nous après avoir lu le Traité pratique de la colique de plomb que M. Brachet a rédigé pour remplir le programme du concours.

M. Brachet, en effet, à part son expérience consommée comme praticien, à part la vaste érudition et le judicieux esprit d'observation et de critique qui recommandent toutes les œuvres sorties de sa plume, quel qu'en soit le sujet, se trouvait placé en cette circonstance dans les conditions les plus favorables pour répondre au vœu de la Société savante de Toulouse. A même d'observer dès le début de sa pratique un grand nombre de cas de colique saturnine, il avait déjà fait connaître, dès 1824, dans un recueil de médecine, son opinion sur le siége et la nature de cette maladie. En 1838, l'administration des hôpitaux de Lyon publiait dans son compte rendu une notice de ce praticien sur les faits nombreux qui étaient venus confirmer ses premières impressions : de sorte qu'à l'époque où fut ouvert le concours en question, ce n'était plus une question nouvelle pour M. Brachet et dont tout l'intérêt eût consisté dans l'attrait même qu'offre souvent l'étude d'un sujet inconnu, mais bien un sujet en quelque sorte de prédilection et pour lequel il n'avait qu'à recueillir ses souvenirs.

Le livre de M. Brachet n'est donc point, comme le fait trop souvent présumer l'origine à laquelle il est dû, une œuvre de circonstance ; c'est une œuvre mûrement étudiée et qui repose sur une expérience de plus de vingt-cinq années. Sous le bénéfice de cette garantie, nous nous sentirons à l'aise pour exposer le contenu de cet ouvrage, et les lecteurs nous sauront gré de nous effacer pour laisser parler l'auteur lui-même.

Le livre de M. Brachet, conformément aux termes du programme, est divisé en trois parties dont chacune répond à l'une des questions posées ; la première traite de la nature et du siége de la colique saturnine ; la deuxième du diagnostic ; et la troisième du traitement. Après avoir constaté, par l'examen de l'état actuel de la science, que l'anatomie pathologique et l'analyse chimique faisaient également défaut pour la solution de la question du siége et de la nature de la colique de plomb, M. Brachet en appelle, pour cette solution, à l'analyse physiologique. Cette méthode, pour le dire en passant, qu'on n'emploie pas assez souvent dans les recherches de ce genre a cependant un avantage incontestable sur l'anatomie pathologique et l'analyse chimique, c'est, en procédant de la connaissance des troubles fonctionnels pour arriver à la détermination de la lésion des organes, de supputer dans les conditions et avec les éléments même de la vie. Quoi qu'il en soit, voici à quels résultats M. Brachet a été conduit par l'usage de cette méthode.

L'analyse des phénomènes constitutifs de la colique de plomb révèle trois éléments symptomatiques principaux : la douleur, la constipation et le dé-

faut de sécrétion muqueuse intestinale, et accessoirement le ralentissement de la circulation et du mouvement nutritif. De quelle nature sont ces lésions? à quels troubles fonctionnels se rattachent-elles? sous la dépendance de quel système et de quelle action organique se trouvent-elles placées? C'était ce qu'il s'agissait de déterminer. On sait toutes les opinions, toutes les hypothèses qui ont été émises sur la nature de la colique de plomb, alternativement considérée comme une paralysie, comme une inflammation, ou comme une maladie spécifique, *sui generis*, comme disait Stoll; tantôt comme une maladie générale, tantôt comme une névrose locale; une seule de ces opinions semble réunir aujourd'hui la presque unanimité des suffrages, c'est celle qui consiste à considérer la colique de plomb comme une affection nerveuse mais de nature spéciale, c'est-à-dire distincte de toute autre affection qui se révèlerait d'ailleurs par des symptômes plus ou moins semblables.

C'est aussi l'opinion de M. Brachet, mais il a cru utile de remonter à une notion plus explicite, en déterminant, par l'analyse des actes pathologiques, leur cause immédiate, et en recherchant cette cause dans les agents qui les opèrent et dans les influences qu'ils reçoivent. C'est dans les deux systèmes nerveux simultanément, dans le système nerveux central et dans le système nerveux ganglionnaire ou de la vie organique qu'il place cette cause. Tout le monde connaît les belles recherches par lesquelles M. Brachet a si efficacement concouru à établir cette distinction importante entre les deux ordres de systèmes nerveux. Cette distinction lui vient admirablement en aide pour expliquer les phénomènes variés et d'ordres différents qui constituent la colique saturnine. Ainsi il trouve dans les douleurs violentes que ressentent les malades, dans la constipation opiniâtre, dans le défaut de sécrétion séro-muqueuse intestinale et dans l'état adynamique de la circulation, l'expression multiple de deux ordres de lésions corrélatives du système nerveux cérébral d'une part et du système ganglionnaire de l'autre. A ce dernier appartiennent l'astriction des vaisseaux exhalants et des capillaires, le ralentissement de la circulation et les troubles consécutifs de la nutrition. Au premier se rapportent la douleur, les convulsions, les paralysies, etc.

Il ne suffisait pas, toutefois, d'avoir établi, d'une manière générale, la participation commune des deux systèmes nerveux à la production des phénomènes caractéristiques de la colique saturnine, et même d'avoir spécifié la part de chacun d'eux dans cette influence étiologique immédiate, il entrait dans les vues de l'auteur ainsi que dans l'objet spécial du mémoire, de démontrer que le siége en est restreint aux seules parties affectées, c'est-à-dire au tube intestinal. C'est encore l'analyse physiologique des phénomènes morbides qui le conduit, par voie d'élimination, à circonscrire le siége de l'affection dans les nerfs des intestins. Que ces nerfs reçoivent directement leur intoxication du plomb ou qu'ils la reçoivent par l'intermédiaire du sang qui en serait le véhicule, question encore indécise malgré les recherches nombreuses qui ont été entreprises à ce sujet, peu importe pour le moment; il suffit de savoir que ces nerfs seuls sont malades, puisque seuls ils produisent tous les phénomènes pathologiques; c'est tout ce que l'auteur voulait démontrer.

Nous ne nous arrêterons pas sur le chapitre qui traite des signes diagnostics distinctifs de la colique saturnine et des affections abdominales qui ont avec elle quelque ressemblance, chapitre très-bien fait d'ailleurs, mais qui ne renferme rien de neuf, pour arriver de suite à la troisième partie, celle qui est relative aux indications curatives et au traitement de la colique saturnine.

Ce chapitre est traité avec toute l'étendue que comportait l'importance du sujet et avec tout le soin et l'intelligence qu'on était en droit d'attendre de M. Brachet. Malgré l'intérêt que présente l'appréciation critique qu'il fait des diverses méthodes de traitement proposées ou usitées contre la colique de plomb, nous nous voyons obligés de passer outre pour nous borner à l'exposition des faits et des résultats propres à l'auteur lui-même; car ce qui intéresse surtout dans l'œuvre d'un praticien, c'est moins ce qu'il pense des autres que ce qu'il fait lui-même.

Après avoir, pendant une huitaine d'années, employé exclusivement le traitement de la Charité, en général avec succès, mais non sans désirer un moyen qui fût à la fois aussi efficace, plus prompt et moins répugnant pour les malades, M. Brachet a successivement essayé avec des résultats divers les antiphlogistiques, les opiacés, la limonade hydrosulfurique et la limonade sulfurique. Ces deux derniers moyens lui ont paru complétement inefficaces, les antiphlogistiques unis à l'opium à doses élevées ont balancé au moins, entre ses mains, les avantages des purgatifs. Il en était là de ses expérimentations, lorsque sur l'indication des bons effets obtenus par M. Gendrin, il eut recours à l'emploi de l'alun. Les résultats qu'il en a obtenus sont tels que depuis lors il n'a pas cessé de l'employer. Lorsque des vomissements ne permettent pas de l'administrer par le haut, il le fait donner en lavements sans qu'il perde rien de son efficacité. Lorsqu'il y a des signes évidents d'inflammation, il débute par l'application des sangsues et n'a recours à l'alun qu'après avoir combattu cette complication. Il le prescrit ordinairement dans une potion gommeuse, où il fait entrer 40 ou 50 gouttes de laudanum liquide de Sydenham. Si le ventre ne s'ouvre pas de lui-même avant le troisième jour, un purgatif léger rétablit les selles. Sur plus de 150 cas qu'il a traités par cette méthode depuis dix ans, M. Brachet affirme n'avoir pas eu un seul insuccès.

Voici, d'après les résultats de son expérience personnelle et d'après l'appréciation des diverses méthodes usitées, quel est en définitive le jugement de M. Brachet. Toutes les méthodes, ont réussi; aussi il ne s'agit pas, suivant lui, de savoir si l'une doit être conservée exclusivement, et si les autres doivent être rejetées, mais bien de décider quelle est celle qui doit être préférée dans la majorité des cas, toutes devant être conservées comme susceptibles de recevoir à l'occasion une utile application. Or ce que nous venons de dire fait assez pressentir son opinion à cet égard. Tout en reconnaissant aux purgatifs, aux calmants, aux antiphlogistiques eux-mêmes associés avec les narcotiques, mais surtout aux purgatifs et aux calmants, des effets utiles et propres à remplir efficacement un certain nombre d'indications, il donne définitivement et absolument la préférence à l'emploi du sulfate acide d'alumine associé à l'opium, qui lui a donné des succès constants, sans aucun revers, et des succès prompts et durables. Il guérit en deux, trois ou quatre jours, tandis que les purgatifs en exigent cinq ou dix. Les purgatifs augmentent souvent les douleurs abdominales, tandis que l'alun les soulage souvent dans les premières vingt-quatre heures. Enfin, avec l'alun, non-seulement le soulagement se soutient, mais il est presque aussitôt suivi de la guérison. Ainsi, d'après l'expérience de M. Brachet, l'alun guérirait la colique de plomb au moins aussi vite et même plus vite que les autres remèdes; la guérison qu'il procure serait au moins aussi solide; enfin, il mettrait à l'abri des accidents consécutifs, plus sûrement que les autres moyens.

Tels sont, sous le double point de vue théorique et pratique, les faits et les résultats principaux que renferme l'œuvre de M. Brachet. Ces résultats ajoutent à l'état actuel de la science, qui y est fidèlement reproduit, quelques données utiles, autant pour l'intelligence du mode de production et de la cause immédiate des phénomènes symptomatiques de l'affection dont il s'agit, que pour les indications thérapeutiques et les moyens de les remplir: mais ils sont loin encore de combler les lacunes regrettables que laissent et laisseront subsister peut-être longtemps encore notre ignorance relativement à l'action moléculaire intime du plomb sur le système nerveux et l'absence d'un remède spécifique propre à neutraliser cet agent toxique.

VARIÉTÉS.

— Le nouveau lazaret de Marseille a été installé avec une certaine cérémonie, par M. Mélier, le 24 novembre.

— École préparatoire de médecine et de pharmacie de Lyon. — M. le docteur Foltz, ancien interne des hôpitaux, a été chargé du cours de pathologie externe en remplacement de M. Janson, professeur. M. le docteur Chapot a été chargé du cours de matière médicale et de thérapeutique en remplacement de M. Montain, professeur.

— M. Étienne Delort, ancien pharmacien de Bordeaux, mort le 21 novembre, dans sa 93e année, a fait à ses concitoyens le legs le plus magnifique: il laisse 50,000 fr. aux hospices, 15,000 fr. à l'Association de la charité maternelle, 15,000 fr. aux pauvres de sa paroisse, 15,000 fr. pour la translation et l'agrandissement du Jardin des plantes, 60,000 fr. pour établir des fontaines; il a prévu le cas où la ville ne se conformerait pas à ses intentions dans un délai qu'il a fixé.

Ainsi le premier de ces legs deviendra nul si, dans les trois ans de son décès, le Jardin des plantes n'est pas transféré au Jardin public; et le legs de 60,000 fr. sera sans effet si la ville, dans ce même délai de trois ans, n'a pas arrêté définitivement le projet de l'établissement des fontaines, et si, à l'expiration de ces trois années, il n'y a pas un commencement des travaux nécessaires à l'établissement des fontaines.

Sur les arrérages du legs fait aux hospices, 400 fr. seront remis annuellement à l'élève interne qui aura rempli ses fonctions avec le plus de zèle et d'intelligence.

— M. Édouard Robin ouvrira le 10 décembre, pour la physique expérimentale et la chimie, une nouvelle série de cours préparatoires au baccalauréat ès sciences et au premier examen de médecine. Ils auront lieu tous les jours, le dimanche et le jeudi exceptés.

Le cours de physique commencera à une heure et demie, et celui de chimie à quatre heures moins un quart.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

DE LA SYPHILIS DES ENFANTS NOUVEAU-NÉS ET DES NOURRICES. EMPLOI LOCAL DES ANESTHÉSIQUES.

La question soulevée par M. Cullerier dans la dernière séance de l'Académie de médecine, méritait en effet, bien qu'on l'ait pu croire résolue depuis longtemps, d'être soumise à un nouvel examen. Les belles recherches dont la syphilographie s'est enrichie depuis quelque temps et qui ont fait prévaloir à peu près unanimement l'opinion qui refuse toute propriété contagieuse aux lésions dites secondaires et tertiaires chez l'adulte, commandaient une révision expérimentale de la question de la transmissibilité de la syphilis consécutive de l'enfant à la nourrice et de la nourrice à l'enfant. Non pas que M. Cullerier soit le premier qui ait fait cette application spéciale des principes vulgarisés par les travaux modernes. Le premier et le plus solide champion de ces principes, M. Ricord, en a tiré immédiatement les conséquences qu'a cherché à établir mardi M. Cullerier; il a nié résolument la possibilité d'un échange de lésions syphilitiques secondaires entre la nourrice et l'enfant. D'autres l'ont suivi dans cette étude; mais tous ne sont pas arrivés aux mêmes conclusions, et plus d'un auteur affirme encore aujourd'hui que, soit par l'allaitement, soit de toute autre manière, la nourrice peut transmettre des accidents secondaires à son nourrisson, et le nourrisson infecter de la même manière sa nourrice. Un nouvel examen était donc parfaitement motivé, et la position particulière de M. Cullerier l'y invitait tout naturellement.

M. Cullerier, nous venons de le dire, se déclare contre la transmissibilité. Est-il parvenu à asseoir son opinion sur des bases positives, incontestables? Le procédé de démonstration dont il s'est servi, le seul, nous le reconnaissons volontiers, qu'il eût pour le moment à sa disposition, a-t-il toute la valeur qu'il a semblé lui supposer? On en jugera par les quelques remarques qui vont suivre.

Il ne sera pas inutile de rappeler que les syphilographes qui contestent avec le plus de force la possibilité d'une transmission *contagieuse* de la syphilis secondaire ne font aucune difficulté d'admettre sa transmissibilité *héréditaire*. M. Ricord est de ce nombre. En cela ils ne croient commettre aucune inconséquence, et rigoureusement parlant, ils n'en commettent aucune, beaucoup d'affections réputées contagieuses étant néanmoins héréditaires: le cancer, l'asthme, la goutte, certaines dispositions ou conformations organiques, etc. Cependant, à ce point de vue, il y a quelques distinctions à établir entre ces états morbides et la syphilis, quant au principe de transmission et quant à ses effets. La syphilis n'est héréditaire qu'après avoir été contagieuse; ce qu'on transmet à sa progéniture on l'a reçu de l'extérieur; c'est un vice accidentel, surajouté à l'état originel et permanent de la constitution; et comme ce vice est venu d'une source virulente et contagieuse, on est porté *à priori* à craindre que la chose transmise ne participe elle-même du caractère virulent et contagieux. En second lieu, la transmission de la syphilis des parents s'écarte singulièrement, dans les manifestations apparentes, des lois que suivent ordinairement les autres maladies héréditaires. Lorsqu'un individu, primitivement robuste, mais amaigri, débilité par la syphilis constitutionnelle, donne le jour à un enfant chétif, il n'y a rien là que de conforme aux conditions habituelles de la transmission héréditaire; mais il s'agit ici d'autre chose: il s'agit d'enfants chez lesquels surviennent des ulcérations de la gorge, des papules muqueuses, des roséoles, des impétigos, et le plus souvent des lésions syphilitiques différentes, quant au siége et à la forme, de celles que présentent leurs parents. Il y a plus: les enfants ne viennent presque jamais au monde avec ces altérations; ce n'est qu'au bout de plusieurs semaines qu'on en observe les premiers signes. Que conclure de tout cela, si ce n'est que l'hérédité a réellement transmis aux enfants, non le germe d'une altération matérielle déterminée, comme le cancer, ou d'une forme morbide caractérisée, comme l'asthme, mais un véritable virus susceptible d'une incubation prolongée, comme est celui qui amène, chez l'adulte, des accidents secondaires, et susceptible comme lui de se manifester sous les formes les plus variées. Nous savons bien qu'on peut admettre également, qu'on a admis, dans le cancer et d'autres maladies transmissibles par hérédité, un germe, un virus, un principe latent: mais cela ne détruit pas la différence significative qui existe, relativement aux effets sensibles de la transmission, entre ces maladies et la syphilis. Les enfants issus de parents affectés d'asthme, de cancer, d'épilepsie, etc., deviennent asthmatiques, cancéreux, épileptiques, dans l'immense majorité des cas, à un âge plus ou moins avancé. Les enfants de syphilitiques n'offrent jamais de signes de syphilis que très-peu de temps après la naissance; de sorte que l'absence de toute manifestation syphilitique dans les premières semaines de la vie, chez un enfant qui a cependant reçu la syphilis par hérédité, en même temps qu'elle dépose en faveur de l'existence d'un virus transmis, témoigne d'une activité tout exceptionnelle dans ce virus; activité qui le distingue, nous le répétons, de tous les virus présumés que l'hérédité peut transmettre.

Nous ne présentons pas ce qui précède comme une induction certaine en faveur de la possibilité d'une communication de la syphilis secondaire par la nourrice à l'enfant et par l'enfant à la nourrice; nous avons seulement voulu montrer que le fait reconnu de la transmission héréditaire de la même maladie, avec les caractères spéciaux et exceptionnels que nous venons de dire, mettait involontairement l'esprit en garde contre une négation trop absolue de la transmissibilité par l'allaitement. Nos doutes portent surtout sur l'innocuité attribuée à la syphilis de la nourrice, parce que l'analogie empruntée à la transmission héréditaire est ici plus étroite. On a cité des faits qui n'ont pas été contestés, de parents autrefois syphilitiques, mais actuellement exempts de tout signe extérieur de la maladie, et qui ont donné le jour à des enfants infectés. Ces faits ont été rapportés par un observateur très-attentif, très-soigneux et aussi compétent que personne, par M. Cazenave. On en a conclu que le sperme pouvait garder, après la guérison des accidents visibles, une sorte d'infection. Or cela n'affaiblit-il pas considérablement les objections qu'une minutieuse analyse pourrait tirer de l'état apparent des nourrices au moment de l'allaitement, de l'étendue et de la distribution des lésions syphilitiques, de l'état du mamelon en particulier? Ne peut-il pas se faire que les nourrices infectent l'enfant par la substance qu'il les nourrit, par le lait, comme le père infecte sa progéniture par la substance qui le crée, par le sperme? Et alors qu'importerait que le mamelon ou d'autres parties du corps aient été exempts de lésions chez des nourrices qui ont passé pour avoir infecté leur nourrisson? Dans le cas contraire, qu'importerait que la matière écoulée des papules ou des ulcérations des nourrices ne fût pas contagieuse à la manière du pus des chancres, et que l'enfant pût sans inconvénient sucer un mamelon malade? La transmission se ferait d'une autre manière, mais elle se ferait.

Feuilleton.

ESSAI SUR LA DÉTERMINATION ET LES CARACTÈRES DES PÉRIODES DE L'HISTOIRE DE LA MÉDECINE.

Par le docteur CH. DAREMBERG.

(Suite et fin. — Voir les nos 41, 44 et 45.)

Jusqu'ici je n'ai accompli que la moitié de ma tâche; il ne suffit pas en effet de détruire, il faut encore édifier; après la partie critique doit nécessairement venir la partie dogmatique; je vais donc, dans cette dernière partie, essayer de poser des bases que je crois nouvelles pour l'établissement des périodes de l'histoire de la médecine, et j'aurai atteint le but, si l'on trouve que j'ai su échapper à quelques-uns des reproches les plus sérieux que j'ai dû faire aux classifications de mes devanciers.

Étudiées une à une, ou prises en masse, aucune de ces classifications ne me paraît satisfaire aux exigences de la critique historique, aucune ne fait ressortir sous son véritable jour cette vérité, à mon avis incontestable, que la science marche comme l'humanité, que toutes deux se proposent une fin, qu'elles ont toutes deux leur état embryonnaire, leur enfance, leur jeunesse et leur virilité, mais que la vieillesse n'est qu'apparente, puisque le progrès est incessant et qu'il n'y a jamais eu qu'un simple déplacement du flambeau. On voit bien, il est vrai, des oscillations très-sensibles, des pertes partielles, chez certains peuples, par exemple, où la vie semble immobilisée et pour ainsi dire stéréotypée; mais en dernière analyse, quand on considère les choses de haut et dans leur ensemble, le résultat final se résume par ce mot, *progrès* (1).

Du reste, ce sont précisément ces acquisitions et ces pertes successives qui rendent l'histoire indispensable pour la constatation dogmatique et pratique de la médecine, et qui élèvent l'historien au-dessus des préoccupations exclusives du moment actuel. Il en résulte également que l'histoire devient le critérium même de l'histoire et le juge impartial des faits qui se sont produits ou des dogmes qui ont régné; car il serait impossible, mais surtout injuste et radicalement faux,

(1) M. Ampère (*) a dit excellemment: « On doit envisager le perfectionnement humain dans son ensemble, et non pas le faire porter sur telle ou telle faculté de la nature humaine; il est trop clair que, pour gagner d'un côté, il faut se résigner à perdre de l'autre: si on gagne plus qu'on ne perd, il y a perfectionnement.» — C'est ainsi qu'en médecine, l'idée de *malade* et de *maladie*, en un mot que la notion de l'*ensemble* a presque disparu devant la recherche des *états organo-pathologiques*, en d'autres termes, devant la science des détails. Le jour où ces deux conceptions, du général et du particulier, je veux dire des maladies et de la maladie, seront unies par une science sévère et exacte, le progrès aura sur ce point atteint son summum.

(*) QUELQUES PRINCIPES SUR L'HISTOIRE COMPARÉE DES LANGUES, dans *Littérature et Voyages*, t. I, p. 308.

et c'est tout ce qu'il s'agit d'établir. L'argument tiré du caractère consécutif et secondaire de l'état syphilitique transmis tomberait ainsi de lui-même. Ce caractère ne pourrait plus servir qu'à faire comprendre pourquoi la transmission est moins facile et moins fréquente que ne l'est celle des accidents primitifs; ce qui n'est pas, d'ailleurs, de première importance dans la question.

Nous comprenons bien qu'au-dessus de ces considérations domine le point de fait. Existe-t-il, oui ou non, des observations de transmission de la syphilis secondaire de la nourrice à l'enfant ou de l'enfant à la nourrice? On en a cité d'assez nombreux exemples, et parmi ceux qui concernent les nourrices, il en est plusieurs qui offraient précisément cette condition, rappelée plus haut, d'une absence complète de lésions extérieures. M. Cullerier récuse ces faits en masse ; il leur reproche un défaut de précision ou d'authenticité, et croit fermement que, dans tous les cas où la transmission a été positive, elle avait eu pour agent une lésion primitive, un chancre, un écoulement blennorrhagique. Puis il cite un certain nombre d'observations dans lesquelles on voit, d'une part, des enfants sains teter impunément des nourrices atteintes de pustules, de lichens, de plaques muqueuses envahissant ou non le mamelon; et, de l'autre, des nourrices saines allaiter sans inconvénient des enfants porteurs de plaques muqueuses aux lèvres, sur la langue, et d'autres signes d'infection syphilitique. Nous n'avons qu'une remarque à présenter. Outre qu'il est douteux pour nous que M. Cullerier ait réussi à ébranler la confiance accordée jusqu'ici aux observations qu'il a contrôlées, il n'apporte en définitive, dans la question, qu'un petit nombre de faits négatifs. Nous comprenons bien que, n'accordant pas la transmissibilité, il n'a pas de faits positifs à présenter; mais les quelques observations négatives qui lui sont propres peuvent-elles suffire à persuader qu'il n'y en a ni ne peut y en avoir d'autres? Voilà ce qu'on ne saurait accorder. S'il doit être un jour établi que la syphilis secondaire ne peut se transmettre, ce ne sera qu'après une série très-nombreuse d'expériences; car s'il suffit d'une observation pour affirmer la possibilité d'un fait, il en faut une longue série, là où le raisonnement n'est d'aucun secours, pour en établir l'impossibilité ; et encore le mot *impossibilité* est-il ici trop ambitieux; c'est la *non-existence* qu'il faudrait dire.

— M. Aran a lu aussi un intéressant travail sur l'emploi local des anesthésiques, spécialement de la *liqueur des Hollandais*, dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu. Ce n'est, paraît-il, qu'un specimen de recherches thérapeutiques plus étendues dont nous aurons sans doute un jour à nous occuper.

PHYSIOLOGIE.

RECHERCHES SUR LES GLOBULES BLANCS DU SANG (mémoire lu à la Société de biologie); par M. le docteur DAVAINE.

Les anatomistes et les physiologistes qui se sont occupés de l'étude des globules sanguins chez l'homme, en ont distingué trois espèces :

Les globules rouges, les globulins et les globules blancs.

Je me propose aujourd'hui d'appeler l'attention des membres de la Société sur un phénomène très-curieux et non indiqué, que présentent les globules blancs, lorsqu'on soumet à l'inspection microscopique une gouttelette de sang prise sur l'homme vivant.

On a déjà remarqué que lorsqu'on place une gouttelette de sang frais entre deux lames de verre, le globule blanc ne tarde pas à se fixer; il résiste au courant qui se manifeste en ce moment dans le liquide, et se reconnaît en général très-facilement aux îlots de globules rouges qui se forment autour de lui. On peut le reconnaître, en outre, aux caractères suivants : il est incolore, sphéroïde, irrégulier, granuleux, sans noyau central, mais offrant un ou plusieurs points distincts par leur plus grande transparence; enfin, il est plus volumineux que le globule rouge. Après un certain temps, lorsque le sang contenu entre les lamelles de verre s'est répandu uniformément et que le mouvement du liquide s'est apaisé, commence le phénomène que je me suis proposé de décrire.

Le globule blanc perd sa forme arrondie; d'un point de sa circonférence s'avance très-lentement une expansion plus transparente que la masse du globule, qui devient ainsi ovalaire, ou quadrilatère, ou irrégulier, suivant la forme de l'expansion produite; bientôt après, il se montre sur un autre point une nouvelle expansion qui amène une nouvelle forme du globule, soit que l'expansion première rentre dans la masse primitive, soit qu'elle reste étalée au dehors. De nouvelles expansions continuant à se produire, en même temps que des retraits s'opèrent sur d'autres points de la circonférence du globule, donnent incessamment à ce corpuscule un aspect nouveau et différent des précédents. Ces expansions et ces retraits se produisent avec une grande lenteur; il faut beaucoup d'attention pour en suivre le développement, mais les variations qu'elles déterminent dans la forme du globule blanc sont très-faciles à constater, si on l'examine à de courts intervalles.

Pendant que l'on remarque ces changements dans la conformation extérieure du globule, on peut en constater aussi dans son intérieur; ainsi, certains points deviennent plus ou moins transparents ou cessent de l'être; sur plusieurs corpuscules j'ai pu constater un, quelquefois deux points plus clairs, semblables, en apparence, à des vacuoles, qui ne disparaissaient jamais complétement et qui, par les transformations successives de la masse, en occupaient tantôt un point central, tantôt un point quelconque de la circonférence.

J'ai pu suivre sur un globule, dans l'espace d'une demi-heure, une vingtaine de changements de forme. Toutes les fois qu'une forme a persisté pendant plus de cinq minutes, c'était la dernière.

De tous les micrographes, M. Donné me paraît être celui qui a étudié avec le plus de soin les globules blancs, et il en a donné dans son atlas plusieurs figures très-exactes. Plusieurs de ces globules sont représentés avec des formes différentes, mais M. Donné ne dit nulle part que ces globules peuvent prendre un grand nombre de formes différentes et successives dans un court espace de temps, ainsi que je crois l'avoir constaté le premier.

Ces variations des globules blancs frappent d'autant plus l'observateur que les globules rouges dont ils sont entourés conservent leur apparence primitive pendant longtemps, lorsqu'on ne les déforme point par la compression ou par l'addition de l'eau ou de quelque autre substance qui les altère; les changements de forme des globules blancs sont, dis-je, si remarquables et se succèdent en nombre si considérable que l'idée de mouvements spontanés dans ces corpuscules se présente à l'esprit. D'abord, il

---

d'apprécier les uns et les autres par les seules lumières de la médecine actuelle, puisqu'elle voudrait ne tenir presque aucun compte des éléments qui lui ont été fournis par la science antérieure. Il faut donc établir un contrôle réciproque entre le passé et le présent, en tâchant d'y joindre l'observation directe de la nature comme le suprême moyen de vérification.

Le soleil qui semble coucher pour un monde et lever pour un autre est l'image la plus vraie de la science; les peuples passent, la science reste comme leur impérissable héritage (1). Tout a commencé par d'obscures et fantastiques origines, mais on ne sait comment tout finira, et s'il y aura une ligne de décroissance répondant à la ligne ascensionnelle. Nous devons, dans de pareilles questions, nous en tenir au point de vue purement empirique et constater seulement ce fait : la science a commencé, elle a marché, elle a eu des moments d'arrêt, elle a repris sa marche et elle la continue; elle n'a pas vieilli, vieillira-t-elle? Sur ce point, l'induction ne peut, à mon avis, rien apprendre. J'ajouterai seulement que, pour les sciences naturelles, je n'ai pas plus de raison de croire au *progrès infini* que pour les sciences morales ou politiques.

Ainsi que je l'ai dit plus haut, la science, comme l'humanité, tend vers un but; elles ne le poursuivent pas toujours de la même manière, et les étapes de l'une, si je puis me servir de cette expression, ne correspondent pas toujours aux étapes de l'autre. Toutefois, la loi qui les gouverne est identique.

(1) L'Italie a reçu de la Grèce la science, qui s'y est longtemps perpétuée comme dans son foyer; maintenant les Grecs et les Italiens sont à peu près réduits, surtout les premiers, à traduire nos livres ou à les imiter.

Si on admet que le but de l'humanité, au point de vue politique, consiste dans la constitution du *pouvoir* et de la *liberté*, il sera facile de marquer les trois grandes périodes de l'histoire : *droit ancien* ou *de l'esclavage*; *droit féodal* ou *des minorités*; *droit moderne* ou *constitutionnel*, ou *des majorités*. Pour la science, dans la période purement ancienne, l'esprit est enchaîné par des théories *à priori* qui semblent entraver ou du moins voiler les manifestations de la nature. Au moyen-âge, il y a un état mixte qui repose en principe sur la science antique et qui cependant laisse percer un certain esprit d'examen. L'émancipation ne commence réellement qu'avec la méthode expérimentale ou l'époque moderne.

Les époques de l'histoire littéraire ne sauraient être assimilées à celles de l'histoire et de la science. La première est plutôt en rapport avec la marche particulière d'un peuple qu'avec celle de l'humanité tout entière; ses manifestations sont plus spontanées, elle arrive plus vite à la réalisation du type qui est le beau, puisque cette réalisation dépend en définitive des seules forces de l'esprit. Dans la science, il y a une tradition constante, aussi bien dans les textes que dans la reproduction des faits; mais en littérature, il n'en est pas ainsi : le fil se rompt et se renoue d'une façon irrégulière; je dirais presque que tout est abandonné aux caprices et à la spontanéité du génie. Ainsi, à l'origine de la société grecque, vous trouvez un Homère, et il faut attendre longtemps pour rencontrer un Hippocrate; en plein moyen âge, à côté de poëtes qui écrivent dans un latin barbare, vous avez des poëmes nationaux comparables à ceux d'Homère.

Les historiens de la médecine ne tiennent pas assez compte de ce fait capital,

est impossible de les attribuer à une dessiccation progressive de ces petits corps, puisque ces changements de forme ont lieu lorsque les globules blancs sont baignés par une légère couche de sérum, et pendant que les globules rouges nagent et circulent dans la gouttelette de sang en observation ; on ne peut pas davantage regarder ces variations de forme comme des déchirures ou des éraillements, puisqu'on voit les petites expansions revenir sur elles-mêmes. A ces raisons, j'ajouterai qu'on a plusieurs fois constaté, et je l'ai constaté moi-même en étudiant sur la grenouille le mouvement des globules sanguins dans les vaisseaux, que les globules blancs restent souvent immobiles et comme adhérents aux parois de ces vaisseaux pendant que les globules rouges, beaucoup plus nombreux, suivent le torrent de la circulation; or je me suis assuré que ces globules blancs, ainsi fixés sur les parois des vaisseaux, présentent des changements de forme analogues à ceux qu'ils offrent dans une gouttelette de sang placée sur une lame de verre.

En définitive, il paraît donc prouvé que ces variations dans la forme des corpuscules blancs du sang ne peuvent être attribuées à un phénomène d'altération, et si l'on voulait leur donner une interprétation, on ne pourrait guère les comparer qu'à celles de certains animaux infusoires, protées ou amibes, par exemple. — C'est, du reste, une question que je n'aborderai pas aujourd'hui; pour le moment, je me bornerai seulement à signaler un fait digne de l'attention des physiologistes, à savoir : la propriété remarquable qu'ont les globules blancs du sang (1) de prendre des formes très-variées et successives.

Je dois ajouter que ce n'est pas seulement chez l'homme que les globules blancs présentent ces changements de forme; je les ai observés encore dans plusieurs individus appartenant à chacune des autres classes des vertébrés; je ferai remarquer, en outre, qu'ayant étudié le sang d'un assez grand nombre d'animaux invertébrés et qu'ayant constaté dans les corpuscules qu'on y rencontre des caractères et des variations de forme analogues à ceux que j'ai signalés précédemment, je suis porté à conclure que les globules blancs de l'homme et des animaux vertébrés doivent être rapprochés des corpuscules du sang des animaux inférieurs.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

NOUVELLES REMARQUES SUR L'EMPLOI DES PRÉPARATIONS ARSENICALES DANS LE TRAITEMENT DES FIÈVRES PALUDÉENNES ; par M. FÉLIX JACQUOT, médecin en chef de l'hôpital militaire de Civita-Vecchia.

Dans le n° 42 de la GAZETTE MÉDICALE il s'est glissé, par suite de transposition, deux erreurs de chiffres qu'il est indispensable de rétablir, parce que ces chiffres formulant en bloc tous nos résultats, il en résulte que ceux-ci sont entièrement dénaturés.

Il est dit : l'arsenic (de 0,01 à 0,10) avec et sans vomitifs, a coupé net la fièvre, c'est-à-dire a conjuré le premier accès 13 fois 50 pour 100. Le sulfate de quinine (de 0,25 à 1,5), avec ou sans vomitifs, 88 fois pour 100. — Rétablissons ainsi : l'arsenic 13,88, la quinine 50,00.

Ces chiffres sont extraits d'un mémoire, accompagné de 282 observations, adressé par nous au conseil de santé des armées, et dont il serait indiscret de faire connaître aujourd'hui les conclusions *in extenso*. Mais nous nous croyons tenu, dans le double intérêt du malade et de l'expérimentateur, de toucher quelques mots des accidents qui se sont présentés dans notre pratique.

M. Maillet déclare que « les accidents primitifs déterminés par l'acide arsénieux ne lui paraissent pas avoir la moindre importance. » Voici les faits sur lesquels se base notre ancien et honorable maître.

L'arsenic est employé dans.	77 cas
Soif, vomissements, nausées	12
Douleurs et embarras gastrique	8
Coliques et diarrhée	4
Gastro-entérite	1
	25 ou 32 p. 100

La conclusion nous semble trop favorable.

M. Champouillon, sur 26 malades auxquels il administrait l'arsenic à dose quotidienne de 1 à 4 centigrammes, a observé :

Soif et nausées	4
Vomissements, coliques, diarrhée.	8
Convulsions et vomissements	1
Gastro-entérite très-grave, érythème général.	1
Arthrite interne de toutes les articulations. .	1
	15 ou 58 p. 100

Sur 72 individus soumis à l'arsenic ; nous avons noté :

Accidents généraux	6
Accidents locaux.	21
Accidents locaux douteux.	4
	31 ou 43 p. 100

Nous ne faisons figurer que pour *un* les accidents qui se sont plusieurs fois répétés chez le même individu pendant le cours du traitement.

M. Pasquier, à Rome, a été obligé de renoncer à l'arsenic (0,03) parce que presque tous les malades avaient des nausées et bon nombre des vomissements.

Le fait sur lequel nous croyons de notre devoir d'appeler l'attention, et qui ressort clairement de notre pratique, est celui-ci : des accidents généraux peuvent se déclarer alors que l'estomac tolère le médicament. La tolérance gastro-intestinale ou locale et la tolérance générale sont donc quelquefois indépendantes ; la première n'implique pas la seconde. Il faut donc que le médecin ne s'endorme pas dans la sécurité, par cela que l'estomac n'a pas été impressionné par l'arsenic. Cette remarque pratique nous semble fort importante.

Les accidents généraux que nous avons observés n'ont été que des intoxications sans gravité et passagères. Dans un cas seulement, que nous allons faire connaître, ils ont été alarmants et plus durables. Ces symptômes d-

(1) J'ai constaté sur un jeune chien que les corpuscules de la lymphe présentent des variations de forme analogues à celles que j'ai observées dans les globules blancs du sang.

à savoir, que l'histoire de la médecine doit d'abord être divisée en deux grandes périodes : 1° la médecine ancienne, qui commence, par les monuments du moins, à Hippocrate, et dont l'empire n'est sérieusement ébranlé que par la découverte de la circulation du sang ; 2° la période moderne.

Dans la période ancienne, la médecine, constituée scientifiquement dans son ensemble, sinon dans ses détails, par Hippocrate, traverse plusieurs siècles au milieu de luttes intérieures, voit surgir tour à tour de son sein des sectes, des systèmes inconnus à son fondateur, et vient enfin recevoir des mains de Galien une constitution si solide qu'il lui fallut près de quinze siècles pour être entamée. Voilà, si je ne me trompe, un ensemble assez imposant, assez complet pour qu'il ne soit pas méconnu.

Pour trouver une base solide et uniforme pouvant servir de règle commune à la formation des époques en lesquelles se divise cette grande période, il m'a semblé que le seul moyen était de considérer d'abord la médecine antique comme ayant un développement organique marqué par des phases successives et caractéristiques correspondant dans de certaines limites au développement d'un être vivant ; cette manière d'envisager l'histoire de la médecine, loin d'être réprouvée par les faits, en est une conséquence naturelle. Du reste, les périodes principales en lesquelles on divise l'histoire d'une science, doivent, comme je l'ai déjà dit, présenter le résumé le plus général des faits et des conceptions, et en embrasser la grande majorité. Ces caractères ne sauraient mieux se rencontrer dans une classification, que si elle procède de l'idée du développement même de la médecine ; en d'autres termes, si cette classification ne perd jamais de vue la manière dont le triple problème *de la nature de la maladie, de la puissance des médicaments* et *des lois de la vie*, a été posé et résolu dans la suite des siècles. C'est là le trépied sur lequel repose toute la science ; c'est de la diversité que reçoit la solution de ce triple problème qu'elle tire ses modifications les plus radicales, et par conséquent les plus essentielles.

J'ai donc fait abstraction des doctrines, des théories, des systèmes, des hommes, enfin des sciences parallèles et de l'histoire politique, sinon pour limiter, au moins pour constituer mes périodes, et voici celles auxquelles j'ai cru pouvoir m'arrêter.

PREMIÈRE ÉPOQUE : *Primitive, mythique ou théologique.* — Les dieux viennent au secours des hommes. La mythologie se retrouve au berceau de la médecine, comme à celui de toutes nos connaissances. L'expérimentation la plus grossière fournit les premiers rudiments et les premiers éléments de la médecine qui commence sans conscience d'elle-même.

DEUXIÈME ÉPOQUE : *De préparation ou d'éducation philosophique.* — Les premières bases scientifiques sont posées par un naturisme *à priori* ; la *physiologie*, ou si l'on aime mieux, *l'histoire naturelle*, conçue à la façon du temps, remplace la médecine proprement dite ; mais on voit aussi apparaître à cette époque l'histoire des médecins dans la véritable acception du mot.

TROISIÈME ÉPOQUE : *Réunion des éléments épars* (faits et doctrines) ; *systématisation scientifique et pratique, eu égard aux principes fondamentaux* (théorie de la maladie, des médicaments et de la vie). Alors fleurissent les écoles de la grande Grèce, de Cnide, de Rhodes et de Cos, laquelle absorbe les autres, et dont le chef domine toute cette époque et fait oublier presque tout ce qui l'a précédée.

notent évidemment l'action sédative, hyposthénisante de l'arsenic. Un brisement fort remarquable des forces nous paraît être le premier phénomène de l'intoxication par des doses modérées.

L'observation dont voici l'extrait est remarquable en cela qu'une première dose d'arsenic à 0,01 a suffi pour intoxiquer le sujet.

Obs. — C..., caporal au 66e de ligne. Fièvre ancienne; peu d'efficacité du sulfate de quinine; les périodes apyrétiques sont très-courtes. Le sujet est affaibli, mais il se lève plusieurs beures par jour. Récidive; l'accès est léger. (Presc. : Potion avec ipécacuanba 1,0 et tartre stibié 0,1; vin de cannelle composé avec arsenic 0,01.)

Malaise, inquiétude, agitation, spasmes, brisement complet des forces. Des contractions fibrillaires, vermiculaires, douloureuses, parcourent les bras, qui, dans certains moments, sont pris d'un spasme plus violent qui imprime des mouvements involontaires de pronation et de supination. Le pouls, à peu près normal pour la force de l'impulsion, ne bat plus que cinquante fois à la minute. L'intelligence est des plus lucides, la peau fraîche, le faciès non altéré, si ce n'est qu'un peu d'inquiétude s'y peint. Le malade n'a jamais rien éprouvé de semblable; il s'alarme beaucoup.

Le soir, tous ces phénomènes se calment très-notablement, mais les forces demeurent anéanties.

A l'heure de son accès, le malade ressent des frissons; les trois stades passent presque inaperçus au milieu des autres désordres. Les accidents de l'intoxication ont commencé avant l'accès. Il n'est pas possible de rejeter les phénomènes observés sur cet accès; les différences de temps, l'indépendance symptomatique de l'accès, la spécialité des accidents dus au toxique, s'opposent formellement à cette interprétation.

Ce fait est exceptionnel; c'est la seule fois que nous ayons vu un centigramme produire de pareils symptômes. Bien souvent, à l'hôpital du Roule, à Paris, nous avons suivi des sujets auxquels notre honorable chef, M. Boudin, administrait d'emblée 0,06 d'arsenic; jamais rien de semblable ne s'est présenté. Mais, quelqu'exceptionnel qu'il soit, ce fait n'en doit pas moins être soigneusement enregistré et commander la prudence dans le dosage de l'arsenic.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS DES DÉPARTEMENTS.

(Suite.)

III. REVUE THÉRAPEUTIQUE DU MIDI.

Les numéros d'avril, mai et juin 1850 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *De l'emploi de l'arsenic (acide arsénieux) dans le traitement des fièvres intermittentes*; par M. F. (Non terminé.) 2° *Du chlorure de sodium dans les ophthalmies rebelles avec ulcération*; par M. Benoit. (Faits confirmatifs de ceux annoncés par M. Tavignot.) 3° *Des principales écoles chirurgicales modernes*; par M. Estor. 4° *Maladies régnantes*; par M. Girbal. 5° *Fièvre ataxo-adynamique guérie par les toniques*; par M. Artaud. 6° *Epidémie de petite vérole confluente dans quelques cantons des Basses-Pyrénées et des Landes*; par M. Lafite. 7° *Des affections morales et des passions considérées comme moyen thérapeutique*; par M. Ribes. (Non terminé.) 8° *Ostéosarcôme du maxillaire inférieur*; par M. Barthés. (Extirpation d'une tumeur adhérente au maxillaire; résection d'une partie seulement de l'épaisseur de l'os; guérison.) 9° *Phthisie pulmonaire nerveuse*; par M. Artaud. 10° *Réflexions et observations sur l'opportunité de l'opération de la cataracte monoele*; par M. Cade. 11° *Du rhumatisme articulaire aigu, à l'occasion de la discussion qui vient d'avoir lieu à l'Académie de médecine de Paris*; par M. Fuster. 12° *Péritonite terminée par un abcès ouvert heureusement dans l'intestin*; par M. Artaud.

FIÈVRE ATAXO-ADYNAMIQUE GUÉRIE PAR LES TONIQUES; par le docteur ARTAUD.

Ce qui rend l'observation de M. Artaud intéressante à nos yeux comme aux siens, ce n'est pas la guérison d'une fièvre ataxo-adynamique sous l'influence de moyens toniques; — trop d'exemples de ce genre sont déposés dans les annales de la science; — c'est le contraste de l'efficacité si rapide de cette médication et des pernicieux effets de la médication antérieurement suivie. Il serait difficile de rencontrer un fait plus propre à mettre en relief le danger de la méthode débilitante, des évacuations sanguines surtout, dans le traitement de la fièvre ataxique. L'auteur prend de là aussi occasion d'insister sur les tristes conséquences pratiques des doctrines qui ne savent voir et attaquer le mal que dans les localisations morbides, alors que les localisations, bien souvent fonctionnelles quand on les croit anatomiques, ne sont d'ailleurs que l'effet secondaire d'un état morbide général. Nous souscrivons pleinement sur ce point aux remarques dont le rédacteur en chef de la REVUE THÉRAPEUTIQUE a fait suivre l'observation; et il faut reconnaître qu'elles sont assez motivées par le singulier choix de moyens adopté par le praticien auquel a succédé M. Artaud. Nous aimons à croire néanmoins que, dans le midi surtout, la pratique n'a pas souvent de tels écarts.

L'observation a trait à un jeune homme de 19 ans, que M. Artaud trouva, au neuvième jour de la maladie, avec les symptômes suivants. Résolution des membres. Rien à l'auscultation des poumons et du cœur. Pouls petit très-faible, vermiculaire. Langue tremblotante. Pas de symptômes particuliers du côté de l'estomac et des intestins (on ne paraît pas avoir recherché le gargouillement iliaque ni les taches lenticulaires). Le ventre n'était pas ballonné. Facies caractéristique de la fièvre typhoïde. Peau terreuse. Délire, redoublant la nuit. Un médecin appelé le troisième jour avait pratiqué une saignée assez abondante qui fut mal supportée. Le sujet fut tenu à une diète sévère. Le délire commença le sixième jour. Le neuvième et le huitième jour, on donna le sulfate de quinine. Le délire était devenu plus intense. Enfin, le neuvième jour au matin, on avait ordonné des sangsues derrière les oreilles, un vésicatoire au bras et des bains de pieds. M. Artaud, venu peu de temps après, s'opposa à l'application de ces moyens, et prescrivit des frictions vineuses sur le ventre, du bouillon mêlé avec du vin et des lavements avec la décoction du quinquina. Le malade recouvra son intelligence quatre beures après, et le lendemain, quoique très-faible, il se levait après avoir passé une nuit des plus calmes. Sept à huit jours ont suffi pour rétablir la santé.

S'agissait-il ici d'une *fièvre typhoïde* dans le sens où l'ont entendu les créateurs mêmes du mot? Ce qu'on a appelé le *caractère anatomique* de la maladie, le gonflement des plaques de Peyer, existait-il? L'absence de tout

---

QUATRIÈME ÉPOQUE : *Développement excentrique de la science; esprit de critique et de lutte.* — Le foyer scientifique se déplace et prend une activité nouvelle. La médecine, avec presque toutes les autres branches des connaissances humaines, passe de Grèce à Alexandrie, pour s'y développer dans une direction toute particulière. Il y a un travail intérieur qui pousse les recherches pour ainsi dire du dedans au dehors; tous les problèmes sont agités; les deux grandes écoles se dessinent : *rationalisme* et *empirisme*; le rationalisme se manifeste par des théories et des sectes qui s'entrechoquent : *l'idée du général*, posée par Hippocrate, arrive avec les élèves de Cos et se trouve en lutte avec *l'idée du particulier*, importée par les élèves de Cnide. C'est tout ensemble une époque *critique* dans le sens rationnel, et de *crise* dans le sens physiologique. En un mot, cette période se caractérise éminemment par la diversité, par le développement de tous les principes posés antécédemment par l'intromission d'éléments nouveaux et par l'étude de toutes les questions de détail.

CINQUIÈME ÉPOQUE : *Constitution définitive de la médecine antique.* — Galien joue, par rapport à la période qui la précède, le rôle d'Hippocrate pour la seconde époque de la science en Occident.

SIXIÈME ÉPOQUE : *Conservation, dissémination et en même temps préparation à la grande réforme moderne.*

Pour être bien comprise, cette sixième période doit être divisée en trois périodes secondaires :

1° *Conservation active* : Grecs (par exemple, Philagrius, Antyllus, Alexandre de Tralles, Oribase, etc.); Latins (Cœlius Aurelianus, Theodorus Priscianus, etc.).

2° *Transmission pure et parasitisme* : L'héritage des Grecs se partage ici en : Grecs du Bas-Empire; Latins; Arabes et Juifs; Galénistes. — En Occident, les Arabes et les Juifs restent maîtres du terrain pendant plus d'un siècle; vers 350, les Galénistes pors commencent à contre-balancer leur autorité, et finissent par marcher de pair avec eux jusqu'à la Renaissance, où ils ont le dessus.

3° *La Renaissance* forme la troisième période de la sixième époque.

Un peu avant la Renaissance, et à cette époque, on commence à envisager autrement qu'on ne l'avait fait la trinité médicale : *maladie, médicaments et vie*; des germes nouveaux se préparent et vont aider, sinon immédiatement, au moins médiatement, à l'émancipation de l'esprit moderne.

SEPTIÈME ÉPOQUE : *Moderne ou réformatrice.* — De l'union des idées anciennes, des faits déjà constatés et des nouvelles acquisitions théoriques ou expérimentales va sortir la médecine actuelle.

Cette septième période est trop compliquée, présente des centres d'activité trop divers, voit surgir trop de systèmes, compte trop d'hommes éminents pour que j'essaye d'en tracer ici les nombreuses subdivisions. Peut-être essayerai-je un jour de remplir cette pénible tâche, si mes travaux me permettent de traverser le seizième siècle et d'arriver au pied du dix-septième.

J'avais d'abord admis une seule époque avant Hippocrate; des études ultérieures m'ont amené à en reconnaître deux bien distinctes. La première doit s'appeler *mythique* ou *théologique*. Homère est le principal historien de cette époque; il nous montre la médecine entre les mains des dieux ou de leurs descendants en qualité de héros. Les origines mythologiques communes à toutes les

désordre fonctionnel du côté des voies digestives et la rapidité extrême de la guérison nous portent à en douter. Peut-être avait-on affaire à une de ces fièvres que les Anglais appellent le *typhus fever*, et dans lesquelles, comme on sait, les follicules intestinaux restent exempts d'altération. C'est là, du reste, une remarque qui ne change rien, ni à l'intérêt, ni à la signification thérapeutique de l'observation.

ÉPIDÉMIE DE PETITE-VÉROLE CONFLUENTE DANS QUELQUES CANTONS DES BASSES-PYRÉNÉES ET DES LANDES ; par le docteur LÉONARD LAFITE.

A l'histoire très-succinctement tracée de cette épidémie, qui n'a pas d'ailleurs présenté de circonstances bien dignes de remarque, nous emprunterons seulement l'exposé général des résultats obtenus par la vaccination. L'auteur n'a cessé, dit-il, « d'inoculer la vaccine à tout le monde, sans distinction d'âge, de sexe, de saison ; » et ses expériences apportent de nouveaux documents à deux questions distinctes, à savoir, la question des *revaccinations*, et celle *des effets préservatifs de la vaccine*.

M. Lafite a vacciné, pour la seconde et la troisième fois, des personnes qui l'avaient été *depuis peu de temps*. Il n'ajoute pas que ç'a été avec succès ; mais on doit l'induire de l'ensemble du passage. Il a aussi obtenu des boutons chez des individus qui portaient depuis quarante ans des cicatrices très-nombreuses de petite vérole ; et parmi eux des sexagénaires et des septuagénaires. Quelquefois une première, une seconde inoculation n'ayant pas réussi, une troisième donnait des résultats positifs. Quelques personnes furent soumises infructueusement, pendant le règne de l'épidémie, à une seconde vaccine ; peu de temps après, elles eurent quelques boutons varioleux. Des enfants âgés de 8 à 14 mois ont été vaccinés, et, bien qu'allaités par leur mère atteinte de petite vérole, ils n'ont ressenti aucune influence de l'épidémie. Chose digne de considération, beaucoup de sujets qui avaient été vaccinés tout récemment, et d'autres qui ne l'avaient été que depuis longues années, ont éprouvé tous les symptômes de la première période. Dans certaines familles, des individus vaccinés avec succès ont échappé à l'épidémie, tandis que leurs frères et sœurs, moins dociles, ont été victimes de leur obstination.

Ces renseignements un peu vagues, comme on l'aura remarqué, viennent à l'appui de l'opinion favorable aux revaccinations et à celle qui attribue au vaccin une influence préservatrice très-rapide. On a vu en effet que, la vaccination, au sein même de l'épidémie, ayant été pratiquée seulement chez quelques membres d'une même famille, ceux-là seuls qui s'y étaient soumis ont échappé à l'influence épidémique. L'auteur ne parle pas de vaccinations pratiquées *au début de la variole*, et ne fournit conséquemment aucun élément à la question si intéressante de l'influence de la vaccine sur la variole, et de la variole sur la vaccine, question que la GAZETTE MÉDICALE a eu l'occasion d'aborder plusieurs fois.

PHTHISIE PULMONAIRE NERVEUSE ; par le docteur ARTAUD.

Le but que s'était proposé M. Artaud en publiant l'observation dont nous nous occupions tout à l'heure est aussi celui auquel il a visé en rapportant celle dont on vient de lire le titre. Il a voulu donner une nouvelle preuve de l'insuffisance du diagnostic anatomique et du danger qu'il y avait à s'y fier trop exclusivement dans le traitement des maladies. On jugera si cette fois l'idée qu'il substitue, comme dans le cas précédent, à celle d'un autre confrère, doit être accueillie sans réserve.

OBS. — Un homme de 30 ans, de taille moyenne, de tempérament nerveux, intrépide à l'ouvrage autant qu'au plaisir, se livre au commerce et continue à travailler beaucoup jusqu'au 10 juin 1849, époque où il commence à éprouver les premiers symptômes de la maladie actuelle. Cette maladie débuta par une gêne de respiration des plus fortes et une toux très-sèche sans expectoration. La nuit du 10 au 11 fut affreuse. Le 11 au matin, le docteur L...., médecin ordinaire de la maison, après avoir examiné la poitrine, jugea à propos de pratiquer une saignée. Il en résulta un grand soulagement ; mais la toux continua, et il survint un picotement très-incommode du gosier. Vers le 20 juillet, la dyspnée se manifeste plus forte que jamais. Une nouvelle saignée fut pratiquée. Le sujet en éprouve un mieux momentané, mais devient sujet à des crises continuelles. Il reste deux mois et demi sans pouvoir se mettre au lit ; il passait les nuits sur un fauteuil. Le traitement consiste en des évacuations sanguines, des loochs et des tisanes adoucissantes. Déjà le docteur L... avait déclaré aux parents que la poitrine était attaquée et qu'il n'y avait de ressources que dans un voyage aux eaux de Cauterets. L'extrême faiblesse mit obstacle au déplacement. D'autres médecins furent consultés, qui tous furent de l'avis du docteur L.... Quelques-uns déclarèrent positivement que le sujet était *poitrinaire*.

Le 24 décembre, l'accès de suffocation fut terrible. Le sujet faisait des efforts inouïs pour respirer, cherchant l'air sans pouvoir le trouver et toussait continuellement. On avait à cette époque saigné quatre fois.

M. Artaud fut appelé le 4 janvier, et voici en quel état se trouvait le patient :

Il avait la face très-maigre et d'une pâleur extrême ; la poitrine surtout paraissait décharnée. Il respirait avec beaucoup de difficulté, et l'on entendait parfaitement à distance un sifflement particulier au haut du larynx. La toux était continuelle et les crachats très-rares. A l'auscultation, on trouvait le bruit d'expiration prolongé ; le murmure respiratoire rude sous la clavicule comme un bruit de parchemin froissé entre les doigts ; de plus, on entendait par places un râle muqueux bien prononcé. Le cœur battait avec force ; le bruit était aussi éclatant que s'il y eut eu une hypertrophie concentrique de ce viscère. Pouls faible, non fébrile. Rien de particulier dans le tube digestif. Anorexie. Cuisson dans le canal au moment de l'émission de l'urine.

En présence de ces symptômes et des antécédents, M. Artaud diagnostiqua une *phthisie nerveuse*, et ordonna le traitement suivant : 1° Décoction de quinquina pour tonifier l'économie ; 2° pilules de Morton pour calmer la toux et agir sur les bronches ; 3° un cautère de chaque côté de la poitrine pour attirer au dehors le mouvement fluxionnaire ; 4° un bon régime, avec un exercice modéré. Sous l'influence de ce traitement, il se manifesta un mieux sensible au bout de quelques jours. Depuis lors (4 mai) tous les bruits que l'on entendait dans la poitrine ont disparu ; l'embonpoint est revenu comme avant la maladie. Le sujet travaille tout le jour, a beaucoup d'appétit et dort parfaitement.

La question principale qui se présente ici est celle de savoir qu'elle était la nature de l'affection. Il est évident que les premiers médecins avaient cru à l'existence d'une phthisie tuberculeuse, comme élément morbide essentiel. M. Artaud a jugé qu'il avait affaire à une variété d'asthme. Nous croyons que sur ce point il avait raison et qu'il s'agissait ici, quel que fût l'état anatomique des viscères du thorax, d'accès de suffocation spasmodique. Mais une erreur de ce genre peut-elle constituer un argument aussi terrible que paraît le croire l'auteur contre les observateurs qui se préoccupent beaucoup de l'état matériel des organes ? Il faudrait pour cela que ces mêmes observateurs niassent l'asthme spasmodique ou essentiel. Or on en compte peu aujourd'hui, à Paris aussi bien qu'à Montpellier, et parmi les plus fermes partisans du diagnostic anatomique, on en compte peu qui soient capables d'une telle exagération. Le malade en question avait donc un asthme, nous l'admettons ; on avait tort, grand tort, de le soumettre à de fréquentes évacuations sanguines ; mais ce tort existe vis-à-vis de toutes

---

sciences et à l'histoire elle-même, se retrouvent à peu près les mêmes chez tous les peuples ; seulement, chez les uns, le développement se poursuit dans un sens scientifique, par une force intérieure qui tient à la fois à la virtualité du peuple et à celle de la science. Chez les autres, la science et l'histoire restent à l'état d'immutabilité et n'arrivent pas à la période réfléchie. En conséquence, pour traiter cette période, il ne suffit pas d'étudier la Grèce, mais tous les peuples à leur naissance ; seulement en Grèce, ce pays dont toute chose découle pour le monde occidental comme d'un fleuve intarissable, la médecine se développe de son germe même, tandis que pour les autres peuples elle attend une influence étrangère.

Dans la SECONDE ÉPOQUE, qu'on peut appeler époque de *formation scientifique*, on trouve trois éléments bien distincts, les écoles philosophiques d'où sortent, au moins en principe, presque toutes les connaissances biologiques de l'antiquité. Bien avant l'inscription de Delphes, l'homme avait senti le besoin de se connaître lui-même, de réagir en quelque sorte sur la nature et de lui arracher ses secrets. En l'absence d'une méthode expérimentale et de connaissances positives, on se mit donc à imaginer de toutes pièces des cosmogonies et à écrire sur la nature de toutes choses en général et sur celle de l'homme en particulier. Tous ces premiers écrits sont intitulés : Περὶ φύσεως (DE LA NATURE).

Les yeux éveillés, pour ainsi dire, aux premiers rayons d'un soleil nouveau, ne pouvaient se rassasier de ce spectacle infini. Dans la première période, les dieux remplissaient le monde et éblouissaient la vue ; dans la seconde où commence la réflexion, l'homme prend peu à peu la place des dieux et se contemple lui-même. Les premiers essais de biologie, ou, pour rester davantage dans les expressions antiques, de *physiologie*, furent sans doute bien imparfaits, puisque la base fondamentale manquait, je veux dire la connaissance de la physique du monde et de celle de l'homme. On n'avait aucune idée des lois fixes de la nature, on ne connaissait que ses caprices. Les principaux dogmes de la physiologie ont été établis *à priori* en dehors de l'observation des phénomènes. On fit violence à la nature, et longtemps elle a dû, pour ainsi dire, se plier à ces exigences des systèmes ; c'est précisément ce qui explique la permanence de doctrines tout à fait erronées. La méthode expérimentale trouve en elle-même les moyens de se réformer ; la méthode *à priori* s'efforce au contraire de plier les faits à ses exigences, et ne cède que devant les démonstrations répétées jusqu'à satiété, et quand l'évidence est devenue, pour ainsi parler, de notoriété publique.

Il est probable que si les premières conceptions physiologiques avaient pu émaner de médecins tels qu'Hippocrate, le vague, l'indécision eussent été moins considérables, et que de prime-saut on fût arrivé à des résultats plus scientifiques. On le voit manifestement par les tentatives mêmes d'Hippocrate sur certaines questions dont il paraît le père, car il ne semble pas que d'autres les aient soulevées avant lui. On est donc en droit de dire, sans crainte de se tromper, que les premières origines de la biologie furent toutes philosophiques et que nous sommes tributaires de la philosophie. Faut-il s'en applaudir ? faut-il au contraire s'en affliger ? — Sans doute il faut s'en applaudir, si on considère que cette origine philosophique ne fut pas sans influence sur la manière dont la médecine se constitua définitivement. Elle revêtit bientôt, entre les mains d'Hippocrate, un caractère d'universalité qu'on ne retrouve guère aussi marqué à une autre époque.

les doctrines de ce temps-ci, y compris la médecine organique qui admet l'asthme et n'implique pas plus qu'un autre l'abus des saignées. — Dire maintenant qu'il s'agissait d'une *phthisie nerveuse*, ce n'est que porter le débat sur un mot.

En second lieu, est-il bien sûr qu'il n'y ait pas eu chez ce sujet de véritables tubercules pulmonaires ? Est-il bien sûr qu'il soit guéri ? L'auteur dit bien que la maladie *semblait tenir à la fois de la phthisie et de l'asthme*; mais la suite du récit et les réflexions qui le précèdent donnent lieu à penser qu'il n'a pas cru à l'existence des tubercules. Or la chose n'est pas indifférente : d'une part, des tubercules pourraient être le point de départ d'accès d'asthme ; puis leur présence constituerait à elle seule une importante indication en même temps qu'elle pèserait beaucoup dans le pronostic. Or, nous avouons n'être pas bien rassurés à cet égard, l'examen physique fait par l'auteur ne nous paraissant pas complet ni même suffisant. La percussion des régions sous-claviculaires eût pu fournir à cet égard des renseignements utiles.

IV. GAZETTE MÉDICALE DE LYON.

Les numéros d'avril, mai et juin 1850 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Hémorrhagie nasale arrêtée par un nouveau procédé*; par M. Diday. 2° *Du meilleur système à suivre pour la construction et l'assainissement des égouts de la ville de Lyon*; par M. Bourland. 3° *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Lyon; service de M. Brachet*; par M. Philipeaux. 4° *De la luxation et du déplacement du cristallin par une cause traumatique*; par M. Rivaud-Landrau. 5° *Note sur le citrate neutre de soude*; par M. Potton. 6° *Observation d'un cas singulier de chorée*; par M. Girin. 7° *Clinique chirurgicale de l'hospice de la Charité*; par M. Bouchacourt. 8° *Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu*; par M. Barrier. 9° *Fracture du crâne avec enfoncement du fragment, sans troubles cérébraux, et guérie sans opération*; par M. Desgranges. 10° *Observation de colique de plomb produite par l'usage d'un vin falsifié*; par M. Gérard. 11° *Des accidents causés par l'abus des vésicatoires, particulièrement de leur action sur les glandes salivaires*; par M. Leriche.

HÉMORRHAGIE NASALE ARRÊTÉE PAR UN NOUVEAU PROCÉDÉ ; par M. DIDAY.

Le procédé mis en usage par M. Diday n'est pas autre chose que l'emploi de la vessie dite *à tamponnement*, de M. Gariel. Voici comment il l'appliqua, le 2 avril 1850, chez un malade qui avait une épistaxis des plus abondantes, et incoercible par tous les moyens ordinaires.

Prenant une petite vessie en caoutchouc vulcanisé, il la roula d'abord sur elle, selon sa longueur, de manière à lui donner la forme d'un cylindre fort ténu. Il l'huila, puis la saisit entre les deux mors d'une pince à pansement, et la porta ainsi, par la fosse nasale saignante, jusque dans le pharynx.

Une fois arrivé là, il la distendit en soufflant avec la bouche dans le long tube qui la termine. Il fut aisé de reconnaître qu'elle était suffisamment gonflée en voyant qu'elle ne cédait pas quand on tirait sur le tube comme pour la faire ressortir.

L'ouverture postérieure de la cavité à tamponner étant ainsi oblitérée, un nœud fait au bout du tube retint l'air en place.

Pour fermer à son tour l'orifice antérieur de la fosse nasale, M. Diday exerça une forte traction sur le tube en caoutchouc, de manière à l'allonger d'une quantité assez considérable. Puis (sans cesser de le tenir tiré) il fit, avec la portion du tube *qui émergeait immédiatement* de la narine, un nœud simple. Mais avant de le serrer entièrement, il mit dans ce nœud un bourdonnet de charpie auquel il donna la forme conique et assez de grosseur pour qu'il pût boucher la narine.

Il n'eut plus, à ce moment, qu'à lâcher le tube jusqu'alors maintenu tiré. Son élasticité le faisant aussitôt revenir sur lui-même, un double effet s'ensuivit instantanément et spontanément. D'une part, la vessie gonflée d'air vint s'appliquer fortement d'arrière en avant contre l'ouverture pharangienne de la fosse nasale ; de l'autre, le bourdonnet de charpie s'engagea non moins fortement, d'avant en arrière, dans la narine. Enfin, ces deux agents de pression en sens inverse, qui constituaient le tamponnement, se trouvèrent, par le seul effet de l'élasticité du tube, ainsi utilisée, maintenus fixement en place, et sans être exposés à se relâcher avec le temps.

L'hémorrhagie s'était arrêtée immédiatement ; l'appareil fut supporté sans causer aucune incommodité. Au bout de quatorze heures, M. Diday le retira de la manière suivante. Il défit d'abord le nœud qui serrait le bourdonnet, puis le nœud terminal destiné à fermer l'issue à l'air. Le bourdonnet enlevé, il fit avec une petite seringue une injection d'huile dans la fosse nasale, afin de lubréfier les parties et de prévenir des frottements qui auraient pu ramener l'épistaxis. — Le passage étant ainsi préparé, il aspira fortement avec la bouche à l'extrémité du tube, pour y faire le vide, ainsi que dans la vessie, et réduire le tout à son minimum de volume. Il tira enfin doucement à lui, et la vessie se détacha et sortit sans résistance ni douleur pour le malade.

L'hémorrhagie ne se reproduisit point.

La simplicité de ce procédé ressort assez claire de la description précédente pour qu'il soit superflu de chercher à prouver sa supériorité sur les autres appareils qui ont été imaginés dans le même but.

DE LA LUXATION ET DU DÉPLACEMENT DU CRISTALLIN PAR UNE CAUSE TRAUMATIQUE ; par M. RIVAUD-LANDRAU.

Facilité par l'étroite circonscription qu'il avait volontairement donnée à son sujet, M. Rivaud-Landrau a trouvé soit dans sa pratique, soit dans les cas publiés par d'autres, assez de données pour tracer l'histoire complète de cet accident.

Quelle que soit l'espèce de violence extérieure qui ait amené le déplacement de la lentille cristalline, il peut être ou complet, quand le cristallin a disparu tout à fait du champ de la pupille, ou incomplet quand il n'est que dérangé de sa place ordinaire et paraît encore à travers la pupille.

La luxation incomplète a été observée par l'auteur dans trois sens, en dedans, en dehors et en bas. Le cristallin est alors vu obstruant une partie du champ pupillaire. Presque constamment, dans ce cas, le cristallin éprouve un mouvement d'oscillation, de balancement plus ou moins sensible. Aussi, comme il devient alors opaque, a-t-on donné à la cataracte qu'il constitue le nom de *cataracte branlante*.

La luxation complète est possible : 1° en bas et en arrière ; 2° en bas et en avant.

1° Dans la *luxation en bas et en arrière*, le cristallin déplacé est

---

L'homme fut considéré dans son ensemble et dans ses rapports avec l'univers ; il n'y eut pas seulement des maladies, mais un malade. On doit ajouter, pour rester dans le vrai, que ce fut plutôt la méthode que les détails de la philosophie qui fut acceptée par Hippocrate. Ailleurs nous montrerons dans quel sens Hippocrate se constitua l'héritier des écoles philosophiques, et comment il faut entendre le mot de Celse : *Hippocrate sépara la médecine de la philosophie.* — Il faut bien aussi reconnaître, et le regretter, que la philosophie ayant eu le premier pas dans la constitution de la science, y a donné droit d'asile aux hypothèses qui se sont détruites les unes par les autres, mais dont les dernières n'en restent pas moins de pures hypothèses, que les médecins de nos jours acceptent encore trop facilement.

Toutefois les écoles ne pouvaient guère servir qu'à la partie théorique de la médecine, car la partie pratique ne devait en retirer aucun fruit. Les philosophes faisaient bien quelques cures, il est vrai, mais de si grands personnages ne pouvaient s'abaisser aux moyens vulgaires. Il leur fallait ordinairement des cures surnaturelles, témoin Empédocle, ce grand et poétique charlatan de l'antiquité.

A côté des philosophes, il y avait aussi des médecins proprement dits, dont les observations isolées et faites sans doute en l'absence de toute systématisation, ne devaient servir que plus tard à la généralisation des faits. Parallèlement aux écoles philosophiques, il y avait aussi des écoles médicales proprement dites, dont l'origine est inaccessible à l'histoire. Au commencement de l'époque suivante, nous retrouvons tout à fait florissantes ou déjà presque en décadence celles de Cos, de Cnide, de Rhodes, et surtout celles de la grande Grèce. Mais vraisemblablement, lorsque furent fondées ces écoles médicales, elles étaient surtout les échos des écoles philosophiques, et par conséquent elles ne servirent guère à l'avancement de la science. Nous avons, je crois, un exemple de ce fait dans une partie du traité *Sur le régime*, attribué à Hippocrate. Plus tard elles se présentèrent comme ayant une existence indépendante. Du reste, sous ce rapport, les limites de la fin de la deuxième époque et celles du commencement de la troisième sont très-vagues et très-difficiles à déterminer.

Enfin, il y avait la médecine des temples qui conserva la tradition et les errements de la médecine purement mythologique. Nous verrons ailleurs ce que la science en a retiré, et aussi à quoi lui ont servi les gymnases.

Le seul nom d'Hippocrate suffit pour résumer la TROISIÈME ÉPOQUE ; il joue le rôle d'un puissant réformateur. Placé entre les écoles philosophiques, les écoles médicales et les prêtres médecins, il combat la physiologie des uns, les vues étroites des autres et l'ignorance des derniers. Il assure à la médecine une forme qui a triomphé du temps, des sectes, et même qui a triomphé, chose plus admirable encore, de toutes les erreurs inséparables de cette première constitution. La méthode et la conception de l'ensemble ont subsisté ; on peut même dire qu'il est resté plus d'Hippocrate que de Galien après la grande réforme médicale accomplie par l'immortelle découverte de Harvey. Hippocrate ne paraît pas avoir eu de véritables prédécesseurs dans la voie où il entra. C'est certainement un esprit d'une trempe supérieure ; on ne peut lui comparer dans l'antiquité que Socrate, Platon et Aristote. A une autre époque, il eût été un dieu, mais on s'est contenté de le regarder comme un des plus grands génies de l'humanité, et comme le prince de la médecine.

plongé dans la chambre postérieure de l'œil, comme à la suite de l'abaissement. On ne le voit plus par la pupille. A part les lésions concomitantes, la gravité du pronostic dépend alors de la situation du cristallin. En effet, s'il regarde par ses faces en haut et en bas, il n'excite pas d'inflammation et peut ou séjourner sans accidents dans le fond de l'œil, ou s'y absorber à la longue, cas, il est vrai, le plus rare.

Mais si, au contraire, il appuie par une de ses faces sur la partie postérieure de l'iris, son contact développe ordinairement une phlegmasie lente de cette membrane; il se forme des fausses membranes, puis l'atrésie de la pupille. De même, si le cristallin comprime, au lieu de l'iris, la choroïde ou la rétine, c'est l'amaurose qui succède le plus souvent, à la suite de longues et profondes douleurs intra-orbitaires.

Dans l'un ou l'autre de ces deux cas, la conduite du chirurgien est, selon M. Rivaud, toute tracée. Au lieu de perdre le temps à attaquer l'ophthalmie qui se manifeste par les antiphlogistiques, il doit chercher à supprimer la cause matérielle qui l'entretient. Or il y arrivera de deux manières, soit en extrayant le cristallin, soit en le mettant dans une position telle qu'il ne puisse nuire aux autres membranes. Au reste, comme le cristallin déplacé s'opacifie constamment, c'est un motif de plus d'en venir de suite à l'opération, puisqu'elle deviendrait inévitablement indispensable plus tard. Lorsque, ainsi que nous venons de le dire, le cristallin luxé dans la chambre postérieure y exerce une pression dangereuse, il faut, avec une aiguille à cataracte introduite par la sclérotique, s'efforcer de le remettre dans la position ordinaire d'une cataracte opérée par abaissement ou par réclinaison.

2° Dans la *luxation en bas et en avant*, il peut se présenter deux cas. Ainsi le cristallin poussé par la violence extérieure, par un de ses bords, dans la pupille, y demeure engagé comme un coin. Alors il provoque une iritis violente. — Ici l'on a à choisir entre deux procédés opératoires : on peut le plonger dans la chambre postérieure à l'aide d'une aiguille, ou l'extraire par une ouverture qu'on fait à la cornée. M. Rivaud, tout en s'en remettant au tact du praticien et aux circonstances du cas pour l'option à formuler entre ces deux manœuvres, préférerait l'extraction par la cornée, toutes les fois que cette membrane n'est pas enflammée, à plus forte raison si elle était déjà partiellement divisée par la blessure qui a amené le déplacement de la lentille.

Mais le cristallin, au lieu de rester dans la pupille, peut l'avoir franchie et être venu occuper la chambre antérieure. On le voit alors quelquefois y séjourner longtemps sans déterminer d'accidents sérieux. Ici donc rien ne presse beaucoup d'agir. Par conséquent, s'il y a une inflammation vive, on pourra, contrairement à ce que nous disions tout à l'heure, attendre qu'elle soit dissipée avant d'opérer. Au reste, c'est par une incision à la cornée qu'il conviendrait d'en faire l'extraction.

Quant aux luxations incomplètes, c'est au discernement de l'oculiste à reconnaître si le cristallin déplacé doit être de suite complètement enlevé du champ pupillaire, et quel est le procédé opératoire qu'il faut mettre en œuvre dans cette circonstance. Au reste, ces cas-là étant rarement suivis d'accidents inflammatoires sérieux, peu importe que l'opération soit faite un peu plus tôt ou un peu plus tard.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 9 DÉCEMBRE.

RÔLE DE L'APPAREIL CHYLIFÈRE DANS L'ABSORPTION DES SUBSTANCES ALIMENTAIRES.

M. BERNARD lit un mémoire sur le rôle de l'appareil chylifère dans l'absorption des substances alimentaires.

L'auteur s'est proposé, dans ce travail, de fixer par des expériences directes la nature des principes nutritifs qui sont absorbés et charriés exclusivement par les vaisseaux chylifères, dans le but de préciser la signification du mot chyle et de déterminer s'il existe réellement des substances alimentaires qui échappent d'une manière absolue à l'absorption veineuse et évitent conséquemment de passer par le foie avant d'arriver au poumon.

Les aliments soumis à la digestion se réduisant finalement dans le canal intestinal à trois substances principales, la matière sucrée, la matière albumineuse et la graisse émulsionnée, c'est sur chacun de ces principes nutritifs qu'ont porté les expériences de M. Bernard.

1° *De l'absorption du sucre par les vaisseaux chylifères.* — En ingérant dans l'estomac de différents animaux mammifères de grandes quantités de sucre de canne, il a toujours retrouvé ce principe sucré dans le sang de la veine porte, mais en recueillant le chyle dans le canal thoracique chez ces mêmes animaux et dans les mêmes circonstances, il n'y a jamais rencontré le sucre de canne; d'où il conclut que, dans le canal digestif, le sucre est exclusivement absorbé par le système de la veine porte, et, comme conséquence, que la matière sucrée, avant d'être portée au poumon, traverse nécessairement le foie. Des expériences décisives lui ont démontré en outre que ce passage du sucre à travers le tissu hépatique, a pour effet de lui faire subir une modification très-importante au point de vue physiologique. En effet, M. Bernard a vu que si on injecte dans le sang veineux général d'un chien, par une veine quelconque de la surface du corps, une dissolution de 2 ou 3 grammes de sucre de canne, cette substance, loin d'être assimilée, est rejetée au bout de quelques instants par l'excrétion urinaire. Si, au contraire, on fait cette même injection par un rameau de la veine porte, de façon à ce que la matière sucrée passe forcément par le foie avant d'arriver dans le système veineux général, on constate que le sucre n'est plus éliminé, qu'il reste et s'assimile dans le sang, absolument comme cela a lieu lorsque son absorption s'effectue à la suite du procédé normal de la digestion.

On comprend par là que l'absorption du sucre par le système de la veine porte soit une condition nécessaire à son assimilation, car si son transport était confié aux vaisseaux chylifères, le principe sucré serait soustrait à l'influence du foie et se déverserait directement dans le système veineux général, comme cela a lieu quand on l'injecte par la veine jugulaire.

2° *Absorption de l'albumine par les vaisseaux chylifères.* — En injectant dans la veine jugulaire d'un chien ou d'un lapin un peu d'albumine d'œuf étendu d'eau, on constate quelque temps après que les urines sont devenues albumineuses.

Cette expérience démontre, suivant M. Bernard, que l'albumine d'œuf n'est probablement pas identique à l'albumine du sang, et qu'elle a besoin, pour être appropriée à l'organisme, d'éprouver une modification préalable. Or le passage par le tissu du foie suffit pour opérer cette modification nécessaire à l'assimilation de la matière albumineuse; car si on l'injecte par la veine porte, elle reste dans le sang et ne se retrouve pas dans l'excrétion urinaire.

Ces expériences tendent donc à démontrer que l'albumine est absorbée exclusivement par la veine porte; elles apprennent en outre que le sucre de canne

---

LA QUATRIÈME ÉPOQUE *de développement, de dissémination de la science* est précisément celle que j'ai étudiée dans mes leçons et sur laquelle j'aurai par conséquent à revenir, car j'espère retrouver, pour d'autres fragments de mon cours, la bienveillante libéralité qui m'a ouvert pour celui-ci les colonnes de la GAZETTE MÉDICALE.

Pendant cette période, le travail scientifique porte surtout sur les détails, et l'esprit de secte se multipliant étend le champ de l'observation et de la discussion, complète les diverses manières d'envisager la science et fournit presque toutes les méthodes qui dirigent encore dans la recherche de la vérité.

Je crois avoir montré dans de mes leçons que si la médecine prit à Alexandrie une direction nouvelle, cela vint d'un mouvement qui lui était propre et non de son mélange avec la médecine égyptienne, qui paraît être restée tout à fait concentrée dans les temples, comme médecine mystique et théurgique. Il y eut pour ainsi dire un mur de circonvallation entre les Grecs et les Égyptiens (1); ceux-ci redoutaient de livrer les mystères aux profanes; ceux-là dédaignaient, dans leur orgueil scientifique et critique, d'emprunter quelque chose à la superstition. Si, du reste, nous connaissons si peu la médecine des temples égyptiens, c'est qu'il n'y eut à Alexandrie ni indiscrets parmi les adeptes, ni Aristophane pour livrer à la risée publique les secrets des prêtres-médecins.

(1) MM. Ampère et Vacherot ont établi le même fait pour la philosophie : le premier dans la REVUE DES DEUX MONDES, 1er sept. 1846, p. 729 et suiv.; le second dans son HISTOIRE DE L'ECOLE D'ALEXANDRIE, *Préf.*, p. 2 et 3.

CINQUIÈME ÉPOQUE. — Galien joue dans son temps, mais avec un esprit moins ferme et moins puissant, le rôle qu'Hippocrate avait joué dans le sien. Rassemblant les éléments épars, il les coordonne d'après une méthode tout hippocratique; ajoutant beaucoup aux détails, il caractérise éminemment la période de constitution définitive de la médecine antique à qui il imprime sa dernière forme. Anatomie, physiologie, pathologie, il embrasse tout dans sa vaste systématisation; il discute tous les systèmes, mais souvent avec une partialité qui passerait pour de l'ignorance; juge toutes les méthodes; critique tous ses devanciers et les condamne presque tous à l'oubli, sauf le grand Hippocrate qu'il honorait à l'égal d'un dieu, et le seul qu'il ait ménagé.

SIXIÈME ÉPOQUE. — Après Galien, le développement de la science est arrêté, du moins à quelques exceptions près; il semble que cette grande voix du médecin de Pergame ait fait taire toutes les autres. Il n'y a plus guère que des échos plus ou moins fidèles. Pour la médecine comme pour la philosophie, le principe de la discussion disparaît, le règne absolu de l'autorité commence et se perpétuera presque sans protestation jusqu'à Paracelse. Ce génie aventureux et bizarre sut bien faire un *auto-da-fé* des livres d'Avicenne et de Galien, mais il ne détruisit pas leur influence. Il n'y avait de radical dans son système que les apparences; il n'imprimait à la médecine aucun caractère vraiment scientifique. La grande réforme physiologique, celle d'où toutes les autres réformes devaient sortir, n'avait point encore fait son apparition dans le monde.

Cette sixième époque, pour être bien comprise, doit nécessairement être divisée en trois périodes secondaires. La première est une période de conservation active; elle compte surtout des compilateurs, mais aussi quelques auteurs

et l'albumine se comportent de la même manière, et que ces deux substances ont besoin, pour être assimilées, de recevoir l'influence préalable du foie.

3° *Absorption de la graisse.* — Dans un précédent mémoire, M. Bernard a fait voir que les matières grasses neutres des aliments, pour être aptes à pénétrer dans les vaisseaux chylifères, devaient avoir reçu préalablement l'influence émulsive du suc pancréatique, de sorte que l'absorption de la graisse ne peut commencer à s'effectuer dans l'intestin grêle qu'après le déversement du fluide pancréatique, tandis que l'albumine et le sucre peuvent déjà être absorbés dans l'estomac.

Aussitôt que la graisse émulsionnée pénètre dans les vaisseaux chylifères, leur aspect change complétement; au lieu de rester transparents comme tous les autres lymphatiques du corps, leur contenu prend un aspect blanchâtre lactescent, et grâce à la transparence des vaisseaux, on peut suivre parfaitement des yeux le trajet de la matière grasse, depuis l'intestin jusque dans la veine sous-clavière gauche où elle est déversée par le canal thoracique.

D'après ce qui précède, on pouvait supposer que, pour rester dans le sang et pour y être assimilées, les matières grasses n'ont pas besoin de traverser le foie; c'est en effet ce qui a lieu. M. Bernard a injecté, dans la veine jugulaire et en grande quantité, diverses substances grasses préalablement émulsionnées avec du suc pancréatique d'un chien, et il n'a jamais vu, après ces injections, les urines contenir de la graisse et devenir chyleuses.

Les produits de la digestion pourraient donc être distingués, par voie d'absorption, en deux groupes :

1° Les matières sucrées et albumineuses absorbées exclusivement par la veine porte et traversant nécessairement le foie avant de parvenir au poumon;

2° Les substances grasses absorbées par les vaisseaux chylifères et arrivant dans le système veineux général et dans le poumon, sans avoir préalablement passé par le foie.

Cette dernière proposition ne doit pas être prise dans un sens aussi absolu que la première, car l'inspection microscopique et les expériences démontrent que la graisse est absorbée à la fois par la veine porte et par le système des vaisseaux chylifères.

Du reste si, chez les mammifères, on peut attribuer au système chylifère une part évidente dans l'absorption de la graisse, il n'en est pas de même chez beaucoup d'oiseaux où il est impossible de constater aucune trace d'appareil chylifère. M. Bernard a fait avaler de la graisse à des pigeons, à des coqs et à d'autres oiseaux, et en sacrifiant ces animaux en pleine digestion, il n'a jamais trouvé la moindre apparence de chyle dans leurs lymphatiques intestinaux, tandis que le sang de la veine porte contenait beaucoup de matière grasse émulsionnée.

Voici en quels termes M. Bernard résume son mémoire :

« En résumé, il n'y a donc qu'une substance alimentaire (la graisse) pour l'absorption de laquelle on puisse faire intervenir d'une manière évidente et réelle le rôle du système chylifère, et encore cette fonction, qui est partagée avec la veine-porte chez les mammifères, est-elle complétement annulée chez un grand nombre d'animaux qui cependant digèrent et absorbent très bien les substances grasses.

» Quelle signification faudra-t-il donc accorder maintenant au mot chyle? J'ai montré, dans mon mémoire sur le suc pancréatique, après M. Magendie et d'autres physiologistes, que les corps gras donnent seuls au chyle ses caractères spécifiques d'un liquide lactescent. Quand un animal n'ingère absolument que de la matière grasse, le contenu de l'appareil chylifère ne paraît devoir être au fond que de la lymphe additionnée d'une partie plus ou moins considérable de graisse émulsionnée. Dans le cas d'alimentation complexe, le chyle est-il autre chose? Les expériences que j'ai rapportées dans ce mémoire tendraient à faire penser que non.

» Toutefois, pour résoudre une semblable question et pour changer d'une manière aussi profonde l'acception qui a été donnée pendant si longtemps au mot chyle, il est encore nécessaire d'ajouter de nouvelles observations comparatives sur le chyle et la lymphe et sur l'appareil chylifère considéré comme une dépendance du système lymphatique général. »

(Le mémoire de M. Bernard est renvoyé à la section de zoologie.)

—M. Baudens, inspecteur général du service de santé des armées, lit un mémoire sur le traitement de l'hydrocèle. (Nous publierons ce mémoire en entier.)

—M. Ancelon, médecin de l'hôpital de Dieuze, adresse un deuxième mémoire sur la pathogénie comparée des endémies et des enzooties produites par les marais de la Haute-Seille (Meurthe).

L'auteur conclut de ce mémoire :

Qu'il y a une frappante analogie entre les fièvres intermittentes, les pyrexies typhoïdes et les maladies charbonneuses;

Que ces affections reconnaissent pour cause unique l'effluve marécageux;

Que l'espèce humaine, les chevaux et les ruminants présentent à l'observation des différences pathologiques toutes expliquées par leur organisation.

— M. Leroy-d'Étiolles adresse à l'Académie la lettre suivante :

« Je prie l'Académie de me permettre de prendre acte de ce que l'encouragement voté par elle à M. Mercier pour ses recherches relatives aux valvules du col de la vessie n'a pas été décerné à la suite d'un concours spécial sur cette question; qu'il n'y a pas eu à ce sujet devant sa commission de débat contradictoire et d'examen comparatif; que par conséquent les droits de chacun à la priorité d'invention des procédés et instruments applicables à cette maladie sont et demeurent réservés.

» L'Académie se trouvera par là placée en dehors des discussions auxquelles cette question de priorité d'invention donne et va donner lieu.

» Je demande que cette lettre soit annexée au procès-verbal de la séance. »

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 10 DÉCEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. BRICHETEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend cinq lettres du ministre du commerce transmettant :

1° Un rapport des officiers de santé en chef de l'hôpital militaire de Bourbonne (Haute-Marne) sur les malades qui ont fait usage des eaux minérales de cet établissement pendant la saison de 1849. (Commission des eaux minérales.)

2° Un rapport fait au conseil central d'hygiène publique et de salubrité de la Vendée, sur l'épidémie de choléra qui a régné dans ce département pendant l'année 1849; par M. Merlaud. (Comm. des épidémies.)

3° Un modèle de biberon perfectionné par madame Piquart. (Comm., MM. Moreau et Danyau.)

4° Une recette cachetée d'une eau hygiénique. (Commission des remèdes secrets.)

5° Un mémoire intitulé : Des éléments cholériques, par M. le docteur Liégey, de Rambervillers (Vosges). (Commission du choléra.)

M. Bérard, doyen de la Faculté de médecine de Paris, informe l'Académie qu'un concours pour une chaire de clinique chirurgicale sera ouvert à la Faculté de médecine de Paris le 6 janvier 1850, et il l'invite à procéder le plus tôt possible à la désignation des cinq membres qui, aux termes de l'arrêté du 5 janvier 1844, devront faire partie du jury de concours.

M. le docteur Agnely, directeur du service de la vaccination publique à Alger, adresse une copie du compte rendu de la pratique vaccinale officielle, en

---

originaux, Philagrius, Antyllus, Alexandre de Tralles, par exemple. La médecine pendant ce temps reste purement grecque et galénique.

Après la chute de l'empire romain, la culture gréco-latine commence : c'est une des phases le moins connues et le plus obscures de l'histoire de la médecine, et une de celles sur lesquelles l'étude des manuscrits m'a fourni le plus de renseignements nouveaux. Je ne veux point déflorer ici ces résultats en les écourtant et en ne les présentant pas entourés de tous les moyens de démonstration que j'ai à ma disposition. Il me suffira de dire qu'il y eut une véritable culture dans les écoles laïques ou cléricales, et que l'ardeur qu'on mit du cinquième au dixième siècle à traduire les auteurs grecs ou à faire des rapsodies, des pastiches avec des lambeaux d'auteurs dont les uns nous restent et dont les autres sont perdus, fut un des moyens de conservation de l'esprit médical.

Cependant, parallèlement à cette culture gréco latine, se développait la culture gréco-arabe procédant elle-même des traductions syriaques, et on constate en même temps la conservation de la médecine galénique, mais avec de nombreuses interprétations d'assez mauvais aloi, par les Grecs du Bas-Empire.

Le moment où commence la deuxième partie de cette sixième époque est très-tranché par la venue de Constantin l'Africain qui opéra presque subitement une vraie révolution en substituant en Occident à la médecine gréco-latine la médecine gréco-arabe par le moyen des traductions (*Arabistes*). Dès lors dans les pays latins la médecine perdit tout caractère d'originalité et ne fut plus guère qu'une espèce de parasitisme. On pourrait, il est vrai, citer quelques exceptions, mais elles sont rares, peu considérables et n'infirment pas la règle.

Toutefois il y a là à constater une grande influence, celle de l'école de Salerne. Avant sa fondation il y a aussi à signaler les services rendus à la tradition par les écoles carlovingiennes. Ce sont deux points fort curieux à étudier et très-neufs encore, surtout en ce qui concerne les écoles barbares.

D'un autre côté, l'étoile des Arabes proprement dits et celle des Grecs de Constantinople pâlissaient peu à peu, et surtout chez les Grecs les dernières tentatives sont très-misérables.

La Renaissance, qui forme la troisième partie de cette période, fut moins fatale à la médecine qu'aux littératures nationales; mais en réalité elle ne servit pas beaucoup à son perfectionnement. On doit seulement s'applaudir de voir les médecins abandonner les sources secondaires pour revenir aux auteurs originaux dont les manuscrits se répandirent à la faveur de l'émigration byzantine; elle n'apportait en effet que les reliques de l'antiquité sans y joindre rien de nouveau. Mais, il faut le reconnaître, l'étude des sources primitives était plus favorable encore à l'émancipation de l'esprit que la culture de l'arabisme enveloppée dans des nuages épais, et rendu à peine pénétrable sous les obscurs travaux des commentateurs. Toutefois le règne des Arabes persista encore longtemps; ils trouvèrent des défenseurs infatigables, et il y eut ainsi en présence deux principes d'autorité. Le premier étendard de la révolte contre ce double principe, contre cette orthodoxie scientifique consacrée depuis Galien, fut élevé par Paracelse et attira aussi d'autres soldats qui combattirent vaillamment pour la même cause; mais tout cela était encore fort insuffisant. L'ancienne médecine fondée sur la théorie des quatre éléments, des quatre vertus élémentaires de l'ontologie morbide, n'avait pas été ébranlée dans ses fonde-

Algérie, durant l'année 1849, avec une notice historique et statistique sur la variole et la vaccine en Algérie. (Comm. de vaccine.)

M. Devilliers fils informe l'Académie qu'il se présente comme candidat à la place vacante dans la section d'accouchements; il adresse à l'appui la liste de ses titres.

M. Hénot, chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Metz, adresse un mémoire intitulé: Observation d'adénite sous-maxillaire droite volumineuse et dégénérée; extirpation de cette tumeur, suivie d'hémorrhagies artérielles graves qui ont nécessité la ligature de l'artère carotide primitive du même côté; guérison. (Commissaires, MM. Bégin, Larrey, Gimelle et Jobert.)

M. Leroy-d'Étiolles adresse une lettre sur des applications du caoutchouc vulcanisé au traitement des rétrécissements et sur les resections ou ablations des cicatrices vicieuses de l'urètre. (Comm. d'Argenteuil.)

PROPRIÉTÉS ET USAGES DE LA CORDE DU TYMPAN.

M. Duchenne (de Boulogne) communique à l'Académie l'analyse d'un travail intitulé: Recherches électro-physiologiques et pathologiques sur les propriétés et les usages de la corde du tympan.

Ce médecin, ayant limité l'excitation galvanique dans la corde du tympan de l'homme à l'état normal, a développé une sensation de chatouillement, de picotement et de fourmillement dans les deux tiers antérieurs de la langue du côté galvanisé. A un degré plus élevé d'excitation galvanique, une sensation gustative, comme métallique, s'est ajoutée aux phénomènes de sensibilité générale. Pendant cette opération, il n'a observé ni contraction musculaire, appréciable soit dans la langue soit dans le voile du palais, ni modification dans l'état des papilles linguales, ni augmentation dans la sécrétion muqueuse ou salivaire.

Chez plusieurs sujets atteints de paralysie de la septième paire et chez lesquels il a constaté la diminution du sens du goût et de la sensibilité générale de la langue du côté paralysé, M. Duchenne a observé que la corde du tympan avait perdu son excitabilité dans ce dernier côté, tandis que du côté sain la galvanisation de ce même nerf développait dans la langue des phénomènes de sensibilité générale et sensoriale.

Voici la conclusion générale du mémoire:

De l'ensemble de ces faits électro-physiologiques et pathologiques, M. Duchenne se croit en droit de conclure « que la corde du tympan concourt à la » sensibilité générale et à la sensibilité gustative des deux tiers antérieurs de » la langue, et que l'intégrité de ce nerf est nécessaire à l'exercice complet de » ces deux fonctions. »

TRAITEMENT DE LA GOUTTE ET DU RHUMATISME.

M. Levrat (de Lyon) adresse les conclusions suivantes d'un travail qu'il se propose de communiquer plus tard à l'Académie sur le traitement de la goutte et du rhumatisme:

1° La goutte et le rhumatisme sont deux états à peu près semblables de la même maladie.

2° La nature de la goutte est essentiellement spécifique; elle est constituée par deux éléments, l'un inflammatoire, agissant le plus ordinairement sur les tissus fibreux, l'autre pernicieux, et c'est le plus important, exerce son influence sur le sang, dont il altère la composition intime.

3° Les causes auxquelles il faut attribuer la maladie goutteuse ou rhumatismale exercent leur action directement sur l'estomac, ou indirectement, c'est-à-dire par l'intermédiaire de la peau, du cerveau et du système nerveux. La perturbation apportée dans les organes réagit sympathiquement sur les fonctions d'assimilation confiées à l'appareil gastro-intestinal.

4° Le siége primitif de la goutte, ou, si l'on veut, son point de départ, est dans l'estomac, dont les fonctions troublées provoquent la perturbation de fonctions secondaires, et par suite une altération du sang.

5° Connaissant la nature spécifique de la goutte, les causes qui la provoquent, ainsi que son siége, le médecin doit se proposer un traitement spécifique, c'est-à-dire exerçant dans le lieu d'élection de la maladie une action spéciale sur les éléments qui constituent l'affection goutteuse.

6° Les préparations de colchique sont depuis longtemps considérées, et avec raison, comme jouissant de propriétés spécifiques contre la goutte; elles sont la base de mon traitement. Mais ces préparations, qui dans le Codex se résument en teinture et vin de colchique obtenu par macération, ne sauraient satisfaire le médecin, qui est dans l'impossibilité d'apprécier la quantité exacte du médicament actif qu'il prescrit, la teinture étant plus ou moins chargée, la macération se faisant tantôt avec le bulbe, tantôt avec les semences de colchique, et le vin étant plus ou moins alcoolique. De là ces accidents dont se plaignent de temps en temps les malades.

L'extrait acétique de colchique convenablement préparé me paraît préférable aux préparations énoncées ci dessus. Son goût désagréable ne me permet pas toujours de l'administrer, même sous forme de pilules dont j'ai soumis la formule à l'Académie, dans sa séance du 11 juin 1850; dissous dans du vin d'Espagne, il conserve toutes ses propriétés, et le malade le prend avec moins de répugnance. Ce mélange, que je fais prendre par cuillerées contenant chacune une même quantité d'extrait (vin d'Espagne, une cuillerée (15 grammes); extrait de semence de colchique, 0,07 à 0,10), me permet d'augmenter ou de diminuer la dose du médicament, suivant l'impressionnabilité de l'estomac, et suivant les effets qu'il provoque sur les centres nerveux.

ÉPIDÉMIES.

M. Gaultier de Claubry lit, au nom de la commission des épidémies, le rapport suivant:

L'Académie ayant chargé une commission spéciale de l'étude de l'épidémie cholérique de 1849, la commission permanente n'a dû, à son grand regret, s'occuper que des épidémies habituellement observées dans le cours de chaque année en France.

Vingt médecins des départements ont adressé vingt-deux rapports sur les épidémies de 1849. Il y a eu quatre épidémies de dysenterie, cinq de suette miliaire, six de fièvre typhoïde, puis une épidémie de chacune des affections suivantes: fièvre catarrhale, fièvre bilieuse, fièvre intermittente, angine couenneuse, rougeole.

Dyssenterie. — Des quatre épidémies de dyssenterie sur lesquelles l'Académie a reçu des rapports, et qui toutes les quatre ont régné à la fin de l'été ou dans les premiers jours de l'automne de 1849, il en est deux surtout qui méritent une attention particulière, soit par rapport à l'extension qu'elles ont prise au sein des populations qui en ont été atteintes, soit parce qu'elles ont fourni la matière de deux fort beaux mémoires que MM. Valat (d'Autun) et Hullin (de Mortagne) nous ont adressés sur les deux épidémies qui ont éclaté dans la commune de Roussillon, département de Saône-et-Loire, et à Mortagne, département de la Vendée.

La première a donné lieu à 133 cas de maladie, dont 34 ont été mortels, sur une population de 1,689 habitants; — elle succédait, à un mois de distance, à une épidémie de choléra qui avait régné dans un arrondissement voisin, et, sur 135 malades, avait fait périr 35 sujets, sur une population de 3,500 habitants; d'où il résulte que la dysenterie avait atteint proportionnellement un plus grand nombre de sujets, et s'était, absolument parlant, montrée beaucoup plus meurtrière que le choléra lui-même. Les hommes avaient succombé en plus grand nombre que les femmes: 29 contre 14. — Un tiers des décès a eu lieu sur des sujets de moins de 10 ans d'âge; puis viennent les sujets de 10 à 20, de 20 à 30, et de 60 à 70 ans. M. Valat a indiqué avec soin les conditions diverses d'aisance, de salubrité des habitations. — Ce médecin appelle surtout l'attention sur

---

ments; la base de la réforme manquait radicalement. Cette base, c'était la physiologie, car les progrès de l'anatomie ne pouvaient pas entraîner de changement radical.

Cet immense honneur était réservé à Harvey. L'année 1628 marque une ère toute nouvelle et commence la période de reformation pour la médecine qui entre décidément dans les voies jusqu'alors inconnues et dont elle ne sortira plus. Chaque pas qu'elle fait depuis marque un progrès; rien désormais n'arrêtera sa marche ascendante vers le but qu'elle doit se proposer: *La connaissance des lois de la nature humaine, celle de la nature en général, et les applications de cette connaissance au maintien de la santé et à la curation des maladies.* Il faut bien dire que cette réforme fut puissamment préparée par les premières découvertes de la physique, par la philosophie de Bacon, et plus tard par les progrès réels de la chimie. Ici nous devons considérer dans la découverte de la circulation ce qu'il y a de plus essentiel, sans nous arrêter aux fâcheuses influences qu'elle exercera pendant un certain temps sur la médecine, en faisant par exemple imaginer l'iatro-mécanisme.

On pourrait presque dire qu'il n'y a que deux périodes dans l'histoire de la médecine, la période grecque et la période moderne; celle où on ne savait pas la physiologie et celle où on commençait à l'apprendre; celle où on pliait la nature aux conceptions de l'esprit, et celle où on commence à procéder par une induction savante fondée sur l'observation et l'expérimentation critiques. Du reste, la division entre la médecine ancienne et la médecine moderne n'est pas aussi tranchée qu'il semble au premier abord. Les deux éléments se pénètrent pour ainsi dire; on pourrait les comparer à deux cônes emboîtés. Avant Harvey, il s'était déjà produit des idées nouvelles, peu efficaces il est vrai, bien qu'elles fussent en apparence très-radicales, parce qu'elles n'étaient guère que systématiques; de même, après la découverte de la circulation combattue à outrance pendant assez longtemps, une notable partie de la médecine antique subsista à côté de la médecine nouvelle, et ce fut fort heureux; autrement cette dernière eût été en quelque sorte obligée de refaire la science de toutes pièces.

Cette union plus ou moins profonde dura jusqu'à Bichat et même jusqu'à Broussais, du moins en France, car pour les autres pays on peut dire qu'il y eut fusion des deux médecines et que la moderne a beaucoup conservé des procédés, des méthodes, et même de certains principes de l'ancienne. Ce fut en France que la rupture fut le plus décisive. En cela la médecine eut à peu près le sort de toutes les branches de la culture intellectuelle et de toutes les institutions. Aujourd'hui on est à la recherche des détails, on néglige l'étude des principes généraux, il y a des anatomistes, des physiologistes, des pathologistes, voire même des nosologistes; mais il n'y a pas de systématisation régulière. Tous les éléments du problème sont étudiés avec une égale ardeur, mais aussi avec une égale indépendance. Nous sommes dans un état transitoire et tant soit peu anarchique; placés entre l'école antique et l'école rationaliste, nous nous retranchons dans l'éclectisme et nous ramassons des matériaux pour l'avenir. Mais il est bon qu'au milieu de cette élaboration purement pratique et expérimentale, la voix de l'histoire ou, si l'on veut, de la tradition, se fasse entendre afin que l'œuvre des temps modernes ne soit pas frappée de

le caractère adynamique de la maladie, d'où il est résulté que tous les médecins se sont accordés pour s'abstenir des émissions sanguines, et pour n'employer, selon les médications particulières, que les émollients, les mucilagineux, quelquefois les évacuants, les astringents, la chaleur appliquée à l'extérieur, les toniques et les excitants. Le médecin d'Autun admet nettement le caractère infectueux par miasmes de l'épidémie dyssentérique qu'il a observée.

L'épidémie de Mortagne a eu lieu, comme la précédente, pendant que le choléra sévissait dans les environs, et M. Hullin se demande, à cette occasion, si les deux maladies ne seraient pas entre elles dans une sorte d'antagonisme qui ferait qu'elles n'existeraient pas en même temps sur une même population, mais se succéderaient, se remplaceraient l'une l'autre. M. Valat n'avait trouvé aucune condition générale ou particulière pour expliquer la production de l'épidémie dyssentérique de Roussillon, M. Hullin n'hésite pas à attribuer celle de Mortagne à l'influence des chaleurs excessives de l'été de 1849; après quoi il admet formellement que l'affection se propageait ensuite par contagion. Dans cette seconde épidémie, les saignées plutôt locales que générales étaient rarement employées, mais elles étaient bien supportées; après quoi venaient les bains, les lavements émollients et calmants. Le laudanum de Sydenham semblait diminuer le nombre des évacuations, mais il calmait moins les douleurs; les sels de morphine semblaient produire un effet tout contraire.

La commission se fait un devoir de signaler à l'approbation de l'Académie le zèle infatigable dont M. Hullin a fait preuve, au péril de sa vie, pendant l'épidémie de Mortagne. Une épidémie de dyssenterie a été observée à Roches-les-Blamont (Doubs), par M. Tueffert père, et une autre au Houchet, près Melle (Deux-Sèvres), par M. Bordier fils. Ces diverses épidémies n'ont rien présenté qui nécessite de plus longs détails. Disons seulement que M. Bordier vante beaucoup les bons effets qu'il a retirés de l'emploi de l'eau albumineuse, tandis que M. Hullin, à Mortagne, en avait constaté la complète inefficacité, bien que, dans d'autres temps, il l'ait employée avec avantage.

Suette miliaire. Cette affection s'est montrée avec le caractère épidémique dans cinq départements : le Jura, le Gers, la Haute-Loire, l'Oise et les Deux-Sèvres, par conséquent dans des départements qui n'ont pas de connexité entre eux; de sorte que l'épidémie ne saurait être considérée comme la conséquence de quelque cause pathogénique générale. D'un autre côté, l'affection ayant éclaté à des époques très-diverses de l'année, l'influence des saisons semble avoir été nulle. Il en est de même des conditions très-variables des localités sous le rapport de la salubrité. Du reste, la plupart des médecins s'accordent pour rejeter tout caractère contagieux de la maladie; quelques-uns cependant semblent incliner pour cette opinion, ou flottent incertains entre la contagion, l'infection et l'extension de la maladie par la propagation même des causes épidémiques.

Tantôt les deux sexes ont été à peu près également affectés par l'épidémie, tantôt l'un des deux l'a été plus que l'autre. Les enfants et les vieillards ont été rarement atteints; c'est surtout sur les sujets de 20 à 50 ans que la maladie a sévi.

Fièvre typhoïde. — Il serait presque sans exemple dans l'histoire des épidémies qu'une année se fût passée sans qu'il se fût manifesté quelque épidémie de fièvre typhoïde. A cet égard, l'année 1849 ne fait pas exception. Une épidémie a eu lieu dans la Haute-Saône, deux dans le Jura et une dans le Doubs, dans la Seine-Inférieure et dans les Deux-Sèvres. Ainsi, comme dans les rapports des années précédentes, c'est surtout dans les départements de l'est de la France que la fièvre typhoïde se montre épidémique.

Ce qu'il y a de remarquable dans l'histoire de la fièvre typhoïde considérée en tant qu'épidémie manifestée sur divers points du territoire, c'est la diversité des époques de l'année où la maladie se déclare, de sorte que les hommes d'un esprit sévère seront toujours empêchés d'imputer aux saisons diverses une influence de quelque valeur sur la production de cette maladie.

En 1849, en opposition avec ce qui s'observe le plus ordinairement, le nombre total des sujets du sexe masculin que la fièvre typhoïde a atteints a été partout supérieur à celui des sujets de l'autre sexe, à l'exception de l'épidémie du canton d'Eu, où les femmes ont été affectées en majorité. — D'un autre côté, dans les trois épidémies de la Haute-Saône, du Doubs et de la Seine-Inférieure, le nombre des enfants atteints l'a emporté sur celui des hommes et celui des femmes, pris séparément, ce qui est également contraire à ce qu'on observe généralement, sans que rien, dans les notices que la commission a eues sous les yeux, vienne expliquer ces deux anomalies.

Pendant le cours de l'année 1849, quelques autres épidémies se sont manifestées dans divers départements. C'est ainsi que les médecins des épidémies ont signalé, dans le Doubs, une fièvre muqueuse légère, quelquefois compliquée de phénomènes graves, de caractère typhoïque; dans les Vosges, une fièvre très-imparfaitement caractérisée, puisque le médecin de la localité a parlé d'une épidémie de choléra, et que le médecin des épidémies l'a considérée comme étant, au moins à l'époque où il a été envoyé sur les lieux, une simple fièvre méningo-gastrique ou bilieuse; dans le Gard, une épidémie de catarrhe bronchique grave, qui a été suivie d'une cholérine ou diarrhée bilieuse; dans la Lozère, une fièvre catarrhale assez meurtrière, puisqu'elle avait fait 12 victimes sur 32 sujets atteints; dans les Vosges, une fièvre intermittente épidémique qui a atteint 30 personnes, dont 12 hommes, 10 femmes et 8 enfants, mais n'a causé aucun décès; dans le département de Maine-et-Loire, une épidémie d'angine couenneuse; enfin, dans la Côte-d'Or, une épidémie de rougeole, fort étendue, mais sans gravité. Malheureusement la presque totalité des rapports envoyés sur ces diverses maladies n'ont reçu que d'insuffisants développements, laissant beaucoup à désirer sur la symptomatologie, et semblent être plutôt des notes destinées à l'administration que des écrits faits pour passer sous les yeux d'une commission médicale.

La commission ne terminera pas ce court exposé sans réitérer le vœu qu'elle a émis tant de fois de voir le gouvernement, les autorités locales, les particuliers eux-mêmes s'occuper efficacement de tout ce qui pourrait contribuer à rendre les habitations des communes rurales plus saines, par un meilleur système de construction, la nourriture plus abondante et de meilleure qualité, et l'hygiène publique mieux appliquée, quant à la propreté des rues, à l'emplacement plus convenable des fumiers, à l'écoulement des eaux, etc.

Le rapport est adopté.

DE LA CONTAGION SYPHILITIQUE ENTRE LES NOURRICES ET LES ENFANTS.

M. Cullerier lit un mémoire sur la contagion syphilitique entre les nourrices et les enfants.

Ce travail a pour but l'étude du rapport de la contagion des nourrices aux enfants ou des enfants aux nourrices, que celles-ci soient les mères ou que ce soient des femmes étrangères.

La loi de contagion de la syphilis chez les adultes, constatée par l'observation de l'évolution de la vérole au lit du malade et par la voie de l'expérimentation, est-elle également applicable à celle des enfants, soit qu'ils reçoivent la maladie des femmes qui les allaitent, soit qu'ils la leur communiquent? Tel est le problème que l'auteur s'est proposé de résoudre. Son travail consiste en deux catégories d'observations, dont la première se compose de cinq observations de nourrices infectées dont les enfants sont restés sains. Une de ces malades était affectée de céphalée, d'alopécie, de roséole et d'ulcérations secondaires des amygdales, mais les seins étaient intacts. Une autre était affectée de plaques muqueuses confluentes à la vulve et dans la gorge, il n'y avait aucune lésion de la peau, les mamelles étaient saines. La troisième avait une roséole très-confluente sur tout le corps et sur les seins jusqu'à la base du mamelon, en même temps que des plaques muqueuses aux parties génitales et une lésion semblable à la commissure des lèvres buccales. La quatrième portait sur diverses régions un lichen syphilitique et à la base d'un des mamelons une plaque muqueuse ulcérée envahissant une grande partie de l'auréole. Chez la cinquième, la figure, le ventre et la poitrine étaient parsemés de pustules d'ecthyma à forme psydraciée, les deux seins en présentaient aussi et vers les mamelons, ces pustules

---

stérilité par trop d'égoïsme, par insuffisance de doctrine et par ignorance des faits.

Le but de l'histoire politique est d'arriver par la connaissance du passé, c'est-à-dire par l'expérience, à la constitution des sociétés actuelles. Le but de l'histoire littéraire est de tâcher de tirer de tous les écrits antérieurs le type du beau pour le proposer en modèle aux générations présentes. Quel est le but de l'histoire des sciences et en particulier de celui de la médecine qui se distingue des autres sciences en beaucoup de points? C'est de montrer comment elles se sont formées, d'apprécier les idées qui ont présidé à leur développement et de se servir des faits antérieurs pour contrôler les idées et les faits modernes. En un mot l'histoire doit servir à la constitution définitive de la science. L'histoire n'est d'ailleurs en quelque sorte que le principe d'hérédité en action; c'est la conservation de la tradition. De même qu'on aime à rechercher ses titres de famille et de propriété, de même on doit remonter aux sources de la science et rattacher le présent au passé pour lui donner une base plus ferme et une durée plus stable.

Du reste, je place cette manière de voir sous la responsabilité d'un grand génie, de Schiller, qui a dit :

« Le moindre événement, le fait le plus insignifiant du temps présent est le
» résultat nécessaire et naturel de l'ensemble des événements qui se sont ac-
» complis dans les siècles passés. Par conséquent on ne saurait apprécier ni
» comprendre le temps présent, si on ne considère le passé dans sa totalité. »

Ces quelques lignes ouvrent une ère toute nouvelle pour l'histoire qui acquiert ainsi un intérêt pratique immédiat. C'est dans cette voie que j'ai voulu pénétrer; je suis resté convaincu, et je m'efforce de convaincre les autres de la vérité de cette parole de Goethe : *Que l'histoire de la science est la science elle-même.*

J'ajoute encore une réflexion que j'emprunte à Quitzmann, auteur d'une remarquable monographie sur *la Philosophie de l'histoire de la médecine* :
« L'histoire de la médecine nous montre non-seulement ce que nous devons
» aux siècles passés, mais encore elle nous fait connaître les parties non déve-
» loppées et celles qui ne sont pas encore retombées dans le domaine de l'ob-
» servation. »

Dans mes leçons je me suis écarté un peu des voies ordinaires pour l'exposition des faits et des idées. D'abord j'ai considéré la science dans son ensemble, puis chaque branche en particulier. J'ai fait rentrer dans mon programme l'histoire des maladies, celle des institutions et des mœurs médicales, celle de la littérature, la biographie, enfin toutes les fois que certains sujets se sont présentés à moi pour la première fois, je les ai traités sous forme de monographies, en montrant jusqu'à certaine époque la succession des opinions et des découvertes. Le lieu où j'avais l'honneur de donner le cours ne me forçait pas de me restreindre dans des limites étroites, et me permettait de me livrer aux digressions (quelques-uns diront peut-être aux écarts) de l'érudition. Si l'on était tenté de trouver cette méthode un peu irrégulière, je ferais remarquer d'abord qu'un cours permet des allures plus libres qu'un livre, et en second lieu que si on veut faire une histoire générale des sciences médi-

étaient déchirées, et furent entretenues pendant longtemps à l'état d'ulcération par la succion de l'enfant.

Dans deux de ces observations, l'infection de la mère datait de loin ; elle avait eu lieu au moment de la conception ou pendant la grossesse, de façon qu'on pourrait objecter qu'il n'est pas étonnant que l'enfant, déjà congénialement syphilitique pendant la vie intra-utérine, ait résisté à une seconde contagion ; M. Cullerier, après avoir réfuté cette objection, passe à la seconde catégorie, qui se compose de six observations d'enfants infectés dont les mères nourrices sont restées saines. Il y a, dit-il, dans quatre de ces observations, ceci de remarquable, à savoir que, outre d'autres signes évidents de syphilis constitutionnelle, deux des enfants avaient des plaques muqueuses aux lèvres ; que chez un troisième, le même symptôme existait sur la langue, et que le quatrième avait un coryza chronique avec sécrétion très-abondante. Il est cependant bien noté dans les quatre observations que le mamelon des nourrices n'a pas présenté la moindre excoriation, la moindre rougeur pendant tout le temps qu'elles ont été soumises à notre inspection.

M. Cullerier, après avoir commenté ces observations, conclut en termes :

« D'après ces observations, d'après l'analyse ou l'examen critique de plusieurs autres, et tout en tenant un grand compte de ce qu'il peut y avoir de grave à froisser des croyances généralement admises, ne suis-je pas en droit de conclure en disant :

» La loi de contagion de la syphilis que j'ai indiquée au commencement de ce travail est la même chez les enfants à la mamelle que chez les adultes.

» L'opinion contraire est fondée sur un défaut d'observation, sur l'oubli de certains détails indispensables, et dans beaucoup de cas sur la différence de marche de l'évolution des phénomènes morbides, incomparablement plus rapide chez les jeunes sujets. »

(Comm. : MM. Bégin, Gibert, Ricord.)

TRAITEMENT DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU PAR L'APPLICATION DES AGENTS ANESTHÉSIQUES.

M. le docteur Aran, médecin du bureau central des hôpitaux, donne lecture d'un mémoire intitulé : Recherches sur le traitement du rhumatisme articulaire aigu, par les applications locales des agents anesthésiques. Le traitement employé par M. Aran consiste à faire, sur toutes les articulations malades, application d'une compresse humide sur laquelle on a versé quelques gouttes d'un agent anesthésique. Cette compresse est maintenue autour du membre par une compresse sèche ou même par une enveloppe de toile cirée et par un tour de bande. Dans les premiers temps, M. Aran laissait cette compresse en place pendant vingt-quatre heures sans la renouveler ; mais il a reconnu qu'il y avait avantage, lorsque la douleur n'avait pas entièrement abandonné l'articulation, à revenir à l'application dans la soirée, à l'époque où les douleurs rhumatismales présentent ordinairement leur exacerbation. Tant qu'il y a de la douleur dans une articulation, douleur à la pression ou douleur par les mouvements, M. Aran continue les applications locales anesthésiques. Une nouvelle articulation se prend-elle, celle-ci est à son tour traitée par les mêmes applications, et la douleur est ainsi poursuivie d'articulation en articulation jusqu'à ce que le rhumatisme ait entièrement disparu.

Dans le commencement de ses recherches, M. Aran faisait exclusivement usage du chloroforme ; mais il y a renoncé à cause de ses propriétés vésicantes, et après avoir essayé divers corps réputés anesthésiques, il s'est arrêté à la liqueur des Hollandais ou à l'éther chlorhydrique chloré, dont la composition est isomérique avec celle de cette liqueur, lesquels remplissent, au point de vue des applications locales, toutes les conditions requises de rapidité, de sûreté et d'innocuité.

Depuis le mois d'août dernier, M. Aran a soumis à ce traitement, tant dans son service à l'hôpital Bon-Secours que dans celui de M. Bricheteau, à l'hôpital Necker, 18 malades, dont 5 atteints de rhumatisme très-aigu, 11 de rhumatisme aigu et 2 de rhumatisme moyennement aigu (cette division repose sur l'appréciation de l'intensité de la fièvre et des douleurs, et de la généralisation de la maladie).

M. Aran divise les résultats qu'il a obtenus en *résultats primitifs* et *résultats définitifs*.

Résultats primitifs. Calme complet immédiatement après chaque application, d'une durée variable entre une heure et six ou huit, suivant l'acuité de la maladie et plus particulièrement suivant l'acuité du mouvement fébrile. Il faut, dit M. Aran, avoir été témoin du changement apporté par ces applications pour en comprendre toute l'importance. Des malades, cloués dans l'immobilité par leurs douleurs, peuvent immédiatement exécuter des mouvements, se retourner dans leur lit, etc. Sous leur influence, le sommeil troublé et perdu reparaît, et bon nombre de malades s'endorment immédiatement après ces applications. Là ne se bornent pas les effets de cette médication ; en même temps que la douleur diminue et disparaît, le gonflement, la rougeur, l'épanchement articulaire disparaissent aussi du jour au lendemain ; d'autres fois cependant il n'y a qu'une diminution dans ces phénomènes morbides. M. Aran croit même avoir observé que les articulations, dégagées par ces applications locales, ont peu de tendance à être reprises par la maladie. En même temps aussi, le mouvement fébrile tombe généralement à cause d'un état général ou d'une complication inflammatoire.

Résultats définitifs. Moyenne de la guérison : pour les rhumatismes articulaires très-aigus, au dixième jour de traitement ou au dix-huitième de la maladie ; pour les rhumatismes aigus au septième jour du traitement ou au quinzième de la maladie ; pour les rhumatismes moyens aigus au sixième jour du traitement ou au seizième de la maladie.

Sur les 18 cas de rhumatisme, 10 étaient compliqués, au moment du commencement du traitement, d'endocardite ancienne ou récente, à savoir : les 5 rhumatismes très-aigus et 5 rhumatismes aigus. Or sur les 10 malades atteints d'endocardite, 5 ont eu des complications vers la poitrine. Parmi ces 5 malades, 2 avaient déjà une affection organique du cœur et 4 avaient eu un ou plusieurs rhumatismes. Les altérations observées ont été deux fois un double épanchement pleurétique, une fois une pleuro-pneumonie, et une fois un double épanchement pleurétique, avec péricardite. Tous les cinq ont guéri avec des saignées et des applications de vésicatoire.

M. Aran a tiré de ces faits cette conséquence que, dans les cas dans lesquels il y a endocardite au début, ou dans lesquels le mouvement fébrile présente une grande acuité, il y a lieu d'employer, concurremment avec les applications locales, les saignées générales. Il a traité de cette manière, avec une ou deux saignées, à vingt-quatre heures d'intervalle l'une de l'autre, et avec les applications anesthésiques sur les articulations, cinq malades, dont un atteint de rhumatisme très-aigu, et quatre de rhumatisme aigu. Guérison, en moyenne, en neuf jours. Dans un cas, chez un jeune homme de 20 ans, dont le pouls battait 120 pulsations, et qui avait sept articulations prises en quatre jours, la guérison a été complète par ce traitement mixte. Dans un autre cas, un homme qui en était au moins à son quinzième rhumatisme, et qui avait épuisé toutes les médications connues, atteint d'une affection organique du cœur, a été guéri en neuf jours d'un rhumatisme articulaire aigu.

En terminant, M. Aran se défend de vouloir jeter du discrédit sur les médications actuellement reconnues efficaces dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu, et en particulier sur les saignées coup sur coup, le sulfate de quinine et le nitrate de potasse à haute dose. Seulement il pense que ces applications locales peuvent rendre de grands services dans le traitement de cette maladie, qu'elles soient employées seules ou combinées avec les autres médications.

(Comm. MM. Michel Lévy, Bouvier et Grisolle.)

L'Académie se forme en comité secret à quatre heures et demie.

---

cales considérées non pas au point de vue biographique, mais au point de vue de la science et de l'art, il faut bien traiter toutes les questions importantes qu'on rencontre çà et là sur son chemin ; autrement on resterait dans les routes battues, on ne ferait que le squelette de l'histoire. Du reste, je n'ai voulu rester ni dans la méthode purement biographique, ni dans la méthode abstraite qui semble exclure les noms propres, qui a la prétention de s'élever à une manière plus philosophique et de procéder que par groupes synthétiques où chaque individualité est pour ainsi dire démembrée.

En définitive, les noms propres sont comme les faits la charpente de l'histoire ; il faut bien les prendre souvent comme base de ses divisions secondaires, tout en ayant soin de trouver des caractères généraux qui servent de cadre à ces figures.

Il faut sans doute se souvenir du mot d'Ern. Plater : *Idearum notionumque vicissitudines plus quam hominum vitas exigit historia medicinæ* ; mais il ne faut pas, sous prétexte de se montrer plus *philosophique*, tomber dans d'obscures abstractions, et laisser dans l'ombre tout un côté de l'histoire, qui en est pour ainsi dire le corps, si les idées en sont l'âme.

J'éprouve d'ailleurs, je l'avoue, une certaine défiance pour ces grands mots d'*histoire philosophique*, de *conceptions larges* qui dominent les faits et les embrassent dans leur généralité. Trop souvent l'ignorance se cache derrière cet appareil pompeux. L'histoire est encore si peu avancée qu'il faut l'étudier dans ses plus petits détails. Ne trouvez rien d'inutile ni d'oiseux, feuilletez les manuscrits, lisez et relisez les vieux livres, consultez les monuments de toute espèce et de tout âge ; alors vous aurez le droit de parler de philosophie de l'histoire. Quant à moi, je désire rester dans la voie pragmatique et critique, et je m'estimerai fort heureux si je puis apprendre et mettre en relief les faits les plus importants ; si j'arrive à les exposer dans un ordre logique, de façon à faire ressortir leur enchaînement, à marquer leur véritable place, à déterminer leur degré d'influence sur la marche de la science ; enfin si je parviens à tirer une véritable *morale* de l'histoire, en mettant le lecteur en état d'apprécier les progrès qu'une époque a faits sur une autre, et de juger de l'état actuel de la médecine.

— Parmi les chirurgiens inscrits pour le prochain concours de clinique externe à la Faculté de médecine de Paris, se trouve M. le professeur Bouisson (de Montpellier). Nous rappellerons à cette occasion que ce savant professeur, d'abord nommé par concours à une chaire de la Faculté de médecine de Strasbourg, est allé ensuite concourir à Montpellier pour la chaire de clinique chirurgicale, où il a été nommé à la suite des épreuves les plus brillantes, et où il professe depuis cinq années.

Sa présence dans le concours qui va s'ouvrir ajoutera un nouvel éclat et un nouvel intérêt à cette lutte, dans laquelle paraîtra l'élite de la jeune chirurgie parisienne.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS DE SEPTEMBRE 1850; par M. le docteur FOLLIN, secrétaire.

(Suite et fin.)

V. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

1° SUR UN CAS DE FAUSSE ARTICULATION, A LA SUITE D'UNE FRACTURE DE L'EXTRÉMITÉ INFÉRIEURE DU CORPS DE L'HUMÉRUS; par M. DÉSIR.

J'ai l'honneur de mettre sous les yeux des membres de la Société un exemple de fausse articulation de l'extrémité inférieure du corps de l'humérus que nous avons observée, M. Rayer et moi, chez un malade mort dans son service à la suite d'une maladie chronique tout à fait étrangère à la fracture.

Mais avant d'exposer les particularités qu'a présentées ce cas, je crois devoir rappeler brièvement ce qu'on a déjà observé relativement à la disposition des fragments dans les cas de non-consolidation des fractures des os longs.

On sait que, dans ces derniers temps, M. Norris a admis quatre variétés de pseudarthroses (1).

« PREMIÈRE VARIÉTÉ. — Les fragments sont entourés d'une tumeur cartilagineuse dans laquelle l'ossification ne s'est point encore faite, il y a plutôt retard qu'absence de consolidation, et le repos et la compression suffisent généralement pour la déterminer.

» DEUXIÈME VARIÉTÉ. — Les fragments sont tout à fait désunis, extrêmement mobiles sous les téguments, et leurs bouts semblent même avoir subi une sorte d'atrophie. Le membre est incapable de remplir ses fonctions.

» TROISIÈME VARIÉTÉ.—L'union s'est faite par l'intermédiaire d'un tissu fibreux plus ou moins long, fort épais, tantôt tenant les fragments très-rapprochés; tantôt leur permettant des mouvements de flexion très-étendus. Les bouts des fragments ont été plus ou moins arrondis par l'absorption; d'autres fois ils restent aiguisés en pointe, mais le canal médullaire est toujours oblitéré à leur surface.

» QUATRIÈME VARIÉTÉ. — Il peut s'établir une véritable diarthrose, constituée par une capsule fibreuse, dense et forte, lisse à l'intérieur et renfermant un liquide analogue à la synovie. Les bouts des fragments sont arrondis et polis, dans quelques cas absorbés, dans d'autres recouverts de cartilages et d'une membrane synoviale. »

De ces quatre variétés, les deux premières ne constituent réellement pas des pseudarthroses, qui, suivant moi, ne forment que deux séries bien distinctes.

La première comprend les cas dans lesquels les fragments sont unis par une espèce de ligament, allant de l'un à l'autre, sans capsule articulaire et sans cartilage de nouvelle formation.

La deuxième comprend les cas dans lesquels les fragments sont unis par une véritable capsule articulaire, et les surfaces des fragments enduites ou non de cartilages.

Les observations de Boyer se rapportent à la première de ces deux séries. Il s'exprime ainsi (2) :

« Dans les cas de non-consolidation des fractures des os longs, les extrémités des fragments s'arrondissent, se couvrent d'une substance fibreuse, semblable à un périoste épaissi, et il se forme ce qu'on appelle une articulation contre nature. Dans cet état, la forme des fragments et la manière dont ils se correspondent varient; mais je n'ai jamais rien trouvé dans leur disposition qui pût être comparé à une articulation : ni ligament orbiculaire, ni surfaces lisses et cartilagineuses. J'ai toujours trouvé, au contraire, dans les articulations contre nature du fémur et de l'humérus que j'ai eu occasion de disséquer, une substance fibreuse et comme ligamenteuse qui s'étendait d'un fragment à l'autre; et il est très-probable qu'il en est de même, à quelques modifications près, de tons les autres cas que je n'ai point vus. »

Mais Boyer s'exprime, dans un autre passage, d'une manière moins absolue (3) :

« Dans les articulations contre-nature, les fragments quelquefois arrondis, et d'autres fois pointus, sont unis entre eux par une substance cellulense et ligamenteuse, mais leur surface n'est point converte d'une substance lisse et comme cartilagineuse, et il n'existe pas toujours non plus de ligament orbiculaire. Il s'est convaincu de cette vérité par la dissection de plusieurs fractures non consolidées dont il avait conservé les fragments dans son cabinet. »

Lancenbeck, cité par Sam. Cooper (4), dit aussi qu'il conserve une mâchoire inférieure et un olécrâne dont les fractures ne sont pas consolidées et dont les fragments sont unis par une substance semblable à un ligament.

Mais d'autres observateurs ont vu à la suite de fractures non consolidées des articulations de nouvelle formation plus ou moins analogues à des articulations normales. Ainsi Sam. Cooper (5) dit qu'il existe dans la collection de Hunter une fausse articulation des os de l'avant-bras dans laquelle la ressemblance avec une articulation naturelle est frappante.

(1) Malgaigne, TRAITÉ DES FRACTURES, in-8°, 1847, t. I, p. 158.
(2) Boyer, TRAITÉ DES MALAD. CHIRURG., 1831, t. III, p. 102.
(3) Ibid., p. 95.
(4) DICT. DE CHIRURG., traduct. franç., t. 1, p. 480.
(5) DICT. DE CHIRURG. PRAT., t. I, p. 480.

Longtemps avant, Fabrice de Hilden avait rapporté un cas à peu près semblable (dans l'observation 91 de la centurie 3°).

Sylvestre avait fait part à Bayle d'un cas analogue, mais moins bien caractérisé (1).

M. Lagout a montré à la Société anatomique, en 1845, l'humérus d'un homme de quarante-cinq ans environ qui s'était fracturé le bras gauche dans la partie inférieure. « La fracture était oblique de haut en bas et d'arrière en avant; cette fracture fut soumise à un traitement peu approprié. La consolidation ne se fit pas; le malade se remit à ses travaux. Mais bientôt des accidents inflammatoires survinrent, des plaies, des ulcérations se formèrent. La mobilité anormale du membre persista, et une amputation fut nécessaire. Autopsie de la pièce. Point de consolidation, les deux fragments sont recouverts de substance cartilagineuse, une capsule fibreuse réunit les deux fragments, il semble qu'une synoviale se soit formée sur cette nouvelle articulation. L'articulation normale a conservé sa mobilité. »

Kunholtz, Ev. Home et plusieurs autres observateurs ont vu cette variété de fausse articulation, et Breschet, sur neuf fausses articulations obtenues dans ses expériences sur les chiens, en a trouvé six avec une cavité articulaire.

M. Malgaigne dit qu'il en a obtenu deux sur un vieux chien auquel il avait rompu le radius et le cubitus; les capsules étaient fort épaisses, les bouts des os étaient recouverts d'une couche chagrinée, blanche, molle, très-analogue aux cartilages passés à l'état fibreux.

Le cas que je mets sous les yeux de la Société est un nouvel exemple de fausse articulation munie d'une capsule fibreuse, et dans laquelle le fragment supérieur est garni d'une couche comme cartilagineuse; mais ce fait se distingue de ceux que je viens de rappeler par une circonstance particulière. Dans ce cas, la fausse articulation n'est pas constituée par les deux extrémités des fragments de l'os fracturé : le fragment supérieur se trouve uni par une capsule fibreuse avec la partie supérieure du condyle externe de l'humérus qui offre dans ce point une dépression correspondante à l'extrémité du fragment supérieur de l'humérus. Le fragment inférieur très-court est atrophié, il est situé en dedans de la fausse articulation avec laquelle il est uni par une production fibro-celluleuse.

L'aspect de la pièce résulte des circonstances suivantes : La capsule a été ouverte en avant suivant sa longueur; en haut et en bas elle a été détachée en partie de la circonférence du bout du fragment supérieur et de la surface articulaire creusée sur le condyle. Par le fait de la dessiccation de la capsule, l'extrémité du fragment supérieur qui, sur la pièce fraîche, pouvait toucher la partie inférieure de l'humérus, s'en trouve éloignée de plus de 4 centimètres. Cette extrémité du fragment supérieur offre à noter l'oblitération du canal médullaire par de la substance compacte, et elle est terminée en une pointe obtuse, arrondie, qui était recouverte de cartilage. La portion du condyle avec laquelle le fragment supérieur était en contact était aussi revêtue d'une couche fibro-cartilagineuse. La portion du corps de l'os restée sur l'extrémité inférieure après la fracture est aussi atrophiée : elle n'a pas la cinquième partie de l'épaisseur du corps de l'humérus.

Il est probable que la fracture avait eu lieu en biseau, et que l'action musculaire avait déterminé le déplacement du fragment inférieur en haut et en dedans, d'où résultait le contact de la pointe du fragment supérieur sur le condyle externe, ce qui a empêché la réunion et produit la fausse articulation, avec cette particularité sur laquelle j'ai cru devoir appeler l'attention de la Société.

2° DILATATION DE L'URETÈRE ET DU REIN GAUCHES; par M. LABOULBÈNE.

M. Laboulbène met sous les yeux des membres de la Société, un rein et un uretère droits recueillis sur un malade qui a succombé à un cancer utérin.

Le col de l'utérus était entièrement détruit, et les ganglions lymphatiques pelviens étaient en grande partie cancéreux. L'un d'eux comprimait l'uretère gauche, et ne laissait à l'urine qu'un passage extrêmement étroit, admettant à peine une soie de sanglier. L'uretère adhérant aux ganglions et faisant corps avec lui, est dilaté jusque auprès du rein. Fendu et étalé, il offre une circonférence moyenne de $0_{m},045$; mais au-dessus du point rétréci elle s'élève à $0^{m},06$.

Le bassinet se continue avec l'uretère, sans démarcation de volume; enfin, le rein est au moins du double plus volumineux que celui du côté opposé, qui est à peine hypertrophié, et du reste tout à fait normal.

Le rein malade, fendu sur sa partie convexe, présente une dilatation considérable des calices, avec atrophie de la substance corticale. Les mamelons sont larges, à peine saillants, les pyramides de Malpighi semblent affaissées et ont plus de largeur que de hauteur.

Le fait de la grande largeur des pyramides s'explique très-bien par la dilatation des calices. L'urine, accumulée dans le rein, a refoulé l'intervalle de la pyramide de Malpighi; alors la substance corticale, s'éloignant de sa place normale pour se porter plus en dehors, les tubes urinifères rectilignes se sont écartés les uns des autres, surtout auprès des mamelons.

La substance corticale présente la coloration *chair de veau*; les tubes rectilignes sont plus rouges. La muqueuse des calices et de l'uretère est uniformément d'un gris pâle.

Le malade n'avait jamais accusé de gêne dans l'émission des urines, ni de douleurs lombaires du côté droit.

VI. — PATHOLOGIE.

1° IDIOTIE, ALTÉRATION DE LA GLANDE PINÉALE; par M. SCHNEPP.

Le 23 juillet 1850, est entré dans la salle Saint-Pierre, n° 29 (Hôtel-Dieu),

(1) NOUVELLES DE LA RÉPUBLIQUE DES LETTRES, juillet 1785, p. 718.

service de M. Honoré, une fille âgée de 29 ans, née à Paris et y demeurant toujours, enceinte de sept mois environ. Sa taille est moyenne, son teint pâle, chlorotique, sa santé générale bonne; sa démarche, ses mouvements, d'abord gênés, prirent bientôt plus de naturel, et nous permettent de l'observer plus sûrement.

Un visage régulièrement ovoïde et des traits assez fins perdent tout leur charme par un rire ou sourire presque continuel qui lui donne un air niais, hébété, et suspecte tout d'abord son intelligence; l'œil est noir, brillant, la vue est très-bonne, l'ouïe est dure, et dans certains moments la jeune femme n'entend presque pas. Des parents nous assurent qu'il en a toujours été ainsi depuis qu'elle est au monde. Les personnes étrangères qui lui adressent des demandes, n'obtiennent d'autre réponse qu'un sourire niais; celles qui lui sont familières lui arrachent des phrases par des monosyllabes; la religieuse, de même que les filles de service, sont tutoyées indistinctement; l'idiote ne semble connaître que deux personnes : tu et moi. Le son de sa voix est normal; l'articulation brève, saccadée et incomplète des syllabes, exige une certaine étude pour saisir le sens des mots. Ses réponses traduisent assez nettement les impressions qu'elle reçoit; ses actions sont guidées souvent par un calcul et accomplies avec assez d'adresse et d'agilité; la mémoire y a peu de part; c'est avec grand'peine qu'on lui rappelle un fait arrêté la veille, à moins, toutefois, qu'il s'agisse d'une friandise, d'un mets qu'elle aime et qu'on lui a promis. Elle n'est pas moins poltronne, craintive de la douleur, qu'elle n'est gourmande. Ses facultés affectives ne paraissent éveillées que momentanément; ainsi elle est bien sensible à la visite de sa mère et d'autres parents, et elle est péniblement affectée de ce qu'une jeune amie, une cousine, ne vient pas la voir; mais la distraction de l'hôpital l'arrache facilement à cette tristesse; elle ne sait ni lire ni écrire, et j'ignore si l'on a fait des tentatives pour l'instruire; les soins de sa personne l'occupent; elle est assez propre, et elle est d'une certaine utilité dans le service. Nous apprenons que, dans son enfance, cette fille était moins propre, plus obtuse, timide, joueuse et rieuse. Si les menstrues, apparues dans sa dix-neuvième année, ont peu stimulé, élevé ses facultés, elles ont éveillé des passions vives dont la vigilance maternelle n'a pas toujours triomphé. Personne dans sa famille n'est atteint de trouble dans l'intelligence.

Le 18 septembre, cette malheureuse devient mère d'un enfant à terme; ses couches se font naturellement, cependant elle accusait des douleurs atroces, et une faible hémorrhagie suit la délivrance : elle s'arrête d'elle-même. Tout allait bien; il n'y avait point eu de fièvre de lait lorsque, le quatrième jour, elle est prise d'un frisson, de douleurs abdominales, d'une accélération très-grande du pouls et d'autres symptômes de la fièvre puerpérale. Une application de sangsues est suivie d'un amendement de douleurs abdominales, mais la fièvre persiste; le calomel, donné à doses fractionnées (10 centigrammes en 20 prises), produit une révulsion sur le tube digestif; les selles deviennent liquides, verdâtres et très-fréquentes le deuxième jour, sans que la muqueuse buccale soit attaquée. Le troisième jour le pouls est descendu de 150 à 125 pulsations : le calomel est supprimé; le faciès se grippe, la respiration s'accélère en même temps que la circulation; le ventre est souple, indolent; la diarrhée se tarit, et trois jours plus tard la malade est morte (le 29 septembre.)

Autopsie. — 36 heures après le décès. Abdomen, péritoine sains, la cavité péritonéale normale ne renferme ni sérosité ni fausse membrane; la face libre du péritoine viscéral est un peu plus sèche, gluante; le tube digestif n'offre rien de particulier, si ce n'est que, dans la dernière portion de l'iléon, les glandules solitaires sont saillantes, sous forme d'assez fortes têtes d'épingles, d'une coloration blanche, laissant suinter une mucosité trouble quand on les perce, effet que nous croyons devoir attribuer au mercure. L'utérus revenu à peu près à son volume normale ne s'élève pas au-dessus du bassin; son parenchyme est d'un rose pâle, normal, un détritus fétide est implanté sur la face interne de la paroi postérieure; les ovaires, les veines et les lymphatiques qui rampent dans les ligaments larges, n'offrent rien de particulier.

Le foie est pâle, mais ne présente rien à signaler, la même chose a lieu pour les veines.

La cavité thoracique ne nous offre rien d'anormal. Les articulations des membres n'ont pas été ouvertes.

Cavité crânienne. — Méninges normales. Les circonvolutions du cerveau sont bien prononcées, les lobes cérébraux remplissent bien la cavité encéphalique, la substance cérébrale a une consistance normale.

En arrivant au ventricule moyen, je fus frappé par l'absence de la glande pinéale. En effet, derrière ce ventricule on trouve sur le bord saillant de la commissure postérieure du cerveau limitant le ventricule en ce point, deux concrétions dures, pierreuses, résistantes, rugueuses au toucher; c'est de ce point que partent en avant les habenæ, et ils sont un peu distants l'un de l'autre par un espace que la glande pinéale occupe ordinairement; deux tractus blancs s'étendent en arrière de ces points vers les nates, circonscrivant ainsi une fossette qui me paraît beaucoup plus profonde et plus marquée qu'à l'état ordinaire.

Les concrétions dont je viens de parler sont évidemment formées en partie de carbonate calcaire auquel elles doivent leur dureté, car depuis huit jours que cette pièce est conservée dans de l'eau aiguisée avec l'acide azotique, les concrétions ont perdu leur dureté et leur surface rugueuse, et si ce n'était leur forme globulaire et leur teinte jaunâtre, on les méconnaîtrait peut-être. Elles ne renfermaient donc pas de phosphate, car l'acide nitrique n'aurait pas chassé l'acide phosphorique aussi aisément et aussi complétement.

Le cervelet ne présente rien de particulier.

Tels sont les renseignements que je puis joindre à la pièce anatomique que j'ai l'honneur de soumettre à l'appréciation des membres de la Société.

2° D'UNE AFFECTION CONVULSIVE CONSÉCUTIVE A LA SECTION TRANSVERSALE DE LA MOELLE ÉPINIÈRE; par M. BROWN-SÉQUARD.

M. Brown-Séquard a constaté que l'affection convulsive, dont il a annoncé l'existence chez les animaux ayant eu une moitié latérale de la moelle coupée transversalement (1), survient aussi chez les cochons d'Inde auxquels on a coupé transversalement toute la moelle épinière à la région dorsale ou lombaire. Sur sept animaux mis en expérience, cinq ont été atteints de cette affection convulsive, de neuf à vingt jours après la section transversale complète de la moelle épinière. La maladie a été en augmentant depuis plusieurs mois que l'opération est faite. Les accès ont lieu sous l'influence d'une émotion ou d'une douleur. Les convulsions sont surtout violentes dans les muscles de la face et du cou; elles n'existent pas dans le train postérieur qui est paralysé. Les accès durent huit ou dix minutes. Ils sont d'autant plus violents que l'animal est resté plus longtemps sans en avoir. (Séance du 24 août.)

(1) Voyez les Comptes rendus de la Société de biologie, n° 6, juin 1850, p. 105.

BIBLIOGRAPHIE.

RECHERCHES SUR LA CONTAGION DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE ET PRINCIPALEMENT SUR LES CIRCONSTANCES DANS LESQUELLES ELLE A EU LIEU; par JOSEPH PIEDVACHE, médecin de l'hôpital de Dinan (Côtes-du-Nord). (Mémoire couronné par l'Académie nationale de médecine dans la séance publique du 11 décembre 1849). — In-4° de 140 pages. — Paris, 1850. Chez J.-B. Baillière.

« Les hommes sont trop nominaux, a dit un auteur dont le nom nous échappe; quand leur oreille est frappée d'un mot qu'ils connaissent, ils croient le comprendre, quoique souvent ils n'en comprennent rien. » C'est en effet pour avoir attaché aux mots contagion, transmission, transmissibilité d'une maladie, une signification beaucoup plus absolue que celle qu'ils doivent avoir en réalité, et pour avoir fait de la contagion un attribut en quelque sorte essentiel, une condition exclusive de l'existence de certaines maladies, qu'on a vu se perpétuer des discussions sans fin et s'ajourner indéfiniment la solution d'une question que les faits se sont chargés de résoudre eux-mêmes du moment où on les a examinés sans prévention, dans toute la simplicité de leur manifestation, mais aussi avec toutes les circonstances propres à mettre en relief le point en contestation.

Il suffisait de transposer les termes de la question; au lieu de dire : la fièvre typhoïde est-elle contagieuse? de se demander si elle *peut* être contagieuse et *dans quelles conditions* peut se manifester cette propriété, pour mettre d'accord les faits en apparence contradictoires invoqués de part et d'autre pour ou contre l'hypothèse de la transmissibilité constante ou absolue. L'Académie de médecine au sein de laquelle cette question a été si souvent agitée et où l'on a vu se produire à ce sujet des opinions si diverses et si diamétralement opposées, aura à nos yeux le mérite d'en avoir singulièrement facilité la solution, par les termes mêmes dans lesquels elle a formulé la question de la contagion de la fièvre typhoïde qu'elle a mise au concours pour l'année 1849, et en demandant aux concurrents de spécifier, dans le cas où ils résoudraient cette question affirmativement, les circonstances dans lesquelles la contagion a lieu. Nous n'hésitons pas, en effet à considérer la question comme résolue, à ce point de vue, par l'excellent mémoire que l'Académie a couronné et dont nous allons essayer d'esquisser rapidement l'analyse.

M. Piedvache élaguant comme oiseuse dans cette circonstance toute discussion sur la contagion en général, a considéré son sujet comme une question particulière dont la solution ne pouvait être fournie que par des faits et qui devait par conséquent être étudiée indépendamment de toute théorie générale. Cependant, comme il fallait bien recourir forcément aux mots *contagion*, *infection*, *miasmes*, mots qui ont été l'objet de tant d'interprétations diverses, et qui ont fait le sujet de tant de discussions, il lui a bien fallu dire dans quel sens il employait ces expressions et quelle était la portée exacte qu'il assignait à chacun d'eux. Il emploie le mot *contagion* dans sa signification la plus large et la plus étendue, désignant sous ce nom toute transmission de la maladie d'un individu malade à un individu sain, quel que soit le mode suivant lequel elle s'opère, admettant d'ailleurs comme juste la distinction généralement établie entre la contagion immédiate par contact ou par inoculation, et l'infection ou la contagion médiate qui s'opère à distance et sans contact immédiat entre le malade et celui qui lui transmet sa maladie. Mais comme on peut douter, bien que ces deux modes de transmission soient distincts, qu'ils résultent en réalité d'une différence

dans la nature du principe contagieux, et que, dans tous les cas, il serait fort difficile de faire la part de l'un et de l'autre, l'auteur s'en tient à l'acception la plus commune et la plus large.

Les termes ainsi définis, l'auteur, conformément au programme de l'Académie, s'occupe d'abord de rechercher si la fièvre typhoïde est susceptible de se transmettre d'une personne à une autre, et dans le cas de l'affirmative, dans quelles circonstances s'opère cette transmission, quelles sont celles qui la favorisent, celles qui s'y opposent.

Disons tout d'abord que pour M. Piedvache, la fièvre typhoïde est contagieuse. Les recherches qui l'on conduit à cette conclusion ont pour base l'observation de 452 cas recueillis à ce point de vue dans un espace de neuf années. Il range dans quatre classes les faits où il a reconnu la contagion.

Dans la première, il s'agit de faits où la fièvre typhoïde, après avoir attaqué un individu, atteint successivement les autres membres de la même famille. Dans toutes les observations rapportées sous ce titre, on voit la reproduction du même fait : Un premier individu est atteint, le plus souvent sans avoir communiqué avec aucun autre malade, et à une époque ordinairement avancée de l'affection de ce premier malade; d'autres membres de la même famille, vivant dans le même appartement, sont successivement atteints à leur tour. L'auteur a constaté ce fait dans les quatre cinquièmes de ses observations et avec cette circonstance, qu'il est important de noter pour aller au devant des objections si souvent reproduites de simples coïncidence ou d'une influence locale commune ; que, dans tous les cas, les habitations voisines de celles où le fait se passait, bien que placées identiquement dans les mêmes conditions et sons les mêmes influences, étaient complétement à l'abri de semblables atteintes, et que les sujets atteints ne l'étaient jamais simultanément, mais successivement et presque toujours à un intervalle de trois semaines ou d'un mois.

Dans la deuxième catégorie, c'est un individu atteint de fièvre typhoïde, et qui, transporté dans sa famille habitant un lieu où elle ne règne pas, lui communique sa maladie. Les faits que M. Piedvache rapporte dans cette série présentent, comme les précédents, cette circonstance commune que la fièvre typhoïde a attaqué presque tous les membres d'une même famille, mais ici avec cette particularité qui exclut l'idée d'une influence locale possible, que le développement de la fièvre typhoïde dans tous ces cas a suivi d'une manière constante l'arrivée récente du malade.

Le troisième ordre de faits est relatif au cas d'un individu atteint de fièvre typhoïde transmettant sa maladie aux personnes qui lui donnent des soins, tandis que le reste de la famille ou de l'entourage du malade n'en est pas atteint. Huit observations de ce genre montrent des gardes-malades, des parents qui après avoir donné des soins à des personnes atteintes de fièvre typhoïde et avoir par conséquent vécu pendant un temps plus ou moins long dans l'atmosphère du malade, et de plus en contact immédiat avec lui, ont contracté la maladie.

Enfin, dans la quatrième classe se trouvent les observations relatives à ce dernier ordre de faits, savoir : une garde-malade à qui s'est communiquée la fièvre typhoïde et qui la transmet à son tour, circonstance qui met en relief la migration de la maladie de maison en maison, de hameau en hameau, de commune en commune, en un mot le transport de la maladie d'un lieu à un autre par l'intermédiaire de personnes qui ont soigné des malades.

Les faits rapportés par M. Piedvache, au nombre de 60, comprennent 424 fièvres typhoïdes, et sur le chiffre total de 452 cas qu'il a observés depuis qu'il a commencé ses recherches, 411 l'ont transmise ou ont été le produit de la transmission, cause ou effet, par conséquent. Jusqu'ici c'est l'expression pure et simple des faits qu'expose M. Piedvache. Nous avons vu qu'il en concluait hardiment à la contagion de la fièvre typhoïde; contagion qui lui paraît suffisamment démontrée par le concours des circonstances suivantes, savoir : qu'on voit la fièvre typhoïde se propager successivement d'un individu aux autres membres de la famille, et suivre dans cette propagation un ordre constant, laissant toujours un intervalle de quelques semaines entre l'invasion de la maladie dans le premier cas et dans ceux qui le suivent; qu'on le voit par ces attaques successives durer trois mois, quatre mois et même plus dans la même maison; que l'arrivée d'un malade dans une localité où il n'y avait aucun cas de fièvre typhoïde, devient pour sa famille et pour ceux qui lui donnent des soins le point de départ de nouvelles fièvres typhoïdes ; que dans un hameau il n'y a de malades que dans les maisons habitées par les familles qui ont eu des rapports intimes avec les premiers malades; que les personnes qui soignent les malades sont seules atteintes ; que, de retour dans leurs familles, les personnes qui sont allées soigner les malades y transportent la fièvre typhoïde.

Il est difficile, si l'on rapproche ces observations des faits qu'ont publiés depuis longtemps déjà et à diverses époques MM. Bretonneau, Gendron, Leuret, Patry, Putégnat, Lombard, Jacquez et tant d'autres bons observateurs de province, qui ont tous conclu dans le même sens, de ne pas conclure comme eux. Mais comment concilier ces résultats avec les faits presque constamment négatifs constatés par les médecins des grandes villes et notamment ceux de Paris? L'auteur, loin de dissimuler cette difficulté l'a abordée hardiment.

Remarquant que la maladie était quelquefois contagieuse, que d'autres fois elle ne l'était pas, qu'elle l'était presque toujours à la campagne, rarement dans les villes, M. Piedvache a voulu remonter à la cause de cette apparente contradiction des faits. Il a comparé, en conséquence, la situation respective des malades des villes et des malades de la campagne, et il a recherché dans quelles conditions se trouvaient placées, dans les cas où la contagion avait été manifeste, et le malade qui a transmis la maladie et celui qui l'a reçue. Or, il résulte de cette comparaison, que pour les malades de la campagne il existe un concours de circonstances qui se reproduit d'une manière presque constante, et qu'on retrouve rarement réunies chez les malades des villes. Ces circonstances se résument : du côté du malade, dans le défaut de renouvellement de l'air au milieu duquel il vit; du côté de celui à qui se transmet la maladie, dans un séjour plus ou moins prolongé dans cet air non renouvelé, et principalement pendant la nuit, si ce n'est toute la journée; et enfin, accessoirement, dans le défaut de propreté et l'inobservance, si commune dans les campagnes, des plus simples précautions hygiéniques.

Une preuve des plus péremptoires, aux yeux de M. Piedvache, que ces circonstances sont réellement nécessaires pour que la contagion ait lieu, c'est qu'il l'a vue manquer toutes les fois qu'elles manquaient aussi, et que, dans les rares circonstances où la contagion a été constatée dans les villes, les sujets atteints par l'infection s'étaient exceptionnellement trouvés dans les conditions communes aux malades des campagnes.

Ces faits portaient à supposer que le principe contagieux de la fièvre typhoïde a besoin d'être concentré pour agir efficacement. Sobre d'explications et d'interprétations théoriques, M. Piedvache n'avance à cet égard qu'avec réserve l'hypothèse d'un miasme dégagé par le malade, hypothèse qui permet de rapprocher ces phénomènes d'autres faits analogues que présente la pathologie, entre autres des intoxications que produisent les matières animales et végétales en décomposition. Peu actif, le miasme typhoïde ne pourrait agir, d'après cette hypothèse, qu'à la condition d'être à un certain état de concentration. Telle serait la cause qui rendrait nécessaires les conditions hors desquelles la contagion n'a point lieu.

En définitive, les conclusions que M. Piedvache déduit de ses recherches, sont celles-ci :

1° La fièvre typhoïde est contagieuse.

2° Pour que la contagion ait lieu, certaines conditions sont nécessaires.

On vient de voir quelles sont ces conditions.

Ces conclusions, déduites avec intelligence d'un grand nombre de faits observés spécialement au point de vue de l'étude de la contagion, formulées avec toutes les réserves et avec les restrictions que commandaient la nature même du sujet et une analyse délicate de toutes les circonstances qui y sont afférentes, si elles ne sont l'expression exacte et complète de la vérité, peuvent être considérées tout au moins comme la solution la plus satisfaisante qui ait été donnée jusqu'ici de cette difficile et importante question. De semblables conclusions ne doivent point rester stériles pour l'avenir, elles renferment implicitement des conséquences pratiques que l'auteur n'a pas manqué de faire ressortir, et sur lesquelles, en terminant, nous appellerons avec lui l'attention des praticiens, ainsi que celle de l'autorité, dont les efforts réunis peuvent seuls concourir à en faire bénéficier un jour les habitants des campagnes.

VARIÉTÉS.

— La liste d'inscription pour le prochain concours de clinique chirurgicale a été close vendredi dernier au soir. Les candidats inscrits sont :

MM. Bouisson (de Montpellier),	MM. Michon,
Chassaignac,	Morel-Lavallée,
Després,	Nélaton,
Giraldès,	Richet,
Gosselin,	Robert,
Jarjavay,	Sanson,
Maisonneuve,	Voillemier.
Marchal (de Calvi),	

— M. Bérard, doyen de la Faculté de médecine, et M. F. Dubois viennent d'être nommés membres d'une commission instituée pour l'examen des questions relatives à la caisse des retraites pour la vieillesse.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DES SCIENCES : LA ZOOLOGIE ET LA PHYSIOLOGIE COMPARÉE. — SÉANCE ANNUELLE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE : DANGER DES ANESTHÉSIQUES.

Les difficultés soulevées par la succession de M. de Blainville à l'Académie des sciences sont encore loin d'être aplanies. Déjà la GAZETTE MÉDICALE en a dit quelques mots, moins pour venir au secours de la situation que pour maintenir les droits des médecins qui aspirent à cette succession. Comme il arrive souvent, les intérêts des personnes ont un peu fait oublier les intérêts des choses; si bien que la section est restée longtemps à attendre une bonne inspiration qui l'aidât à sortir d'embarras. A Dieu ne plaise que nous, humbles plébéiens de la science, nous ayons la prétention de la lui suggérer ! Mais en attendant que les oracles aient parlé, nous pouvons deviser de la question et répéter ce qui s'en dit sur la place publique.

La difficulté est celle-ci : la section de zoologie, créée en vue de renfermer des zoologistes, c'est-à-dire des naturalistes qui s'occupent surtout de la description et du classement des animaux, doit-elle admettre dans son sein des hommes qui n'ont pas travaillé dans cette direction, par exemple des anatomistes et des physiologistes? Pour les premiers, la difficulté ne paraîtrait pas en être une, car la section porte également le titre de section d'*anatomie* et de *zoologie;* mais à l'origine l'anatomie n'était pas ce qu'elle est devenue depuis par l'anatomie comparée des animaux. Pour les seconds, la difficulté est entière; car jusqu'ici la physiologie, écartée de la section de zoologie, a été reléguée dans la médecine et la chirurgie. Cela se comprend : les physiologistes étaient des médecins, et ils s'occupaient surtout de la physiologie de l'homme. Cependant la science a marché. Nous avons montré, dans un de nos précédents numéros, comment, en vue des progrès de la physiologie humaine et générale, il était peut-être temps de songer à constituer pour les physiologistes une section à part, qui permît à la médecine proprement dite d'être plus largement représentée, et à la physiologie de voir s'agrandir son cadre académique en raison de l'importance de ses progrès et du nombre de ses travailleurs. Cette idée, dont nous n'avons que le faible mérite d'être les promoteurs, a été accueillie par quelques personnes comme une mesure d'avenir; mais par cela même qu'elle touche à l'organisation de l'Académie, elle n'a en et elle ne pouvait avoir aucune influence effective, si ce n'est peut-être de servir de fin de non-recevoir pour écarter les candidats physiologistes. Cependant quelques personnes, inspirées par le besoin de réalisations plus immédiates, se sont demandé pourquoi la zoologie répudierait la physiologie, surtout accolée qu'elle est déjà à l'anatomie. La réponse ne s'est pas fait attendre, et nous dirons sans préambule que ces mêmes personnes alleguent des motifs qui nous ont paru aussi légitimes que sérieux. La connaissance des animaux, disent-elles, a pu se borner, au début, à la notion de leurs formes et de leurs caractères extérieurs; c'était l'époque de Buffon. On a bientôt compris qu'il fallait ne pas s'arrêter aux apparences et aux surfaces, et on a pénétré dans l'intérieur des animaux; on a étudié leurs caractères anatomiques : ce fut l'époque de Daubenton agrandie et complétée par Geoffroy Saint-Hilaire. La première école faisait de la zoologie, la seconde de la zootomie. Après ces deux manières d'étudier les animaux, n'y avait-il plus rien à faire ? C'est ce que pensent certaines personnes; mais il en est d'autres et nous sommes de ce nombre, qui croient que pour compléter la notion zoologique, il faut ajouter à la connaissance des formes et des organes la connaissance des fonctions, c'est-à-dire la relation des formes avec le but auquel elles sont destinées. A ce point de vue la physiologie comparée serait le complément de la zoologie proprement dite et de l'anatomie comparée; ou en d'autres termes, la zoologie, envisagée dans son sens le plus large, comprendrait ces trois aspects de l'étude zoologique. Jusqu'à présent, il faut le reconnaître, la science est loin d'avoir rempli ce programme. La physiologie comparée n'est nulle part même à l'état d'ébauche. Quelques essais particuliers ont tout au plus laissé soupçonner l'avènement encore éloigné de cette période. C'est pour cela sans doute que les partisans de la zoologie pure ne se sentent guère disposés à partager la place avec une puissance presque encore à naître; et ils en concluent que l'Académie fera sagement de choisir le successeur de M. de Blainville parmi les zoologistes, et au plus parmi les zootomistes.

Nous avons toutes sortes de motifs pour respecter les résolutions de la section de zoologie ou de l'Académie. La première et la meilleure, celle qui nous dispense des autres, c'est que tous nos efforts et toutes nos raisons n'y feraient rien. Mais si nous avons le sentiment de notre impuissance dans le présent, peut-être, et ceci est dans le vrai rôle de la presse, sommes-nous fondé à espérer que nos remarques sur la physiologie comparée comme complément nécessaire de la zoologie ne seront pas perdues pour l'avenir.

Une des erreurs du temps a été de croire que l'anatomie du cadavre pouvait conduire à des notions sérieuses et élevées. Cette lettre morte de la science a permis tout au plus de constater, d'éplucher, de compléter des idées de rapport, de cause et de force, qui ne sont survenues certainement qu'à la contemplation des phénomènes de l'organisme en fonction. Instrument de vérification, instrument précieux, sans doute, l'anatomie n'est par elle-même qu'un moyen, qu'une méthode au service de ceux qui savent la féconder. L'expérience des quinze ou vingt dernières années dispense de toute démonstration à cet égard. Cependant la plus simple réflexion montre que, dans une autre voie, il serait possible de moissonner à pleines mains ce qu'on ne fait que glaner ailleurs. L'étude de la physiologie comparée, comprise comme elle doit l'être, est, suivant nous, cette nouvelle mine de la science. Pour cela il ne faudrait pas, comme on l'a fait jusqu'ici, séparer la comparaison des résultats de la comparaison du mécanisme à l'aide duquel ils sont produits, et surtout scinder la considération des parties de celle de l'ensemble auquel elles appartiennent. Les ressemblances ou les différences aperçues à ce double point de vue ne sont que partielles, qu'extérieures et incomplètes. Par exemple, la respiration d'un animal ne diffère pas de celle d'un autre animal par la forme et la structure de son thorax et de ses poumons seulement, mais aussi par la différence de l'étendue relative du champ respiratoire, des agents musculaires et des leviers auxquels ils s'insèrent, et surtout par la mise en action de chacun et de l'ensemble de ces moyens. On n'a pas jusqu'ici, que nous sachions, envisagé la physiologie comparée sous ce point de vue, sous le point de vue de la *comparaison des mécanismes fonctionnels;* et cela, sans aucun doute, parce que l'étude anatomique des organismes a été bien plus suivie sur le cadavre que sur le vivant.

Autre point de vue.

Déjà un des maîtres contemporains de l'anatomie philosophique a si-

---

Feuilleton.

CHRONIQUE MÉDICALE.

Mort de M. Hippolyte Royer-Collard. — Éloge de Richerand, par M. Fréderic Dubois. — L'ours et le chloroforme. — Les moustaches. — Les médecins emprisonnés.

Encore une page de deuil pour la CHRONIQUE ! la mort est une pourvoyeuse de nouvelles diligente et infatigable; elle n'attend pas que la terrre d'une fosse soit séchée pour en ouvrir une autre; et, chose étrange, quoiqu'il n'y ait rien de si commun que ses coups, ils font toujours l'effet d'un événement extraordinaire et imprévu. Qui ne s'attendait, ne devait s'attendre à l'issue inévitable de la longue agonie d'Hippolyte Royer-Collard? Ses confrères, ses amis, sa famille mesuraient jour par jour, et pour ainsi dire heure par heure, la marche fatale du mal; mais cette triste prévision n'a pu, pour aucun de nous, tempérer la douleur et les regrets. C'est qu'il n'y a pas de transition véritable entre la vie et la mort, et que toute mort est en réalité subite.

Les amis qui ont rendu les derniers devoirs à Hippolyte Royer-Collard ont dignement parlé de lui. Ils n'ont rien dit, dans l'entraînement de leur douleur, qui ne puisse être dit encore aujourd'hui et plus tard dans le calme d'une appréciation désintéressée; ils ont rappelé les brillantes facultés de son esprit, l'élévation et la générosité de son caractère, la chaleur et la vivacité sympathique de ses sentiments, car tout cela est de l'homme, et c'est ce qu'ils avaient particulièrement connu et aimé en lui. D'autres en temps opportun apprécieront mieux le savant et le professeur. Cette étude sera très-attachante, quoique, probablement, sans grands résultats. Avec une nature des plus richement douées, une intelligence ouverte, vive, compréhensive, un tour de pensée élevé et philosophique, une curiosité active et entreprenante pour tous les genres d'études, Hippolyte Royer-Collard n'avait pas, à proprement parler, l'esprit scientifique; il manquait du moins de ce qui donne à cet esprit une assiette, une base, une direction déterminée, la vue d'un but à atteindre. Il n'a jamais pu ou voulu spécialiser et, pour ainsi dire, localiser ses recherches et ses méditations. Son intelligence était plus étendue que profonde, très-active en général, mais non laborieuse et patiente. Il avait à un haut degré le sens critique qui fait tout regarder et tout comprendre, mais qui est en général l'opposé du sens inventif qui ne regarde qu'une chose et s'y fixe. Un autre caractère de son esprit était ce goût littéraire, cette recherche de l'élégance et de la forme, empreints dans ses moindres écrits. Il aimait aussi en cela la toilette. Il est possible que cette préoccupation de la forme ait quelquefois fait tort au fond de ses pensées. Il n'y a pas jusqu'à son goût et son aptitude pour les recherches spéculatives et philosophiques qui n'aient contribué à mettre de l'indécision dans ses travaux, car la philosophie vit de généralités, et, devant tout embrasser, nécessairement s'épar-

gnalé dans l'étude comparative des animaux le grand fait de la subordination et de la mutualité des organes : telle forme, telle situation d'organes en commande telle autre. Transportant cette vue à l'étude physiologique des animaux, on aperçoit immédiatement ce que peut apprendre la subordination et la mutualité des fonctions, comme source de caractères zoologiques différentiels. Bien plus, on aperçoit la relation de ces différences partielles avec les différences générales qui existent entre les animaux. La vie qui, dans tel genre, dans telle espèce, s'arrête à dix ou quinze années et se prolonge dans telle autre jusqu'à quatre-vingts ou cent, ne suppose-t-elle pas des différences fonctionnelles générales et particulières corrélatives ? Ces points de vue n'ont besoin que d'être indiqués pour ceux qui y ont réfléchi, et ils suffisent certainement pour montrer combien le champ de la zoologie s'étendrait si celle-ci appelait directement à son secours la physiologie comparée. C'est ce qui arrivera tôt ou tard, sans aucun doute : cette accession constituera, suivant la juste expression d'un éminent confrère, dont nous n'avons fait que commenter l'idée, la période complémentaire de la zoologie. Il serait digne de l'Académie des sciences de hâter ce progrès en attirant à elle les hommes capables de le réaliser.

— Les Académies des sciences et de médecine ont tenu l'une et l'autre cette semaine leur séance annuelle. Nous n'avons rien à dire de la cérémonie de l'Institut où la médecine est intervenue seulement dans la proclamation des prix que la GAZETTE MÉDICALE a déjà mentionnés. Quant à la cérémonie de la rue des Saints-Pères, le feuilleton s'en étant emparé en grande partie et ayant surtout fait main-basse sur le côté récréatif et littéraire, il ne nous reste plus qu'à dire un mot du côté scientifique, représenté par le rapport général de M. le secrétaire annuel sur les prix de 1850.

Ces rapports généraux, destinés à être lus publiquement, sont des résumés des rapports particuliers dont l'Académie croit devoir se procurer l'agrément en comité secret. Dans le comité, on se donne carrière sur les candidatures et les candidats ; on discute au besoin la personne en même temps que l'œuvre. Le résumé a pour objet de faire connaître à ceux qui sont restés jusque-là à la porte, le résultat des délibérations, ayant le choix de la forme et des limites dans lesquelles sera satisfaite la curiosité publique. On peut adopter pour un rapport de cette nature deux procédés. On peut se borner à reproduire les conclusions adoptées par l'Académie et les motifs déterminants de ces conclusions, ou bien présenter les principaux arguments (scientifiques bien entendu) et des rapports spéciaux et de la discussion. M. Gibert, qui avait à résumer trois rapports, a cru devoir employer successivement les deux procédés. Il a appliqué le premier au rapport de M. Bouvier sur l'*anatomie pathologique du cancer* et à celui de M. Michel Lévy sur les *effets thérapeutiques du tartre stibié à haute dose.* Il a appliqué le second au rapport de M..... Gibert sur *la douleur et les agents anesthésiques.* Assurément nous serons des derniers à nous plaindre de posséder, du moins en substance, un nouveau rapport de l'honorable secrétaire annuel, et nous admettons volontiers que l'importance de la question le comportait, plus que toute autre considération, à de longs développements. Seulement il reconnaîtra sans doute avec nous que ce procédé comporte de la part du public un droit plus entier et plus rigoureux d'appréciation. Or nous avouons que la dissertation de M. Gibert, dirigée, dans son esprit et dans son ensemble, contre des opinions qui sont les nôtres, n'est pas de nature à faire hésiter un instant notre conviction. A parler avec toute la sincérité qu'il y a mise lui-même, nous ne savons même pas clairement, à l'heure qu'il est, quelle est au juste son opinion personnelle et à quel degré elle s'écarte de la nôtre. Le mémoire couronné, dit-il, « oppose à des *terreurs pusillanimes* une clarté scientifique propre à dissiper les *préjugés de l'erreur et de la timidité.* » Et nous voyons pourtant que ce mémoire porte pour épigraphe cette sentence peu rassurante : *« Toutes les fois qu'on a recours au chloroforme, la question de vie et de mort se trouve posée! »* nous voyons encore qu'on a réuni 19 cas de mort *pour* (ou *par*) l'éther et 36 pour le chloroforme. En présence de ces malheurs dont il trouve le nombre *minime*, et aussi se rappelant *les incidents de la discussion* qui a eu lieu l'année dernière au sein de l'Académie, M. Gibert déclare que : « il y a bien à rabattre du jugement porté par quelques expérimentateurs sur les propriétés toxiques du chloroforme. » Qu'il y ait ou non à en rabattre, il nous semble que ce n'est pas là précisément la question. En fait, l'inhalation du chloroforme a-t-elle, plus ou moins souvent, causé la mort? L'a-t-elle causée par une action spéciale de l'agent anesthésique et non par asphyxie? M. Gibert commence par accorder que des cas funestes *ont été observés à la suite de tentatives imprudentes.* Mais, ajoute-t-il, « quand le chloroforme est appliqué avec méthode, il n'est pas vrai que la vie du sujet soit mise en danger le moins du monde. » Nous ne sommes pas de cet avis; nous croyons fermement, bien que nous ayons nous-même cherché à déterminer les règles d'emploi du chloroforme, que l'action mystérieuse et subtile de cet agent peut quelquefois déjouer tous les calculs; mais acceptons la question dans les termes proposés par M. Gibert. Les anesthésiques, prudemment employés, ne peuvent donner la mort. Mais alors ils peuvent donc tuer s'ils sont maniés avec imprudence? Il y a donc en réellement des cas de mort par l'inhalation du chloroforme? Et M. Gibert a soin, un peu plus bas, de mettre l'asphyxie hors de cause, au moins pour un certain nombre de cas, en reconnaissant qu'elle est seulement *une cause assez fréquente* de mort chez les individus anesthésiés. Ainsi donc, l'honorable rapporteur va admettre, aussi exceptionnellement qu'il le jugera convenable, la possibilité de la mort par l'effet direct et spécifique de chloroforme inhalé? Voilà précisément où se fait sentir la confusion dont nous parlions tout à l'heure. Il y a des cas *obscurs et inexplicables*, dit-il; mais à l'instant, il les assimile à d'autres exemples de mort subite où les anesthésiques n'étaient pas intervenus. De telle sorte que, après avoir reconnu que l'administration imprudente du chloroforme avait amené — seule, si l'on veut, mais enfin avait amené — *des cas funestes*, il finit par enlever ces cas funestes à la responsabilité du chloroforme. Autant valait dire tout de suite et catégoriquement que le chloroforme n'est jamais dangereux.

M. Gibert parle d'un chirurgien éminent autrefois hostile aux anesthésiques et maintenant *venu à résipiscence.* C'est le même chirurgien, ce nous semble, qui, après avoir contesté, dans la discussion académique, l'existence de morts imputables à l'éther et au chloroforme, a ultérieurement admis comme probant un exemple du même genre. Le témoignage invoqué par M. Gibert n'était donc pas aussi favorable qu'il l'a supposé.

Nous avons dû maintenir, contre un jugement qui empruntait à la circonstance une gravité particulière, l'opinion de la GAZETTE MÉDICALE sur une des questions les plus importantes de la chirurgie moderne. Nous sommes bien loin de méconnaître, ni en théorie ni en pratique, les précieux avantages des anesthésiques; mais M. Gibert l'a dit, *l'ombre suit la lumière, le mal vient mettre obstacle au bien.* Nous n'avons d'autre

---

pille. Peut-être encore a-t-il manqué à Royer-Collard ce dur, mais salutaire mobile de tout travail en ce monde, que connut Perse :

> Magister artis, ingenique largitor,
> Venter.

Il paraît, du moins dans les premières et les plus belles années de sa carrière, n'avoir traité la science que comme un noble amusement de l'esprit, comme une sorte d'exercice intellectuel difficile et rare dans lequel il était flatteur de briller, sans cependant en faire état. Ce n'est que vers la dernière période de sa vie, au moment où, saisi par la maladie, il se sentit séparé du monde, qu'il se réfugia sérieusement dans la science, et entreprit avec une résolution que ses forces devaient malheureusement trop tôt trahir, des travaux suivis et positifs.

Il résulte, ce semble, de ces appréciations, peut-être hâtives, mais sincères et toutes bienveillantes, qu'Hippolyte Royer-Collard était dans la science ce qu'on pourrait appeler un brillant amateur plutôt qu'un savant. Il sut en parler, l'enseigner, avec intérêt, avec talent, avec pertinence même, quoique jamais précisément en homme du métier. Supérieur par l'esprit, la culture, l'instruction, la force de pensée, le talent, à bon nombre de ses confrères en science et en enseignement, il n'avait pas cependant l'autorité de la plupart d'entre eux. Il a été dans notre école, dans notre profession, dans notre Académie, dans notre littérature, un brillant ornement, plutôt qu'un membre actif et utile. Ce rôle est, du reste, fort enviable. Il suppose de rares qualités d'esprit et de caractère. Le travail, l'étude, la nécessité, l'exemple, font assez aisément des savants estimés, consultés, cités; la nature seule forme ces hommes distingués et supérieurs, qui valent par eux-mêmes plus que par leurs œuvres, par ce qu'ils sont et non par ce qu'ils font.

H. Royer-Collard était de cette race d'esprits, assez clairsemés dans le monde et surtout dans les professions savantes, où ils paraissent comme déplacés. Les plus grands obstacles qu'il ait eu à vaincre au commencement de sa carrière professorale tenaient à cela. Quoique arrivé par le concours, il fut tout d'abord, comme instinctivement, repoussé par la masse, en tout temps très-démocratique, des étudiants. Il y avait contre lui deux griefs : il s'appelait Royer-Collard et il portait des gants jaunes. Il fallut tout son talent pour lui ramener peu à peu tout son monde. Ceci nous rappelle une anecdote dont il fut le héros, et qui est de mise dans la CHRONIQUE. Lors de l'ouverture de son cours d'hygiène, il y eut des scènes de protestation, de tumulte et presque de violence. Il fut, après la leçon, poursuivi par une centaine de jeunes gens qui s'attachèrent à ses pas et l'accompagnèrent, avec force cris et autres démonstrations peu bienveillantes, depuis la place de l'École jusqu'au pont des Arts. Arrivée là, la bande eut un moment d'hésitation et s'arrêta (on payait alors encore le péage). Royer-Collard, voyant ce moment d'arrêt, jeta une pièce de cinq francs au buraliste en disant tout haut : *Pour moi et ma suite.* Cette saillie changea immédiatement les choses de face. Les assaillants poussèrent un hourra de satisfaction et tout fut fini.

— Au moment même où les amis d'Hippolyte Royer-Collard rendaient, sur le lieu de sa sépulture, les derniers hommages à sa mémoire, la salle de l'Académie de médecine retentissait du panégyrique officiel d'un de ses plus anciens et plus célèbres membres, Richerand. Il y a de l'avantage à prendre pour texte

prétention que de constater le mal et l'ombre à côté du bien et de la lumière.

PHYSIOLOGIE.

RECHERCHES SUR LA CICATRISATION DES ARTÈRES, A LA SUITE DE LEUR LIGATURE, SUR LA PRODUCTION DES HÉMORRHAGIES ARTÉRIELLES SECONDAIRES, ET SUR LEUR TRAITEMENT; par M. A.-H. NOTTA, interne en médecine et en chirurgie des hôpitaux de Paris, etc.

(Suite. — Voir le numéro 49.)

La hauteur du caillot est variable, et par hauteur je désigne toute la partie adhérente à la tunique interne. Voici quelques chiffres qui pourront en donner une idée :

1 fois la hauteur du caillot était de 5 centim.
13 fois elle a varié entre. . . . . . . 3 centim. et 8 millim.
7 fois. . . . . 2 et 3 millim.
2 fois le caillot n'avait pas plus de 1 millim.

et n'adhérait que par sa base à la surface de division des membranes interne et moyenne.

En présence de ce tableau, j'ai dû rechercher si, dans les neuf derniers cas, le caillot seul s'opposait à l'hémorrhagie. Or, voici ce que je trouve dans mes observations :

5 fois le caillot, outre ses adhérences à la membrane interne, était soutenu, ou par la ligature qui n'était pas encore tombée (3 cas), ou par du tissu cicatriciel (2 cas).
4 fois la ligature était tombée, et l'extrémité inférieure du caillot était en contact immédiat avec la plaie, en sorte que ses adhérences seules à la membrane interne s'opposaient à l'effort du sang.

Ces quatre derniers cas ont été observés :

Une fois, après 38 heures;
Une fois, après 7 jours et demi;
Une fois, après 9 jours;
Une fois, après 39 jours.

Si on jette un coup d'œil sur ces résultats, on est frappé de voir une barrière aussi faible qu'un caillot de 2 à 3 millim. suffire pour s'opposer à l'hémorrhagie secondaire, et l'on se demande si l'on n'a pas un peu exagéré, comme cause de ces hémorrhagies, la force avec laquelle la colonne sanguine vient heurter contre le caillot, et la tendance qu'elle a à le déplacer. Cependant, il faut le reconnaître, un caillot bien conformé est dense, ses adhérences sont considérables; il a donc par lui-même une force de résistance assez énergique.

La hauteur du caillot, comme je l'ai déjà dit, est subordonnée à la présence d'une collatérale, quel que soit son calibre, pourvu qu'elle soit perméable. Sur vingt-huit artères, dont j'ai les pièces sous les yeux, je n'ai trouvé que deux fois une petite collatérale dans la hauteur du caillot. Ces deux exceptions ne prouvent rien contre les vingt-six autres faits, et d'ailleurs on peut très-bien s'en rendre compte. En effet, supposons que, par une cause quelconque, le cours du sang ait été suspendu dans cette petite collatérale, la cavité de l'artère principale se trouvera dans les mêmes conditions que si elle n'en fournissait pas. Le courant sanguin cessera de la parcourir, et le caillot pourra se former au-dessus de la collatérale. Dans l'un de ces deux cas, la petite collatérale était située à 3 millim. de l'extrémité inférieure du caillot, et à 14 de son extrémité supérieure, qui s'arrêtait au niveau de la tibiale antérieure; elle pouvait admettre un crin dans sa cavité. Dans l'autre, la collatérale, qui avait le calibre d'un stylet d'Anel, était située à 4 millim. de l'extrémité supérieure du caillot, et à 8 millim. de son extrémité inférieure. Dans ces deux cas, les parois artérielles, au niveau du caillot, ne présentaient aucun épaississement, aucune injection, aucun ramollissement; en sorte qu'on ne peut attribuer à l'inflammation le prolongement du caillot au-dessus des petites collatérales: il est plutôt probable que ces artérioles auront été liées à la surface de la plaie. Malheureusement je ne m'en suis pas assuré par la dissection; aussi n'est-ce qu'avec une extrême réserve que je propose d'expliquer ainsi ces deux faits exceptionnels. Quoi qu'il en soit, je crois que l'influence d'une collatérale quelconque, sur la hauteur du caillot, doit être considérée comme une loi; tous les auteurs l'ont déjà signalée pour les collatérales un peu volumineuses, mais ils paraissent l'avoir méconnue pour les très-petites collatérales. C'est même ce qui pourra nous rendre compte de certaines erreurs dans lesquelles ils sont tombés.

Entrons dans le détail des faits.

Sur vingt-quatre artères volumineuses (humérales, fémorales, etc.) observées depuis dix-huit heures jusqu'à dix-huit mois après la ligature, nous trouvons à l'extrémité supérieure du caillot :

10 fois une collatérale admettant dans sa cavité un stylet de trousse ordinaire;
4 fois la collatérale n'admettant qu'un stylet fin;
3 fois elle ne donnait passage qu'à un stylet d'Anel;

Enfin sept fois le caillot était limité supérieurement par des collatérales d'un volume considérable, telles que la fémorale profonde, l'iliaque primitive, la tibiale antérieure, etc.

Il faut remarquer que, dans la plupart des cas où le caillot était complétement développé, au bout d'un mois par exemple, et où la collatérale ne dépassait pas le volume d'un stylet de trousse, le caillot remplissait l'artère et lui adhérait jusqu'au niveau même de la collatérale, qu'il dépassait assez souvent en envoyant un prolongement taillé en bec de flûte sur la paroi opposée. Lorsque la collatérale, au contraire, avait un volume considérable, le caillot s'arrêtait à plusieurs millimètres au-dessous d'elle, ou même n'adhérait pas à l'artère dans une certaine étendue. On doit donc, comme le recommandent les auteurs, lier toujours les artères à une certaine distance des collatérales volumineuses, puisque leur présence paraît être un obstacle à l'adhérence ou au développement du caillot, du moins dans une certaine étendue au-dessous d'elles. Cette étendue, dans mes observations, a varié entre 2 et 5 millim. Dans ce résultat, je ne comprends pas l'obs. 2, la ligature datant seulement de dix-huit heures. Il est évident que le caillot n'a pas acquis tout le développement qu'il aurait pu avoir ultérieurement.

Dans le tableau précédent, on a vu que des collatérales extrêmement petites n'avaient pu être dépassées par le caillot. Il ne faudrait pas croire qu'elles devaient cette influence à quelque collatérale volumineuse située à

---

d'un éloge académique un nom ancien, pour qui la postérité est déjà arrivée. Cela expose à moins de risques de toutes sortes que l'éloge d'un mort tout récent, et qui vit en quelque sorte encore dans la personne de ses amis, de ses ennemis, de ses parents, de tous ses confrères et collègues. L'honorable et habile secrétaire perpétuel de l'Académie a paru tenir d'une main assez ferme et assez adroite la balance entre les exigences du programme officiel du genre et celles de la vérité. Il a loué de temps en temps avec la vigueur convenable par des phrases générales, comme c'était son devoir de secrétaire, et jugé ensuite dans le détail, comme c'était son devoir d'historien et de critique. On nous dit à ce propos que d'anciens amis zélés du chirurgien de l'hôpital St-Louis n'ont pas été fort satisfaits de cette manière de procéder; ils se plaignent qu'on ne leur a pas montré le Richerand de leur admiration et de leur sympathie. Mais quoi! n'est-il pas dit dans cet éloge que Richerand avait un talent d'écrivain remarquable, qu'il avait rédigé en élégant français les PRIMÆ LINEÆ PHYSIOLOGIÆ du grand Haller, et que c'est dans ce volume qu'on apprenait, il y a quelque quarante ans, toute la physiologie alors requise pour passer docteur? N'y est-il pas mentionné qu'il excellait à décrire les procédés opératoires, qu'il fit le premier la resection des côtes, et qu'il prédit, dans sa fameuse brochure de 1837, la révolution de février, l'anarchie, la république et la fin du monde? Cela ne suffit-il pas à la gloire d'un homme, quel qu'il soit? Fallait-il, pour contenter ces insatiables amis, justifier l'allégorie de Pimpernelle et le reste?

— Mais c'est assez de nécrologies anciennes et récentes. La CHRONIQUE a besoin d'images moins lugubres et surtout plus variées; elle va donc vous faire deux révélations scientifiques du dernier intérêt. La première est que les moustaches ont une vertu hygiénique jusqu'ici non soupçonnée, mais découverte par la GAZETTE NATIONALE ET MILITAIRE DE LONDRES. Cette vertu gît dans la propriété hygrométrique ou thermométique du poil humain, qui, rassemblé là en bouquet, à l'entrée des narines, *absorbe le froid de l'air*, et par là préserve le porteur des rhumes de cerveau, pneumonies, angines, etc. La statistique l'a démontré; car, dans les régiments ornés de moustaches, les affections des voies aériennes sont inconnues (il paraît qu'on n'y respire que par le nez), tandis que, dans les régiments rasés, on ne voit et n'entend que des tousseurs, des pituiteux et des catarrheux. Nous recommandons cette observation au conseil supérieur de santé des armées de terre et de mer.

La deuxième révélation nous vient aussi de Londres. Un ours (c'est un ours) du jardin zoologique a été opéré de la cataracte par M. White-Cooper, chirurgien de l'infirmerie oculistique du Nord. L'ours, hâtons-nous de le dire, avait été dûment anesthésié au moyen de chloroforme, administré sur un mouchoir enroulé aux mâchoires. L'opération a réussi, et on se propose de la répéter sur d'autres animaux féroces et paisibles de l'établissement, qui sont forts sujets à cette maladie. Nous ferons à ce propos une remarque éminemment philosophique. C'est un des arcanes de la haute science zoologique et philosophique de combler l'hiatus qui paraît exister entre l'homme et la bête. Métaphysiciens et naturalistes y ont fort travaillé depuis un siècle, dans des buts divers, mais sans beaucoup approcher de la solution. C'est la pathologie qui dénouera le problème. On sait depuis longtemps et trop de temps que le chien peut communiquer la rage à l'homme, qui probablement peut la lui rendre. Nous avons depuis peu définitivement acquis la faculté, longtemps contestée, de prendre la morve du

peu de distance. Ainsi, dans 5 cas où je l'ai noté, et où l'extrémité supérieure du caillot était limitée par une très-petite artère, n'admettant dans sa cavité qu'un stylet fin ou un stylet d'Anel, je trouve que la première collatérale un peu importante au-dessus était :

2 fois la fémorale profonde, à 12 centimètres ;
2 fois une artère du calibre d'une radiale, à 6 centimètres ;
1 fois l'épigastrique, à 2 centimètres.

Dans les 7 cas que j'ai cités précédemment et où le caillot était limité supérieurement par une collatérale du calibre d'un stylet fin ou d'un stylet d'Anel, la ligature avait été faite :

29 heures avant la mort.	1
4 jours avant la mort.	2
5 jours avant la mort.	2
21 jours avant la mort.	1
5 mois avant la mort.	1
Total. . . .	7

Les dix cas dans lesquels la collatérale admettait un stylet de trousse ordinaire donnent le tableau suivant ;

8 jours avant la mort.	2
11 jours avant la mort.	1
16 jours avant la mort.	1
30 jours avant la mort.	1
37 jours avant la mort.	2
39 jours avant la mort.	1
52 jours avant la mort.	1
18 mois avant la mort.	1
Total. . . .	10

Ces deux tableaux nous prouvent, d'une manière évidente, que, quelle que soit l'époque à laquelle on examine l'artère, la loi est constante ; et pour les cas très-rapprochés du moment de la ligature, on ne pourra pas objecter que, si le caillot n'a pas encore dépassé la petite collatérale qui le limite, c'est qu'il n'a pas eu le temps de se développer, puisqu'au bout d'un temps considérable, il n'a pu franchir cette barrière.

Quelle est la forme du caillot arrivé à son état complet de développement? Comme je l'ai déjà dit, quand la ligature est située à une certaine distance d'une collatérale quelconque, il remplit complétement le cylindre artériel auquel il adhère. Il a donc une forme cylindrique, dont une extrémité répond à la ligature, et dont l'autre extrémité, dirigée du côté du cœur, est en contact avec le sang. Cette dernière extrémité a une forme variable : tantôt elle présente une surface horizontale plus ou moins régulière (huit fois), tantôt le caillot a continué à se développer sur une des parois de l'artère, de telle sorte que son extrémité est taillée en bec de flûte, dont une des faces adhère à la membrane interne ; tandis que l'autre, qui est libre, laisse entre elle et la paroi opposée du vaisseau un cul-de-sac, au fond duquel se voit une collatérale qui, dans les six cas où j'ai noté cette disposition, ne dépassait pas le volume d'un stylet ordinaire. Tous ces caillots étaient anciens ; le plus récent avait seize jours. Enfin, dans d'autres cas, le caillot se terminait par une extrémité conique, dont la base reposait sur sa portion adhérente, ou par une extrémité arrondie, volumineuse, qui ne remplissait pas complétement le calibre du vaisseau, et offrait une longueur de 4 à 6 millimètres. — Avec cette disposition, on trouve souvent une collatérale volumineuse au-dessus du caillot, ou bien encore une très-petite collatérale au fond du cul-de-sac formé par la surface de la portion libre du caillot et la paroi correspondante de l'artère. Cependant, comme je n'ai rencontré cette forme qu'à une époque assez rapprochée de la ligature (4 cas, dont 2 dataient de cinq jours, 1 de neuf jours et 1 de dix-neuf jours), il serait possible que, si les malades eussent vécu plus longtemps, de nouveaux dépôts fibrineux fussent venus augmenter le volume de cette portion du caillot, et la faire adhérer à la paroi artérielle, en laissant libre toutefois un canal suffisant pour permettre au sang d'aborder dans la petite collatérale, quand elle existait.

Lorsque la ligature est faite immédiatement au-dessous d'une collatérale, le caillot est constitué seulement par une petite masse fibrineuse centrale unissant les surfaces de division des membranes interne et moyenne. Il n'a point alors de forme déterminée. Dans un cas de sa partie la plus saillante partait un petit filament fibrineux flottant dans la cavité artérielle, et remontant très-haut dans le vaisseau. Ce filament n'est pas particulier à la disposition du caillot dont je parle ici. Ainsi une fois il naissait du milieu de la surface horizontale d'un caillot ; et une autre fois, du milieu d'une surface oblique. Dans le premier cas, la ligature datait de vingt-neuf heures ; dans le second, de huit jours, et dans le troisième, de vingt et un jours. La longueur de ce filament fibrineux est quelquefois très-considérable : ainsi, dans un des cas, il avait 12 centimètres de longueur, et dans les deux autres, il avait 5 à 6 centimètres. En général, il se termine au niveau d'une collatérale volumineuse. On peut le regarder comme le rudiment du caillot, dont le développement n'a pu s'effectuer, à cause de la présence des collatérales situées à sa base.

Lorsque le caillot est dans des conditions telles qu'il puisse se développer régulièrement, il présente, dès le commencement de sa formation, une densité et une résistance marquées. Sa coloration est en général d'un rouge foncé, quelquefois cependant on y trouve dès l'origine des stries jaunâtres. A mesure qu'on s'éloigne de l'instant de la ligature, sa coloration est de moins en moins foncée, il devient d'un blanc jaunâtre ; cependant il peut conserver une coloration rouge fort longtemps. Ainsi il avait encore cette teinte une fois au bout de trente jours, une autre fois, au bout de trente-sept jours ; enfin, dans un autre cas, au bout de dix-huit mois. Il arrive souvent que la coloration rouge, en disparaissant, laisse dans l'épaisseur du caillot certaines stries, certains points rouges qui ont pu en imposer et faire croire à l'existence de vaisseaux sanguins. Pourvu que le caillot ait une hauteur de quelques millimètres dans sa partie adhérente, et qu'on ne soit pas éloigné de plus de quarante jours du moment de la ligature, on voit qu'il remplit complétement le cylindre artériel, et celui-ci n'est pas sensiblement rétréci à son niveau. C'est ce que j'ai pu constater dans 17 cas dans lesquels la hauteur du caillot variait entre 2 millimètres et 5 centimètres ; l'époque de la ligature était comprise entre dix-huit heures et trente-sept jours. Nous devons ajouter que, dans tous ces cas, l'épaisseur des tuniques artérielles au niveau du caillot était la même qu'au-dessus ; qu'elles n'étaient pas plus vasculaires ni plus friables ; en un mot, qu'elles ne présentaient aucune trace d'inflammation, si ce n'est tout à fait à l'extrémité qui était en contact avec la plaie, et seulement dans une hauteur de 1 à 2 millimètres. Nous reviendrons plus loin sur cette question.

Lorsqu'on examine les artères dans des moignons qui suppurent depuis

---

cheval et de la lui restituer au besoin. D'autre part, nous savons, grâce à M. Auzias-Turenne, qu'il est facile de donner la vérole aux singes (pauvres bêtes)! Voilà bien des jalons. La chloroformisation de l'ours de Londres en est un nouveau à ajouter aux précédents. Nous nous bornons à colliger des observations. Elles sont la base de la science ; d'autres les féconderont.

— La Chronique ne suppose pas, ne peut pas croire, qu'on l'accusera de faire de la politique et de commettre le délit d'anonymie, en relatant, comme simple fait historique, les mésaventures de quelques confrères, compromis dans les affaires de complots et de sociétés secrètes. Cela ne doit pas étonner ; il y a tant de médecins en France ! Quoi qu'il en soit, nous avons en ce moment six ou sept confrères dans les fers. La société secrète de la Villette, la société secrète du quartier du Temple, le complot dit du Midi, ont fourni leur contingent. Enfin le docteur Bravaski (beau nom d'insurgé, ma foi !) vient d'être condamné à cinq ans d'emprisonnement, par un conseil de guerre, pour avoir fait des barricades au faubourg Saint-Antoine, en juin 1848.

Plaignons ces confrères égarés qui, ayant dans leur profession les moyens faciles et pratiques d'être directement utiles aux hommes, s'associent à des projets plus que problématiques du perfectionnement de la société, et lâchent ainsi le corps pour courir après l'ombre. Espérons surtout que la plupart n'auront pas à répondre de faits graves, et seront bientôt rendus à leur famille et à leur clientèle.

— L'Académie des sciences et lettres de Montpellier, sur la proposition de la section de médecine, vient, dans sa séance du 29 novembre dernier, de nommer à l'unanimité membre correspondant M. le docteur A. Legrand, auteur, comme on sait, de plusieurs ouvrages et mémoires sur l'emploi médical de l'or.

— Par décret individuel, en date du 9 novembre, ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

M. Alix, pharmacien aide-major de 2e classe (division d'Oran);
M. Mercier, médecin adjoint à l'hôpital militaire de Marseille;
M. Lauel, chirurgien aide-major de 2e classe au 24 léger;
M. Delmas, chirurgien-major de 2e classe au 69e de ligne;
M. Louvet, aide-major de 1re classe au 10e régiment de dragons;
M. Casse, chirurgien-major de 1re classe au 7e régiment d'artillerie;
M. Audry, infirmier-major, sergent, aux ambulances de la division de Constantine.

— Le ministre de l'instruction publique sarde Mameli vient de publier un règlement provisoire pour les examens du doctorat à la Faculté de médecine et de chirurgie de Turin. Parmi beaucoup d'articles importants, nous signalons celui qui se rapporte à la thèse pour les candidats au doctorat. L'épreuve écrite improvisée, en usage dans plusieurs parties de l'Italie, va être remplacée par une thèse imprimée et soumise préalablement à la sanction de la Faculté.

— M. Coste, professeur au collége de France, ouvrira son cours le mardi 26 décembre prochain, à une heure précise, et le continuera les samedis et mardis suivants à la même heure.

quelque temps, par exemple, dix, quinze jours ou plus après l'opération, on trouve souvent le tissu cellulaire qui environne l'extrémité du vaisseau infiltré de lymphe plastique, tuméfié dans une hauteur de 1 à 2 centimètres. Cet état du tissu cellulaire n'est pas en rapport avec la hauteur du caillot et n'est pas un indice d'inflammation des parois artérielles; se trouvant en contact avec une plaie enflammée, il participe à son inflammation et s'engorge, comme nous le voyons souvent, au voisinage des abcès; seulement, autour de l'artère, le tissu cellulaire étant plus lâche et plus abondant que dans les autres parties du moignon, il en résulte que son engorgement s'observe plus fréquemment et est plus marqué. Pouteau, qui avait bien observé cette induration, avait conclu à tort qu'elle déterminait le resserrement gradué de l'artère jusqu'à l'oblitération, et il conseillait de lier le plus possible de chairs environnantes avec le vaisseau, afin de favoriser cet engorgement périartériel. Cette tuméfaction du tissu cellulaire se dissipe insensiblement après la description de plaie.

La description du caillot que l'on vient de lire est assez conforme à celle que M. Manec a donnée; mais elle diffère essentiellement de celle qui résulte des expériences de Jones, de M. Amussat, etc. D'après ces expérimentateurs, le caillot n'adhère jamais à la membrane interne! On ne peut s'expliquer ce résultat qu'en supposant qu'ils n'ont pas tenu compte des petites collatérales qui pouvaient exister à la base du caillot.

(*La fin au numéro prochain.*)

MÉDECINE OPÉRATOIRE.

MÉMOIRE SUR L'HYDROCÈLE ET SUR SON TRAITEMENT PAR UN NOUVEAU MODE OPÉRATOIRE; par M. BAUDENS.

Mon intention n'est pas de refaire, après tant d'autres, l'histoire de l'hydrocèle de la tunique vaginale et de son traitement, mais seulement d'exposer aussi rapidement que possible en quoi consiste le mode d'opérer que j'ai imaginé pour la cure radicale de cette infirmité. J'examinerai le traitement de l'hydrocèle au double point de vue de la *ponction* et de l'*injection*; mais auparavant je demande la permission de dire, dans un exposé rapide, comment et par quelles considérations éminemment pratiques j'ai été conduit à créer une nouvelle manière de traiter l'hydrocèle. A ceux qui seraient tentés de croire que le traitement de l'hydrocèle est aussi perfectionné que possible, que la science a dit son dernier mot, il me suffira de rappeler, pour les convaincre du contraire, les luttes et les opinions contradictoirement soutenues avec tant de retentissement en janvier 1846, à l'Académie de médecine, par les chirurgiens les plus éminents, partagés en deux camps opposés. Nous avons entendu les uns reprocher aux injections vineuses la fréquence des récidives, la violence des douleurs perçues, des accidents de gangrène, les autres objecter aux injections iodées le danger des récidives, de la gangrène et même de l'intoxication; nous les avons vus à des dénégations opposer des dénégations : d'où il est permis de conclure que tout n'a pas encore été dit sur cette importante question.

APERÇU GÉNÉRAL.

En 1830, il m'est arrivé comme à tant d'autres, comme cela est arrivé plusieurs fois, même à l'illustre professeur Boyer, lui qui a fait sur l'hydrocèle des écrits si remarquables, de blesser le testicule avec le trocart en ponctionnant une hydrocèle, et cependant, notons-le bien, la tumeur était volumineuse, transparente. Le testicule ne paraissait pas plus gros que dans l'état normal; on le reconnaissait, à travers la transparence du liquide, à une large tache brune, située en dedans de la cloison en arrière et en bas. Toute erreur de diagnostic semblait impossible. Ayant reconnu ma méprise, je dégageai la pointe du trocart entrée dans le testicule, et la ponction, qui avait été faite à sec, fut suivie d'un abondant écoulement de sérosité. Je reconnus alors facilement, et à mon grand étonnement, que le testicule avait le quadruple du volume normal, qu'il était induré et tuberculeux.

L'hydrocèle n'était ici, comme cela a lieu très-souvent, que symptomatique, et comme la glande séminale était profondément altérée, je me décidai à l'enlever sur-le-champ. Cette castration a été suivie d'un heureux succès, et l'examen du testicule démontra la présence de plusieurs tubercules à des degrés variables de maturité. J'hésitai d'autant moins que Dupuytren, Boyer et presque tous les chirurgiens en renom, ayant eu occasion d'observer la lésion du testicule, ont vu surgir parfois une inflammation si violente que cet organe est tombé en fonte purulente. Je sais bien que cet accident n'entraîne pas toujours des conséquences aussi graves, mais aussi il peut entraîner la mort, comme personne ne l'ignore.

Ce fait devint pour moi le sujet de nombreuses méditations, qui, après vingt ans de pratique, ont abouti aux résultats suivants. Et d'abord je me suis demandé pourquoi je n'avais pu apprécier, à travers la transparence de la tumeur, le volume réel du testicule, quoiqu'il fût très-gros. J'ai reconnu que mon erreur provenait, d'une part, de ce que la tumeur était résistante, dure, non élastique, je n'avais pu constater par le toucher l'état pathologique de cette glande; d'autre part, de ce que l'œil du chirurgien, examinant à travers la transparence du liquide l'organe qui en est enveloppé, peut être trompé par un effet de réfrangibilité, ainsi que l'a parfaitement démontré M. le professeur Roux dans ses leçons à l'Hôtel-Dieu, ainsi que l'avait pressenti Boyer quand il traçait ces mots : « Il est bon d'observer que l'étendue de la partie opaque n'est pas toujours proportionnée au volume du testicule, qui ne peut être bien apprécié qu'après l'évacuation du liquide. »

M. Roux me disait, il y a peu de jours, avoir été, dans un cas analogue, en désaccord de diagnostic avec Boyer, qui n'a été convaincu de son erreur qu'après avoir fait une ponction exploratrice. A cette occasion, il me démontra les effets de la réfrangibilité par un fait bien connu. Si on place la paume de la main devant une vive lumière, on voit une transparence complète, malgré la présence des os du tarse et malgré leur opacité.

Afin de donner une précision aussi grande que possible au diagnostic, voici comment je procède. Je fais, au moment de l'opération, une petite ponction au scrotum avec une lancette effilée pour donner issue à quelques grammes de sérosité. La tumeur devient alors molle, dépressible, et permet d'étudier, à l'aide des doigts, l'état du testicule avec une parfaite exactitude. De cette ponction, qu'on pourrait appeler exploratrice, et qui constitue le premier temps de mon mode d'opérer l'hydrocèle, peuvent surgir trois indications différentes. Dans la première, le testicule est sain et la tumeur est de médiocre volume; il faut, dans ce cas, continuer l'opération sans désemparer et selon les règles qui vont être établies. Dans la deuxième indication, le testicule n'est pas altéré, mais l'hydrocèle a un volume très-considérable. Il faut alors tout simplement laisser se vider la tumeur, et un peu plus tard, lorsqu'un nouvel épanchement de sérosité l'aura ramenée au volume d'un gros œuf de poule, entreprendre le traitement curatif que j'exposerai plus loin. Cette pratique a l'avantage de diminuer l'étendue de la surface de la membrane séreuse sur laquelle l'inflammation doit s'étendre pour amener la cure radicale de l'hydrocèle, et de réduire ainsi la somme des accidents redoutables. De plus, ainsi que M. Velpeau l'a très-bien exposé, attendu que l'hydrocèle, après l'opération, revient à son volume primitif par l'épanchement d'une lymphe plastique qui ensuite doit être résorbée, il y aurait, en raison de la grande quantité de ce liquide, un travail de résorption interminable.

Dans la troisième indication, le testicule est notablement altéré, sans toutefois entraîner comme conséquence immédiate la castration; il faut ici encore s'arrêter à la simple ponction exploratrice, laisser couler au dehors tout le liquide contenu dans la poche et ajourner jusqu'à la guérison de la glande séminale le traitement curatif de l'hydrocèle, parce que cette hydrocèle est symptomatique de la lésion testiculaire, et qu'il faut détruire la cause si l'on veut faire disparaître l'effet. Cette complication a reçu le nom d'*hydro-orchite*. Le traitement qui m'a le mieux réussi pour la combattre est le suivant :

Après la ponction, je fais à quatre jours de distance deux ou trois applications de six à sept sangsues sur l'orchite, j'emploie des douches, des frictions avec la pommade d'iodure de plomb, d'iodure de potassium, et surtout avec le liniment huileux camphré auquel j'ai reconnu une très-grande efficacité, à la condition toutefois qu'il entrera dans sa composition au moins 8 grammes de camphre pour 30 grammes d'huile.

Dans mes leçons de clinique au Val-de-Grâce, j'ai donné le précepte de vider l'hydrocèle chaque fois que le liquide se reproduit, parce que celui-ci enveloppant le testicule de toute part, l'isole, ne le laisse plus en rapport immédiat avec la tunique érythroïde, et que les frictions fondantes faites sur le scrotum perdent ainsi beaucoup de leur efficacité. J'insiste sur ce précepte dont j'ai reconnu la bonté par une longue expérience. Quand le testicule est ramené à son état normal, je reprends le traitement curatif de l'hydrocèle. A mon sens, beaucoup plus d'hydrocèles qu'on ne le pense sont symptomatiques d'une orchite, et quand on traite l'une sans avoir guéri l'autre préalablement, on s'expose à l'aggravation de l'orchite et à la récidive de l'hydrocèle.

Convaincu, comme les faits le démontrent, que le trocart usité pour la ponction de l'hydrocèle expose à la lésion soit de la glande soit de la tige séminale, je dirai comment j'ai modifié le trocart et la manière de s'en servir, de façon à éviter toute possibilité de l'un ou de l'autre accident; mais avant, voyons par quels moyens je cherche à bien reconnaître la nature de l'hydrocèle, ses complications, et surtout l'état du testicule, de manière à donner au diagnostic la plus grande précision désirable avant l'opération. Le moyen le meilleur pour arriver à un diagnostic certain, c'est de tirer

tout le parti possible de la transparence qui toujours a lieu, à moins de complications fort rares tenant soit à la partie contenante : épaississement, dégénérescence cartilagineuse ou squirrheuse des enveloppes ; soit à la nature et à l'altération des liquides contenus : sang, matières purulentes, etc.

Quand l'hydrocèle est simple, elle est transparente, disons-nous. Pour rendre cette transparence parfaite et en tirer tout le parti possible, je place entre l'œil et la tumeur, soit un cylindre creux fait avec une main de papier roulée sur elle-même, soit un cône de 30 centim. environ, fabriqué avec un carton léger. J'applique le petit bout de cette espèce de longue-vue sur la tumeur dont le côté opposé est éclairé par une bougie de façon à connaître non-seulement la présence du testicule, tout en tenant compte des erreurs d'optique causées par la réfrangibilité ; mais, de plus, à apprécier exactement le volume et la présence des vaisseaux qui rampent dans le scrotum. Cet examen me permet d'éviter la lésion de ces vaisseaux et par suite la formation dans le scrotum d'épanchements sanguins. Ces épanchements peuvent être assez considérables pour tendre fortement le scrotum, déterminer des syncopes, et plus tard des foyers sanieux comme j'en ai vu des exemples. Je m'étonne que nul, avant moi, n'ait indiqué le moyen si simple d'éviter cette fâcheuse complication, déjà signalée par J.-L. Petit, et sur laquelle ont tant insisté Boyer et Scarpa.

Quand le chirurgien se contente de placer le bord cubital de sa main sur la tumeur pour rabattre la lumière, il peut arriver souvent qu'une partie des rayons lumineux, venant à passer entre la tumeur et le bord de la main, fasse croire à une transparence non réelle et entraîne des erreurs d'optique. Il importe d'en signaler la possibilité.

Des nombreuses méthodes de traitement proposées pour l'hydrocèle, je pense que trois seulement, l'*incision*, l'*excision*, l'*injection*, doivent être conservées ; encore les deux premières comme méthodes exceptionnelles. On choisira la première, quand le liquide altéré par des grumeaux épais, de petits calculs, etc., ne peut être évacué que par une incision. On recourra à la seconde quand la dégénérescence des enveloppes oblige d'en faire l'excision. Quant à l'injection, de quelque façon qu'on la pratique, elle doit être conservée comme méthode générale.

(*La fin au prochain numéro.*)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

I. NEUE MEDICINISCH-CHIRURGISCHE ZEITUNG.

EXPOSITION DE L'ACTE RESPIRATOIRE AU POINT DE VUE CHIMIQUE; par H. HORN.

L'auteur prend les gaz tels qu'ils sortent des poumons par l'expiration ; on peut se les procurer ainsi de la manière la plus fréquente et la plus exacte, dans les situations les plus diverses de l'organisme. Voici les résultats auxquels il est arrivé :

1° Plus longtemps l'air est retenu dans les poumons, plus il contient d'acide carbonique.

L'air expiré, dans les circonstances ordinaires, par le docteur Horn, renfermait :

Acide carbonique.	3,8
Oxygène.	16,3
Azote	79,19

En retenant la respiration pendant 10 secondes :

Acide carbonique.	5,4
Oxygène.	14,5
Azote	81,1

En retenant la respiration pendant 16 secondes :

Acide carbonique.	7,2
Oxygène.	12,4
Azote	80,4

L'acide carbonique est encore en proportions plus considérables, lorsque l'air sort des poumons sous une pression plus forte ; ainsi lorsqu'on recueille sous l'eau ou le mercure l'air expiré.

2° Les gaz de l'air expiré éprouvent des modifications d'heure en heure, suivant certains rapports journaliers réguliers. Les résultats suivants, donnés comme normaux, sont établis d'après les expériences de l'auteur, dans un état de réplétion alimentaire convenable ; à jeun, on trouve les mêmes rapports, seulement un peu moins élevés.

Époque de la journée.	Heure de l'expérience	0/0 vol. quantité d'acide carbonique.	0/0 vol. quantité d'oxygène.	0/0 vol. quantité d'azote.
Matin	6	3,1	17,08	79,82
	7	3,5	16,62	79,88
	8	3,8	16,35	79,85
	9	3,4	16,54	80,06
	10	3,2	17,24	79,56
	11	3,6	16,42	79,98
Après-midi. . .	12	4	16,02	79,98
	1	4,5	15,36	80,14
	2	5,2	14,48	80,32
	3	3,5	16,51	79,99
	4	3,2	17,22	79,58
	5	3,4	16,42	80,18
	6	4	16,1	79,90
Soirée.	7	5	14,82	80,18
	8	5,4	14,32	80,28
	9	3,1	17,14	79,76
	10	2,7	17,54	79,76
	11	2,7	17,53	79,77
	12	3	17,19	79,81
Après minuit. .	1	3,2	17,22	79,58
	2	3,4	16,80	79,8
	3	2,3	18,68	79,62
	4	2,3	18	79,7
	5	2,4	17,77	79,83

En moyenne :

pour l'acide carbonique.	3,5
pour l'oxygène.	16,61
pour l'azote	79,89

Il résulte de ces observations :

a. Que c'est de 9 h. du soir à 3-4 h. du matin que l'économie perd le moins d'acide carbonique ;

b. Que l'acide carbonique a 4 *maxima* et 4 *minima* pour sa séparation.

Maxima 6 h. 1/2 à 8 h., de 12-1 h. ; le soir de 6-8 h., et après minuit de 12-2 h.

On remarquera que c'est justement à ces moments que correspondent les *exacerbations* dans les maladies.

3° L'expiration de l'acide carbonique augmente après l'ingestion d'aliments ou de boissons nourrissantes.

4° Les enfants et les sujets qui grandissent rendent plus d'acide carbonique que les vieillards ; les hommes plus que les femmes, les individus sanguins et bilieux plus que les tempéraments lymphatiques.

5° Un exercice modéré et l'usage convenable des spiritueux augmentent les proportions de l'acide carbonique.

6° L'ivresse produite par les spiritueux ou par l'usage de substances narcotiques (tabac) produit l'effet contraire.

7° La douleur, des occupations assidues, la menstruation, les inflammations du poumon, toutes les fièvres, amènent une diminution de l'acide carbonique.

9° Les exanthèmes aigus (scarlatine, rougeole, brûlures étendues) produisent une augmentation de l'acide carbonique.

10° Dans les cas de diarrhée, la production de l'acide carbonique diminue.

Dans les 24 heures, l'auteur a trouvé qu'il expirait 1,382,400 centim. cubes d'air, qui renferment 12,8 onces d'eau et 3,39 d'acide carbonique.

L'auteur nous promet de démontrer ultérieurement et par des expériences :

a. Que l'acte de la respiration sert, d'une part, à produire de la chaleur, et de l'autre à rafraîchir le sang, et surtout à entretenir pour ce dernier une température normale ;

b. Que l'acte de la respiration est dans un antagonisme constant avec l'activité de la sécrétion rénale (excrétion d'azote) et de la sécrétion du foie (excrétion de carbone), ce qui règle les métamorphoses les plus délicates de l'organisme ;

c. Que ce n'est pas seulement l'oxygène contenu dans l'atmosphère, mais aussi de l'air atmosphérique, qui sont absorbés dans le sang, et que, suivant certaines conditions, l'azote est tantôt absorbé tantôt rejeté ;

d. Enfin que l'air expiré par les mammifères est imprégné de la même quantité d'acide carbonique que chez l'homme ;

e. Que l'échange des gaz, dans l'acte respiratoire, se fait suivant la loi de diffusion des gaz ;

f. Que l'irritabilité augmente en proportion directe avec la quantité d'oxygène absorbé ;

g. Que l'*acte de la respiration* dans les plantes, pour la séparation de l'acide carbonique pendant le jour et la nuit, est en raison inverse de ce qui a lieu chez l'homme ;

h. Que les plantes du midi, surtout à la lumière solaire, expirent pendant le jour beaucoup plus d'oxygène que les plantes du nord ;

i. Que des plantes fanées expirent pendant le jour de l'acide carbonique, tandis que des plantes en fleur absorbent beaucoup d'oxygène.

L'ACONIT COMME ANTIGOUTTEUX ; par le docteur DITTERICH.

La préparation à laquelle on doit donner la préférence est la teinture faite avec les racines et les feuilles de l'aconit, avant le développement des bourgeons ; l'extrait ordinairement employé est au contraire la préparation la plus incertaine.

L'antique réputation de l'aconit contre la goutte se justifie, non pas dans la goutte constitutionnelle, qu'aucun moyen n'a jusqu'ici guérie radicalement, mais dans les divers accès, que son emploi rend plus légers et plus courts.

Dans la goutte inflammatoire, où une ou plusieurs articulations sont gonflées, la peau érythémateuse, chaude, la douleur lancinante, déchirante, le pouls dur et fréquent, l'urine rare, rouge, dans ces cas, l'auteur a obtenu des effets remarquables, en administrant l'aconit (1 goutte de teinture d'aconit pour 30 grammes d'eau distillée, une cuillerée à bouche toutes les deux heures). Avec cette méthode, on ne fera aucune application locale sur les parties tuméfiées ; régime alimentaire léger, végétal ; de l'eau pour boisson ; éviter les couvertures de lit en plume.

Dès le premier jour, le pouls est en général plus mou et plus tranquille, la chaleur diminue dans les tissus tuméfiés, et en général dans la nuit il se déclare une sueur générale à la suite de laquelle les urines sont moins rouges. Le second jour, on continue de même ; seulement, s'il y a constipation, on administre un lavement simple avec de l'eau chaude, et on recommande au malade de garder le remède aussi longtemps que possible ; on donne jusqu'à trois et quatre lavements à la suite l'un de l'autre, si le malade peut les garder. Le troisième, au plus tard le quatrième jour, en général, l'engorgement a diminué, les parties supportent l'impression du doigt ; les urines sont abondantes, normales ; le pouls est bon ; l'appétit considérable. Les urines critiques (*sedimentum latericum*) n'ont été observées par l'auteur que chez les sujets bilieux ; la crise se fait par les sueurs ; la desquammation des parties œdématiées ne s'observe pas avec cette méthode de traitement. Quant à la faiblesse, qui persiste en général dans le membre intéressé, après chaque accès de goutte, on en triomphe facilement par quelques bains généraux de sel.

Parfois, du quatrième au sixième jour du traitement, à côté de l'ancien gonflement en voie de résolution, une autre articulation se prend, devient douloureuse, etc. ; dans ces cas, la teinture d'aconit demeure sans effet ; on devra recourir à la teinture de semence de colchique (12 à 18 gouttes, pro dosi, quatre fois par jour) ; en général, l'accès se termine du septième au neuvième jour.

Enfin, après quelques semaines, on voit souvent reparaître la goutte ; dans les deux premiers jours, on calmera les douleurs avec la teinture d'aconit ; puis on administrera les trois et quatre jours suivants un purgatif, de manière à obtenir par jour six et huit évacuations alvines ; on terminera le traitement par la teinture de colchique, qu'on fera précéder pendant deux jours de l'usage de la teinture d'aconit ; de la sorte, en dix ou douze jours le membre reprendra ses fonctions ; cependant il est prudent de continuer encore pendant huit ou quinze jours la teinture de semence de colchique à petites doses (6 à 10 gouttes trois ou quatre fois par jour).

LES CHAÎNES ANTIRHUMATISMALES DE GOLDBERGER ; par HEIDENREICH.

Depuis assez longtemps déjà, les annonces des journaux font grand bruit des chaînes galvaniques de Goldberger. Le public, si crédule en général pour tout ce qui est mystérieux, a adopté avec empressement l'usage de ces chaînes, comme il a adopté la médecine Leroy, les pilules du docteur Frank, les pilules de Morisson et tant d'autres panacées dont le moindre inconvénient est de vider la bourse des malades. Tous les jours les médecins ont à lutter contre les velléités de leurs clients qui leur font lire bon gré, mal gré, les certificats imprimés dans leur journal, et constatant l'efficacité certaine, infaillible, d'un remède contre la maladie dont ils sont affectés et que leur docteur n'a pu encore guérir. Leur confiance dans ces remèdes secrets s'accroît encore quand ils rencontrent la signature d'un homme de l'art qui constate leur efficacité. Peu leur importe de savoir dans quelles conditions le remède a fait bon effet, pourvu qu'il ait guéri ou même seulement soulagé, ils se tiennent pour satisfaits et persistent à vouloir aussi l'*essayer*.

Ces réflexions s'appliquent aux chaînes galvaniques que l'on emploie depuis quelque temps contre les rhumatismes, et auxquelles certaines personnes attribuent une vertu réelle et même infaillible.

La GAZETTE MÉDICALE, dans un de ses derniers numéros (n° 47, 23 novembre 1850, p. 839), rend compte d'un article publié dans le RACCOGLITORE MEDICO, par M. le docteur Santo-Padre, et dans lequel M. Santo-Padre déclare que, dans cinq cas de rhumatisme sur sept, « l'emploi des » chaînes procura un soulagement toujours assez rapide et parfois durable, » tant qu'on gardait l'appareil en place. »

Évidemment le médecin italien s'est laissé induire en erreur par le funeste adage : *Post hoc, ergo propter hoc.* Il a attribué aux chaînes galvaniques une action qu'elles n'ont pu produire ; il a pris pour un effet thérapeutique le résultat d'une simple coïncidence. En effet, puisque les chaînes galvaniques doivent agir par le courant qu'elles développent, il s'agit tout d'abord de rechercher si elles développent réellement un courant quelconque ; or c'est précisément ce qu'elles ne font pas ; les chaînes de Goldberger sont parfaitement inertes. Cette vérité vient d'être mise au jour de la manière la plus évidente par M. Heidenreich, dans l'article que nous allons analyser, ou plutôt reproduire à peu près textuellement, car nous regardons comme un devoir de contribuer, autant qu'il est en nous, à faire cesser cette jonglerie qui dure déjà depuis trop longtemps.

Laissons parler M. Heidenreich.

« Les chaînes de Goldberger sont composées de fils de zinc et de cuivre articulés à la suite les uns des autres. J'appellerai élément ou couple un chaînon zinc et un chaînon cuivre réunis. Vingt à vingt-quatre de ces éléments forment une chaîne. La fermeture de cette chaîne s'opère à l'aide d'un tube en verre à l'une des extrémités duquel est soudée une petite capsule en cuivre, tandis que l'autre extrémité porte une capsule en zinc. La capsule cuivre tient à un article zinc, la capsule zinc à un article cuivre ; chacune de ces capsules est munie d'une pointe qui fait saillie dans le tube, et celui-ci renferme un mélange de limaille de zinc et de limaille de cuivre. La chaîne est suspendue au corps de manière que le tube de verre soit appliqué contre la colonne vertébrale, le creux de l'estomac ou contre la partie malade. Quand le tube de verre est horizontal, la limaille étant également répartie dans ce tube et faisant communiquer les deux points, la chaîne est fermée et le courant la traverse. Mais si le tube est vertical, le courant ne peut plus traverser la chaîne, parce que la limaille ne permet plus la transmission du fluide ; ce courant passe alors à travers le corps ou à travers la partie malade. Les mouvements du corps déterminent des positions variées du tube, il s'ensuit que la chaîne se trouve tantôt ouverte et tantôt fermée.

» Eh bien ! dit avec raison M. Heidenreich, *la chaîne en elle-même ne développe aucun courant électrique*, car le contact de deux métaux hétérogènes ne développe de courant que lorsque ces deux métaux sont unis par un conducteur liquide. Des plaques de zinc et de cuivre seules ne forment pas une pile de Volta ; il faut qu'elles soient unies entre elles par des disques imbibés d'un liquide acide ou salé. C'est ce conducteur indispensable que M. Goldberger a complétement oublié.

» Je mis, dit l'auteur, en communication avec un multiplicateur de 200 tours une chaîne de Goldberger, sans que l'aiguille produisît la moindre déviation, même quand on interrompait le courant, en changeant les pôles. Pour contre-épreuve, je pris un seul élément, je mis les extrémités de cet élément en contact, sur une plaque de verre, avec une goutte d'acide sulfurique étendu, et je fis communiquer les deux autres extrémités du couple avec les extrémités du fil du multiplicateur ; aussitôt l'aiguille dévia de 40 à 45 degrés. Ainsi un seul couple, à l'aide d'une substance conductrice, produit un effet très-sensible, alors que la chaîne entière ne produit rien.

» L'électrolyse (décomposition des corps par l'électricité) produisit les mêmes résultats. Une chaîne plongée par ses deux pôles dans une solution d'iodure potassique ne produisit aucune décomposition, tandis qu'un seul couple plongé par une de ses extrémités dans de l'acide sulfurique étendu, et par l'autre dans une solution d'iodure, détermina au pôle zinc un précipité rougeâtre. Dans cette expérience, l'extrémité zinc de la chaîne se noircissait légèrement quand on laissait quelque temps séjourner les deux pôles dans l'iodure. Je pris alors un seul couple dont je laissai les deux chaînons unis à une extrémité, et je plongeai les deux autres extrémités dans la solution. Après le même espace de temps, j'obtins le même résultat avec un seul couple qu'avec la chaîne tout entière, preuve évidente que la solution elle-même agissait ici comme corps conducteur entre le zinc et le cuivre et produisait l'altération du zinc. Mais pour mieux faire voir encore que la chaîne n'est pas électromotrice, et qu'elle n'agit dans cette expérience que par ses deux extrémités, j'attachai des aiguilles de platine bien polies au zinc et au cuivre, je les plaçai dans la solution, et au bout d'un temps suffisant, je les retirai tout aussi brillantes qu'auparavant. »

Ces expériences n'étaient pas à la rigueur nécessaires ; quiconque possède les plus simples notions de physique sait bien qu'une chaîne construite comme celle de M. Goldberger ne peut produire aucun courant ; mais l'auteur a voulu prévenir toute objection en mettant cette vérité en évidence par des faits positifs.

Maintenant on pourrait se demander si un courant électrique n'est pas susceptible de se développer dans ces chaînes lorsqu'elles sont appliquées

sur le corps. M. Heidenreich plaça une chaîne sur un morceau de cuir imbibé d'acide sulfurique étendu, afin de représenter la sueur acide du corps en mouvement. Les extrémités de cette chaîne mises en contact avec le multiplicateur produisirent une faible déviation, de 15 à 20 seulement; cette déviation ne fut que momentanée et on ne parvint plus à la reproduire même en humectant de nouveau le cuir.

L'électrolyse fut essayée de trois manières :

1° En plongeant les deux extrémités libres d'un couple dans la solution d'iodure, les deux autres extrémités étant réunies métalliquement;

2° En mettant un pareil couple en contact avec de l'acide sulfurique étendu par les extrémités réunies, et avec la solution d'iodure par les extrémités libres;

3° En étendant sur le cuir imbibé d'acide une petite chaîne de six couples, et en faisant plonger les pôles de cette chaîne dans la solution.

La décomposition de l'iodure fut très-faible dans le premier cas, plus forte dans le second et beaucoup plus prononcée avec la chaîne entière.

Ces faits montrent donc que les chaînes Goldberger ne sont pas électromotrices, mais qu'elles peuvent produire un très-faible courant lorsque la sueur de la peau pénètre entre les éléments qui les composent.

Mais, se demande l'auteur, comment ces chaînes peuvent-elles agir? Quand la peau est sèche, rien ne se produit. Quand elle est humectée par la sueur, celle-ci n'est pas circonscrite entre les articles de la chaîne, elle est répandue plus ou moins uniformément sur toute la surface du corps; le liquide conducteur et excito-moteur n'est donc pas isolé entre les éléments métalliques. La sueur, d'un autre côté, est un très-bon conducteur du fluide électrique; elle détermine l'écoulement de l'électricité de la peau, ou tout au moins elle est cause qu'il est très-difficile d'en constater la présence. La sueur aura donc pour effet de répandre, de disséminer sur toute la surface du corps les courants électriques qui pourraient se produire. Or on vient de voir combien sont faibles les courants produits à l'aide de l'acide sulfurique étendu et isolé dans des capsules de verre; que deviendra donc la valeur des courants déterminés par la sueur, sur un corps tout en transpiration? Évidemment elle sera réduite à zéro. On peut donc en toute assurance affirmer que l'action des chaînes galvaniques de Goldberger est absolument nulle.

Moi-même, dit M. Heidenreich, je ne leur ai jamais vu produire aucun effet. Une fille hystérique me raconta qu'ayant porté une de ces chaînes, elle avait éprouvé de l'agitation, de l'insomnie, et qu'elle s'était vue forcée d'ôter la chaîne au milieu de la nuit. Je priai cette fille de reprendre la chaîne et de bien observer ce qu'elle éprouverait. Elle remit sa chaîne, la porta pendant huit jours sans interruption et ne ressentit plus rien de particulier. L'imagination seule avait évidemment déterminé les premières sensations. Tous mes collègues, dit l'auteur en terminant, sont unanimes pour déclarer qu'ils n'ont jamais vu les chaînes galvaniques produire le moindre effet. Il serait donc bien temps d'avertir le public, afin de le prémunir contre cette supercherie.

Il existe des chaînes galvaniques qui diffèrent de celles de Goldberger décrites par M. Heidenreich. Elles ne se composent pas de simples chaînons cuivre et zinc articulés les uns aux autres, mais bien de petits couples véritables dont les éléments sont séparés par une petite lamelle de papier gris. Les deux lamelles zinc et cuivre sont maintenues l'une contre l'autre avec la lamelle de papier interposée, par des fils de soie fortement liés. Ces couples sont attachés les uns aux autres par des anneaux et les deux extrémités de la chaîne sont réunies par un tube en verre. Dans cette sorte de chaîne, la sueur, en mouillant le papier interposé entre les éléments, peut développer un faible courant galvanique, et comme les deux pôles sont séparés par un corps isolant, le courant doit passer à travers la peau.

Il serait intéressant d'essayer aussi ces chaînes au galvanomètre. Cependant on peut dire d'avance que l'effet qu'elles produisent, quand elles sont appliquées sur le corps, doit être très-faible; car, ou bien le corps n'est pas en transpiration, et alors il n'y a pas de courant, ou bien la sueur, comme l'a dit M. Heidenreich, détermine l'écoulement du fluide et sa dissémination sur toute la peau.

Ce n'est pas tout; en admettant même une action plus prononcée de la chaîne dite galvanique, croit-on que le courant agira profondément sur les tissus fibreux qui sont le siége du rhumatisme? Il est évident que ce courant n'est que superficiel, et que l'humidité de la peau, qui est une condition indispensable de sa production, favorisera sa dissémination à la surface du corps.

Enfin, nous demanderons si l'on croit que l'électricité puisse agir d'une manière favorable dans le traitement du rhumatisme? La réponse ne nous paraît guère douteuse s'il s'agit d'un rhumatisme aigu; l'excitation produite par un courant galvanique nous semble peu propre à combattre cette affection. Il ne serait donc question que du rhumatisme chronique, et alors, avant de recommander les chaînes galvaniques, il serait bon d'étudier, sur des malades, les effets d'un courant galvanique dont on pourrait varier la force et la durée.

Nous ne rejetons donc pas d'une manière absolue l'emploi des chaînes galvaniques, non pas de celles dites Goldberger, qui en réalité ne signifient rien, mais des chaînes qui seraient construites d'après les règles et les principes de la physique. Seulement nous insistons pour une expérimentation raisonnée, et nous demandons que l'on donne à ces recherches le caractère scientifique que l'état actuel de nos connaissances nous donne le droit d'exiger.

OZON ET CATARRHE; par M. Heidenreich.

La Gazette Médicale a rendu compte (1848, p. 128) de la découverte faite par M. Schonbein d'une substance particulière qu'il a nommée *ozon*, substance qui se développe dans l'air atmosphérique sous l'influence de l'électricité, et que M. Schonbein regarde comme la principale cause des épidémies catarrhales. Rappelons encore que, suivant le chimiste de Bâle, l'ozon est produit par la combustion du phosphore, des vapeurs d'éther, etc., qu'il est fortement électro-négatif et qu'il a beaucoup d'analogie avec le chlore, le brome et l'iode.

On ne connaît pas encore bien la constitution de cette substance, ses réactions chimiques, ses propriétés, mais on sait que lorsqu'on constate la présence de l'ozon dans l'air atmosphérique, on remarque aussi divers phénomènes du côté des organes respiratoires. C'est cette action de l'ozon sur la muqueuse des poumons que M. Heidenreich dit avoir constatée d'une manière positive. Que ce soit, dit cet auteur, l'ozon ou tout autre corps, toujours est-il que sa présence dans l'air, constatée par des réactifs, a toujours coïncidé avec des phénomènes morbides déterminées. Cette coïncidence était si constante que l'on pourrait conclure de l'apparition des phénomènes morbides à la réaction de l'ozon et réciproquement; bien plus, lorsque M. Heidenreich observait le matin le degré de réaction de l'ozon, il pouvait dire d'avance quels symptômes augmenteraient d'intensité dans la journée; le plus souvent cependant c'est l'inverse qui avait lieu, c'est-à-dire que les symptômes morbides observés l'après-midi ou le soir annonçaient la force de la réaction ozonique pour le lendemain matin.

Voici comment l'auteur prépare ce qu'il appelle son ozonoscope:

Il fait dissoudre 5 grains d'iodure de potassium dans 2 onces d'eau distillée, puis il verse cette dissolution dans un creuset neuf, avec une demi-once d'amidon fin, et ajoute encore 2 onces d'eau distillée. On fait chauffer à un feu doux pendant quelques minutes, en remuant toujours jusqu'à la consistance d'un empois ordinaire. On ajoute ensuite autant d'eau qu'il en faut pour que la masse ait six à huit fois son volume primitif, et l'on fait cuire encore quelques bouillons jusqu'à ce que le mélange ait une consistance uniforme. On plonge dans ce liquide de grandes bandes de papier non collé, et on les fait sécher en les suspendant à un fil tendu, et en ayant soin de les mettre à l'abri de la lumière du soleil. Les bandes sont ensuite coupées en bandes plus petites que l'on conserve dans des boîtes ou dans des flacons bien fermés pour les garantir contre la lumière, l'air et l'humidité.

L'action de l'ozon atmosphérique sur le papier réactif doit être garantie de toute autre influence sur l'iodure d'amidon. Pour cela on emploie un tube en verre d'un pouce à un pouce et demi de diamètre sur 8 à 10 pouces de longueur, et qui reste ouvert à ses deux extrémités, afin que l'air puisse le traverser librement. L'extrémité supérieure du cylindre est entourée d'un anneau métallique muni d'un fil de fer destiné à le suspendre. Un petit morceau de bois muni d'un crochet en fil de fer est placé sur l'ouverture du cylindre et sert à soutenir la bande de papier qui flotte librement dans le tube. Comme la lumière agit sur l'iodure potassique, quoique différemment que l'ozon, on entoure le tube en verre d'un tube métallique ou de carton.

Pour se servir de cet ozonoscope, on humecte d'eau distillée une bande de papier préparée, on l'accroche au fil de fer et on la suspend librement dans le tube. Au bout de trois à cinq heures, on peut observer la réaction, surtout sur les bords du papier.

L'iodure potassique que l'on emploie doit être tel que la colle ne bleuisse pas instantanément par l'addition d'acide sulfurique très-étendu ou d'acide tartrique. Si la coloration a lieu subitement, c'est une preuve que l'iodure potassique contient de l'iodate de potasse ou de l'hyperoxyde de potasse, et une colle mélangée avec des sels aussi impurs peut déjà être bleuie par l'acide carbonique de l'air.

Avant de commencer ses expériences, l'auteur avait soin d'essayer son papier en le traitant par l'acide sulfurique étendu. Il n'y avait pas de réaction immédiate, mais au bout d'un quart d'heure le papier se colorait faiblement en brun; au bout d'une heure le brun était plus foncé, et au bout de plusieurs heures le papier était d'un brun très-foncé, comme s'il avait été trempé dans du jus de réglisse.

L'auteur conseille encore de faire l'expérience suivante pour montrer

que la substance qui réagit sur le papier est réellement contenue dans l'air. Il expose pendant quinze jours à la lumière une bande de papier contenue dans un tube parfaitemeot fermé à ses deux extrémités; le papier devient d'un brun très-foncé, comme lorsqu'on le traite par l'acide sulfurique. Si l'on ouvre le tube de manière à le laisser traverser par l'air, et qu'on le laisse à la lumière, la réaction est plus forte que lorsqu'il est placé dans l'obscurité, parce que le papier reçoit alors la double influence de la lumière et de l'air. Quand il y avait pen d'ozon dans l'air, et que le papier du tube placé dans l'obscurité n'offrait qu'une réaction faible, le papier du tube exposé à la lumière offrait au contraire une coloration plus prononcée. Enfin que l'on enferme dans un tube parfaitement clos une bande de papier à réactif, elle restera intacte, tandis que le même papier bleuira, si on le met dans un tube ouvert. Tous ces faits montrent que c'est bien l'air atmosphérique qui contient la substance susceptible de réagir sur le papier préparé.

La nature du papier que l'on emploie paraît influer sur la réaction. C'est le papier ordinaire des imprimeurs qui donne la plus belle couleur bleue.

M. Heidenreich ne croit pas, avec le docteur Betz, que l'eau rende plus difficile l'action de l'ozon sur le papier, car c'est précisément par les temps humides et pluvieux que la réaction s'est montrée la plus forte. Pensant que cette dernière circonstance tenait peut-être à l'humidité du papier, l'auteur humecta ses bandelettes avec de l'eau distillée, mais sans obtenir le même effet; ce qui fait présumer que l'ozon est en plus grande quantité dans l'air humide que dans l'air sec. Un fait qu'il nous reste encore à noter, c'est l'action de l'ammoniaque sur l'ozon. Cet alcali neutralise complétement l'action de cette dernière substance. Or on sait que l'ammoniaque a été conseillée et souvent employée avec succès dans les phlegmasies catarrhales des voies aériennes; il y a donc ici un rapprochement intéressant à faire entre l'action chimique et l'action thérapeutique de cette substance, rapprochement qui pourra conduire à son administration rationnelle, quand on aura établi d'une manière positive le rôle que joue l'ozon comme agent morbifique.

Après ces détails sur les propriétés physiques et chimiques de l'ozon, l'auteur donne le tableau des maladies observées pendant deux mois, avec l'indication correspondante de la réaction de l'ozon. Ces observations faites jour par jour s'étendent depuis le 16 mars jusqu'au 22 mai.

Les rapprochements consignés dans ces tableaux sont encore loin de présenter un caractère de certitude suffisant pour établir d'une manière positive l'influence de l'ozon sur les voies respiratoires. Comme le fait remarquer l'auteur lui-même, les observations n'ont pas porté sur un assez grand nombre de malades, et il eût été intéressant d'y joindre l'état du baromètre, du thermomètre, de l'hygromètre, des vents régnants et des autres circonstances météorologiques. Cependant il est vrai de dire qu'une augmentation bien prononcée de la réaction de l'ozon a coïncidé avec une exacerbation des symptômes pectoraux ou avec l'apparition des phlegmasies des voies aériennes, tandis que la diminution ou la cessation totale de la réaction coïncidait avec la diminution des symptômes. Ce simple fait suffit, ce nous semble, pour constater l'influence de l'ozon sur les affections catarrhales. Au contraire les affections des séreuses, de même que les exanthèmes érysipélateux, l'urticaire, la varioloïde, coïncidaient avec une très-faible réaction. Les maladies rhumatismales paraissent s'accompagner plutôt d'une forte réaction que d'une réaction faible ou nulle. Quant à la pleurésie, elle s'est déclarée sans indication particulière de l'ozonoscope, c'est-à-dire par des réactions faibles comme par des réactions fortes.

Si nous nous sommes étendu avec quelques détails sur le travail du docteur Heidenreich, c'est que nous attachons une grande valeur au genre de recherches auxquelles il s'est livré. Depuis assez longtemps, en effet, on parle de miasmes, d'influences atmosphériques ou telluriques sans trop savoir à quelle sorte d'agent on a affaire. Les données météorologiques que nous possédons expliquent quelquefois, mais sont loin d'expliquer toujours la constitution des maladies. Nous devons donc regarder comme un véritable progrès dans l'étiologie des maladies la découverte d'un principe atmosphérique qui paraît influer sur la production ou tout au moins sur la marche de certaines affections; car, outre l'intérêt scientifique qui se rattache à cette question, nous pouvons espérer que son étude faite sur une grande échelle, sous différentes latitudes et dans des localités différentes les unes des autres, ne manquera pas de conduire à des résultats thérapeutiques plus positifs que ceux qui nous sont fournis par notre médecine symptomatique.

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE DU 16 DÉCEMBRE.

Proclamation des prix décernés et des sujets de prix proposés.

RAPPORT SUR LE CONCOURS POUR LE PRIX DE STATISTIQUE DE LA FONDATION MONTYON. (ANNÉES 1849 ET 1850.)

(Commissaires : MM. CH. DUPIN, MATHIEU, HÉRICART DE THURY, BOUSSINGAULT, ET COMBES, rapporteur.)

§ 1. Concours de l'année 1849.

Le prix de statistique, pour 1849, a été donné à MM. Martin, médecin à l'hôpital du Dey, et Foley, médecin à l'hôpital civil d'Alger, pour l'ouvrage manuscrit intitulé : ***Histoire statistique et médicale de la colonisation algérienne,*** qu'ils ont adressé à l'Académie.

Cet ouvrage contient les résultats de recherches étendues sur la population indigène de l'Algérie, la population européenne immigrée, et les vicissitudes diverses que l'une et l'autre ont subies, depuis l'époque de notre conquête jusqu'à ce jour.

Voici les principales conclusions de ce mémoire, et le résumé du rapport :

1° Les enfants européens immigrés en Afrique avant l'âge de deux ans et demi ou trois ans n'ont presque aucune chance d'y vivre.

2° Depuis dix-huit ans, il est mort, dans toute l'Algérie, un peu plus du tiers des enfants qui y sont nés de parents européens, défalcation faite des enfants mort-nés, qui augmenteraient beaucoup ce chiffre. Le nombre des mort-nés est de 1 sur 11,4 naissances, ce qui est énorme.

3° La mortalité adulte observée sur l'armée a été en décroissant, à mesure que les précautions hygiéniques, dont l'expérience avait montré l'utilité, ont été introduites, et que les causes d'insalubrité ont diminué. Suivant les auteurs, la mortalité dans l'armée est aujourd'hui peu supérieure à ce qu'elle est en France, et moins grande certainement que dans celle de nos colonies qui est réputée la plus salubre, l'île Bourbon.

4° Les habitants venus des contrées paludéennes de la France paraissent moins sujets à contracter des maladies en Algérie que les habitants venus des départements non marécageux, soit du nord, soit du midi. Cependant, une fois attaqués, et en n'ayant égard qu'au nombre des malades, les premiers (les habitants des contrées paludéennes) succombent en plus grand nombre que les seconds.

5° Des observations précises sur les maladies occasionnées par les travaux de défrichement montrent qu'elles peuvent être prévenues en grande partie, en commençant les défrichements avec l'hiver, et cessant d'y travailler, avant les dernières pluies abondantes qui précèdent l'été.

L'ouvrage de MM. Martin et Foley a exigé des recherches longues et difficiles; les faits recueillis y sont discutés avec soin, les conclusions déduites avec une sage réserve. On y trouve une appréciation judicieuse des conditions propres à diminuer le nombre des maladies occasionnées par les travaux de défrichement, et des circonstances auxquelles il faut avoir égard dans le choix des emplacements pour les colonies agricoles, l'indication de précautions hygiéniques salutaires. La commission propose à l'Académie de décerner à MM. Martin et Foley le prix de statistique pour l'année 1849.

Une mention honorable a été décernée à M. de Watteville, inspecteur général des établissements de bienfaisance, pour son « Rapport à M. le ministre de l'intérieur sur le service des enfants trouvés et abandonnés en France.

§ 2. Concours de l'année 1850.

Le prix de statistique, pour 1850, a été décerné à MM. Boutron-Charlard et Ossian Henry, pour leur travail sur la constitution chimique des eaux du département de la Seine, travail qui a, sous le rapport de l'hygiène, un très-grand intérêt. Aux résultats analytiques, les auteurs ont joint des renseignements très-intéressants sur les localités, l'état de l'atmosphère, la température des sources. C'est cet ensemble de recherches utiles que la commission récompense, en décernant à MM. Boutron et Henry le prix de statistique de 1850.

GRAND PRIX DES SCIENCES PHYSIQUES,

Proposé en 1847 pour 1849, et remis au concours pour 1853.

(Commissaires : MM. SERRES, RAYER, MAGENDIE, MILNE-EDWARDS et FLOURENS, rapporteur.)

L'Académie avait proposé, pour sujet du grand prix des sciences naturelles à décerner en 1849, la question suivante :

« Établir, par l'étude du développement de l'embryon dans trois espèces, prises chacune dans un des trois premiers embranchements du règne animal (les vertébrés, les mollusques et les articulés), des bases pour l'embryologie comparée. »

Aucun ouvrage n'étant parvenu sur cette grande question, la commission propose de la remettre au concours pour l'année 1853, mais en la réduisant aux termes suivants :

« Établir, par l'étude du développement de l'embryon dans deux espèces, prises, l'une dans l'embranchement des vertébrés, et l'autre, soit dans l'em-

branchement des mollusques, soit dans celui des articulés, des bases pour l'embryologie comparée.

L'Académie ne désigne au choix des concurrents aucune espèce particulière ; elle n'exclut pas même celles sur lesquelles il a pu déjà être fait des travaux utiles, à condition pourtant que les auteurs auront vu et vérifié par eux-mêmes tout ce qu'ils diront.

Le grand objet qu'elle propose aux efforts des zoologistes et des anatomistes, est la détermination positive de ce qu'il peut y avoir de semblable ou de dissemblable dans le développement comparé des *vertébrés* et des *invertébrés*.

Les pièces adressées pour le concours devront être parvenues au secrétariat avant le 1er avril 1853.

PRIX DE PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE,

Fondé par M. DE MONTYON.

L'Académie annonce qu'elle adjugera une médaille d'or de la valeur de *huit cent quatre-vingt-quinze francs* à l'ouvrage, imprimé ou manuscrit, qui lui paraîtra avoir le plus contribué aux progrès de la physiologie expérimentale.

Le prix sera décerné dans la prochaine séance publique.

Les ouvrages ou mémoires présentés par les auteurs doivent être envoyés au secrétariat de l'Institut *avant le 1er avril* de chaque année.

DIVERS PRIX DU LEGS MONTYON.

Il sera décerné un ou plusieurs prix aux auteurs des ouvrages ou des découvertes qui seront jugés les plus utiles à *l'art de guérir*, et à ceux qui auront trouvé les *moyens de rendre un art ou un métier moins insalubre*.

Les pièces admises au concours n'auront droit aux prix qu'autant qu'elles contiendront une *découverte parfaitement déterminée*.

Il sera aussi décerné des prix aux meilleurs résultats des recherches entreprises sur les questions proposées par l'Académie.

Les ouvrages ou mémoires présentés par les auteurs doivent être envoyés francs de port, au secrétariat de l'Institut *avant le 1er avril* de chaque année.

PRIX CUVIER.

L'Académie annonce qu'elle décernera, dans la séance publique de 1851, un prix (sous le nom de *prix Cuvier*) à l'ouvrage qui sera jugé le plus remarquable entre tous ceux qui auront paru depuis la mort de ce grand naturaliste, soit sur le règne animal, soit sur la géologie.

La valeur de ce prix sera de 1,500 francs.

Le concours est clos depuis le 1er janvier 1850.

A partir de l'année 1851, le *prix Cuvier* sera décerné tous les trois ans.

PRIX DE PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

RAPPORT SUR LES PRIX DES ANNÉES 1849 ET 1850.

(Commissaires : MM. MAGENDIE, FLOURENS, RAYER, MILNE-EDWARDS, ET SERRES, rapporteur.)

Aucun ouvrage de physiologie expérimentale n'ayant été adressé à l'Académie pour ce concours, la commission déclare qu'il n'y a pas lieu à décerner le prix pour les années 1849 et 1850.

La commission accorde une mention honorable à M. Stannius, pour son ouvrage intitulé : RECHERCHES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES SUR LE SYSTÈME NERVEUX PÉRIPHÉRIQUE DES POISSONS.

Elle mentionne également la MONOGRAPHIE ANATOMIQUE DU GENRE ACTINIA, de M. Hollard ; elle espère que l'auteur complétera son travail par des observations d'embryologie et par des expériences physiologiques sur ce groupe de zoophytes.

PRIX RELATIFS AUX ARTS INSALUBRES.

RAPPORT SUR LE CONCOURS DES ANNÉES 1849 ET 1850.

(Commissaires : MM. RAYER, CHEVREUL, REGNAULT BOUSSINGAULT, ET PAYEN, rapporteur.)

Parmi les procédés soumis à l'examen de la commission, deux seulement présentent des résultats suffisamment démontrés pour être l'objet d'une décision de l'Académie.

Ces deux procédés différents ont, l'un et l'autre, pour objet l'épuration des gaz de l'éclairage.

L'un des procédés a été réalisé en grand par M. Mallet, l'autre par M. de Cavaillon.

La commission, considérant que M. Mallet a réalisé une application utile pour la salubrité et l'industrie, l'a jugé digne de recevoir une récompense de 500 fr. sur la fondation Montyon.

M. de Cavaillon ayant atteint le même but par un autre moyen, l'Académie lui a décerné une récompense de 500 fr. sur la fondation Montyon pour l'assainissement des arts insalubres.

PRIX DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

RAPPORT SUR LES PRIX DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE POUR LES ANNÉES 1849 ET 1850.

(Commissaires : MM. ROUX, RAYER, LALLEMAND, SERRES, VELPEAU, MAGENDIE, DUMÉRIL, FLOURENS, ET ANDRAL, rapporteur.)

La commission nommée par l'Académie pour juger les prix de médecine et de chirurgie avait deux rapports à lui présenter, l'un relatif aux prix de l'année 1849, l'autre relatif aux prix de l'année 1850.

RAPPORT SUR LE CONCOURS DE 1849.

La commission a eu à examiner, pour ce concours, vingt et un ouvrages, parmi lesquels quatre seulement lui ont paru devoir être récompensés ; et au premier rang elle a placé le TRAITÉ DE CHIRURGIE PLASTIQUE de M. JOBERT (de Lamballe), œuvre remarquable, où l'auteur a déposé la description d'un grand nombre de méthodes et de procédés opératoires dont il a enrichi la chirurgie, mais qui surtout fait connaître, dans tous les détails et dans toutes les modifications que l'exigence des divers cas particuliers ont conduit M. Jobert à lui apporter, une opération nouvelle, qui est devenue pour la chirurgie une heureuse conquête, et pour l'humanité un incontestable bienfait. Cette opération, qu'il a pratiquée plusieurs fois avec le plus complet succès, a pour but et pour effet de délivrer les femmes d'une infirmité déplorable, qui, née de causes diverses, consiste dans une communication accidentellement établie entre la cavité du vagin et celle de la vessie. Désormais, grâce aux moyens aussi ingénieusement conçus qu'habilement mis en œuvre par M. Jobert, les fistules vésico-vaginales, contre lesquelles jusqu'à présent les efforts de la chirurgie avaient presque toujours échoué, devront être considérées, pour la plupart, comme une affection curable. Ce résultat a une assez grande importance pour que la commission ait cru devoir le récompenser par un prix, le seul d'ailleurs qu'elle eût à vous proposer de décerner pour les années 1849 et 1850. Elle est d'avis que ce prix soit de *deux mille cinq cents francs*.

M. le docteur GUILLON, qui déjà, au concours de 1845, avait été récompensé pour un mémoire sur un brise-pierre pulvérisateur, a sensiblement amélioré cet instrument ; il lui a donné une plus grande simplicité et une plus grande rapidité d'action : il en a rendu en même temps l'emploi plus facile ; et, comme ces modifications ont paru à votre commission assurer encore à cet instrument un plus haut degré de sûreté et d'utilité, elle vous propose d'accorder à M. Guillon un encouragement de *mille francs*.

M. FERDINAND MARTIN est parvenu à rendre les membres artificiels si parfaits, qu'il est possible aujourd'hui aux personnes privées d'un pied, d'une jambe ou même d'une cuisse, de masquer en grande partie leur difformité, et de retrouver la plupart des usages de la portion de membre qu'ils ont perdue. Les efforts incessants de ce mécanicien pour rendre les membres artificiels, qu'il fabrique avec une rare perfection, à la fois plus simples, plus solides et d'un prix moins élevé, ont engagé la commission à vous proposer pour lui un encouragement de *mille francs*.

M. MOREL-LAVALLÉE a soumis au jugement de l'Académie un intéressant travail sur les hernies du poumon. Jusqu'à présent on ne connaissait sur cette sorte de hernie que quelques faits, épars dans les annales de la science, qui étaient restés sans lien entre eux, et sans qu'aucun effort de généralisation eût été tenté, dans le but d'insituer quelques principes sur les causes de ces hernies, le mécanisme de leur production et leurs symptômes. M. Morel-Lavallée a comblé cette lacune, en réunissant et en soumettant à un judicieux examen tous les faits relatifs au pneumocèle disséminés dans un grand nombre d'ouvrages ; il a ajouté à ces cas divers un cas observé par lui, et sans analogue jusqu'à ce jour, d'une hernie pulmonaire sus-claviculaire double ; et il est parvenu, par le rapprochement de tous ces faits, à bien établir le diagnostic du pneumocèle dans toutes ses variétés. Votre commission vous propose d'accorder pour ce travail, à M. Morel-Lavallée, un encouragement de *mille francs*.

RAPPORT SUR LE CONCOURS DE 1850.

La commission a eu à examiner, pour ce concours, vingt-quatre ouvrages, parmi lesquels il en est huit auxquels elle est d'avis que l'on accorde, ou une récompense, ou un encouragement.

M. HERPIN, docteur en médecine à Genève, a envoyé, sous le titre d'ÉTUDES PRATIQUES SUR LE PRONOSTIC ET LE TRAITEMENT DE L'ÉPILEPSIE, un ouvrage qui se compose d'abord de trente-huit observations relatives à l'épilepsie, recueillies par l'auteur, puis d'une évaluation bien faite des diverses circonstances de chacun de ces trente-huit faits. Ces matériaux originaux servent de base à l'auteur pour donner, sur plusieurs des symptômes de l'épilepsie, des aperçus nouveaux, et pour déterminer la valeur de ces symptômes au double point de vue du diagnostic et du pronostic de l'épilepsie. Il se sert également de ces mêmes faits pour étudier et apprécier l'influence que les diverses conditions d'âge, de sexe, de constitution, ainsi que celle de différentes maladies ou antécédentes ou concomitantes, peut exercer sur la gravité plus ou moins grande de l'épilepsie et son degré de curabilité. Il étudie encore, sous ce même rapport, l'influence bonne ou mauvaise qui peut être exercée par l'hérédité, la menstruation, la grossesse, l'état de mariage ou de célibat, le degré d'intelligence des individus, leur position sociale, et enfin l'ancienneté de la maladie elle-même. L'importance du sujet étudié par M. Herpin, la sévérité de la méthode qu'il a suivie pour observer et apprécier les faits, et enfin l'intérêt de plusieurs des résultats auxquels il est arrivé, ont paru à la commission mériter à ce médecin une récompense de *quinze cents francs*.

C'est aussi de l'épilepsie qu'il s'agit dans le travail présenté au concours par M. le docteur DELASIAUVE, l'un des médecins de l'hospice de Bicêtre ; mais dans ce travail il n'est question que d'un seul point : de la thérapeutique de l'épilepsie. M. Delasiauve a pensé (et nous partageons son opinion) qu'il serait d'un haut intérêt pour la médecine pratique de présenter, dans leur ensemble, les nombreux moyens qui, depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours, ont été employés pour combattre cette redoutable maladie. Dans cette revue de tant de médications diverses, dont il discute et apprécie la valeur, l'auteur a fait

preuve à la fois d'un savoir de bon aloi et d'un esprit de sage critique. Nous estimons que, par la publication de ce travail, M. Delasiauve a rendu à la pratique médicale un service dont il faut lui savoir gré : en fixant ainsi où en est actuellement la thérapeutique de l'épilepsie, il prépare et facilite de nouvelles recherches. En raison de l'utilité réelle que doit avoir le mémoire de M. Delasiauve pour guider les praticiens dans le traitement de l'épilepsie, nous vous proposons de lui accorder une récompense de *mille francs*.

Des tumeurs ou de simples saillies dues à un développement anormal, soit du tissu musculo-membraneux de la vessie, soit de la prostate, se produisent souvent au col de la vessie. En raison des dimensions que peuvent prendre ces différentes sortes de tumeurs ou saillies, l'évacuation spontanée des urines est plus ou moins entravée : il en résulte des altérations de la vessie, des uretères et des reins, qui s'aggravent avec le temps, et contre lesquelles les efforts de l'art n'avaient encore trouvé que des palliatifs. Le docteur Auguste Mercier, qui a bien décrit, sous le nom de valvules du col de la vessie, quelques-unes des saillies dont il vient d'être question, a mieux étudié qu'on ne l'avait fait avant lui leur structure, et après bien des tentatives et des modifications dans ses procédés, il est arrivé à la construction d'instruments faciles à manœuvrer, à l'aide desquels on peut inciser ou même exciser ces valvules, de manière à amener une guérison plus sûre et plus prompte. M. le docteur Auguste Mercier nous paraît donc avoir rendu un service à la thérapeutique d'une des maladies les plus graves et les plus rebelles des organes urinaires; nous vous proposons de lui accorder une récompense de *quinze cents francs*.

Après avoir rassemblé un grand nombre d'observations tératologiques, M. Vrolik s'est proposé de donner une histoire générale des anomalies et des monstruosités que le fœtus humain peut présenter. Les descriptions de l'auteur ont été faites le plus souvent d'après nature. Sur cinq cents figures environ dont se compose l'atlas tératologique de M. Vrolik, trois cent quarante ont été exécutées d'après des pièces qui font partie de sa riche collection. Ces matériaux précieux seront consultés avec fruit dans l'examen de questions non encore résolues, relatives à l'origine et aux caractères spécifiques de certaines anomalies rares de l'organisation. Le travail de M. Vrolik contient d'ailleurs des renseignements intéressants sur les causes de plusieurs maladies du fœtus, et sur le traitement de quelques vices de conformation congénitaux. D'après ces considérations, la commission propose d'accorder à M. Vrolik une récompense de *mille francs*.

Parmi les investigations de bien des sortes qui sont à entreprendre sur le crétinisme, une des plus importantes sans contredit serait la recherche faite avec suite et exactitude des altérations des différents organes, et du système nerveux en particulier, dans cette triste dégénération de l'espèce humaine. Il faut le dire, de pareilles recherches n'ont été faites jusqu'à présent que fort rarement et d'une manière très-incomplète. Le mérite principal de l'ouvrage du docteur Stalh sur l'idiotie endémique est précisément d'avoir décrit avec soin les altérations trouvées chez des crétins, soit dans les os du crâne et de la face, soit dans les méninges, soit dans l'encéphale lui-même, soit enfin dans d'autres parties du corps. La constance de ces altérations est d'abord un fait qui frappe dans les recherches de M. Stalh : chez tous les crétins dont il a examiné le crâne et le cerveau, il a rencontré toujours ou le crâne ou le cerveau déviés de leur conformation ou de leur structure normale. Quant à la nature de ces altérations, M. Stalh a trouvé que les os présentaient dans leur nutrition les plus grandes irrégularités, atrophiés en certains points, hypertrophiés en d'autres, et que de toutes parts ils offraient des traces d'un arrêt de développement. Il a trouvé généralement une conformation irrégulière du crâne, etc. Dans le cerveau, ce sont aussi des arrêts de développement qu'il a surtout constatés; enfin il a rencontré très-ordinairement, autour de l'encéphale ou dans ses cavités intérieures, des accumulations considérables de liquide céphalo-rachidien. La commission propose d'accorder à M. Stahl un encouragement de *mille francs*.

M. Hurteaux, médecin de la manufacture des tabacs, a profité de sa position spéciale pour faire, depuis huit ans, une étude approfondie de la santé des ouvriers de cet établissement. Différents auteurs, depuis Ramazzini jusqu'à nos jours, avaient émis des opinions diverses sur les maladies auxquelles peuvent donner lieu la manipulation du tabac et le séjour dans les lieux où on le prépare. Pour les uns, des accidents nombreux et graves frappent ces ouvriers; pour les autres (et parmi ceux-ci il faut compter Parent-Duchâtelet), leur santé n'est en aucune façon compromise. Un travail plus récent, dû au docteur Meslier, a montré ce qu'il y avait d'erroné dans cette opinion de Parent-Duchâtelet, et il a indiqué les accidents auxquels étaient sujets les ouvriers qui préparent le tabac. Ce travail, remarquable sous plus d'un rapport, a été composé en grande partie avec les matériaux qui ont été fournis à M. Meslier par M. Hurteaux. Ce sont ces mêmes matériaux, qu'il a rendus plus nombreux, dont M. Hurteaux s'est servi à son tour pour faire le travail qu'il a soumis au jugement de l'Académie. Ce travail résout plusieurs questions restées jusqu'à ce jour indécises ; il contient une description bien faite des altérations qu'éprouvent dans leur santé les ouvriers de la manufacture de tabacs de Paris, altérations dont plusieurs, ainsi que le montre M. Hurteaux, pourraient être évitées par certaines précautions hygiéniques qu'il indique et conseille. Sous ces différents rapports, le travail du docteur Hurteaux a fixé particulièrement l'attention de la commission, qui propose de lui accorder un encouragement de *mille francs*.

Le climat de l'Italie, sous le rapport hygiénique et médical, tel est le titre d'un ouvrage de M. le docteur Carrière, qui est aussi au nombre de ceux que la commission a distingués. Il existe déjà sur le climat de l'Italie un certain nombre d'ouvrages, mais tous insuffisants, soit en raison du peu de précision des notions qu'ils renferment, soit parce que la plupart ne s'occupent que de quelques localités ; et cependant les médecins regrettent sans cesse de ne pas posséder des renseignements plus étendus, plus positifs, et en quelque sorte plus pratiques, sur le climat de cette région de l'Europe, où chaque année ils envoient de nombreux malades. Il a paru à votre commission que le livre de M. Carrière remplissait cette fâcheuse lacune, par le grand nombre de détails qu'il renferme, par les distinctions pleines d'intérêt qu'il a établies, relativement à la diversité de leur influence sur la santé, entre les différentes parties de l'Italie, depuis Salerne et Naples jusqu'à Milan et à Nice. Ce livre contient un grand nombre de faits et d'aperçus qui ne se trouvent consignés dans aucun autre ; il est de ceux dont la médecine pratique doit tirer un profit réel, et, en conséquence, la commission propose d'accorder à M. Carrière un encouragement de *mille francs*.

Il est encore quelques travaux qui ont fixé l'attention de la commission, mais qu'elle a remis à un autre concours, pour que les résultats puissent en être plus complétement vérifiés; tels sont le travail de M. Duchenne (de Boulogne), sur l'application de l'électricité par des appareils qui lui sont propres, à des recherches physiologiques, pathologiques et thérapeutiques; le travail de M. Rochoux sur la structure et les maladies du foie et du poumon; et enfin, un mémoire de M. Boinet, dans lequel ce médecin annonce un fait important pour la thérapeutique chirurgicale, savoir : le traitement des abcès froids, des trajets fistuleux, et même des abcès par congestion, avec les injections iodées. Tout en reconnaissant l'intérêt qui s'attache aux tentatives faites à cet égard par M. Boinet, la commission a pensé qu'il fallait attendre des faits plus nombreux et plus variés, pour pouvoir juger définitivement cette méthode et en apprécier la valeur.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE DU 17 DÉCEMBRE 1850. — PRÉSIDENCE DE M. BRICHETEAU.

ORDRE DES LECTURES.

1° Rapport général sur les prix décernés par l'Académie en 1850, par M. Gibert, secrétaire annuel.

2° Prix décernés et sujets des prix proposés pour 1851 et pour 1852.

3° Éloge de Richerand, par M. Dubois, secrétaire perpétuel.

RAPPORT GÉNÉRAL SUR LES PRIX DE 1850; par M. Gibert, secrétaire annuel.

Messieurs,

Continuant la tâche que nous avons commencée l'année dernière, nous allons en peu de mots vous faire connaître les résultats généraux des concours de prix de cette année.

Nous n'aurons cette fois à vous entretenir que de trois concours, savoir : celui de l'Académie, le prix Portal et le prix Civrieux.

Une nouvelle commission s'occupe activement de la seconde période de six années du concours pour le prix d'Argenteuil (1844 à 1850); comme la précédente, elle ne consultera que les vœux et les intérêts de la science, et si par malheur ses travaux n'aboutissaient qu'à un résultat négatif, elle ne craindrait pas plus que sa devancière des attaques et des imputations calomnieuses qui ne sauraient l'atteindre.

Que d'autres Sociétés savantes, qui ne seraient point gênées dans leurs libéralités par les termes rigoureux d'un programme précis et limité, croient pouvoir encourager par quelques récompenses les efforts même non suivis de succès complet et avéré, nous le comprenons ; mais l'Académie de médecine a une responsabilité toute spéciale soit envers les médecins, soit envers le public, et elle ne saurait apporter trop de maturité dans l'examen des questions pratiques et trop de sévérité dans ses jugements..., surtout quand il s'agit de sujets délicats où l'erreur est facile.

I. — La question posée comme sujet du prix d'anatomie pathologique fondé par Portal était la suivante :

« *Faire l'anatomie pathologique du cancer.* »

Bien que ce sujet puisse paraître déjà suffisamment connu, bien que ce redoutable mal, le cancer, soit encore aujourd'hui l'écueil de la médecine, et que les nombreuses dissertations académiques ou autres publiées à son occasion aient toutes un côté faible qui rappelle malheureusement à l'esprit ce mot critique du fabuliste :

« Eh! mon ami, tire-moi du danger....
Tu feras après ta harangue! »

cependant on ne saurait contester, ne fût-ce que pour les questions si graves d'hérédité, de diagnostic, de *criterium*, de thérapeutique, l'importance de caractères anatomiques propres à faire distinguer la lésion cancéreuse de toutes les autres lésions organiques.

Or ces caractères, le microscope a la prétention de les révéler d'une manière indubitable.

Écoutons les paroles du savant rapporteur, M. Bouvier (au nom d'une commission composée de MM. Honoré, Husson, Cornac, Bouley jeune et Bouvier) :

« La doctrine anatomique du mémoire (dont l'auteur a été jugé digne du prix) repose sur ce principe fondamental que toute affection cancéreuse a pour caractère propre la production d'un liquide ou *suc cancéreux* dans lequel le microscope fait voir des cellules spéciales et surtout des noyaux libres, lesquels constituent l'élément le plus invariable de la maladie. Le plus ou moins d'abondance de ce liquide, son union dans des proportions diverses avec une trame solide, fibreuse ou celluleuse, quelquefois avec une matière gélatiniforme, produisent les principales variétés du cancer, squirrhe, cancer encéphaloïde et colloïde, ainsi que les divers degrés de consistance de la tumeur.

» L'élément cancéreux, cellules et noyaux, est d'ailleurs modifié par l'évolution de la maladie; il présente des états répondant en quelque sorte aux âges du cancer, et n'est point le même, par exemple, dans la période de crudité et dans la période de ramollissement.

» Certaines affections réputées cancéreuses ne renferment point l'élément cancéreux. L'auteur n'hésite pas à refuser le nom de cancer à ces affections, qu'il désigne sous le nom de *cancroïdes* : tels sont la plupart des prétendus cancers de la peau, des lèvres, de la langue, qui ne sont constitués que par des amas de cellules épithéliales, sans aucun vestige de cellules ni de noyaux cancéreux. »

Ces diverses propositions, combattues dans le sein même de l'Académie, ne sauraient être adoptées avant d'avoir reçu la sanction du temps; mais, en attendant, la compagnie n'a pas cru devoir tarder à récompenser l'auteur d'un mémoire qui, riche de faits et d'études approfondies, remplissait d'une manière satisfaisante les conditions du programme qu'elle avait tracé, et elle a décerné, sur les conclusions de sa commission, un prix de 1,000 francs

A M. Broca, prosecteur de la Faculté de médecine de Paris.

L'Académie a en outre adopté pour sujet du prix à décerner en 1852 la question suivante :

« *Faire l'anatomie pathologique de l'inflammation du tissu osseux.* »

II. — La question posée pour sujet du prix de l'Académie était celle-ci :

« *Étude des effets thérapeutiques du tartre stibié à haute dose.* »

Des fonds restés disponibles, à la suite du concours précédent, avaient élevé la valeur de ce prix à la somme de 1,700 fr., que la compagnie a pu partager entre trois compétiteurs, dans des proportions relatives à la valeur de leurs travaux.

La commission, composée de MM. Serres, Bricheteau, Martin-Solon, Guérin et Michel-Lévy, avait choisi ce dernier pour rapporteur.

Il me serait impossible de donner ici le moindre extrait de l'analyse savante, judicieuse, critique et raisonnée que renferme le rapport de M. Michel-Lévy.

Je me bornerai à dire, en somme, que l'expérience a confirmé les succès de l'émétique à haute dose administré contre la pneumonie, dose qu'elle conseille toutefois de limiter entre 20 centigrammes et 1 à 2 grammes au plus dans l'âge adulte, avec le soin de ne pas la continuer au delà de quelques jours. Le temps n'a point encore suffisamment prononcé sur les avantages de la même méthode dans quelques autres maladies aiguës, telles que le rhumatisme, l'érysipèle, la phlébite, etc. Quant au mode d'explication de l'action thérapeutique donné, d'une part, par le contro-stimulisme, et d'autre part par les doctrines altérantes, évacuantes ou révulsives, il est jugé fort diversement par les auteurs des divers mémoires, et ne saurait encore être apprécié d'une manière bien rigoureuse.

Sur les conclusions de sa commission, l'Académie a décerné les récompenses suivantes :

1° Une médaille de 800 fr. à M. Leudet (Théodore-Émile), interne de l'hôpital des Cliniques;

2° Une médaille de 500 fr. à M. le docteur Abeille, médecin adjoint du Val-de-Grâce;

3° Une médaille de 400 fr. à M. le docteur Henri Gintrac, professeur suppléant à l'École secondaire de Bordeaux.

Le sujet de prix pour 1852 sera :

« Du seigle ergoté *considéré sous le rapport physiologique, sous le rapport obstétrical et sous le rapport de l'hygiène publique.* »

III. — La question proposée cette année pour sujet du prix Civrieux était vaste et importante et surtout toute palpitante d'actualité :

« *De la douleur et des agents anesthésiques.* »

Que n'a-t-on pas dit depuis près de quatre ans sur les anesthésiques récemment découverts? Combien d'applications sur l'homme malade? combien d'expériences sur les animaux? combien d'épreuves sur l'homme sain? combien de discussions académiques? combien de débats dans la presse? combien d'opinions contradictoires? Merveilleux et innocent pour les uns, dangereux et incertain pour les autres, le *chloroforme*, aujourd'hui si généralement employé par les chirurgiens, a été placé tour à tour dans la classe des poisons les plus subtiles et les plus foudroyants, et dans celle des préservatifs les plus assurés de la douleur chirurgicale!

Aussi les résultats du concours de cette année ont été brillants et instructifs, non pas toutefois que l'art se soit enrichi de faits nouveaux et d'expériences décisives, mais la réunion en un seul faisceau de toutes les lumières éparses dans le champ de la science est venue, secondée des ressources de la logique et des inductions d'un esprit judicieux, opposer à des terreurs pusillanimes une clarté scientifique propre à dissiper les préjugés de l'erreur et de la timidité.

Outre la satisfaction que nous devons en ressentir comme hommes de science, nous nous en félicitons bien davantage encore comme praticiens si souvent exposés à gémir sur les douleurs de l'humanité!

Une commission composée de MM. Velpeau, Malgaigne, Baillarger, Longet et Gibert a été chargée de l'examen des mémoires envoyés au concours.

Nommé rapporteur de cette commission, je sollicite de votre bienveillance la permission de rappeler ici quelques-uns des points principaux du rapport adopté en comité secret.

L'éther et le chloroforme, à peine reconnus comme agents anesthésiques applicables aux opérations chirurgicales qu'ils dépouillaient de leur redoutable accompagnement, *la douleur*, on s'est empressé, ainsi que cela a constamment lieu à propos de toutes les découvertes, de rechercher les tentatives déjà faites antérieurement dans cette voie.

Nous avons vu que le spirituel chirurgien d'Édimbourg, auquel doit être reporté l'honneur de l'introduction du chloroforme sur la scène chirurgicale, n'avait pas craint de déclarer Dieu lui-même inventeur de l'anesthésie, puisque c'est durant le sommeil d'Adam que le Créateur enleva *sans douleur* au premier homme la côte destinée à former la première femme.

Mais, sans remonter si haut, des essais nombreux ont pu être notés depuis Pline le naturaliste jusqu'à nos jours dans le but d'obtenir l'anesthésie chirurgicale.

Je vous ai signalé moi-même l'amputation pratiquée sans douleur au célèbre historien allemand Puffendorf, en 1694.

Toutefois les diverses tentatives anesthésiques par les narcotiques, l'ivresse, l'asphyxie, la compression des nerfs et autres moyens plus ou moins méthodiques, étaient oubliées et abandonnées, lorsqu'en 1846, l'Américain Jackson ayant constaté les propriétés de l'éther dont l'inhalation pouvait ravir soudainement le sentiment, le dentiste Morton fit à ses clients la première application chirurgicale de cet agent anesthésique.... à la grande terreur, à ce qu'il paraîtrait, du premier inventeur.

C'est ici le cas de rappeler qu'à la fin du siècle dernier le chimiste Davy avait déjà proposé d'appliquer aux opérés l'action anesthésique du gaz hilarant ou oxyde nitreux, et qu'en 1824 le roi Charles X transmettait à cette Académie une lettre du chirurgien Hickmann sur l'inhalation du gaz acide carbonique, comme moyen de prévenir la douleur dans les opérations.

En janvier 1847, notre collègue M. Malgaigne révélait à la France les applications chirurgicales de l'anesthésie.

Le 8 mars, M. Flourens annonçait à l'Académie des sciences que le chloroforme avait une action plus puissante et plus rapide que l'éther.

Découvert en 1831 par notre collègue M. Soubeiran, ce nouvel agent était substitué à l'éther, la même année 1847, par Simpson, chirurgien d'Édimbourg, et aujourd'hui presque tous les opérateurs ont adopté cette substitution.

La chirurgie, l'art des accouchements, la thérapeutique médicale ont multiplié les applications de ce nouvel agent anesthésique; mais nous voulons nous borner ici à l'anesthésie chirurgicale que la seconde partie du programme avait particulièrement en vue lorsqu'elle posait aux concurrents cette grave question : « Quels sont les avantages et les dangers qui peuvent résulter de l'emploi des anesthésiques? » Bien que cette question ne puisse être regardée comme entièrement résolue, elle a été suffisamment élucidée à l'aide du très-grand nombre de faits acquis déjà à la science et réunis en faisceau par l'auteur du mémoire couronné pour que le praticien instruit et éclairé n'éprouve désormais dans sa conduite ni embarras ni incertitude.

Aussi avons-nous dû nous élever avec force contre la sentence échappée aux premiers écrits sur la matière d'un chirurgien éminent, aujourd'hui venu à complète résipiscence, sentence que l'auteur du mémoire couronné a eu le tort de prendre pour épigraphe de la partie chirurgicale de son remarquable travail :

« *Toutes les fois qu'on a recours au chloroforme, la question de vie et de mort se trouve posée!* »

Non assurément (avons-nous dit), entre les mains d'un homme de l'art expérimenté, et lorsque le chloroforme est appliqué avec méthode, il n'est pas vrai que la vie du sujet soit mise en danger le moins du monde, et par conséquent que toute tentative anesthésique par cet agent puisse être regardée comme une question de vie et de mort.

Mais les cas funestes observés à la suite de tentatives imprudentes prouvent que l'on ne saurait impunément laisser à des mains inhabiles l'emploi du chloroforme, et c'est particulièrement sur ce côté de la question que je désire fixer un moment votre attention; car si les avantages précieux de l'agent anesthésique par excellence ne sauraient aujourd'hui être méconnus soit par le chirurgien, soit plus encore par le malade, les dangers qu'on s'est plu à lui attribuer offrent une question beaucoup plus difficile à résoudre.

En effet, au moment où on se félicitait dans les deux mondes de voir la douleur, cette redoutable compagne des opérations, bannie de la scène chirurgicale, des accidents graves, la mort même étaient signalés comme la suite possible de l'inhalation du chloroforme, même dans des cas où les règles de la prudence paraissaient avoir été suivies.

Hélas! c'est malheureusement là une triste condition de l'humanité! Partout ici-bas l'ombre suit la lumière, l'erreur poursuit la vérité, le mal vient mettre obstacle au bien!

Hâtons-nous de le dire, toutefois, comparé aux milliers de faits avantageux au chloroforme, le très-petit nombre de faits exceptionnels, la plupart mal interprétés ou entourés de circonstances qui permettent d'en donner une explication très-diverse, ne saurait peser dans la balance autrement que pour mettre en garde le public contre l'abus qu'on pourrait faire du chloroforme, et pour inspirer au chirurgien des règles de prudence dont il ne doit jamais s'écarter.

L'auteur du mémoire couronné, qui a soigneusement recueilli tous les faits néfastes, en compte 19 seulement pour l'éther et 36 pour le chloroforme. L'autopsie n'a guère pu être faite que dans la moitié de ces cas.

Or, quand on met en regard de ce chiffre minime le nombre véritablement immense aujourd'hui des opérations et des expériences dans lesquelles l'agent anesthésique s'est montré parfaitement innocent, quand on réfléchit aux doutes et aux incertitudes, quelquefois même à l'absence complète des vestiges cadavériques que l'on a indiqués comme pouvant être attribués à cet agent, quand on lit les interprétations diverses données à chaque fait en particulier, quand on se rappelle les incidents de la discussion à laquelle a donné lieu, l'année dernière, dans le sein de cette Académie, le savant rapport de M. Malgaigne, on ne

peut s'empêcher de reconnaître qu'il y a bien à rabattre du jugement porté par quelques expérimentateurs sur les propriétés *toxiques* du chloroforme.

Ne serait-ce point, en effet, un agent toxique d'une nature bien extraordinaire et jusqu'ici réellement inouïe que celui qui, dans des conditions en apparence semblables et administré à peu près de la même manière, serait mortel pour les uns et parfaitement innocent pour les autres?

Ne serait-ce point un genre d'*intoxication* bien étonnant que celui où l'on ne saurait découvrir ni pendant la vie, ni après la mort, aucun signe caractéristique de l'action de la substance délétère?

Reconnaissons toutefois que quelques-uns des faits signalés restent obscurs et inexplicables. Mais, comme on l'a dit avec raison dans le cours de la discussion que nous avons rappelée, manque-t-il donc d'exemples de mort subite inexplicable? Tout récemment encore, un chirurgien distingué de Bordeaux voit périr sous ses yeux un homme qu'il se disposait à opérer de la taille et ne sait comment se rendre compte de cette mort subite qu'il croit pourtant devoir rapporter simplement à la peur de l'opération. Certes si l'on avait eu, dans ce cas, recours au chloroforme, on aurait été porté à attribuer à cet agent une mort de laquelle il eût été cependant tout à fait innocent!

Quoi qu'il en soit, si l'on pouvait tirer un parti plus général de l'anesthésie locale, et notamment de celle qu'une invention ingénieuse a permis récemment de produire par l'application extérieure d'un mélange réfrigérant, application que son auteur a mise en usage avec un succès au moins temporaire dans un assez grand nombre de maladies douloureuses, et notamment dans les *maladies de la peau*..... Nul doute que ce procédé serait bien préférable à l'anesthésie générale; mais il n'a pu être utilisé jusqu'ici que pour les opérations superficielles, et n'a pu avoir par conséquent en chirurgie qu'une application fort limitée. Dans la thérapeutique médicale, il est vrai, l'anesthésie locale paraît appelée à rendre de plus grands services.

En dernière analyse, la question de l'anesthésie chirurgicale qui peut être regardée comme l'invention la plus curieuse et la plus utile de notre époque, reste résolue dans un sens favorable à l'application usuelle du chloroforme comme moyen de prévenir la douleur dans les opérations.

C'est là le résultat le plus général du concours ouvert par l'Académie.

Les expériences sur les animaux ont démontré que l'asphyxie, cause assez fréquente de la mort chez les individus soumis à l'inhalation de l'éther ou du chloroforme, est un fait distinct de l'action des anesthésiques, ou du moins que si ces agents sont administrés dans des conditions où l'asphyxie rapide et mécanique ne saurait avoir lieu, il s'écoule un temps fort long comparativement à celui nécessaire pour l'anesthésie chirurgicale, avant que l'animal n'éprouve des accidents dangereux.

D'autre part, l'observation tant de fois répétée sur l'homme a démontré, comme règle générale, l'innocuité du chloroforme méthodiquement administré.

Le prix Civrieux de 1,000 fr. a été décerné à M. Letertre-Vallier, médecin militaire à Amiens, et une mention honorable à M. Jules Gimelle, fils de l'un de nos collègues.

La question suivante est proposée pour sujet du prix à décerner en 1852:

« Étiologie de l'épilepsie.

» Rechercher avec soin les indications que l'étude des causes peut fournir pour le traitement soit préventif, soit curatif de la maladie. »

Il me reste à m'excuser, messieurs, de vous avoir dérobé quelques moments d'attention; l'importance et l'actualité du sujet du dernier prix signalé m'ont paru mériter une mention particulière, et je ne craindrai point de redire en terminant, cette sentence prise pour épigraphe par l'auteur du second mémoire:

« Divinum est opus sedare dolorem. »

C'est presqu'une œuvre divine que de chercher à apaiser la douleur!

N'est-ce point cette œuvre, en effet qui, chez les peuples anciens et modernes, élève la médecine au rang du sacerdoce?

PROGRAMME DES PRIX PROPOSÉS POUR 1852.

PRIX DE L'ACADÉMIE.

L'Académie met au concours la question suivante:

« Du seigle ergoté, considéré sous le rapport physiologique, sous le rapport obstétrical et sous le rapport de l'hygiène publique. »

Ce prix sera de 1,000 fr.

PRIX FONDÉ PAR M. PORTAL.

L'Académie met au concours la question suivante:

« L'anatomie pathologique de l'inflammation du tissu osseux. »

Ce prix sera de 1,000 fr.

PRIX FONDÉ PAR MADAME BERNARD DE CIVRIEUX.

Madame de Civrieux ayant mis à la disposition de l'Académie un prix annuel pour l'auteur du meilleur ouvrage sur le traitement et la guérison des maladies provenant de la surexcitation de la sensibilité nerveuse, l'Académie met au concours la question suivante:

« Étiologie de l'épilepsie. Rechercher les indications que l'étude des causes peut fournir pour le traitement soit préventif, soit curatif de la maladie. »

La valeur du prix sera de 1,200 fr.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR ITARD, MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Extrait de son testament:

« Je lègue à l'Académie de médecine une inscription de 1,000 à 5 p. 100 pour
» fonder un prix triennal de 3,000 fr., qui sera décerné au meilleur livre ou au
» meilleur mémoire de *médecine pratique* ou de *thérapeutique appliquée*; et
» pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il sera de condition
» rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication. »

Ces prix, dont le concours est ouvert depuis le 22 septembre 1849, sera décerné en 1852.

PRIX FONDÉ PAR M. D'ARGENTEUIL.

Extrait de son testament:

« Je lègue à l'Académie de médecine de Paris la somme de 30,000 fr. pour
» être placée, avec les intérêts qu'elle produira du jour de mon décès, en rentes sur
» l'État, dont le revenu accumulé sera donné tous les six ans à l'auteur du per-
» fectionnement le plus important apporté, pendant cet espace de temps, aux
» moyens curatifs des rétrécissements du canal de l'urètre. Dans le cas, mais
» dans le cas seulement où, pendant une période de six ans, cette partie de
» l'art de guérir n'aurait pas été l'objet d'un perfectionnement assez notable
» pour mériter le prix que j'institue, l'Académie pourra l'accorder à l'auteur du
» perfectionnement le plus important apporté durant ces six ans au traitement
» des autres maladies des voies urinaires. »

L'Académie n'ayant pas décerné le prix destiné à rémunérer les perfectionnements qui auraient pu être apportés à la thérapeutique des rétrécissements du canal de l'urètre, et subsidiairement à celle des autres maladies des voies urinaires pendant la première période (1838 à 1844), les perfectionnements proposés ne lui ayant point paru assez importants pour mériter soit le prix, soit même des encouragements pécuniaires; les fonds provenant de ce prix seront reportés sur les périodes suivantes; en conséquence, le prix à décerner en 1851 à l'auteur du perfectionnement jugé assez important, pour la seconde période (1844 à 1850), sera de la valeur de 12,000 fr.

L'Académie croit devoir rappeler ici les sujets des prix qu'elle a proposés pour 1851.

Prix de l'Académie. — Des tumeurs blanches.

Ce prix sera de 1,500 fr.

Prix fondé par M. Portal. — L'anatomie du foie et le foie gras.

Ce prix sera de 1,200 fr.

Prix fondé par madame de Civrieux. — Des convulsions.

Ce prix sera de 1,000 fr.

Prix fondé par M. le docteur Lefèvre à l'auteur du meilleur ouvrage sur la mélancolie.

Ce prix sera de 1,800 fr.

Les mémoires devront être envoyés à l'Académie avant le 1er mars 1851.

N.-B. Tout concurrent qui se fera connaître directement ou indirectement avant le jugement sera, par ce seul fait, exclu du concours. (Décision de l'Académie, du 1er septembre 1838.)

Les concurrents aux prix fondés par MM. Itard et d'Argenteuil sont exceptés de cette disposition.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ DES MALADIES DU CUIR CHEVELU, suivi de conseils hygiéniques sur les soins à donner à la chevelure; par le docteur ALPHÉE CAZENAVE. — Paris, chez J.-B. Baillière, 1 vol. in-8°, 1850.

Nous nous demandons pourquoi l'auteur, qui a soin d'annoncer dans le titre un chapitre relatif aux soins hygiéniques à donner à la chevelure, n'a pas cru devoir une mention spéciale à une introduction des plus attachantes sur la valeur symbolique et esthétique de la chevelure dans la suite des âges, depuis les temps primitifs jusqu'à nos jours. C'est sans doute parce que ce *coup d'œil historique* n'est qu'une sorte de décoration extérieure de l'œuvre scientifique, tandis que les *conseils d'hygiène* en sont une partie essentielle. Mais nous tirons de là une conséquence tout opposée, et précisément parce que l'étude historique est en dehors du plan général de l'ouvrage, nous la signalons expressément à l'attention du lecteur, assuré que nous sommes de lui procurer un véritable plaisir. Il y verra quel rôle

a joué la chevelure dans les diverses théogonies, dans les arts, dans la politique, dans les coutumes, dans les mœurs; comment elle a été, chez les dieux, les héros et les rois, l'emblème de la majesté et de la puissance; dans les sociétés, l'apanage de la noblesse et de la liberté; dans les pratiques religieuses, une offrande à la Divinité ou un gage de douleur. Il y verra également à quelles dispositions de la chevelure, à quelles teintes, chez l'homme et chez la femme, chez l'enfant et chez le vieillard, on a successivement attaché l'idée de la beauté. L'auteur ne recule pas même, à l'occasion, devant la critique philologique et historique, et c'est ainsi qu'il disserte, après Macrobe, sur le cheveu que Proserpine coupait aux mortels avant de les vouer aux dieux du Styx. Ce que nous louerons principalement dans cette étude de M. Cazenave, c'est la sobriété et la concision. Nous en savons qui n'eussent pas manqué de se jeter dans des anecdotes sans nombre, dans d'interminables récits; qui eussent accumulé de longues citations, produit force documents et fait dégénérer, à la fin, uncurieux et intéressant sujet de dissertation en un hors-d'œuvre insupportable. C'est même un défaut dont plusieurs livres modernes offrent des exemples. M. Cazenave y a échappé avec fermeté, et une trentaine de pages lui ont suffi pour embrasser complétement un sujet qui a dû coûter de longues recherches. Aussi l'attention s'y promène-t-elle avec le même charme du commencement à la fin.

L'objet propre du livre, l'histoire des maladies du cuir chevelu, méritait un traité spécial. Ce groupe de maladies a en effet une physionomie particulière qui les distingue extérieurement, non-seulement du reste de la pathologie, mais encore des autres affections cutanées. On sait à quels jeux de classification, à quels conflits de nomenclature a entraîné la spécificité aussi bien que la diversité de leurs caractères physiques, et comment la famille des *teignes*, si pittoresquement instituée ou restaurée d'après ces caractères, par Alibert et quelques imitateurs, fut peu à peu dissoute par les contemplateurs de la forme anatomique et réintégrée dans le cadre ordinaire de la pathologie cutanée. On eut alors, au lieu du porrigo larvalis, ou furfurans, ou lupinosa, etc., d'Alibert, l'impétigo, le lichen, le favus, etc. En un mot, on rechercha dans les altérations du cuir chevelu les caractères anatomiques déjà reconnus dans les altérations du reste de la peau, et on les classa d'après le même principe, rompant ainsi entièrement le lien d'analogie que consacrait l'ancienne expression générique de *teigne*. Ceux qui connaissent le rôle qu'a joué M. Cazenave dans les progrès de la pathologie cutanée se doutent bien du parti qu'il a dû prendre dans ce débat. Élève de Biett, qui avait tant contribué à renverser la méthode d'Alibert, auteur de travaux très-recommandables sur la détermination du siége anatomique des affections cutanées, il ne pouvait s'arranger de la vieille dénomination de teignes. Aussi la repousse-t-il entièrement. Il n'en veut même pas pour ce groupe d'éruptions du cuir chevelu qui a pour caractère commun la transmissibilité par voie de contagion, à savoir l'*herpès* et le *favus;* et il va sans dire qu'il ne veut d'aucune autre dénomination générale, qui aurait toujours à ses yeux le même inconvénient. « Ce serait, dit-il, une erreur (de conserver le nom de teigne aux éruptions contagieuses) et une *erreur capitale*, qu'il importe de détruire; car si ces maladies peuvent être rapprochées par un caractère important, la contagion, elles diffèrent *essentiellement*, non pas seulement par leur forme, mais par leur *siége anatomique*, par leur *nature*, et, si je puis dire ainsi, par la manière dont elles tendent à altérer et à faire disparaître les cheveux, à produire l'alopécie. » « J'ai voulu, ajoute-t-il plus loin, qu'il fût bien entendu qu'entre les maladies qui se rapportent à cet ordre, l'identité par la contagion ne constituât *aucun rapport analogique, soit de forme, soit de nature* et surtout de gravité; j'ai voulu, *pour en finir avec l'inconvénient des dénominations générales*, établir que, sous le titre *d'éruptions contagieuses*, venaient se ranger deux maladies distinctes. »

Là est tout entier l'esprit du livre de M. Cazenave. Il n'y a pas d'analogie essentielle entre les diverses formes d'affections du cuir chevelu. Les unes sont contagieuses, les autres ne le sont pas; mais ce caractère n'implique ni pour les premières ni pour les secondes aucun rapport analogique. Chaque altération doit donc être complétement et absolument séparée des autres. Les non contagieuses comprendront l'eczéma, l'impétigo, le psoriasis et le pityriasis; les contagieuses, l'herpès tonsurant et le favus.

Cette doctrine, quel que soit le talent avec lequel elle est exposée, ne saurait être la nôtre. Nous ne contestons pas l'utilité qu'il peut y avoir à bien préciser la forme anatomique, vésiculeuse, pustuleuse ou autre, d'une maladie de la peau, et surtout à déterminer les éléments de l'organe cutané qu'elle affecte spécialement; la thérapeutique elle-même peut être et est réellement, sous de certains rapports, intéressée à de pareilles déterminations. Nous admettons donc très-volontiers qu'on en tienne compte dans une classification; mais nous ne comprenons pas qu'on en fasse pour ainsi dire la clef de la science dermatologique. Placer, comme on l'a vu tout à l'heure, le caractère essentiel des maladies dans leur siége anatomique; se refuser, d'un autre côté, à voir aucun rapport analogique entre des affections également contagieuses, sont des principes de philosophie médicale auxquels il nous est impossible de nous associer. Nous ne disons pas que la contagion soit un caractère suffisant pour servir de base à une classification dermatologique; nous nous attaquons seulement aux arguments par lesquels M. Cazenave essaye de justifier la sienne et de combattre celle d'Alibert. Au fond, quelle est la véritable importance du débat si vivement ranimé par l'auteur? L'admission des teignes a-t-elle autant d'inconvénients qu'on lui en attribue? C'est une question de pratique et de bon sens. Ceux qui confondent toutes les maladies du cuir chevelu sous le nom de teignes, et ne les distinguent que par certaines apparences extérieures, sans tenir compte de leur forme anatomique rudimentaire, ceux-là ont tort assurément; car une même forme primitive peut donner lieu à des apparences très-diverses, de même que certaines analogies extérieures peuvent cacher des différences primitives très-réelles, et, nous l'avons reconnu, importantes à connaître. Mais, d'un autre côté, quel grand mal y a-t-il à appeler d'un nom commun, teigne ou autre, des maladies qui reconnaissent presque toujours des causes essentielles communes, si en même temps on tient compte des différences anatomiques qui les séparent? On peut trouver, au contraire, à ceci l'avantage de consacrer à la fois, dans la nomenclature, l'analogie essentielle un de nature et la diversité purement phénoménale. On pourrait trouver dans l'ouvrage même de M. Cazenave la preuve de cette communauté étiologique que nous invoquons: il n'y aurait qu'à parcourir les paragraphes où il étudie les causes des diverses maladies du cuir chevelu; on verrait qu'elles sont très-souvent les mêmes, et que le tempérament lymphatique, par exemple, y joue un rôle très-considérable. Or est-il possible de ne pas reconnaître une parenté étroite entre des maladies qui, dans des circonstances semblables, se développent sur les mêmes parties du corps?

On voudra bien remarquer que nous ne défendons pas ici telle ou telle classification où figurent les teignes; notre intention est seulement d'établir que le mot peut être consacré sans inconvénient à un cadre spécial de la pathologie cutanée, pourvu qu'il ne dispense pas le nosologue d'appliquer les notions fournies par l'anatomie pathologique.

Telle est la partie fondamentale du TRAITÉ DES MALADIES DU CUIR CHEVELU. Pour ce qui concerne chaque forme morbide en particulier, nous signalons spécialement un chapitre très-intéressant et très complet sur cette affection, depuis si peu de temps connue en France, et dont l'auteur a plus que personne contribué à établir l'histoire: nous voulons parler de l'*herpès tonsurant*, qui correspond à la teigne tondante de M. Mahon et, en partie au moins, au *ring-worm* des Anglais. L'histoire du *favus* et de ses diverses formes a été remarquablement élucidée dans un très-long chapitre, et nous recommandons notamment au lecteur l'examen critique de l'opinion émise par M. Gruby et soutenue par MM. Robin et Lebert sur la nature végétale du favus. Enfin, indépendamment des affections indiquées plus haut, l'auteur étudie dans autant de chapitres, le vitiligo, la canitie, la plique et l'alopécie. La partie relative à la plique, que l'auteur regarde comme une *acne sebacea*, est destinée, nous le croyons, à jeter un grand jour sur la caractéristique de cette singulière affection.

Ajoutons, pour ne rien oublier de ce qui fait l'utilité pratique du livre, que les principales maladidies du cuir chevelu y sont représentées dans huit planches coloriées d'une vérité frappante.

VARIÉTÉS.

— Les trois chaires de clinique spéciale instituées récemment à Madrid ont commencé à fonctionner. Les professeurs sont: le docteur Salazar pour les maladies de la peau; le docteur Alonzo pour les maladies syphilitiques; le docteur Calvo, pour les maladies des yeux.

— L'École de médecine de Pavie, créée depuis la suppression de la liberté de l'enseignement, a à regretter la démission de l'un de ses professeurs les plus estimés, le docteur Théodore Lovati, chargé de la clinique médicale.

— SOCIÉTÉ ÉPIDÉMIOLOGIQUE. — Dans une dernière séance du conseil présidé par le docteur Babington, le règlement de la Société a été arrêté définitivement pour être livré à l'impression. Il a été résolu, dans la même réunion qu'une sous commission serait chargée de l'étude de la question des vaccinations et de la variole.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

DE LA VARIOLE ET DE SES COMPENSATIONS.

Nous avons reçu de M. H. Carnot une lettre dont il n'a pas dépendu de nous d'entretenir plus tôt nos lecteurs. On connaît les idées de M. Carnot sur ce qu'il appelle les *compensations* de la variole. La vaccine, en réduisant le nombre des varioles, aurait augmenté celui d'autres maladies ; son rôle se serait borné à empêcher le mouvement morbide qui caractérise la fièvre variolique de se porter à la peau, et à le refouler vers d'autres organes. Le résultat de cette sorte de substitution aurait été une augmentation de la mortalité en France, dans la période d'âge comprise entre 20 et 30 ans. Cette assertion imposait à l'auteur trois obligations : la première de prouver que la mortalité avait en effet augmenté chez les jeunes gens, depuis l'introduction de la vaccine ; la seconde, d'indiquer positivement les compensations par lesquelles nous aurions payé la diminution de la variole ; la troisième, de montrer que l'accroissement du nombre de certaines maladies, à le supposer réel, a sa cause dans l'introduction de la vaccine, et non ailleurs. Or, jusqu'à ces derniers temps, M. Carnot, à notre sens du moins, n'avait entrepris de satisfaire qu'à la première obligation ; mais dans une note que nous avons insérée récemment (p. 811), il a essayé de remplir l'une des deux autres, et de prouver que depuis trente ans les affections des voies aériennes n'ont eu aucune part à l'augmentation de la mortalité chez les jeunes gens ; que cet accroissement *reconnaît pour ses causes immédiates* les affections des voies digestives, notamment les *gastrites, entérites, fièvres typhoïdes*, etc. En insérant cette note, nous avons cru devoir faire remarquer que ces *démonstrations* (car M. Carnot se servait de ce mot) reposaient sur de trop faibles données statistiques.

C'est au sujet de cette remarque que nous écrit de nouveau l'honorable M. H. Carnot. Comme sa lettre n'invoque pas d'autres documents statistiques ceux dont il arguait déjà sa précédente note, il serait superflu de la reproduire littéralement. Nous nous contenterons en conséquence d'expliquer en quoi et comment la démonstration ne nous paraît pas suffisante, ayant soin de tenir un compte rigoureux des quelques réflexions jointes par l'auteur à l'exposé des faits.

En 1838, M. le docteur Michel, médecin en chef de l'hôpital militaire du Gros-Caillou, a constaté, sur un effectif de 25,000 hommes environ, 491 décès, dont 153 par suite d'affections des voies aériennes et 243 par suite de gastrites, d'entérites, de fièvres typhoïdes. Les autres cas appartiennent aux affections de la peau, de l'appareil circulatoire et de l'appareil cérébro-spinal. Muni de ces documents, M. Carnot ouvre le relevé général dressé par Benoiston de Châteauneuf en 1817, et y voit que sur 967 décès de jeunes hommes de 20 à 30 ans, on en compte 340 par maladies du poumon. La proportion des décès par affections de ce genre était, dans la statistique du Gros-Caillou, de 32 pour 100 ; elle est, dans le relevé de 1817, de 35 pour 100. Donc, ajoute M. Carnot, le chiffre proportionnel de la mortalité imputable aux maladies des voies aériennes, chez les jeunes gens, n'a pas varié depuis l'introduction de la vaccine. Et comme d'autres documents attestent que la mortalité générale, au même âge, a augmenté, la responsabilité en revient à la fièvre typhoïde et aux maladies du tube digestif. Telle est la substance de l'argumentation de M. Carnot.

Eh bien ! nous ne pouvons nous empêcher de répéter d'abord que les bases en sont beaucoup trop étroites, et nous ajoutons même qu'elles ne sont pas bien assurées. On voit en effet que la comparaison n'est établie qu'entre deux années, entre l'année 1817 et l'année 1838. Généraliser le résultat de la supputation numérique au point de supposer que toujours, après l'invention de la vaccine comme avant, la moyenne annuelle des décès par maladie des bronches et des poumons a été d'environ 30 pour 100 ; de supposer cela sans preuve aucune, sans l'ombre de pièces justificatives, nous disons que c'est dépasser de beaucoup les limites légitimes de l'induction. M. Carnot fait remarquer que les 491 décès relevés par M. Michel appartiennent à une statistique de 25,000 hommes, et que Paris, où Benoiston de Châteauneuf enregistrait, en 1817, 967 décès, renfermait à cette époque 333,000 hommes. Mais ici la statistique ne porte plus sur le rapport de la mortalité à la population, mais sur la fréquence relative de certaines causes de mort. Il lui faut prouver que, sur un nombre donné de *décès*, telle cause de mort a joué un rôle plus actif que telle autre ; en sorte que l'importance des éléments statistiques doit se mesurer au chiffre total des décès, et non à celui de la population. En second lieu, les éléments empruntés, d'une part, à M. Michel et, de l'autre, à Benoiston de Châteauneuf ne sont comparables que sous de grandes réserves. Les premiers appartiennent à la population militaire, les seconds à la population civile, deux classes d'hommes soumis à des causes différentes de maladies ; puis, comme on ne compte pas ici le nombre des maladies, mais le nombre des morts, on introduit encore dans le problème un autre terme étranger, à savoir, l'influence que peuvent exercer sur la terminaison des affections aiguës les conditions d'hygiène, de constitution, de tempérament. Croit-on, par exemple, qu'un nombre déterminé de bronchites ou de pneumonies fournisse exactement le même chiffre de morts dans l'enceinte d'un hôpital et dans les habitations particulières? M. Carnot raisonne dans l'hypothèse de l'affirmative. A-t-il tort? a-t-il raison ? Nous n'avons pas sous la main le moyen de nous en assurer ; mais nous pouvons dire au moins que rien ne garantit qu'il ait raison.

Ce n'est pas tout. Admettons que la mort par suite de maladies des voies aériennes ne soit pas plus fréquente aujourd'hui qu'en 1817. Il reste à prouver que ce sont les décès amenés par les maladies du tube digestif qui ont fait monter le chiffre de la mortalité. M. Carnot avait opposé, pour ce qui concerne la première catégorie de maladies, un document de 1838 à un document de 1817 ; il semblait qu'il allait s'y prendre de la même manière pour la seconde catégorie. Mais point. A ce procédé si simple, il préfère un raisonnement assez spécieux, mais qui est loin d'être concluant. La mortalité générale, dit-il, a augmenté : les affections broncho-pulmonaires n'y sont pour rien ; les affections gastro-intestinales mortelles sont relativement fréquentes ; donc ce sont elles qui accroissent le nombre des victimes. Le raisonnement serait juste si la nosologie se composait tout entière de maladies des voies aériennes et de maladies gastro-intestinales. Mais, du moment que M. Carnot n'a relevé d'éléments de comparaison que pour les premières maladies, comment sait-il que toutes les autres, hormis celles de l'estomac et des intestins, ne donnent pas lieu à plus de décès aujourd'hui qu'avant l'introduction de la vaccine ? Comment ne se préoccupe-t-il ni de la rougeole, ni de la scarlatine, ni de l'érysipèle, ni de toutes les affections auxquelles les voies digestives restent étrangères ? Nous irons même plus loin. Nous ne sommes pas aussi convaincu que M. Carnot de l'exactitude du chiffre relatif aux maladies désignées, dans le tableau de M. Michel, sous

---

Feuilleton.

UNE FIN D'ANNÉE.

> Eheu! fugaces, Posthume, Posthume!
> Labuntur anni..... (HORAT.)

Ces mots d'un grand poëte de l'antiquité renferment une de ces vérités tout à la fois vulgaires, élevées et profondes. Il n'est que trop vrai, *labuntur anni*..., les années s'écoulent, se pressent, s'accumulent avec une inconcevable rapidité. Chacune d'elles, comme un grain de *poussière*, tombe du sablier du temps, et ne tarde guère à augmenter le nombre de celles qui l'ont précédée. Vous qui avez vécu, qui avez réfléchi, ne vous semble-t-il pas que le siècle est à peine commencé? Eh bien ! non : il est à moitié de son cours ; il est déjà vieux, il marche sur cent ans, et néanmoins, malgré sa rapidité, le temps, dont saint Augustin a si bien dit : « Rien de plus clair, si on ne me demande pas ce que c'est, mais rien de plus obscur si on veut que je l'explique (1), est pourtant la seule propriété qui soit réellement à nous : de là ce mot tant répété de Franklin : *C'est l'étoffe dont la vie est faite*. Le malheur est qu'il semble nous être départi par la nature avec la plus étroite parcimonie. L'essentiel dépend donc de l'emploi qu'on en fait. Il y a ici des différences énormes dans la vie humaine. Non, une heure seule n'est pas la même pour l'homme qui dort, pour l'homme qui veille, pour l'homme oisif, pour l'homme occupé, pour celui qui jouit, pour celui qui souffre ; que sera-ce donc d'une année? Cependant tous nous avons vécu ; dans ce court espace de temps, l'économie s'est modifiée dans ses profondeurs comme à sa surface ; la pensée, les sentiments, les affections, quelquefois même les opinions, ont subi des changements imperceptibles si l'on veut, mais qui n'en sont pas moins réels, indiquant la marche du temps, sans pourtant que le *moi*, c'est-à-dire l'être humain par essence, cesse d'être identique à lui-même.

Mais ce qu'on dit de l'individu peut s'appliquer avec la même vérité aux nations ; un siècle est l'année d'un peuple. Aussi les changements sont-ils manifestes dans celui-ci comme dans l'individu ; car étant soumis aux trois divisions du temps, le passé, le présent et l'avenir, il en éprouve les modifications diverses, modifications plus ou moins profondes et durables. Reportons-nous en esprit à l'année 1750 : la société actuelle ressemble-t-elle à la société de cette époque? Évidemment cette instabilité de toutes les choses qui sont nées de la terre, tient à leur essence même, à la place qu'elles occupent dans l'univers, aux lois générales auxquelles notre nature est soumise. Maintenant que sortira-t-il des entrailles de notre siècle? Que sera la société en 1950? C'est le secret de Dieu, nul ne peut le connaître ni même le pressentir. Leibnitz a dit : « Le présent est gros

(1) *Si nemo ex me quærat, scio; si quærenti explicare velim, nescio.* (CONFESS. lib. II, cap. 14.)

les noms de gastrite, entérite, fièvre typhoïde ; non pas que nous ayons la moindre défiance à l'égard du diagnostic de notre confrère ; mais M. Michel a fait son relevé sur des relevés ; il n'a ni vu ni ouvert tous les sujets. Or quel est le médecin de nos jours qui rencontre beaucoup de gastrites? C'est là un mal assez rare pour qu'on s'étonne un peu de le voir figurer avec honneur dans une table de mortalité. Quelle tendance n'ont pas, d'un autre côté, certains praticiens à voir partout des fièvres typhoïdes, surtout à l'entrée des malades à l'hôpital, quand la marche de l'affection n'a pas encore éclairé le diagnostic?

Cette objection, il est vrai, n'est pas de nature à toucher beaucoup M. Carnot; car on voit qu'il range, parmi les *compensations* de la variole, des manifestations morbides bien différentes. Si beaucoup de fièvres notées comme typhoïdes n'étaient que des synoques ou des embarras gastriques, peu lui importe, ce n'en était pas moins à ses yeux une monnaie de la variole, aussi bien que l'entérite et la gastrite. M. Carnot nous permettra pourtant de lui faire observer que ce mode d'argumentation ne s'accorde pas très-bien avec le parti qu'il essaie de tirer, dans un autre passage de sa lettre, d'une prétendue analogie entre la variole et les affections qui s'y sont substituées. Les idées de M. Serres sur la parenté de la variole et de la fièvre typhoïde nous paraissent dignes d'une attention très-sérieuse ; mais si l'on prétendait étendre cette parenté à la gastrite et à l'entérite, ce serait aller contre le plus simple bon sens médical. M. Carnot rappelle bien que Broussais avait signalé la gastro-entérite aiguë comme *début* de la variole ; mais il n'y a que Broussais qui ait pu dire cela, et personne, ou peu s'en faut, ne s'est avisé de le répéter.

La question soulevée par M. Carnot est grave; nous croyons qu'elle mérite d'être examinée plus à fond. Nous ne sommes jusqu'ici ni pour elle ni contre elle ; mais nous croyons devoir mettre les médecins en garde contre une solution prématurée.

A. Dechambre.

PHYSIOLOGIE CHIRURGICALE.

RECHERCHES SUR LA CICATRISATION DES ARTÈRES, A LA SUITE DE LEUR LIGATURE, SUR LA PRODUCTION DES HÉMORRHAGIES ARTÉRIELLES SECONDAIRES, ET SUR LEUR TRAITEMENT; par M. le Dr A.-H. Notta, interne en médecine et en chirurgie des hôpitaux de Paris, etc.

(Suite et fin. — Voir les numéros 49 et 51.)

Nous venons d'étudier le caillot complétement développé, à ce qu'on peut appeler la *période d'état*; voyons maintenant quels sont les changements qu'il subit ultérieurement. Le caillot se résorbe-t-il et disparaît-il en moins de deux mois, comme le veulent Béclard et Sanson, ou bien se vascularise-t-il d'abord pour se transformer en cordon fibreux, comme le pense M. Manec? Avant de répondre à ces questions, interrogeons les faits.

Obs. VI. — Un homme âgé de 27 ans est amputé de la cuisse droite pour une tumeur blanche du genou, le 17 septembre 1849, à l'hôpital Saint-Louis. Il meurt d'infection purulente le *trente-neuvième jour* de l'opération.

Autopsie. L'amputation a été faite par la méthode circulaire. La cicatrisation de la plaie est très-avancée; sa surface est couverte de bourgeons charnus, et ses deux lèvres ne sont distantes l'une de l'autre que de 1 centimètre. La dissection de l'artère sur place nous montre son extrémité à 3 centimètres au-dessus de la surface de la plaie, au fond d'un petit trajet fistuleux de 3 à 4 millimètres de diamètre, sinueux, venant s'ouvrir sur la plaie. L'extrémité de l'artère est couverte de bourgeons charnus et entourée par un tissu homogène, amorphe, composé de tissu cellulaire infiltré de lymphe plastique. Par la dissection, on l'isole de ce tissu, auquel elle adhère. On voit alors qu'elle a conservé son calibre jusqu'à son extrémité. Celle-ci est fermée par un petit caillot ayant la forme d'un tronc de cône, le sommet dirigé du côté du cœur est coupé obliquement. Ce caillot a environ 3 millimètres de hauteur et 4 millimètres de diamètre. Toute sa circonférence, en hauteur, est très-adhérente à l'artère ; cependant on peut nettement l'en détacher avec quelques précautions, et on voit qu'à ce niveau la tunique interne a conservé son poli. Les tuniques de l'artère ont été nettement divisées, et répondent à la circonférence du caillot, sur la base duquel elles adhèrent. Immédiatement au-dessus de l'extrémité supérieure du caillot, est une petite collatérale, pouvant admettre dans sa cavité un petit stylet de trousse. La première collatérale un peu importante que nous trouvons au-dessus de la ligature est la fémorale profonde, à 12 centimètres. L'artère ne présente aucune rougeur ; les tuniques, dans toute son étendue, ont leur épaisseur normale.

Obs. VII. — Passerat (Claude), âgé de 60 ans, est amputé par la méthode à un seul lambeau, au niveau de la partie moyenne du bras, pour une nécrose du coude, à l'hôpital Saint-Louis, le 19 novembre 1849. Il meurt de pneumonie, *cinquante-deux jours* après l'opération.

Autopsie. La plaie est réunie, excepté au centre, où existe une fistule qui pénètre jusqu'à l'os, dont l'extrémité est nécrosée. Le tissu cellulaire qui environne l'artère est induré, comme lardacé, dans une hauteur de 25 à 30 millimètres; il est très-adhérent à sa paroi externe, et on ne l'en sépare qu'avec une certaine difficulté.

FIG. 3



L'artère est obturée, dans une hauteur de 25 millimètres, par un caillot fibrineux, blanchâtre, homogène, non vascularisé, présentant encore çà et là quelques points rougeâtres, très-adhérent dans toute sa hauteur avec les parois artérielles, qui ont conservé leur épaisseur normale. Si on détruit les adhérences du caillot en un point, on voit au-dessous la membrane interne lisse et polie. Dans la longueur du caillot, l'artère va en se rétrécissant un peu à mesure qu'on approche de son extrémité ; ce qui lui donne, ainsi qu'au caillot, la forme d'un tronc de cône allongé à base dirigée en haut. Ainsi, au-dessus de l'extrémité supérieure du caillot, la circonférence de l'artère est de 9 millimètres ; à sa partie moyenne, elle est de 7 millimètres ; à son extrémité inférieure, elle est de 5 millimètres ; l'extrémité supérieure du caillot est taillée en biseau mousse, arrondi ; une de ses faces est adhérente à la paroi artérielle. Au fond du cul-de-sac formé par son autre face et la paroi artérielle libre, est une collatérale qui permet facilement l'introduction d'un stylet de trousse. Dans toute la hauteur du caillot l'artère ne fournit aucune collatérale. Dans une hauteur de 2 millimètres, l'extrémité inférieure du caillot et de l'artère est noirâtre, un peu ramollie. Cette petite surface est baignée par un pus noirâtre, et forme le fond d'un trajet fistuleux situé à

---

de l'avenir. » Sans doute; mais ne prenez pas l'avenir à trop de distance, car pour nous, faibles intelligences, tout est obscur et voilé. Certes l'avenir, cet inflexible exécuteur testamentaire des générations actuelles, amènera peut-être de grands changements pour le bonheur ou le malheur des hommes; mais bien téméraire serait celui qui voudrait les connaître ou même les présumer. Toujours est-il que *le temps fuit*, et l'année qui va disparaître à jamais nous en avertit. Et à vrai dire, c'est nous qui fuyons, car la vie ne s'arrête ni un jour ni une heure, et nous passons insensiblement de la vie à la mort, comme nous avons passé du néant à la vie. Encore une fois qu'en doit-on conclure? C'est de mettre à profit chaque parcelle de ce temps qui nous appartient un instant, et de tirer parti de ce point mobile qu'on nomme le présent. Le but de toute sagesse est d'en user de manière à profiter non-seulement des moments qui s'écoulent, mais encore de préparer heureusement l'avenir.

Je demande pardon au lecteur de ces réflexions, nécessairement amenées par l'époque où nous sommes. D'ailleurs elles semblent plus applicables au médecin qu'à toute autre personne, parce que, jetant un coup d'œil rétrospectif sur le temps, il y a une *fin d'année* qui lui est propre, soit pour ses intérêts, soit pour sa profession. A mon sens, cette recherche studieuse de fin d'année, pour tout médecin consciencieux et ami de l'ordre, doit reposer sur les bases suivantes : le budget des recettes, c'est-à-dire l'avoir et ce qui reste dû ; puis l'examen de conscience médicale, enfin l'examen scientifique et progressif. Ce triple objet vaut bien la peine de quelques réflexions ; car une fin d'année, je le répète, est une chose grave dans la vie de tous, plus grave encore chez les hommes de notre profession.

Il n'est pas de médecin, que je sache, qui, à cette époque, n'examine son livret de recettes, son budget, en un mot ses petites ou ses grandes affaires pécuniaires. Notez qu'il s'agit ici de résultats certains, positifs, et non de résultats *espérés*. Alors ce médecin calcule, supputa, combine, balance le doit et l'avoir. Jetant un coup d'œil attentif sur les soins donnés, sur les visites faites, sur les retardataires, sur les promesses faites, sur les bons clients, sur les pratiques *véreuses*, il tâche d'agencer les recettes avec les dépenses, et il fait sagement. Ce sont là, dira-t-on, des questions de pot-au-feu. Qui vous dit le contraire? Mais ces questions ont une extrême importance ; elles tiennent à la paix, au bien-être, au bonheur de la famille, et quelle que soit la hauteur de vues avec laquelle on considère la médecine, serait-il bon, serait-il juste pour celui qui l'exerce de mourir de faim au bas de l'échelle sociale? Une chose pourtant certaine malheureusement, c'est qu'en général les recettes dont il s'agit n'ont aucune proportion avec les fatigues, les ennuis, les déboires qu'elles ont coûtés. Cependant quelles différences dans ces budgets individuels! C'est à n'y pas croire : il y en a de grands, il y en a de moyens, il y en a de petits, il y en a d'à peu près nuls. Surtout qu'on ne s'en rapporte pas à ce qu'on entend dire : c'est une habitude consacrée de grossir son budget, et on le grossit toujours en raison de sa vanité. Il est encore une triste réflexion à faire : c'est que si les gros budgets médicaux sont la récompense du travail, de l'activité, d'un mérite incontestable, il est des médecins ayant toutes ces qualités, et dont les colonnes du budget sont au plus bas des recettes. Cela s'est vu, cela se voit encore et se verra toujours. Aussi un vieux médecin, éminemment instruit et resté dans la misère, disait-il à ses amis : « Que voulez-vous, j'ai perdu la partie avec les *plus beaux atouts.* »

côté de celui qui vient aboutir à l'os. Dans ce trajet, près de l'artère, est la ligature qui est détachée, mais qui n'avait pu être expulsée, à cause de la réunion superficielle de la plaie. L'extrémité inférieure de l'artère est à 3 centimètres au-dessus de la cicatrice. (Musée Dupuytren, *maladies du système circulatoire*, pièce n° 112.)

Obs. VIII. — Filet (Bernard), âgé de 60 ans, a été amputé du bras, au niveau du bord inférieur du creux de l'aisselle, pour une tumeur cancéreuse de l'humérus. *Dix-huit mois après*, le 13 novembre 1843, à l'hôpital Saint-Antoine, M. Nélaton lui extirpe dans le creux de l'aisselle un ganglion cancéreux, et fait en même temps la resection des extrémités des troncs nerveux, qui, considérablement tuméfiés, étaient le siége de vives douleurs. Dans cette opération, l'extrémité de l'artère axillaire fut reséquée dans une longueur de 2 centimètres. L'artère est entourée par un tissu cellulaire très-adhérent. Au niveau de sa section, elle a 6 millimètres de diamètre: elle se rétrécit graduellement jusqu'à sa terminaison, où elle n'a plus que 3 millimètres de diamètre ; de sorte qu'elle présente la forme d'un tronc de cône. Elle cesse brusquement à 15 millimètres de la cicatrice. En incisant sa paroi, on trouve à l'intérieur un caillot fibrineux, rougeâtre, très-dense, sans traces de vascularisation, ayant 2 centimètres de longueur, adhérent dans toute son étendue à la face interne de l'artère, dont il remplit complétement la cavité, taillé supérieurement en bec de flûte, de sorte qu'en ce point une de ses parois est adhérente; l'autre est libre, et forme avec la paroi opposée de l'artère un cul-de-sac, au fond duquel est une artériole dont le canal libre admet l'extrémité d'un stylet. Les diverses tuniques de l'artère sont parfaitement reconnaissables; elles sont seulement un peu amincies vers l'extrémité du vaisseau. (Musée Dupuytren, *maladies du système circulatoire*, pièce n° 114.)

Les trois observations que l'on vient de lire ne sont pas les seules qui m'ont permis de constater la persistance du caillot longtemps après la ligature ; j'en ai trouvé cinq dans les auteurs : j'en rapporterai deux comme exemple.

Ainsi Blandin disséqua, en 1830, l'artère fémorale d'un homme de 60 ans, auquel, *huit ans* auparavant, M. Roux avait pratiqué la ligature de la fémorale pour un anévrisme. L'oblitération du bout supérieur s'était établie par un caillot qui adhérait solidement aux parois du vaisseau. Dans le bout inférieur, un caillot fibrineux existait aussi. (Gougeon, thèse, 1845.)

Dupuytren disséqua l'artère fémorale d'un cadavre qui portait à la cuisse, sur le trajet de ce vaisseau, une cicatrice fort ancienne, longue de 2 pouces et demi, ce qui lui fit supposer qu'elle avait été produite par une ligature. Il trouva l'artère fémorale imperméable, à cause d'une matière fibrineuse, dense et rougeâtre, qui remplissait exactement son calibre et adhérait intimement à ses parois. (Gougeon, thèse citée.)

Si la plupart des observations dans lesquelles on donne des autopsies de ligatures d'artères mentionnent rarement la persistance du caillot, il faut reconnaître qu'elles ne signalent pas son absence; j'en ai parcouru un grand nombre, et elles sont presque toutes si incomplètes ou si mal décrites qu'il est très-difficile de savoir ce que l'auteur a voulu dire. Ainsi, par exemple, je prends la description d'une artère iliaque externe, dix-huit ans après sa ligature (Gazette Médicale, p. 23, 1837); il est dit que le bout supérieur se termine en une corde ronde qui forme la portion du vaisseau oblitéré et s'étend jusqu'à l'endroit de la ligature. Que conclure d'une pareille description ? Cette corde ronde était-elle formée par un caillot ? Quel était l'état des tuniques, etc., etc.? On conçoit que de pareilles observations ne sont pas propres à éclairer la question que nous traitons maintenant. Quoi qu'il en soit, nous basant sur les faits que nous avons observés et sur plusieurs observations puisées dans les auteurs, nous décrirons les changements que subit le caillot de la manière suivante.

Le caillot une fois formé augmente de densité en avançant en âge. Ses molécules se tassent pour ainsi dire. Jamais il ne se vascularise. Son adhérence avec la membrane interne de l'artère devient tellement intime qu'en examinant une coupe du caillot, on pourrait croire, au premier abord, qu'il se confond avec elle ; mais si on laisse macérer la pièce pendant quelque temps, on arrive à très-bien séparer du caillot l'artère, dont la membrane interne est parfaitement reconnaissable et a conservé une partie de son poli, exactement comme la séreuse du péricarde au-dessous des plaques pseudo-membraneuses qui se développent à sa surface, à la suite de la péricardite.

En se condensant, le caillot diminue plus ou moins de volume. On a pu juger de cette diminution dans les observations que j'ai citées, et on a vu qu'elle était d'autant plus grande qu'on se rapprochait davantage du niveau de la ligature, de telle sorte que le caillot affectait la forme d'un tronc de cône; mais en somme, cette condensation du caillot n'a jamais amené une diminution de volume égale à la moitié de son volume primitif. En se rétractant, il entraîne avec lui les tuniques artérielles qui conservent leurs caractères, et ne présentent qu'un peu d'amincissement au voisinage de la ligature. Ce retrait du caillot sur lui-même n'est pas indéfini et ne va pas jusqu'à sa disparition complète. Au bout d'un certain temps, que je ne saurais préciser, mais qui peut être évalué à plusieurs mois, il paraît avoir atteint ses dernières limites, et reste stationnaire sans subir la transformation fibreuse.

Au-dessus du caillot, le calibre de l'artère est toujours resté ce qu'il était primitivement, dans les cas que nous avons observés. M. Manoir (Mémoire sur l'anévrisme et la lig. des artères, Genève, an X) est arrivé au même résultat dans ses expériences. Je suis convaincu que c'est là la disposition la plus habituelle, je n'ose dire constante, parce qu'il y a des cas d'autopsie dans lesquels on a noté le rétrécissement du vaisseau, rétrécissement qui s'accommoderait au calibre de la collatérale, située au-dessus du caillot.

Lorsque le caillot n'a que 1 ou 2 millimètres de hauteur, comme dans l'obs. 15, les changements qu'il subit sont les mêmes. L'artère se termine alors par un cul-de-sac au fond duquel on trouve toujours une collatérale, et à cause de son peu de hauteur, le caillot peut être méconnu. Le cul-de-sac artériel pourrait être formé aussi par les tuniques interne et moyenne, comme dans l'obs. 3; mais pour cela il faudrait que l'inflammation ulcérative qui amène la chute de la ligature et la section de la celluleuse ne s'étendît pas aux membranes internes, ce qui doit être rare.

Nous avons vu que, neuf fois sur vingt-trois, la hauteur du caillot a varié entre 1 et 3 millimètres; de sorte que la perméabilité de l'artère, jusqu'au niveau de la ligature, doit se rencontrer fréquemment. En voici un bel exemple.

Obs. IX. — Un homme âgé de 35 ans entre à l'hôpital Saint-Antoine pour un coup de feu reçu à la partie supérieure de la cuisse le 24 juin 1848. M. Nélaton pratique la désarticulation de la cuisse; le malade meurt *cinq mois* après l'opération.

Autopsie. — La plaie est complétement cicatrisée; il n'y a au centre qu'une petite fistule qui aboutit à la cavité cotyloïde.

Il y a souvent un fatal désaccord entre la position qu'on a et le mérite qu'on se croit ou qu'on a réellement.

Au reste, cette plainte des médecins contre la fortune ennemie a été presque de tous les temps. Gui Patin, avec lequel j'ai beaucoup vécu, quoiqu'il soit mort depuis cent soixante-dix-huit ans, car j'ai vécu avec son esprit, écrit à un de ses amis de Lyon, avec une certaine amertume, *nummi rari, rariores, etiam rarissimi*, et cependant il n'était pas, à beaucoup près, un souffre-douleur de la fortune. Qu'aurait-il dit, s'il eût vécu de notre temps où, pour certains médecins, il est si difficile de vivre, d'apprivoiser la misère, et condamnés à cette existence besogneuse où chaque minime dépense est strictement pesée, calculée jour par jour selon le petit revenu de chaque jour? Du temps de Gui Patin, comme dans tous les temps, l'argent avait de fervents adorateurs, mais rien n'est comparable à ce qui se voit aujourd'hui, où l'estime, la considération, la valeur sociale s'estiment d'après la fortune. Voltaire fut trouvé un jour comptant des piles de doubles louis d'or et disant à chacune d'elles : *Un ami, deux amis, trois amis*, etc. C'est que le malin vieillard connaissait toute l'influence de ce précieux et dangereux métal. Quelle serait son opinion s'il vivait de nos jours, où la valeur morale des *piles* est singulièrement augmentée? Quoi qu'il en soit, il est un point de conduite dont il ne faut jamais dévier, c'est de tâcher d'améliorer sa situation, sans jamais flétrir sa profession. Par la nécessité, par les besoins multipliés, êtes-vous donc obligé de sacrifier au veau d'or? Faites-le, mais sans bassesse, sans incliner le front ni trop ployer le genou. Comptez sur la probité, sur l'activité, sur l'économie; c'est un fond inépuisable de ressources. Il convient aussi de savoir supporter certains succès qui étonnent, certaines insolences de la fortune qu'on ne voit qu'à regret, mais qu'on explique facilement quand on veut s'en donner la peine, et puis, dans la vie, il y a toujours du bien joué, de l'esprit après, du bonheur ensuite. Pour moi, je voudrais que chaque médecin eût gravées dans son cœur ces belles paroles de Cicéron : *Sperare optima, cogitare difficillima, ferre quæque erunt.*

« Espérer le meilleur, penser aux difficultés, et supporter ce que le sort nous réserve.»

Mais après le budget pécuniaire, il en est un autre tout à fait différent, qui doit aussi trouver sa place dans une bonne fin d'année, c'est un examen rétrospectif sur sa propre pratique de l'art, c'est une méditation sur les cas qui se sont présentés à notre observation dans le cours de l'année. Voilà ce que j'appelle un *examen de conscience médical*. Qu'on en soit bien convaincu, rien ne donne au médecin ou au chirurgien plus d'aplomb, plus de sûreté, dans l'examen de sa profession, plus de pénétration, plus de sagacité pour les maladies qu'il doit traiter dans la suite, plus de ce qu'on appelle le tact et le coup d'œil. Non, il ne suffit pas de voir et de faire, il s'agit de réfléchir sur ce qu'on a vu et fait, il s'agit de condenser dans un peu d'espace et dans peu de phrases le résultat évident, sensible, frappant de tous les faits qui ont passé sous nos yeux. Ce genre d'instruction qu'on se fait soi-même par assimilation intellectuelle est peut-être le plus fécond, le plus utile de tous, parce qu'il se fonde sur des données expérimentales d'autant plus positives qu'elles ont frappé les sens et exercé l'esprit, parce qu'il donne cette science du bon sens pratique, si importante et plus difficile à acquérir qu'on ne croit.

Malheureusement, si le premier budget est rarement oublié par les médecins,

L'artère fémorale a conservé son calibre jusqu'à son extrémité. Extérieurement elle ne présente aucun changement de coloration ; elle cesse brusquement à un centimètre de la cicatrice. A 2 millim. de son extrémité est une petite collatérale qui se perd dans la cicatrice, et dans laquelle on peut introduire un petit stylet. Un petit caillot fibrineux, très-résistant, de couleur blanche, de 2 millim. de hauteur et de 2 millim. de diamètre, flottant dans la cavité artérielle, adhère par son extrémité inférieure à la surface de section des membranes internes, et repose sur du tissu cicatriciel. (Musée Dupuytren, *maladies du système circulatoire*, pièce n° 113.)

On comprend que les auteurs qui ont rencontré des cas semblables un ou deux mois après la ligature, et qui n'ont pas tenu compte de la situation et de l'influence de la petite collatérale, ont pu croire à la résorption du caillot. Ce qui me confirme dans cette opinion, c'est que Sanson (HÉMORRHAGIES TRAUMATIQUES, thèse de concours, 1836), qui admet la résorption du caillot en moins de deux mois, a fait représenter (fig. 4), dix-sept jours après l'amputation, une artère brachiale, dont le caillot est très-grêle ; mais il y a précisément, à la base de ce caillot, une petite collatérale, qui nous explique comment ce caillot n'a dû jamais avoir un développement plus considérable. Quant aux figures 5 et 6, on ne voit pas de collatérales à la base des petits caillots ; mais il est très-possible que le dessinateur les ait omises, si elles étaient très-petites ; et pour être bien convaincu qu'il n'en existait pas, il eût été utile que Sanson mentionnât leur absence.

La description que nous venons de donner des changements qui surviennent dans le caillot diffère beaucoup de celle que nous trouvons dans l'ouvrage de M. Manec. Cet auteur admet que des stries rougeâtres, qui sont des vaisseaux de nouvelle formation, se développent dans le caillot. Ces vaisseaux sont chargés d'enlever lentement, et par degrés sensibles, la matière colorante du sang, pour la transporter dans le torrent de la circulation. Lorsque cette matière n'existe plus, ces stries se décolorent, deviennent solides, et forment la base de la trame fibreuse en laquelle se transforme toujours le caillot. Il est probable que chaque filament est formé par un vaisseau oblitéré. Cette description, que je copie textuellement, est attaquable sur plusieurs points. Que penser de ces vaisseaux qui se développent dans le caillot sous forme de stries rougeâtres, et dont la fonction est d'absorber la matière colorante? Sans doute on rencontre parfois ces stries, et on en voit un bel exemple dans l'observation 7. Elles ne sont pas dues à des vaisseaux, mais à des parties non encore décolorées du caillot. J'ai recherché avec grand soin des vaisseaux dans le caillot, et toujours il m'a été impossible d'en constater la moindre trace. M. Manec lui-même, qui a fait très-souvent des injections fines, dans le but d'injecter ces vaisseaux, a observé que constamment l'injection se répandait sur le caillot en le séparant de l'artère, deux fois seulement il est parvenu à la faire passer des *vasa vasorum* dans son intérieur. Or on peut se demander si, dans ces deux cas, M. Manec n'aurait pas pris pour des vaisseaux un simple écartement des éléments fibrineux du caillot, déterminé par la pression de l'injection. L'analogie nous engage encore à rejeter la formation de vaisseaux nouveaux ; en effet, le caillot artériel est exactement semblable aux caillots fibrineux qui résultent des épanchements sanguins dans les divers tissus de l'organisme, tels que la rate, le cerveau, etc. Or nous savons qu'il ne s'y développe jamais de vaisseaux : il n'est donc pas supposable que le caillot artériel fasse exception à cette loi d'anatomie pathologique ; car, pour ainsi dire enkysté par les membranes interne et moyenne qui sont dépourvues de vaisseaux, il est dans des conditions bien plus défavorables au développement de vaisseaux nouveaux que les caillots situés au milieu de parenchymes vasculaires. Enfin si, comme le pense M. Manec, chacun des filaments qui constituent la trame fibreuse en laquelle se transforme le caillot était formé par un de ces vaisseaux oblitéré, il est évident que leur nombre aurait été tellement considérable, qu'à une certaine époque de son existence, le caillot aurait dû avoir une vascularité semblable à celle du tissu érectile. Or c'est ce que personne n'a jamais constaté.

D'après les considérations dans lesquelles nous venons d'entrer, nous ne pouvons admettre la production de vaisseaux nouveaux dans le caillot. D'un autre côté, nous appuyant sur les faits que nous avons cités, nous avons rejeté la transformation du caillot et de la portion d'artère contiguë en cordon fibreux, telle qu'elle a été décrite par les auteurs. A cette manière de voir, on peut nous objecter que l'artère ombilicale se transforme constamment en cordon fibreux ; que par conséquent cette transformation des artères est pour ainsi dire un phénomène physiologique. Nous répondrons que l'artère ombilicale est dans des conditions bien différentes de celles des artères que nous avons étudiées jusqu'à présent ; sa structure n'est pas la même (voy. Robin, GAZ. MÉD., p. 331, 1849). Artère de la vie intra-utérine, le sang cesse d'y aborder au moment de la naissance ; son oblitération se fait par un mécanisme particulier, qui ne ressemble aucunement à ce que nous observons pour les autres vaisseaux. Aussi la transformation fibreuse des artères ombilicales n'implique nullement celle des autres artères.

Si on n'admet pas la transformation fibreuse de l'extrémité de l'artère, comment expliquer la présence de ce cordon fibreux qui unit les deux bouts d'une artère liée dans sa continuité, ou la surface de la cicatrice à l'extrémité du vaisseau, dans les amputations? Disons-le de suite, suivant M. Nélaton, et comme nous espérons le démontrer, ce cordon fibreux est dû à la cicatrisation d'un petit canal muqueux, qui s'étend de l'extrémité de l'artère à la surface de la plaie. Ce canal tient à plusieurs causes, et pour bien comprendre sa formation, il nous faut étudier les phénomènes qui surviennent à l'extrémité du vaisseau au niveau de la ligature, et leur influence sur le caillot et les parois artérielles.

Le point même de l'artère qui est embrassé par le fil se mortifie ; une inflammation suppurative, dont l'intensité est augmentée par la présence du fil, tend à éliminer cette partie mortifiée. Cette inflammation ulcérative va s'étendre à l'extrémité de l'artère, détruire les adhérences qui unissaient les lèvres de division des membranes interne et moyenne entre elles et avec la base du caillot, de sorte que les premiers moyens créés par la nature pour oblitérer le vaisseau disparaissent en totalité, il ne reste plus que le caillot et son union intime avec la membrane interne pour s'opposer aux hémorrhagies. Quand cette inflammation n'est pas très-intense, la surface de division des membranes internes est à peine ulcérée ; l'extrémité du vaisseau se couvre de bourgeons charnus, et elle repose bientôt sur du tissu de cicatrice. Parfois, au contraire, l'inflammation ulcérative devient plus intense, et détruit dans une certaine hauteur les tuniques artérielles, au même niveau que le caillot. On trouve alors, au fond d'un canal muqueux formé par le vide qui résulte de la destruction de l'artère, l'extrémité du caillot située du côté de la ligature baignant dans le pus, et à son niveau les tuniques artérielles ulcérées présentant un liséré rouge de 1 millimètre de hauteur environ, et au-dessus elles n'offrent pas de traces d'inflammation évidentes ; c'est ce qui nous explique très-bien pourquoi, lorsque cette inflammation ulcérative a détruit la portion d'artère comprise

---

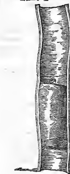
il n'en est pas de même du second. Bien peu reviennent et réfléchissent sur le passé de leur pratique pour en améliorer l'avenir. Le gain, toujours le gain, tel est le but qu'on poursuit presque toujours et uniquement, c'est-à-dire faire la médecine en homme vulgaire, comme un manœuvre, n'ayant en vue que son salaire. Cela doit être; n'est-il pas vrai que ce qui domine au fond des cœurs, c'est une soif impatiente, insatiable, de fortune, de distinctions et de jouissances? Est-il une plus triste et plus fâcheuse direction des esprits? Néanmoins, il est des praticiens qui agissent bien différemment, surtout dans les provinces, où l'on est moins débordé que dans la capitale, par les flots d'une civilisation excitatrice et corruptrice. Vicq-d'Azyr nous apprend qu'un praticien de Joigny, Bourdois de la Motte, le père de celui que nous avons connu à Paris, suivait cette méthode. On trouva dans ses papiers un registre sur lequel il écrivait toutes ses observations cliniques et qu'il appelait sa *justification*, mot heureux et plein de sens. C'est aussi, je le répète, le moyen d'acquérir une complète et solide expérience. En effet, si l'ordre, le but et la *raison* des faits qui vous ont passé sous les yeux ne vous ont point échappé; si vous avez noté la plupart des cas qui ont été soumis à votre observation ; si vous les parcourez de nouveau en y réfléchissant mûrement; si vous y avez mis l'activité, la vigilance, la persévérance convenables; si, dans telle ou telle maladie, traitée pendant le cours de l'année, vous vous êtes demandé, *intus et in pectore*, ai-je bien saisi toutes les indications? ai-je épuisé toutes les ressources de l'art? n'ai-je rien oublié, rien négligé? si vous n'avez pas trop donné à de fausses et systématiques interprétations ; si vous n'êtes pas tombé, d'autre part, dans une pratique vulgaire et routinière; si des faits et observations recueillis, vous avez essayé d'en tirer de bonnes et sûres inductions, et même des principes, ces grands faisceaux d'idées homogènes; si enfin vous avez toujours pensé, dans l'année qui vient de s'écouler à la gravité, à la sainteté redoutable du ministère de votre profession, soyez certain que par l'effet de cet examen de conscience médicale, vous amasserez d'incalculables richesses scientifiques, vous doublerez, vous triplerez votre expérience, j'entends cette expérience éclairée qui sait voir, bien voir et conclure. J'ai connu autrefois, dans un département, un de ces heureux et actifs praticiens, qui recueillait, notait, examinait tout ce qui mérite de l'être avec une religieuse exactitude. S'il eût voulu communiquer son savoir, on eût été étonné de ce qu'il avait fait, de ce qu'il avait appris ; mais on peut dire de ce grand et obscur praticien ce qui a été dit d'un savant illustre. C'était un de ces hommes qui savent beaucoup et qui parlent peu, qui prennent tant de plaisir à observer qu'il ne leur reste point de temps pour disserter, et qui à force de s'être livrés à la contemplation de la nature, deviennent comme elles, silencieux et profonds.

Mais voici une objection qu'on ne peut manquer de faire. Nous n'avons pas de faits extraordinaires à recueillir, dès lors à quoi bon enregistrer les autres? A quoi bon? A vous instruire vous-même. Est-ce qu'il n'y a pas toujours un sens profond dans les moindres faits de la nature? Ne faut-il pas s'appliquer à le découvrir? Dans notre art, il n'est pas de petite maladie pour le médecin, tous les faits ont leur importance, leur gravité, selon la manière de les pénétrer, de les étudier. Un léger rhume, une piqûre d'aiguille, une simple brûlure, un accès de fièvre peu formidable en apparence, etc., sont parfois la cause, la raison ou l'indice des plus graves maladies. Ne sait-on pas que tout est lié, en-

entre la ligature et l'extrémité opposée du caillot, une hémorrhagie inévitable a lieu. Si les tuniques artérielles devenaient le siége d'une vive inflammation dans l'étendue de 3 ou 4 millimètres au-dessus du point ulcéré, un caillot se formerait dans cette hauteur, et serait bien suffisant, comme nous l'avons vu, pour s'opposer à l'hémorrhagie. Cette inflammation se termine le plus souvent d'une manière heureuse; les progrès de l'ulcération s'arrêtent, des bourgeons charnus se développent, le canal muqueux au fond duquel se termine l'artère se cicatrise, et le malade est désormais à l'abri de toute hémorrhagie. Enfin le caillot peut être détruit dans une étendue quelquefois considérable, beaucoup plus rapidement que les tuniques artérielles, comme on peut s'en convaincre dans les observations suivantes.

Obs. X. — Baumont, âgée de 54 ans, est amputée de la cuisse droite pour une encéphaloïde du genou, le 26 septembre 1849, à l'hôpital Saint-Louis. Elle meurt d'infection purulente *vingt et un jours* après l'opération.

FIG. 4



Autopsie. L'amputation a été faite à un seul lambeau. L'extrémité du fémur, dénudée, fait saillie à l'extérieur, et les chairs sont fortement rétractées. En examinant avec soin la surface de la plaie, au niveau de l'artère fémorale, nous constatons la présence d'un trajet fistuleux, que nous supposons tout d'abord formé par le fil à ligature; mais, l'artère étant disséquée sur place, nous voyons que cette fistule est formée par le canal artériel lui-même, dont l'extrémité affleure la surface de la plaie. Le tissu cellulaire qui environne l'artère, dans une hauteur de 3 centimètres à partir de la plaie, est un peu plus adhérent et plus dense qu'à l'état normal. La face externe du vaisseau, dans cette étendue, offre une légère teinte d'un gris verdâtre, mais semblable à celle qui existe au même niveau dans les parties environnantes, et qui est peut-être due à un commencement de putréfaction. En incisant l'artère de dehors en dedans, on voit que son extrémité inférieure béante est dépourvue de caillot, et très-légèrement ramollie dans une hauteur de 1 centimètre. La membrane interne est grisâtre et baignée de pus ainsi que la face inférieure du caillot qui ferme en haut ce trajet. Au-dessus de cette portion d'artère, est un caillot consistant, homogène, fibrineux, d'un rouge de sang, remplissant tout le calibre de l'artère, extrêmement adhérent dans toute sa hauteur, qui est de 2 centimètres, oblique à sa partie supérieure, et dépassant de 2 à 3 millimètres par sa partie la plus élevée, une artériole collatérale, laissant pénétrer le bout d'un stylet assez fin. La première collatérale importante que nous trouvons au-dessus du caillot est la fémorale profonde, qui est à 12 centim. 1/2.

Les parois de l'artère au niveau du caillot ne sont pas épaissies, et le calibre du vaisseau n'est pas rétréci. (Musée Dupuytren, *maladies du système circulatoire*, pièce nº 109.)

Obs. XI. — Lecler (Joseph), âgé de 13 ans, est désarticulé de la cuisse par M. Nélaton, pour une tumeur encéphaloïde de l'extrémité supérieure du fémur, le 19 septembre 1849, à l'hôpital Saint-Louis. Il meurt d'infection purulente *trente-sept jours* après l'opération.

La dissection de l'artère fémorale sur place nous montre son extrémité au fond d'un petit canal sinueux qui vient s'ouvrir à la surface de la plaie, après un trajet de 1 centimètre. L'artère a conservé son calibre dans toute son étendue. En procédant de bas en haut, nous trouvons d'abord, dans une longueur de 1 centimètre, les parois du bout de l'artère béantes, baignées par du pus, mollasses, friables, mortifiées, et faisant suite au trajet fistuleux mentionné, qu'elle continue. Cette partie du vaisseau ne contient pas de caillot et n'est plus adhérente par sa face externe aux parties voisines que dans quelques points. Au-dessus les parois artérielles présentent une consistance et une épaisseur normales, et l'artère est oblitérée dans une hauteur de 8 millimètres, par un caillot remplissant sa cavité, très-adhérent, dans toute sa hauteur, à la tunique interne, fibrineux, rouge, consistant, sans trace de vascularisation; inférieurement il répond à la cavité du bout artériel mortifié, par une surface horizontale baignée par le pus; supérieurement il se termine par une face horizontale, au niveau de laquelle se voit une petite artère collatérale qui peut admettre un stylet fin. Dans la moitié inférieure du caillot, la celluleuse offre une teinte grisâtre qui pâlit à mesure que l'on remonte vers sa partie supérieure, où sa teinte est tout à fait normale. Au niveau du caillot, le tissu cellulaire qui entoure l'artère est un peu plus dense qu'à l'état normal; 2 centimètres au-dessus du caillot est l'origine de l'épigastrique. Dans cet intervalle, il n'y a pas d'autres collatérales que cette artériole que nous avons signalée. (Musée Dupuytren, *maladies du système circulatoire*, pièce nº 111.)

Dans ces deux observations, le caillot a été détruit dans une hauteur de 1 centimètre au-dessus de l'extrémité du vaisseau. Dans le premier cas, la portion d'artère répondant à la partie détruite du caillot commence à se ramollir, mais elle offre encore un certain degré de résistance; dans le second cas, cette même portion d'artère est ramollie, friable, en grande partie mortifiée. Il est bien évident que ces deux malades n'ont été à l'abri d'hémorrhagies consécutives que par la longueur de leur caillot. Si, d'une autre part, on se rappelle que, dans près de la moitié des cas, la hauteur du caillot variait entre 1 et 8 millimètres, on comprendra que si cette ulcération ne s'enraye pas immédiatement après la chute de la ligature, elle doit déterminer fréquemment des hémorrhagies.

J'ai rencontré deux fois, à l'extrémité de l'artère, une altération particulière qui consistait en une fonte putride de l'extrémité du caillot. Comme elle peut produire les mêmes effets que l'inflammation, c'est-à-dire la destruction du caillot, et qu'elle s'accompagne quelquefois du sphacèle des tuniques artérielles, elle trouve ici naturellement sa place, d'autant plus qu'elle n'est peut-être que le premier degré de cette fonte purulente du caillot que nous venons de décrire à l'instant.

Obs. XII. — Un garde mobile âgé de 28 ans entre, le 7 août 1848, à l'hôpital Saint-Antoine, pour une fracture comminutive de la jambe. On lui pratique l'amputation de la cuisse le 18 août. Il meurt d'infection purulente au bout de *sept jours*.

Autopsie. L'extrémité de l'artère fémorale, enfoncée dans les chairs à 3 ou 4 millimètres de leur surface de section, porte encore sa ligature. Un caillot ferme, de 3 centimètres de long, remplissant tout le calibre du vaisseau, adhère, dans toute son étendue, à la membrane interne, qui est rouge, sans vascularisation. Dans une étendue de 2 ou 3 millimètres, au niveau de la ligature, le caillot ne remplit que la moitié de la cavité de l'artère, dont le reste est occupé en ce point par une sanie noirâtre. La ligature est solide, et la celluleuse n'est point ulcérée. Une ligature placée à 3 millimètres du bout de l'artère ne divise que les tuniques interne et moyenne, et laisse la celluleuse intacte.

Obs. XIII. — D... (Eugène), âgé de 45 ans, est amputé, le 13 juin 1849, à

---

chaîné, que *tout conspire* dans le corps humain. Il est possible d'obtenir de tous ces faits des conséquences, des lumières inattendues, pour peu qu'on les médite, qu'on en pénètre les rapports, mais il faut cette condition. Que l'on consulte attentivement ses notes à la fin de l'année, il est certain qu'on en tirera des vues, des données auxquelles on ne s'attendait pas. Souvent on est frappé du bon sens d'un praticien fort ordinaire en apparence; or savez-vous pourquoi? C'est que ce praticien a une dose d'attention qui, pour lui, approfondit et féconde chaque cas pathologique. Il a de plus cette austère et paisible impartialité qui examine froidement, juge sans prévention, sans aucune fascination d'amour-propre. Ce praticien cherche la vérité dans toute sa simplicité, dans toute sa rigueur, et par cela même il la trouve, tandis que d'autres plus haut placés s'égarent à la suite de brillantes erreurs. Vous la trouverez aussi cette vérité, si, à la fin de l'année, dans le silence du cabinet, vous vous recueillez pour examiner votre pratique de l'année, consulter vos notes et le registre de votre *justification*.

A cet examen de conscience médicale sur sa propre pratique fait à la fin de chaque année, il est bon d'en joindre un autre dont l'importance ne saurait être niée, c'est de rechercher si l'on s'est tenu au courant de la science et de ses progrès. L'indifférence sur ce point est presque un crime. D'ailleurs, est-ce que dans la vie d'un médecin, la science ne doit pas se trouver au bout de tout? Il est vrai, la médecine ni la chirurgie n'ont pas à enregistrer chaque année de ces découvertes qui font époque; mais on peut être certain que la science était toujours en mouvement, il y a constamment des modifications, des procédés, des vues, des aperçus, parfois des médicaments nouveaux d'une incontestable utilité. Soyez-en sûr, malgré *la glaçante atmosphère d'une époque de positivisme*, selon la juste expression de notre savant et habile collaborateur M. Diday, il est encore des *chercheurs*, des hommes qui aiment la science pour elle-même; il n'y a pas seulement à glaner, il y a beaucoup à moissonner; et personne ne l'ignore,

> La nature est inépuisable,
> Et le travail infatigable
> Est un dieu qui la rajeunit.

Ainsi, sous peine de se mettre en dehors de la civilisation médicale, de tomber dans une coupable routine, il est bon à la fin de l'année de faire le troisième budget dont on vient de parler. Quelques livres bien choisis, un journal fait avec soin, suffisent pour atteindre le but. Ah! si l'homme héritait du temps sans se courber sous son poids, on pourrait peut être à la longue se faire soi-même une bonne et large expérience; mais comme il n'en est rien, que notre durée est très-limitée, il faut donc se servir de l'expérience des autres, se l'approprier le plus et le mieux possible. On a si bien senti l'importance de cet objet, que l'instruction médicale est maintenant très-répandue en France. Autrefois dans les provinces, à l'exception des grandes villes, rien n'était plus rare qu'un journal de médecine. A présent il n'est pas de praticien de petite ville, de bourg ou de village même qui ne reçoive son journal et ne l'attende même avec impatience; il a raison, car de cette manière il correspond avec tous ses confrères instruits de l'Europe et de l'Amérique.

Du reste, il faut s'attendre à la grande et très-vulgaire objection : on n'a pas

l'hôpital Saint-Louis, pour un coup de feu qui lui a broyé l'articulation du genou. Il meurt, *seize jours après l'opération*, d'infection purulente.

AUTOPSIE. La plaie est grisâtre, non réunie; la dissection de l'artère sur place nous montre son extrémité au fond d'un trajet fistuleux de 1 centimètre de long, qui vient à s'ouvrir à la surface de la plaie; elle porte encore sa ligature. A l'intérieur, on trouve un caillot fibrineux, très-dense, très-adhérent à ses parois dans toute son étendue, ayant une longueur totale de 65 millimètres, remplissant tout le calibre de l'artère, qui n'est pas rétréci, taillé en bec de flûte à son extrémité supérieure, aux dépens de sa partie postérieure. Au fond du cul-de-sac qu'il forme en ce point avec la paroi de l'artère, se trouve une petite collatérale qui donne passage à un stylet de trousse ordinaire, et qui est située à 5 centimètres au-dessus de la ligature. L'extrémité inférieure du caillot est un peu moins dense, noirâtre, et cesse brusquement à 5 millimètres au-dessus de la ligature. L'espace compris entre ces deux points est rempli par un liquide sanieux, brunâtre. Au niveau de la ligature, les parois artérielles sont ramollies, noirâtres, et se déchirent facilement, 3 millimètres au-dessus du fil, sous l'influence de légères tractions. On voit alors que les tuniques interne et moyenne sont repliées dans l'intérieur du vaisseau au niveau de la ligature, et qu'elles sont coiffées par la celluleuse. Les diverses tuniques de l'artère n'offrent aucun épaississement, et, à part son extrémité, elle ne présente aucun changement de coloration. (Musée Dupuytren, *maladies du système circulatoire*, pièce n° 107.)

Ces deux observations nous permettent de suivre pas à pas les progrès de l'altération. Dans la première, l'extrémité du caillot en contact avec la ligature est transformée en liquide sanieux, noirâtre; mais les tuniques artérielles ne sont pas ramollies. Dans la seconde, les tuniques sont friables, brunâtres, comme sphacélées dans une partie de la hauteur du ramollissement du caillot; et, dans ce cas, il est évident qu'on a affaire à une gangrène de l'extrémité de l'artère; mais il n'est pas toujours aussi facile de déterminer la cause de la fonte putride du caillot. Sur deux autres artères fémorales, datant l'une de huit jours, l'autre de quatre jours, le centre du caillot seul était ramolli et transformé en liquide sanieux. Or, dans le dernier de ces cas que j'ai déjà cité, le caillot était libre dans toute sa hauteur et flottait dans la cavité artérielle, en sorte qu'il est difficile d'attribuer cette altération, du moins pour ce dernier cas, à une inflammation. J'ajouterai de plus que, sur le même moignon (celui datant de quatre jours), la fémorale profonde, qui est très-volumineuse, présente la disposition suivante : au niveau de la ligature, est un petit caillot adhérent, de 2 millimètres de hauteur; du centre de ce caillot part un prolongement fibrineux de 1 millimètre de diamètre, de 1 centimètre de long, libre, flottant au milieu du vaisseau dans un liquide sanieux, noirâtre, qui remplit sa cavité, se terminant supérieurement à la face inférieure d'un caillot de 2 à 3 millimètres de hauteur, adhérent dans toute sa circonférence à la face interne de l'artère. Dans toute cette étendue, l'artère ne présente pas la moindre trace d'inflammation; elle a seulement une coloration d'un rouge obscur qui disparaît complètement au bout de quelques heures de macération. (Musée Dupuytren, *maladies du système circulatoire*, n° 101.) Ici, au lieu de se développer au centre du caillot, la fonte putride l'a détruit à sa circonférence. Le caillot de la profonde, qui est moins volumineuse que la fémorale, a pu arriver à son développement complet pendant les premières heures, et remplir tout le calibre artériel jusqu'au niveau de la première collatérale; puis la fonte putride s'est emparée de ses couches superficielles à sa partie moyenne, ce qui nous rend très-bien compte de sa disposition. Ici encore, l'état des tuniques artérielles ne permet pas d'invoquer l'inflammation comme cause de cette fonte putride, qui paraît plutôt s'être développée sous l'influence d'une altération profonde des liquides de l'économie.

Quelle que soit, du reste, la cause de cette fonte putride du caillot, dans les observations 12 et 13, après la chute de la ligature, le liquide sanieux renfermé dans le vaisseau se serait écoulé au dehors, et nous aurions eu exactement la même disposition que nous venons de décrire, c'est-à-dire un canal formé par les parois artérielles, plus ou moins ramollies, s'ouvrant à la surface de la plaie, donnant par conséquent accès au pus, et terminé supérieurement par la face inférieure du caillot.

Que la destruction du caillot survienne par fonte purulente ou par fonte putride, la terminaison est la même. Tantôt elle est complète, et il y a hémorrhagie; tantôt elle est partielle, elle peut même parfois s'arrêter au niveau de l'extrémité supérieure du caillot; alors une modification heureuse peut survenir, la tendance à l'ulcération disparaître, le canal formé par les parois artérielles ramollies revenir sur lui-même, par suite du développement de bourgeons charnus, et former une sorte de cordon étendu de la plaie à l'extrémité de l'artère, comme dans l'observation suivante.



OBS. XIV. — Higon (Jean), âgé de dix-huit ans, est amputé du bras droit, à la partie moyenne, pour une tumeur blanche du coude, le 9 novembre 1849, à l'hôpital Saint-Louis. Il meurt d'épuisement et de tubercules pulmonaires *trente-six jours* après l'opération.

AUTOPSIE. La surface de la plaie, qui est réunie, est sanieuse, noirâtre. L'artère humérale a conservé son calibre et est perméable jusqu'à 2 centimètres de la surface de la plaie. Dans ce point, on trouve une petite collatérale dans laquelle on peut passer un stylet d'argent. Immédiatement au-dessous les trois tuniques, comme on le voit très-bien après avoir fendu l'artère, s'incurvent un peu, se rapprochent de manière à venir s'accoler à un caillot fibrineux du volume d'un grain de millet. En continuant la dissection jusqu'à la surface de la plaie, on retrouve au milieu d'un tissu cellulaire induré les parois artérielles affaissées, amincies, reconnaissables encore, mais ramollies, non adhérentes en quelques points, formant un cordon de 2 millimètres de diamètre. Vers la partie supérieure de ce cordon, dans l'étendue de 5 ou 6 millimètres de diamètre, on retrouve encore très-bien les trois tuniques artérielles; mais, dans sa moitié inférieure, on ne peut plus reconnaître la tunique moyenne. On suit seulement la tunique celluleuse en arrière, et le vaisseau se termine ainsi à 3 millimètres de la surface de la plaie. (Musée Dupuytren, *maladies du syst. circul.*, pièce n° 110.)

Il est bien certain que, sans les observations 10 et 11, je n'aurais pas hésité à regarder ce fait comme un exemple de résorption du caillot et de transformation fibreuse des parois artérielles. Mais l'époque de la ligature, qui remonte à trente-six jours seulement, nous autorise déjà à rejeter cette idée; de plus, ce ramollissement des parois artérielles, leur défaut d'adhérence en quelques points, attestent qu'elles ont été le siége d'une vive inflammation qui a désorganisé leur tissu. Voici donc comment on peut comprendre la succession des divers phénomènes qui ont amené le résultat que nous avons sous les yeux : le caillot aura été détruit par suppuration jusqu'à son extrémité supérieure, qui seule a pu suffire pour arrêter l'hémorrhagie; puis sa destruction se sera trouvée enrayée : alors le canal

---

le temps de se livrer à de pareils travaux. Qui donc ne reconnaît ici la réponse de la paresse ou de l'ignorance? Un grand personnage diplomatique disait autrefois qu'un homme bien avisé devait consacrer deux heures de chaque jour et les meilleures à *se pousser*. Eh bien! au lieu de les employer si bien et si honorablement, qu'on les emploie à cultiver la science, le profit sera plus convenable et souvent plus certain. J'ajouterai la réponse de Berzélius à un homme se plaignant d'un chimiste qui, parvenu à une chaire, ne produisait plus rien depuis plusieurs années : « Il s'excuse toujours, dit Berzélius, sur ce qu'il manque de temps, mais je lui ai répondu qu'il n'éprouvait pas le besoin de travailler, car ceux qui éprouvent ce besoin, trouvent toujours le moyen de le satisfaire. » Réponse pleine de sens et de justesse.

Tels sont les budgets, les comptes rendus du médecin qui veut faire une bonne fin d'année. Ils comprennent les deux objets de sa vie entière : par sa profession, vivre et se procurer de l'aisance; par son travail intellectuel, cultiver la science et la cultiver sans relâche. Que faut-il encore? vivre en paix avec soi-même et avec les autres, savoir se résigner et faire son devoir. Ce n'est pas peu dire; car, dans un temps comme le nôtre, il n'y a pas de petite tâche; se contenter de sa profession, de sa position, c'est concourir plus qu'on ne pense au maintien de l'ordre, au salut de tous. Cette pensée doit être toujours présente à l'esprit, car cette année qui va s'effacer sera suivie d'une autre, puis encore d'une autre qui disparaîtront à leur tour jusqu'à la dernière. Eh bien! *estote liber ac sapiens*, comme dit le poëte. Le vrai mot de la vie est épreuve et non bonheur, et après tout la mort n'est pas triste quand la conscience est bonne et qu'on emporte avec soi une grande espérance. R. P.

MORT DE M. LABARRAQUE.

Nous venons d'apprendre avec la plus profonde douleur la mort d'un savant modeste, d'un homme de bien et d'un excellent collègue à l'Académie de médecine, M. Labarraque. Ce nom n'a pas toujours été répété par les échos ordinaires de la renommée, mais cette perte n'en est pas moins faite pour exciter les regrets les plus vifs, surtout quand on pense que cet homme a fait une découverte d'une utilité que personne ne s'avise de contester, découverte qui a porté de si heureux fruits pour la science, pour l'humanité et à laquelle se rattachent une infinité d'autres découvertes dans ce genre. Qui ne connaît le *chlorure de soude* dont les applications sont aujourd'hui si multipliées? Qui ne sait que la *liqueur de Labarraque* pour la désinfection des matières animales est une de ces découvertes dont il faut s'applaudir chaque jour? D'autres pourront entrer à cet égard dans de plus grands détails, mais nous tenons à constater que par cette invention, M. Labarraque a fait faire un grand pas à l'art et dérobé un grand secret à la nature.

Mais si du savant, si du chimiste distingué, nous passons à l'homme en lui-même, nous ne craignons pas de dire que notre éloge sera répété par tous ceux qui l'ont connu. M. Labarraque n'a jamais eu d'ennemis et il ne pouvait en avoir. C'était en effet un de ces hommes qui vivent et passent en faisant le bien, qui s'en font une étude particulière et qui comprennent que le vrai talent est une grande mission au profit de l'humanité. Caractère franc, cœur doux, esprit sagace et ingénieux, cachant son grand savoir sous une modestie aussi simple que natu-

formé par les tuniques artérielles ramollies, enflammées, est revenu sur lui-même, s'est affaissé, comprimé de toutes parts par des bourgeons charnus, et a donné lieu à ce cordon qui se continuait avec l'artère; ce cordon, dans lequel on pouvait encore reconnaître les vestiges des tuniques artérielles, eût bien probablement disparu à la longue. Remarquons que cette terminaison de la fonte purulente du caillot nous explique déjà la formation du cordon fibreux dans certains cas; mais la présence du cordon fibreux à l'extrémité de l'artère ne tient pas à cette seule cause.

M. Nélaton explique sa production de la manière suivante : après une amputation, l'extrémité de l'artère se rétracte dans sa gaîne en entraînant avec elle le fil à ligature; les parois du petit canal formé ainsi par la gaîne au delà de l'extrémité de l'artère, irritées par la présence du fil, suppureut, se couvrent de bourgeons charnus qui, continuant à se développer après la chute de la ligature, remplissent la cavité du canal, s'accolent les uns aux autres, et subissant ensuite les transformations du tissu cicatriciel, forment ce petit cordon fibreux qui s'étend de la surface de la cicatrice à l'extrémité de l'artère; en sorte que sa longueur est déterminée par la plus ou moins grande rétraction de l'artère au milieu des parties molles. Cette explication, parfaitement exacte pour un grand nombre de cas, ne peut cependant s'appliquer à tous. Je m'explique : si on divise une artère dans sa continuité comme dans les expériences de Béclard, Jones, etc., sans diviser en même temps les parties molles qui l'environnent, l'artère qui adhère aux parties voisines par un tissu cellulaire lâche se rétractera autant que la laxité de ce tissu le lui permettra; si on dénude l'artère, on détruira ses adhérences avec les parties voisines, alors elle pourra se rétracter autant que son élasticité propre l'exigera, et il y aura entre les deux bouts un pouce à un pouce et demi d'écartement. Mais les choses ne se passent plus ainsi dans une amputation, l'artère et les muscles sont divisés au même niveau; alors deux cas peuvent se présenter : 1° l'artère est située profondément à peu de distance d'une surface osseuse ou ligamenteuse qui, servant d'insertion aux fibres musculaires, les empêche de se rétracter, comme, par exemple, le ligament interosseux à la jambe; alors l'artère, qui adhère à ces parties par un tissu cellulaire lâche, se rétracte dans sa gaîne; c'est là un fait bien connu et qui rend même quelquefois leur ligature difficile. Ici l'explication de M. Nélaton trouve évidemment son application. 2° L'artère est située au milieu de parties molles, de muscles qui sont assez éloignés de leur point d'insertion pour que leur rétractilité puisse s'exercer complétement, comme, par exemple, l'humérale, la fémorale, etc. Ici l'artère, dont la puissance de rétractilité ne dépasse pas celle des muscles et lui est même inférieure (Bichat, Anat. gén., édit. Blaudin, t. II, p. 874), reste à la surface de la plaie, et on ne peut pas dire que la colonne sanguine, poussée par le cœur, s'oppose à la rétraction de l'artère, car lorsque la compression est faite très-exactement, on voit la lumière du vaisseau béante (1) à la surface de la plaie, où il est très-facile de la saisir et de la lier. Consécutivement l'artère a peu de tendance à se rétracter, comme il est facile de s'en convaincre dans plusieurs des observations que j'ai déjà rapportées dans ce travail. Voici, du reste, le résumé des faits qui peuvent jeter quelque jour sur cette question : sur neuf moignons examinés entre la vingt-neuvième heure et le vingt-et-unième jour après l'opération, je trouve six cas dans lesquels l'extrémité du vaisseau affleurait la surface de la plaie; le temps compris entre l'opération et la mort était ainsi réparti :

20 heures.
4 jours.
7 jours et demi.
8 jours.
11 jours.
21 jours.

Pour les trois autres cas, nous trouvous que, dans le premier, l'extrémité de l'artère se voyait au fond d'une légère dépression, et portait encore sa ligature le neuvième jour; dans le second, l'extrémité de l'artère était, le septième jour, à 3 ou 4 millimètres de la surface de la plaie et portait sa ligature; enfin, dans le troisième, elle était à 1 centimètre de la plaie, la ligature y tenait encore et avait été appliquée à 6 millimètres de l'extrémité du vaisseau.

De l'analyse des faits que je viens de citer, il ressort évidemment que les artères qui ne se rétractent pas au moment de l'amputation ne subissent pas le plus souvent la rétraction secondaire indépendamment des tissus qui les environnent; que si parfois leur extrémité se trouve à quelques millimètres de la surface de la plaie, il faut tenir compte de la hauteur à laquelle la ligature a été placée à l'extrémité du vaisseau, et les deux derniers cas mentionnés ci-dessus s'expliquent ainsi en partie. Cependant on ne saurait y méconnaître l'influence de la rétraction secondaire, qui a contribué pour quelque chose au retrait du vaisseau.

Puisque la rétraction de l'artère, qu'elle soit primitive ou consécutive, nous rend compte, dans certains cas déterminés seulement, de la formation du canal qui, par sa cicatrisation, donnera lieu au cordon fibreux, voyons quelles sont les autres causes de sa production. Elles ont déjà été étudiées; ce sont :

1° L'ulcération de l'artère et du caillot. On conçoit très-bien que si l'artère, avec son caillot, est détruite dans une hauteur de 1 centimètre, par exemple, il restera à sa place un canal de 1 centimètre qui viendra s'ouvrir à la surface de la plaie.

2° La destruction partielle du caillot par fonte putride ou purulente; alors le canal est formé par l'extrémité des parois artérielles elles-mêmes, plus ou moins ramollies.

Nous venons de passer en revue les divers modes de formation du canal qui plus tard deviendra cordon fibreux; le tableau suivant donnera une idée de sa longueur :

La longueur	du canal était de	3	millim.,	7	jours après	la ligature,	dans	1 cas,
—	—	10	—	16	—	—		1
—	—	10	—	21	—	—		1
—	—	12	—	19	—	—		1
—	—	17	—	36	—	—		1
—	—	20	—	37	—	—		1
—	—	30	—	39	—	—		1
—	—	30	—	52	—	—		1
						Total. . .		8 cas.

(1) Guthrie (*loc. cit.*) dit que, si l'on coupe en travers une artère du volume de la fémorale, son orifice se contracte de manière à prendre la forme du col d'une bouteille d'huile de Florence. J'ai, à plusieurs reprises, cherché à constater cette contraction sur des amputés et sur des carotides de mouton coupées en travers; constamment l'extrémité du vaisseau était béante et n'offrait aucun rétrécissement, aucune contraction. (Musée Dupuytren, *maladies du syst. circul.*, pièces n°s 95 et 96.)

relle, tel fut M. Labarraque pendant sa vie qui fut si une, si droite, si utile dans sa direction morale. La bonté était surtout le trait distinctif de son caractère; on trouvait en lui une de ces natures heureuses et bonnes pour lesquelles le don de se faire aimer est un instinct plutôt qu'un art; jamais son bon accueil, jamais ses conseils si éclairés, jamais sa constante bienveillance n'ont manqué à personne; il y avait en lui je ne sais quelle douceur attirante, quel charme de modération et d'affabilité qui encourageaient et attachaient tout à la fois; à quoi on peut ajouter ce tact heureux, cette mesure parfaite en toutes choses, prouvant que chez lui le bon jugement et le bon cœur étaient dans une étroite alliance. Du reste, sa calme et sereine physionomie, son langage affectueux, plein de douce et fine bonhomie, le manifestaient au dehors comme il était au dedans : c'était le reflet d'une conscience intègre et pure.

Atteint d'une longue et grave maladie, la douceur de M. Labarraque ne s'est pas démentie un instant; sa résignation fut celle du sage qui, sachant d'où il venait et sachant où il allait, se conforme aux lois de la Providence quelle qu'en soit la rigueur. Nous en sommes certains, ses amis, et ils sont nombreux, n'accuseront nos paroles ni de flatterie ni d'exagération; il n'y eu a point devant un tombeau; et, comme l'a dit un homme célèbre, *la mort! c'est l'avénement du vrai!* R. P.

— La médecine vient de faire une nouvelle et bien regrettable perte dans la personne de M. le docteur Pierre-Arnoult Espiaud, chevalier de la Légion d'honneur et de l'Ordre des Deux-Siciles, membre de l'Académie de médecine, décédé à l'âge de 65 ans, à la suite d'une courte maladie.

— La Société médicale anglo-parisienne a procédé, dans sa séance du 20 décembre, au renouvellement de son bureau pour l'année 1847. Ont été nommés :

Président, M. de W. Begbie (M. D. Edinb.)
Vice-président, M. Alex. Fleming (M. D. Edinb).
Secrétaire, M. W. Sanders (M. D. Edinb).
Trésorier, M. R. Sarell.

— Angleterre. — *Le lord-chancelier* a nommé l'un de ses neveux, Charles-Norris Wilde, secrétaire de l'administration centrale des aliénés aux appointements de 20,000 fr. par an.

— *Le député-lieutenant* Thistlewayte a légué une somme de 25,000 fr. à l'hôpital de Winchester; 12,000 fr. aux hôpitaux de Portsmouth, de Golsea et de Gosport, et 5,000 fr. à l'infirmerie de Southampton.

— Feu le docteur Thackeray a légué 25,000 fr. à l'hôpital d'Addenbrooke's.

— Le professeur Oldham, secrétaire de la société géologique d'Irlande, va partir pour l'Inde avec le titre de directeur de la grande exploration géologique de l'Inde et les appointements de 25,000 fr.

— La scarlatine a fait de très-grands ravages dans les comtés de Norfolk et de Norwick où le chiffre des morts a beaucoup dépassé celui des naissances.

— Société épidémiologique. — Les séances de cette nouvelle société se tiendront à Berner's-Street dans la salle des séances de la société médicale et chirurgicale. La dernière réunion a eu lieu le 2 novembre.

Si on ajoute à ce tableau les cinq premiers cas que j'ai cités plus haut, dans lesquels l'extrémité du vaisseau affleurait la surface de la plaie, et qui sont compris entre la vingt-neuvième heure et le onzième jour après l'opération, on verra que plus on s'éloigne du moment de l'amputation, plus la longueur du canal augmente. Cette augmentation de longueur tient sans doute souvent aux progrès de l'ulcération qui détruit l'artère ou son caillot; mais il y a aussi une autre cause, qui agit conjointement et qui tend à éloigner l'extrémité du vaisseau de la surface de la plaie: je veux parler de la rétraction secondaire des muscles. Lorsqu'on fait une amputation circulaire de la cuisse, par exemple, la section des muscles forme un cône dont le sommet vient se terminer au fémur, la base à la circonférence de la plaie, à une certaine distance au-dessous de l'extrémité de l'os. A mesure que la cicatrisation s'avance, ou bien quand une inflammation intense s'empare du moignon, les muscles les plus superficiels qui débordaient l'extrémité du fémur se rétractent et entraînent avec eux l'artère fémorale; la couche musculaire profonde ne peut suivre ce mouvement de rétraction puisqu'elle s'insère à l'os. D'un autre côté, la peau dont la section a été faite plus bas que celle des muscles superficiels ne se rétractera pas autant qu'eux et conservera toujours à peu près les mêmes rapports; bien plus, ses bords tendront à se rapprocher et à se cicatriser au devant du fémur. Pendant ce temps-là l'extrémité de l'artère, accompagnée ou non du petit canal que nous avons décrit, n'aura pas changé de rapports avec la surface de section primitive de la plaie; mais celle-ci s'étant éloignée de la cicatrice, l'extrémité du vaisseau s'en est nécessairement éloignée avec elle.

Obs. XV. — Caty (Henriette), âgée de 48 ans, est amputée de la cuisse, à l'hôpital Saint-Louis, pour une tumeur blanche du genou, le 29 janvier 1850. Elle meurt d'infection purulente le *onzième jour* de l'opération.

Autopsie. L'amputation a été faite par la méthode circulaire. Les lèvres de la plaie ne sont pas réunies; néanmoins la peau recouvre encore l'extrémité du fémur. En écartant les bords de la plaie, nous voyons sa surface déprimée former autour du fémur une espèce de rigole circulaire de 4 centimètres de profondeur. Les deux bords de cette rigole sont formés, l'un par la peau qui s'est un peu rétractée, l'autre par le fémur, recouvert de la couche musculaire profonde qui s'y insère. Sur la surface profonde de cette dépression, qui est due à la rétraction des muscles superficiels, et l'affleurant, on trouve l'extrémité de l'artère, fémorale portant encore sa ligature. Le tissu cellulaire qui entoure l'artère est sain, souple; l'artère a sa coloration normale, et n'offre aucune diminution de calibre; ses membranes ne sont pas épaissies, sa surface interne présente quelques rides transversales. La ligature a divisé les membranes interne et moyenne, dont la surface de section n'est pas en contact et est très-légèrement incurvée sur l'extrémité inférieure du caillot, qui est coiffée par la celluleuse. Le caillot est très-adhérent à la membrane interne dans toute sa hauteur, qui est de 1 millimètre. Il ne présente aucune trace de vascularisation, est fibrineux, jaunâtre; sa face supérieure est plane, et immédiatement au-dessus est une petite collatérale permettant l'introduction d'un stylet de trousse; sa face inférieure est recouverte par la celluleuse. L'artère n'offre aucune trace d'inflammation; l'extrémité seulement de la celluleuse, qui baignait dans le pus, a une teinte grisâtre comme le reste de la plaie. (Musée Dupuytren, *maladies du syst. circul.*, pièce n° 106.)

Si, dans ce cas, la malade eût guéri, les lèvres de la plaie se seraient rapprochées, la peau se serait cicatrisée sur la couche profonde des muscles, et l'extrémité de l'artère se fût trouvée à 4 centimètres de la cicatrice, bien que cependant elle eût conservé ses rapports avec la surface de section des muscles.

La rétraction secondaire des muscles, en éloignant l'extrémité du vaisseau de la cicatrice, ne donne pas lieu à la formation du canal dont nous avons parlé; mais lorsqu'il existe déjà et qu'il n'est pas cicatrisé, il contient dans son intérieur du pus qui vient se faire jour à la surface de la plaie, et entretient ainsi un trajet fistuleux.

En résumé, les principales causes qui concourent à la production du canal qui, de l'extrémité des artères, s'étend à la surface de la plaie, sont: la rétraction de l'artère, une ligature placée un peu trop au-dessus de son extrémité, son ulcération ou sa gangrène, la fonte putride ou purulente du caillot; enfin, la rétraction secondaire des muscles. Toutes ces causes peuvent exister seules; mais on conçoit que le plus souvent elles se combinent et forment ainsi, dans certains cas, un canal d'une certaine étendue qui, en se cicatrisant, donnera lieu au cordon fibreux que les auteurs attribuent à la transformation de l'artère et du caillot.

Si nous appliquons ces données aux ligatures dans la continuité, nous nous expliquerons facilement comment, dans certaines autopsies faites plusieurs années après la ligature, on a pu trouver entre les deux bouts de l'artère, un cordon fibreux de 1, 2, et même 3 pouces, que l'on regardait comme un résultat de la transformation du vaisseau. Supposons, en effet, que la section de l'artère soit faite entre deux ligatures, comme dans la méthode de Celse, que M. Sédillot vient encore de chercher à faire revivre, nous aurons immédiatement un écartement de 4 à 5 centimètres entre les deux bouts de l'artère; l'intervalle existant entre les deux ligatures, avant la section du vaisseau, ne peut guère être moindre de 1 centimètre. Que chacun des bouts vienne ensuite à s'ulcérer dans une longueur de 1 centimètre, et ce n'est pas trop supposer d'après ce que nous avons vu dans les amputations, on aura alors, pour le trajet qui séparera les deux bouts de l'artère, une longueur variable suivant l'étendue de l'ulcération du vaisseau, mais qui pourra aller, dans certains cas, à 8 centimètres et même plus; car il faut encore tenir compte de la rétraction secondaire, qui, pour les artères liées dans la continuité, est quelquefois assez considérable après la chute de la ligature.

Cependant ce cordon fibreux n'existe pas toujours entre les deux bouts de l'artère; ainsi mon collègue, M. Labat, vient de disséquer une artère iliaque externe liée, il y a quinze ans, par Richerand, pour un anévrisme de la partie supérieure de l'artère fémorale. L'artère a conservé ses parois et est oblitérée par un caillot fibrineux depuis l'hypogastrique jusqu'au dessous de la fémorale profonde, et dans cette étendue il est impossible de reconnaître le point sur lequel a porté la ligature. Il est probable qu'après la chute du fil il n'y a pas eu rétraction des deux bouts de l'artère qui se seront cicatrisés. Cette pièce, extrêmement remarquable, dont je n'ai pu tenir compte dans la première partie de ce travail, confirme en tous points les diverses propositions que j'ai émises.

De l'étude que nous venons de faire de la cicatrisation des artères à la suite de leur ligature, il a plusieurs conséquences à tirer pour la pratique.

Une ligature placée sur une artère a pour effet de déterminer la formation d'un caillot jusqu'au niveau de la première collatérale; c'est l'union plus ou moins forte de ce caillot avec la membrane interne qui s'oppose aux hémorrhagies secondaires après la chute de la ligature; par conséquent, plus le caillot sera étendu, plus le succès de l'opération sera assuré, et partant le précepte de lier les artères à une certaine distance des collatérales volumineuses. Cependant, comme les petites collatérales elles-mêmes s'opposent à la formation du caillot, et comme leur situation est indéterminée, il s'ensuit que l'on ne peut jamais être sûr d'avoir un caillot suffisant pour mettre à l'abri des hémorrhagies secondaires. Celles-ci seraient même beaucoup plus fréquentes qu'elles ne le sont, si un caillot de 1 à 3 millimètres de hauteur ne suffisait pas pour s'opposer à l'écoulement du sang. Il ne serait donc pas sans utilité de rechercher, par de très-nombreuses dissections, s'il n'y a pas, sur le trajet des artères volumineuses, certains points constamment les mêmes, dépourvus de petites collatérales, afin d'en faire le lieu d'élection des ligatures, abstraction faite des indications spéciales.

Les hémorrhagies secondaires ne sont pas dues à une rupture de l'artère déterminée par leur rétractilité plus ou moins considérable, comme a cherché à le démontrer M. Maunoir, de Genève (thèse de Paris, 1804); mais elles reconnaissent pour cause les altérations diverses qui empêchent le développement du caillot ou le détruisent lorsqu'il est formé. Nous nous sommes assez étendu sur ce sujet pour n'avoir plus à y revenir.

La portion d'artère embrassée par la ligature s'ulcérant, et cette ulcération s'étendant quelquefois à l'artère, et se compliquant de fonte purulente du caillot, peut amener ainsi une hémorrhagie secondaire: les causes qui pourront favoriser cette ulcération sont des ligatures volumineuses ou séjournant longtemps dans la plaie, l'introduction de corps étrangers dans la plaie (ligature par la méthode de Scarpa), la situation profonde de l'artère dans une plaie profonde et étroite, où le pus pourra stagner. Ces causes ont une influence si évidente que, sur 180 ligatures d'artères pratiquées pour des anévrismes par la méthode d'Anel, Lisfranc a trouvé trente-deux cas d'hémorrhagie, c'est-à-dire un sur six: proportion beaucoup plus considérable que celle que l'on observe à la suite des amputations. Et cependant, dans les deux cas il y a ligature d'artères volumineuses; mais dans les amputations, les artères sont liées, en général, avec un fil simple à la surface d'une plaie sur laquelle le pus ne séjourne pas. Dans l'opération de l'anévrisme, au contraire, l'artère est située au fond d'une plaie étroite et sinueuse, et souvent on emploie des ligatures médiates ou composées de plusieurs fils. Or, toutes ces conditions favorisent l'ulcération de l'artère et la destruction du caillot. Les moyens qui paraissent les plus propres à éviter cette ulcération sont:

L'emploi des ligatures rondes avec un seul fil;

Rejeter les ligatures plates composées de plusieurs fils, et la ligature médiate de Scarpa;

Empêcher le séjour trop prolongé du fil dans la plaie, et pour cela ne comprendre dans la ligature que l'artère seule bien dénudée, sans tissu fibreux;

Rechercher autant que possible à favoriser l'écoulement du pus et éviter que chacun des bouts de l'artère, après une ligature dans la continuité, ne

forme un clapier en se rétractant dans sa gaîne. C'est même là un des inconvénients que présente la section de l'artère entre deux ligatures, et il ne serait pas sans intérêt de rechercher si les hémorrhagies secondaires sont plus fréquentes par cette méthode que par la méthode ordinaire.

J'appuierai ces considérations de l'autorité du docteur Porta, dont on connaît les belles recherches sur les ligatures. Il rejette complétement la ligature médiate temporaire, qui, sur trente-cinq cas, lui a donné sept hémorrhagies consécutives, et la double ligature avec section intermédiaire, qui, sur quarante-cinq cas, lui a donné trois hémorrhagies consécutives, et qui donne lieu plus facilement à une suppuration abondante.

La crainte de voir le caillot s'ulcérer nous fera rejeter l'introduction d'un corps étranger dans une artère ossifiée. Entrons ici dans quelques détails. Dupuytren et M. Roux, craignant que les artères ossifiées ne se coupent sous l'action du fil, ont donné le conseil d'y introduire un morceau de bougie ou un rouleau de diachylum, et d'appliquer une ligature ordinaire sur le tout. Je ne sais si ce moyen a été souvent employé, et quels résultats il a donnés; mais ce corps étranger doit amener fatalement une ulcération suppurative de l'artère, et il est fort à craindre, si elle ne se limite pas, qu'elle détruise le caillot. D'ailleurs, ce corps étranger remplit-il bien le but que l'on se proposait? En effet, de deux choses l'une: ou le fil sera suffisamment serré sur l'artère pour empêcher la bougie d'être expulsée au dehors, et alors il est évident qu'il faudra exercer une constriction aussi forte que pour une ligature ordinaire; par conséquent, si l'artère est sécable, ce procédé ne l'empêchera pas de se couper; ou bien le fil placé sur l'artère sera très-peu serré; alors, à cause de la rigidité des parois du vaisseau ossifié, il n'exercera aucune constriction sur la bougie, et celle-ci pourra être expulsée par la colonne sanguine. J'ai, à plusieurs reprises, posé des ligatures avec des fils simples sur des artères ossifiées dont les parois craquaient au moment où l'on serrait le fil; or, voici ce que j'ai constamment observé: des fragments des membranes interne et moyenne ossifiées étaient repliées dans la cavité du vaisseau, la celluleuse, parfaitement intacte, les recouvrait constamment, et le vaisseau était ainsi oblitéré d'une manière très-solide, puisque l'on pouvait pousser fortement une injection dans l'artère, sans amener de rupture de la celluleuse. On peut voir, dans l'observation 4, la confirmation clinique de ces expériences. Je crois donc qu'on a exagéré beaucoup les inconvénients de la fragilité des artères ossifiées. Que, dans quelques cas rares, elles se coupent sous le fil, cela est possible, si on l'a observé; mais le plus souvent la celluleuse est suffisamment résistante pour donner au caillot le temps de se former. Il suit de là que si, dans une amputation, on rencontre des artères ossifiées, on doit tout d'abord les lier avec un fil simple; si la ligature les coupait, il serait toujours temps d'essayer à lier sur un fragment de bougie qui devrait être le plus court possible. Mais ce qui vaudrait peut-être encore mieux, ce serait de faire la compression directe sur l'extrémité du vaisseau, comme J.-L. Petit le fit avec tant de succès dans le cas célèbre du marquis de Rothelin.

Lorsqu'une hémorrhagie artérielle secondaire survient au milieu d'une plaie enflammée et suppurante, la plupart des chirurgiens, abandonnant les idées de Hey, Guthrie, Hogdson, etc., repoussent la ligature des deux bouts de l'artère comme insuffisante. En effet, disent-ils, l'artère, rendue friable par le travail de phlegmasie et de suppuration dont la partie est le siége, se laisse couper par les fils, et donne, au bout de très-peu de temps, une voie à la colonne sanguine; en conséquence, il faut avoir recours à la méthode d'Anel, qui, comme on n'en a que trop d'exemples (1), manque souvent son but. Contrairement à cette manière de voir, M. Nélaton vient de lire à l'Académie de médecine (Gaz. Méd., juillet 1850) un travail dans lequel il réhabilite la ligature des bouts artériels au sein même de la plaie. Il démontre en effet que la ligature d'une artère peut être faite dans de pareilles conditions, sans danger de section immédiate du vaisseau ou de chute prématurée de la ligature. Cette ligature, déterminant aussi sûrement l'oblitération de l'artère que lorsqu'on la pratique dans une plaie récente, présente trop d'avantages sur la méthode d'Anel pour ne pas lui être préférée toutes les fois qu'elle sera praticable.

Examinons si les faits que nous avons observés nous rendent compte de ces deux doctrines si opposées. Et d'abord, dans une plaie en suppuration, l'extrémité d'une artère est-elle friable? Lorsque nous avons décrit les phénomènes qui accompagnent la chute de la ligature, nous avons vu que l'inflammation ulcérative, dans l'immense majorité des cas, détruisait une petite partie du caillot et de la paroi artérielle; que cependant deux fois le caillot seul avait été détruit dans une hauteur de 1 centimètre, et que la paroi artérielle correspondante subsistait encore, mais ramollie et comme sphacélée. Il est bien évident que si, dans ces cas, une hémorrhagie fût survenue, et que le chirurgien eût voulu poser des ligatures sur cette portion d'artère, elle aurait été nécessairement coupée par le fil. C'est ainsi que j'explique l'observation recueillie par M. Demarquay, et rapportée dans la thèse de Blandin (concours pour la chaire de médecine opératoire, p. 95, 1841): « Du huitième au dixième jour d'une amputation sus-malléolaire, survient une hémorrhagie, fournie par la tibiale postérieure. Blandin veut faire la ligature de ce vaisseau dans la plaie, mais ses parois étaient devenues tellement sécables par le fait de l'inflammation, qu'elles se rompaient à la moindre pression que le fil exerçait sur elles; il fut obligé d'y renoncer et de faire la ligature de la fémorale. » Les faits de cette nature, qui, du reste, sont exceptionnels, et qui ont été singulièrement exagérés par les idées que l'on se faisait de l'inflammation des artères, doivent-ils faire rejeter la doctrine de M. Nélaton? Non, sans doute! Seulement il faut que le chirurgien soit averti de la possibilité de leur existence. S'il trouve l'extrémité du vaisseau sphacélée, il débridera la plaie d'une manière suffisante pour porter sa ligature au-dessus de la portion ramollie de l'artère. Si Blandin eût agi de la sorte chez son malade, il eût pu certainement éviter la ligature de la fémorale.

Lors donc que, dans une plaie en suppuration, on est à la recherche de l'artère qui fournit l'hémorrhagie, il faut avoir bien présents à l'esprit les divers rapports que l'extrémité du vaisseau peut affecter avec la surface de la plaie, l'existence du petit canal qui souvent de l'artère s'étend à la plaie, ses variations de longueur; il faut se rappeler que ce canal peut être formé par les parties molles voisines, et par exception par les parois artérielles ramollies. Ces notions, sur lesquelles nous nous sommes longuement étendu précédemment, sont importantes, car elles doivent guider le chirurgien dans ses recherches. L'artère est-elle à la surface de la plaie, elle sera saisie facilement; est-elle au contraire au fond d'un trajet fistuleux, il faut inciser la plaie, comme le conseille M. Nélaton, pour mettre à nu son extrémité.

Nous avons insisté sur ce fait: que, par cela même qu'il y a hémorrhagie secondaire, l'inflammation qui ulcère le caillot et l'artère ne remonte pas sur la paroi artérielle, et reste limitée à son extrémité, où elle forme un petit liséré de 1 à 2 millimètres de hauteur; aussi, dans ces circonstances, lorsqu'on applique une ligature sur l'extrémité du vaisseau, elle porte sur une partie qui n'est pas enflammée. De même, quand, le caillot ayant été détruit par la suppuration, on trouve l'extrémité de l'artère ramollie, sphacelée, on sera certain de rencontrer, au-dessus des limites supérieures de ce ramollissement, les parois artérielles parfaitement saines; en sorte que, dans tous les cas, la ligature porte sur une partie de l'artère qui n'est pas enflammée. Cette dernière considération doit être de nature à rassurer les personnes qui hésiteraient encore à adopter la pratique de M. Nélaton, dans la crainte de placer la ligature sur une portion d'artère enflammée.

(1) Mon ami et ancien collègue Courtin a réuni dans sa thèse un grand nombre d'observations d'hémorrhagies secondaires qui n'ont pu être arrêtées par la ligature de l'artère par la méthode d'Anel. (Courtin, thèse 1848.)

CHIRURGIE PRATIQUE.

Mémoire sur l'hydrocèle et sur son traitement par un nouveau mode opératoire; mémoire lu à l'Académie des sciences, séance du 9 décembre, par M. Baudens, inspecteur général du service de santé des armées.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

J'abandonne ces généralités pour aborder le point capital, l'examen du nouveau traitement de l'hydrocèle, au double point de vue de la ponction et de l'injection: 1° *Au point de vue de la ponction.* Je suis parvenu à éviter sûrement la lésion, soit du testicule, soit du cordon des vaisseaux spermatiques, en modifiant le trocart, mais surtout en apportant de notables changements dans la manière de s'en servir.

Le trocart que j'emploie a, tout au plus, la grosseur d'une plume de pigeon. Il se compose d'une canule et d'une tige pleine, espèce de mandrin obturateur, et d'une autre tige également cylindrique, terminée par un fer de lance, comme le représente le dessin où ces trois pièces d'instrument sont



groupées sous le n° 1 (*a*). La canule destinée à glisser sur la tige offre trois ouvertures, une à chaque bout, la troisième au milieu, sur un de ses côtés. Cette ouverture centrale est destinée à livrer passage au liquide; elle est ronde, et comme il importe de toujours savoir où elle se trouve placée, une petite étoile gravée à l'un des bouts de la canule et sur le côté opposé au trou central, sert à guider le chirurgien. La tige-mandrin (*b*) est pleine, cylindrique, arrondie à l'un de ses bouts; elle sert à fermer la canule en glissant hermétiquement dans son canal comme un mandrin dans une sonde en tissu élastique. La pièce (*c*) est également cylindrique, mais elle est terminée d'un bout par un fer de lance bien tranchant, de l'autre par un pas de vis sur lequel on fixe, à volonté, un manche mobile. Telles sont les pièces qui composent notre trocart. Pour s'en servir, il suffit d'armer la canule avec la tige à fer de lance. Examinons maintenant la manière de l'employer. Il faut commencer par chercher, avec soin, vers le centre de la tumeur et en has, en s'aidant de sa transparence, un point du scrotum où ne rampent ni veines ni artères. On y fait, soit avec une lancette, soit avec mon trocart-acupuncture qui sera décrit plus loin, une ponction, et quand une quantité de sérosité suffisante pour déprimer les parois de la tumeur s'est échappée, on place un doigt sur l'ouverture pour arrêter l'écoulement du liquide; on cherche alors le testicule et, quand il est sain, on le refoule en arrière; puis on rapproche l'une contre l'autre, comme s'il s'agissait d'établir un séton, les parois de la tumeur, devenue molle et compressible. Ainsi comprimée à son centre, par les doigts de l'opérateur et par ceux de l'aide, comme on le voit sur le dessin ci-joint, l'hydrocèle forme deux poches: l'une au-dessus des



doigts, remplie de liquide; l'autre au-dessous, contenant de plus, refoulée pour éviter le trocart, la glande et sa tige séminale. A ce moment les deux parois du scrotum, ainsi rapprochées et tendues, n'offrent que peu d'épaisseur; le chirurgien introduit la pointe du trocart dans l'ouverture précitée, faite par la lancette, ou par le trocart-acupuncture; puis, d'un coup sec, il traverse rapidement, de part en part le scrotum, comme s'il mettait un séton. Il a grand soin ensuite de placer en arrière, pour être en rapport avec le liquide, l'ouverture centrale de la canule du trocart; il étale sur cette canule les parois scrotales, retire la tige du trocart, et à l'instant même la sérosité s'écoule par les deux bouts de la canule.

Comme on le voit, cette manière de ponctionner les hydrocèles n'offre guère plus de difficultés que la pose d'un séton; elle est tout aussi inoffensive. L'hydrocèle une fois embrochée, qu'on me passe l'expression, par la canule, il n'y a pas à craindre que celle-ci se déplace et que ses rapports avec la tunique vaginale venant à cesser, comme par la méthode ordinaire, exposent, ainsi qu'on le voit si fréquemment, à la gangrène du scrotum, par suite du passage dans le dartos, du liquide injecté. Par notre méthode, pas de mécomptes, pas d'imprévu. Aussi espérons-nous que les praticiens nous sauront gré de nos efforts.



Notre trocart-acupuncture, représenté par deux pièces sur le dessin n° 2, ci-annexé, diffère de l'autre trocart en ce que la canule (*a*) présente à l'une de ses extrémités deux fentes, afin de permettre un léger écartement pour la sortie et la rentrée, à volonté, du fer de lance terminal de la tige cylindrique (*b*) destinée à glisser dans la canule. Ce fer de lance est triangulaire et arrondi afin de rentrer plus aisément dans la canule que s'il était large et aplati. Il me sert pour les ponctions exploratrices. On l'introduit comme une aiguille à acupuncture. Une fois dans la poche, on fait rentrer le dard, on le retire même si l'on veut soutirer du liquide. On pourrait aussi, comme je l'ai fait dans un temps, appliquer le bout de la canule ainsi désarmée et entrée dans le sac, sur le côté opposé de ce sac, le reconnaître avec un doigt appliqué sur le scrotum, puis faire ressortir le dard pour transverser le scrotum, qui se trouverait ainsi embroché, comme plus haut.

Passons au traitement de l'hydrocèle ***au point de vue de l'injection.***

Je ne rappellerai pas les divers liquides qui ont été préconisés pour la cure de l'hydrocèle par injection: le chiffre en est fort élevé, et on conçoit que tous ont dû, quoiqu'avec des résultats différents, réussir parce que leur présence dans la tunique vaginale fait naître une irritation et que l'irritation est, en définitive, le but proposé pour développer une inflammation avec épanchement d'une lymphe plastique, nécessaire au succès de l'opération. Or l'irritation est d'autant plus grande que le liquide injecté a plus d'activité, plus de puissance, et, d'une autre part, cette irritation varie selon l'irritabilité de la tunique vaginale.

Ces deux notions sont élémentaires; elles sont incontestables, et je suis surpris que jamais elles n'aient été prises en égale considération. S'il est vrai, en effet, que les chirurgiens se préoccupent de la nature et de la composition des liquides destinés à être injectés, n'est-il pas vrai aussi que nul avant moi n'a songé à compter avec l'irritabilité de la membrane séreuse, avec cette irritabilité qui diffère en plus ou en moins selon les individus. J'insiste sur ce fait capital et sur lequel repose principalement mon traitement, à savoir que le degré de l'irritabilité de la tunique vaginale varie selon les individus, et si, comme cela est incontestable, chacun de nous a un mode d'irritabilité qui lui est propre, on comprend déjà que les qualités du liquide à injecter devront varier, pour s'harmoniser avec le degré d'irritabilité individuel et n'être pas les mêmes pour tout le monde, comme on le fait aujourd'hui. A mon sens, liquide à injecter, irritabilité de la tunique vaginale, sont deux éléments essentiellement subordonnés l'un à l'autre, et c'est parce que, dans l'application, il n'a pas été tenu compte des variations de cette irritabilité que tous les traitements employés jusqu'ici pour guérir l'hydrocèle, ont eu pour base l'incertain, l'inconnu, et qu'ils ont varié à l'infini, tour à tour préconisés, décriés, puis abandonnés. C'est parce que, lors des mémorables luttes académiques mentionnées plus haut, le principal élément de la discussion a manqué, l'irritabilité relative de la tunique érytloïde, c'est parce que la lutte est demeurée circonscrite par le champ étroit des injections vineuses et iodées, que cette lutte, soutenue de part et d'autre avec un grand talent, n'en est pas moins demeurée stérile. Cet inconnu, cet incertain, repose à n'en pas douter, sur l'irritabilité de la tunique vaginale. On comprend aisément, dès lors, que tous les liquides qui ont servi à l'injection, quels qu'ils aient été, ont dû être suivis tantôt de succès, tantôt de revers, et, chose bien digne de remarque, parfaitement expliquée par l'irritabilité de la tunique vaginale, variable selon les individus; tandis que le vin rouge, par exemple, dans un cas donné, aura produit une inflammation exagérée, phlegmoneuse, dans une autre circonstance il péchera par insuffisance et sera suivi d'une récidive de l'hydrocèle, bien qu'injecté dans l'une et l'autre de la même manière.

Au lieu de chercher la cause de ce mécompte là où elle existe réellement, là où nous l'avons placée, dans l'irritabilité de la tunique érytloïde avec ses degrés divers et individuels, on s'obstine à accuser le liquide qui a servi à l'injection et l'on s'évertue sans cesse à en découvrir un meilleur, comme si le liquide à injecter ne devait pas varier dans sa nature, dans sa composition; comme s'il ne devait pas être plus ou moins irritant, selon que la tunique vaginale est elle-même plus ou moins impressionnable, afin de provoquer une inflammation qui ne soit ni trop forte, ni trop faible. Cette vérité, une fois reconnue, j'ai cherché le moyen de développer dans de justes limites l'inflammation de la tunique vaginale; et, pour cela, j'ai dû renon-

cer au mode habituel de faire les injections. En effet, par la méthode habituelle, le chirurgien pousse une ou plusieurs injections dans la tunique vaginale, tantôt prenant pour guide la douleur produite, et s'arrêtant quand la souffrance est arrivée à un certain degré d'intensité, tantôt ne se préoccupant que peu ou pas de ce phénomène, attendu que des récidives ont eu lieu dans maintes circonstances où la douleur était montée jusqu'au paroxisme le plus élevé : jusqu'aux convulsions, comme je l'ai vu; tandis que, d'un autre côté, des cures radicales arrivent fréquemment, sans que la douleur ait été très-violente.

La douleur n'étant pas un bon guide, à quels signes reconnaître donc que les injections ont produit un effet suffisant, que le liquide injecté n'est ni trop ni pas assez irritant? Avec la méthode actuelle des injections, je ne sache pas de dynanomètre possible, pas de moyens de précision, pas de données mathématiques. Un liquide, n'importe lequel, étant injecté, on peut s'écrier : Le sort en est jeté. Une inflammation surgira, qui fera tout aussi bien défaut qu'elle pourra être en excès. Si elle se développe dans des limites désirables, le hasard y sera certainement pour beaucoup.

Le hasard joue, ici, un rôle important; et cela, toujours et uniquement, parce qu'on n'a pas songé à subordonner rigoureusement les qualités excitantes du liquide à l'irritabilité de la tunique vaginale. Si cette irritabilité était invariablement uniforme et toujours la même, comme il semble que cela soit à en juger par le mode de traitement actuellement employé pour guérir l'hydrocèle, il ne s'agirait plus que de trouver un liquide en harmonie avec elle : ce serait l'iode, le vin, l'alcool, peu importe; toujours est-il que ce liquide, une fois trouvé, serait bon, toujours bon, invariablement bon; et tous les praticiens, aujourd'hui si divisés d'opinion, seraient bientôt d'accord.

Pour ne rien laisser au hasard, je traite de puissance à puissance avec l'irritabilité de la tunique vaginale. J'ai imaginé, à cet effet, un traitement qui permet d'étudier, d'observer minutieusement le développement de l'inflammation, de suivre de l'œil son évolution, de la faire naître et de l'arrêter au gré de l'opérateur.

Pour cela, au lieu de retirer comme on le fait, la canule du trocart, aussitôt après l'injection, il faut la laisser en place, pendant plusieurs jours, si besoin est, en la fixant à l'aide d'un lien de coton jeté autour d'elle en huit de chiffre, et à la faveur de l'ouverture centrale; rester en communication avec la tunique vaginale, tout le temps nécessaire au développement graduel de l'inflammation.

Voici comment j'élève doucement et graduellement le niveau de l'inflammation jusqu'à la limite désirable. Comme j'ignore quel est le degré d'irritabilité de la tunique vaginale, je commence par des injections douées d'une très-faible puissance; ainsi, dès que la sérosité s'est écoulée, je la remplace par une colonne d'air poussé dans la poche, tout simplement avec la bouche, appliquée au bout d'une sonde élastique dont l'autre extrémité est engagée dans la canule du trocart. Je laisse échapper la colonne d'air pour le renouveler plusieurs fois de suite, et faire naître un certain degré d'excitation; puis, je bouche la canule avec une tige pleine, et l'air injecté reste emprisonné. Je renouvelle cette injection d'air, plusieurs fois dans la journée, s'il y a lieu, avec le grand soin de ne pas en introduire une trop grande quantité, de peur qu'il s'infiltre dans le tissu cellulaire du dartos; je conserve emprisonné une ou deux heures, à moins que la douleur, développée, oblige à abréger, l'air emprisonné dans le sac, en obturant le canal de la canule par la tige du mandrin.

Après vingt-quatre heures du contact de la canule et de l'air sur la tunique vaginale, si rien n'annonce le développement de l'inflammation, si le scrotum n'a pas augmenté de volume, si la sérosité dont il s'écoule encore quelques gouttes, n'a pas perdu de sa transparence, si elle n'est pas troublée par le mélange d'une sécrétion visqueuse de lymphe plastique, produit de l'inflammation, si le malade ne ressent ni chaleur, ni douleur aucune, c'est que l'action de l'air est insuffisante, il faut le remplacer par de l'eau. On agit avec l'eau comme avec l'air, et après douze à vingt heures, si l'eau est restée impuissante, j'injecte un liquide composé de : eau, 120 gr., azotate d'argent, 5 centig. J'en introduis dans la poche, fort peu à la fois, la quantité d'une petite seringue en verre, destinée aux injections du canal de l'urètre; et afin que ce liquide se répande sur toute la surface de la tunique vaginale, j'ai soin de soulever les bourses et de les maintenir relevées sur les anneaux inguinaux par une grosse éponge humide; précaution d'ailleurs indispensable pour prévenir un engorgement trop considérable. S'il y a lieu, je renouvelle cette injection plusieurs fois dans la journée, et toujours en la faisant précéder d'une petite injection d'air, pour être bien assuré que l'ouverture centrale de la canule est restée en communication directe avec la tunique vaginale. Comme les injections d'air et d'eau, l'injection avec azotate d'argent, ou tout autre liquide irritant, peut être conservée dans la poche, jusqu'à ce qu'elle développe un certain degré de douleur.

Arrivé à cette période du traitement, l'injection d'air faite jusque-là, sans que le malade s'en soit pour ainsi dire aperçu, devient un peu douloureuse. La douleur annonce l'apparition de l'inflammation; il faut, dès lors, redoubler de surveillance, le moment approche où il faudra cesser toute stimulation, sous peine de la pousser trop loin.

En effet, la douleur ne tarderait pas à courir le long du cordon, et à remonter même quelquefois vers les lombes. Elle est suivie d'une tuméfaction notable des bourses, due à l'appel des liquides, et de l'épanchement d'une lymphe plastique coagulable dont la présence indique presque infailliblement que le traitement sera radical. On la reconnaît à la consistance visqueuse, à la couleur louche et verdâtre du liquide qui s'écoule par la canule.

Maintenir plus longtemps la canule en place, serait inutile, dangereux même; dès le troisième ou le quatrième jour, elle doit être retirée. Il est bien entendu que si, après vingt-quatre heures de traitement, l'effet désiré était obtenu, il ne faudrait pas attendre trois à quatre jours pour enlever la canule. Il importe essentiellement que l'inflammation ait atteint les limites voulues, à partir du cinquième jour, au plus tard, parce que, passé ce délai, de fausses membranes s'organisent autour de la canule, son ouverture centrale se bouche, et les injections ne pénétreraient plus dans la tunique vaginale, à moins de rompre les pseudo-membranes en imprimant des mouvements à la canule, comme cela m'est arrivé quelquefois; mais ces manœuvres demandent une certaine habitude, mieux vaut n'y pas recourir; et, puisque par la méthode ordinaire, le chirurgien ne reste en communication avec la tunique vaginale, qu'un seul instant, celui pendant lequel il fait l'injection, le délai de trois à quatre jours suffira infailliblement, s'il sait l'utiliser.

On comprendra d'ailleurs que tous les liquides, et notamment l'iode, que M. le professeur Velpeau a si heureusement introduit dans la pratique chirurgicale, pourraient être avantageusement utilisés. Le hasard m'a mis sous la main un collyre avec azotate d'argent; je m'en suis bien trouvé, et, par reconnaissance, je continue à m'en servir.

Si l'inflammation fait défaut, il faut la stimuler en retirant l'éponge-suspensoir et en laissant pendre les bourses pendant quelques heures. La stase des liquides donnera lieu à une tuméfaction propice au but désiré. Que si l'inflammation est en excès, il faut au contraire remonter fortement les bourses et retenir les testicules appliqués contre les anneaux inguinaux. On fera bien ensuite de couvrir le scrotum de compresses trempées dans de l'eau froide, fréquemment renouvelée; et si l'inflammation persiste, on recourra avec un succès presque infaillible à la glace appliquée par morceaux, et selon l'indication, avec ou sans addition, de sel marin. Inutile de rappeler que la glace ne doit pas être en contact immédiat avec le scrotum; mais qu'une légère couche de charpie doit l'en séparer, afin de produire et de maintenir la réfrigération d'une manière uniforme, permanente, et au même degré sur toute la surface cutanée. Inutile encore de rappeler, qu'avant d'opérer le malade, il importe de le purger dès la veille et de le préparer par quelques bains.

Le traitement, ainsi dirigé, permet d'éviter les excès de réaction inflammatoire, si fréquents par les méthodes ordinaires, excès si intenses qu'une énorme tuméfaction peut survenir en peu d'heures et s'élever quelquefois jusqu'à produire des gangrènes partielles ou totales du scrotum, ainsi que cela a eu lieu dernièrement au Val-de-Grâce, après une injection iodée, conduite cependant par une main aussi habile que prudente. On attribue généralement cet accident au passage du liquide dans le dartos; je pense que cela se produit, en effet, quelquefois ainsi; et, pour l'éviter, je conseille d'injecter une faible quantité du liquide, afin qu'il ne puisse pénétrer dans le dartos soit par une déchirure de la séreuse, soit en refluant sur les côtés de la canule; mais en faisant volontiers cette concession, je n'en reste pas moins convaincu qu'un excès d'inflammation en est la cause la plus fréquente.

J'ai opéré plus de 200 hydrocèles par ma méthode. En voici les résultats : 39 hydrocèles ont été guéries par de simples injections d'air et par le travail produit par la présence de la canule laissée en place un ou deux jours; 47 ont été traitées avec succès par les injections d'air et d'eau. L'inflammation n'est montée au degré voulu, dans les cent quatorze autres cas, qu'après l'emploi de l'air, de l'eau et d'un liquide plus irritant, tel que l'eau animée par l'azotate d'argent. Pour compléter cette statistique, je dois dire que, vingt fois, l'inflammation ayant dépassé les limites voulues, son excès a été réprimé par des applications de glace que depuis longtemps j'ai substituée aux sangsues et aux cataplasmes. Trois fois seulement, il s'est formé autour de la canule un petit foyer purulent, non sérieux, et dont une ponction avec la lancette a fait prompte justice. Deux récidives seulement ont eu lieu : l'une, dans un cas d'hydrocèle, traitée par l'air, l'autre, bien qu'elle eût été traitée par les injections d'air et d'eau. Les 114 hydrocèles traitées par l'air et l'eau avec un liquide plus irritant encore, ont guéri sans récidive; mais c'est dans ce groupe que j'ai observé trois fois le petit foyer purulent dont il a été question.

Une seule fois, un accident plus grave s'est produit par le défaut de soin

de mon aide de clinique. Contrairement aux préceptes formulés, des injections irritantes ayant été poussées coup sur coup dans la tunique vaginale, pendant plusieurs jours de suite, une inflammation intense survint avec une ligne noirâtre occupant une partie du raphé. L'escarre tomba, elle fut remplacée par des bourgeons charnus, et sept semaines plus tard, la cicatrisation avait lieu avec guérison radicale de l'hydrocèle.

Ce fait, je le dis bien haut, est le seul qui se soit produit sur plus de 200 opérations d'hydrocèles que j'ai pratiquées par ma méthode; je me fais un scrupule d'en parler, pour rappeler que les meilleurs modes de traitement ne mettent pas à l'abri d'accidents, quand ils ne sont pas appliqués avec la précaution et le soin exigés.

Notre méthode opératoire présente encore un avantage que nous devons signaler. Nous avons démontré qu'elle permet de graduer l'inflammation; nous devons ajouter qu'elle est accompagnée de si peu de douleur, qu'elle pourrait être employée comme moyen curatif, dans le cas où la prudence conseille de s'en tenir au traitement palliatif. En effet, les injections d'air ne sont pour ainsi dire pas senties, les injections d'eau pure ne le sont pas beaucoup plus; les injections d'eau avec azotate d'argent font naître un sentiment de chaleur avec un peu de douleur; mais chez les vieillards, et toutes les fois qu'on veut s'en tenir au traitement palliatif, on pourrait ne pas aller au delà des injections d'air et d'eau, qui souvent suffisent pour amener la cure radicale. On aurait ainsi beaucoup de chances de guérir par la seule application du traitement palliatif.

La moyenne de durée du traitement, sur 200 opérations, a été de dix-neuf jours. Beaucoup d'hydrocèles ont été radicalement guéries en quinze jours, et quelques-unes même le dixième jour qui a suivi l'opération. D'autres, d'un très-gros volume, compliquées d'orchites chroniques, peu graves, d'ailleurs, ont duré six semaines. Quand on veut abréger le traitement et la résorption de la lymphe plastique dont il a été parlé, on se trouve bien de faire une application de six à huit sangsues, secondée par des liniments camphrés à 8 grammes, sur 30 grammes d'huile d'olive, par la compression méthodique, par l'usage de simples douches. A la fin du traitement, ces douches sont fort salutaires. Il est, du reste, assez difficile de bien préciser une moyenne de traitement. Pour beaucoup de chirurgiens, le traitement est terminé alors qu'il existe encore dans la tunique vaginale un gros noyau d'induration. Au Val-de-Grâce, nous conservons les militaires jusqu'au moment où il n'en reste presque plus de traces; en sortant de nos salles, les malades pouvaient reprendre immédiatement leur service.

On sait que les hydrocèles molles, celles du cordon, celles d'un petit volume, sont difficilement attaquées par le trocart ordinaire. Celui que nous employons et la manière dont nous nous en servons font tomber toutes difficultés. Ces espèces d'hydrocèles sont au contraire pour nous, dans des conditions de traitement très-avantageuses. Quand nous ne pouvons, à cause du petit volume de la tumeur, l'embrocher comme un séton, nous l'opérons avec notre trocart-acupuncture et d'après les préceptes émis plus haut.

Les vues théoriques qui viennent d'être exposées sont consacrées par vingt années de pratique; j'ai résisté jusqu'à ce moment à faire une communication à l'Académie des sciences par respect pour elle, par respect pour moi-même, ne voulant soumettre à sa haute appréciation qu'un mode de traitement modifié et mûri par le temps et l'expérience. Plusieurs de mes leçons cliniques concernant l'hydrocèle ont été publiées dans la GAZETTE DES HÔPITAUX, je renvoie à ces publications ceux qui seraient désireux de connaître les diverses modifications apportées à mon traitement, qui depuis plusieurs années est resté tel qu'il vient d'être décrit. Je pourrais, à l'appui de mes opinions, rapporter plus de deux cents faits d'hydrocèles opérées faites selon ma méthode, ce serait faire des redites dénuées d'intérêt, je me contenterai de rapporter un petit nombre d'observations appartenant à des groupes différents et offrant, comme spécimen, un intérêt réel.

HYDROCÈLE SIMPLE, GUÉRIE EN DIX JOURS, PAR DE SIMPLES INJECTIONS D'AIR.

OBS. I. — D..., soldat au train des équipages, trente ans, constitution forte, était porteur depuis plusieurs années d'une petite hydrocèle, du côté gauche, dont il était peu incommodé et qu'il attribuait à un froissement du testicule, un jour qu'il enfourcha maladroitement son cheval. Plus tard, il reçut un coup assez violent sur la tumeur qui, en peu de semaines, prit le volume d'un gros œuf de poule. Malgré l'usage d'un suspensoir, il éprouvait assez souvent des tiraillements accompagnés de douleurs sourdes remontant vers les lombes; il s'inquiéta et se décida à entrer au Val-de-Grâce, le 15 septembre 1849.

Le malade est soumis à un repos de quelques jours, il prend quatre bains, il est purgé le 19 septembre et opéré le 20.

A l'aide d'un rouleau de carton, en forme de longue vue placé sur l'hydrocèle, éclairée par une bougie, je distingue parfaitement à une tache opaque, brune, située en bas en dedans et en arrière, la présence du testicule. La peau des bourses est blanche, fine, la sérosité est très-limpide; je cherche un point du scrotum où il n'y a ni veines ni artères; j'y fais avec une lancette effilée une ponction parallèle à la direction des vaisseaux, la tumeur étant préalablement tendue; quelques grammes de sérosité s'étant écoulés par la canule, et l'hydrocèle étant devenue molle, le testicule est refoulé en bas; les parois de la tumeur sont à l'instant rapprochées l'une contre l'autre par les doigts de l'opérateur et de son aide, absolument comme s'il s'agissait d'établir un séton, en ayant soin de laisser au centre la petite plaie faite par la lancette et momentanément fermée par le pouce du chirurgien pour empêcher la tumeur de se vider complétement. Après ces préliminaires et après avoir eu grand soin de refouler en arrière la tige séminale et le testicule, après avoir partagé en deux poches le liquide contenu dans la tunique vaginale, de manière à laisser de la sérosité au-dessus et au-dessous du point où les parois scrotales comprimées par les doigts se touchent; j'engage la pointe du trocart dans l'ouverture provenant de la lancette; je traverse rapidement la deuxième paroi scrotale, j'étale le scrotum sur la canule engagée, comme un séton, et je place l'ouverture latérale et médiane de la canule en arrière bien en contact avec le liquide. On enlève ensuite la tige mandrin armée d'un fer de lance, et la canule ainsi débouchée laisse échapper par ses deux bouts environ 100 grammes de liquide. Le testicule exploré ne présente aucune altération, il est toutefois un peu plus gros que celui du côté opposé et aplati au lieu d'être ovoïde. Un gros fil de coton mis en huit de chiffre autour de la canule l'ayant fixé, j'introduis un bout de sonde élastique dans l'extrémité évasée de la canule, et par l'autre bout j'insuffle avec la bouche à plusieurs reprises de l'air dans la tumeur avec la précaution de ne la distendre que faiblement dans la crainte qu'il ne vienne à s'infiltrer dans le scrotum. Cet air est maintenu emprisonné dans la tunique vaginale en fermant avec une tige pleine le canal dont la canule est creusée.

Toutes ces manœuvres ne donnent lieu à aucune douleur réelle. Renouvelées quelques heures plus tard, les injections d'air sont encore répétées dans la soirée. Le malade a dormi la nuit, mais il a été quelquefois réveillé par un sentiment de chaleur dans les bourses, accompagné d'un peu de douleur. A la visite du matin je débouche la canule, il s'écoule une à deux cuillerées de liquide visqueux dû à la sécrétion d'une lymphe plastique. Le scrotum est un peu tuméfié, le testicule est plus douloureux à la pression que la veille; je reconnais à ces signes que la présence de la canule et le contact de l'air ont amené une irritation suffisante, et la canule qui était en fonction depuis vingt-quatre heures est retirée.

Malgré la précaution de maintenir les bourses relevées contre les anneaux pour prévenir un engorgement considérable; la tumeur continue pendant vingt-quatre heures à augmenter de volume; elle reste stationnaire un à deux jours, après quoi la résolution commence par l'absorption des parties les plus fluides de la lymphe plastique sécrétée. Pour hâter cette résolution, l'opéré se frictionne dès le cinquième jour avec un liniment fortement chargé de camphre 8 grammes pour 30 grammes d'huile; la tumeur diminue rapidement, devient dure et forme une espèce de coque autour et surtout au-dessus du testicule. Des douches sont données les huitième, neuvième et dixième jours. La résolution est complète et le malade nous quitte le dixième jour radicalement guéri. Nous l'avons revu quelques mois plus tard, et sa guérison ne s'était pas démentie.

Dans les faits qui suivent nous développerons avec moins de détails le manuel et les précautions opératoires pour ne nous arrêter qu'aux phénomènes insolites. Cette observation est intéressante à ce point de vue que l'irritation causée par la présence de la canule et par les injections d'air a amené en peu de jours une cure radicale.

HYDROCÈLE ENKYSTÉE DU CORDON MULTILOCULAIRE PONCTIONNÉE A L'AIDE DU TROCART-ACUPUNCTURE GUÉRIE EN ONZE JOURS PAR LES INJECTIONS D'AIR ET D'EAU.

OBS. II. — M. L..., capitaine au 11e dragons, 44 ans, de bonne constitution, avait depuis deux ans une hydrocèle du côté droit survenue sans cause connue, quand, désirant s'en débarrasser, il obtint de se rendre de Nevers, où il tenait garnison, à l'hôpital du Val-de-Grâce, en août 1847.

La tumeur oblongue, piriforme, transparente, du volume d'un œuf de poule, remonte à l'anneau inguinal, et descend le long de la tige séminale, jusqu'au testicule qui est libre, facile à reconnaître, quoique légèrement engorgé. Les signes de l'hydrocèle congéniale manquent, il est facile de reconnaître un hydrocèle enkystée du cordon. Existe-t-il une ou plusieurs loges? c'est ce qu'il n'est pas permis de dire. Une ponction exploratrice pourrait seule nous guider sûrement, à la condition encore que le liquide sera séreux, qu'il pourra sortir et ne sera pas gélatineux, circonstance du reste extrêmement rare, comme on le sait.

Par ces considérations, au lieu de ponctionner l'hydrocèle avec mon trocart ordinaire, à la manière d'un séton, j'ai eu recours à mon trocart-acupuncture.

L'instrument fut introduit doucement comme une aiguille à acupuncture, par des mouvements de vrille dans le point le plus saillant, et le plus déclive de l'hydrocèle, en évitant les vaisseaux qui rampent dans le scrotum. Une fois l'instrument entré dans la poche, je retirai le dard, en le faisant rentrer dans la canule, et une certaine quantité de liquide séreux sortit; mais la tumeur conservait encore la moitié au moins de son volume. Je compris que j'avais affaire à une hydrocèle multiloculaire, je dirigeai le bout de la canule contre la cloison de la deuxième poche, en la portant de bas en haut, vers l'anneau inguinal. Pour percer la cloison je fis rentrer le dard dans la canule qui, ainsi armée, traversa la cloison. Le dard rentra de nouveau dans la canule pour éviter la lésion de la tige séminale, et l'issue d'un liquide citrin démontra que l'instrument n'avait pas fait fausse route.

Sans attendre que la poche fût vidée complétement, j'armai encore une fois la canule de son dard pour percer le scrotum derechef afin de l'embrocher de

part en part. Le dard ne fut toutefois poussé que du moment où le bout désarmé de la canule put s'appliquer exactement de dedans en dehors, où il était senti avec le doigt contre les enveloppes scrotales.

Premier jour : trois injections d'air conduites dans l'une et l'autre poche, en faisant glisser l'ouverture centrale de la canule dans l'une et dans l'autre de ces poches qu'on voyait se remplir d'air, l'une après l'autre, de façon qu'il ne pouvait y avoir le moindre doute sur l'existence d'une hydrocèle à deux loges. Deuxième jour : trois injections d'eau faites à quatre heures d'intervale, et retenue dans la poche pendant une heure en fermant le canal de la canule par l'introduction d'une tige pleine. Au troisième jour, réaction manifeste, épanchement de lymphe constatée par une certaine quantité écoulée par la canule, qui, dès ce moment, a été enlevée. La réaction locale continue pendant vingt-quatre heures, après lesquelles l'état est stationnaire : la résolution survient et onze jours après l'opération cet officier quitta l'hôpital parfaitement guéri.

HYDROCÈLE CONGÉNIALE GUÉRIE EN DIX-HUIT JOURS, INJECTIONS D'AIR, D'EAU, D'EAU COUPÉE D'EAU DE COLOGNE.

Obs. III. — D..., quatorze ans, bonne constitution, enfant de troupe, est entré à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, en 1848, dans mon service de blessés. On le croyait atteint d'une hernie inguinale, du côté gauche ; il portait depuis plusieurs années un bandage. Malgré ce bandage la tumeur se reproduisait sans cesse, ce qui motiva l'entrée à l'hôpital de ce petit malade.

Je reconnus, de suite, une hydrocèle congéniale de la tunique vaginale. Quand le malade, en effet, était couché horizontalement, la tumeur disparaissait en totalité, pour peu qu'on remontât le scrotum vers l'anneau. Elle se reproduisait, au contraire, du moment que le malade était debout. Comprimait-on l'anneau inguinal, la tumeur persistait quoique l'enfant se couchât. De même elle cessait de se reproduire quand il était levé, pourvu que l'anneau eût été comprimé avant la descente du liquide. Un bruissement caractéristique était perçu par la main légèrement appliquée sur l'anneau inguinal, quand avec l'autre main on refoulait le liquide pour le faire passer dans l'abdomen.

La transparence de ce liquide était d'ailleurs parfaite ; il n'était pas possible de confondre avec une hernie cette hydrocèle dont le volume était celui d'un moyen citron. Une pyramide de compresses graduées posées sur l'anneau inguinal et prenant un point d'appui sur la branche horizontale des pubis, fut maintenue en place par un spica bien appliqué et gommé pour le rendre inamovible. Après cette précaution pour empêcher le retour vers l'abdomen, et le passage dans le péritoine d'abord de la sérosité qui formait l'hydrocèle, et plus tard des gaz ou liquides injectés, je fis l'opération par ma méthode ordinaire. L'air et l'eau employés pendant deux jours ; quatre injections d'air et quatre injections d'eau furent impuissantes. Le troisième jour un médecin qui m'accompagnait m'offrit un flacon d'eau de cologne qu'il avait sur lui, j'en mis à peu près une cuillerée à café dans un demi-verre d'eau, et j'en injectai environ une demi-seringue uréthrale en verre dans le sac de l'hydrocèle. Après avoir promené ce liquide sur toute la surface de ce sac en élevant et abaissant le scrotum, je le laissai s'échapper au bout de dix minutes. Pendant ces manœuvres un aide avait eu soin de comprimer le spica sur la branche du pubis. L'opéré éprouva un léger sentiment de chaleur auquel succéda bientôt un peu de douleur. Le soir l'épanchement plastique semblait évident ; j'en fis sortir quelques grammes par la canule, et une fois sa présence constatée, la canule fut à l'instant même extraite. On comprend toute l'importance de pouvoir reconnaître autrement que par la vue la présence de la lymphe plastique : j'espère qu'un chimiste habile trouvera un réactif comme pour l'albuminurie, peut-être le même suffirait-il.

Le lendemain la réaction est assez forte, sans fièvre toutefois, sans propagation de douleur vers les lombes. Les bourses sont maintenues relevées sur les anneaux, recouvertes de compresses trempées dans l'eau froide, et dès le sixième jour la tumeur est en décroissance manifeste. La lymphe plastique fait un bouchon qui remonte dans l'anneau inguinal ; plus tard, ce bouchon réduit à sa trame filamenteuse, semble ne plus être constitué que par une toile fibreuse placée en forme de diaphragme. Le dix-huitième jour, cet enfant retourne à son corps. Je l'ai revu plusieurs mois plus tard, la guérison s'était maintenue. Il ne portait plus le bandage herniaire qu'il avait conservé pendant un mois après sa sortie de l'hôpital, afin de consolider sa guérison.

On voit qu'ici l'honneur de la guérison revient à l'eau de Cologne ; il en serait de même d'une foule de liquides irritants.

HYDROCÈLE DE LA TUNIQUE VAGINALE COMPLIQUÉE D'ORCHITE ; OPÉRÉE DEUX FOIS SANS SUCCÈS PAR LES INJECTIONS VINEUSES ; GUÉRIE EN VINGT JOURS PAR LA NOUVELLE MÉTHODE, INJECTIONS D'AIR ; D'EAU ; D'AZOTATE D'ARGENT.

Obs. IV. — M. G., 26 ans, constitution sèche, nerveuse, résidant à Versailles, avait été opérée deux fois, sans succès, d'une l'hydrocèle du côté droit, par les injections vineuses, depuis un an, quand, en mai 1847, il vint me consulter.

Le testicule était engorgé, avec induration, et cette complication pouvait bien avoir été la cause des récidives survenues, malgré toute l'habileté de notre regrettable confrère Blandin, qui avait fait l'opération deux fois, et à deux mois d'intervalle. Après avoir vidé la tumeur par une ponction avec la pointe d'une lancette, il me fut aisé d'étudier, avec précision, les altérations du testicule, qui avait le double de son volume normal, et était notablement induré. Cette ponction, comme nous l'avons déjà dit, a en outre l'avantage de faire agir plus directement les médicaments sur le testicule. Un traitement spécial contre l'orchite fut suivi pendant dix-sept jours, après lesquels j'entrepris la cure de l'hydrocèle, d'après les préceptes émis plus haut.

Premier jour : quatre injections d'air ; deuxième jour : quatre injections d'eau ; troisième jour : trois injections d'eau animée d'azotate d'argent ; quatrième jour : encore une injection de même liquide, retenu dans la poche pendant vingt minutes, après lesquelles le malade ayant perçu un peu de douleur, il fut évacué. Dans la soirée, la réaction est notable, quoique lente et douce. La canule donnant issue à de la lymphe plastique, est retirée le lendemain matin, cinquième jour, et, le vingtième jour, M. G. put vaquer à ses occupations. Il a pu juger comparativement deux méthodes de traitement et il a déclaré avoir beaucoup souffert après les injections vineuses, tandis que par le dernier mode opératoire, la douleur s'est fait à peine sentir. J'ai revu souvent M. G. et la guérison s'est parfaitement maintenue.

HYDROCÈLE D'UN TRÈS-GROS VOLUME ; INDURATION DES ENVELOPPES ; INJECTIONS D'AIR ; D'EAU ; DE VIN ; D'IODE ; GUÉRISON APRÈS TRENTE-CINQ JOURS.

Obs. V. — M. E., âgé de 58 ans, de forte constitution, a navigué pendant vingt ans, quoiqu'atteint d'une hydrocèle vaginale très-considérable, du côté gauche. Depuis quelques années, cette tumeur ayant acquis rapidement un volume extraordinaire, il revint des Antilles, en 1847, se confier à nos soins au Val-de-Grâce.

L'hydrocèle est allongée, plus grosse en bas qu'en haut, et comme étranglée à sa partie moyenne. A sa surface rampent de nombreuses et grosses veines ; le scrotum est d'un brun foncé ; le volume de la tumeur égale celui de la tête d'un enfant de deux ans ; elle est tendue, très-dure, non transparente.

Après avoir préparé le malade par quelques moyens généraux : bains ; repos ; purgatif ; fomentations, etc., je reconnus une sensation de fluctuation assez manifeste, et je plongeai au centre de la tumeur, saisie en arrière par la main pour bien tendre le scrotum, une large lancette, en faisant une incision parallèlement à la direction des vaisseaux que je pris soin de ne pas offenser. Il s'échappa un flot de sérosité citrine, 1432 grammes. Quand celle-ci fut entièrement écoulée, le scrotum revint sur lui-même comme une poche flasque, privée de ressort, et on put se convaincre que l'absence de transparence tenait à l'épaississement du scrotum, qui était d'environ deux centimètres. Le testicule, quoique un peu plus gros que dans l'état normal et notablement aplati était sain. Au bout de quinze jours, la tumeur s'étant remplie et ayant le volume du poing, fut vidée par le même moyen et on put constater une diminution dans le développement et l'épaisseur du scrotum sur lequel furent faites des frictions fondantes. L'hydrocèle se reproduisit, et quand elle fut grosse comme une petite orange, je l'opérai par ma méthode : l'air, l'eau, le vin, l'iode, furent successivement employés à petite quantité chaque fois et plusieurs fois dans la journée. Au cinquième jour et après les injections d'iode, selon la formule de M. Velpeau, la réaction se développa mais lentement. En débouchant à cette époque la canule, il s'écoulait un liquide épais, visqueux, c'était de la lymphe plastique. La canule fut ôtée et un mois plus tard, il ne restait plus de trace de cette grave infirmité.

HYDROCÈLE DOUBLE AVEC ÉPIDIDYMITE A DROITE ; INJECTION D'AIR ; D'EAU SIMPLE ; ET D'EAU AVEC AZOTATE D'ARGENT. GUÉRISON.

Obs. VI. — M. D., officier d'état-major, 26 ans, de bonne constitution, était depuis deux ans atteint de deux hydrocèles de la tunique vaginale : l'une à droite, de moyenne grosseur, l'autre à gauche, du volume d'un œuf de poule. L'exercice du cheval les a fait naître, à ce qu'il pense. Le désir d'en être débarrassé l'amena au Val-de-Grâce le 4 décembre 1849.

A l'examen des tumeurs, je reconnais à droite un engorgement chronique de l'épidydime ; aussi, pour mieux apprécier l'état du testicule, l'hydrocèle fut-elle vidée par une ponction, avec une lancette, d'après les préceptes indiqués plus haut. La ponction donna issue à 132 grammes, d'un liquide citrin, limpide, et permit de constater aisément que le testicule était sensiblement plus gros que dans l'état normal ; l'épidydime était également engorgé, l'hydrocèle n'était, ici, que symptomatique à n'en pas douter. M. D. n'a jamais eu d'affection siphilitique ; c'est probablement, comme il le croit, à un froissement du testicule, pendant l'équitation, qu'il faut attribuer l'induration constatée.

Le malade est purgé, on lui fait, en huit jours, deux applications de six sangsues chaque fois, dans le but de congestionner l'organe malade et d'enlever avec les éléments accidentels et passagers de cette congestion, une partie des éléments morbides de l'affection chronique.

Pour aider à la résolution, j'ai recours aux liniments huileux camphrés, aux pommades iodurées, aux frictions mercurielles, aux douches, à l'iode donnée à l'intérieur. Sous l'empire de ce traitement, en vingt jours l'épidydimite disparait. L'hydrocèle s'étant reproduite à l'état de simplicité, exempte de toute complication, je l'opérai par ma méthode. Premier jour : trois injections d'air ; deuxième jour : trois injections d'eau ; troisième jour : une injection d'eau animée d'azotate d'argent. Il n'en fallut pas faire une seconde et, au bout de huit jours, l'épanchement plastique étant déjà en grande voie de résolution, j'opérai l'hydrocèle du côté gauche, qui n'offrait aucune complication et contenait 90 grammes de sérosité. Premier jour : trois injections d'air. Dès le lendemain, la lymphe plastique se dépose, on la reconnait à son mélange, à la sérosité échappée par la canule. Cette sérosité est, en effet, louche, verdâtre, consistante, il existe un peu de congestion scrotale, et, après un séjour de 36 heures, la canule est retirée. Dix jours plus tard, cette hydrocèle, aussi bien que l'autre, était parfaitement guérie, et le malade sortit de l'hôpital. Je l'ai revu plusieurs mois après et la cure s'est montrée radicale au côté droit comme au côté gauche.

En résumé, les principaux avantages de notre méthode sont les suivants :

1° Ponction de l'hydrocèle, quelle qu'en soit le volume, toujours facile et à l'abri de tout accident;

2° Lésion soit du testicule, soit de la tige séminale, devenue impossible, grâce à notre trocart;

3° Passage dans le dartos du liquide injecté ne pouvant plus avoir lieu;

4° Évolution de l'inflammation de la tunique vaginale, douce, graduée, toujours en harmonie avec son état particulier d'irritabilité;

5° Possibilité d'élever et d'arrêter au degré désirable l'inflammation, et d'éviter ainsi les récidives de l'hydrocèle, dues à son défaut, comme les accidents dus à son excès;

6° Immunité complète de ces violentes douleurs si fréquentes après les injections ordinaires;

7° Facilité d'appliquer le traitement curatif, même chez les vieillards et chez les valétudinaires à raison de l'absence presque complète de la douleur.

En avril 1846, M. Lemaistre-Florian, dans un remarquable écrit publié dans la GAZETTE DES HÔPITAUX, concernant le traitement de l'hydrocèle, après avoir reconnu que notre mode de traitement est ingénieux et mérite l'attention des praticiens, soulève quelques objections auxquelles nous allons répondre. Il trouve que le calibre de la canule de notre trocart n'est pas suffisant, qu'elle ne saurait permettre la sortie d'un liquide gélatiniforme, d'une densité égale à celle de l'humeur vitrée, et moins encore celle de la bouillie noirâtre consécutive à l'hématocèle. Notre habile confrère sait que la présence d'un liquide semblable à l'humeur vitrée est chose extrêmement rare, si rare que je ne l'ai jamais vu. J'en trouve un exemple cité par Lisfranc dans la GAZETTE DES HÔPITAUX, 29 août 1844 : « Je fais la ponction, dit Lisfranc, il ne sort pas de liquide et c'est en vain que je comprime assez fortement la tumeur, j'opère par incision, on voit sortir des kistes à loges multiples, remplies d'une matière analogue à de la gelée. » En pareille circonstance, il faut comme Lisfranc, et ainsi que plus haut nous l'avons dit, recourir à la méthode exceptionnelle, à l'incision du sac. On le voit, cette objection de notre honorable confrère n'a rien de spécial à notre traitement; elle s'adresse également au trocart employé par tous les praticiens. Du reste, nous avons des canules d'un plus gros calibre réservées précisément pour les cas également exceptionnels, d'hématocèle. L'hématocèle se reconnaît au défaut de transparence de la tumeur qui a été précédée d'une violence extérieure, d'un coup. Dans ce cas, nous prenons une canule un peu plus grosse et le liquide sanguin altéré par la présence des matières purulentes sort facilement. Autre objection de M. Lemaistre : « Le contact permanent d'un corps métallique avec la tunique vaginale a fréquemment une action suppurative, la glande séminale est exposée à des accidents consécutifs. » Voilà des objections purement gratuites. Si notre honorable confrère, répondant à notre appel tant de fois fait dans la GAZETTE DES HÔPITAUX, avait bien voulu, comme tant d'autres de mes confrères, assister aux nombreuses opérations d'hydrocèles que j'ai faites au Val-de-Grâce, il serait convaincu que le danger signalé est imaginaire. Jamais il n'est survenu d'accidents du côté du testicule, et, depuis plusieurs années, que j'ai pris le soin de ne laisser la canule en place que trois à quatre jours, il ne s'est pas formé de suppuration éliminatoire dans le scrotum. Cette action suppurative est à peu près nulle et dans tous les cas ne saurait être prise en très-sérieuse considération. Sans doute, il se formerait à la longue au pourtour de la canule un travail éliminatoire; mais le travail est lent à se produire et la canule doit être retirée avant qu'il se développe. D'ailleurs, comment se préoccuper sérieusement de la présence de cette canule à surfaces polies et inoffensives, quand nous savons comment les balles se comportent quelquefois au milieu de nos tissus; quand nous savons que, malgré des surfaces anguleuses, elles finissent souvent par s'entourer d'un kyste isolant et qu'elles peuvent rester pendant un quart de siècle ainsi emprisonnées sans déceler leur présence, ni par la douleur, ni par des accidents de suppuration.

La présence de la canule est si peu irritante que toujours nous sommes obligés d'élever son action par des injections d'air, d'eau ou d'un liquide chargé de principes actifs.

Des objections à peu près analogues ont été faites par un honorable confrère, ancien lauréat du Val-de-Grâce, et aujourd'hui professeur à la Faculté de médecine de Paris; je lui avais écrit pour qu'il voulût bien nous faire une visite au Val-de-Grâce, où il a laissé de si honorables souvenirs, lui promettant d'opérer le même jour quatre hydrocèles sous ses yeux et de le rendre juge de ma nouvelle méthode. Il me répondit qu'il ne doutait pas de mon habileté opératoire, qu'entre mes mains tous les modes d'opérer devaient être suivis de succès, qu'en conséquence il s'excusait de ne pas se rendre à mon appel. Que pouvais-je faire de plus? A ceux qui doutent j'ai dit : venez voir, jugez et appréciez par vous-mêmes.

Les dessins qui accompagnent mon travail ont été faits sous mes yeux par M. Jossé, chirurgien sous-aide et les instruments par M. Charrière.

L'hydrocèle est représenté au moment où les doigts de l'opérateur et de son aide viennent d'abandonner le pli formé par le rapprochement des parois du scrotum pour le traverser avec l'instrument à la manière d'un séton.

Le groupe d'instruments indiqué par le n° 1 représente la canule percée à son centre, la tige pleine pour fermer cette canule et la tige terminée par un fer de lance pour l'armer et compléter le trocart.

Le groupe d'instruments indiqués par le n° 2 se compose de deux pièces : 1° une canule avec ouverture latérale et centrale, et dont un bout présente deux fentes pour donner à ses parois une certaine flexibilité et permettre au dard dont est armé la deuxième pièce d'entrer et de sortir à volonté.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

I. NEUE MEDICINISCH-CHIRURGISCHE ZEITUNG.

(Suite.)

TRAITEMENT DE LA PNEUMONIE PAR L'EAU FROIDE; par le docteur A. HEGELE (d'Augsbourg).

Autant le médecin rationnel doit s'élever contre l'emploi exclusif de l'hydrothérapie dans toutes les maladies aiguës ou chroniques et contre l'abus que l'on fait encore tous les jours de cette méthode thérapeutique, autant il doit examiner avec attention les indications de son emploi et la valeur des résultats obtenus, surtout quand il s'agit de maladies dont nous connaissons assez bien le caractère et contre lesquelles nous possédons des moyens de traitement reconnus le plus souvent efficaces.

Suivant l'auteur, on parvient plus facilement et plus sûrement à abaisser la force vitale par l'eau froide appliquée méthodiquement que par les saignées. On règle d'après l'intensité de la fièvre le degré de froid de l'eau et la durée de son application, tandis qu'il est difficile de régler aussi bien la quantité de sang à soustraire.

Voici la méthode suivie par l'auteur. Dès les premiers symptômes, le malade, étendu sur une couverture de laine, est enveloppé dans un drap mouillé à la température de 12 à 15° R. et bien tordu; sa poitrine est couverte de fomentations à la même température, et l'on étend sur tout son corps une seconde couverture de laine.

Dans les cas légers, ce simple traitement, renouvelé en temps utile, suffit. Lorsque la maladie est plus intense, lorsqu'il y a oppression considérable, toux, crachats visqueux, sanguinolents ou non, pouls plein, etc., l'auteur emploie des demi-bains de 12 à 16° R., pendant lesquels on frotte et on asperge la poitrine et la tête du malade, que ces aspersions rafraîchissent et soulagent constamment. Après le bain, on enveloppe le malade d'un drap sec; on le met au lit en le couvrant légèrement, et si la chaleur revient, on l'entoure de nouveau d'un drap mouillé et de compresses, comme précédemment. Il faut renouveler souvent et assidûment ces compresses jusqu'à la cessation complète des symptômes inflammatoires, et les faire alterner avec les demi-bains. On prévient ou l'on combat les congestions vers la tête par des fomentations froides. Le malade boit de l'eau froide par petites quantités, à la température de 8 à 12° R.

Il est nécessaire de suivre avec la plus grande attention la marche de la maladie, afin de saisir le moment propice pour favoriser la transpiration. Dès que le malade entre en moiteur et qu'il s'en trouve soulagé, il faut entretenir la transpiration pendant plusieurs heures, et toutes les fois qu'on change les linges, on lave légèrement le corps avec de l'eau à 18° R. Si l'amélioration persiste, on n'a plus rien à faire qu'à entretenir une transpiration légère et à appliquer encore pendant quelques jours, le matin seulement, un drap mouillé et bien tordu pendant une heure au deux. Si l'inflammation revenait, il faudrait recommencer. Quand il reste de la toux, de la dyspnée, etc., il faut continuer les lotions à 18° sur la poitrine et les fomentations froides. On combat la diarrhée ou la constipation par des lavements à l'eau froide. Il faut s'abstenir de toute médication interne.

L'auteur a traité par cette méthode quarante individus robustes, pléthoriques, affectés de pneumonie ou de pleuropneumonie. Chez quelques-uns, il y avait déjà de l'amélioration au bout de vingt-quatre heures; chez la plupart, cette amélioration survint avec la sueur le troisième jour.

Nous ne voulons nullement contester à l'auteur les succès qu'il signale, et que d'autres médecins hydropathes signalent comme lui; mais nous ferons remarquer que, pour donner plus de valeur au traitement qu'il préconise, il eût été nécessaire d'imprimer à sa symptomatologie un cachet plus scientifique en indiquant les signes physiques de ses pneumonies ou

de ses pleurésies, au lieu des symptômes vagues et peu précis dont il parle. Mais en admettant même qu'il y ait eu, parmi ces quarante cas, des pneumonies et des pleurésies graves, nous avouerons que nous sommes peu tenté de renoncer aux saignées et à l'émétique pour conseiller un traitement qui exige de la part du médecin une attention soutenue et pour ainsi dire continuelle. Comment, en effet, saisir à point nommé l'instant favorable pour supprimer les compresses froides et les draps mouillés? Dans les hôpitaux, des aides intelligents peuvent bien surveiller les malades, mais cela n'est pas aussi facile dans la pratique civile. Et puis tout cet attirail de bains, de draps mouillés, de compresses, etc., empêchera bien des médecins de conseiller cette méthode, fussent-ils convaincus de ses bons effets. Nous ferons encore une dernière remarque : la plupart des malades traités par l'auteur étaient jeunes, robustes, pléthoriques; le traitement par l'eau froide réussirait-il aussi bien sur des constitutions usées, débiles, sur des vieillards, ou dans ces cas de pneomonie insidieuse où les saignées sont inefficaces, et dans lesquelles le tartre stibié rend de si grands services? Les méthodes exclusives sont et seront toujours mauvaises. Une thérapeutique ne peut être rationnelle qu'autant qu'elle tient compte des formes de la maladie et des conditions particulières que chaque malade peut présenter d'après son âge, sa constitution, ses habitudes, en un mot, d'après tout ce qui constitue son individualité.

QUELQUES MOTS SUR LE TRAITEMENT DU SPINA BIFIDA; par M. NEVERMANN, de Plau (Mecklembourg.)

M. Nevermann se plaint de ne rencontrer dans les auteurs que des données incomplètes sur le traitement du *spina bifida*. S'étant occupé spécialement de cette maladie depuis plusieurs années, il croit être arrivé à des résultats plus satisfaisants que ceux obtenus jusqu'à présent. En général, il recommande de ne pas se presser, d'abord parce que la maladie n'est pas de celles que l'on guérit rapidement, et ensuite parce qu'elle s'accompagne souvent de complications, comme l'hydrocéphale, une grande faiblesse, etc., qui peuvent être mortelles par elles-mêmes. Il conseille en conséquence d'attendre six mois ou un an avant de rien entreprendre.

L'auteur propose quatre modes de traitement auxquels on peut avoir recours suivant les cas.

Le premier mode consiste dans l'emploi de la galvano-puncture et de la compression. Une aiguille à coudre, entourée de soie jusque près de la pointe et recouverte de laque, est enfoncée dans la tumeur. Le conducteur du pôle négatif d'une pile de force moyenne est mis en communication avec l'aiguille, tandis que l'autre conducteur est mis en contact avec la peau du ventre ou de la poitrine; on maintient l'appareil pendant dix à trente minutes. Cette opération doit être pratiquée deux fois par semaine. La compression, que l'on emploie dans l'intervalle, doit être faite de la manière suivante. On pétrit de l'argile avec une partie d'extrait de Saturne et deux parties d'extrait de grain; on recouvre la tumeur avec cette pâte argileuse, après l'avoir enveloppée d'un linge mouillé; on applique ensuite par-dessus un morceau de cuir épais dont on a relevé les bords de manière à l'adapter à la convexité de la tumeur et que l'on perce à son centre d'une petite ouverture; on fixe le tout à l'aide d'un bandage de corps muni de boucles ou avec de larges bandelettes agglutinatives qui font le tour du corps. Il faut, deux fois par semaine, serrer un peu plus le bandage ou le renouveler. On verse tous les jours par l'ouverture de la semelle une petite quantité de liquide employé pour préparer la pâte, afin que l'appareil reste toujours humecté.

Lorsque cette méthode ne réussit pas, l'auteur conseille de passer un séton à l'aide d'une aiguille longue et mince que l'on dirige de la pointe à la base de la tumeur, en la perçant sur la ligne médiane, afin de léser le moins de nerfs possible; on emploie ensuite le même mode de compression que précédemment. On tire le fil de laine deux fois par semaine. Ce séton facilite l'écoulement du liquide sans permettre l'entrée de l'air, et en favorise la résorption.

Si, contre toute attente, la tumeur ne cédait pas, on aurait recours à la méthode suivante, dont l'emploi, du reste, est indiqué lorsque le liquide est épanché entre la dure-mère et l'arachnoïde ou entre l'arachnoïde et la pie-mère. A l'aide d'une forte aiguille à cataracte, on pratique dans le sac une ponction très-oblique pour empêcher l'entrée de l'air et la sortie du liquide; puis on injecte, avec une seringue d'Anel, une faible solution d'iode. On applique l'appareil à compression, et l'on recommence l'injection au bout de trois semaines.

Enfin, lorsque tous ces traitements ont échoué, il ne reste plus, comme dernière ressource, que l'extirpation de la tumeur. L'enfant doit être placé de manière que la région sacrée soit très-élevée. Pendant l'opération, il faut que des aides refoulent la peau des deux côtés pour empêcher l'écoulement de la sérosité, et il faut avoir soin de se ménager assez de peau pour recouvrir toute la plaie. Pour activer la résorption et pour empêcher l'inflammation des méninges spinales, on frictionne avec la pommade suivante la face postérieure des deux extrémités inférieures : *Prenez : Unguenti altheæ, unc. duas; unguenti hydrargyri ciner. unciam unam; tinctur. iodinæ, drachm. unam. M. D. S.* Frictionner tous les jours sur chaque cuisse avec la grosseur d'une demi-noix.

II. MEDICINISCHES CORRESPONDENZ-BLATT BAYERISCHER AERZTE.

TRAITEMENT DU CHOLÉRA ASIATIQUE; par JOHN BALKERS.

Dans une lettre adressée au roi de Prusse par l'auteur, ancien consul général britannique en Égypte, nous trouvons la médication suivante indiquée comme infaillible contre le choléra.

Aussitôt que les vomissements et la diarrhée se déclarent, on fait mettre les pieds du malade jusqu'aux genoux dans de l'eau très-chaude, à laquelle on ajoutera six à sept poignées de gros sel. Deux hommes très-forts doivent frictionner vigoureusement les jambes du malade, puis on pratiquera une saignée sur le bas du pied en laissant couler dans l'eau, tenue continuellement chaude, le sang pendant douze à vingt minutes selon l'âge, le sexe et la force des individus. Soixante-dix malades ainsi traités furent tous guéris et purent reprendre au bout de six à sept jours leurs occupations, et quelques-uns même le deuxième et le troisième jour. Dans quelques cas où l'on n'a pas laissé couler assez le sang, on eut recours à une seconde saignée au bras; et encore une fois sous l'influence de cette médication la guérison était constante.

Puisse ce moyen curatif, dont l'auteur est tenté d'attribuer l'efficacité à une grâce divine, réussir de même entre les mains des médecins!

REMARQUE SUR L'EMPLOI DU CHLOROFORME, PRINCIPALEMENT DANS LES ACCOUCHEMENTS; par le docteur SCHULTZ, à Deidesheim.

Plein d'enthousiasme et de confiance dans le chloroforme, l'auteur en use largement, pour ne pas dire qu'il en abuse; il l'emploie aussi bien dans les opérations les plus légères que dans les plus graves. Il est heureux, dit-il, d'avoir trouvé un moyen dont l'action simple, rapide, sûre, sans suites fâcheuses, fait honte à la sentence : *in doloribus paries*. A l'appui de ce chant de triomphe, il rapporte quatre cas d'accouchements où les enfants ont été cherchés à l'aide du forceps, la mère était plongée dans un état d'insensibilité complète.

Nous avons mentionné cet article uniquement dans le but de pouvoir protester de nouveau contre l'abus de l'éthérisation dans les accouchements et de l'emploi du chloroforme en général; car en effet il nous paraît puéril, comme dit le professeur Stoltz (de Strasbourg) de contrarier le vœu du Créateur, qui n'a certainement pas, sans intention, voulu douloureuse la fonction de l'enfantement. Qu'on réserve les inhalations anesthétiques pour des cas spéciaux, mais non pour une simple application du forceps. Encore l'auteur ne fait-il usage de l'éthérisation que lorsque l'instrument est placé. Quant au chloroforme, qu'il appelle pompeusement *un oasis fleuri dans le désert désespérant de notre thérapeutique*, nous ne comprenons plus son emploi d'une manière aussi facile après les nombreuses victimes que les journaux enregistrent périodiquement, surtout si l'on considère que l'insensibilité peut être aussi obtenue sans faire courir d'aussi grands dangers au malade.

Ces mêmes observations, nous les appliquons à un article (il est vrai qu'il porte la date du mois de mai 1849) de M. le docteur Kopp, qui fait un très-grand usage du chloroforme. Outre qu'il l'emploie dans les opérations, il cite une foule de maladies nerveuses où ce médicament respiré ou ingéré a produit une amélioration notable; il rapporte même des cas où il a fait respirer pendant deux à trois minutes le chloroforme à des enfants de trois mois affectés de convulsions.

Puisse-t-il ne pas arriver à l'auteur ce qui est arrivé à d'autres médecins moins hardis pourtant que lui!

DE LA CYANOSE; par le docteur STREHLER, à Erlangen.

Une mère autrefois rachitique a mis au monde cinq enfants (trois garçons et deux filles), qui tous ont succombé immédiatement ou peu après la naissance avec des symptômes de cyanose. Le père est mort phthisique à l'âge de trente-six ans. Le dernier des enfants eut, trois jours après sa naissance, une lipothymie très-inquiétante dont il s'est rétabli; un mois plus tard il fut pris d'une forte diarrhée à laquelle se joignirent, deux jours avant la mort, des symptômes de cyanose. Autopsie : substance du cerveau très-molle; pont de varole et moelle allongée fermes; poumons à l'état normal; trou et conduit de Botal encore ouverts; intestins très-minces et transparents; muqueuse intestinale parsemée d'un très-grand nombre de points blancs.

Nous sommes disposés à admettre, avec l'auteur, que l'état rachitique de

la mère, qui évidemment dispose aux maladies du cœur, doit être regardé comme la cause étiologique de la cyanose survenue chez les enfants.

Le père des enfants a eu avec une autre femme une fille bien portante qui vit encore.

[illegible] DU COLLODION; par le docteur RAPP (de Bomberg).

Dans tous les cas où les bandelettes agglutinatives ont été employées jusqu'aujourd'hui, l'auteur les a remplacées avec plus d'avantage par le collodion, en ayant soin, dans les plaies profondes et longues, de laisser l'angle inférieur ouvert pour l'écoulement du pus. Il a encore fait usage du même moyen dans d'autres affections ; une hémorrhagie dentaire, où les astringents ordinaires avaient échoué, put être arrêtée par un tampon de coton imbibé de collodion. Le succès de cet agent a été surtout brillant dans une brûlure large de plus de quatre travers de doigt occupant toute la longueur de l'avant-bras. Dans ce cas M. Rapp couvrit toute la plaie d'une couche épaisse de collodion. La douleur assez vive pendant un quart d'heure disparut ensuite complétement, et dans la soirée la malade put déjà reprendre ses occupations domestiques. Guérison complète le huitième jour.

Le docteur Rapp l'a encore employé dans un érysipèle de la face ; déjà le lendemain de l'application du collodion, la rougeur avait disparu ainsi que la fièvre qui était très-forte; il est vrai qu'un vomitif administré la veille a pu contribuer à cette rapide disposition de l'érysipèle. Enfin avec un mélange de poudre de cantharides et de collodion, on obtient un liquide vésicant auquel l'auteur trouve des avantages supérieurs aux emplâtres à vésicatoires ordinaires.

Notre excellent confrère le docteur Stroll a publié, dans la GAZETTE MÉDICALE DE STRASBOURG (n° 4, 1850), un petit article qui nous fait parfaitement connaître la préparation, le mode d'emploi et les avantages de ce nouveau moyen. Nous le laissons parler :

« La préparation cantharidée s'obtient, d'après le docteur Ilisch (de Saint-Pétersbourg), de la manière suivante :

» On épuise totalement 500 grammes de cantharides grossièrement pulvérisées avec 500 grammes d'éther sulfurique, additionné de 95 grammes d'éther acétique. Dans 60 grammes de cette teinture éthérée, on fait dissoudre 1,25 de pyroxiline (coton-poudre).

» Pour appliquer un vésicatoire avec cette préparation, on en étend sur la peau bien desséchée trois couches minces, aussi égales que possible, en ayant soin de laisser sécher chaque couche avant d'en appliquer une nouvelle. Aucun pansement n'est nécessaire. La vésication exige pour se produire à peu près autant de temps qu'avec l'emplâtre ordinaire, mais elle est généralement moins douloureuse. Le liquide épanché soulève l'épiderme, sur lequel on trouve le collodion plus ou moins détaché ou adhérent, selon l'épaisseur de la couche et la quantité de pyroxiline dissoute dans ce collodion.

» Les avantages de cette préparation sautent aux yeux : application facile, sans bandage ni appareil contentif; vésicatoire qui ne se dérange pas; vésication exactement limitée à la surface enduite, se faisant aussi dans les anfractuosités dans lesquelles on ne pénètre pas avec l'emplâtre. Je dirai de plus que son action est plus sûre, parce que l'âge et la préparation n'enlèvent rien de la cantharidine; enfin le prix de revient de ce collodion est de beaucoup inférieur à celui de l'emplâtre de cantharides. »

M. Strolh se sert aussi du collodion comme mastic dentaire :

« Une boulette de coton imbibée de collodion est introduite dans la dent cariée; elle reste molle assez longtemps pour pouvoir être maniée convenablement, et une fois durcie, elle remplit exactement la cavité. Comme les liquides aqueux et spiritueux n'ont aucune action sur la pyroxiline, la boulette ne se ramollit pas pendant des mois. »

Dans un article publié postérieurement dans le même journal, M. Rapp prône le gutta percha (7 grains) dissous dans le chloroforme (1 gros), mélange qui présente tous les avantages du collodion, et de plus se rapproche de la couleur de la peau humaine.

DE L'INEFFICACITÉ DE L'ISOLEMENT DES MALADES AFFECTÉS DE VARIOLOÏDE; par le docteur RAPP (de Bomberg.)

Les lois de police médicale, sinon mieux faites en Allemagne qu'en France, sont évidemment exécutées avec plus de conscience de la part du public et de l'autorité; aussi la médecine est-elle généralement exercée avec dignité et convenablement respectée. Ceci admis, il y a par contre des règlements de police réellement ridicules et vexatoires dont heureusement nous n'avons pas d'idée en France. L'exemple suivant, que nous allons rapporter, n'est pas un des moins curieux pour l'an 1849. En Bavière, tout médecin appelé chez un malade affecté de varioloïde est tenu d'en donner immédiatement avis à la police et au médecin du district.

Quelles que soient la position et la condition du malade, il doit être porté à l'hôpital; s'il refuse, on place, il est bien compris à ses frais, un gardien devant la porte, et un tableau noir, portant en grandes lettres blanches : « *Ici règne la variole*, » est suspendu à la maison. La conséquence immédiate de ce règlement de police, c'est d'effrayer le public, qui dès ce moment se garde bien d'approcher de la maison ou même d'entrer dans la rue, mise à l'index par l'autorité elle-même. Si le malheureux malade a un état qui dépend du public, il est très-souvent ruiné; car les acheteurs se garderaient bien de chercher pendant une année et plus de la marchandise infectée. L'autre conséquence naturelle de ce règlement, c'est que le plus grand nombre des malades n'appellent pas de médecin, ou celui-ci visite le malade pendant la nuit pour éluder les rigueurs de la loi.

Un autre exemple curieux en l'an 1849, c'est qu'un certificat donné par un médecin ordinaire, qui constaterait, par exemple, l'absence d'un doigt ou d'une jambe, ce qui exige, on le comprend, des connaissances étendues et un coup d'œil exercé, n'est pas reconnu valable par l'autorité; car tout certificat doit porter le sceau et la signature du médecin judiciaire.

EMPOISONNEMENT PAR L'ACIDE SULFURIQUE CONCENTRÉ; par le même.

La dose énorme d'acide sulfurique ingérée dans l'économie et les altérations trouvées à l'autopsie sont assez intéressantes pour que nous donnions cette observation avec quelques détails.

OBS. — Un homme de 50 ans, las de vivre, s'empoisonna le 21 mai, à cinq heures du soir, avec 3 onces et demie d'acide sulfurique concentré. M. Rapp le trouva, une demi-heure après, encore vivant. La déglutition n'était pas complétement impossible, la face d'un bleu livide, boursouflée; diminution de la chaleur et du pouls ; douleurs très-vives dans le ventre.

Mort trois quarts d'heure après l'ingestion du poison.

AUTOPSIE, vingt-quatre heures après la mort.

Muqueuse de la bouche, de la langue, du pharynx et du larynx épaissie, coriace, comme tannée. En râclant avec le scalpel la couche supérieure épaissie, on trouva la substance musculaire sous-jacente intacte, mais presque blanche. L'œsophage était aussi épaissi dans son tiers supérieur. Le tiers moyen, naturellement plus rétréci et par conséquent le plus longtemps en rapport avec l'acide, était très-aminci ; il présentait deux larges ouvertures. Les tuniques muqueuse et musculaire étaient complétement rongées. Le troisième tiers de l'œsophage était de nouveau épaissi, ainsi que le cardia. L'estomac contenait encore les aliments que le malade avait pris peu avant l'empoisonnement ; ses membranes muqueuse et musculaire étaient presque complétement détruites. Le ventricule, qui ne possédait plus que son enveloppe, la séreuse, aussi mince qu'une toile d'araignée, se déchiraient lorsqu'on les soulevait. Pylore contracté, épaissi ; duodénum, dans une longueur de 8 pouces, ratatiné, épaissi, contenant encore un chyme complétement blanc. L'absence de toute corrosion paraît prouver que la quantité d'acide sulfurique arrivée dans le duodénum a été minime. Les autres organes de l'abdomen étaient tous sains, ainsi que ceux de la poitrine. Les téguments du crâne, surtout la calotte aponévrotique, étaient gorgés de sang. Comme cela se voit dans l'asphyxie, il s'en écoula à peu près 6 à 7 onces, tandis que le cerveau et ses enveloppes étaient à l'état normal.

CAS RARE D'ASCITE; par le docteur HORLACHER, à Oettingen.

OBS. — Wallburga G., âgée de 25 ans, de constitution forte, fut prise, en 1843, d'une inflammation de l'ovaire gauche qui céda au traitement, mais il resta une tumeur dans le bas-ventre. Affectée d'une ascite, elle fut ponctionnée pour la première fois le 21 mai 1844. Après l'opération, on constata à gauche du ventre une tumeur dure, peu douloureuse, du volume du poing.

La malade succomba le 31 janvier 1849, à la suite d'une inflammation de l'abdomen.

A l'autopsie, on trouva tous les intestins sains; dans le bas-ventre, on découvrit des vestiges d'une inflammation gangreneuse, l'ovaire gauche dégénéré pesait 7 livres.

Dans l'espace de cinquante-six mois, on avait pratiqué 84 ponctions, lesquelles avaient fourni 2,300 pots de liquide. Malgré cette prodigieuse évacuation, la nutrition générale du corps et les fonctions de l'économie ont été peu ou pas du tout altérées.

LEREBOULLET et MORICE ROEF.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 23 DÉCEMBRE.

STAPHYLORAPHIE.

M. DELPORTE (de Tournay) communique la relation d'une opération de staphyloraphie qu'il a pratiquée par le procédé et avec les instruments de M. Sédillot. Quelques complications ont rendu le résultat de l'opération incomplet (la staphyloraphie seule a réussi, la palatoplastie a échoué) ; l'auteur le considère cependant comme de nature à donner un nouvel appui à la méthode qu'il a employée.

— M. BONNET adresse une note relative au traitement des injections iodées, en réponse à la communication de M. le professeur Borelli (de Turin).

— M. Aran communique un travail relatif à l'anesthésie locale, accompagné d'une note de M. Mialhe sur l'éther chlorhydrique chloré.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 24 DÉCEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. BRICHETEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend : 1° une lettre du ministre du commerce transmettant, avec trois pièces à l'appui, l'échantillon d'une plante découverte par le sieur Francesco Perini et qu'il présente comme un spécifique contre la fièvre simple ou pernicieuse; 2° deux lettres du même ministre, l'une avec envoi d'un certificat de puisement de M. Beaude, inspecteur des eaux minérales à Paris, et d'un échantillon d'eau prise à une source sulfureuse, sise aux Batignolles; la deuxième, avec demande d'avis sur une source minérale découverte dans la commune d'Auteuil, au lieu dit : Chemin de la Cure.

M. le préfet de police transmet le relevé statistique des décès de la ville de Paris pour le mois de novembre dernier.

M. le docteur Jacquemier annonce qu'il se porte candidat à la place vacante dans la section d'accouchements.

M. Mayer (de Belfort), adresse le scarificateur de la surface externe du col de l'utérus, dont il a fait mention dans son mémoire sur le traitement de la leucorrhée, et qu'il désigne sous le nom de spéculum-utérotome. (Commissaires, MM. Velpeau, Récamier et Hervez de Chégoin.)

M. Castelnuovo, médecin du bey de Tunis, envoie un travail, écrit en italien, sur le traitement des varices par l'électropuncture.

M. Bourcier, ex-consul de France à Guitto, envoie la relation, en espagnol, de la lèpre, par le médecin Raphaël Echeverria, qui en est atteint lui-même. (Commissaires, MM. Kéraudren, Rayer et Cibert.)

M. Padioleau (de Nantes) envoie une relation de l'épidémie du choléra, qui a régné en 1849 dans cette ville.

M. Dubreuilh fils (de Bordeaux) envoie un mémoire sur l'influence de la grossesse et de l'allaitement sur la marche de la phthisie. (Commissaires, MM. Bricheteau, Louis et Crisolle.)

Mme veuve Limosin, sage-femme, envoie la relation d'une épidémie de variole qui a régné à Romorantin (Loir-et-Cher). (Commission des épidémies.)

M. Rotureau envoie, au nom de mademoiselle Czisler, sage-femme, un fœtus présentant une absence des os de la partie supérieure du crâne. (Commissaires, MM. Moreau et Danyau.)

M. le docteur Beyrau (de Constantinople) adresse une statistique du choléra épidémique de Malte et des îles Cozo.

— M. le Président fait part à l'Académie de la perte récente qu'elle vient de faire de deux de ses membres, MM. Royer-Collard et M. Labarraque.

M. Jolly avait été chargé de porter la parole au nom de l'Académie sur la tombe de Royer-Collard. M. Jolly, sur l'invitation du président, donne lecture du discours qu'il avait préparé pour cette cérémonie, et qu'une indisposition l'a empêché de prononcer. Cette lecture est accueillie par les marques d'assentiment de l'assemblée.

— M. Danyau fait connaître les noms des membres de l'Académie qui sont appelés à faire partie du jury pour le concours qui va s'ouvrir prochainement à la Faculté de médecine. Ont été désignés par le scrutin : MM. Bégin, Hervez de Chégoin, Gimelle, Larrey et Reveille-Parise.

— L'ordre du jour appelle le scrutin pour le renouvellement du bureau pour 1851. L'Académie procède successivement à l'élection d'un président, d'un vice-président, d'un secrétaire annuel et de trois membres du conseil d'administration. Voici le résultat du scrutin :

1° Pour le président. — Votants, 72. Majorité, 37.

M. Orfila a obtenu. . 66 voix.
M. Louis 5
M. Adelon. 1

M. Orfila ayant réuni la majorité des suffrages est nommé président.

2° Pour le vice-président. — Votants, 67. Majorité, 34.

M. Louis a obtenu. . 59 voix.
M. Rostan 4
Voix perdues. 4

M. Louis est nommé vice-président.

3° Pour le secrétaire annuel. — Votants, 50. Majorité, 26,

M. Cibert a obtenu. . 40 voix.
M. Larrey. 10

M. Gibert est réélu secrétaire annuel.

Les trois membres qui, ayant réuni la majorité des suffrages, sont désignés pour faire partie du conseil d'administration, sont : MM. Bricheteau, Laugier et Boutron-Charlard.

Ces opérations terminées, la séance est levée.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ THÉORIQUE ET PRATIQUE DE L'ART DES ACCOUCHEMENTS, COMPRENANT L'HISTOIRE DES MALADIES QUI PEUVENT SE MANIFESTER PENDANT LA GROSSESSE ET LE TRAVAIL, ET L'INDICATION DES SOINS A DONNER A L'ENFANT DEPUIS LA NAISSANCE JUSQU'A L'ÉPOQUE DU SEVRAGE ; par M. P. Cazeaux. — 3e édit. — Un vol. in-8° de 1,044 p. — Paris. 1850. Librairie de Chamerot, 13, rue du Jardinet.

« La troisième édition d'un livre pourrait se passer de préface, » dit en commençant M. Cazeaux. Qu'elle puisse également se passer de compte rendu et d'annonce, c'est aussi à nous notre opinion bien formelle. Quand depuis près de dix ans, malgré l'effort de ses émules, un auteur sait convertir en monopole la faveur d'un public qui se compose moins d'élèves que de juges, quels éloges peuvent valoir ce suffrage, quelle critique pourrait prévaloir contre lui ? Ce n'est donc pas l'intérêt de l'ouvrage, c'est bien plutôt celui des praticiens, de nos lecteurs qui nous engage aujourd'hui à leur faire connaître les additions et changements utiles apportés par M. Cazeaux à cette troisième publication d'une œuvre devenue à si juste titre populaire.

Le cadre, au plus haut degré compréhensif, et les méthodiques divisions de ce livre avaient puissamment contribué à fonder sa réputation, à lui obtenir le titre officiel de *classique*. Il n'y aurait eu qu'à perdre en modifiant cette heureuse distribution ; aussi la retrouvons-nous intacte, quoique notablement enrichie dans la plupart de ses compartiments. On connaît cette division : 1° des organes de la femme qui concourent à la génération ; 2° de la génération ; 3° de l'accouchement en général ; 4° de la dystocie ; 5° de la délivrance. A ces divers chapitres dont la succession embrasse toutes les notions qu'il importe à l'accoucheur de posséder, M. Cazeaux en a ajouté un qui ne servira pas moins à l'homme de l'art dans ses nombreuses et délicates relations avec les jeunes mères. Cette sixième catégorie est entièrement consacrée à l'hygiène de l'enfant, depuis la naissance jusqu'à l'époque du sevrage. Les moindres soins de vêtement, de nourriture, de couchage, de sommeil, d'aération s'y trouvent prévus, détaillés tout aussi soigneusement que les plus capitales règles de thérapeutique ; et ce n'est pas nous qui en ferons un reproche à l'auteur. Être minutieux, petit, homme de ménage, n'est-ce pas le suprême mérite, en pareille matière, où jamais les intéressés ne trouvent que le médecin en ait assez dit ? Les familles et les accoucheurs auront donc également à profiter dans les intéressantes données que le présent livre contient à ce sujet ; car elles calmeront à la fois les inquiètes exigences des uns, tout en diminuant la responsabilité, souvent pesante, toujours pénible, que mille circonstances imprévues viennent alors créer pour l'autre.

Parmi les chapitres entièrement refondus, il faut d'abord citer plusieurs de ceux qui concernent l'anatomie et la physiologie des organes génitaux : ainsi un paragraphe tout à fait neuf renferme le résumé complet des travaux récents sur les *appareils sécréteurs des organes génitaux externes* de la femme. La glande vulvo-vaginale, si bien décrite par M. Huguier, méritait surtout d'être connue des accoucheurs. Une planche spéciale leur apprendra sa situation exacte, son volume, sa configuration, ainsi que ses rapports. Il en est de même pour les follicules isolés, disséminés.

Une attachante histoire des phases par lesquelles passe l'évolution de l'ovule, depuis les premiers temps où le microscope le peut surprendre, jusqu'à son expulsion, repose quelques instants l'esprit des pages exclusivement anatomiques qu'il vient de parcourir. Cette théorie, où le nom, les dissections et même les planches de M. Coste jouent le principal rôle, pourra sembler un peu étrangère à la pratique des accouchements. Mais ceux, — et nous sommes du nombre, — qui voient avec plaisir tout ce qui peut rapprocher la tocologie des autres branches de la médecine, jugeront sans doute que le meilleur moyen de la rehausser est d'éveiller dans ses adeptes l'intelligence et l'amour des explications scientifiques. Si tel est aussi le but de M. Cazeaux, sa lumineuse esquisse de l'ovulation l'atteindra à coup sûr autant qu'il le pouvait désirer.

Comme corollaire naturel de ces savantes recherches, se présente ensuite l'exposé des phénomènes de la menstruation. C'était là sa place logique ; et M. Cazeaux trouve le terrain tout préparé pour développer les motifs qui, d'après Coste, Pouchet, Négrier, Bischoff, doivent faire attribuer chaque époque menstruelle à l'évolution d'une vésicule de Graaf. Il prouve l'exactitude de cette proposition par ce triple fait : 1° que chez les femmes mortes pendant ou après l'époque des règles, l'autopsie a toujours permis de constater dans

l'ovaire les modifications qui tiennent à l'expulsion d'une vésicule ; 2° que l'absence d'ovaire entraîne nécessairement l'absence de menstruation; 3° qu'il existe une analogie complète entre les phénomènes anatomiques et physiologiques du rut chez les animaux, et les phénomènes anatomiques et physiologiques qui accompagnent la menstruation chez la femme.

Signalons enfin, pour en terminer avec les corrections introduites dans cette première partie, tout ce qui se rapporte à la structure de la membrane caduque. D'accord avec M. Coste, auquel il emprunte ses principaux moyens de démonstration, l'auteur établit que ce qu'on avait autrefois considéré comme une membrane accidentelle, de nouvelle formation, n'est autre chose que la muqueuse utérine hypertrophiée ; que les mots *caduque utérine* et *caduque réfléchie* exprimaient un fait vrai, seulement dans son apparence la plus grossière, et doivent faire place à une appréciation plus saine de ce qui est, non une exhalation de la muqueuse, mais bien la muqueuse elle-même.

Si les additions précédentes nous ont montré jusqu'ici le professeur jaloux d'utiliser, au profit de ses disciples, les sources diverses d'instruction, les chapitres suivants vont au contraire révéler le clinicien, à la fois original et sagace, dont la réputation, de jour en jour plus solide, élève à l'heure actuelle les paroles au rang des préceptes des maîtres les plus respectés. C'est par vingt citations, incontinent prises au hasard, que nous pourrions justifier notre opinion ; mais l'évidence n'a que faire de preuves ; et l'École de Paris, qui tacitement a adopté ce livre comme l'expression fidèle de ses principes, de ses convictions, de ses tendances tocologiques, confirme par un accord trop unanime notre manière de voir pour qu'il soit besoin d'ajouter à sa puissante voix celle des témoins apostés, que la malveillance pourrait toujours nous accuser d'avoir choisis. — On reconnaîtra souvent avec plaisir, dans ces pages, le langage d'un maître qu'on eût encore préféré entendre sans interprète. Mais tout, il faut le dire haut, tout, dans le livre de M. Cazeaux, n'est pas, à beaucoup près, une œuvre de reproduction. Si, lors de sa première impression, il fut en effet jugé comme un reflet de l'enseignement de l'hôpital des cliniques, ç'a été justement depuis lors la tâche constante de l'auteur de passer la tradition au crible de l'expérience. Quelque sacrée que pût être l'autorité du maître, il n'a cessé de la contrôler par sa pratique propre. Soit qu'il l'ait cru surprendre en défaut, soit, et plus fréquemment, qu'il l'ait reconnue conforme aux lois de la nature, soit enfin qu'il ait su la féconder par de nouvelles observations, c'est son jugement à lui, et non celui d'autrui, que nous trouvons ici maintenant ; et la différence, sous ce rapport, ne nous paraît pas moins profonde entre cette édition et la précédente qu'elle ne l'était déjà entre celle-ci et le premier jet de sa plume. Ce n'est plus l'heureux compilateur, c'est le ze[illegible]ovocateur, sinon le fondateur d'une école, de l'école éclectique et modérée du bon sens appliqué à l'étude des accouchements, que la présente publication nous permet aujourd'hui de reconnaître et de saluer. Ajoutons (sans cela l'expression trahirait notre pensée) que M. Cazeaux, quoique bien à même d'imposer ses idées au nom de sa pratique, se plaît cependant à les étayer sur l'accord des notabilités les plus accréditées. Ajoutons surtout que parmi celles-ci, il n'en est aucune dont on le voie plus fréquemment rechercher le patronage et accepter, pour les matières litigieuses, l'arbitrage souverain de son premier maître, M. le professeur P. Dubois.

Au nombre des conceptions auxquelles M. Cazeaux a attaché son nom, et dont on consultera ici avec le plus d'intérêt l'exposé complet, le lecteur distinguera sans doute les vues si rationnelles qu'il a récemment énoncées à l'Académie de médecine sur la cause des troubles généraux qui accompagnent la grossesse. Jusqu'à lui, les théories les plus contradictoires étaient tour à tour invoquées pour rendre compte de ces désordres. Chacun des phénomènes qui les constituent avait son interprétation spéciale. On expliquait les caprices de l'estomac par sa compression ; les lassitudes, par quelques plexus tiraillés ; les céphalées, tintements d'oreille, vertiges, par l'état pléthorique ; les bizarreries du moral, par une lésion de l'innervation. Et, ce qu'il y a de pis, la thérapeutique, sollicitée en tous sens par ces mille indications opposées, ne pouvant toutes les satisfaire, le plus souvent n'en remplissait aucune. Heureux encore lorsqu'elle ne s'avisait pas, armée de la lancette, de prendre le contrepied de la plus importante de toutes!

Si quelques esprits d'élite avaient déjà cherché à ramener la médecine sur ce point fourvoyée, l'honneur appartient à M. Cazeaux, et il lui appartient tout entier, d'avoir formulé clairement à la fois l'explication des erreurs commises et l'exposé des vrais principes qui doivent guider l'accoucheur. Tout réside primitivement, il est vrai, dans une influence sympathique qu'exerce de la matrice sur les organes digestifs. Mais l'altération des fonctions assimilatrices, qui en résulte nécessairement, produit à son tour un défaut de nutrition. Or, celle-ci étant insuffisante, — et cela chez une femme qui doit fournir, quoi qu'il arrive, les matériaux exigés pour le développement de l'enfant, — il en résulte bientôt une diminution plus ou moins notable des globules du sang, une augmentation considérable de la sérosité, en un mot tous les caractères anatomiques de la chlorose ou de la polyémie.

Et voyez comme avec cette lumière tout s'éclaire, se simplifie ! Ces modes si variables de l'innervation, ces perturbations de la grossesse, aussi passagères que nombreuses, cette mobilité presque infinie des fonctions du système ganglionnaire, n'est-ce pas le cachet pathognomonique de la chloro-anémie ? Dès lors le traitement est fixé, et les mille formules routinières devant lesquelles trop souvent le praticien n'avait qu'à s'incliner, vont céder le pas aux suggestions de la médecine rationnelle. Si, en effet, on peut, on doit, au début, chercher par les remèdes calmants et tempérants, comme les bains, les laxatifs doux, les antispasmodiques, quelquefois même de petites saignées, à calmer la trop vive irritation de l'utérus et l'irritation sympathique qu'il détermine dans les autres organes, il faut à la fin de la grossesse tenir une tout autre conduite. Tous les agents réparateurs, le fer, une nourriture animale, un vin tonique, sont, dans cette dernière période, les moyens les plus sûrs de combattre la polyémie et de faire cesser les accidents dont elle était la cause. ..

La troisième partie, DE L'ACCOUCHEMENT EN GÉNÉRAL, est celle qui a subi le moins de changements. Elle a cependant été enrichie, — *enrichie* est le mot propre, — d'un chapitre consacré à préciser l'influence du travail soit sur la mère, soit sur l'enfant. Mais l'auteur ne se borne point à expliquer *pourquoi* et *comment* cette influence amène tantôt l'abattement, la langueur, le collapsus, d'autres fois l'agitation, l'anxiété, le délire, parfois une succession de ces deux états opposés. Il fait plus que les décrire, il apprend à les pressentir, à les reconnaître, à les modérer, et, s'il le faut, s'ils dépassent les limites physiologiques, à lutter contre eux avec toutes les ressources de l'art. Ces conseils trouveront, sans doute, les jeunes accoucheurs reconnaissants ; car il en est plus d'un qu'ils tireront parfois d'un bien pénible embarras.

Signalons encore, comme renfermant tout ce que de récents travaux contiennent d'utile à connaître sur ce point délicat, le paragraphe plein de renseignements pratiques sur la mort apparente des nouveaux-nés.

La partie qui traite de la dystocie est naturellement celle où d'innombrables travaux accomplis depuis la dernière édition réclamaient les additions les plus nombreuses. Mais ici citer, énumérer même, serait une tâche tout à fait au-dessus de nos forces et de la patience de nos lecteurs. Disons, toutefois, que M. Cazeaux expose et discute parfaitement la nouvelle méthode proposée par M. Simpson pour remédier aux hémorrhagies par insertion du placenta sur le col. — Il plaide franchement et avec une louable précision de langage, en faveur de l'avortement provoqué, si bien défendu par feu Simonart. — Il fait connaître et apprécie scrupuleusement les nouvelles ressources que M. Depaul a su tirer du régime imposé à la mère pour diminuer le volume du fœtus. — Il promet bien « un chapitre consacré à l'étude générale des inhalations éthérées et chloroformiques dans la pratique obstétricale ; » mais, sincèrement, nous déclarons ne l'avoir point trouvé, à moins qu'il ne faille accepter pour tel quelques lignes sur l'influence de l'éthérisation dans la version, et une mention encore plus courte sur l'action qu'on lui attribue contre les convulsions. — Il en est de même du nouveau *tracteur* atmosphérique inventé par M. Simpson : du moins n'en avons-nous pu découvrir l'indication dans le chapitre, si remarquablement traité, du *forceps*, où le forceps courbe sur le plat, de M. Baumers (de Lyon), est apprécié comme il le mérite par M. Cazeaux, qui l'a essayé avec succès.

A part ces légères omissions, il est aisé de vérifier, en feuilletant cette nouvelle édition, que l'auteur, placé, par sa position à la Faculté, dans le milieu le plus propre à entretenir l'amour de la science, a pris, durant ces dernières années, une part active, incessante, fructueuse à tous les progrès réalisés ou tentés dans la spécialité qu'il cultive avec tant d'éclat. Il n'est pas un document étranger ou national qu'il n'ait compulsé, débattu et analysé à sa juste valeur. Le sens mûri par l'expérience, l'impartialité parfaite qui distinguent son esprit, aidaient puissamment au succès de cette tâche que chaque question, presque chaque page, lui présentaient, avec de nouvelles difficultés que toujours il a heureusement surmontées. A la sûreté de coup d'œil, qui permet de juger d'emblée à leur vrai point de vue tant de travaux, tant de prétentions diverses, joignez cette aménité digne, ce langage plein de tenue qu'en politique on nomme *parlementaire*, qu'entre savants on est convenu d'appeler *académique*, et vous aurez le secret du succès honorable et constant que le livre de M. Cazeaux a partout obtenu.

P. DIDAY.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE TOME CINQUIÈME

DE LA TROISIÈME SÉRIE DE LA GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

POUR L'ANNÉE 1850.

A

B

C

D

E

F

G

H

I

J

K

L

M

Q

R

S

T

U

V